

perspectivas

em análise do comportamento

ISSN 2177-3548

Volume especial sobre Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Special issue on Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Editor responsável
Guest Editor

Dr. William F. Perez

2025



instituto p a r
ciências do comportamento

www.revistaperspectivas.org

doi.org/10.18761/PAC.ACT

Sumário | Summary

Editorial.....	1
Editorial	
William F. Perez	
Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a quick guide.....	5
Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um guia rápido	
William F. Perez, Steven C. Hayes	
Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um guia rápido.....	18
Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a quick guide	
William F. Perez, Steven C. Hayes	
Relatório da Força-Tarefa da ACBS sobre as estratégias e táticas de pesquisa em ciência comportamental contextual.....	33
Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research	
Steven C. Hayes, Rhonda M. Merwin, Louise McHugh, Emily K. Sandoz, Jacqueline G. L. A-Tjak, Francisco J. Ruiz, Dermot Barnes-Holmes, Jonathan B. Bricker, Joseph Ciarrochi, Mark R. Dixon, Kenneth Po-Lun Fung, Andrew T. Gloster, Robyn L. Gobin, Evelyn R. Gould, Stefan G. Hofmann, Rosco Kasujja, Maria Karekla, Carmen Luciano, & Lance M. McCracken	
Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um levantamento online com profissionais brasileiros.....	60
Acceptance and Commitment Therapy (ACT): an online survey with Brazilian professionals	
William F. Perez, Giuliana de Azevedo Nasser, Tatiana Cohab Khafif, João Martins de Araújo Júnior	
Para uma história da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no Brasil: alguns fragmentos.....	81
Towards a history of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Brazil: some fragments	
Luc Vandenberghe, Olivia Rodrigues da Cunha	
Terapeutas ACT brasileiros: explorando a diversidade de práticas profissionais.....	95
Brazilian ACT therapists: exploring the diversity of professional practices	
Rubens Viana Neves Castelo, Guilherme Bergo Leugi	
Discutindo entre pares: aderência e competência para os terapeutas ACT brasileiros.....	114
Peer discussions: adherence and competence among Brazilian ACT therapists	
Bruna Ferreira, Lorrainy Castro, Taciana Ragazzi, Pedro Pires	
Terapia de Aceitação e Compromisso: compreensão e intervenções possíveis sobre o racismo internalizado.....	128
Acceptance and Commitment Therapy: understanding and possible interventions for internalized racism	
Cainã Nascimento	

O papel do raciocínio lógico na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).....	140
The role of logical reasoning in Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	
Jaume Ferran Aran Cebria	
Terapia de Aceitação e Compromisso e o modelo do processo dual do luto: um diálogo possível?.....	154
Acceptance and Commitment Therapy and the dual process model of grief: a possible dialogue?	
Anna Laura Leal Freire, Luc Vandenberghe	
Fundamentos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupo: desafios, potenciais e implicações práticas.....	165
Theoretical foundations of group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT): challenges, potentials and implications for practice	
Raimundo Bittencourt de Almeida, Ana Carolina Rodrigues Martins, Lauro Miranda Demenech	
O ato em contexto nas terapias contextuais.....	180
The act in context in contextual therapies	
Claudia Lucia Menegatti	
Esquiva experiencial: uma revisão conceitual.....	190
Experiential avoidance: a conceptual review	
Rodrigo R. C. Boavista, William F. Perez	
Como utilizar metáforas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): uma visão a partir da Teoria das Molduras Relacionais (RFT).....	206
How to use metaphors in Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a view from Relational Frame Theory (RFT)	
William F. Perez, Alessandra G. R. Rocha, Roberta Kovac	
Ativação Comportamental e Terapia de Aceitação e Compromisso: uma análise teórica dos manuais clínicos.....	220
Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy: a theoretical analysis of clinical manuals	
Eduardo Sousa Gotti, Igor José Coelho Pacheco e Oliveira	
Propriedades físicas comuns e funções apetitivas aumentativas no efeito da metáfora: uma replicação sistemática.....	236
Common physical properties and augmental functions in metaphor effect: a systematic replication	
Beatriz Galli, Cassia Roberta da Cunha Thomaz	
Metáforas de desfusão na ACT: em busca dos componentes críticos para a transformação de função de estímulos aversivos em uma tarefa experimental de esquiva.....	250
Defusion metaphors in ACT: searching for critical components for the transformation of aversive stimulus function in an experimental avoidance task	
Roberta Kovac, William F. Perez, Mathias Miklos, Sonia B. Meyer	
Despersonalização/desrealização e sua relação com a flexibilidade psicológica em estudantes de uma universidade federal brasileira.....	276
Depersonalization/derealization and its relationship with psychological flexibility in students at a Brazilian federal university	
Lucas Augusto Luvison de Araujo, Ana Carolina Sarquis Salgado, Luísa Müller Neves, Mauro Barbosa Terra	
“Amanhã eu faço”: Inflexibilidade Psicológica como variável mediadora para a procrastinação acadêmica.....	286
“I’ll do it tomorrow”: Psychological Inflexibility as mediator for academic procrastination	
Franciele Bischoff, Janaína Thaís Barbosa Pacheco	

Poder preditivo da fusão cognitiva sobre o impacto psicológico durante o isolamento social.....	297
Predictive power of cognitive fusion on psychological impact during social isolation	
Júnnia Maria Moreira, Caio Ricardo Santos Almeida	
Explorando pensamentos negativos repetitivos (PNR) na população brasileira: uma análise correlacional.....	312
Exploring repetitive negative thinking (RNT) in the Brazilian population: a correlational analysis	
Caroline S. Leão, Francisco J. Ruiz, Roberta Kovac, Louise McHugh	
Exploring repetitive negative thinking (RNT) in the Brazilian population: a correlational analysis.....	326
Explorando pensamentos negativos repetitivos (PNR) na população brasileira: uma análise correlacional	
Caroline S. Leão, Francisco J. Ruiz, Roberta Kovac, Louise McHugh	
Medida da relação terapêutica na Terapia de Aceitação e Compromisso.....	340
Measuring the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy	
Ana Claudia Rodrigues Ferreira, Jocelaine Martins da Silveira	
Adaptação e evidência de validade de conteúdo do Chronic Pain Acceptance Questionnaire para o Brasil.....	357
Adaptation and evidence of content validity of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire for Brazil	
Franciele Cristiane Peloso, Rebeca Veras de Andrade Vieira, Murilo Ricardo Zibetti	
Construindo diretrizes clínicas para promover desfusão cognitiva efetivamente: uma análise de tarefa parcial e preliminar.....	369
Building clinical guidelines to promote cognitive defusion effectively: a partial and preliminary task analysis	
Daniel Afonso Assaz, Claudia Kami Bastos Oshiro	
Efeitos de um workshop introdutório de Terapia de Aceitação e Compromisso na aquisição de competências terapêuticas: um estudo quase-experimental de caso único.....	395
Effects of an introductory Acceptance and Commitment Therapy workshop on the acquisition of therapeutic competencies: a single-case quasi-experimental study	
Raul Vaz Manzione, Roberta Kovac	
Treinamento baseado em ACT para profissionais da Atenção Básica: um estudo pré-experimental.....	407
ACT-based training for primary care professionals: a pre-experimental study	
Leonardo Romeira Salati, Breno Irigoyen de Freitas, Jennifer Mendes Soares	
Map of Life: effects of this ACT-based brief intervention tool on healthcare professionals during COVID-19.....	421
Mapa da vida: efeitos dessa intervenção baseada na ACT em profissionais de saúde durante COVID-19	
Tiago Alfredo Ferreira, Catiele Paixão, Gisele Ferreira, Fabrício de Souza	
Eficácia da ACT e ACT associada à compaixão: análise comparativa em mulheres acima do peso.....	435
Efficacy of ACT and ACT associated with compassion: comparative analysis in overweight women	
Luciana Pacheco Miranda Rocha, Sônia Maria Mello Neves, Fernanda Posch Rios, Ellen Ferreira de Castro, Maria Luiza de Lima Vasconcelos, Yuri Kozima Pacheco	
Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o Transtorno do Humor Bipolar: um estudo de revisão.....	458
Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Bipolar Mood Disorder: a review	
Tatiana Cohab Khafif, William Ferreira Perez, Renatha El-Rafihi Ferreira, Beny Lafer	

Flexibilidade psicológica e intervenções para estresse, depressão e ansiedade: uma revisão sistemática.....	470
Psychological flexibility and stress, depression and anxiety interventions: a systematic review	
Júnnia Maria Moreira, Graziela Antonia Fortaleza Santos	
Inflexibilidade e flexibilidade psicológica são associadas com insônia e qualidade do sono: uma revisão sistemática.....	487
Psychological inflexibility and flexibility are associated with insomnia and sleep quality: a systematic review	
Léo Paulos-Guarnieri, Ila Marques Porto Linares, Renatha El Rafihi-Ferreira	
Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com diabetes tipo 2: uma revisão sistemática.....	504
Acceptance and Commitment Therapy for people with type 2 diabetes: a systematic review	
Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz, Divaldo de Canavarros de Abreu Junio, Luziane de Fátima Kirchner	
Terapia de Aceitação e Compromisso para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: revisão sistemática de métodos mistos.....	519
Acceptance and Commitment Therapy for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: mixed methods systematic review	
Mateus Meira Dalkirane, Eduardo S. Miyazaki, Giovanna Belei-Miyazaki, Roberto A. Banaco	
Valores sob a ótica contextualista funcional nas intervenções para comportamentos antissociais: uma revisão sistemática.....	533
Values from a functional contextualist perspective in interventions for antisocial behaviors: a systematic review	
Milena Rodrigues, Giovana Veloso Munhoz da Rocha	
Criatividade na ACT: uma revisão sobre o fenômeno no Journal of Contextual Behavioral Science.....	547
Creativity in ACT: a review of studies on the phenomenon in the <i>Journal of Contextual Behavioral Science</i>	
Bruno Teixeira Silva, Hernando Borges Neves Filho, Raul Vaz Manzione	
Aderência e competência do terapeuta na Terapia de Aceitação e Compromisso: uma revisão sistemática da literatura.....	566
Therapist Adherence and Competence in Acceptance and Commitment Therapy: a Systematic Review of the Literature	
Bruna Ferreira, Lorrainy Castro, Pedro Pires	
“O show de Truman” como uma metáfora terapêutica ao comprometimento com valores – uma análise de filme.....	581
“The Truman Show” as a therapeutic metaphor for commitment to values – a movie analysis	
Ana Carolina Rimoldi de Lima, Cainã Gomes	
Terapia de Aceitação e Compromisso e Esclerose Múltipla: análise do filme <i>100 metros</i>	593
Acceptance and Commitment Therapy and Multiple Sclerosis: analysis of the film <i>100 meters</i>	
Mariana Bandeira Formiga, Jorge Luis Quintero Aguirre	

William F. Perez^{1,2}

ORCID 0000-0001-8365-1439 [1] Instituto Par [2] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) | **Título abreviado:** Introdução ao volume especial sobre ACT | **Email:** will.f.perez@gmail.com; | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.intro

Editorial

Introdução ao volume especial sobre Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

A Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; Hayes et al., 2012) é um modelo de atuação clínica que chega, agora, à sua quinta década de desenvolvimento. Embora tal abordagem tenha ganhado destaque no cenário brasileiro mais expressivamente só na segunda década dos anos 2000, a ACT é uma velha conhecida dos brasileiros. Em 1987, Steven Hayes visitou o Brasil e apresentou uma série de conferências, simpósios e *workshops* na Universidade Federal de São Carlos. Além de apresentações sobre a primeira versão da Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory* ou RFT, ver Perez et al. 2022, p. 13), também foram apresentados, potencialmente, trabalhos que ilustravam os primeiros desenvolvimentos da ACT: um *workshop* sobre “Terapia comportamental contextual” (Hayes, 1987a) e um colóquio intitulado “O que a análise do comportamento tem a contribuir para as terapias experienciais? Algumas implicações da pesquisa sobre o comportamento governado por regras?” (Hayes, 1987b). Tal visita, frutífera, levou Steven Hayes a organizar uma nova reunião, que ocorreria dois anos depois, em colaboração com diversos pesquisadores brasileiros (por exemplo, Julio de Rose, Deisy das Graças de Souza e outros) e internacionais (Murray Sidman, William McIlvane, entre outros). O encontro, intitulado “*Third International Institute on Verbal Relations*”, foi realizado em Águas de Lindóia em 1989. Nesse mesmo ano, novos desenvolvimentos da ACT também foram apresen-

tados na Universidade de São Paulo, no *workshop* “Contribuições contextualistas para a psicologia clínica” (Hayes, 1989). Outras visitas de Hayes ao Brasil se sucederam, por exemplo, em 2006 no encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC; Hayes, 2006), em que a ACT, a RFT e a Análise do Comportamento foram temas de sua conferência.

Como apontado por Vandenbergue e da Cunha, em um artigo no presente volume, vários terapeutas brasileiros foram influenciados por essas apresentações e pelos textos de ACT veiculados ao longo da década de 1990 e no início dos anos 2000. Vale destacar que, na mesma época, a ACT também era abordada em supervisões e em diversos cursos de clínica com enfoque analítico-comportamental (e.g., Wielenska, 2010; J. M. da Silveira, comunicação pessoal em 30 de setembro de 2025), o que fomentou o desenvolvimento de monografias e apresentações em congressos. Finalmente, a ACT também passou a ser tema de publicações em português: na coleção Sobre Comportamento e Cognição, mantida pela ABPMC (e.g., Brandão, 1999; Conte, 1999; Martins & Vandenberghe, 2006; Vandenberghe, 2005; Wielenska, 2010), em periódicos revisados por pares (e.g., Fukahori et al., 2005; Hayes et al., 2008) e em livros independentes (e.g., Saban, 2011).

Como apontado em um levantamento realizado por Perez, Nasser et al., publicado neste volume, a ACT teve um segundo ciclo de expan-

são em território brasileiro quando um número cada vez maior de terapeutas e pesquisadores passou a frequentar os congressos internacionais da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS) (ver também Perez, no prelo). Esse momento foi marcado por: (a) o surgimento de grupos informais que se reuniam para estudar os temas vistos nos congressos; (b) o desenvolvimento de pesquisas brasileiras sobre a Teoria das Molduras Relacionais (Bortoloti et al., 2024; Perez, no prelo; Perez et al., 2022), que ganharam destaque no cenário da Análise do Comportamento no Brasil e internacionalmente; (c) a criação de cursos de formação e especialização em ACT e terapias contextuais em geral, em diversas instituições do país; (d) a formação de um grupo progressivamente maior de clínicos e pesquisadores em interação frequente, que buscavam por um espaço comum de diálogo sobre os temas diversos da Ciência Comportamental Contextual, culminando na construção de um *chapter* brasileiro da ACBS em 2017.

O presente volume especial, dedicado à ACT, ilustra como tal abordagem clínica frutificou no Brasil, mobilizando profissionais e pesquisadores de todas as regiões do país, com diferentes níveis de formação e atuação em contextos diversos. Aqui estão reunidos 38 artigos, em um dos maiores volumes já organizados em periódicos analítico-comportamentais brasileiros.

Este volume especial é iniciado por um artigo (Perez & Hayes) que apresenta brevemente a ACT, o modelo de flexibilidade psicológica, o estado atual das evidências clínicas e o futuro dessa abordagem clínica do sofrimento psicológico e da prosperidade humana. Em seguida, apresenta-se uma tradução, realizada por Leão et al., do artigo publicado originalmente pela força-tarefa da ACBS em 2021, que fornece um guia atualizado de estratégias e táticas de pesquisa que têm orientado o desenvolvimento atual da ACT em todo o mundo. Por fim, os outros artigos que compõem o volume estão organizados em oito sessões: (1) ACT no Brasil ($n = 4$); (2) Estudos Conceituais ($n = 8$); (3) Estudos Experimentais ($n = 2$); (4) Estudos Correlacionais ($n = 4$); (5) Medidas ($n = 2$); (6) Intervenções ($n = 5$); (7) Revisões de Literatura ($n = 8$); (8) Análises de Filmes ($n = 2$).

Na seção ACT no Brasil, Perez, Nasser et al. apresentam um panorama dos profissionais que utilizam ACT no país, com base em dados de um levantamento online realizado em parceria com o *chapter* brasileiro da ACBS. Vandenberghe e da Cunha complementam esse retrato ao apresentar fragmentos da história da ACT no Brasil, com base em relatos de vários terapeutas que tiveram contato com a abordagem no final da década de 1980 e no início dos anos 2000. Por fim, Castelo e Leugui apresentam a diversidade de práticas dos terapeutas ACT no país, enquanto Ferreira, Castro, Pires et al. investigam a aderência e a competência clínica por meio de grupos focais compostos por terapeutas ACT brasileiros.

Na seção de Estudos Conceituais, uma diversidade de temas é abordada sob a ótica do modelo de flexibilidade psicológica apresentado pela ACT, por exemplo: racismo internalizado (Nascimento), raciocínio lógico na terapia (Aran) e luto (Freire e Vandenberghe). Além disso, aspectos específicos da prática do terapeuta são abordados, tais como: o atendimento em grupo (de Almeida et al.), a unidade de análise *ação-em-contexto* (Menegatti), a categoria transdiagnóstica esquiva experiencial (Boavista & Perez) e o uso de metáforas na ACT a partir de uma visão da RFT (Perez, da Rocha et al.). Gotti e Oliveira, ainda, apresentam uma análise teórica a partir de manuais de ACT e de Ativação Comportamental.

A força da análise experimental do comportamento no Brasil se reflete na seção de Estudos Experimentais. Galli e Thomaz apresentam a avaliação dos efeitos de diferentes componentes das metáforas da ACT na tarefa de *cold pressor*. Kovac et al., por sua vez, avaliam os efeitos de metáforas clássicas da ACT e destacam os componentes críticos para a redução de respostas de esquiva induzidas experimentalmente.

Utilizando diferentes medidas relacionadas ao modelo de flexibilidade psicológica, os estudos correlacionais que compõem o volume exploram temas como despersonalização e desrealização (de Araújo et al.), procrastinação (Bischoff & Pacheco), isolamento social (Moreira e Almeida) e pensamentos negativos repetitivos (Leão, Ruiz et al.).

Já na seção de Mensuração, Ferreira e da Silveira utilizam o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT) para avaliar aspectos da

relação terapêutica durante atendimentos baseados na ACT. Por sua vez, Peloso et al. apresentam uma adaptação e avaliação do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* para a população brasileira.

Avanços na ACT testada como intervenção também são relatados neste volume. Assaz e Oshiro desenvolveram um guia para promover a desfusão cognitiva de forma eficaz. Manzione e Kovac investigam o efeito de um *workshop* ACT na aquisição de competências terapêuticas. Salati et al. apresentam os efeitos de um treinamento ACT para profissionais da saúde primária. Na mesma linha, Ferreira et al. investigam o efeito de uma intervenção breve, o Mapa da Vida, em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Rochael et al., por fim, apresentam os resultados de uma intervenção ACT aplicada em mulheres com sobrepeso.

O presente volume conta com um número expressivo de artigos de revisão de literatura. Tais artigos são um ótimo ponto de partida para quem deseja conhecer a ACT em diferentes domínios de aplicação. Algumas revisões são focadas em diagnósticos psicopatológicos, tais como: transtorno bipolar (Khafif et al.), estresse, depressão e ansiedade (Moreira e Santos); outras em questões de saúde, como insônia (Paulos-Guarnieri et al.) e diabetes tipo 2 (Ruiz et al.). Há, ainda, revisões com populações específicas, tais como trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19 (Dalkirane et al.) e pessoas com comportamentos antissociais (Rodrigues e da Rocha). Por fim, encontram-se duas revisões focadas no terapeuta ACT: uma explorando a questão da criatividade (Silva et al.) e outra enfocando aderência e competência clínica (Ferreira, Castro & Pires).

O volume é finalizado com dois artigos que analisam filmes, os quais podem ser utilizados para propósitos didáticos. de Lima e Gomes apresentam uma análise do filme “O show de Truman” como uma metáfora terapêutica para o trabalho com valores. Formiga e Aguirre analisam o filme “100 metros” em um exercício de compreensão de um caso de esclerose múltipla, a partir dos seis processos de mudança preconizados pelo modelo de flexibilidade psicológica.

Um volume deste porte é o produto do esforço comum de um grupo grande de pessoas que acredita na construção da ciência como uma empreitada coletiva, democrática e livre. Agradeço a ajuda inesti-

mável dos editores associados (ordem alfabética) que contribuíram na tramitação dos artigos: Giovana V. M. da Rocha, Janaína T. B. Pacheco, Jocelaine M. da Silveira, Nazaré Costa, Paulo Gomes de Sousa Filho, Roberta Kovac, Thiago P. A. Sampaio e Tiago A. Ferreira. Agradeço também a todos os pareceristas anônimos que dedicaram horas de trabalho à revisão dos manuscritos submetidos ao processo editorial. Ainda, nenhuma página deste volume existiria se não fosse pelo suporte do Instituto Par, que criou e sustenta a existência de um periódico com política editorial ampla, com artigos de acesso aberto, desvinculado de qualquer benefício financeiro com a venda do conhecimento científico. Fui editor da *Perspectivas em Análise do Comportamento* por mais de 10 anos. Agora, como editor responsável por mais um volume especial, sigo tornando pública a minha admiração pelo suporte institucional que ampara a revista, bem como pela comunidade responsável pela construção de uma literatura científica, em português, de extrema qualidade.

Que esse volume seja o início de um movimento para a ampliação da literatura sobre ACT em língua portuguesa. Mesmo na era da inteligência artificial, em um país com tantas desigualdades, não podemos esperar que as barreiras econômicas e da língua, que dificultam o acesso ao conhecimento, sejam enfrentadas individualmente. É um compromisso ético que o acesso à ACT seja para todos, fundado nos valores que guiam a produção de conhecimento na ciência comportamental contextual. Que esses artigos permitam a construção de uma rede ampla de leitores, profissionais e pesquisadores que, em muitos casos, não se conheciam, mas que estão agora conectados a partir desta celebração da ACT em território brasileiro.

Boa leitura!

Will Perez

(Editor responsável pelo volume especial sobre ACT da revista *Perspectivas em Análise do Comportamento*)

Referências

- Conte, F. C. S. (1999). A terapia de aceitação e compromisso e a criança: uma exploração com o uso de fantasia a partir do trabalho com argila. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp. 121-132). Esetec.
- Bortoloti, R., Perez, W. F., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2024). Research on human language and cognition in Brazil based on stimulus equivalence and relational frame theory. *The Psychological Record*, 74(4), 625–637. <https://doi.org/10.1007/s40732-023-00581-x>
- Brandão, M. Z. S. (1999). Abordagem contextual na clínica psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp. 149-156). Esetec.
- Fukahori, L., da Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2005). Exibicionismo e procedimentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 67–76. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.43>
- Hayes, S. C. (Junho, 1987). *Contextual behavior therapy*. Workshop apresentado na Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Hayes, S. C. (Junho, 1987). *What does behavior analysis have to contribute to experiential therapies? Some implications of research on rule-governed behavior*. Colloquium apresentado na Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Hayes, S. C. (Janeiro, 1989). *Contextualistic contributions to clinical psychology*. Workshop apresentado na Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Hayes, S. C. (Outubro, 2006). *Taking behavior analysis over the barrier of human language and cognition: Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and the future of behavior analysis*. Conferência apresentada na reunião da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, Brasília, Brasil.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81–104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>
- Martins, M. D. A., & Vandenbergh, L. (2006). Psicoterapia no tratamento da fibromialgia: mesclando FAP e ACT. Em H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 238-248). Esetec.
- Perez, W. F. (no prelo). Carrying the legacy of my heroes. Em C. Harte, D. Barnes-Holmes, M. Sivaraman, J. C. de Rose, & J. C. & Leslie (2026). *Personal Narratives on the Behavior Analysis of Human Language and Cognition: Stories from Around the World*. Routledge.
- Vandenbergh, L. (2005). Religião, espiritualidade, FAP e ACT. Em Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. de (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 323-337). Esetec.
- Wielenska, R. C. (2010). Uma década de transformações na especialização IP-USP e HU-USP: Inserção de FAP e ACT na supervisão e outras estratégias de ensino. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. Cillo, P. B. Faleiros, & P. P. Queiroz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 27. Análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas* (pp. 423-428). ESETEC.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a quick guide

Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um guia rápido

William F. Perez^{1,2} (ORCID 0000-0001-8365-1439), Steven C. Hayes^{3,4} (orcid.org/0000-0003-4399-6859)

[1] Instituto Par, São Paulo, Brasil [2] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE), Brasil [3] Department of Psychology, University of Nevada, Reno, NV, USA [4] Institute for Better Health, Santa Rosa, CA, USA | **Título abreviado:** ACT: a quick guide | **Endereço para correspondência:** | **Email:** (WFP) will.f.perez@gmail.com; (SCH) stevenchayes@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.00EN

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is an empirically supported treatment and a process-based approach to psychological suffering and the promotion of human prosperity. This paper presents a quick guide to ACT, aiming at students and professionals who are first reading about it. Readers will learn the first steps to understanding ACT, the Psychological Flexibility model, the current state of evidence for ACT, and some thoughts on the future of this approach.

Keywords: acceptance and commitment therapy, ACT, psychological flexibility, introduction.

Resumo: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um tratamento empiricamente sustentado e uma abordagem baseada em processos que endereça tanto o sofrimento psicológico quanto a promoção da prosperidade humana. Este artigo apresenta um guia rápido sobre a ACT, destinado especialmente a estudantes e profissionais que estão lendo sobre o tema pela primeira vez. O leitor encontrará os primeiros passos para entender o que é a ACT, o modelo de flexibilidade psicológica, o estado atual das evidências e algumas palavras sobre o futuro dessa abordagem.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso, ACT, flexibilidade psicológica, introdução.

What is Acceptance and Commitment Therapy (ACT)?

Acceptance and Commitment Therapy (or sometimes called “Acceptance and Commitment Training when used in a non-clinical context, “ACT” in either case, pronounced as a single word; Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl et al., 2012; for a recent book-length treatment of the topic, see Twohig et al., 2023) is an intervention strategy that is empirically supported (e.g., Gloster et al., 2020) and is based on a process-based approach to psychological suffering and the promotion of human prosperity (e.g., Ong, Ciarrochi et al., 2024). The overall knowledge development strategy in which ACT work is done is a modern facet of behavior analysis known as Contextual Behavioral Science (CBS; Hayes, Barnes-Holmes et al., 2012). ACT is only one of the applied branches of CBS. It has gained more prominence so far, although there are other widely distinguished applications (e.g., Dixon et al., 2017; Ming et al., 2024; see Zettle et al., 2016 for a book-length treatment of the topic).

The way in which ACT explains the goals and direction of psychotherapeutic intervention is based on a philosophy of science called Functional Contextualism (e.g., Biglan & Hayes, 1996, 2006; Gifford & Hayes, 1999; Hayes, 1993; Hayes, Barnes-Holmes et al., 2012), which understands psychological actions as an *act-in-context* determined by historical and situational variables that interact functionally. Many of the key processes that generate and modulate suffering or prosperity are related to human language and cognition (e.g., Harte et al., 2023; Kovac & Perez, 2022; Wilson et al., 2001). ACT understands such interaction based on a contemporary behavioral account, Relational Frame Theory (RFT), which suggests that events can have their functions radically transformed through symbolic (relational) processes (Hayes et al., 2001; Hayes, Law et al., 2021; see also Harte & Barnes-Holmes, 2023; for Portuguese readings, see Perez et al., 2013, 2022). The central claim of RFT (see Hayes, Law et al., 2021 for a brief review) is that relating is an operant (behavior), and when brought in part under the control of arbitrary social cues it forms the basis of human language and cognition.

From a clinical point of view, for example, though such “arbitrarily applicable relational responses” we can learn to fear events that we have never experienced directly (e.g., the fear of death; to fear flying for the first time; see Dougher et al., 2007 for relevant experimental data on this topic) or establish suicidal behavior to cope with extreme emotional pain (Hayes, 1992). ACT argues that these difficult verbal processes can be addressed in a skill set known as “Psychological Flexibility” (Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl et al., 2012), defined as “*the ability to contact the present moment more fully as a conscious human being, and to change or persist in behavior when doing so serves valued ends*” (Hayes et al., 2006, p. 7).

As suggested by Dixon et al. (2023), “ACT does not assume that human struggles are symptoms of a hidden ‘disease’ lurking somewhere in the soul, mind, or hidden in the synapses between brain cells. Rather, those who implement ACT attempt to alter the function of psychological distress so that it can be used as a tool to guide effective action, and then put these same skills to the broader task of building a life worth living.” (p. 40). Within the Psychological Flexibility model, psychopathologies can be understood as patterns of rigid behaviors in affect, cognition, attention, sense of self, motivation or overt behavior, and the most modern version, addressed later in this paper, their social and biophysiological extensions (Ong, Ciarrochi et al., 2024). For example, experiential avoidance efforts may reside either inside (e.g., avoiding thoughts, feelings, sensations, memories, etc.) or outside our skin (e.g., avoiding getting on an airplane, speaking in public, facing a difficult conversation, etc.) (Hayes et al., 1996; Levin et al., 2014; see also Boavista & Perez, 2025). Such restriction of one’s behavioral repertoire is termed *Psychological Inflexibility* (Figure 1, right side) in the ACT model (Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl et al., 2012) and can be verified in six psychological dimensions. These dimensions guide the clinician’s vision for how the client interacts not only with the direct conditions that produce suffering, but also with their own behavior (e.g., including “private events”): (1) *experiential avoidance* — to use strategies to escape, avoid, or neutralize part of one’s experience (e.g., acting impulsively as a way to deal with boredom); (2) *fusion* — to respond to the content

of one's own thought in a literal manner (e.g., a client with OCD who responds to intrusive thoughts as if they were imperative truths, so as to foster the unwarranted domination of relational framing over other sources of behavioral regulation); (3) *attachment to the conceptualized self* — to respond rigidly to the content of the narrative about oneself (e.g., “I am a failure, thus it's not worth even trying..”); (4) *inflexible attention to the present moment* — to attend to thoughts focused on the past or future or to orient towards immediate discomfort, in ways that restricts flexible, fluid, involuntary attention to present events; (5) *lack of clarity of values* — being unable to describe and orient toward chosen qualities of being and doing that are important for oneself and for a meaningful life (e.g., when someone is oriented only towards what is important for others); (6) *Inaction, Impulsivity, and Avoidant Persistence*.

Psychological Flexibility is an alternative to these various forms of behavioral rigidity. ACT offers tools that allow generating variation, expanding the client's repertoire in situations associated with suffering (for a therapeutic skills training manual, see Luoma et al. 2017).

According to the ACT model, summarized in the *Hexaflex* (Figure 1, left side), six change processes can guide clinical intervention. That is, they point to repertoires that need to be developed to have psychological health, vitality, and a meaningful life as an outcome. In ACT language these would include (1) *acceptance* — to be open to one's own experience, even when it is challenging, giving up control when it is ineffective or unnecessary; (2) *defusion* — to interact with one's own thoughts in a functional way, without literally attaching to the content described therein; (3) *self-as-context / healthy perspective taking* — to note the different aspects of one's experience in perspective, as an observer, beyond the judgments and evaluations; (4) *awareness of the present moment and attentional flexibility* — to learn a flexible attention, able to fluctuate with curiosity among different aspects of the here-and-now; (5) *values* — to choose qualities of action that bring meaning to one's own behaviors: for example, being “kind”, “brave”, “loving”; (6) *committed action* — performing actions and building habits that are connected to one's chosen values.

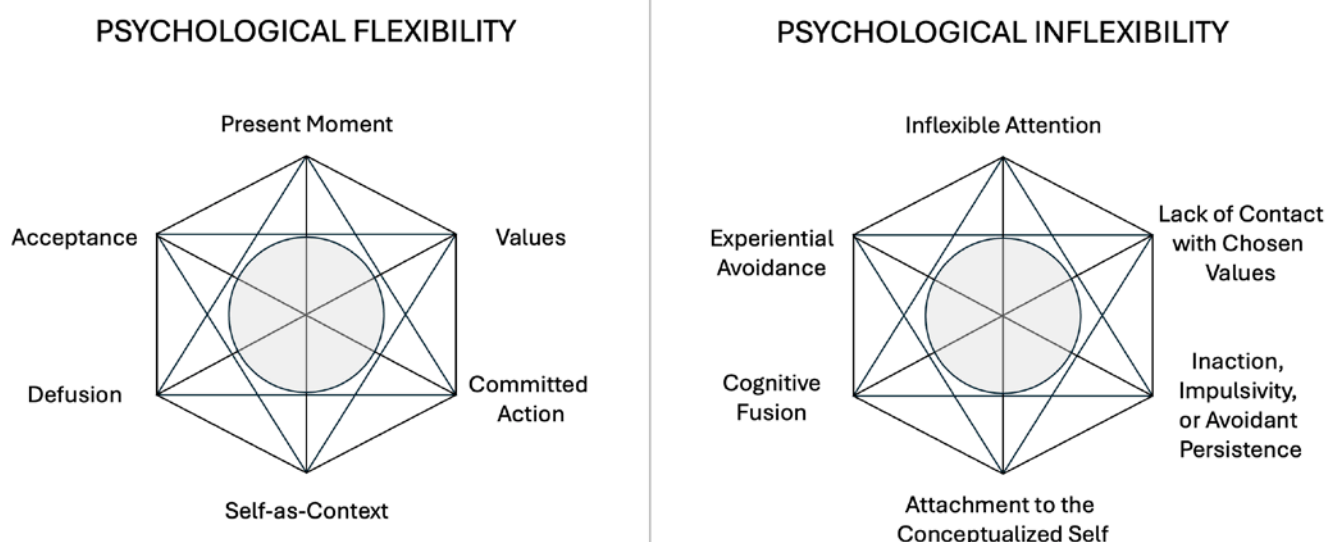


Figure 1. Hexaflex depicting the six ACT processes of Psychological Flexibility (left) and Psychological Inflexibility (right).

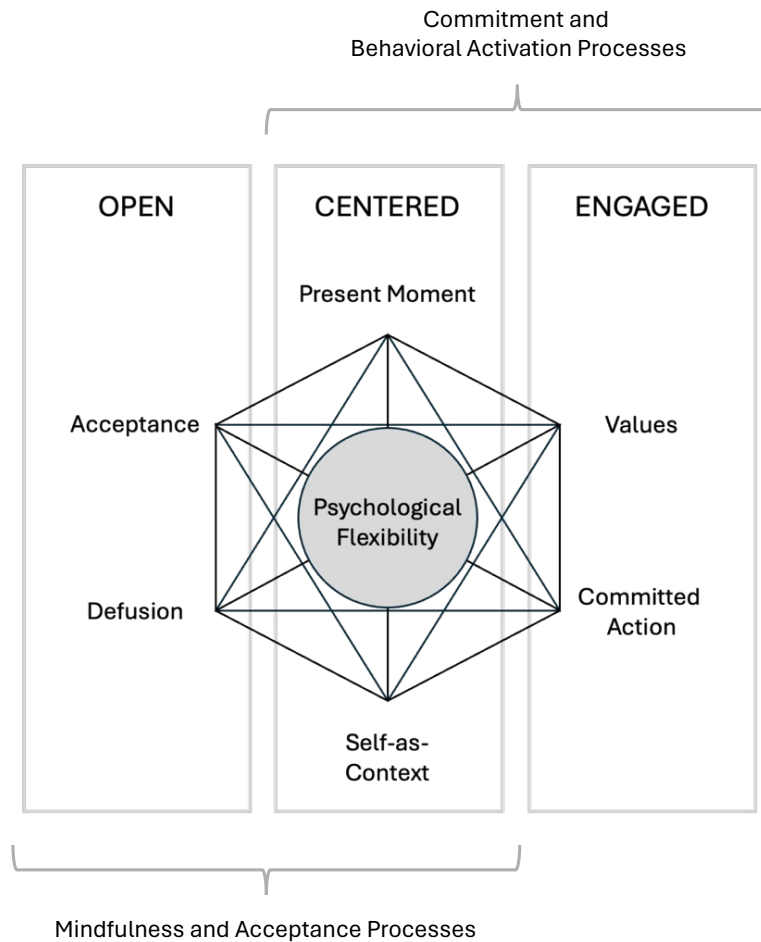


Figure 2. Hexaflex depicting the six ACT processes of Psychological Flexibility, organized into: (a) three pillars: open, aware, and engaged; and (b) two sides: mindfulness and acceptance processes, and commitment and behavioral activation processes.

The core of the Psychological Flexibility model was summarized by Hayes et al. (2004, pp. 12-13) using a question that practically can orient clients and therapists to relevant behavioral changing processes in therapy: “Given a distinction between you as a conscious human being and the psychological content that is being struggled with (self-as-context), are you willing to experience that content fully and without needless defense (acceptance), as it is and not as what it says it is (defusion), and do what takes you in the direction (committed action) of your chosen values (values) at this time and in this situation (contact with the present moment)?”

Another strategy to help professionals target the process of change in an ACT-consistent manner is organizing the original *Hexaflex* vertices in three pillars (Figure 2): (1) OPEN, (2) AWARE, (3) ENGAGED. Each pillar represents a response pat-

tern, some of which have already been explored in treatment components studies (e.g., Hayes et al., 2011; Levin et al., 2020; Villatte et al., 2016). OPEN is a middle-level term (as any term within the *Hexaflex*; for a broader discussion, see Barnes-Holmes et al., 2016; Vilardaga et al., 2009) that describes a quality of curiously responding to our own behavior, including all kinds of experiences regardless of how they are evaluated (e.g., good, bad, nasty, frightening, etc.), incorporating both acceptance and defusion processes. AWARE (or centered) describes taking perspective as an observer of the here-and-now as it unfolds in our experiences, mixing self-as-context and present moment processes. ENGAGED (or active) refers to behaving in accordance with a meaningful life, or life directions that are freely chosen as relevant and essential for oneself, that is, the processes of clari-

fying values and committed action. Another possibility is to organize the *Hexaflex* into two sides or large groupings (Figure 2): one referring to mindfulness and acceptance processes (acceptance, defusion, present moment, and self-as-context) and another to commitment and behavioral activation processes (present moment, self-as-context, values, and committed action). From a functional perspective, all these different organizations within the Psychological Flexibility model are considered functionally dependent on the therapist, researcher, or trainer's agenda. They are not real things in the world (for a broader discussion, see Hayes et al., 1988; Hughes, 2018; Wilson, 2016). They are words to orient the practitioner to broad behavior classes that will comprise case formulation and guide the intervention.

Studies suggest that Psychological Inflexibility is a transdiagnostic process linked to many psychological disorders (e.g., Levin et al., 2014), and is negatively correlated with well-being (e.g., Ong, Barthel et al., 2024). Conversely, Psychological Flexibility is a relevant target of psychological interventions, reducing psychological distress (Macri & Rogge, 2024), and positively impacting treatment outcomes (Gloster et al., 2020; Hayes et al., 2022; Rutschmann et al., 2024). In addition, Psychological Flexibility is a key process to improve quality of life and symptoms in multiple chronic health conditions (e.g., Kashdan, 2010; Konstantinou et al., 2023; McCracken, 2024; Zhang et al., 2018) and also to guide preventive strategies in different domains (Biglan et al., 2008). Hayes et al. (2022) reviewed about 54,633 psychological intervention studies and selected 1,353 texts to identify process measures that reliably mediated treatment outcomes. Among 1,050 mediational findings across 624 studies, they found 72 measures that have successfully mediated intervention outcomes and were replicated between studies. Among the identified measures, 55% of the known mediators were part of the classic psychological flexibility concept and were functionally important pathways of change in psychological interventions aimed at mental health. If a more expansive definition of these processes were adopted (see below), virtually all known mediators of change can be accommodated by the Psychological Flexibility model.

The State of Evidence for ACT

ACT has been widely recognized by several leading institutions, including the World Health Organization and the US Centers for Disease Control (see other institutions at https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence), as an evidence-based approach to treating a variety of physical and mental health conditions. Currently (August 2025), there are 1,418 randomized clinical trials (RCTs) involving ACT, as well as 611 meta-analyses registered on the Association for Contextual Behavioral Science's website.

Gloster et al. (2020) reviewed 20 meta-analyses, which included 133 studies and more than 12,000 participants. ACT was effective for several conditions such as: anxiety, depression, substance abuse, chronic pain (for a caveat, see Williams et al., 2020; for updates, see Martinez-Calderon et al., 2024; McCracken, 2024) and transdiagnostic groups, presenting larger effect sizes when compared to inactive control groups (e.g., waiting list), TAU (treatment-as-usual) and most of the active treatments, except cognitive-behavioral therapy (CBT) – from which, in general, no statistically significant differences were found compared to ACT. Small to moderate effect sizes were also observed for other relevant outcomes, such as quality of life, well-being, functionality, and disability.

An overview of research on ACT was offered by Levin et al. (2024), who analyzed recent systematic reviews and meta-analyses involving ACT in multiple domains. Although the methodological rigor varied among studies, the authors suggested that there is plausible evidence for the efficacy of ACT for depression, anxiety, obsessive-compulsive disorders, psychosis, substance use disorders, chronic pain, obesity, stigma, stress, and burnout. The authors also reported studies in which ACT improved other relevant outcomes such as quality of life, symptoms, disease management, adherence to treatment, etc., for a wide range of chronic health conditions such as cancer, diabetes, overweight, stroke, heart disease, multiple sclerosis, epilepsy, asthma, arthritis, inflammatory bowel disease, cardiovascular, tinnitus, and HIV. It is also worth noting that ACT is a potential treatment for reducing the severity of insomnia and improving sleep pat-

terns, particularly when combined with behavioral components such as stimulus control and sleep restriction (Paulos-Guarnieri et al., 2022). ACT has also inspired treatment protocols in challenging research areas, such as in psychedelic-assisted therapy (Herbert et al., 2025; Watts & Luoma, 2020). There are areas of interest, however, in which ACT is yet to be well established, for instance, in treating bipolar disorders (BD) (Khafifi, Perez, El Rafihi-Ferreira et al., 2025). The efficacy of ACT as a stand-alone treatment for BD has now been tested in an RCT in Brazil (Khafif, Perez, Hamoui et al., 2025).

Hayes and King (2024) reviewed the first 1000 RCTs involving ACT between 1986 and 2022. They found ACT studies conducted across all continents for a variety of targeted outcomes, beyond psychiatric conditions, including general health, weight loss, exercise, workplace, intimacy, and academic, athletic, and social concerns. ACT studies also explored different populations, for instance, parents, caregivers, teachers, and therapists. They also found an impressive number of studies in lower- and middle-income countries (LMICs; $N = 463$; see also Sahdra, King et al., 2024), including large-scale ACT-based protocols with refugees (Acarturk et al., 2022).

The Future of Acceptance and Commitment Therapy

From Protocols to Processes

As ACT enters its fifth decade, it increasingly exemplifies a larger scientific shift: the movement away from syndromal protocols toward a focus on processes of change (e.g., Hayes, 2025; Hayes et al., 2019, Hayes, Hofmann, & Ciarrochi, 2020; Hayes & Hofmann, 2020; Hofmann & Hayes, 2018; Moskow et al., 2023). Instead of aligning interventions with the fluctuating categories of the DSM or ICD, ACT has, from the beginning, been rooted in the analysis of functional processes that underlie diverse forms of suffering and well-being (Ciarrochi, Hernández et al., 2024). The Psychological Flexibility model — open, aware, and actively engaged, extended to your body, relationships, and culture (see Figure 3) — has proven to be among the most robust sets of processes studied in intervention science (Hayes et al., 2022), producing positive outcomes across a vast

range of human concerns (Hayes & King, 2024).

The process-based orientation ACT has been aided by the extended evolutionary meta-model (EEMM; Hayes, 2025; Hayes et al., 2022; Hayes, Hofmann, & Ciarrochi, 2020; Ong, Ciarrochi et al., 2024), which situates ACT within a broader biopsychosocial frame (Figure 3). By mapping ACT processes onto evolutionary principles of variation, selection, retention, and context (Hayes, Hofmann, & Wilson, 2020), ACT is able to incorporate new methods while remaining true to its functional contextualist core. In this sense, the future of ACT has little to do with the impact of a particular set of techniques and far more about learning how to apply principles of flexible, contextually sensitive change.

Expanding the Psychological Flexibility Model

The future of ACT requires a broader vision of flexibility. Emotional openness is not only about acceptance of distress but also non-attachment to positive emotions (Ong, Ciarrochi et al., 2024). Cognitive flexibility includes not just defusion but also adaptive reappraisal when it fosters variation and value-based selection (Ong, Ciarrochi et al., 2024). Social flexibility extends the focus from the individual to relationships, culture, and community (Hayes, Merwin et al., 2021).

By embedding ACT in the EEMM (Ong, Ciarrochi et al., 2024), flexibility processes now cover the full range of psychological dimensions—cognition, affect, attention, self, motivation, and behavior (see the six vertices of the *Hexaflex* in Figure 3)—while explicitly linking them to sociocultural and biophysiological levels and their contextual determinants. Figure 3 shows the fully expanded ACT model as of late 2025. This expansion allows ACT to engage with processes as varied as compassion, cooperation, physiological regulation, and cultural adaptation, all while retaining coherence within its scientific framework.

Idiomatic Science and Personalized Care

Perhaps the most important methodological development shaping ACT's future is the rise of idiomatic science (e.g., Hayes, 2025). Traditional group-based statistics assume ergodicity—the equivalence of between-person and within-person

ACT: A Model of Process-Based Life Improvements

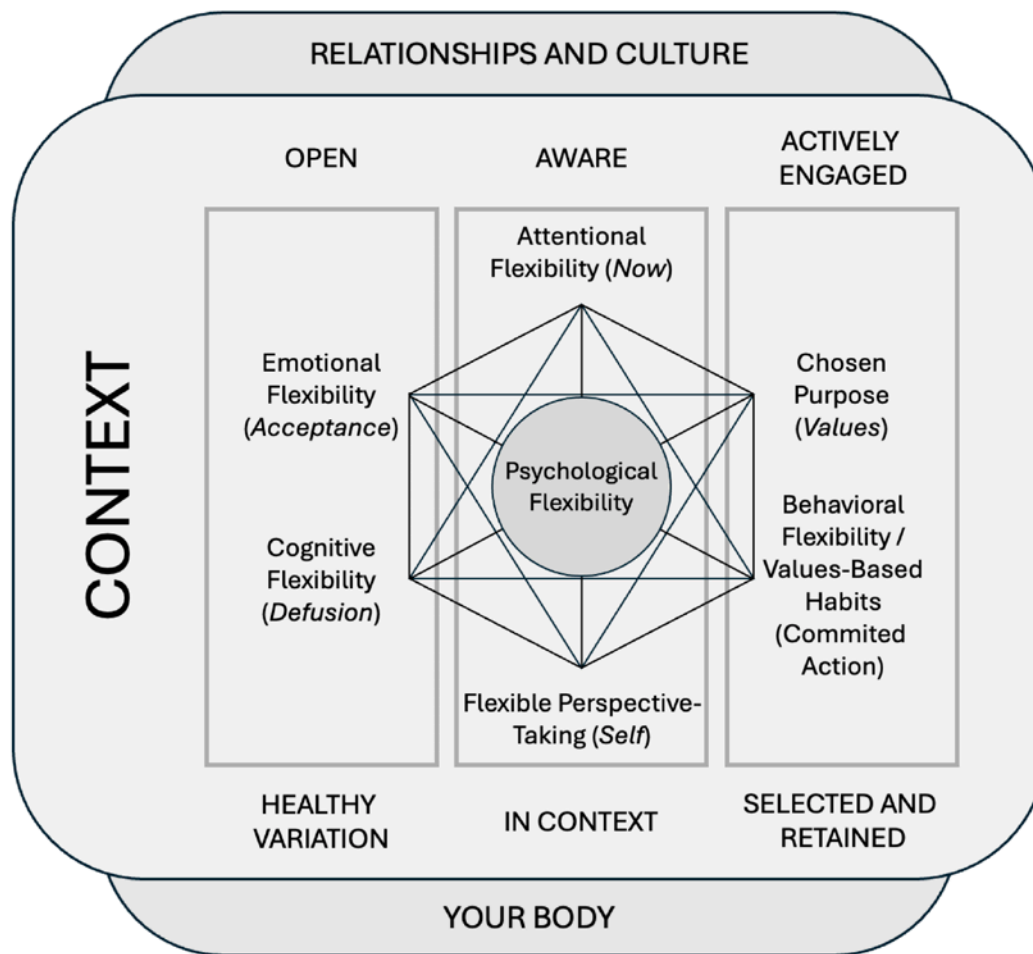


Figure 3. The ACT model as extended by the EEMM.

variation—but this assumption rarely holds in psychology (Hayes et al., 2023). As a result, nomothetic findings often fail to describe individual lives (e.g., Ciarrochi, Sahdra et al., 2024; Gloster et al., 2024; Sahdra, Ciarrochi et al., 2024, Sahdra et al., 2025).

ACT is at the forefront of correcting this error by advancing idiographic, longitudinal, high-density methods that track processes of change within individuals over time (e.g., Hernández et al., 2025; Sanabria-Mazo et al., 2025; Sahdra, Ciarrochi et al., 2024; Sanford et al., 2022; Wooley et al., 2025). This “idionomic” approach links person-specific patterns to general principles only when they add predictive and functional value. Already, studies show that psychological flexibility processes interact in surprising, dynamic ways that would be invisible under normative statistics (Hernández et al., 2025).

In practice, this means that ACT will increasingly provide clinicians with real-time feedback about the networks of processes that matter most for the client in front of them. Rather than assuming that what worked for the average trial participant will work here, practitioners will be able to see directly which processes are shifting, which remain rigid, and how to best target interventions in a functional, individualized manner.

Treating the Whole Person

The future of ACT also entails a decisive move away from a disorder-centric framework (e.g., Hayes, 2025). Analyses of the first 1,000 ACT RCTs show that fewer than one-third focused on DSM-defined problems (Hayes & King, 2024). Instead, ACT research has emphasized medical conditions,

parenting, prejudice, occupational stress, stigma, and positive outcomes such as resilience, hope, and well-being. This breadth is not incidental—it reflects ACT's core commitment to treating the whole person rather than discrete diagnostic labels.

Such a focus allows ACT to respond to what people actually care about: living meaningful lives despite pain, illness, fear, or loss. It also places ACT at the center of a larger evolution in behavioral health toward personalized, process-based approaches that integrate mental, physical, and social dimensions.

A Global and Culturally Humble Approach

One of the most striking findings in ACT's research history is its global reach. Nearly half of all ACT RCTs have been conducted in non-indexed journals from lower- and middle-income countries (LMICs), often in local languages and addressing local priorities (Hayes & King, 2024). These studies extend ACT to contexts often overlooked in Western science—dialysis patients in Iran, refugees in Uganda, adolescents in South America, families in East Asia.

The uptake of ACT by the World Health Organization, including the deployment of ACT-based *Self-Help Plus* in war-torn and resource-constrained settings, illustrates how well the model adapts across cultures (Acarturk et al., 2022). Future progress will depend on deepening this cultural humility: co-developing interventions with local communities, adapting language and delivery to context, and avoiding the imposition of Western diagnostic frameworks that may not fit. ACT's emphasis on values and context makes it uniquely suited to such global dissemination.

Technology as a Tool for Flexibility

Finally, ACT's future will be inseparable from the thoughtful use of technology. Digital platforms, apps, wearables, and ecological momentary assessment allow for the dense, longitudinal data collection that idiomonic science requires. These tools can deliver ACT kernels at scale, monitor processes in real time, and support practitioners in tailoring care to individuals.

However, technology must be used with care. The goal is not to replace the therapeutic relationship but to extend its reach, enhance personaliza-

tion, and provide access to those who might otherwise go without. The most promising future for ACT is one in which technology supports flexibility—opening doors, not closing them.

Conclusion: Toward a Process-Based Future

ACT began with an ambitious goal: to create a unified, process-based model of human change as a natural extension of the functional and contextual wings of behavior analysis. More than 40 years and 1,400 RCTs later, that vision is no longer aspirational—it is increasingly the reality of evidence-based practice. The next era will see ACT deepen its process focus, expand its flexibility model, embrace idiomonic methods, move beyond disorders, adapt globally, and harness technology wisely. This was a choice of the entire world ACT community (Hayes, Merwin, et al., 2021) and as a result its implementation is already widespread. If these directions are realized, ACT will not merely be one option among many. It will increasingly serve as a foundation for evidence-based psychological care itself: a science and practice of change that is flexible, humane, culturally sensitive, and more adequate to the challenges of the human condition.

References

- Acarturk, C., Uygun, E., Ilkkursun, Z., Carswell, K., Tedeschi, F., Batu, M., Eskici, S., Kurt, G., Anttila, M., Au, T., Baumgartner, J., Churchill, R., Cuijpers, P., Becker, T., Koesters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Popa, M., Purgato, M., ... Barbui, C. (2022). Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 21(1), 88–95. <https://doi.org/10.1002/wps.20939>
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D.

- Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 365–382). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch18>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 37–61). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch4>
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139–152. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4>
- Boavista, R. R. C., & Perez, W. F. (2025). Esquiva experiencial: uma revisão conceitual. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 16(2), 190-205. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.036>
- Ciarrochi, J., Hernández, C., Hill, D., Ong, C., Gloster, A. T., Levin, M. E., Yap, K., Fraser, M. I., Sahdra, B. K., Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2024). Process-based therapy: A common ground for understanding and utilizing therapeutic practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 265–290. <https://doi.org/10.1037/int0000348>
- Ciarrochi, J., Sahdra, B., Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Sanford, B., Stanton, C., Yap, K., Fraser, M. I., Gates, K., & Gloster, A. T. (2024). A personalised approach to identifying important determinants of well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 48(4), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10486-w>
- Dixon, M. R., Belisle, J., McKeel, A., Whiting, S., Speelman, R., Daar, J. H., & Rowsey, K. (2017). An internal and critical review of the PEAK Relational Training System for children with autism and related intellectual disabilities: 2014–2017. *The Behavior Analyst*, 40(2), 493–521. <https://doi.org/10.1007/s40614-017-0119-4>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for behavior analysts: A practice guide from theory to treatment*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003250371>
- Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. C., & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88(2), 179–197. <https://doi.org/10.1901/jeab.2007.45-05>
- Gifford, E. V., & Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism* (pp. 285–327). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012524190-8/50012-7>
- Gloster, A. T., Nadler, M., Block, V., Haller, E., Rubel, J., Benoy, C., Villanueva, J., Bader, K., Walter, M., Lang, U., Hofmann, S. G., Ciarrochi, J., & Hayes, S. C. (2024). When average isn't good enough: Identifying meaningful subgroups in clinical data. *Cognitive Therapy and Research*, 48(4), 537–551. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10453-x>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Harte, C., & Barnes-Holmes, D. (2023). A primer on relational frame theory. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 77–108). Oxford University Press.
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., de Rose, J. C., Perez, W. F., & de Almeida, J. H. (2023). Grappling with the complexity of behavioral processes in human psychological suffering: Some potential insights from Relational Frame Theory. *Perspectives on Behavior Science*, 46(1), 237–259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Hayes, S. C. (1992). Verbal relations, time, and suicide. In S. C. Hayes & L. J. Hayes (Eds.), *Understanding Verbal Relations* (pp. 109–118). Context Press.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes,

- L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of Scientific Contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes S. C. (2025). Idionomic analysis, a process-based approach, and the ultimate purpose of Acceptance and Commitment Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 48(3), 605–618. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.015>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97–111. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2020). *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). The idionomic future of cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1036–1063. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.006>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Wilson, D. S. (2020). Clinical psychology is an applied evolutionary science. *Clinical Psychology Review*, 81, 101892. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101892>
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Law, S., Assemi, K., Falletta-Cowden, N., Shamblin, M., Burleigh, K., Olla, R., Forman, M., & Smith, P. (2021). Relating is an operant: A fly over of 35 years of RFT research. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 5–32. <https://doi.org/10.18761/PAC.2021.v12.RFT.02>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M., Fung, K. P. L., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In: S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. The Guilford Press.

- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Herbert, M. S., Blanco, B. H., Perivoliotis, D., Luoma, J., Fernandes-Osterhold, G., Bismark, A., & Woolley, J. D. (2025). MDMA-assisted Acceptance and Commitment Therapy for posttraumatic stress disorder: Rationale for a new approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(3), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2025.01.001>
- Hernández, C., Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., & Hayes, S. C. (2025). Idiomonic Assessment of Mindfulness. In: O. N. Medvedev, C. U. Krägeloh, R. J. Siegert, & N. N. Singh (Eds.) *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 87–113). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-47219-0_136
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp. 23–43). New Harbinger Publications.
- Kashdan, T. B. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Khafif, T. C., Perez, W. F., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o transtorno do humor bipolar: um estudo de revisão. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.031>
- Khafif, T. C., Perez, W. F., Hamoui, S., Nardini, C., Biazus, T., Dayan, S., Matthias, K. A., Kleinman, A., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2025). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) as a stand-alone treatment for bipolar disorder: Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 36(1), 100545. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2025.100545>
- Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Almas, I., Gloster, A.T., Kassianos, A.P., & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004>
- Kovac, R., & Perez, W. F. (2022). O que é o sofrimento psicológico para a terapia de aceitação e compromisso e como ele é explicado pela teoria das molduras relacionais. In W. F. Perez, R. Kovac, J. H. de Almeida, & J. C. de Rose (2022), *Teoria das Molduras Relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 239–254). Paradigma.
- Levin, M. E., Krafft, J., Hicks, E. T., Pierce, B., & Twohig, M. P. (2020). A randomized dismantling trial of the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online intervention for distress of college students. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103557>
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on Acceptance and Commitment Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 419–431. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.

- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. J. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: An overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *The Journal of Pain*, 25(3), 595–617. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013>
- McCracken L. M. (2024). Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology*, 75, 601–624. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335>
- Ming, S., Stewart, I., & McElwee, J. (2024). Integrating Relational Frame Theory (RFT) and Verbal Behavior (VB) in early intervention. *The Psychological Record*, 74(4), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s40732-024-00591-3>
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14(1), 20438087231152848. <https://doi.org/10.1177/20438087231152848>
- Ong, C. W., Barthel, A. L., & Hofmann, S. G. (2024). The relationship between psychological inflexibility and well-being in adults: A meta-analysis of the acceptance and action questionnaire. *Behavior Therapy*, 55(1), 26–41. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.007>
- Ong, C. W., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Karekla, M., & Hayes, S. C. (2024). Through the extended evolutionary meta-model, and what ACT found there: ACT as a process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100734. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100734>
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2024). Evidence of acceptance and commitment therapy-based therapies for insomnia. In R. El Rafihi-Ferreira (Ed.), *Acceptance and Commitment Therapy for insomnia: A session-by-session guide* (pp. 147–159). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-50710-6_14
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(1), 32–50. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>
- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2022). *Teoria das Molduras Relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações*. Paradigma.
- Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., & Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403718>
- Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Klimczak, K. S., Krafft, J., Hayes, S. C., & Levin, M. (2024). Testing the applicability of idionomic statistics in longitudinal studies: The example of ‘doing what matters’. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100728. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100728>
- Sahdra, B. K., King, G., Payne, J. S., Ruiz, F. J., Ali Kolahdouzan, S., Ciarrochi, J., & Hayes, S. C. (2024). Why research from lower- and middle-income countries matters to evidence-based intervention: A state of the science review of ACT research as an example. *Behavior Therapy*, 55(6), 1348–1363. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.06.003>
- Sahdra, B. K., Shin, A., Fraser, M., Levin, M. E., Klimczak, K. S., Krafft, J., Hayes, S. C., Hernández, C., & Ciarrochi, J. (2025). One size does not make all happy: Idionomic links between striving for positive states and happiness in experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 26(6), 101. <https://doi.org/10.1007/s10902-025-00933-0>
- Sanabria-Mazo, J. P., Giné-Vázquez, I., Cristobal-Narváez, P., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., McCracken, L. M., Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Ciarrochi, J., & Luciano, J. V. (2025). Relationship between outcomes and processes in patients with chronic low back pain plus depressive symptoms: Idiographic analyses within

- a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 35(6), 1001–1016. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2382429>
- Sanford, B. T., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., Gates, K. M., & Hayes, S. C. (2022). Toward empirical process-based case conceptualization: An idionomic network examination of the process-based assessment tool. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 10–25. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.006>
- Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (2023). *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E., & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress: A contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst*, 32(1), 105–133. <https://doi.org/10.1007/BF03392178>
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.004>
- Williams, A. C. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD007407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Wilson, K. G. (2016). Contextual Behavioral Science: Holding terms lightly. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 62–80). Wiley Blackwell.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211–237). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Woolley, M. G., Sahdra, B. K., Bowers, E. M., Capel, L. K., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2025). An idionomic network analysis of trichotillomania treatment processes: Gathering group-level and individual-level insights to inform a personalized therapeutic framework. *Behavior Therapy*, 56(4), 851–865. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2025.01.006>
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (Eds.). (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley Blackwell.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8, 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>

Histórico do Artigo

Submitted: 24/Sept/2025

Accepted: 02/Oct/2025

Associate Editor: Roberta Kovac

Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um guia rápido Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a quick guide

William F. Perez^{1,2} (ORCID 0000-0001-8365-1439), Steven C. Hayes^{3,4} (orcid.org/0000-0003-4399-6859)

[1] Instituto Par, São Paulo, Brasil [2] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE), Brasil [3] Department of Psychology, University of Nevada, Reno, NV, USA [4] Institute for Better Health, Santa Rosa, CA, USA | **Título abreviado:** ACT: um guia rápido | **Endereço para correspondência:** | **Email:** (WFP) will.f.perez@gmail.com; (SCH) stevenchayes@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.00PT

Resumo: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um tratamento empiricamente sustentado e uma abordagem baseada em processos que endereça tanto o sofrimento psicológico quanto a promoção da prosperidade humana. Este artigo apresenta um guia rápido sobre a ACT, destinado especialmente a estudantes e profissionais que estão lendo sobre o tema pela primeira vez. O leitor encontrará os primeiros passos para entender o que é a ACT, o modelo de flexibilidade psicológica, o estado atual das evidências e algumas palavras sobre o futuro dessa abordagem.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso, ACT, flexibilidade psicológica, introdução.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is an empirically supported treatment and a process-based approach to psychological suffering and the promotion of human prosperity. This paper presents a quick guide to ACT, aiming at students and professionals who are first reading about it. Readers will learn the first steps to understanding ACT, the Psychological Flexibility model, the current state of evidence for ACT, and some thoughts on the future of this approach.

Keywords: acceptance and commitment therapy, ACT, psychological flexibility, introduction.

Nota dos autores

Tradução realizada pelo primeiro autor a partir do texto: Perez, W. F., & Hayes, S. C. (2025). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a quick guide. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 16(2), 005-017. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.00EN>. Artigo originalmente publicado sob licença CC BY-NC 2.0 BR.

O que é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)?

A Terapia de Aceitação e Compromisso (chamada também de “Treinamento de Aceitação e Compromisso” quando utilizada em contextos não clínicos; em ambos os casos, “ACT”, pronunciado como uma única palavra; Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl et al., 2012/2021; para um livro recente sobre o tema, ver Twohig et al., 2023) é uma estratégia de intervenção empiricamente sustentada (e.g., Gloster et al., 2020) apoiada em uma abordagem baseada em processos acerca do sofrimento psicológico e da promoção da prosperidade humana (e.g., Ong, Ciarrochi et al., 2024). A estratégia geral de desenvolvimento do conhecimento na qual a ACT se baseia é uma faceta moderna da Análise do Comportamento conhecida como Ciência Comportamental Contextual (*Contextual Behavioral Science* ou CBS; Hayes, Barnes-Holmes et al., 2012). A ACT é apenas um dos ramos aplicados da CBS, possivelmente o que ganhou mais destaque até o presente momento. No entanto, há outras aplicações amplamente difundidas e outras ainda sendo exploradas (e.g., Dixon et al., 2017; Ming et al., 2024; ver Zettle et al., 2016 para um livro sobre este tópico).

A forma como a ACT explica os objetivos e a direção da intervenção psicoterapêutica é baseada em uma filosofia da ciência chamada Contextualismo Funcional (e.g., Biglan & Hayes, 1996, 2006; Gifford & Hayes, 1999; Hayes, 1993; Hayes, Barnes-Holmes et al., 2012), que entende os fenômenos psicológicos como ação-em-contexto, determinados por variáveis históricas e situacionais que interagem funcionalmente. Muitos dos processos-chave que geram e modulam o sofrimento ou a prosperidade humana estão relacionados à linguagem e à cognição (e.g., Harte et al., 2023; Kovac & Perez, 2022; Wilson et al., 2001). A ACT compreende a linguagem e a cognição a partir de uma explicação comportamental contemporânea, a Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory*, RFT), que sugere que os eventos do mundo podem ter suas funções radicalmente transformadas por meio de processos simbólicos (relacionais) (Hayes et al., 2001; Hayes, Law et al., 2021; ver também Harte & Barnes-Holmes, 2023; para leituras em português, ver Perez et al.,

2013, 2022). O argumento central da RFT (veja Hayes, Law et al., 2021/2022 para uma breve revisão) é que relacionar é um comportamento operante e, quando colocado sob controle de dicas contextuais arbitrárias, estabelecidas por convenções de uma comunidade verbal (linguística), tal operante forma a base da linguagem e da cognição (pensamento) humana. De um ponto de vista clínico, por exemplo, por meio desse operante relacional, também conhecido como “responder relacional arbitrariamente aplicável”, podemos aprender a temer eventos nunca diretamente experimentados (por exemplo, o medo da morte ou ter medo de voar pela primeira vez; ver Dougher et al., 2007 para dados experimentais relevantes sobre esse tema) ou estabelecer o comportamento suicida como forma de lidar com uma dor emocional extrema (Hayes, 1992). A ACT sugere que os processos verbais que potencializam o sofrimento podem ser endereçados por meio de um conjunto de habilidades conhecido como “Flexibilidade Psicológica” (Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl et al., 2012/2021), definido como “a capacidade de entrar em contato com o momento presente mais plenamente, como um ser humano consciente, e mudar ou persistir em comportamentos a serviço de fins valorosos” (Hayes et al., 2006, p. 7).

Como sugerido por Dixon et al. (2023), “a ACT não assume que as diferentes formas de sofrimento humano sejam sintomas de uma ‘doença’ escondida em algum lugar na alma, na mente ou nas sinapses entre as células do cérebro. Em vez disso, o trabalho orientado pela ACT tenta alterar a função do sofrimento psicológico, permitindo que ele possa ser usado como uma ferramenta para guiar ações efetivas, (...) colocando [nossas] habilidades [de flexibilidade psicológica] a serviço de uma tarefa mais ampla, de construir uma vida que valha a pena ser vivida” (p. 40). Dentro do modelo da Flexibilidade Psicológica, as psicopatologias podem ser entendidas como padrões rígidos de comportamento no nível do afeto, da cognição, da atenção, do senso de si mesmo (*self*), da motivação ou de comportamentos abertos (públicos). Além disso, na versão mais moderna do construto da Flexibilidade Psicológica, abordada mais adiante neste artigo, estão incluídos também os níveis sociais e biofisiológicos (Ong, Ciarrochi et al., 2024). Como um exemplo de padrões com-

portamentais rígidos, podemos considerar a esquiva experiencial de eventos dentro da nossa pele (e.g., evitar pensamentos, sentimentos, sensações, memórias, etc.) ou fora dela (e.g., evitar entrar em um avião, falar em público, enfrentar uma conversa difícil, etc.) (Hayes et al., 1996; Levin et al., 2014; ver também Boavista & Perez, 2025). No modelo da ACT, a restrição do repertório comportamental é denominada Inflexibilidade Psicológica (Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl et al., 2012/2021) e pode ser verificada em seis diferentes dimensões (Figura 1, lado direito). Essas dimensões orientam a visão do clínico sobre como o cliente interage não apenas com as contingências diretas que produzem sofrimento, mas também com seu próprio comportamento influenciado por tais contingências (incluindo “eventos privados”). As seis dimensões da Inflexibilidade Psicológica são: (1) *esquiva experiencial* — usar estratégias para escapar de parte da própria experiência, evitá-la ou neutralizá-la (e.g., agir impulsivamente como uma maneira de lidar com o tédio); (2) *fusão* — responder ao conteúdo do próprio pensamento de uma forma literal (e.g., um cliente com TOC que responde a pensamentos intrusivos como se fossem verdades absolutas, ampliando o domínio do responder relacional arbitra-

riamente aplicável sobre outras fontes de regulação comportamental); (3) *apego ao self-conceitualizado* — responder rigidamente ao conteúdo da narrativa sobre si mesmo (e.g., “Sou um fracasso, portanto nem vale a pena tentar...”); (4) *atenção inflexível ao momento presente* — atender a pensamentos focados no passado ou no futuro ou se orientar somente para o desconforto imediato, restringindo a atenção flexível, fluida e involuntária aos acontecimentos presentes; (5) *falta de clareza de valores* — ser incapaz de descrever qualidades de ação [e de ser] que são importantes para si mesmo e de se orientar com base nelas, construindo uma vida significativa (e.g., quando o indivíduo está orientado apenas para o que é importante para os outros); (6) *inação, impulsividade e esquiva persistente*.

A Flexibilidade Psicológica é uma alternativa para essas várias formas de rigidez comportamental. A ACT oferece ferramentas que permitem gerar variação, ampliando o repertório do cliente em situações associadas ao sofrimento (para um manual de competências terapêuticas, ver Luoma et al. 2017/2022). De acordo com o modelo da ACT, resumido no *Hexaflex* (Figura 1, lado esquerdo), seis processos de mudança podem orientar a intervenção clínica, apontando para repertórios que

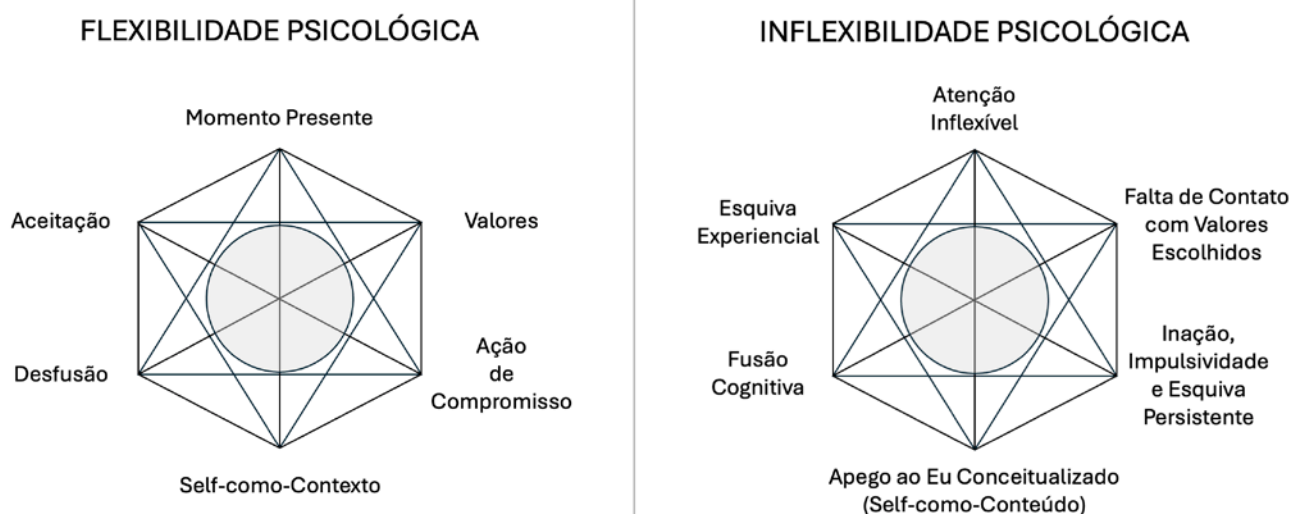


Figura 1. Hexaflex ilustrando os seis processos de Flexibilidade Psicológica (esquerda) e de Inflexibilidade Psicológica (direita).

precisam ser desenvolvidos para que haja saúde psicológica, vitalidade e a experiência de uma vida significativa. Na linguagem ACT, tais processos são nomeados como: (1) *aceitação* — estar aberto à própria experiência, mesmo quando ela é desafiadora, bem como desistir de estratégias de controle quando elas são ineficazes ou desnecessárias; (2) *desfusão* — interagir com os próprios pensamentos de uma forma funcional, sem considerar os conteúdos neles descritos de maneira literal; (3) *self-como-contexto/tomada de perspectiva saudável* — notar os diferentes aspectos da própria experiência tomando perspectiva, como um observador, para além dos julgamentos e avaliações; (4) *consciência do momento presente e flexibilidade atencional* — desenvolver uma atenção flexível, capaz de flutuar com curiosidade entre os diferentes aspectos do aqui-e-agora; (5) *valores* — escolher qualidades de ação que tragam significado aos próprios comportamentos: por exemplo, ser “gentil”, “corajoso”, “amoroso”; (6) *ação comprometida* — realizar ações e construir hábitos que estejam ligados aos valores escolhidos.

A essência do modelo de Flexibilidade Psicológica foi resumida por Hayes et al. (2004, pp. 12-13) em uma pergunta que pode orientar de maneira prática os clientes e os terapeutas para processos de mudança comportamental relevantes na terapia: “Considerando que você, como um ser humano consciente, é diferente do conteúdo psicológico que te faz sofrer (self-como-contexto), você está disposto a experimentar esse conteúdo plenamente, sem se defender de maneira desnecessária (aceitação), permitindo-se enxergá-lo da maneira como ele se apresenta e não como seus pensamentos o avaliam (desfusão), e fazer o que te leva na direção (ação comprometida) dos seus valores escolhidos (valores), neste momento e nesta situação (contato com o momento presente)?”.

Outra estratégia que pode ajudar os profissionais a identificarem processos de mudança de uma maneira consistente com a ACT envolve organizar os vértices do *Hexaflex* em três pilares (Figura 2): (1) ABERTO, (2) CONSCIENTE e (3) ENGAJADO. Cada pilar representa um padrão de resposta, destacando-se que alguns deles já foram explorados em estudos que isolaram os componentes de tratamento que compõem a ACT (e.g., Hayes et al., 2011; Levin et al., 2020; Villatte et al., 2016). O pilar ABERTO incor-

pora processos de aceitação e desfusão. *Aberto* é um termo intermediário (assim como qualquer termo do *Hexaflex*; para uma discussão ampla, ver Barnes-Holmes et al., 2016; Vilaridaga et al., 2009) que descreve uma qualidade de um padrão de resposta que envolve responder com curiosidade ao próprio comportamento, incluindo todos os tipos de experiências internas e externas, independentemente da maneira como elas são avaliadas pela nossa mente (e.g., boas, ruins, nojentas, ameaçadoras etc). CONSCIENTE (ou centrado) descreve a habilidade de tomar perspectiva, como um observador do aqui-e-agora da maneira como se desvela em nossa própria experiência, misturando processos de self-como-contexto e momento presente. ENGAJADO (ou ativo) se refere à emissão de comportamentos orientados para uma vida significativa, para direções de vida que são livremente escolhidas como relevantes e essenciais para a própria pessoa, incluindo processos de clarificação de valores e de ações comprometidas. Uma possibilidade adicional é organizar o *Hexaflex* em dois lados ou agrupamentos maiores (Figura 2): um se referindo a processos de *mindfulness* e aceitação (aceitação, desfusão, momento presente e self-como-contexto) e outro se referindo a processos de comprometimento e de ativação comportamental (momento presente, self-como-contexto, valores e ação de compromisso). Partindo de uma perspectiva funcional, todas essas diferentes organizações do modelo de Flexibilidade Psicológica são funcionalmente dependentes dos objetivos e das estratégias escolhidas pelo terapeuta, pesquisador ou treinador. Tais organizações não são “coisas reais”, que existem no mundo (para uma discussão aprofundada, ver Hayes et al., 1988; Hughes, 2018/2020; Wilson, 2016). São somente palavras que ajudam o profissional a se orientar para classes amplas de comportamentos que guiarão a formulação de caso e a intervenção.

Estudos sugerem que a Inflexibilidade Psicológica é um processo transdiagnóstico relacionado a vários transtornos psicológicos (e.g., Levin et al., 2014) e é negativamente correlacionada com o bem-estar (e.g., Ong, Barthel et al., 2024). De modo contrário, a Flexibilidade Psicológica é um alvo relevante de intervenções para a saúde mental, responsável por reduzir o sofrimento psicológico (Macri & Rogge, 2024) e por impactar positivamente os desfechos de vários tratamentos (Gloster

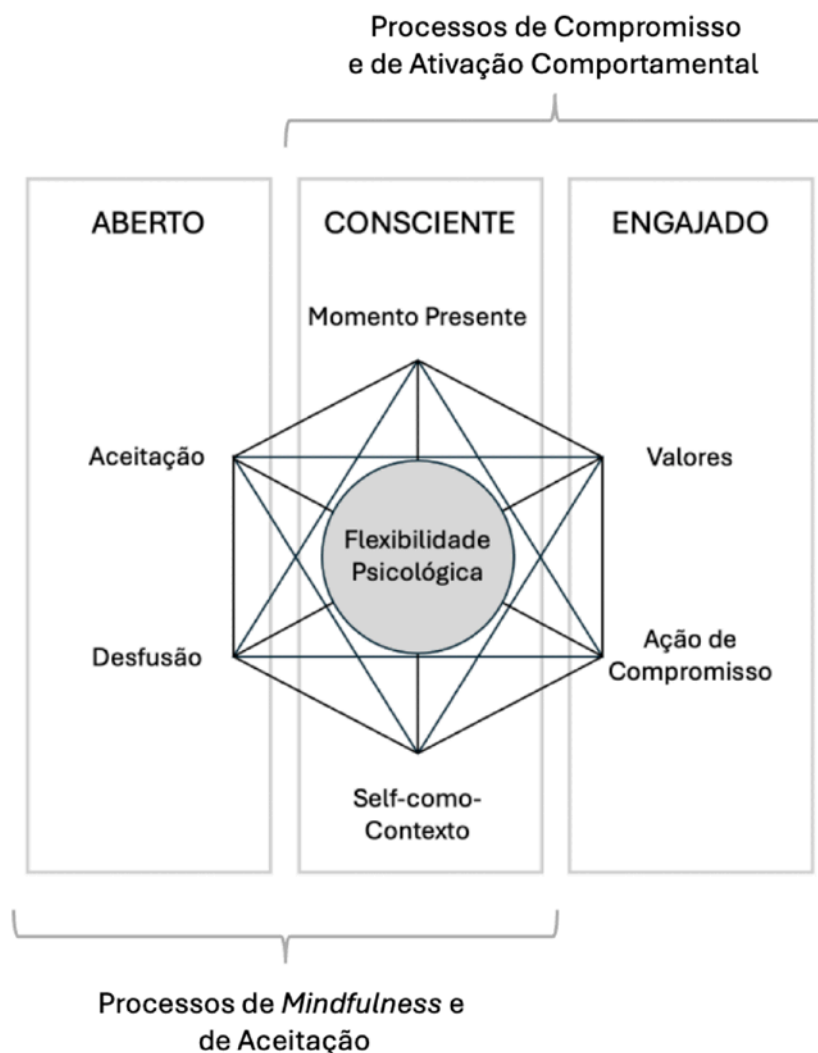


Figura 2. Hexaflex ilustrando os seis processos de Flexibilidade Psicológica organizados em: (a) três pilares: aberto, consciente e engajado; (b) dois lados ou agrupamentos: processos de mindfulness e de aceitação (pilares da esquerda e do centro) e processos de compromisso e de ativação comportamental (pilares do centro e da direita).

et al., 2020; Hayes et al., 2022; Rutschmann et al., 2024). Além disso, a Flexibilidade Psicológica é um processo-chave para a melhora de qualidade de vida e de sintomas em múltiplas condições crônicas de saúde (e.g., Kashdan, 2010; Konstantinou et al., 2023; McCracken, 2024; Zhang et al., 2018), bem como para guiar estratégias de prevenção em diversas áreas (Biglan et al., 2008). Hayes et al. (2022) revisaram 54.633 estudos de intervenção psicológica e selecionaram 1.353 textos para identificar medidas de processo que mediarão desfechos de tratamentos de maneira confiável. Entre 1.050 mediadores de resultados encontrados em 624 estudos, os

autores identificaram 72 medidas replicáveis entre estudos, que mediarão de maneira bem-sucedida o desfecho de intervenções. 55% dos mediadores encontrados se encaixaram no conceito clássico de Flexibilidade Psicológica, sendo rotas de mudança funcionalmente importantes em tratamentos psicológicos focados na promoção de saúde mental. Se uma definição mais ampla desse processo tivesse sido adotada (como mostraremos mais à frente neste artigo), praticamente todos os mediadores de mudança encontrados poderiam se encaixar no modelo de Flexibilidade Psicológica.

O Estado Atual de Evidências da ACT

A ACT tem sido amplamente reconhecida por diversas instituições, incluindo a Organização Mundial da Saúde e o Centro Americano de Controle de Doenças (para outras instituições, ver https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence), como um tratamento empiricamente sustentado para uma variedade de questões de saúde física e mental. Em agosto de 2025, havia 1.418 ensaios clínicos aleatorizados (RCTs) envolvendo ACT, bem como 611 meta-análises registradas no site da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS).

Gloster et al. (2020) revisaram 20 meta-análises que incluíram 133 estudos e mais de 12.000 participantes. A ACT foi eficaz para várias condições, como ansiedade, depressão, abuso de substâncias, dor crônica (para um contraponto, ver Williams et al., 2020; para atualizações, ver Martinez-Calderon et al., 2024; McCracken, 2024) e grupos transdiagnósticos. A ACT apresentou tamanhos de efeito maiores quando comparados aos grupos controle inativos (e.g., lista de espera), ao tratamento usual (TAU) e à maioria dos tratamentos ativos, exceto terapia cognitivo-comportamental (TCC) – dado que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à ACT. Também foram observados tamanhos de efeito pequenos a moderados para outros desfechos relevantes, como qualidade de vida, bem-estar, funcionalidade e incapacidade (e.g., o quanto a dor crônica/dor de cabeça/depressão impede o indivíduo de realizar atividades cotidianas em casa, no trabalho etc.).

Uma visão geral da pesquisa sobre ACT foi apresentada por Levin et al. (2024), que analisaram revisões sistemáticas e meta-análises recentes envolvendo ACT em diversos domínios. Embora o rigor metodológico dos estudos tenha variado, os autores sugerem que existem evidências plausíveis de eficácia da ACT para depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, psicose, abuso de substâncias, dor crônica, obesidade, estigma, estresse e *burnout*. Os autores também encontraram estudos nos quais a ACT produziu melhora para outros desfechos relevantes (e.g., qualidade de vida, melhora de sintomas, gestão de doenças, adesão a tratamento etc.), os quais estão relacionados a uma

ampla gama de condições crônicas de saúde, como câncer, diabetes, sobrepeso, acidente vascular cerebral, doença cardíaca, esclerose múltipla, epilepsia, asma, artrite, doença inflamatória intestinal, doenças cardiovasculares, zumbido no ouvido e AIDS. Vale mencionar, ainda, que a ACT pode ser utilizada na redução da severidade de sintomas de insônia e na melhora do padrão de sono, particularmente quando combinada com componentes comportamentais tais como controle de estímulos e restrição de sono (Paulos-Guarnieri et al., 2022). A ACT também tem inspirado protocolos em áreas desafiadoras de pesquisa, por exemplo, na terapia assistida por psicodélicos (Herbert et al., 2025; Watts & Luoma, 2020). Há outras áreas de interesse, no entanto, nas quais a ACT ainda precisa se estabelecer, por exemplo, no tratamento do Transtorno Bipolar (TB) (Khafifi, Perez, El Rafihi-Ferreira et al., 2025). A eficácia da ACT como um tratamento autônomo para o TB está sendo testada em um ensaio clínico aleatorizado (RCT) em andamento, realizado no Brasil (Khafif, Perez, Hamoui et al., 2025).

Hayes e King (2024) revisaram 1000 ensaios clínicos envolvendo ACT publicados entre 1986 e 2022. Foram encontrados estudos conduzidos em todos os continentes, envolvendo uma ampla gama de desfechos para além de questões psiquiátricas, incluindo: saúde em geral, intimidade, perda de peso, exercício físico, bem como questões de trabalho, acadêmicas, esportivas e sociais. Os estudos de ACT também exploraram diferentes populações, por exemplo, pais, cuidadores, professores e terapeutas. Os autores também encontraram um número expressivo de estudos realizados em países de renda baixa e média (N = 463; ver também Sahdra, King et al., 2024), incluindo protocolos baseados em ACT aplicados em larga escala com refugiados (Acarturk et al., 2022).

O Futuro da Terapia de Aceitação e Compromisso

Dos Protocolos aos Processos

À medida que a ACT entra em sua quinta década de existência, ela exemplifica cada vez mais uma mudança científica maior: um movimento de afastamento dos protocolos sindrômicos e a busca pela

ênfase nos processos de mudança (e.g., Hayes, 2025; Hayes et al., 2019, Hayes, Hofmann, & Ciarrochi, 2020; Hayes & Hofmann, 2020/2023; Hofmann & Hayes, 2018; Moskow et al., 2023). Em vez de alinhar as intervenções em função das categorias flutuantes do DSM ou do CID, a ACT foi, desde o seu início, enraizada na análise funcional dos processos que subjazem diversas formas de sofrimento (inflexibilidade) e, também, de bem-estar (flexibilidade) (Ciarrochi, Hernández et al., 2024). O modelo de

Flexibilidade Psicológica – aberto, consciente e ativamente engajado, estendido ao próprio corpo, aos relacionamentos e à cultura (ver Figura 3) – provou ser um dos mais robustos conjuntos de processos estudados em pesquisas de intervenção (Hayes et al., 2022), produzindo desfechos positivos para uma vasta gama de preocupações humanas (Hayes & King, 2024). A orientação baseada em processos que caracteriza a ACT tem sido apoiada pelo metamodelo evolucionário estendido (*Extended*

ACT: um modelo de melhora da vida baseado em processos

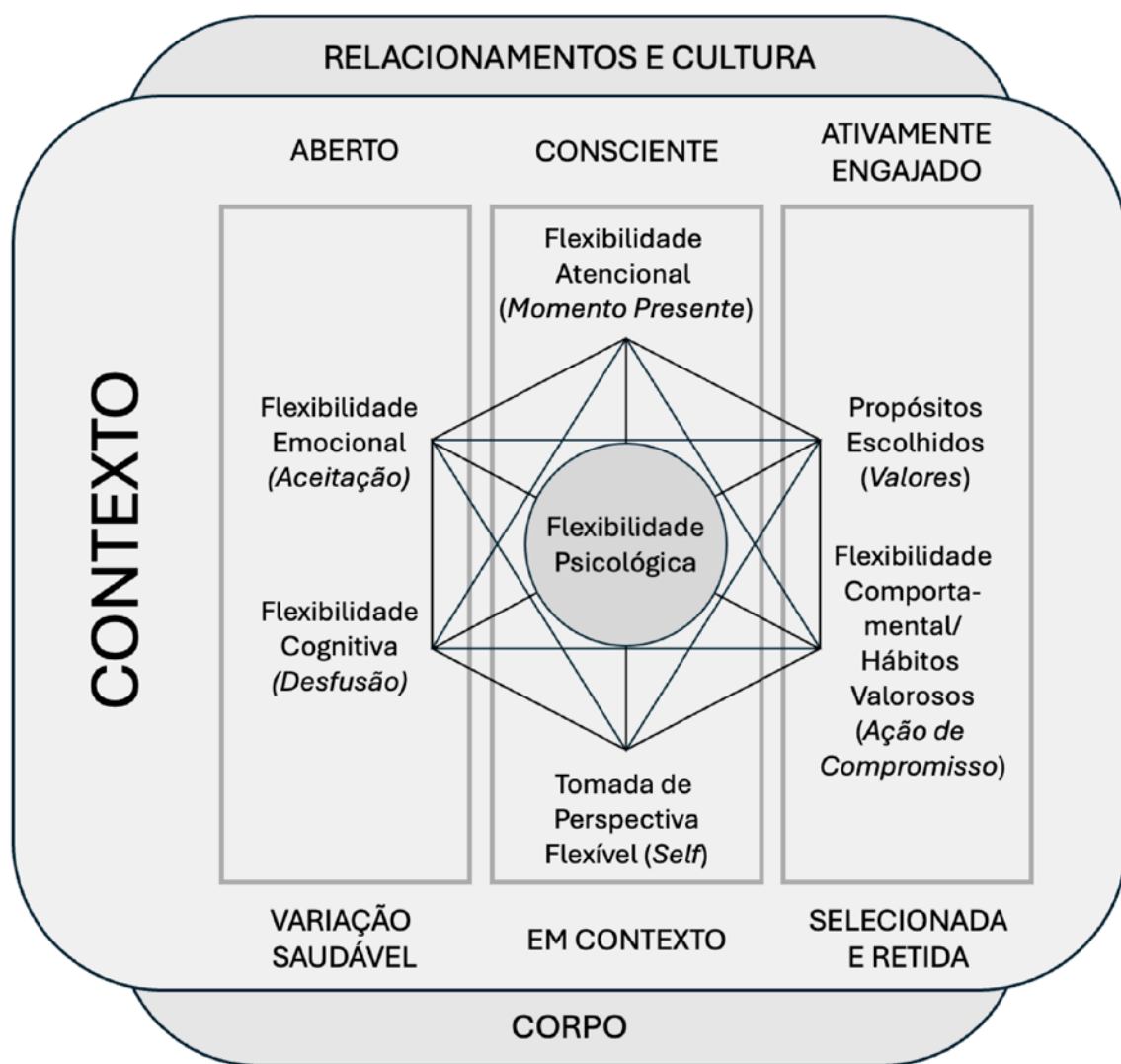


Figura 3. O modelo de Flexibilidade Psicológica da ACT expandido pelo EEMM (metamodelo evolucionário estendido).

Evolutionary Meta-Model ou EEMM; Hayes, 2025; Hayes et al., 2022; Hayes, Hofmann, & Ciarrochi, 2020; Ong, Ciarrochi et al., 2024), que situa a ACT dentro de um quadro biopsicossocial mais amplo (Figura 3). Mapear os processos da ACT com base em princípios evolucionários de variação, seleção, retenção e contexto (Hayes, Hofmann, & Wilson, 2020) permite que a ACT incorpore novos métodos, mantendo-se fiel à sua perspectiva contextualista funcional. Nesse sentido, o futuro do ACT tem menos a ver com o impacto de um determinado conjunto específico de técnicas, e muito mais com aprender a aplicar princípios de mudança de modo flexível e sensível ao contexto.

Expandindo o Modelo de Flexibilidade Psicológica

O futuro da ACT requer uma visão mais ampla do conceito de flexibilidade. Abertura emocional não inclui somente aceitar o desconforto ou o sofrimento, mas também não se apegar às emoções positivas (Ong, Ciarrochi et al., 2024). Flexibilidade cognitiva inclui não somente desfusão, mas também a reavaliação cognitiva adaptativa a serviço da variação e da seleção baseadas em valores (Ong, Ciarrochi et al., 2024). Flexibilidade social precisa ampliar o foco para além do indivíduo a fim de abarcar seus relacionamentos, a comunidade e a cultura (Hayes, Merwin et al., 2021/2025).

Em razão da incorporação da ACT ao EEMM (Ong, Ciarrochi et al., 2024), os processos de flexibilidade passam a cobrir toda a gama de dimensões psicológicas – cognição, afeto, atenção, self, motivação e comportamento (ver os seis vértices do *Hexaflex* na Figura 3). Ainda, tais dimensões passam a estar explicitamente vinculadas aos níveis sociocultural (relacionamentos e cultura) e biofisiológico (o próprio corpo), considerando seus determinantes contextuais. A Figura 3 mostra a expansão completa do modelo da ACT, tal como vem sendo apresentado no final de 2025. Essa expansão permite que a ACT dialogue com os mais variados processos, tais como compaixão, cooperação, regulação fisiológica e adaptação cultural, ao mesmo tempo em que possibilita que ela se mantenha coerente com o seu próprio arcabouço científico.

Ciência Idionômica e Cuidado Personalizado

Muito possivelmente, o desenvolvimento metodológico mais importante que tem moldado o futuro da ACT é a ascensão da ciência *idionômica*¹ (do indivíduo) (Hayes, 2025). A estatística tradicional, baseada em grupos, parte do pressuposto da ergodicidade — no qual se assume que as variações de comportamento de um indivíduo são equivalentes às variações de comportamentos entre os indivíduos de um mesmo grupo. No entanto, essa suposição raramente se aplica no caso da psicologia, embora seja verdadeira para outros sistemas (Hayes et al., 2023). Desse modo, os achados de estudos nomotéticos (baseados em grupos) muitas vezes não podem ser aplicados às vidas de indivíduos específicos (e.g., Ciarrochi, Sahdra et al., 2024; Gloster et al., 2024; Sahdra, Ciarrochi et al., 2024, Sahdra et al., 2025).

A ACT está na vanguarda da correção de tal erro, avançando na utilização de métodos *idiográficos* (i.e., da ciência idionômica), longitudinais e de alta densidade, que rastreiam processos de mudança de maneira individual ao longo do tempo (e.g., Hernández et al., 2025; Sanabria-Mazo et al., 2025; Sahdra, Ciarrochi et al., 2024; Sanford et al., 2022; Wooley et al., 2025). Essa abordagem idionômica relaciona padrões específicos de uma pessoa a princípios gerais (nomotéticos) somente quando tal estratégia agrega valor preditivo e funcional. Já há estudos demonstrando que os processos de flexibilidade psicológica interagem de formas surpreendentes e dinâmicas, as quais seriam invisíveis sob a ótica da estatística normativa (de grupo) (Hernández et al., 2025).

Na prática, isso significa que a ACT irá, cada vez mais, fornecer aos clínicos *feedback* em tempo real com base em redes de processos que são significativos para a mudança do cliente que está sendo atendido. No lugar de assumir que o que funcionou para a média dos participantes em um ensaio clínico também funcionará para esse indivíduo específico, os profissionais poderão visualizar diretamente quais processos importantes para a mudança clínica

1 Tradução do termo em inglês “*idionomic*”, que se refere à análise de dados baseada em padrões individuais, em contraposição à análise baseada em dados de grupos de indivíduos.

ca estão sendo alterados, quais se mantêm estáticos e precisam ser endereçados e como construir intervenções melhores de uma maneira funcional e individualizada.

Tratando a Pessoa Integralmente

O futuro da ACT também implica um movimento decisivo de afastamento de uma estrutura de tratamento baseada em transtornos psicológicos (e.g., Hayes, 2025). Uma análise dos primeiros 1.000 ensaios clínicos aleatorizados de ACT mostrou que menos de um terço dos estudos tiveram como foco problemas definidos pelos diagnósticos do DSM (Hayes & King, 2024). Em vez disso, a pesquisa em ACT enfatizou condições de saúde, parentalidade, preconceitos, estresse ocupacional, estigma, incluindo também desfechos positivos tais como resiliência, esperança e bem-estar. O escopo desses estudos não é incidental. Ele reflete o compromisso central da ACT em tratar a pessoa de maneira integral e não pontualmente, olhando só para rótulos derivados de um sistema diagnóstico.

Esse foco integral permite que a ACT enderece aquilo que é realmente importante para as pessoas atendidas: viver uma vida significativa apesar da dor, da doença, do medo ou da perda. Também coloca a ACT no centro de uma evolução mais ampla das intervenções comportamentais na área da saúde, caminhando na direção de uma abordagem personalizada, baseada em processos que integram as dimensões mental, física e social.

Uma Abordagem Global e com Humildade Cultural

Um dos fatos mais marcantes na história das pesquisas em ACT é o seu alcance global. Quase metade de todos os ensaios clínicos aleatorizados em ACT foram publicados em periódicos não indexados de países de renda baixa e média, na própria língua dos pesquisadores, endereçando prioridades locais (Hayes & King, 2024). Tais estudos inserem a ACT em contextos e populações muitas vezes negligenciados na ciência ocidental, por exemplo: pacientes de diálise no Irã, refugiados em Uganda, adolescentes na América do Sul, famílias no leste da Ásia.

A adoção da ACT pela Organização Mundial da Saúde, incluindo a implantação do *Self-Help Plus* — uma intervenção ACT desenhada para ambientes

devastados pela guerra e com recursos limitados —, ilustra quão bem esse modelo se adapta a diversas culturas (Acarturk et al., 2022). O progresso futuro dessa abordagem dependerá de um aprofundamento da sua humildade cultural, codesenvolvendo intervenções com as comunidades locais, adaptando a linguagem e a forma ao contexto de aplicação, evitando a imposição de estruturas de diagnóstico tipicamente ocidentais que podem não se aplicar a outras populações. A ênfase da ACT em valores e sua sensibilidade ao contexto tornam-na especialmente adequada para tal disseminação global.

Tecnologia como uma Ferramenta a Serviço da Flexibilidade

Finalmente, o futuro da ACT não pode ser dissociado do uso cuidadoso da tecnologia. As plataformas digitais, os aplicativos, os dispositivos (e.g., celulares, smartwatches etc.) e a avaliação ecológica momentânea (*EMA - Ecological Momentary Assessment*) permitem a coleta de dados densa e longitudinal, da qual uma ciência idionômica necessita. Tais ferramentas tecnológicas possibilitam que componentes nucleares da ACT sejam aplicados em larga escala, além de permitirem o monitoramento de processos de mudança em tempo real e de fornecerem apoio aos profissionais, moldando o cuidado oferecido por eles às necessidades específicas dos indivíduos atendidos.

No entanto, a tecnologia deve ser utilizada com cautela. O objetivo desse uso não é substituir a relação terapêutica, e sim ampliar o seu alcance e a sua personalização. Ainda, através da tecnologia, pode-se permitir o acesso à terapia para pessoas que não teriam tal possibilidade. O melhor futuro que podemos vislumbrar para a ACT é aquele no qual a tecnologia dá suporte a processos de flexibilidade — abrindo portas, ao invés de fechá-las.

Conclusão: Rumo a um Futuro Baseado em Processos

A ACT começou com um objetivo ambicioso: criar um modelo unificado sobre a mudança humana, baseado em processos, como uma extensão natural da ala funcionalista e contextualista da Análise do Comportamento. Depois de mais 40 anos e de 1.400 ensaios clínicos, essa visão não é mais uma aspiração. Ela é progressivamente a

realidade da prática baseada em evidências. Em sua próxima fase, veremos a ACT aprofundar seu foco baseado em processos, expandir seu modelo de flexibilidade, adotar métodos idionômicos, ir além dos transtornos mentais, adaptar-se globalmente e aproveitar a tecnologia com sabedoria. Essa foi a escolha de toda a comunidade ACT mundial (Hayes, Merwin, et al., 2021/2025) e, como resultado, a implementação dessa estratégia já está ocorrendo de maneira ampla. Se conseguirmos concretizar essas direções escolhidas coletivamente, a ACT não será apenas uma opção entre muitas. Ela servirá cada vez mais como um alicerce para o cuidado psicológico baseado em evidências: uma ciência e uma prática da mudança, flexível, humana, culturalmente sensível e mais adequada aos desafios da condição humana.

Referências

- Acarturk, C., Uygun, E., Ilkursorun, Z., Carswell, K., Tedeschi, F., Batu, M., Eskici, S., Kurt, G., Anttila, M., Au, T., Baumgartner, J., Churchill, R., Cuijpers, P., Becker, T., Koesters, M., Lantta, T., Nosè, M., Ostuzzi, G., Popa, M., Purgato, M., ... Barbui, C. (2022). Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 21(1), 88–95. <https://doi.org/10.1002/wps.20939>
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 365–382). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch18>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 37–61). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch4>
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139–152. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4>
- Boavista, R. R. C., & Perez, W. F. (2025). Esquiva experiencial: uma revisão conceitual. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 16(2), 190–205. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.036>
- Ciarrochi, J., Hernández, C., Hill, D., Ong, C., Gloster, A. T., Levin, M. E., Yap, K., Fraser, M. I., Sahdra, B. K., Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2024). Process-based therapy: A common ground for understanding and utilizing therapeutic practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 265–290. <https://doi.org/10.1037/int0000348>
- Ciarrochi, J., Sahdra, B., Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Sanford, B., Stanton, C., Yap, K., Fraser, M. I., Gates, K., & Gloster, A. T. (2024). A personalised approach to identifying important determinants of well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 48(4), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10486-w>
- Dixon, M. R., Belisle, J., McKeel, A., Whiting, S., Speelman, R., Daar, J. H., & Rowsey, K. (2017). An internal and critical review of the PEAK Relational Training System for children with autism and related intellectual disabilities: 2014–2017. *The Behavior Analyst*, 40(2), 493–521. <https://doi.org/10.1007/s40614-017-0119-4>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for behavior analysts: A practice guide from theory to treatment*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003250371>
- Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. C., & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88(2), 179–197. <https://doi.org/10.1901/jeab.2007.45-05>

- Gifford, E. V., & Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism* (pp. 285-327). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012524190-8/50012-7>
- Gloster, A. T., Nadler, M., Block, V., Haller, E., Rubel, J., Benoy, C., Villanueva, J., Bader, K., Walter, M., Lang, U., Hofmann, S. G., Ciarrochi, J., & Hayes, S. C. (2024). When average isn't good enough: Identifying meaningful subgroups in clinical data. *Cognitive Therapy and Research*, 48(4), 537-551. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10453-x>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Harte, C., & Barnes-Holmes, D. (2023). A primer on relational frame theory. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 77-108). Oxford University Press.
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., de Rose, J. C., Perez, W. F., & de Almeida, J. H. (2023). Grappling with the complexity of behavioral processes in human psychological suffering: Some potential insights from Relational Frame Theory. *Perspectives on Behavior Science*, 46(1), 237-259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Hayes, S. C. (1992). Verbal relations, time, and suicide. In S. C. Hayes & L. J. Hayes (Eds.), *Understanding Verbal Relations* (pp. 109-118). Context Press.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of Scientific Contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C. (2025). Idionomic analysis, a process-based approach, and the ultimate purpose of Acceptance and Commitment Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 48(3), 605-618. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.015>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97-111. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2020). *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). *Para além do DSM: em direção a uma alternativa baseada em processos para diagnóstico e tratamento em saúde mental*. Sinopsys.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). The idionomic future of cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1036-1063. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.006>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Wilson, D. S. (2020). Clinical psychology is an applied evolutionary

- science. *Clinical Psychology Review*, 81, 101892. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101892>
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Law, S., Assemi, K., Falletta-Cowden, N., Shamblin, M., Burleigh, K., Olla, R., Forman, M., & Smith, P. (2021). Relating is an operant: A fly over of 35 years of RFT research. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 5–32. <https://doi.org/10.18761/PAC.2021.v12.RFT.02>
- Hayes, S. C., Law, S., Assemi, K., Falletta-Cowden, N., Shamblin, M., Burleigh, K., Olla, R., Forman, M., & Smith, P. (2022). Relacional é um operante: um sobrevoo nos 35 anos de pesquisa sobre RFT. Em: W. F. Perez, R. Kovac, J. H. de Almeida, & J. C. de Rose, *Teoria das Molduras Relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 277–321). Paradigma.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M., Fung, K. P. L., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M., Fung, K. P. L., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L. M. (2025). Relatório da Força-Tarefa da ACBS sobre as estratégias e táticas de pesquisa em ciências comportamentais contextuais. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.035>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In: S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3–29). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Herbert, M. S., Blanco, B. H., Perivoliotis, D., Luoma, J., Fernandes-Osterhold, G., Bismark, A., & Woolley, J. D. (2025). MDMA-assisted Acceptance and Commitment Therapy for post-traumatic stress disorder: Rationale for a new approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(3), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2025.01.001>
- Hernández, C., Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., & Hayes, S. C. (2025). Idiomonic Assessment of Mindfulness. In: O. N. Medvedev, C. U. Krägeloh, R. J. Siegert, & N. N. Singh (Eds.) *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 87–113). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-47219-0_136
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy.

- Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp. 23-43). New Harbinger Publications.
- Hughes, S. (2020). A filosofia da ciência em sua aplicação à psicologia clínica. Em S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp. 19-35). Artmed.
- Kashdan, T. B. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Khafif, T. C., Perez, W. F., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o transtorno do humor bipolar: um estudo de revisão. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.031>
- Khafif, T. C., Perez, W. F., Hamoui, S., Nardini, C., Biazus, T., Dayan, S., Matthias, K. A., Kleinman, A., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2025). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) as a stand-alone treatment for bipolar disorder: Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 36(1), 100545. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2025.100545>.
- Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Almas, I., Gloster, A.T., Kassianos, A.P., & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 240-253. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004>
- Kovac, R., & Perez, W. F. (2022). O que é o sofrimento psicológico para a terapia de aceitação e compromisso e como ele é explicado pela teoria das molduras relacionais. In W. F. Perez, R. Kovac, J. H. de Almeida, & J. C. de Rose (2022), *Teoria das Molduras Relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 239-254). Paradigma.
- Levin, M. E., Krafft, J., Hicks, E. T., Pierce, B., & Twohig, M. P. (2020). A randomized dismantling trial of the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online intervention for distressed college students. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103557. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103557>
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on Acceptance and Commitment Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 419-431. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. Sinopsys.
- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., & Cano-García, F. J. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: An overview of systematic reviews with meta-analysis of randomized clinical trials. *The Journal of Pain*, 25(3), 595-617. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013>
- McCracken L. M. (2024). Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology*, 75, 601-624. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335>
- Ming, S., Stewart, I., & McElwee, J. (2024). Integrating Relational Frame Theory (RFT) and

- Verbal Behavior (VB) in early intervention. *The Psychological Record*, 74(4), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s40732-024-00591-3>
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14(1), 20438087231152848. <https://doi.org/10.1177/20438087231152848>
- Ong, C. W., Barthel, A. L., & Hofmann, S. G. (2024). The relationship between psychological inflexibility and well-being in adults: A meta-analysis of the acceptance and action questionnaire. *Behavior Therapy*, 55(1), 26–41. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.007>
- Ong, C. W., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Karekla, M., & Hayes, S. C. (2024). Through the extended evolutionary meta-model, and what ACT found there: ACT as a process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100734. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100734>
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2024). Evidence of acceptance and commitment therapy-based therapies for insomnia. In R. El Rafihi-Ferreira (Ed.), *Acceptance and Commitment Therapy for insomnia: A session-by-session guide* (pp. 147–159). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-50710-6_14
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(1), 32–50. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>
- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2022). *Teoria das Molduras Relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações*. Paradigma.
- Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., & Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403718>
- Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Klimczak, K. S., Krafft, J., Hayes, S. C., & Levin, M. (2024). Testing the applicability of idionomic statistics in longitudinal studies: The example of ‘doing what matters’. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100728. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100728>
- Sahdra, B. K., King, G., Payne, J. S., Ruiz, F. J., Ali Kolahdouzan, S., Ciarrochi, J., & Hayes, S. C. (2024). Why research from lower- and middle-income countries matters to evidence-based intervention: A state of the science review of ACT research as an example. *Behavior Therapy*, 55(6), 1348–1363. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.06.003>
- Sahdra, B. K., Shin, A., Fraser, M., Levin, M. E., Klimczak, K. S., Krafft, J., Hayes, S. C., Hernández, C., & Ciarrochi, J. (2025). One size does not make all happy: Idionomic links between striving for positive states and happiness in experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 26(6), 101. <https://doi.org/10.1007/s10902-025-00933-0>
- Sanabria-Mazo, J. P., Giné-Vázquez, I., Cristobal-Narváez, P., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., McCracken, L. M., Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Ciarrochi, J., & Luciano, J. V. (2025). Relationship between outcomes and processes in patients with chronic low back pain plus depressive symptoms: Idiographic analyses within a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 35(6), 1001–1016. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2382429>
- Sanford, B. T., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., Gates, K. M., & Hayes, S. C. (2022). Toward empirical process-based case conceptualization: An idionomic network examination of the process-based assessment tool. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 10–25. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.006>
- Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (2023). *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E., & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress: A contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst*, 32(1), 105–133. <https://doi.org/10.1007/BF03392178>
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C.

- (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.004>
- Williams, A. C. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD007407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Wilson, K. G. (2016). Contextual Behavioral Science: Holding terms lightly. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 62–80). Wiley Blackwell.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211–237). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Woolley, M. G., Sahdra, B. K., Bowers, E. M., Capel, L. K., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2025). An idionomic network analysis of trichotillomania treatment processes: Gathering group-level and individual-level insights to inform a personalized therapeutic framework. *Behavior Therapy*, 56(4), 851–865. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2025.01.006>
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (Eds.). (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley Blackwell.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8, 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>

Histórico do Artigo

Submetido em: 24/09/2025

Aceito em: 06/10/2025

Editora associada: Roberta Kovac

Relatório da Força-Tarefa da ACBS sobre as estratégias e táticas de pesquisa em ciência comportamental contextual*

Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research

Steven C. Hayes¹, Rhonda M. Merwin², Louise McHugh³, Emily K. Sandoz⁴, Jacqueline G. L. A-Tjak⁵, Francisco J. Ruiz⁶, Dermot Barnes-Holmes⁷, Jonathan B. Bricker⁸, Joseph Ciarrochi⁹, Mark R. Dixon¹⁰, Kenneth Po-Lun Fung¹¹, Andrew T. Gloster¹², Robyn L. Gobin¹³, Evelyn R. Gould¹⁴, Stefan G. Hofmann¹⁵, Rosco Kasujja¹⁶, Maria Karekla¹⁷, Carmen Luciano¹⁸, & Lance M. McCracken¹⁹

[1] Department of Psychology, University of Nevada, Reno; [2] Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University School of Medicine, North Carolina; [3] School of Psychology, University College Dublin, Ireland; [4] University of Louisiana at Lafayette, Louisiana; [5] A-Tjak Cursussen, Emmer-Compascuum, The Netherlands; [6] Fundacion Universitaria Konrad Lorenz, Colombia; [7] School of Psychology, Ulster University, Coleraine; [8] Fred Hutchinson Cancer Research Center & University of Washington, USA; [9] Institute of Positive Psychology and Education, Australian Catholic University, Australia; [10] Department of Disability and Human Development, University of Illinois at Chicago, Illinois; [11] Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada; [12] Division of Clinical Psychology and Intervention Science, University of Basel, Switzerland; [13] University of Illinois at Urbana-Champaign, Illinois; [14] Harvard Medical School, Massachusetts; [15] Department of Psychological and Brain Sciences, Boston University, Massachusetts; [16] Department of Mental Health & Community Psychology, Makerere University, Uganda; [17] University of Cyprus, Cyprus; [18] Department of Psychology, University of Almeria, Spain; [19] Psychology Department, Uppsala University, Sweden | **Título abreviado:** Relatório da Força-Tarefa da ACBS | **Endereço para correspondência:** | **Email:** stevenchayes@gmail.com (S.C. Hayes) | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.035

Resumo: Ao longo de sua história, a estratégia e as táticas da pesquisa em ciência comportamental contextual (CBS) têm apresentado características distintas em comparação com as abordagens tradicionais da ciência do comportamento. O progresso contínuo da pesquisa em CBS pode ser favorecido por uma maior clareza sobre como sua estratégia e táticas podem ser aplicadas aos desafios atuais. O presente relatório branco (*white paper*) é o resultado de um longo processo de 2 1/2 anos, concebido para fomentar o consenso entre representantes produtores e consumidores da pesquisa em CBS sobre o melhor caminho estratégico a seguir. O Grupo de Trabalho concordou que a pesquisa em CBS deve ser multinível, baseada em processos, multidimensional, pró-social e pragmática, e apresentou 33 recomendações para a comunidade de CBS organizadas segundo essas características. Em essência, este relatório fornece uma agenda de pesquisa detalhada projetada para maximizar o impacto da CBS como campo científico. Cientistas e profissionais são incentivados a assumir essa ambiciosa agenda.

Palavras-chave: Estratégia de pesquisa, Qualidade de pesquisa, Pesquisa pró-social, Pesquisa idiográfica, Justiça social, Processos de mudança

Abstract: Throughout its history the strategy and tactics of contextual behavioral science (CBS) research have had distinctive features as compared to traditional behavioral science approaches. Continued progress in CBS research can be facilitated by greater clarity about how its strategy and tactics can be brought to bear on current challenges. The present white paper is the result of a 2 1/2-year long process designed to foster consensus among representative producers and consumers of CBS research about the best strategic pathway forward. The Task Force agreed that CBS research should be multilevel, process-based, multidimensional, prosocial, and pragmatic, and provided 33 recommendations to the CBS community arranged across these characteristics. In effect, this report provides a detailed research agenda designed to maximize the impact of CBS as a field. Scientists and practitioners are encouraged to mount this ambitious agenda.

Keywords: Research strategy, Research quality, Prosocial research, Idiographic research, Social justice, Processes of change.

* **Este artigo é uma tradução de:** Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M. R., Fung, K. P.-L., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007> (Acesso Aberto, CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Aprovado pelo Conselho Diretor da Associação de Ciência Comportamental Contextual, em 22 de março de 2020. **Tradução:** Caroline Saraiva Leão, Cibele Pacheco Gomide, José Umbelino Gonçalves Neto, Marcello Henrique Silvestre, & Pierre Motta.

A Força-Tarefa da Associação para Ciência Comportamental Contextual (ACBS) sobre as Estratégias e Táticas de Pesquisa em Ciência Comportamental Contextual foi criada pelo Conselho da ACBS no outono de 2018. O Conselho tomou essa ação por recomendação do Comitê de Publicações da ACBS, que acreditava que a associação, a área e os potenciais autores do *Journal of Contextual Behavioral Science* (JCBS, sigla em inglês) poderiam se beneficiar de uma declaração clara da natureza e das necessidades do programa de pesquisa da Ciência Comportamental Contextual (CBS). Depois que o Conselho decidiu criar a Força-Tarefa, foi solicitada a contribuição da comunidade ACBS sobre os custos e a composição da Força-Tarefa. Os membros da Força-Tarefa foram nomeados pela então Presidente da ACBS, Louise Hayes, em consulta com Steven C. Hayes, que foi nomeado como presidente da Força-Tarefa. Os membros da Força-Tarefa foram selecionados para representar tanto a excelência quanto a diversidade de pontos de vista, definidos pela experiência, profissões, regiões e áreas de pesquisa.

A Força-Tarefa recebeu três tarefas principais:

- Criar um relatório branco sobre uma estratégia de pesquisa progressiva para a pesquisa comportamental contextual.
- Criar uma lista de verificação de qualidade dos estudos para as pesquisas comportamentais contextuais.
- Recomendar etapas para uma ciência aberta consistente com as suscetibilidades e estratégias da CBS.

A Força-Tarefa reuniu-se por dois dias em Dublin imediatamente após a Conferência Mundial da ACBS no verão de 2019. Durante essa reunião, a Força-Tarefa tomou a decisão estratégica de se concentrar primeiro na questão da estratégia geral na forma de um relatório branco, e aplicar o que desenvolvemos às questões dos padrões de pesquisa. Concordamos em considerar uma abordagem progressiva em CBS para questões de ciência aberta depois que esses dois primeiros passos tivessem sido dados. O relatório do subcomitê de ciência aberta seguirá o presente relatório em um documento separado.

Na reunião de Dublin, surgiu uma organização em cinco partes com características-chave da pesquisa em CBS. Foi decidido que a pesquisa comportamental contextual deveria ser multinível, multidimensional, baseada em processos, pró-social e prática. As recomendações seriam desenvolvidas consistentes com cada uma dessas características. Subcomitês foram criados para tratar de cada característica proposta. Após uma série de reuniões do subcomitê, um esboço detalhado do relatório foi desenvolvido e compartilhado com os membros da ACBS em janeiro de 2020. As contribuições dos membros foram então compartilhadas com a Força-Tarefa.

O plano na época era reunir-se pessoalmente na Conferência Mundial da ACBS em Nova Orleans em 2020, a fim de especificar os detalhes do relatório. Devido à pandemia da COVID-19, os subcomitês da Força-Tarefa se reuniram virtualmente para determinar o conteúdo do relatório e criaram um esboço que foi compartilhado com toda a Força-Tarefa e depois com o Conselho da ACBS. Durante os meses seguintes, esboços foram circulados na Força-Tarefa e um relatório final foi produzido na primavera de 2021. Esse relatório foi então aprovado pelo Conselho.

Prefácio e Objetivo

Abordar a ciência comportamental de um ponto de vista funcional e contextual é tão antigo quanto a própria psicologia científica. A discussão e o desenvolvimento dessas abordagens sob a assinatura da “Ciência Comportamental Contextual” (CBS, sigla em inglês) começaram somente com a criação da ACBS em 2005. As origens da abordagem da CBS, entretanto, estão evidentes no funcionalismo, pragmatismo, behaviorismo e nas tradições intelectuais relacionadas, pois o impacto da revolução darwiniana foi sentido nos primeiros dias da psicologia como uma disciplina. Em tempos mais modernos, as abordagens de ciência da intervenção baseada em evidências abraçaram o pensamento analítico-comportamental funcional e contextual, tais como terapia comportamental, análise do comportamento aplicada e muitas partes da tradição cognitiva comportamental. Na área básica, as asas do pen-

samento contextualista na aprendizagem animal, a análise comportamental, a aprendizagem social, a etologia, o interbehaviorismo, a evolução cultural e assim por diante têm sido indiscutivelmente parte de uma tradição da ciência comportamental contextual por muitos anos.

Ao longo da última década e meia, a CBS começou a tomar forma como uma face específica e moderna dessa tradição contextual funcional, com uma filosofia específica da ciência, um amplo conjunto de tópicos de pesquisa, abordagens metodológicas características e um objetivo científico de longo prazo expansivo: criar uma ciência comportamental mais adequada ao desafio da condição humana (Hayes et al., 2012; Vilardaga et al., 2009). Embora a CBS tenha sido estimulada pela criação da ACBS e, mais tarde, do *Journal of Contextual Behavioral Science*, vale ressaltar que a CBS é uma tradição intelectual e prática que vai muito além de qualquer associação, periódico ou área de pesquisa.

Com velocidade crescente, a ciência comportamental contextual em sua forma moderna fez progressos científicos e práticos substanciais em áreas básicas e aplicadas (ver Zettle et al., 2016 para um resumo recente). Embora inicialmente focada em grande parte na Terapia e Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 1999; ver Gloster et al., 2020 para uma recente meta-análise de meta-análises da ACT), na Teoria das Molduras Relacionais (RFT; Hayes et al., 2001) e nos princípios comportamentais de forma mais ampla, a pesquisa e a prática da CBS se expandiram para incluir uma ampla variedade de conceitos e métodos relevantes tanto para a pesquisa quanto para a intervenção. Por exemplo, a pesquisa, as bolsas de estudos e a prática da CBS agora incorporam prontamente abordagens da ciência evolutiva aplicada, tais como o Prosocial (Atkins et al., 2019). Uma ampla variedade de abordagens funcionais para psicoterapia, como a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2010) ou Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 2007), há muito tempo têm um lar confortável na CBS. O mesmo se aplica às abordagens educacionais aplicadas e extraídas da RFT (por exemplo, Dixon et al., 2017) ou abordagens mais genéricas para ciência da intervenção baseada em evidências, como a

terapia baseada em processos (Hofmann & Hayes, 2018). Essa não é uma lista exaustiva. Inumeráveis questões, tópicos e métodos conectados por fundamentos filosóficos e estratégias analíticas estão sob o guarda-chuva da CBS.

A abordagem analítica adotada pela CBS é fundamentada em pressupostos filosóficos contextuais funcionais (Biglan & Hayes, 1996; Hayes & Brownstein, 1986) que sustentam que as ações, públicas e privadas, só podem ser entendidas em termos de contextos situacionais e históricos nos quais elas ocorrem. Em outras palavras, as análises das relações entre comportamentos amplamente definidos (por exemplo, ações abertas, pensamentos, sentimentos) ou padrões de comportamento (por exemplo, traços de personalidade, temperamentos, repertórios) são consideradas incompletas sem a inclusão de variáveis contextuais que predizem ações psicológicas ou padrões de ação e as relações entre eles.

O foco no contexto na CBS é motivado por preocupações pragmáticas, já que qualquer análise de comportamento só pode ser útil na prática para alcançar previsão e influência como um objetivo unificado se especificar contextos diretamente manipuláveis que permitam a investigação experimental e a intervenção aplicada.

A CBS engloba uma estratégia científica específica, enfatizando a análise experimental de princípios e processos que são precisos em sua aplicação analítica, cumulativamente amplos na gama de fenômenos que abrangem e coerentes com dados e princípios extraídos de níveis de análise relacionados. A CBS parte de um objetivo declarado publicamente de buscar análises que possibilitem a previsão e influência do comportamento de organismos inteiros, interagindo em e com um contexto que é considerado histórica e situacionalmente, com precisão, escopo e profundidade. O foco da pesquisa da CBS é, portanto, o desenvolvimento de princípios e processos que são funcionalmente definidos e que se aplicam a toda a gama de complexidade comportamental.

Nesse ponto, a pesquisa da CBS está se expandindo rapidamente e chamando a atenção da comunidade científica comportamental em geral. Uma vez que a pesquisa da CBS inclui uma ampla variedade de tópicos, é difícil caracterizar seu

crescimento em termos gerais, mas é possível fazê-lo concentrando-se em áreas específicas que estão relativamente bem desenvolvidas nessa tradição. Por exemplo, em março de 2021, havia mais de 165 meta-análises ou revisões estruturadas da ACT, terapia comportamental baseada na aceitação, e similares; e mais de 465 ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR) publicados de ACT (ver bit.ly/ACTmetas e bit.ly/ACTRCTs). Uma proliferação semelhante de pesquisas tem sido observada em termos de aplicações da ciência básica. Por exemplo, análises da Teoria das Molduras Relacionais (RFT), uma teoria de linguagem e cognição consistente com a CBS, revelam crescimento em publicações acadêmicas e impacto da RFT (Dymond et al., 2010; Dymond & May, 2018; O'Connor et al., 2017). O JCBS está agora bem estabelecido e o número de autores e laboratórios de pesquisa publicados no JCBS está se expandindo.

O aumento dos dados da CBS também parece ser paralelo à disseminação das ideias da CBS em uma série de domínios. Várias mudanças importantes na ciência comportamental estão em sintonia com as suscetibilidades da CBS. Por exemplo, um número crescente de desenvolvimentos conceituais, empíricos e práticos emergentes enfatiza a especificação de processos centrais comuns em uma gama de abordagens (Hayes et al., 2020). Muitas publicações e recursos de mídia da CBS criados para uma audiência pública ganharam popularidade significativa, e a expertise e a pesquisa em CBS são agora apresentados regularmente na mídia tradicional. As abordagens da CBS despertaram a atenção de formuladores de políticas como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que começaram a testar, publicar e validar os métodos da CBS. Os primeiros sucessos (Tol et al., 2018) já levaram a esforços de divulgação ligados a alguns dos problemas mais importantes que a humanidade está enfrentando no mundo inteiro. Por exemplo, a OMS está atualmente divulgando a autoajuda baseada na CBS para ajudar a lidar com a pandemia de COVID-19 (www.who.int/publications-detail/9789240003927) e recomenda ACT como tratamento validado para dor crônica em adolescentes (WHO, 2020).

Apesar dos sucessos observados em várias métricas, o progresso contínuo poderia ser dificultado

pelo fraco ajuste entre os pressupostos subjacentes que caracterizam a CBS e os padrões dominantes de pesquisa baseados em estratégias mais tradicionais de ciência comportamental. Vários exemplos são evidentes. Por exemplo, espera-se muitas vezes que a pesquisa clínica se concentre nas categorias de diagnóstico sindrômico que tendem a subestimar os aspectos contextuais e funcionais do sofrimento psicológico, deixando de lado as questões de prosperidade psicológica. Ferramentas e abordagens de avaliação são tipicamente avaliadas em termos da teoria e métodos psicométricos tradicionais, que podem ser inadequados para abordagens baseadas em processos ou idiográficas para as quais a variabilidade intraindividual é o foco. Os formuladores de políticas podem restringir a disseminação de abordagens de intervenção a pacotes topograficamente definidos que não permitem a investigação específica de relações funcionais entre o contexto e o comportamento. A pesquisa indutiva é muitas vezes distante da ciência comportamental convencional. Medidas incomuns de autorrelato dominam as medidas comportamentais de alta densidade temporal.

Conceitos e teorias são hipotéticos-dedutivos, e não funcionais e analíticos. A utilidade do tratamento não é enfatizada. A ligação entre ciência básica e aplicada não recebe atenção explícita. A lista de tais problemas continua indefinidamente.

A pesquisa em CBS não pode continuar a progredir em direção a seu propósito intelectual e prático final se for mantida dentro de padrões que conflitam com esse mesmo propósito. Para que a pesquisa da CBS tenha o máximo impacto, é importante que a comunidade esteja ciente de suas estratégias de pesquisa e que se responsabilize pela implementação de padrões elevados ligados a seus pressupostos analíticos. Portanto, este relatório branco é o produto de uma tentativa de promover consenso entre produtores e consumidores representativos da pesquisa da CBS sobre nossas estratégias e táticas e os critérios que elas sugerem na era atual de trabalho científico e desenvolvimento prático.

A abordagem da Ciência Comportamental Contextual

A tradição de pesquisa em CBS é caracterizada por um compromisso com um propósito e estratégias analíticas específicas e pragmáticas: especificar declarações cada vez mais organizadas de relações entre eventos que permitam a previsão e influência de toda e qualquer ação, pública e privada de organismos inteiros interagindo em e com um contexto manipulável considerado histórica e situacionalmente, e fazê-las com precisão, escopo e profundidade e de acordo com a experiência testável. Esse propósito analítico e estratégia afiliada implicam uma abordagem que está vinculada a princípios e processos básicos, atravessando áreas de estudo tradicionalmente definidas e centrada na unidade idiográfica de interesse, seja ela um indivíduo, casal, família, pequeno grupo, organização ou comunidade (isto é, não um coletivo que difere da unidade de interesse). Como os princípios e processos ocorrem em um determinado nível de análise ou organização, inseridos contextualmente em outros níveis de análise, tal abordagem é inerentemente multinível e longitudinal. Em outras palavras, as análises CBS buscam uma compreensão pragmaticamente útil de como os níveis de organização são localizados em níveis maiores, e de como as sequências de ação e contexto, identificadas por estratégias de medição adequadamente densas temporalmente, se inter-relacionam ao longo do tempo.

Embora reconhecendo a importância das abordagens naturalistas e observacionais, a pesquisa da CBS enfatiza abordagens analíticas que são testadas por manipulação experimental, buscando uma apreciação da natureza dinâmica e complexa dos sistemas de influência e dos processos de mudança. Em parte devido a essa apreciação, abordagens simplistas e reducionistas que se sobrepõem à natureza multinível e multidimensional da complexidade humana são rejeitadas. Em vez disso, buscam-se análises de alta precisão e alto escopo que comprovadamente melhoram a utilidade conceitual e de tratamento, e que integram as descobertas e análises da ciência comportamental na ampla família das ciências da vida. A CBS se considera como uma faceta de uma abordagem evolutiva multidimensio-

nal e multinível estendida. Adotar tal abordagem promove a consiliência¹ com outras perspectivas, colocando o trabalho da CBS sob o guarda-chuva de uma das mais integrativas e centralmente importantes teorias orientadas funcional e contextualmente em todas as ciências da vida, a teoria evolucionária.

Essas afirmações abstratas sobre a ciência precisam ser moderadas, no entanto, pelo reconhecimento de que a própria ciência é um empreendimento social. A Força-Tarefa reconhece a responsabilidade ética do campo para promover estratégias de pesquisa e métodos aplicados que abordem os contextos sociais e culturais da ação humana, bem como questões de diversidade, inclusão, preconceito e privilégio. A pesquisa da CBS reconhece e visa abordar o viés devido ao gênero, idioma, raça, etnia, orientação sexual, identidade, classe, economia, país de origem e assim por diante. As análises da CBS são aplicadas a questões de resiliência e prosperidade, não apenas patologia. A implementação bem sucedida das estratégias e táticas científicas da CBS requer, portanto, a participação e o empoderamento de profissionais, pesquisadores e consumidores de conhecimento. Para manter o propósito igualitário da CBS, a autoajuda, o apoio de pares e as formas de prevenção e intervenção de baixo custo em toda a gama do funcionamento humano são um foco especial.

O objetivo deste artigo é descrever as táticas e estratégias de pesquisa de alta qualidade em CBS. A Força-Tarefa estabeleceu que as características-chave do programa de pesquisa e práticas em CBS poderiam ser resumidas em torno de cinco características-chave da abordagem, a saber, que a pesquisa eficaz em CBS é: (1) multinível, (2) multidimensional, (3) baseada em processos, (4) pró-social, e (5) prática. Todos esses são conceitos centrais para o pensamento da CBS e um modelo evolutivo ampliado. Essa natureza autorreflexiva da organização do relatório faz sentido, já que o comportamento dos próprios cientistas faz parte do escopo de uma perspectiva em CBS.

Em cada uma das áreas que cobrimos neste relatório, pararemos periodicamente para declarar

1 coincidência de induções obtidas por dois raciocínios distintos.

de forma clara as implicações de nossa análise para os objetivos, natureza e necessidades da pesquisa em CBS. Essas são, em essência, recomendações de pesquisa que acreditamos que promoverão maior progresso científico medido em relação às metas da CBS e refletirão as suscetibilidades da CBS, pelo menos no termo intermediário. Reconhecemos que estas recomendações podem eventualmente tornar-se datadas, e encorajamos o Conselho da ACBS a revisita-las quando isso ocorrer. Cada recomendação será destacada e numerada sequencialmente.

A Ciência Comportamental Contextual é uma Abordagem Multinível

Todos os fenômenos de vida estão inseridos em níveis cada vez mais complexos de organização. A célula pode ser parte de um organismo multicelular; a ação é parte do repertório; o indivíduo é parte de uma família, comunidade e assim por diante. Análise do comportamento humano é, portanto, multinível, com a escolha do nível de análise definido pelo seu propósito pragmático. Por exemplo, é diferente estudar o impacto de políticas sociais na sociedade, versus o impacto de políticas sociais no indivíduo. Ambos são importantes e relevantes, mas eles respondem questões diferentes e juntos proporcionam uma perspectiva mais ampla. A pesquisa em CBS reconhece que cada nível de análise tem características distintas, mas foca no nível de análise com profundidade. Isso é, pesquisas em CBS incentivam a identificação de princípios e processos que podem escalar hierarquicamente através de complexos sistemas multiníveis.

Enquanto um foco estreito em um nível de análise é útil algumas vezes, enxergar outros níveis como irrelevantes ou falhos para situar o evento de interesse em um contexto multinível maior irá limitar o progresso científico. O resultado pode ser uma inabilidade de influenciar o evento de interesse de forma efetiva (e.g., porque a análise é incompleta), ou uma inabilidade de influenciar outros níveis nos quais o evento é situado (e.g., ciência comportamental informando políticas sociais amplas). Pais são essenciais para o sucesso de crianças, por exemplo, e eles podem ser beneficiar de

ajuda profissional quando lidam com dificuldades comportamentais (Gould et al., 2018; Fung et al., 2018). Falha em levar em consideração variáveis contextuais multiníveis podem também contribuir para inequidades sociais, vieses ou estigmatização. Por exemplo, testes de QI e de aptidões similares são conhecidos por serem etnocêntricos, levando a inequidades em admissões no ensino superior com implicações para a acumulação de riquezas entre populações minoritárias. Conceitualizar o comportamento como influenciado por variáveis contextuais multiníveis reduz a culpa erroneamente atribuída, do reconhecimento do trauma histórico ao racismo institucionalizado, e permite a atenção e a manipulação de fatores que podem prever e influenciar o comportamento.

Qualquer foco de análise não deve diminuir a relevância de outros níveis de análise. Por exemplo, a abordagem CBS deve resistir ao individualismo extremo, reducionismo neurobiológico, ou a rejeição do individual como forma de enfatizar a importância da comunidade. Clareza sobre o foco de análise e uma apreciação ampla da natureza multinível do funcionamento humano pode coexistir de forma útil, e a CBS requer uma ciência mais integrada que enxerga eventos como situados em ecossistemas progressivamente maiores (Bronfenbrenner, 1979; Kantor, 1953). Além disso, mesmo que o propósito explícito de uma análise possa ser a predição e influência em um dado nível, porque os fenômenos são agrupados, mudanças em um nível tem implicações para todos os outros níveis. Por exemplo, intervir em variáveis de nível cultural irá influenciar o comportamento de comunidade menores de indivíduos, e alterações no comportamento podem alterar expressões de genes através da epigenética que pode levar ao longo do tempo a mudanças evolutivas na fisiologia dos organismos, ou mudanças na estrutura e função cerebral durante o tempo de vida de uma pessoa.

A natureza multinível da ciência comportamental contextual leva a algumas recomendações de pesquisa.

Recomendação 1.

Pesquisas em CBS devem examinar variáveis relevantes através de níveis de análise, facilitadas por mais pesquisas

transdisciplinares, e com o objetivo explícito de coerência ao longo de todos os níveis de análise dentro de um modelo amplo de ciência evolutiva.

Pesquisas em CBS comportamentais básicas e aplicadas devem ser extremamente sensíveis a ambos os domínios de conteúdo e fatores contextuais em um dado nível (e.g., intervenções funcionam para comportamentos específicos em condições específicas) e através de níveis: tanto “para cima” (e.g., sociologia) quanto “para baixo” (e.g., neurociência). Por exemplo, pesquisa em psicologia clínica pode focar no nível psicológico (entendido na CBS para se referir a organismos que se comportam em intersecção com e dentro de um contexto histórico e situacional), entretanto, isso deve ser sensível ao fato de que eventos psicológicos também estão inseridos em um contexto social e cultural mais amplo, e de que substratos fisiológicos, neurológicos, genéticos e epigenéticos estão localizados no indivíduo. Análise multinível pode ser facilitada por mais pesquisas transdisciplinares que permitem que variáveis contextuais relevantes sejam especificadas em vários níveis de análise em termos de seus impactos na variação e retenção de seleção de ajustes de melhora ou interferência de vida. Ao integrar essas análises multiníveis dentro de um modelo moderno de ciência evolutiva, dimensões psicológicas podem se ligar mais prontamente de forma apropriada com achados de outros níveis de análise (e.g., biofisiológico ou sociocultural) sem reducionismo ou expansionismo. O propósito é uma ciência biopsicossocial integrada mais progressiva com maior cooperação entre vários níveis de pesquisa científica e prática.

Recomendação 2

Pesquisas em CBS precisam de mais pesquisas experimentais básicas sobre as fontes de influência dos comportamentos ao longo de níveis de análises.

Dentro da CBS, há uma necessidade para mais pesquisas comportamentais básicas nas quais há a direta manipulação do contexto e da observação de mudança comportamental ao longo de níveis de análise, selecionar termos básicos para definir princípios que influenciam o comportamento com base em sua precisão, amplitude e profundidade. Por

exemplo, pesquisas culturais em CBS podem ser informadas de forma útil por análises experimentais de laboratório de práticas culturais ligadas a interpretações básicas, ou pela análise experimental de mudanças comunitárias em seu contexto natural.

Recomendação 3

Pesquisas em CBS precisam que termos de nível médio sejam examinados pela sua utilidade em diferentes contextos, e que eles sejam cada vez mais especificados e testados em termos de análise básicas que permitam a identificação de diversos níveis de influência sobre o comportamento (multiníveis).

A CBS frequentemente utiliza termos por propósitos pragmáticos como uma forma de resumir pesquisas básicas e tornar isso mais praticamente aplicável e compreensível. Esses chamados “termos de nível médio”, situados entre os termos técnicos de análise básicas e linguagem mais pragmática ou comum, precisam ser sujeitos de avaliações contínuas em termos de suas utilidades específicas para os contextos em que eles são aplicados. Em um programa de pesquisa progressivo, eles também precisam ser cada vez melhor definidos ao longo do tempo, por princípios derivados de pesquisas básicas para facilitar a identificação de fatores contextuais multiníveis que os influenciam. Por exemplo, especificando características analíticas básicas de construtos como valores, autocompaixão, e semelhantes, pode ser mais fácil identificar fatores de nível social ou individual que influenciam essas ações. Essa necessidade é especialmente aguda quando são usados termos de nível médio que possivelmente ainda não são bem entendidos em termos de uma análise funcional técnica.

Recomendação 4

Pesquisas em CBS precisam mensurar de forma cuidadosa fatores multiníveis que por razões éticas ou práticas não podem ser manipulados.

Fatores contextuais que não podem ser manipulados por questões éticas ou práticas precisam ser adequadamente mensurados. Por exemplo, pesquisas em CBS devem incluir avaliação do contexto social e cultural dos indivíduos (dentro de grupos, famílias, organizações). Isso leva naturalmente a um interesse em diversidade, incluindo sexualidade,

identidade de gênero, linguagem, religião, crenças e assim por diante, como questões de importância central. A avaliação deve focar não apenas no contexto histórico único do indivíduo, mas no conjunto de regras culturais frequentemente implícitas de comportamentos operando a nível grupal que levam prontamente a opressão, inequidade e vieses.

Uma falha em mensurar o contexto é particularmente problemática em ensaios clínicos randomizados (ECRs) e delineamentos de grandes grupos quando esses delineamentos deixam de lado a identificação de fatores contextuais influenciando desfechos do indivíduo. Variáveis influenciando desfechos podem incluir variáveis contextuais a nível sociocultural ou psicológico (e.g., história individual, diferenças neurocognitivas, sistema de apoio social) que influenciam no engajamento e impacto do tratamento. Mensurando e manipulando princípios multiníveis, e pesquisas de processos em um nível de análise pode conversar com análise de outros níveis. Por exemplo, testar empiricamente formas culturalmente modificadas de intervenção da CBS em populações diversas com medidas de processos adequadas presentes pode fornecer o entendimento tanto do impacto de métodos de intervenção psicológica, quanto das características essenciais do contexto social e cultural em que a mudança psicológica ocorre.

Recomendação 5

Pesquisas em CBS precisam enfatizar avaliação longitudinal que situe um evento psicológico em uma sequência comportamental e no contexto em que essa sequência ocorre.

Pesquisas em CBS devem fazer maior uso de pesquisas longitudinais com densidade adequada de medidas para identificar sequências de ações no contexto e especificar como essas sequências se relacionam ao longo do tempo. Isso pode ser facilitado por tecnologias móveis que permitem que dados sejam captados repetidamente em tempo real, às vezes com o mínimo de incomodo para o participante e no ambiente natural onde importantes eventos psicológicos estão correndo. Isso permite que o comportamento seja mais bem situado em um contexto multinível, com observações alocadas em indivíduos dentro de um contexto histórico e situacional.

Recomendação 6

Pesquisas em CBS precisam focar na análise com profundidade que incentive a identificação de princípios e processos que podem escalar hierarquicamente através de sistemas multiníveis complexos.

Pesquisas em CBS devem identificar princípios que podem escalar hierarquicamente através de sistemas multiníveis, permitindo maior coerência e impacto científico. Princípios escaláveis podem aumentar o potencial de pesquisas da CBS para influenciar positivamente a saúde pública e resolver problemas globais e sociais. Além disso, pesquisas que vão além do indivíduo como unidade de análise e engajam mais em pesquisas contextuais de nível populacional, podem informar políticas públicas e maximizar o potencial humano. Pesquisas também serão necessárias para examinar o impacto de mudanças a nível social, assim como em níveis mais baixos do sistema multinível (e.g., impacto de políticas públicas no indivíduo).

A Ciência Comportamental Contextual é uma Abordagem Baseada em Processos

O foco da CBS é em processos de mudança comportamental que permitem que eventos psicológicos sejam previstos e influenciados para alcançar objetivos analíticos, pró-sociais e práticos desejados. Processos de mudança são sequências funcionais importantes de eventos biopsicossociais inseridos em um contexto que podem levar a desfechos positivos ou negativos importantes. Processos de mudança podem se referir a conceitos com diferentes níveis de precisão, amplitude e profundidade que podem incluir:

- Processos comportamentais básicos, como reforçamento, extinção, generalização de estímulos, aprendizagem social, responder relacional derivado e entre outros.
- Processos evolutivos também pertencem a uma abordagem comportamental contextual multinível e multidimensional, tais como genética, epigenética, regulação de

expressão de genes, evolução de circuitos de sobrevivência, evolução de práticas culturais, desenvolvimento fenotípico e semelhantes.

- Processos terapêuticos de mudança, expressados em sua maioria em termos de nível médio, que orientam análises do comportamento para domínios importantes como “compaixão”, “aceitação”, “identidade de grupo” ou “valores”. Até que conceitualizações adequadas desses termos de nível médio sejam desenvolvidas, é reconhecido que esses termos podem ser definidos de forma menos precisa que processos comportamentais básicos na perspectiva da CBS. Os termos de nível médio utilizados comumente na CBS discutivelmente possuem algum nível de suporte básico e, em seu melhor aspecto, servem de resumo para conjuntos de análises funcionais. Se essas análises são sólidas, a questão deixa de ser de precisão e passa a ser de acessibilidade. Ao longo do tempo, os termos de nível médio devem ser entendidos em termos de análise empírica ligadas a princípios básicos comportamentais e evolutivos.

Essas diferentes conceitualizações de processos de mudança podem ser consideradas multinível e sua utilidade pode variar dependendo do propósito prático ou analítico. Por exemplo, processos comportamentais básicos podem não ser a melhor escolha para comunicar efetivamente e eficientemente para aqueles de fora da abordagem comportamental, incluindo possíveis patrocinadores, colegas não pertencentes à ciência comportamental, e mesmo clientes. De forma similar, processos terapêuticos de mudança podem também ser imprecisos para satisfazer pesquisadores comportamentais básicos, ou mesmo profissionais que precisam de uma conceitualização mais básica (e.g., analistas do comportamento aplicado). Além disso, alguns diferentes conjuntos de termos de nível médio podem ser úteis dependendo o contexto (e.g., clínico versus educacional versus organizacional), público alvo (e.g., cientistas do comportamento versus clientes versus gestores políticos) ou foco analítico (e.g., a pessoa individual versus grupos pequenos). Portanto, o

foco da CBS em processos de mudança reconhece profundamente que o campo não está progredindo para um conjunto final de processos de mudança que são totalmente aceitos, e uma diversidade de vozes deve ser esperada e adotada a qualquer momento. Entretanto, a CBS de fato tenta desenvolver processos baseados em evidência que atravessam pacotes, protocolos e áreas problemas (Rosen & Davison, 2003). Tal linguagem comum permite que as pessoas trabalhando em diferentes contextos em diferentes problemas usem modelos ou estruturas para comunicar seus resultados e insights.

Olhar a CBS como uma abordagem baseada em processos leva a uma série de recomendações de pesquisa:

Recomendação 7

Pesquisa em CBS precisa de pesquisas básicas e aplicadas para identificar processos de mudança.

A pesquisa comportamental básica sempre será necessária para o desenvolvimento prático da CBS de acordo com o modelo de desenvolvimento científico reticulado que caracteriza a estratégia de pesquisa da CBS. Sem essa forte fundamentação, aplicações práticas da CBS não podem se desenvolver de forma apropriada. Ao mesmo tempo, a pesquisa aplicada precisa identificar, mensurar e testar caminhos funcionais importantes de mudança em seu contexto natural. Assim que esses caminhos forem identificados, maior descrição técnica desses caminhos, o que reside em princípios científicos comportamentais básicos e evolutivos, serão necessários para produzir progresso prático e conceitual com o tipo de precisão, amplitude e profundidade esperados da pesquisa em CBS.

Recomendação 8

Pesquisa em CBS precisa identificar e conceitualizar “grãos” de intervenção usando uma variedade de métodos de pesquisa aplicada, análogo-experimental e indutivos.

Um forte programa de pesquisa é necessário para identificar e conceitualizar “grãos” de intervenção – unidades fundamentais de influência comportamental ou elementos de tratamentos que não são divisíveis de forma útil, e que quando eliminados, deixam a intervenção inefetiva (Embry, 2004; Embry

& Biglan, 2008). A identificação de grãos de intervenção é importante para que intervenções baseadas em evidência sejam ligadas a análises funcionais individualizadas baseadas em processos. Em outras palavras, para poder atender as necessidades aplicadas de forma personalizada, intervenções precisam ser baseadas em necessidades, objetivos, déficits e habilidades do indivíduo, ao invés de abordagens gerais e vagas, ou meras coleções tecnológicas.

Permitir que a ciência psicológica aplicada permaneça no nível de extensivos protocolos de intervenção não ajuda. Quando o espírito da análise funcional idiográfica ligada aos processos de mudança requer uma abordagem mais personalizada. Uma grande variedade de métodos de pesquisa precisa ser implementada para cumprir o propósito analítico de identificar grãos de intervenção. Os grãos de intervenções podem ser identificados em análises de componentes, estudos de desmantelamento, estudos básicos e análogos experimentais. A ação combinada interativa e sinérgica de componentes de intervenção precisa ser explorada de forma idiográfica com apreciação da complexa rede envolvida. Pesquisas indutivas, nas quais alguma manipulação dos processos comportamentais é feita e seus efeitos são observados, podem também ser mais efetivamente e consistentemente utilizadas. Ao implementar uma grande variedade de métodos, elementos de influência do comportamento podem ser identificados, analisados e manipulados de uma forma mais controlada e seus efeitos testados em áreas problemas especiais ou alvos de prosperidade positiva. O resultado de pesquisas desse tipo pode informar aplicações práticas de como melhorar desfechos de mudança comportamental de forma mais eficiente e efetiva. Concentrando em unidades fundamentais (componentes individuais do tratamento, ao invés de pacotes amplos de tratamento) que podem ser ativamente manipulados, podem levar a conclusões definitivas quanto aos ingredientes ativos na mudança comportamental.

Recomendação 9

Pesquisa em CBS precisa de mais mensuração comportamental e biofisiológica de processos de mudança.

Processos de mudança frequentemente têm sido mensurados utilizando o filtro psicométrico das me-

didadas de autorrelato, especialmente com conceitos mais “termos de nível médio”. Enquanto autorrelato pode ser útil, como conceitos analíticos funcionais, todos os processos de mudança devem ter melhores e mais amplas medidas comportamentais e biofisiológicas disponíveis, não apenas autorrelato. Tais medidas irão contribuir para uma conceitualização mais comportamental básica e evolutiva de processos de mudança, que precisam ligar conceitos a contextos para serem totalmente funcionais. Essas medidas idealmente devem ser criadas tendo em mente a necessidade de mais pesquisas longitudinais de alta densidade, como enfatizado em outro trecho deste relatório.

Recomendação 10

Pesquisadores em CBS precisam conduzir ECRs de uma forma que incentive análises ideográficas de processos de mudança.

Em muitas áreas de pesquisa clínica, os ECRs que examinam eficácia do tratamento, ou a superioridade de um tratamento psicológico em relação a outro, são metodologias fracas para criar o conhecimento necessário do ponto de vista da CBS. Outras ênfases e delineamento de pesquisa são necessárias para aprender de forma eficiente como melhorar intervenções, avaliar seus efeitos e combinar intervenções à características e situações específicas do paciente. Quando delineamentos de comparação de grupos randomizados são conduzidos, eles devem ser modificados para examinar processos de mudança mais minuciosamente. A análise mediacional tradicional tem seu papel, porém, deveria ser expandida para focar mais na natureza interativa, progressiva e não-linear de muitos processos de mudança, com a finalidade de ligá-los a métodos componentes e determinantes contextuais e para determinar a resposta individual. Pesquisa em processos de mudança deve considerar a implementação de medidas de alta densidade temporal que permitem maior precisão em determinar como processos essenciais mudam e como essas mudanças facilitam desfechos de uma forma dinâmica.

Recomendação 11

Pesquisa em CBS reconhece a necessidade de métodos de pesquisa clínica adaptativos para rigorosamente testar componentes de tratamento.

Desenvolvimentos recentes e inovações em delineamentos de ensaios podem aumentar o progresso científico em pesquisa de intervenção ao isolar os componentes de interesse. Alguns exemplos desses chamados delineamentos adaptativos (Palmann et al., 2018) inclui a Estratégia de Otimização Multifase (MOST, sigla em inglês), Estudos Randomizados de Atribuição Multiplica Sequencial (SMART, sigla em inglês) e delineamentos de microrrandomizações. Estudos MOST são delineados para acelerar a descoberta de quais componentes são ativos em quais doses através do estabelecimento de três fases a priori (triagem, refinamento e confirmação), que no final deles são feitas decisões sobre como ajustar os componentes da intervenção antes de continuar a retestagem. O delineamento SMART estuda a variabilidade de tempo na sequência dos componentes da intervenção para testar como melhor implementar os componentes para diferentes situações e pessoas. Microrrandomização se refere a randomização de diferentes componentes da intervenção (ao contrário da randomização de pessoas às condições) em várias condições, de forma que em qualquer momento em que a condição é ativada (e.g., após fumar junto com pessoas que estão tentando parar) componentes da intervenção (e.g., avisos versus exercício de valores) são administrados aleatoriamente. Esses delineamentos têm em comum uma abordagem científica pragmática para isolar, avaliar e testar componentes para diferentes pessoas em diferentes condições. Assim, esses delineamentos têm o benefício potencial de apresentar informações que é mais clinicamente útil e sensíveis ao contexto, em comparação com os tradicionais ECRs comparando desfechos habituais de pacotes de tratamento. É reconhecido, entretanto, que os delineamentos adaptativos existentes são apenas o começo da inovação metodológica que será necessária para estudar como criar mudanças intencionais de forma funcional e contextualmente sofisticada.

Recomendação 12

Pesquisas em CBS necessitam de pesquisas mais idiográficas e baseadas em redes dinâmicas, especialmente em conjunção com medidas comportamentais de alta densidade temporal e biofisiológicas.

Achados de relações entre variáveis psicológicas baseadas em dados de grupos agregados não ge-

neralizam de forma precisa para cada indivíduo do mesmo grupo. Em outras palavras, análises de variabilidade interindividual não possuem os mesmos resultados que se obtém de análises de variabilidade intraindividual ao longo do tempo e em diferentes contextos. Como a experiência, o aprendizado e a mudança comportamental são questões altamente individuais, métodos de pesquisa devem envolver observações intra-sujeito ao longo do tempo ao invés de utilizar uma observação da variabilidade entre sujeitos como um falso representante. Há uma necessidade reconhecida de mudança de metodologias de amostras de grande tamanho para métodos de estudo que ao invés, incluam um grande número de observações intra-sujeito ao longo do tempo, isso é, delineamentos longitudinais intensos. Delineamentos longitudinais intensos incluem delineamentos experimentais de caso único como um exemplo, mas também estende a análise de redes complexas. Esses delineamentos parecem ser bem adequados para a análise de tratamentos de formas que são ambos focados em processos e ideográficos, particularmente dado os avanços no uso de tecnologias móveis (aplicativos multimídia, sensores vestíveis) para avaliação momentânea ecológica (EMA, sigla em inglês) e monitoramento contínuo em tempo real. Delineamentos longitudinais intensos são mais apoiados por desenvolvimentos em análises estatísticas tais como as abordagens de sistemas dinâmicos, análises de correlações cruzadas e análise de modelagem por simulação (Hayes et al., 2019).

Recomendação 13

Pesquisas em CBS precisam de maior foco na avaliação empírica de intervenções e componentes ou grãos de intervenção baseados no grau em que eles modificam processos de mudança.

A tarefa central histórica de produzir uma lista em crescimento contínuo de tratamentos empiricamente validados para determinadas síndromes é inconsistente com a CBS. Ao invés de apenas focar em testagem empírica de protocolos de tratamento, pesquisas aplicadas de CBS devem também identificar e avaliar componentes ou grãos de intervenções que modificam processos essenciais de mudança terapêutica validados empiricamente. No interesse

de parcimônia, esses processos devem idealmente atravessar áreas problemáticas como foram definidas na nomenclatura do DSM e se estender a mudanças de vida positivas buscadas pelos destinatários de cuidados. Isso sugere que os grãos, módulos e modelos empiricamente validados não podem ser limitados a apenas desfechos, mesmo aqueles de longo prazo, mas sim requerem evidências de influência ativa. Uma vantagem prática dessa abordagem é que o impacto ideográfico nos caminhos de mudanças proporciona a evidência proximal da efetividade da intervenção para guiar profissionais de uma forma mais imediata. Capturar essa dinâmica temporal dos processos de mudança ao longo do tempo irá requerer frequente avaliação sessão a sessão, dia a dia, e preferencialmente (quando possível), maior avaliação momento a momento. De outra forma, terapeutas estão desequipados para avaliar, rastrear e customizar tratamentos quando necessário baseado em processos de mudança identificados ligados a específicos métodos de intervenção.

Recomendação 14

Pesquisa em CBS necessita desenvolver alternativas a psicomетria tradicional como padrão de qualidade para medidas que são ideograficamente úteis; sensíveis ao contexto; apropriadas para medidas repetidas e frequentes; e que enfatizam mudanças comportamentais e biofisiológicas observáveis além do autorrelato.

Enquanto instrumentos psicométricamente refinados irão continuar tendo utilidade para alguns propósitos, esse filtro de qualidade para avaliação não é muito adequado para a avaliação idiográfica intensiva e indiscutivelmente possui um erro ergódico (isto é, ele assume imprópriamente equivalência entre variabilidade interindividual e intraindividual, invalidando o uso de métodos estatísticos clássicos; Molenaar, 2008). O uso de instrumentos amplos de autorrelatos também possui limitações como a sensibilidade ao viés de relato, tempo requerido para completar, combinação inadvertida de padrões comportamentais funcionalmente distintos e a qualidade indireta dos dados que os fazem ser mal ajustados para a abordagem idiográfica necessária para criar um programa de pesquisa de sucesso em CBS.

Medidas globais de autorrelato usadas na prática atual também são suscetíveis a vieses culturais, e frequentemente pouco ajustados para necessidades individuais. Muitas variáveis psicológicas de interesse no desenvolvimento e implementação de tratamentos são altamente variáveis e dinâmicas ao longo do tempo nos indivíduos. Entretanto, medidas globais de autorrelato frequentemente não são feitas para detectar essa variação ou situá-la contextualmente. O prazo ideal para avaliar mudanças em processos, desfechos e a interação entre os dois, também ainda não foi bem estabelecido e pode variar de acordo com o contexto. Para que as medidas sejam precisas e sensíveis, elas precisarão medir o comportamento de interesse ou o correlato biofisiológico relevante frequentemente, da forma mais direta possível, e no tempo e situação de interesse. Abordagens alternativas são necessárias para determinar a qualidade de medidas que são individualizadas e sensíveis ao contexto de forma a mapear os processos de mudança, desfechos de tratamento e fatores terapêuticos relevantes, como competência clínica e fidelidade do tratamento de uma forma que seja consistente com a raiz funcional da CBS.

Para o propósito do estudo longitudinal intensivo de processos de mudança, medidas de grãos de intervenção e desfechos necessitarão ser breves para uso repetido, não-intrusivo e sensível à mudança. Isso demandará novas abordagens para construção de instrumento e análise de qualidade que são diferentes das formas convencionais de construção psicométrica de instrumentos.

Recomendação 15

Pesquisas em CBS necessitam integrar achados de pesquisa em modelos subjacentes ao trabalho aplicado.

Modelos de tratamento são necessários para simplificar e organizar o esforço de ligar necessidades e objetivos individuais, processos de mudança e grãos de intervenção. Desenvolvimento de modelos é um processo iterativo, mas necessita levar em conta utilidade conceitual e de tratamento. Quando achados de pesquisa repetidamente mostram que intervenções, grãos de tratamento, ou processos de mudança não estão levando a desfechos desejados de forma que se encaixam no modelo aplicado, o modelo e sua tecnologia subjacente requer revisão

ou melhorias. Defensores de qualquer processo, abordagem de intervenção ou modelo devem estar abertos para descartar esses elementos quando alternativas estão apresentando maior progresso. Portanto, nenhum modelo ou método deve ser considerado um aspecto permanente da pesquisa e prática em CBS.

Recomendação 16

Pesquisas em CBS precisam estudar processos de mudança em diferentes contextos para facilitar a generalização ou adaptação de princípios e intervenções para examinar sua habilidade de escalar através de níveis de análise.

Muitas das pesquisas publicadas internacionalmente de processos e desfechos ocorreram em sociedades ocidentais. Esses resultados podem não ser representativos de pessoas de outras culturas e subculturas. Além disso, os serviços de saúde podem ser organizados de forma muito diferente em diferentes países, tornando problemática a generalizabilidade dos procedimentos usados. Por exemplo, em sociedades ocidentais, os serviços de saúde mental podem ser muito mais disponíveis, com um número muito maior de profissionais por usuário. Abordagens idiográficas utilizando uma análise funcional, conceitualização de caso e aplicação de tratamento baseada em processos de mudança, ofereceriam uma solução e permitem a generalização e escalabilidade dos princípios e intervenções ao longo de diversos grupos, culturas e países. Com maiores pesquisas em processos de mudança em populações e contextos diversos, modelos podem ser desenvolvidos e testados a respeito de quanto intervenções essenciais podem ser adaptadas para o uso em contextos sociais e culturais amplos. Esse mesmo ponto se aplica a modos de aplicação.

Aplicações intensivas e diretas dos serviços não podem sanar sozinhas a extensão da necessidade humana por ciência comportamental. Tecnologias (internet e dispositivos móveis) apoiadas por profissionais, semiprofissionais, cuidadores, pares, ou outros, podem também ser necessários para entregar intervenções de mudança em larga escala. Pesquisas adicionais são necessárias em como implementar pesquisas de ciência comportamental da maneira mais efetiva e eficiente ao longo de diversas populações e contextos.

A Ciência Comportamental Contextual é abordagem multidimensional

A vida humana é complexa, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e, portanto, níveis socio-culturais de organização e múltiplas dimensões em evolução dentro desses níveis. A flexibilidade da própria linguagem humana proporciona uma miríade de distinções possíveis, mas a pesquisa em CBS busca distinções que são heurísticamente úteis em vez de ontologicamente distintas. Enquanto reconhecendo que qualquer abordagem não é exaustiva nem exclusiva de outras variáveis possíveis, algum nível de organização das muitas dimensões e domínios de variáveis biopsicossociais são necessários para apoiar o desenvolvimento de uma ciência interventiva que é sensível à natureza dimensional do funcionamento humano.

Muitos sistemas foram propostos para distinguir dimensões de funcionamento humano e a adaptabilidade e processos de mudança que nos influenciam. Evolucionistas como Eva Jablonka distinguem genes, epigenes, comportamento e comportamento simbólico (Jablonka & Lamb, 2006). Isto é comum para a psicologia como um campo para distinguir sensações, percepção, memória, aprendizagem, comportamento motor e assim por diante. Skinner (1981) distinguia a evolução genética, comportamental e cultural. Distinções dentro da psicologia comportamental também são feitas entre comportamento aprendido e não aprendido; comportamento operante ou classicamente condicionado; comportamento simbólico e comportamento regulado por contingências diretas; e assim por diante. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos distingue entre valência negativa, valência positiva, sistemas cognitivos, sistemas para processos sociais, sistemas de excitação/reguladores, sistemas sensorio-motor em seus “Critérios de Domínio de Pesquisa” (Vaidyanathan et al., 2020). Os princípios básicos de modelo de Elinor Ostrom, discutidos mais tarde, podem ser conceituados como dimensões de organização social de sucesso (Ostrom, 1990).

Do ponto de vista da CBS, o comportamento no nível psicológico refere-se a toda ação situada no

organismo como um todo. No entanto, distinguir dimensões podem ser cientificamente ou pragmaticamente úteis, dependendo do objetivo analítico específico de previsão e influência. Novamente, isso não significa que tais dimensões sejam ontologicamente distintas, mas sim que elas podem ser heurísticamente úteis ou organizadas para investigação científica.

A pesquisa existente em processos de mudança foi ligada a uma abordagem evolutiva extensa, considerando variação, seleção, retenção e ajuste contextual em um conjunto frouxo de seis dimensões: afeto, cognição, self, atenção, motivação e evidente comportamento, e considerado em termos de suas funções adaptativa ou mal adaptativa (Hayes et al., 2019). Cada dimensão é um alvo em potencial para mudança com base nos processos de mudança envolvidos por intervenções psicológicas. A seguinte organização rudimentar é refletida nas seis dimensões de flexibilidade psicológica como geralmente pesquisadas nos laboratórios de CBS, mas ao declará-los de uma forma mais geral, a intenção é alargar deliberadamente o campo de visão para os tipos de processos que a pesquisa em CBS pode abordar de forma útil dentro de cada uma dessas dimensões. Deve ser notado que não fornecemos deliberadamente definições específicas dessas dimensões, uma vez que as consideramos apenas como uma orientação e nós reconhecemos que o próprio campo precisa trabalhar empiricamente sobre a melhor forma de categorizar e considerar as várias dimensões psicológicas. Assim, estas dimensões devem ser tratadas como comumente usadas como categorias úteis, e não como distinções fundamentais dentro do fluxo contínuo de atividades psicológicas.

Afeto. Afeto é talvez a dimensão mais desafiadora de se definir, e no uso clínico, muitas vezes ela se sobrepõe substancialmente com o que define-se tradicionalmente como “sintomas”. Por exemplo, muitas vezes estudos formulam ansiedade e depressão como mediadores de mudança na terapia (Kelly et al., 2010; Schmidt et al., 2018). Considerando resultados afetivos desse tipo para si próprios como “processos de mudança” diminui um pouco o valor do foco de processo, uma vez que levanta a questão de quais os caminhos funcionalmente importantes

para se alcançar mais cedo ganhos de resultados. Por esse motivo, deve haver uma demarcação clara entre resultados afetivos e processos de mudança. Exemplos de processos efetivos de mudança que mantêm tal demarcação são processos como a percepção da resposta afetiva; rotulando, descrevendo ou tateando essas respostas e suas qualidades; estabelecendo diferenças emocionais; aprendendo com as respostas emocionais; ou regulamento de excitação emocional. Conceitos tradicionais das CBS, como aceitação ou esquiva experiencial, concentram-se principalmente nesta dimensão.

Cognição. Não há separação simples entre afeto e cognição, mas a distinção é heurística e se reflete na pesquisa em CBS. Linguagem e cognição superiores foram extensivamente estudadas em CBS sob a rubrica de moldura relacional. Medidas cognitivas oferecem orientação sobre o que está sendo enfatizado na intervenção e podem orientar para a dominância relativa das relações derivadas. A dimensão cognitiva é talvez uma das mais bem estudadas e inclui estruturas como conhecimento, compreensão, crenças, pensamentos automáticos, resolução de problemas, raciocínio simbólico, metacognição e descrições verbais das consequências do comportamento. Processos cognitivos também diferem em termos de quanto eles se concentram no conteúdo do pensamento (por exemplo, crenças disfuncionais) ou a função do pensamento (por exemplo, o grau para qual um pensamento influencia o comportamento) e flexibilidade cognitiva. Conceitos tradicionais em CBS, como fusão cognitiva, desfusão ou insensibilidade decorrente de regras são focados, principalmente, nesta dimensão.

Atenção. A dimensão atencional inclui ações que aumentam ou diminuem o controle do estímulo. No nível do processo, isso inclui atenção aos estímulos relevantes para a tarefa e irrelevantes (muitas vezes referidos como viés de atenção), e a capacidade de manter e mudar o foco (por exemplo, atenção fixa, hipervigilância e varredura). Esta dimensão inclui a capacidade de se concentrar no momento presente, que é fundamental para o conceito de atenção plena e ao modelo de flexibilidade psicológica comumente pesquisado em laboratórios e clínicas em CBS.

Self. A dimensão do “eu” se sobrepõe às outras dimensões, mas merece ênfase especial devido à amplitude de aplicação desta dimensão comportamental. Muito do trabalho existente das CBS sobre o senso de identidade foi organizado em torno do modelo de três partes do “eu” como conteúdo (isto é, descrições verbais do “eu”; narrativas sobre si mesmo ou sua própria história), “eu” como processo (isto é, consciência contínua ou conhecimento de sua experiência interna), e “eu” como contexto (ou seja, moldura dêitica fornecendo uma perspectiva consistente ou ponto de vantagem a partir do qual todos os eventos são experienciados). Exemplos de processos de mudança nessas áreas incluem constructos como autoestima, autoconhecimento e descentramento, respectivamente. Habilidades relacionais básicas, como tomada de perspectiva impactam em auto-processos como a autocompaixão (“Eu aqui, me vejo lá sofrendo”); molduras de distinção e hierarquia influenciam no grau em que a pessoa se sente distinta de, “mais que”, ou capaz de integrar e conter quaisquer experiências específicas que se possa ter ou observar.

Motivação. A motivação pode referir-se tanto a operações motivacionais não aprendidas como às aprendidas. Quando combinado com a aprendizagem relacional, uma variedade de questões motivacionais verbais surge, como motivação autônoma versus motivação de complacência, ou o grau de foco no resultado. O estudo das necessidades, intenções, ou aspirações humanas também são exemplos. Conceitos tradicionais em CBS, como valores ou reforçadores naturais versus arbitrários são focados, principalmente, nesta dimensão.

Comportamento aberto. Esta dimensão inclui dimensões de comportamento aberto como impulsividade versus inibição comportamental (tomada de risco vs. aversão ao risco), excessos e déficits comportamentais (ativação vs. desativação), bem como outros aspectos da autorregulação comportamental (por exemplo, estabelecimento de objetivos). Em uma abordagem CBS, um foco central é até que ponto as ações são adequadas às demandas da situação. Como uma perspectiva embasada em uma abordagem comportamental, nas CBS, a pesquisa sobre comportamento aberto é o “resultado final” das investigações psicológicas.

Dimensões dos níveis diádico, social e cultural.

Dimensões também existem no nível diádico e social/cultural. A relação terapêutica é um exemplo de relação diádica inserida em um contexto socio-cultural. Embora alguns tenham postulado que a relação terapêutica é o mediador central de todas as formas de mudança terapêutica (Priebe & McCabe, 2008), a pesquisas de laboratórios em CBS sugerem que esta é importante, em parte porque incorpora e promove processos saudáveis de mudança (e.g., Gifford et al., 2011). Por exemplo, um terapeuta e um cliente tendem a ter uma relação terapêutica positiva na medida em que o terapeuta modela e ajuda o cliente a desenvolver uma melhor regulação do afeto, flexibilidade cognitiva, foco de atenção, senso de identidade, motivação saudável e competência comportamental aberta².

Dimensões do nível biofisiológico. Uma ampla gama de dimensões biofisiológicas são importantes para a pesquisa em CBS, incluindo genética, epigenética, desenvolvimento neurobiológico, circuitos cerebrais, sistemas sensoriais, e similares. Examinar correlatos fisiológicos de dimensões psicológicas (por exemplo, variabilidade da frequência cardíaca; cortisol; e assim por diante) são fundamentais para testar a profundidade e a qualidade integrativa da ciência comportamental. Comportamentos que afetam o funcionamento biofisiológico, como dieta, exercícios e o sono também são alvos importantes para a pesquisa da CBS.

A natureza multidimensional da pesquisa em CBS, conforme exemplificado por essa discussão, leva a várias recomendações de pesquisa.

Recomendação 17

A pesquisa em CBS precisa rastrear mudanças em uma forma multidimensional, usando conceitos analíticos funcionais com precisão e bom ajuste aos objetivos analíticos subjacentes de um estudo de pesquisa em particular.

Há uma vantagem em considerar o funcionamento humano de maneira ampla e, portanto, há uma necessidade de monitorar o funcionamento de uma forma multidimensional que considera as várias dimensões dos eventos psicológicos. Precisa ser

² ou e competência em comportamentos abertos/manifestos.

reconhecido, no entanto, que alguns processos de mudança, como flexibilidade cognitiva, são bastante unidimensionais, enquanto outros são multidimensionais. Por exemplo, a flexibilidade psicológica inclui aspectos de seis diferentes dimensões em seu arranjo clássico de hexágono (desfusão, aceitação, atenção ao agora, “eu” como contexto, valores e ação comprometida). Mindfulness como normalmente definido (por exemplo, Kabat-Zinn, 2003) também é multidimensional e tem elementos de atenção ao agora, abertura emocional e não julgamento. A regulação emocional pode envolver aspectos cognitivos como reavaliação, aspectos afetivos como não reatividade, aspectos atencionais, como atenção ampla e flexível na presença de estímulos ameaçadores, e respostas comportamentais abertas como expressão externa de emoção. Pesquisas em CBS devem continuar a refinar tanto a precisão dos conceitos usados, quanto a ligação entre os conceitos e sua finalidade analítica prática ou teórica. Por exemplo, um conceito multidimensional, como flexibilidade psicológica, precisa ser mostrado para se relacionar com as dimensões específicas que dizem abranger em maneiras que fomentem a utilidade do tratamento. O recente desenvolvimento de medidas que visem os vários componentes do modelo hexagonal é um exemplo dentro da pesquisa em CBS (por exemplo, McCracken, 2020). As primeiras evidências sugerem que os vários componentes da flexibilidade psicológica são funcionalmente importantes para os resultados, mesmo em programas cognitivo-comportamentais convencionais (Åkerblom et al., 2021).

Recomendação 18

A pesquisa em CBS precisa avaliar até que ponto em que cada dimensão identificada pode ser medida funcionalmente, usando vários métodos, e de uma forma que promova o sucesso em análises funcionais.

Em uma abordagem CBS, os conceitos são funcionais e contextualmente embutidos. Isso sugere que uma variedade de avaliações e métodos analíticos são necessários para examinar a utilidade conceitual e clínica dos conceitos chave. Considere um conceito como “reforço”. Apenas avaliando, digamos, a preferência do reforçador nunca seria considerada por si só adequada para uma análise do papel do

reforçamento em uma situação complexa. Também exigiria uma análise experimental usando medidas comportamentais abertas. Da mesma forma, um autorrelato de abertura emocional não é uma avaliação adequada das habilidades de aceitação. Também pode ser importante medir como o material emocionalmente evocativo atrapalha no desempenho da tarefa (e.g., Luciano et al., 2014); ou como uma pessoa está disposta a experimentar sentimentos desconfortáveis (ou seja, “tolerar angústia”) em uma tarefa controlada (e.g., Gutiérrez et al., 2004); e assim por diante. Métodos qualitativos podem ser úteis para garantir que novas medidas mantenham contato com a natureza contextual e experiencial dos fenômenos psicológicos. Conforme as medidas de conceitos funcionais e contextuais são desenvolvidas, muitas vezes usando métodos mistos, que também precisam ser examinadas em relação à tarefa de análise funcional individual do comportamento real em situações de importância.

Recomendação 19

A pesquisa em CBS precisa abordar como diferentes dimensões podem ser medidas de maneiras que são válidas no nível individual.

Conforme descrito anteriormente, atualmente não há padrões de qualidade bem trabalhados para avaliação idiográfica, e é claro que os critérios psicométricos tradicionais não são suficientes. Avanços na pesquisa e na teoria da avaliação são necessários para avaliar os padrões de ação contextualmente inseridos no indivíduo ao longo do tempo ao longo de diferentes dimensões da atividade psicológica humana.

Recomendação 20

A pesquisa em CBS precisa avaliar até que ponto os resultados de intervenção são devidos a várias dimensões de mudança a nível idiográfico.

São necessários avanços para ligar os processos identificados às intervenções e fazê-lo no nível do indivíduo. Considere a área de mediação estatística. A análise mediacional no momento está totalmente embutida em uma abordagem de comparação de grupo. Métodos idiográficos para identificar o que medeia os resultados ainda estão no nível da teoria (por exemplo, Hayes et al., 2019). É claro que os

métodos tradicionais de análise mediacional não são totalmente adequados, mas não estão simplesmente observando e descrevendo a mudança de processo e resultado no nível do indivíduo, uma vez que podem covariar por razões que nada têm a ver com a importância funcional de processos de mudança. Por exemplo, se uma pessoa melhora devido a ACT, eles podem começar a falar sobre os processos da ACT de maneiras diferentes, meramente refletindo a socialização do modelo, e não as relações funcionais reais. Isso é controlado na mediação tradicional, exigindo que o caminho “b” (a relação do processo com o resultado) seja significativo após o controle do tratamento. Dito de outra forma, o processo precisa relacionar-se com o resultado mesmo no grupo controle. Este é um exemplo de como controles bem elaborados que existem no nível de comparação do grupo ainda não concordaram com paralelos no nível ideográfico. São necessários avanços na pesquisa e na teoria da avaliação que sejam fiéis às premissas contextuais funcionais da CBS.

Recomendação 21

A pesquisa em CBS precisa avaliar até que ponto as diferentes dimensões se ligam e influenciam umas às outras.

Os processos de mudança são dinâmicos, progressivos e frequentemente não-lineares. É importante entender como os muitos aspectos de um conjunto complexo de eventos se interagem ao longo do tempo. Porque a pesquisa em CBS, em última análise, deseja ser responsabilizada pela previsão e influência como um objetivo analítico; “variáveis causais”, em última análise, precisarão ser encontrados determinantes manipuláveis contextuais/ambientais das relações entre várias dimensões do responder (Hayes & Brownstein, 1986). Relacionar múltiplas dimensões e níveis de ação para manipular características contextuais requererão avanços em medidas e análises.

Recomendação 22

A pesquisa em CBS precisa de uma abordagem mais transdisciplinar.

A natureza abrangente da pesquisa em CBS requer uma abordagem mais interdisciplinar. Conforme descrito anteriormente na seção de multi-níveis, o

nível psicológico de análise é apenas um nível, e isso tanto impacta e é impactado por outros níveis de análise. Assim, uma abordagem mais transdisciplinar é necessária para avaliar adequadamente diferentes dimensões da resposta humana e a profundidade dos conceitos entre os níveis de análise (ou seja, coerência dos conceitos psicológicos com a neurociência, epigenética, sociologia e assim por diante).

A ciência comportamental contextual é pró-social em seu propósito

Os níveis crescentes de turbulência mundial, autoritarismo e mudanças climáticas globais e muitos problemas semelhantes não podem ser tratados pelas ciências físicas sozinho. Egoísmo, ganância e apatia atrapalham o progresso humano. Para promover a transformação cultural pró-social, a ciência comportamental é necessária. Humanos apresentam uma capacidade evoluída para o comportamento verbal com a finalidade de ajudar a navegar e manipular o ambiente, formar vínculos sociais para permitir a cooperação mútua e ações coletivas complexas, e transmitir conhecimentos, habilidades e tradições culturais através do tempo e das gerações. Essas capacidades nos permitiram, como espécie, não apenas sobreviver, mas a prosperar. No entanto, essas mesmas capacidades levaram à injustiça dentro de nossa sociedade; atrocidades e guerras entre sociedades, assim como danos ao nosso ambiente natural, incluindo poluição, extinção de espécies e mudanças climáticas. Com os avanços tecnológicos, nossas capacidades para produzir maiores conquistas e causar destruições mais massivas continuaram a aumentar em ordens de magnitude. Apesar da modernização, o racismo estrutural, a violência e aumento da iniquidade entre ricos e pobres continua a ser uma realidade cotidiana em muitas áreas do mundo.

A ciência comportamental contextual não pode ser conduzida no vácuo, cego aos valores éticos e sociais ou seu impacto na sociedade. No máximo benigno, a falha em considerar os propósitos pró-sociais da pesquisa em CBS é uma oportunidade perdida de usar a ciência comportamental para trazer resultados positivos à mudança social para o mundo. Na pior das hipóteses, no entanto, a CBS

pode ser mal utilizada para encorajar ou corromper aqueles com maior capital social, individualmente ou sistemicamente, involuntariamente ou intencionalmente, causando maior sofrimento social e opressão para os marginalizados. Guerras históricas e genocídios, os conflitos mundiais atuais e o aumento global do autoritarismo (Berberoglu, 2020) servem apenas para destacar a importância e urgência da aplicação da ciência para promover as dimensões pró-sociais de comportamentos humanos.

A pesquisa em CBS deve ser pró-social em seu propósito. Essa simples declaração leva a várias recomendações.

Recomendação 23

A pesquisa em CBS precisa ser explícita sobre seu propósito pró- social e buscar conhecimento científico que fomente justiça social.

Qualquer organização ou grupo com o objetivo de produzir uma explicação do comportamento humano que permita a previsão e a influência desse comportamento definido no contexto deve lidar com a compreensão do potencial de influências sociais nas ações psicológicas. Por sua vez, se os objetivos dessa organização ou grupo incluem a promoção da prosperidade, prosperidade, saúde, e bem-estar, também deve ser explícito sobre seu interesse e estudo de justiça social, equidade, justiça, privilégio, preconceito e outras dimensões de importância social. Pesquisa sobre os princípios básicos de design de Elinor Ostrom e os fatores psicossociais conhecidos que podem promover resultados positivos para grupos sociais (por exemplo, objetivo e identidade de grupo; distribuição justa de responsabilidades e benefícios; tomada de decisão justa e inclusiva; monitoramento de comportamentos acordados; respostas graduais para comportamentos úteis e inúteis; resolução de conflitos rápida e justa; autoridade de autogoverno; relações de colaboração com outros grupos) fornece um exemplo do tipo de trabalho necessário para atingir o propósito pró-social da CBS. Aplicar essas pesquisas às questões de desigualdade é necessário para progredirmos.

Recomendação 24

A pesquisa em CBS precisa abordar questões de diversidade (gênero; idioma; raça, etnia; orientação sexual e identidade, etc.) no

tratamento e na pesquisa de processo de mudança.

Os pesquisadores devem estar cientes de que ninguém é isento de vieses e, portanto, ferramentas de avaliação e intervenção são passíveis de refletir o viés daqueles que participaram de sua criação. Por exemplo, medidas de processo de mudança podem ser tendenciosas para certas culturas ou grupos de indivíduos. Diferenças individuais (por exemplo, sexo, identidade de gênero) precisam ser cuidadosamente consideradas e avaliadas como variáveis contextuais potencialmente relevantes para compreender e conceituar os processos de mudança. Os pesquisadores da CBS devem buscar ativamente trabalhar em grupos com experiências diversas para evitar que vieses passem despercebidos e influenciem negativamente os resultados. Desenvolvimento conjunto de intervenções com usuários finais e outras partes interessadas também têm o potencial de reduzir a aplicação excessiva da perspectiva do pesquisador sobre o problema ou processo de mudança.

Recomendação 25

A pesquisa em CBS precisa se concentrar nas condições que promovam a cooperação humana.

Muitos dos problemas humanos mais urgentes em todo o mundo exigirão cooperação para resolver. Mais pesquisas em CBS são necessárias no desenvolvimento de cooperação. Existem dinâmicas complexas entre competição e cooperação, tanto entre indivíduos dentro de um grupo quanto entre grupos de indivíduos. A competição entre grupos não necessariamente significa dano entre os grupos, nem a seleção de multi-níveis significa que as pessoas têm que travar lutas com outras pessoas com outros sistemas de crenças ou outras culturas. Esportes competitivos ou as Olimpíadas são um exemplo de competição gerenciada que pode fomentar a cooperação. A pesquisa em CBS deve contribuir com abordagens baseadas em evidências para a criação de ambientes que ajudem a equilibrar cooperação e competição para a melhoria de todos.

Recomendação 26

A CBS precisa de mais pesquisas sobre variáveis que influenciam as redes sociais para fins pró-sociais.

Tem havido muito foco no individualismo na pesquisa psicológica, mesmo sem dúvida dentro da tradição em CBS (Wilson & Coan, 2021). É necessário expandir o alcance da pesquisa em CBS para incluir o estudo de redes sociais. Comportamentos pró-sociais têm sido estudados no contexto de redes sociais, manipulando variáveis contextuais e examinando a frequência de comportamentos cooperativos em várias situações simuladas e jogos econômicos, como variantes do Dilema do Prisioneiro para estudar comportamentos cooperativos (por exemplo, Gloster et al., 2020). A pesquisa sugeriu que redes sociais dinâmicas, onde os indivíduos podem optar por alterar as redes das quais fazem parte, tendem a dar origem a comportamentos cooperativos aumentados em comparação com redes estáticas (Rand et al., 2011). Os comportamentos pró-sociais de um indivíduo podem influenciar o comportamento dos outros, mesmo fora da rede social, algumas vezes em cascata em vários links distalmente (Fowler & Christakis, 2010). Pesquisas desse tipo destacam a importância do contexto na promoção de comportamentos pró-sociais e as complexas interações mútuas entre comportamentos/características da rede e comportamentos/características individuais. Integrando a pesquisa da CBS com a pesquisa social de outras disciplinas (por exemplo, sociologia) podem levar a um maior progresso na promoção de comportamentos pró-sociais. A pesquisa pode se expandir para novas áreas, como a aplicação da RFT para examinar os parâmetros de homofilia ou alavancando a ACT ou outras intervenções CBS para promover comportamentos sociais em cascata.

Recomendação 27

A pesquisa em CBS precisa ser considerada dentro de uma estrutura de ciência evolucionária estendida para o propósito de promover uma maior consiliência científica. Ao mesmo tempo os pesquisadores da CBS precisam encorajar uma expansão da pesquisa em ciência evolucionária e cultural além da observação e descrição para incluir estudos de influência e mudança.

A tradição comportamental contextual se vê como parte da ciência evolucionária, organizada com uma síntese evolutiva multidimensional e multiní-

vel estendida. Pesquisas em CBS no campo do comportamento pró-social, de processos de mudança, de componentes de intervenção e de modelos de mudança foram conectadas à seleção adaptativa e retenção, por conta da consiliência, que proporciona para uma abordagem funcional e contextual. Ao mesmo tempo, no entanto, a pesquisa em CBS pode ajudar em pesquisas de ciências evolucionistas e culturais, afim de expandir da observação e descrição para estudos de influência e mudança. Isso sugere que a pesquisa em CBS precisa ajudar conscientemente a construir um braço aplicado mais vigoroso da evolução da própria ciência.

Pessoas com orientação em CBS precisam apoiar cientistas evolucionistas na realização de pesquisas de intervenção que sejam verdadeiras em seus pressupostos. A ciência evolucionista aplicada existe, mas é um campo pequeno e, dentro disso, a área de mudança cultural é muito pequena. A pesquisa em CBS pode ajudar a mudar isso.

A evolução cultural é o domínio de pesquisa que se concentra em como a cultura muda ao longo do tempo, devido à transmissão individual de diferentes mecanismos e efeitos ao nível da população. Essa abordagem geralmente se baseia em modelos derivados da genética populacional, em que os agentes são receptores de traços culturais, mas para o avanço cultural se tornar uma área mais central de pesquisa mais será necessário. De um ponto de vista contextual funcional, um programa de pesquisa pró-social pode fornecer uma base para estudos evolutivos culturais aplicados. Porque a manipulação de variáveis de modo a influenciar o domínio de interesse é fundamental para uma abordagem em CBS, a pesquisa da CBS em evolução cultural deve, às vezes, incluir testes de como mudar eticamente as condições de modo a gerar uma cultura pró-social de mudança. Esta abordagem experimental ainda não recebeu a suficiente atenção dentro dos estudos evolutivos.

A título de exemplo, a RFT foi proposta como uma forma de compreensão de processos de linguagem dentro da ciência evolutiva com base na natureza cooperativa dos humanos como primatas sociais. Uma próxima etapa útil pode ser examinar como a RFT pode oferecer novas maneiras de moldar o comportamento cultural humano pró-social. Atualmente, os cientistas evolucionistas e culturais

estão fazendo conexões entre linguagem e mudança cultural e a pesquisa em CBS precisa examinar melhor esta questão.

A Ciência Comportamental Contextual é uma Abordagem Pragmática

O propósito pragmático das pesquisas em CBS é que os modelos e métodos devem ser sempre moderados pela praticidade e medidos a partir de propósitos humanos práticos da ciência comportamental. Na ciência, as questões de pesquisa às vezes são estudadas para seu próprio benefício, com a esperança de que levem por fim a aplicações práticas. Entretanto, a CBS envolve uma relação paralela “reticulada” entre a ciência básica e a aplicação prática. Especificamente dessa perspectiva, a melhor ciência básica nos permite compreender, prever e influenciar simultaneamente a mudança no mundo real e o melhor programa aplicado que prontamente se conecte e auxilie uma compreensão e especificação mais completas dos princípios básicos. Nessa abordagem, o progresso científico é medido pela amplitude e profundidade de seus resultados pragmáticos. Assim, uma característica determinante da pesquisa em CBS deve ser seu foco prático. Há uma série de considerações práticas a serem feitas na introdução de novos desenvolvimentos tanto na pesquisa quanto na atuação.

Recomendação 28

As pesquisas em CBS precisam desenvolver ferramentas práticas de pesquisa e intervenção, com foco em processos de mudança funcionalmente importantes, objetivos de intervenção significativos e abordagens metodológicas e estatísticas de fácil utilização que atendam aos seus pressupostos subjacentes.

Neste relatório, enfatizamos a necessidade de melhorar as pesquisas de grupo comparativos com base nomotética e os ECCRs existentes a partir da perspectiva da CBS. Reconhecemos que esses são os métodos padrão-ouro atuais na pesquisa de intervenção aplicada (com financiadores e diretrizes internacionais para a prática baseada em evidências). No entanto, isso está mudando por meio de

mais ênfase em delineamentos adaptativos que são mais adequados a uma abordagem de CBS. Como observamos anteriormente, de uma perspectiva da CBS, é importante não confiar demais em ECCRs quando eles falham em incluir informações completas sobre a resposta individual ou sobre grupos de sinais e sintomas ligados a abstrações identificadas no nível de um coletivo. Assim, por motivos puramente práticos, queremos enfatizar que, de uma perspectiva funcional, precisamos continuar desenvolvendo ferramentas metodológicas, de intervenção e estatísticas que atendam aos pressupostos básicos da CBS e sejam úteis, disponíveis, fáceis de usar e baratas. Praticamente todas as áreas deste relatório podem e devem ser revisitadas com a praticidade em mente.

Ironicamente, essa abordagem prática tem o potencial de acelerar o progresso da pesquisa, mesmo no nível nomotético. As pesquisas em CBS precisam desenvolver uma abordagem “idionomográfica” que vincule conscientemente a análise idiográfica intensiva dos indivíduos na clínica ou ambiente aplicado, com generalizações nomotéticas que não distorçam os resultados no nível individual. A pesquisa da CBS precisa ajudar a desenvolver alternativas idionomográficas práticas às abordagens nomotéticas tradicionais que combinam resultados de conjuntos de indivíduos em generalizações nomotéticas (Hayes et al., 2019).

Até recentemente, as abordagens estatísticas não estavam disponíveis para estudos com delineamento de sujeito único e redes complexas idiográficas. Entretanto, os avanços nas estatísticas e nos métodos de pesquisa agora permitem que tais pesquisas sejam conduzidas, mesmo incorporadas a ECCRs. Ferramentas analíticas práticas são necessárias nessa área para que a base prática possa facilitar ainda mais o progresso das pesquisas. Ferramentas de coleta e de análise de dados que sejam baratas e estejam prontas para uso ajudariam a acelerar essa transição necessária. Os pesquisadores da CBS precisam ajudar os profissionais com soluções de avaliação bem desenvolvidas que promovam o progresso prático desse tipo.

Como observado anteriormente, as abordagens idiográficas requerem o uso de métodos de avaliação mais frequentes, mais amplos e mais focados no contexto. Por exemplo, a análise de séries tem-

porais, modelos de rede complexos, EMA, modelagem orientada à observação (OOM, sigla em inglês), sistemas de registro de transcrição imediata de terapia e modelos de sistemas dinâmicos são necessários para fornecer ferramentas analíticas apropriadas para detectar padrões individuais de mudança. Com a nova capacidade de coletar dados em tempo real, com dispositivos móveis ou transcrição automática da terapia, a gravação e o registro dessas abordagens estão à nossa disposição mais do que nunca e podem ajudar a cumprir o objetivo de identificar processos de mudança no nível individual. Os pesquisadores da CBS precisam desenvolver, testar e implantar esses sistemas para os profissionais da CBS.

Medidas mais amplas dos processos em sessão são necessárias e podem facilitar a avaliação de uma abordagem funcional para a compreensão de processos importantes. Exemplos disso podem envolver instrumentos curtos de autorrelato ou comportamentos programados no tratamento. Essa última abordagem tem sido utilizada na Análise de Comportamento Aplicado (ABA) há décadas. A análise de transcrição produziu informações úteis sobre os processos de mudança nas pesquisas em CBS (por exemplo, Hesser et al., 2009) e as abordagens de aprendizagem de máquina (machine learning) começaram a ser aplicadas à análise de transcrição de psicoterapia (Aafjes-van Doorn et al., 2021). Esse avanço só se tornará cada vez mais eficiente à medida que a tecnologia de transcrição e programação se tornar mais conveniente, automatizada e rápida. Essa metodologia permitirá uma análise dos comportamentos interacionais ao nível dos indivíduos em primeiro lugar, podendo então ser generalizados para grupos. Olhar para os processos de mudança em relação ao indivíduo requer a compreensão do contexto de seu comportamento. Fatores ambientais e socioculturais podem influenciar a direção e o impacto do tratamento e vice-versa. Avaliações práticas desses fatores são necessárias, de modo que possam ser válidas e facilmente administradas para os nossos propósitos.

Recomendação 29

As pesquisas em CBS precisam de mais foco intercultural e maior atenção aos vieses ou pressupostos que possam influenciar a

pesquisa que é conduzida e a explicação de suas implicações.

Soluções práticas precisam ser desenvolvidas para superar as diferenças interculturais nas iniciativas de pesquisa e resultar em uma relativa redução da ênfase na integração de questões sociais e culturais ao programa de pesquisa da CBS. Exemplos de desafios a serem resolvidos incluem barreiras linguísticas enfrentadas por pesquisadores que não falam inglês ou barreiras linguísticas que podem ocorrer em revisões sistemáticas, nas quais muitas vezes incluem-se apenas trabalhos em inglês, superestimando dessa maneira as culturas ocidentais, usando principalmente indivíduos brancos de classe média. Os pesquisadores precisam estar conscientes de seus próprios vieses e visão de mundo e compreender o contexto sociopolítico e cultural do comportamento que está sendo estudado. Ao conduzir estudos, os pesquisadores em CBS precisam tratar de questões comunitárias negligenciadas nos paradigmas dominantes de pesquisa.

As abordagens idiográficas para diagnóstico e tratamento são relevantes e provavelmente úteis quando questões de diversidade ou de minorias são o foco (Fung & Lo, 2017). Ao trazer uma abordagem idiográfica de baixo para cima no campo da terapia baseada em evidências, tanto a pesquisa quanto os objetivos clínicos são alterados, e se o contexto sociocultural do indivíduo recebe a atenção adequada e o devido peso no nível individual e organizacional (Fung et al., 2012), parece provável que uma maior atenção a esses fatores venha a ser dada. Os pesquisadores precisam considerar se os processos de mudança são de natureza intercultural ou desenvolver um modelo de como variáveis culturais específicas interagem com esses processos de mudança.

Recomendação 30

Os estudos em CBS precisam maximizar a validade externa de pesquisa, incluindo os principais interessados nas iniciativas de pesquisa.

O impacto prático da pesquisa e até mesmo da estratégia de pesquisa precisam ser fortalecidos. Os profissionais e os participantes precisam ter mais voz na determinação das questões de pesquisa que precisam ser tratadas e dos resultados que são valorizados (por exemplo, qualidade de vida; funciona-

mento social). Os Comitês Diretivos (Stakeholder Steering Groups - SSGs) são um exemplo positivo e, como resultado, estão se tornando mais amplamente exigidos para a inclusão em aplicações para financiamentos de larga escala. Também precisamos garantir que os resultados de pesquisas que são eficazes para atender às necessidades humanas sejam adotados e utilizados. Por exemplo, embora os protocolos de tratamento estabelecidos para determinadas síndromes tenham rigor no nível do projeto de pesquisa, não é prático, na atuação, atender às necessidades de diversos profissionais ou de seus clientes, e pode ser aplicado apenas ao conjunto restrito de condições em que foi estudado e à estreita gama de desfechos sindrômicos para as quais foi direcionado. As estruturas científicas de implementação podem ser usadas para examinar a adaptação contextual em diversos cenários do mundo real.

Recomendação 31

As pesquisas em CBS precisam se concentrar na melhor forma de treinar os pesquisadores e profissionais da CBS.

Em uma abordagem CBS, os próprios cientistas e profissionais estão sujeitos a mesma análise que outros. Ou seja, uma análise das variáveis contextuais manipuláveis que influenciam os repertórios-chave envolvidos na produção de pesquisa de qualidade em CBS e no fornecimento de intervenções de qualidade em CBS. Métodos práticos e eficazes de formação de pesquisadores e profissionais em CBS de qualidade devem, portanto, ser um foco contínuo. Como os métodos da CBS fazem parte de uma grande variedade de domínios e disciplinas, esta recomendação precisa ser escalonada em diversas ferramentas, tais como treinamentos presenciais, programas de graduação, cursos on-line, aplicativos, websites, grupos de apoio, estruturas de supervisão, sistemas de feedback e outros.

Recomendação 32

As pesquisas em CBS precisam ajudar a garantir que os estudos que atendam às necessidades humanas sejam publicados e utilizados.

Não basta fazer pesquisa; seu valor para a comunidade requer publicação e utilização. As pesquisas em CBS são necessárias para determinar a melhor

maneira de disseminar ferramentas de ciência comportamental de maneira que possam realmente melhorar a vida das pessoas. Muitos desenvolvimentos e tratamentos científicos nunca chegam ao público em geral ou se integram à prática profissional ou às políticas públicas. É essencial que determinemos a melhor forma de aumentar o acesso aos cuidados baseados em evidências, e especialmente como alcançar populações carentes. Várias recomendações contidas neste relatório ajudam a servir a esse fim. Os pesquisadores em CBS precisam continuar a trabalhar com as principais partes interessadas para maximizar a aceitabilidade e utilidade das intervenções, examinar até que ponto a pesquisa reflete os valores dos usuários finais e identificar e apoiar processos que preveem ou influenciam a utilização eficaz das descobertas científicas. O uso criativo de metodologias científicas de implementação e o estabelecimento de programas de pesquisa em CBS focados na questão de publicação e uso são necessários para criar o tipo de efeito em cascata necessário para que os avanços científicos beneficiem um número significativo de vidas humanas.

Considerações Finais

A ciência comportamental contextual tem raízes que remetem ao início da ciência do comportamento e da psicologia. As recomendações apresentadas neste relatório são um retrato das necessidades de pesquisa conforme o século 20 se dissipa na memória e as décadas do século 21 que estão por vir começam a surgir. A CBS não é definida por uma única teoria, método, tópico, disciplina ou pessoa. É uma estratégia comunitária de desenvolvimento do conhecimento baseada em um conjunto de pressupostos filosóficos, um conjunto de práticas de pesquisa em evolução e um corpo crescente de métodos aplicados que são relevantes para quase todas as áreas do funcionamento humano. O objetivo da CBS é extremamente ousado: criar uma ciência comportamental mais digna do desafio da condição humana. Não podemos afirmar que o objetivo foi atingido; não sabemos se alguma vez ele será. Mas as jornadas ousadas estão mais associadas a objetivos ousados. As pesquisas em CBS tem um propósito declarado publicamente, e estas reco-

mendações se propõe a facilitar a realização desses objetivos. Portanto, nossa recomendação final é a seguinte:

Recomendação 33

A comunidade da CBS deve promover as recomendações da Força-Tarefa ACBS sobre Estratégias e Táticas de Pesquisa em Ciência Comportamental Contextual em seus laboratórios, salas de aula, relatórios científicos e agências aplicadas. A ACBS deve promover estas recomendações na política de associação, conferências e comitês da associação, e em publicações como o Journal of Contextual Behavioral Science. No devido tempo, a comunidade CBS deve revisitar, revisar e atualizar estas recomendações como parte de um processo contínuo de fazer uma ciência comportamental mais digna do desafio da condição humana.

Referências

- Aafjes-van Doorn, K., Kamsteeg, C., Bate, J., & Aafjes, M. (2021). A scoping review of machine learning in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 31(1), 92–116. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808729>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2021). Predictors and mediators of outcome in cognitive behavioral therapy for chronic pain: The contributions of psychological flexibility. *Journal of Behavioral Medicine*, 44, 111–122. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00168-9>
- Atkins, P., Wilson, D. S., & Hayes, S. C. (2019). *Prosocial: Using evolutionary science to build productive, equitable, and collaborative groups*. Context Press/New Harbinger Publications
- Berberoglu, B. (Ed.). (2020). *The global rise of authoritarianism in the 21st Century: Crisis of neoliberal globalization and the nationalist response*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367854379>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Dixon, M. R., Belisle, J., McKeel, A., Whiting, S., Speelman, R., Daar, J. H., & Rowsey, K. (2017). An internal and critical review of the PEAK relational training system for children with autism and related intellectual disabilities: 2014–2017. *The Behavior Analyst*, 40(2), 493–521.
- Dymond, S., & May, R. (2018). Quantifying the empirical growth of relational frame theory research: A cautionary note. *Psychological Record*, 68, 255–260. <https://doi.org/10.1007/s40732-018-0278-z>
- Dymond, S., May, R. J., Munnelly, A., & Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence base for relational frame theory: A citation analysis. *The*

- Behavior Analyst*, 33(1), 97–117.
- Embry, D. D. (2004). Community-based prevention using simple, low-cost, evidence-based kernels and behavior vaccines. *Journal of Community Psychology*, 32, 575–591.
- Embry, D. D., & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 75–113.
- Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2010). Cooperative behavior cascades in human social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(12), 5334–5338. <https://doi.org/10.1073/pnas.0913149107>
- Fung, K. P., Lake, J., Steel, L., Bryce, K., & Lunsy, Y. (2018). ACT processes in group intervention for mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(8), 2740–2747.
- Fung, K. P., & Lo, H. T. (2017). An integrative clinical approach to cultural competent psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 65–73.
- Fung, K. P., Lo, H. T., Srivastava, R., & Andermann, L. (2012). Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 165–184.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship-focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700–715.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge.
- Gloster, A. T., Rinner, M. T. B., & Meyer, A. H. (2020). Increasing prosocial behavior and decreasing selfishness in the lab and everyday life. *Scientific Reports*, 10, 21220. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78251-z>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.003>
- Gutierrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767–783. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80019-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80019-4)
- Hayes, S. C., Barnes -Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175–190.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C., & Andersson, G. (2009). Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-

- based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 523–528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.002>
- Jablonka, E., & Lamb, M. J. (2006). *Evolution in four dimensions: genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life*. MIT Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kantor, J. R. (1953). *The logic of modern science*. Principia Press.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2010). Mechanisms of behavior change in alcoholics anonymous: Does alcoholics anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction*, 105(4), 626–636.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., López-López, J. C., Barnes-Holmes, Y., & Gutierrez-Martínez, O. (2014). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101, 94–111. <https://doi.org/10.1002/jeab.68>
- McCracken, L. M. (2020). Psychological flexibility in chronic pain: Exploring the relevance of a process-based model for treatment development. In S. G. Hofmann, & S. C. Hayes (Eds.), *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment* (pp. 199–223). Context Press/New Harbinger Publications.
- Molenaar, P. C. M. (2008). On the implications of the classical ergodic theorems: Analysis of developmental processes has to focus on intra-individual variation. *Developmental Psychobiology*, 50, 60–69.
- O'Connor, M., Farrell, L., Munnelly, A., & McHugh, L. (2017). Citation analysis of relational frame theory: 2009–2016. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.009>
- Ostrom, E. (1990). *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. Cambridge University Press.
- Pallmann, P., Bedding, A. W., Choodari-Oskoei, B., Dimairo, M., Flight, L., Hampson, L. V., Holmes, J., Mander, A. P., Odondi, L., Sydes, M. R., Villar, S. S., Wason, J. M. S., Weir, C. J., Wheeler, G. M., Yap, C., & Jaki, T. (2018). Adaptive designs in clinical trials: Why use them, and how to run and report them. *BMC Medicine*, 16, 29. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1017-7>
- Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20(6), 521–526. <https://doi.org/10.1080/09540260802565257>
- Rand, D. G., Arbesman, S., & Christakis, N. A. (2011). Dynamic social networks promote cooperation in experiments with humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(48), 19193–19198. <https://doi.org/10.1073/pnas.1108243108>
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300–312.
- Schmidt, S. J., Lange, M., Schottle, D., Karow, A., Schimmelmann, B. G., & Lambert, M. (2018). Negative symptoms, anxiety, and depression as mechanisms of change of a 12-month trial of assertive community treatment as part of integrated care in patients with first- and multi-episode schizophrenia spectrum disorders (ACCESS I trial). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(6), 593–602.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501–504.
- Tol, W. A., Augustinavicius, J., Carswell, K., Leku, M. R., Adaku, A., Brown, F. L., García-Moreno, C., Ventevogel, P., White, R. G., Kogan, C. S., Bryant, R., & van Ommeren, M. (2018). Feasibility of a guided self-help intervention to reduce psychological distress in South Sudanese refugee women in Uganda. *World Psychiatry*, 17, 234–235. <https://doi.org/10.1002/wps.20537>

- Vaidyanathan, U., Morris, S., Wagner, A., Sherrill, J., Sommers, D., Garvey, M., Murphy, E., & Cuthbert, B. (2020). The nimh research domain criteria project: A decade of behavior and brain integration for translational research. In S. G. Hofmann, & S. C. Hayes (Eds.), *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment* (pp. 23–46). Context Press/New Harbinger Publications.
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E., & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress: A contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst*, 32, 105–133.
- Wilson, D. S., & Coan, J. (2021). Groups as organisms: Implications for therapy and training. *Clinical Psychology Review*, 85, Article 101987. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101987>
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on the management of chronic pain in children*. World Health Organization.
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, T. (2016). *The Wiley handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley/Blackwell.

Histórico do Artigo

Submetido em: 06/01/2025

Aceito em: 29/09/2025

Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um levantamento online com profissionais brasileiros

Acceptance and Commitment Therapy (ACT): an online survey with Brazilian professionals

William F. Perez^{1,2}, Giulianna de Azevedo Nasser^{3,4}, Tatiana Cohab Khafif^{5,6}, João Martins de Araújo Júnior^{3,7}

[1] Instituto Par [2] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) [3] ACBS Brasil [4] Diálogos Somam Psicologia Ltda [5] Universidade de São Paulo, PROMAN [6] Massachusetts General Hospital - Bipolar Clinic & Research Program [7] Modus Psicologia | **Título abreviado:** ACT no Brasil: um levantamento online | **Endereço para correspondência:** | **Email:** (WFP) will.f.perez@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.034

Resumo: O presente artigo apresenta os resultados de um levantamento anônimo realizado em parceria com a ACBS Brasil, com o objetivo de caracterizar os terapeutas brasileiros que atuam orientados pelo modelo da ACT. O levantamento foi realizado por meio de um formulário online com 28 perguntas, incluindo dados sociodemográficos, caracterização da formação em ACT, levantamento das atividades de treinamento e ensino sobre ACT e realização de pesquisas sobre o tema. O formulário foi inicialmente divulgado em 18/02/2024 e finalizado em 25/09/2025. Participaram do levantamento 677 pessoas. A amostra de participantes foi prioritariamente do Sudeste, composta por mulheres, pessoas brancas, com idade entre 20 e 39 anos e pós-graduação concluída. Os dados sugerem um aumento no número de pessoas interessadas na ACT a partir da constituição do capítulo brasileiro da ACBS e das atividades realizadas durante a pandemia de COVID-19, período em que também houve aumento no número de cursos e formações em ACT ofertados por instituições diversas e por pessoas físicas. Com relação à pesquisa, observou-se um aumento significativo no número de publicações científicas produzidas por pesquisadores brasileiros, impulsionada também em função da pandemia em 2020.

Palavras-chave: levantamento; terapia de aceitação e compromisso; ACT; Brasil; terapeutas brasileiros.

Abstract: This article presents the results of an anonymous nationwide survey conducted in partnership with ACBS Brazil, aiming to characterize Brazilian therapists who practice Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Data were collected through an online questionnaire consisting of 28 items covering sociodemographic information, ACT training background, teaching and training activities, and research involvement related to ACT. The survey was open from February 18, 2024, to September 25, 2025, and included responses from 677 participants. Most respondents were from the Southeast region, identified as women, White, aged between 20 and 39 years, and held postgraduate degrees. The findings indicate a marked increase in interest in ACT following the establishment of the Brazilian chapter of ACBS and the initiatives carried out during the COVID-19 pandemic—a period that also saw an expansion in ACT-related training programs and courses offered by institutions and independent professionals. Additionally, the data reveal a substantial growth in the number of scientific publications by Brazilian researchers, also driven by the pandemic in 2020.

Keywords: survey; Acceptance and Commitment Therapy; ACT; Brazil; Brazilian therapists.

Perez (2025) sugere que a história da ACT no Brasil pode ser dividida em duas fases de expansão. A primeira, influenciada pelas visitas de Steven Hayes ao Brasil no final da década de 1980 e pelos primeiros livros e artigos científicos sobre o tema, é marcada pelo interesse de um pequeno grupo de terapeutas que participava do desenvolvimento da terapia analítico-comportamental no país, integrando desenvolvimentos da ACT e da FAP em sua prática, nas supervisões clínicas e em cursos de formação (Freire & Vandenberghe, 2025). A segunda fase, por sua vez, caracterizou-se pela participação de uma nova geração de terapeutas e pesquisadores que buscou treinamento e participação em uma comunidade internacional, nos congressos mundiais (WC) da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS). A Figura 1 (gráfico superior) apresenta o número de participantes brasileiros inscritos nas reuniões anuais da ACBS, entre 2009 e 2025. É possível observar um aumento progressivo no número de brasileiros, com um primeiro pico em 2017, na *ACBS World Conference* realizada em Sevilha (Espanha). Tal acontecimento culminou na criação do capítulo brasileiro da ACBS em outubro do mesmo ano (<https://acbs.com.br/Institucional/quem-somos>). A partir de então, a participação de brasileiros nos encontros internacionais se mantém ao longo dos anos seguintes, com seu número mais expressivo no realizado em Buenos Aires em 2024. Obviamente, há variações no número de participantes ao longo dos anos, potencialmente geradas pelo país escolhido para sediar a reunião, pela distância do país-sede em relação ao Brasil, pelo câmbio, por questões políticas etc.

O capítulo brasileiro da ACBS intensifica suas atividades durante a pandemia, propondo seu primeiro encontro online em 2020. O número de participantes ao longo dos encontros da ACBS Brasil é apresentado na parte inferior da Figura 1. Centenas de pessoas se inscreveram nos encontros nacionais, mostrando que a cena das terapias contextuais no país havia se estabelecido, unificando pessoas de diferentes regiões, em diferentes momentos da sua formação (de estudantes de graduação a pós-doutores), utilizando ACT e em diferentes contextos profissionais ou de pesquisa.

Embora a comunidade de terapeutas e pesquisadores orientados pela ACT no Brasil possa ser re-

presentada pelos congressos do capítulo brasileiro da ACBS, até o momento nenhum levantamento foi realizado para caracterizar os profissionais que atuam com base no modelo da ACT em nosso país. O presente artigo apresenta os resultados de um levantamento anônimo realizado em parceria com a ACBS Brasil, com o objetivo de caracterizar os terapeutas brasileiros que atuam orientados pelo modelo da ACT.

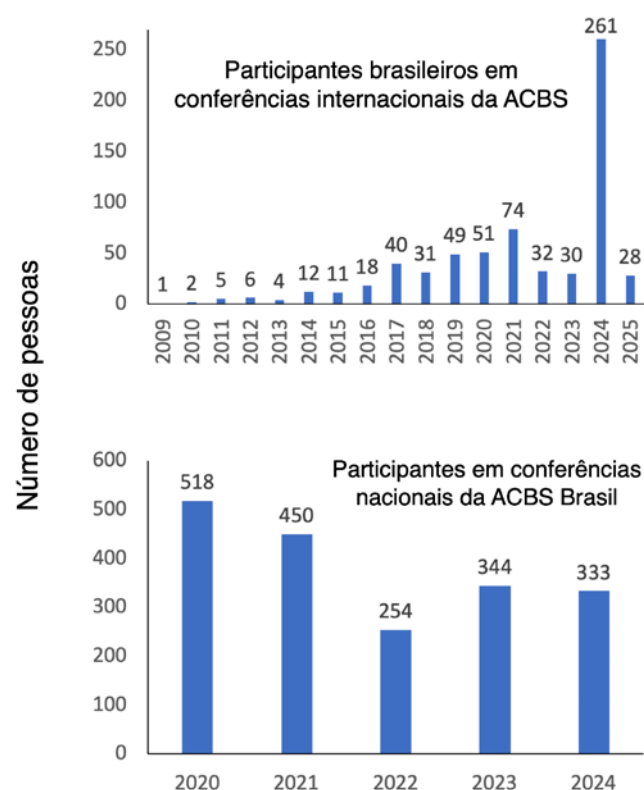


Figura 1. Número de participantes brasileiros em congressos internacionais (gráfico superior) e nacionais (gráfico inferior) da ACBS. Dados obtidos a partir de e-mail enviado à secretaria da ACBS Internacional e da ACBS Brasil.

Método

O levantamento foi realizado por meio de um formulário online, amplamente divulgado no Instagram do SIG ACT, em grupos de WhatsApp dos SIGs da ACBS Brasil e por pessoas da comunidade ACBS Brasil, incluindo os próprios autores. O formulário, construído na plataforma Google

Forms, continha 28 perguntas. As perguntas e as opções de resposta são apresentadas na Tabela 1. O formulário foi inicialmente divulgado em 18/02/2024 e finalizado em 25/09/2025. As respostas foram fornecidas de forma anônima - assim, não foram solicitadas informações que pudessem identificar as pessoas que responderam ao levantamento (e.g., nome, endereço, e-mail etc.).

Tabela 1. Perguntas e opções de resposta utilizadas no levantamento realizado pela capítulo brasileiro da ACBS sobre o perfil dos profissionais que atuam com Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no Brasil.

Pergunta	Opções de resposta
Dados gerais	
Como você identifica o seu gênero?	Mulher cisgênero; Mulher transgênero; Homem cisgênero; Homem transgênero; Não-binário; Não declarar; Outro: ____
Como você identifica a sua orientação sexual?	Heterossexual; Homossexual; Bissexual; Não declarar; Outro: ____
Como você identifica a sua raça ou etnia?	Negra (Preta/Parda); Branca; Indígena; Amarela; Não declarar
Qual a sua idade?	Resposta aberta
Qual a renda mensal média da sua família?	Até 2 mil reais; De 2 mil a 5 mil reais; De 5 mil a 10 mil reais; De 10 mil a 15 mil reais; De 15 mil a 30 mil reais; Acima de 30 mil reais; Não declarar
Estado onde mora	Resposta aberta
Cidade onde mora	Resposta aberta
Maior nível de escolaridade	Estudante de graduação; Graduação completa; Pós-graduação lato sensu (especialização, formação); Mestrado; Doutorado; Pós-Doutorado
Em que ano ouviu falar sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) pela primeira vez?	Resposta aberta
Você atualmente está associada(o) a alguma associação científica da psicologia? Se sim, qual(quais)?	Não faço parte de nenhuma associação; ACBS; ABPMC; ACBR; SBP; FBTC; ABPBE; Outro: ____
Você participa/já participou de alguma formação ou evento relacionado à ACT?	Sim; Não
2. Dados sobre formação acadêmica / profissional	
Em qual/quais tipos de eventos e/ou formações relacionadas à ACT você já esteve?	Encontro da ACBS Brasil; Encontros de outras associações; Outros Congressos / Simpósios / Jornadas; Curso de curta duração / Workshop; Formação; Especialização; Grupo de estudos; Supervisão; Mestrado/Doutorado relacionado à ACT; Outro: ____
Qual/Quais instituições ofereceram as formações relacionadas à ACT que você participou?	Resposta aberta
Quantas horas de formação em ACT você tem aproximadamente?	Até 20 horas; Entre 20 e 100 horas; Entre 100 e 300 horas; Mais de 300 horas; Não sei / Não declarar; Outro: ____
Formação oferecida	
Você oferece/já ofereceu cursos ou formações em ACT?	Sim; Não
Qual/quais tipos de formação relacionadas a ACT você oferece?	Curso de curta duração / Workshop / Aulas avulsas; Fala / Apresentação de trabalho em eventos científicos; Formação; Especialização; Grupo de estudos; Supervisão; Aulas em graduação e pós-graduação stricto sensu (Mestrado/Doutorado); Outro: ____
Você oferece formações através do vínculo com alguma instituição de ensino? Se sim, qual/quais?	Resposta aberta
Desde que ano você oferece formações em ACT?	Resposta aberta

Quantos colegas em média já passaram por alguma formação em ACT que você ofereceu?	Até 10 colegas; Entre 10 e 100 colegas; Entre 100 e 500 colegas; Mais de 500
Publicações/Atividades de pesquisa	
Já realizou alguma publicação (acadêmica ou não) relacionada à ACT?	Sim; Não
Quantas publicações relacionadas à ACT você já fez?	Resposta aberta
Quais os tipos dessas publicações?	Artigo científico; Trabalho de conclusão de curso; Dissertação de mestrado; Tese de doutorado; Capítulo de livro; Livro completo; Matérias em jornais impressos ou portais digitais; Outro: ____
Ano da sua primeira publicação relacionada à ACT	Resposta aberta
Ano da sua última publicação relacionada à ACT	Resposta aberta
Você faz/fez parte de algum laboratório que desenvolva pesquisas em ACT?	Sim; Não
Se faz/fez parte de algum laboratório, por favor escreva o nome do laboratório e a instituição a qual ele está vinculado	Resposta aberta (opcional)
Escreva as referências das suas publicações, preferencialmente em formato APA	Resposta aberta (opcional)

Resultados

A análise apresentada a seguir baseia-se em 677 respostas completas ao levantamento coletadas pelo *Google Forms*. Uma vez que não foram identificados padrões duplicados de resposta a todas as perguntas, considerou-se que 677 pessoas responderam ao levantamento. Tais pessoas serão referidas como participantes.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes por estado brasileiro e a porcentagem por região do país. Foram contabilizados participantes em 25 estados da federação, sendo que os com o maior número foram São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraná. Os participantes foram distribuídos entre 181 cidades. O estado com o maior número de cidades contabilizadas foi São Paulo, com 48 ocorrências. A Figura 2 apresenta a distribuição dos participantes por região do país, com destaque para a região Sudeste com 45,2% dos participantes do levantamento, seguida da região Sul (22,7%) e Nordeste (21,1%), respectivamente.

A Figura 3 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes. A amostra foi composta prioritariamente por mulheres (491) e homens (171) cisgêneros, confirmando a predominância de participantes heterossexuais, seguida por bissexuais e homossexuais. A idade dos participantes variou

predominantemente entre 20 e 39 anos. A maioria da amostra foi branca, seguida por pessoas negras. Quanto à escolaridade, houve destaque para os participantes pós-graduados. Já com relação à renda, houve variabilidade, porém, a maioria da amostra declarou renda familiar mensal entre 5 e 10 mil reais.

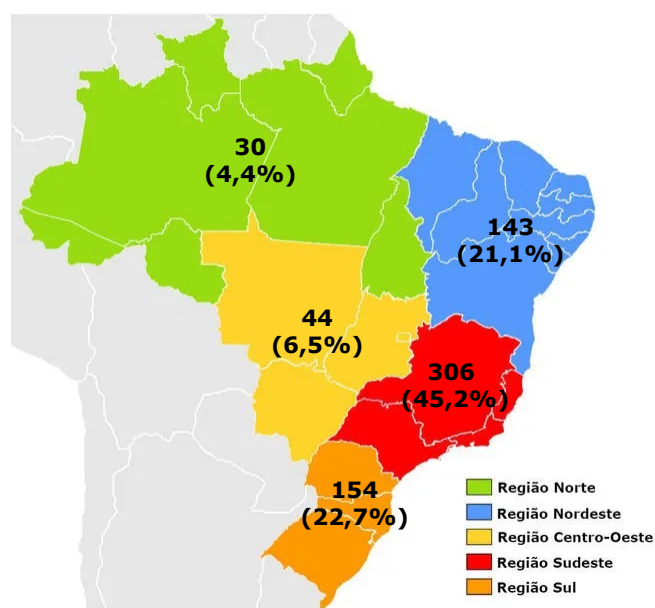


Figura 2. Distribuição dos participantes considerando as regiões do Brasil.

Tabela 2. Distribuição dos participantes por estado brasileiro e número de cidades contabilizadas em cada estado.

Estado onde mora	Número de pessoas por estado	Número de cidades por estado
São Paulo (SP)	210	48
Rio Grande do Sul (RS)	76	17
Minas Gerais (MG)	61	18
Paraná (PR)	59	17
Ceará (CE)	44	8
Bahia (BA)	35	9
Rio de Janeiro (RJ)	31	9
Goiás (GO)	25	6
Pará (PA)	22	3
Santa Catarina (SC)	19	9
Pernambuco (PE)	16	5
Paraíba (PB)	12	2
Alagoas (AL)	11	1
Distrito Federal (DF)	8	2
Rio Grande do Norte (RN)	8	2
Maranhão (MA)	7	3
Mato Grosso do Sul (MS)	7	4
Sergipe (SE)	6	2
Espírito Santo (ES)	4	4
Mato Grosso (MT)	4	3
Piauí (PI)	4	4
Amazonas (AM)	3	1
Amapá (AP)	2	1
Tocantins (TO)	2	2
Rondônia (RO)	1	1
TOTAL	677	181

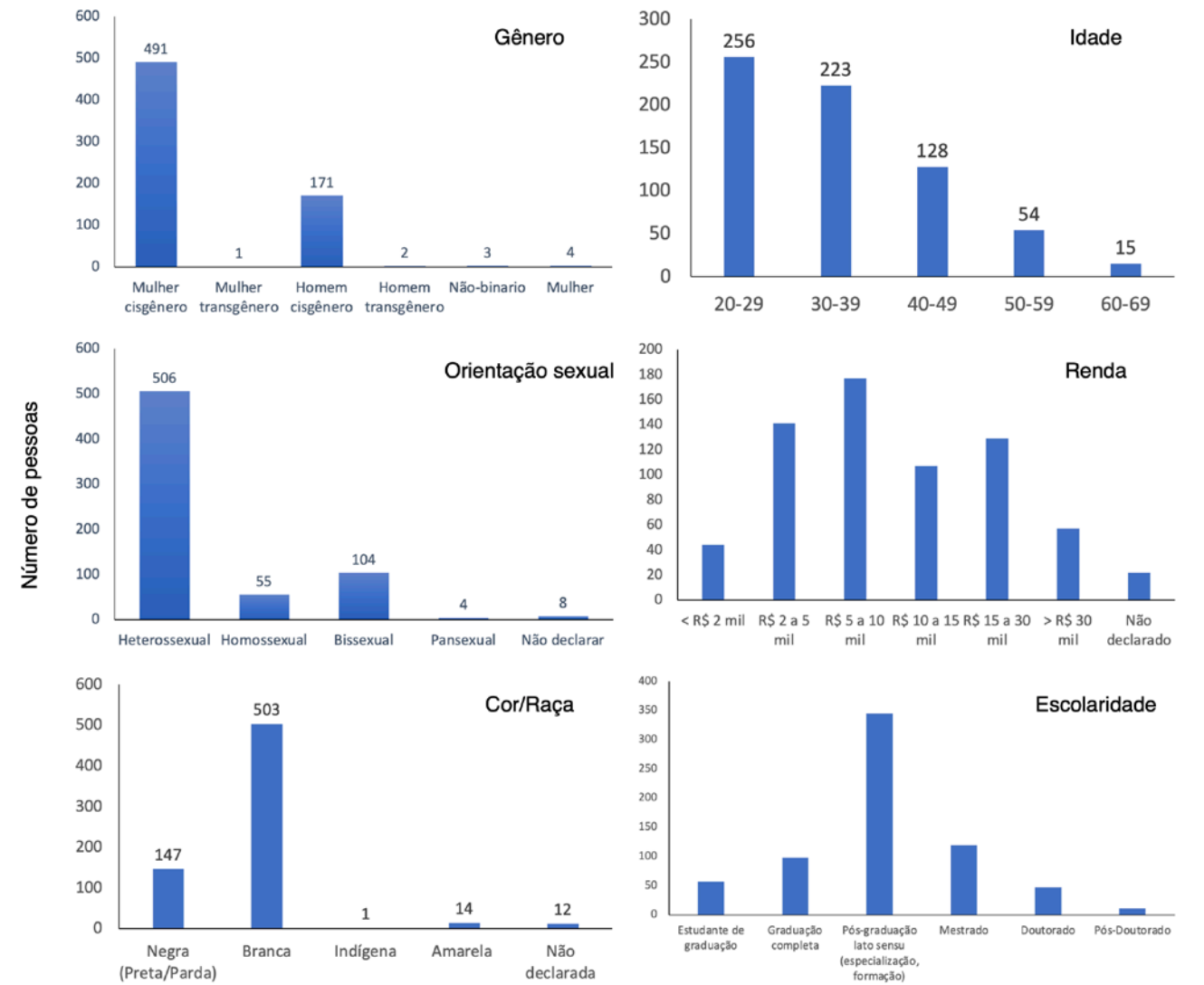


Figura 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes.

A Figura 4 mostra o número de pessoas que ouviram falar da ACT pela primeira vez. É possível observar uma tendência crescente a partir de 2012, provavelmente em decorrência da segunda edição do manual oficial da ACT (Hayes et al., 2012) e do aumento significativo de brasileiros nos congressos internacionais da ACBS a partir de 2011. 615

participantes relataram ter realizado formações em ACT ou participado de eventos dedicados à ACT. O número total de horas dedicadas à formação variou, sendo que 108 participantes relataram já terem investido mais de 300 horas em sua formação nessa abordagem.

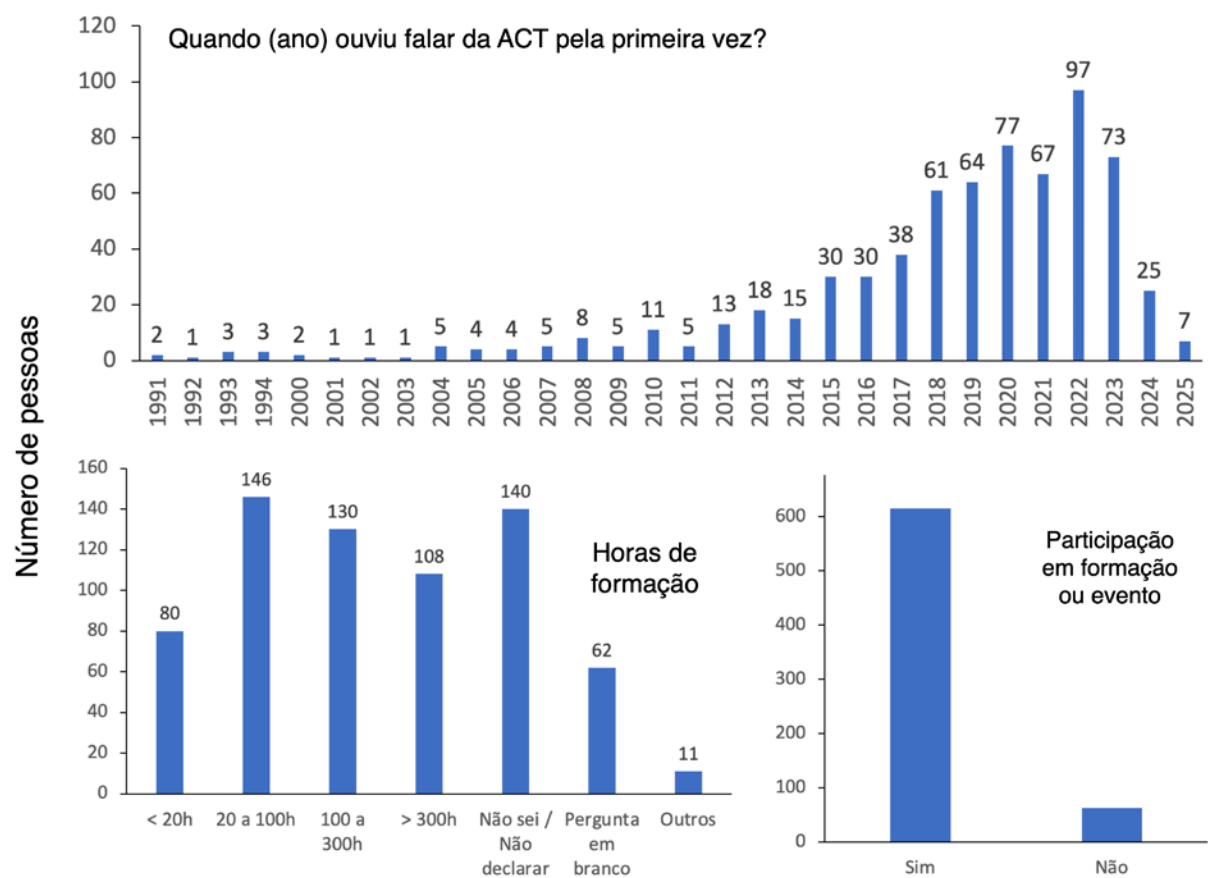


Figura 4. Ano em que cada participante ouviu falar sobre a ACT pela primeira vez, participação em formação ou evento sobre ACT e horas totais dedicadas à formação em ACT.

A Tabela 3 apresenta os tipos de eventos ou formações relacionados à ACT com os quais os participantes já tiveram contato. O maior número de ocorrências foi para a opção de resposta “grupo de estudos”, seguido de “supervisão”, “formações” e “congressos/simpósios/jornadas”. Os participantes ainda declararam onde encontraram oportunidades de aprender sobre ACT. A Lista 1 apresenta todas as ocorrências em ordem alfabética. Foram citadas 71 instituições de ensino, plataformas que

oferecem cursos ou associações que organizam eventos nos quais a ACT pode ser apresentada. Também foram citados nomes de pessoas físicas. Considerando que o número de pessoas que oferecem diferentes modalidades de treinamento ou formação em ACT é expressivo atualmente (ver a seguir) e os nomes citados pelos participantes, nessa questão, não foram representativos (6 ocorrências, incluindo pessoas de fora do Brasil), esse dado foi suprimido do relatório.

Tabela 3. Tipos de eventos ou formações relacionados à ACT com os quais os participantes já tiveram contato.

Em qual/quais tipos de eventos e/ou formações relacionadas à ACT você já esteve?	Número de participantes que marcaram essa opção de respostas
Grupo de estudos	397
Supervisão	310
Formação	307
Outros Congressos / Simpósios / Jornadas	278
Encontro da ACBS Brasil	221
Especialização	204
Encontros de outras associações	150
Mestrado/Doutorado relacionado à ACT	44
Curso de curta duração / Workshop	38

Lista 1. Onde é possível aprender ACT?

Instituição	
ABPMC	Emergent Learning Academy
ACBS Brasil	Eureka
ACBS Internacional	FACEFI
ACT Immersion	HC-FMUSP
ACT na Prática Clínica	HGX (EEP HCFMUSP)
Amban	IBAC
American Psychological Association (APA)	Iepac
Ane Vaz Academy	InPBE
Artmed Academy	Instituto Continuum
Atalea Cursos	Instituto Equilibri
Atitude Cursos	Instituto Interacta
Bem Humano Desenvolvimento Pessoal	Instituto Landim
Cape Cod Institute	Instituto Par
Cebrata	Instituto Transformação
CECONTE - Centro Brasileiro de Ciência Comportamental Contextual	Instituto Uriah
CEFI	InTCC
Cesde	Interacta
Cestres Psi	Internacional
Comportalmente	Ipog
Concristart	LabACT
Contextualmente	Micpsy
Cursos Internacionais	Mindfulness Funcional
DiadeLab	Pda Unesp
Doutorado	Perspectives Ireland
Ello	PodACT
	Praxis
	Puc Go

Puc-Pr
PUC-RS
SIG ACT
Therapies Love Kids
UCDB
UFCSPA
UFRGS
UFRJ
UFSC
UFSCar
Unama
Unicap
Unisinos
Universidade Estadual de Londrina
Universidade Evangélica de Goiás
USP
Vai Valente Podcast
Wainer
Wccbt

Por fim, a Tabela 4 mostra que 327 participantes declararam fazer parte de associações científicas. O maior número de ocorrências foi registrado para ACBS e ABPMC (Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental). A maioria dos participantes (422), no entanto, relatou não fazer parte de nenhuma associação científica.

Tabela 4. Filiação dos participantes à associações científicas.

Filiação a Associação científica	Ocorrências
Não faço parte de nenhuma associação	422
ACBS	184
ABPMC	81
ACBR	10
SBP	22
FBTC	14
ABPBE	18
Outro	0

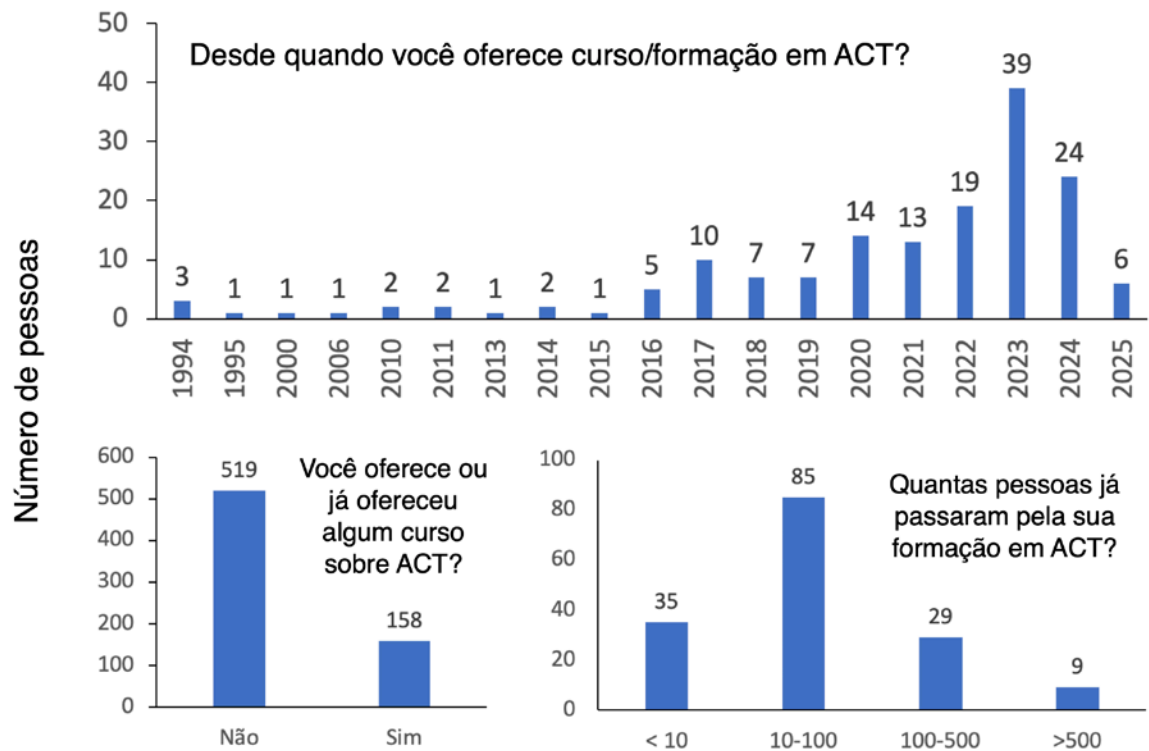


Figura 5. Informações sobre os participantes que oferecem ou já ofereceram algum tipo de formação em ACT.

Como mostra a Figura 5, 158 participantes relataram ofertar ou já ter ofertado algum tipo de formação em ACT. Cabe destacar que o termo formação foi utilizado de maneira ampla, abrangendo desde aulas avulsas até formações mais extensas, como cursos de especialização. Na maioria dos casos, as formações alcançaram entre 10 e 100 pessoas no total. Além disso, observa-se um aumento significativo no número total de novos cursos ofertados entre 2020 e 2024. A Tabela 5 detalha o tipo de formação ofertada pelos participantes. Em sua maioria, foram mencionados cursos de curta duração, workshops, aulas avulsas e apresentações ou cursos em congressos científicos. As formações oferecidas foram, eventualmente, vinculadas a instituições. Foram mencionadas 45 instituições, listadas em ordem alfabética na Lista 2.

Tabela 5. Tipo de formação ofertada pelos participantes.

Tipo de formação ofertada pelos participantes	Frequência
Curso de curta duração / Workshop / Aulas avulsas	94
Fala / Apresentação de trabalho em eventos científicos	81
Formação	19
Especialização	22
Grupo de estudos	71
Supervisão	91
Aulas em graduação e pós-graduação stricto sensu (Mestrado/Doutorado)	38
Outro	1

Lista 2. Instituições nas quais os participantes oferecem formação em ACT.

Você oferece formações através do vínculo com alguma instituição de ensino? Se sim, qual/quais?
A COMPORTAMENTAL – Ciência & Comportamento
ACBS Brasil
AMBAN IPQ (Grupo de Estudo e Pesquisa em Transtornos de Ansiedade)
Atitude Cursos
Atitus Educação

Capacitar
Ceconte (Centro de Contextualismo e Terapias Comportamentais)
CELG
Centro Universitário Barão de Mauá
Contextualmente
DiadeLab
FACEFI Faculdade CEFI
HCFMUSP
IBAC Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento
ICC Marília Instituto Cognitivo Comportamental
IEPAC Instituto de Estudos e Psicoterapia Analítico-Comportamental
InPBE
Instituto Continuum
Instituto Equilibri
Instituto Par
InTCC
Lótus Comportamento e Autocompaixão
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PUC Goiás - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PUC-Rio - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Sensum Psicologia
SIG ACT
UECE - Universidade Estadual do Ceará
UEMG - Universidade do Estado de Minas Gerais
UFC - Universidade Federal do Ceará
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFPR - Universidade Federal do Paraná
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICESUSC
Unifor - Universidade de Fortaleza
Unilavras - Centro Universitário de Lavras
UNIME
UNIPAR - Universidade Paranaense
Universidade La Salle
Universidade Santa Úrsula
Universidade Santa Úrsula
USP - Universidade de São Paulo
Wainer Psicologia

Em relação a publicações, 134 participantes afirmaram já ter publicado algo relacionado à ACT. Foram consideradas como publicações: artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, capítulos de livro, livros, matérias em jornais impressos ou portais digitais. A Tabela 6 apresenta o número total de publicações relatadas pelos participantes. A maioria dos participantes realizou entre 1 e 3 publicações. A Tabela 7 mostra a frequência dos diferentes tipos de publicação realizadas pelos participantes, com destaque especial para o maior número de ocorrências de artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso e capítulos de livros. Cabe destacar que ainda foram relatadas publicações em blogs e redes sociais, como o Instagram e o LinkedIn. Como apontado na Tabela 8, observa-se que o número de publicações se torna mais expressivo a partir de 2020. Ainda, em relação às publicações, 37 participantes relataram fazer parte de laboratórios, que são apresentados na Lista 3. Alguns dos participantes que relataram ter publicações forneceram as referências dos materiais publicados, os quais podem ser vistos a seguir na seção Referências Adicionadas pelos Participantes.

Tabela 6. Número total de publicações relatadas pelos participantes.

Número total de publicações	Número de participantes
1	42
2	16
3	12
4	8
5	5
6	1
7	3
8	3
10	5
12	1
16	1
19	1
20	1
Mais de 20	1

Tabela 7. Tipos de publicações realizadas pelos participantes.

Tipos de publicações realizadas pelos participantes	Frequência
Artigo científico	64
Trabalho de conclusão de curso	59
Dissertação de mestrado	23
Tese de doutorado	14
Capítulo de livro	45
Livro completo	10
Matérias em jornais impressos ou portais digitais	27

Lista 3. Laboratórios ou instituições a que os participantes que relataram publicações estão filiados.

Lista de Laboratórios
ACT na Sociedade
AICV - PUCRS
AMBAN IPq HC FMUSP
Ceris FURG
Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicologia Cognitivo Comportamental (GAAPCC)
Grupo de estudos/pesquisa: Análise do Comportamento, Subjetividade e Cultura - UFBA
IPq HCFMUSP (PROMAN) - ECR de ACT PARA TRANSTORNO BIPOLAR
Laboratório de Análise Experimental do Comportamento (LAEC) - UFMS/CPAN
Laboratório de ciências comportamentais contextuais da University College Dublin (UCD CBS-Lab)
Laboratório de estudos em comportamento de saúde/UCDB
Laboratório de Psicologia do Sono e Psicoterapia Comportamental - LAPSONO
LAEC/PUC-GO
LATCON - Laboratório de Terapias Contextuais
NAPSIC/UFCSPA
Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Intervenções Comportamentais (NaPsic_UFCSPA), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
Programa de pós-graduação em Análise do Comportamento da UEL
RFTAC - Instituto Par
TOC Rio / Instituto de Psiquiatria da UFRJ
UFCSPA - Janaína Pacheco

Tabela 8. Ano da primeira e da última publicação relatada pelos participantes.

Ano da primeira publicação	Número de participantes	Ano da última publicação	Número de participantes
1995	1	2011	1
2004	2	2015	1
2005	1	2017	2
2011	2	2018	2
2012	1	2019	2
2014	1	2020	3
2015	3	2021	8
2016	3	2022	11
2017	6	2023	22
2018	8	2024	31
2019	7	2025	25
2020	12		
2021	13		
2022	22		
2023	28		
2024	18		
2025	6		

Discussão

De acordo com os resultados desse levantamento, há uma prevalência considerável de terapeutas ACT na região Sudeste. Cabe destacar que tal distribuição é proporcional ao número total de psicólogos por estado, conforme consta no relatório do CRP (2025).

A predominância de mulheres na amostra também é similar à encontrada no levantamento do CRP (2025). Estudos futuros poderão usar tais dados demográficos como base de comparação em novos levantamentos, buscando pensar criticamente, as ações que seriam necessárias para ampliar a variabilidade sociodemográfica da população que tem acesso ao modelo da ACT como base para a sua atuação. Iniciativas recentes em nosso país (e.g., ACT na Sociedade, ImpACTe etc.) têm buscado levar a ACT para regiões nas quais os profissionais ainda não relataram ter acesso a formações nesse modelo, bem como para contextos

institucionais e de vulnerabilidade social que estão muito distantes da clínica particular onde geralmente a ACT é praticada.

Uma parte relevante da amostra relatou ter tido primeiro contato com a ACT a partir de 2020, quando se iniciou a pandemia de COVID-19. A pulverização de cursos online seguramente contribuiu para essa ampla divulgação da abordagem, que teve número expressivo de novos interessados também nos anos subsequentes à pandemia. Os meios de acesso ao modelo da ACT foram prioritariamente por grupos de estudo ou supervisão, que caracterizam cenas independentes, autônomas, e possivelmente menos oneroso financeiramente, atendendo a uma parcela ampla da amostra. Além de tal cena independente, há uma cena institucionalizada, que oferece formações e promove eventos científicos/profissionais. A lista de instituições que fomentam o ensino da ACT no Brasil é expressiva e varia de universidades consagradas, associações científicas a profissionais autônomos que criam empresas para oferecer cursos e formações.

Cerca de ¼ dos participantes relataram oferecer ou já terem oferecido cursos ou formações em ACT. Embora o termo formação tenha sido utilizado de maneira ampla, incluindo aulas avulsas, apresentações em congressos etc., cabe destacar que há uma parcela importante da amostra que oferta algum tipo de treinamento em ACT, em contextos diversos. A ACBS Internacional, recentemente, destacou sua preocupação com a qualidade dos treinamentos ofertados em ACT, sintetizando um documento para orientar os profissionais em suas atividades de ensino. Tal documento ressalta pelo menos 4 dimensões que devem ser levadas em conta: conhecimento conceitual, habilidades clínicas, qualidades pessoais/experienciais e responsividade cultural e ética. Avaliamos como uma medida importante para a nossa comunidade, por exemplo, a tradução e publicação desse documento para ampla divulgação entre os profissionais brasileiros.

O número crescente de publicações de pesquisadores brasileiros, sugere que a ACT tem inserção não só no contexto da prática profissional, mas também no âmbito da pesquisa e da formação de discentes, que são parte de uma rede ampla de laboratórios espalhados pelo país. Curiosamente, o termo publicação também foi associado a *posts* em redes sociais e sites. Considerando o número expressivo de ocorrências, isso denota uma nova forma de comunicação e consumo de informação sobre a ACT. O que antes era circunscrito a periódicos científicos e livros encontrados apenas nas bibliotecas de grandes universidades, agora faz parte das telas dos celulares que acompanham os profissionais no seu cotidiano.

Levantamentos futuros deverão atualizar os dados aqui apresentados, adicionando informações que podem ser importantes para construir estratégias de divulgação e adaptação do modelo ao contexto brasileiro. Isso incluiria, por exemplo, o levantamento de informações que reflitam a prática dos profissionais, as dificuldades encontradas na aplicação do modelo em seu contexto de atuação etc. Outro ponto importante, diz respeito ao acesso à ACT, por meio de formações, supervisão, materiais didáticos (livros, protocolos etc.), em sua maioria ainda em língua inglesa e com um alto custo financeiro. Em consonância com os valores explicitados na publicação do presente volume, co-

neher a necessidade dos profissionais orientados por essa abordagem em nosso país é vital para que a ACT seja para todos.

Referências Adicionadas pelos Participantes

- Abdala, M., Silva, B. T., Maia, J. G. C., Souza, V. A. de, & Queiroz, I. G. (2023). Possíveis aproximações entre antropologia simbólica de Clifford Geertz e a terapia de aceitação e compromisso. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 11(2), 194–207. <https://doi.org/10.18761/vecc0161122>
- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. (Orgs.). (2023). *Atualizações em terapia comportamental contextual*. Manole.
- Assaz, D. A. (2021). A terapia de aceitação e compromisso. In C. K. B. Oshiro & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 106–119). Manole.
- Assaz, D. A., Kovac, R., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2018). A terapia de aceitação e compromisso (ACT). In A. E. A. Antúnez & G. Safra (Orgs.), *Psicologia clínica: da graduação e pós-graduação* (pp. 105–112). Atheneu.
- Assaz, D. A., & Oshiro, C. K. B. (2017). Superando barreiras para exposição por meio da integração de princípios da ACT. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 124–144. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1059>
- Assaz, D. A., Perez, W. F., & Kovac, R. (2022). Desfusão cognitiva: Uma estratégia clínica para modular a transformação de função. In W. F. Perez, R. Kovac, J. H. de Almeida, & J. C. de Rose (Orgs.), *Teoria das molduras relacionais (RFT): Conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 255–276). Paradigma.
- Assaz, D. A., & Raña, A. F. (2021). ACT e ansiedade: Análise contextual de dois casos clínicos. In C. K. B. Oshiro & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 132–147). Manole.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. (2018). Cognitive defusion in acceptance

- and commitment therapy: What are the basic processes of change? *The Psychological Record*, 68, 405–418. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>
- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K., & Roche, B. (2023). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1020–1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Assaz, D. A., Vartanian, J. F., Aranha, A. S., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Valores sob a perspectiva analítico-comportamental: da teoria à prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(3), 30–40. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i3.920>
- Atkins, P. W., Valentim, M. G., Loureiro, C., & Martins, T. C. (2024). Empatia, diferenciação self-outro e treino de mindfulness. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 15(1), 04–022. <https://doi.org/10.18761/trad02982>
- Barba, D. M. M. (2023). A terapia de aceitação e compromisso no manejo dos transtornos psicológicos de pacientes com câncer. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 12347–12368. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-309>
- Barbosa, R. S., & Prestes, T. K. A. (2024). *Terapia de aceitação e compromisso no tratamento de pessoas com transtorno por uso de substâncias e comorbidades associadas*. In Anais da XXIX Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará (Fortaleza, CE). EdUECE.
- Bastos-Antunes, R. A. (2023). *Vivi e seus valores: A ACT na prática de crianças e adolescentes*. Sinopsys.
- Bischoff, F., & Pacheco, J. T. B. (2025). “Amanhã eu faço”: Inflexibilidade psicológica como variável mediadora para a procrastinação acadêmica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 15, <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.012>
- Boavista, R. C., & Perez, W. F. (2025). Esquiva experiencial: uma revisão conceitual. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.036>
- Campos, G. D. F., Alencastro, M. E., Weydmann, G., Machado, W., & Pacheco, J. T. B. (2023). Efeitos de uma intervenção breve na flexibilidade da imagem corporal em universitárias. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 25(1), 1–19. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v25i1.1773>
- Collares, A. B., Souza, L. H., Zancan, R. K., Dillenburg, M. S., & Oliveira, M. S. (2023). Adaptação e validação do Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT). *Avaliação Psicológica*, 22(1), 73–81.
- Costa, N. (2012). Terapia de aceitação e compromisso: É uma proposta de intervenção cognitivista? *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 3(2), 117–126. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v3i2.233>
- Couto, L. P. (2019, 10 de julho). *Utilizando a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para a promoção da redução de estresse em pais de crianças com autismo*. *Comporte-se: Psicologia Científica*. <https://comportese.com/2019/07/10/utilizando-a-terapia-de-aceitacao-e-compromisso-act-para-a-promocao-da-reducao-de-estresse-em-pais-de-criancas-com-autismo/>
- Couto, L. P. (2019, 20 de setembro). O que seria esse tal de Hexaflex? Entendendo o conceito de flexibilidade psicológica em ACT. *Comporte-se Psicologia Científica*. <https://comportese.com/2019/09/20/o-que-seria-esse-tal-de-hexaflex-entendendo-o-conceito-de-flexibilidade-psicologica-em-act/>
- Couto, L. P. (2020, 17 de abril). Como eu vim parar aqui? Algumas contribuições da Terapia de Aceitação e Compromisso para a parentalidade. *Comporte-se Psicologia Científica*. <https://comportese.com/2020/04/17/como-eu-vim-parar-aqui-algumas-contribicoes-da-terapia-de-aceitacao-e-compromisso-para-a-parentalidade/>
- Couto, L. P. (2020, 27 de março). Ensinando aceitação para crianças: Breves considerações. *Comporte-se Psicologia Científica*. <https://comportese.com/2020/03/27/ensinando-aceitacao-para-criancas-breves-consideracoes/>
- Couto, L. P. (2020). Parentalidade em tempos de COVID-19: Dicas de como organizar a rotina da sua criança. *Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC)*. <https://abpmc.org.br/projetos-comunidade/wp-content/uploads/sites/3/2021/08/15942296303263fbaaf00a.pdf>

- Dalkirane, M. M., Miyazaki, E. S., Belei-Miyazaki, G., & Banaco, R. A. (2025). Terapia de aceitação e compromisso para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: Revisão sistemática de métodos mistos. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 15(x), xx-xx. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.002>
- Damasceno Ferreira, G., Weydmann, G., & Pacheco, J. T. B. (2024). Explorando a relação entre medidas de imagem corporal e conexão social. *Psico*, 55(1), e41546. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2024.1.41546>
- Sampaio, T. P. A., Jorge, R. C., Martins, D. S., Gandarela, L. M., Hayes-Skelton, S., Bernik, M. A., & Lotufo-Neto, F. (2020). Efficacy of an acceptance-based group behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1179–1193. <https://doi.org/10.1002/da.23021>
- de Almeida, J. H., Gomes, C., & Perez, W. F. (2024). O conceito de valores na análise do comportamento: De Skinner à teoria das molduras relacionais. In A. Dittrich, J. L. Leonardi, & J. M. da Silveira (Orgs.), *Valores nas terapias comportamentais: Relação terapêutica, ética e política* (pp. 22–44). Sinopsys.
- de Almeida, R. B., Martins, A. C. R., & Demenech, L. M. (2025). Fundamentos da terapia de aceitação e compromisso (ACT) em grupo: Desafios, potenciais e implicações práticas. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 15. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.020>
- de Lima, B. A. M. (2016). *Utilizando a Terapia de Aceitação e Compromisso para promover a prática de atividade física em indivíduos sedentários* [Dissertação de mestrado, Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento]. São Paulo, SP. Recuperado de https://mestrado.institutopar.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/09/2016_dissertacao_Bruno_de_Lima_Utilizando_a_terapia_de_aceitacao_e_compromisso_em_atividade_fisica_leve.pdf
- de-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F. (Orgs.). (2022). *Análise do comportamento aplicada na atenção primária, secundária e terciária à saúde*. Artmed.
- Dillenburg, M. S., Ludwig, M. W. B., Garicochêa, P. R., Boff, N., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2021). Aderência e competência de terapeutas a um programa para redução de estresse baseado na terapia de aceitação e compromisso. *Contextos Clínicos*, 14(2), 360–385.
- El Rafihi-Ferreira, R. (2024). A session-by-session guide for acceptance and commitment therapy for insomnia. In R. El Rafihi-Ferreira (Org.), *Acceptance and commitment therapy for insomnia* (pp. 161–191). Springer.
- El Rafihi-Ferreira, R. (2024). *Acceptance and commitment therapy for insomnia: A session-by-session guide*. Cham: Springer.
- El Rafihi-Ferreira, R. (2024). Case example: Application of ACT-I in a group intervention. In R. El Rafihi-Ferreira (Org.), *Acceptance and commitment therapy for insomnia* (pp. 209–233). Springer.
- El Rafihi-Ferreira, R., Carmo, M., Paulos-Guarnieri, L., & Pires, M. L. N. (2025). The Sleep Acceptance Scale (SAS): Development, psychometric properties, and applications. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 1–13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15402002.2025.2555864>
- El Rafihi-Ferreira, R., Hasan, R., Toscanini, A. C., Linares, I. M. P., Borges, D. G. S., Brasil, I. S. P. S., Carmo, M. M. I., Lotufo Neto, F., & Morin, C. M. (2024). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92, 330–343. <https://doi.org/10.1037/ccp0000834>
- El Rafihi-Ferreira, R., & Linares, I. M. P. (2024). Case example: Application of ACT-BBI-I in an individual intervention. In R. El Rafihi-Ferreira (Org.), *Acceptance and commitment therapy for insomnia* (pp. 247–257). Springer.
- El Rafihi-Ferreira, R. E., & Linares, I. M. P. (2025). Terapia de aceitação e compromisso para a insônia: Na busca de uma abordagem baseada em processos. In R. Gorayeb, C. Miyazaki, & M. Teodoro (Orgs.), *PROPSICO – Programa de atualização em psicologia clínica e da saúde – Ciclo 9* (pp. 133–159). Artmed Panamericana.
- El Rafihi-Ferreira, R., Linares, I. M. P., Paulos-Guarnieri, L., & Zakiei, A. (2024). Psychological inflexibility as a predictor associated with insomnia. *Journal of Sleep Research*, 33(1), e14232. <https://doi.org/10.1111/jsr.14232>

- El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Hasan, R., Brasil, I. S. P. S., Zago, J. H., & Toscanini, A. C. (2022). A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for chronic insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(4), 1–15. <https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2034578>
- Faro, L. C. de, & Pedroso, J. da S. (2024). Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso em grupos para idosos: Revisão de literatura. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, 13(2), e824. <https://doi.org/10.23900/2359-1552v13n2-34-2024>
- Ferreira, B., Castro, L., & Pires, P. (2025). Aderência e Competência do Terapeuta na Terapia de Aceitação e Compromisso: uma revisão sistemática da literatura. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.007>
- Ferreira, M. G. (2022). *Cuidadores familiares de pessoas com demência [recurso eletrônico]: Um estudo exploratório randomizado utilizando a Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais]. *Repositório UFMG*. <https://repositorio.ufmg.br/items/69c536be-6b0d-4280-ace0-759a57a05a8b>
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 297–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Freire, A. L. L. (2022). *Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: Um estudo qualitativo* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. *Escola de Ciências Sociais e da Saúde*. <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4918>
- Freire, A. L. L., & Vandenberghe, L. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso e o Modelo do Processo Dual do luto: um diálogo possível?. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.008>
- Fukahori, L., Costa, C. E., & Silveira, J. M. (2005). Exibicionismo e terapia de aceitação e compromisso (ACT): Um relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 67–76.
- Gama, S., Faria, M., Paixão, C., & Ferreira, T. (2022). Intervenções baseadas em mindfulness para quadros agudos de transtornos mentais: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 24(1), 1–21. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v24i1.1711>
- Gandarela, L., de Almeida Sampaio, T. P., Marçal, L., Burdmann, E. A., Lotufo-Neto, F., & Bernik, M. A. (2024). Inflammatory markers changes following acceptance-based behavioral psychotherapy in generalized anxiety disorder patients: Evidence from a randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity – Health*, 38, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2024.100779>
- Gawleta, G. C., & Mizael, T. M. (2023). *Red: Uma análise de filme sob a perspectiva da Terapia de Aceitação e Compromisso* [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia de Aceitação e Compromisso, CECONTE].
- Gomide, C. P., Perez, W. F., & Pessoa, C. V. B. B. (2024). Perspective taking reduces the correspondence bias: A systematic replication of Hooper et al. (2015). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100735. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100735>
- Gund, B., Finotelli Júnior, Í., Pellizzer, C. M. N., & Silveira, J. M. da. (2025). ACT focada na compaixão no tratamento de disfunções sexuais femininas: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 36, 1294. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v36.129>
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., de Rose, J. C., Perez, W. F., & de Almeida, J. H. (2022). Grappling with the Complexity of Behavioral Processes in Human Psychological Suffering: Some Potential Insights from Relational Frame Theory. *Perspectives on Behavior Science*, 46(1), 237–259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Holanda, T. M., & Prestes, T. K. A. (2024). *Transtornos alimentares sob a perspectiva da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)*. In *Anais da XXIX Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará* (Fortaleza, CE). EdUECE.

- Khafif, T. C., Perez, W. F., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2025). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) para o transtorno do humor bipolar: um estudo de revisão. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.031>
- Khafif, T. C., Perez, W. F., Hamoui, S., Nardini, C., Biazus, T., Dayan, S., Matthias, K. A., Kleinman, A., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2026). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) as a stand-alone treatment for bipolar disorder: Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 36, 100545. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2026.100545>
- Kovac, R., & Perez, W. F. (2022). O que é o sofrimento psicológico para a terapia de aceitação e compromisso e como ele é explicado pela teoria das molduras relacionais. In W. F. Perez, R. Kovac, J. H. de Almeida, & J. C. de Rose (Orgs.), *Teoria das molduras relacionais: Conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 239–254). Paradigma.
- Kovac, R., Perez, W. F., & Meyer, S. B. (2019). Efeitos de uma metáfora na transformação de funções de estímulos: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 21(2), 150–170.
- Kovac, R., Perez, W. F., Miklos, M., & Meyer, S. B. (2025). Metáforas de desfusão na ACT: Em busca dos componentes críticos para a transformação de função de estímulos aversivos em uma tarefa experimental de esquivas. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.033>
- Laurito, L. D., Loureiro, C. P., Faro, L., Dias, R. V., Torres, B., Moreira-de-Oliveira, M. E., dos Santos-Ribeiro, S., de Menezes, G. B., Fontenelle, L. F., Davis, C. H., & Twohig, M. P. (2022). Acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder in a Brazilian context: Treatment of three cases. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.01.007>
- Lima, A. V., & Costa, N. (2022). Contribuições da terapia de aceitação e compromisso para o transtorno do pânico. In P. R. Abreu & J. H. S. S. Abreu (Orgs.), *Psicopatologia: Tratamento comportamental contextual* (pp. 78–89). Manole.
- Lima, N. F., & Prestes, T. K. A. (2024). A esquivas experiencial em *Fale Comigo* pela perspectiva da terapia de aceitação e compromisso (ACT). In *Anais da XXIX Semana Universitária da UECE* (Fortaleza, CE). EdUECE.
- Linares, I. M. P., Jernelöv, S., & El Rafihi-Ferreira, R. (2025). Cognitive and psychological factors associated with treatment response in ACT-I and CBT-I for insomnia. *Journal of Sleep Research*, 34(6), e14473. <https://doi.org/10.1111/jsr.14473>
- Lobato, J. L. (2017). Terapia de aceitação e compromisso: Análise das produções brasileiras. In L. E. G. Nalini (Org.), *Teoria, pesquisa e aplicação em psicologia: Processos comportamentais* (pp. 105–136). Appris Editora.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (Orgs.). (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração*. Sinopsys.
- Machado, A. B. C., Dillenburg, M. S., Boff, N., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (Tradução). Sinopsys.
- Maia, H., Saban-Bernauer, M. T., & Jonas Filho. (Trad. & Adaps.). (2023). *Autoajuda mais* (Organização Mundial da Saúde [OMS], Aut.). Expresso.
- Maia, H., Saban-Bernauer, M. T., & Jonas Filho. (Trad. & Adaps.). (2023). *Em tempos de estresse, faça o que importa* (R. Harris, Aut.). Expresso.
- Maia, M. F. C., dos Santos, B. F., Castro, L. C., Vieira, N. S. T., & da Silveira, P. S. (2021). Acceptance and Commitment Therapy and drug use: A systematic review. *Paidéia*, 31, e3136. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3136>
- Martins, D. S., de Almeida Sampaio, T. P., & Lotufo-Neto, F. (2022). Relationships between worry and depressive symptoms during two group therapies for generalized anxiety disorder. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(2), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000361>
- Martins, M. P. (2019). *Tradução e validação da Escala de Autoestigma Relacionado ao Peso (WSSQ) para a população brasileira* [Dissertação de Mestrado Profissional, Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento]. Recuperado de <https://>

- mestrado.institutopar.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/09/Mayara-Petri-Martins-.pdf
- Mello, H. S. M. (2022). *Efeito do controle contextual da transformação de função sobre uma resposta de esquiva derivada: Um análogo experimental de desfusão cognitiva* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Recuperado de <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/psicologia-experimental/Matheus-Henrique-de-Souza-Mello.pdf>
- Mello, M. H., & Almeida, P. E. (2021). Teoria das molduras relacionais e desfusão cognitiva: Discussões e direções para a pesquisa experimental. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 105–124.
- Melo, F. L. F. M., & Prestes, T. K. A. (2024). *Aceitação, desfusão cognitiva e valores em The Last of Us Part II: Uma análise a partir da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)*. In *Anais da XXIX Semana Universitária da Universidade Estadual do Ceará* (Fortaleza, CE). EdUECE.
- Miyazaki, E. S., Banaco, R. A., Domingos, N. A. M., Martins, G. B., & Miyazaki, M. C. de O. S. (2023). Terapia de aceitação e compromisso em grupo para dor crônica: estudo quase-experimental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40. Recuperado de <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/10055>
- Miyazaki, E. S., Banaco, R. A., Domingos, N. A. M., Martins, G. B., & Miyazaki, M. C. O. S. (2023). Terapia de aceitação e compromisso em grupo para dor crônica: Estudo quase-experimental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40(e240068), 1–13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e240068>
- Miyazaki, M. C. O. S., Miyazaki, E. S., & Banaco, R. A. (2019). Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for patients with chronic pain. In *Proceedings of the 9th World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies* (Vol. II, p. 359). Verlag.
- Monteiro, J., & Costa, N. (2017). Cinema e terapia de aceitação e compromisso (ACT): Contribuições para intervenções terapêuticas. In D. L. O. Vilas Boas, F. Cassas, H. L. Gusso, & P. C. M. Mayer (Orgs.), *Comportamento em foco: Processos clínicos e de saúde* (pp. 78–89). ABPMC.
- Monteiro, J., & Pereira, N. (2015). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e cinema: Proposta de intervenção a partir de “Frozen” e “Parcialmente Nublado/Partly Cloudy.” *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(2), 33–45. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v17i2.748>
- Moreira, F. R., Silva, E. F., Lima, G. de O., Assaz, D. A., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Comparação entre os conceitos de self na FAP, na ACT e na obra de Skinner. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 220–237. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1064>
- Nardozzi, M. R. B. (2022). *O desenvolvimento da criatividade como forma de promover a desfusão cognitiva: Uma intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental* [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)].
- Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., da Silva, A. N., Gloster, A. T., & Perez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: The Brazil–Portugal transcultural adaptation of Psy-Flex. *Current Psychology*, 43(31), 25595–25603. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04730-7>
- Neufeld, C. B., Falcone, E. M. O., & Rangé, B. (Orgs.). (2021). *Pro Cognitiva: Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental* (Edição 8.1). Artmed.
- Oliveira, J. M. M., & Costa, N. (2014). Noções gerais sobre terapia de aceitação e compromisso. In N. Costa (Org.), *Comportamento humano: Análise, compreensão e aplicação* (pp. 83–92). Juruá.
- Paixão, C., & Ferreira, T. A. S. (2021). Valores e recontextualização da subjetividade materna: Um caso clínico. In C. K. B. Oshiro & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (1ª ed., pp. 148–163). Manole.
- Paulos-Guarnieri, L. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e insônia: Um estudo teórico*

- e aplicado*[Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUC-SP. https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/27609/1/TCC_vers%C3%A3o%20grande_FINAL_Leo%20Paulos%20Guarnieri.pdf
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of acceptance and commitment therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.10.001>
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2024). Evidence of acceptance and commitment therapy-based therapies for insomnia. In R. El Rafihi-Ferreira (Org.), *Acceptance and commitment therapy for insomnia* (pp. 147–159). Springer.
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. . (2025). Inflexibilidade e flexibilidade psicológica são associadas com insônia e qualidade do sono: uma revisão sistemática. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.0033>
- Perez, W. F., & Hayes, S. C. (2025). Acceptance and Commitment Therapy: A quick guide. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.00EN>
- Perez, W. F., & Hayes, S. C. (2025). Terapia de aceitação e compromisso: *um guia rápido*. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.00>
- Perez, W. F., Harte, C., Barnes-Holmes, D., Gomes, C. T., Mohor, B., & de Rose, J. C. (2023). Generalized contextual control based on nonarbitrary and arbitrary transfer of stimulus functions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 119(3), 448–460. <https://doi.org/10.1002/jeab.827>
- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2022). *Teoria das Molduras Relacionais (RFT): conceitos, pesquisa e aplicações*. Paradigma.
- Perez, W. F., Kovac, R., Linares, I. M., Barbosa, S. F., Gomes, C. T., dos Santos, G. A., & de Almeida, J. H. (2017). Utilizando o AAQ-II e o IRAP para prever a ocorrência de esquiva experiencial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 34–48.
- Perez, W. F., Kovac, R., Nico, Y., Fidalgo, A., Caro, D., Linares, I., Boavista, R., & dos Santos, G. (2017). Utilizando o Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) para avaliar relações verbais implicadas na esquiva experiencial: um estudo piloto. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 77–91.
- Perez, W. F., Rocha, A. G. R., & Kovac, R. (2025). O uso de metáforas na terapia de aceitação e compromisso (ACT): Uma visão a partir da teoria das molduras relacionais (RFT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.036>
- Ruschel, F., Silveira, J. M., & Taconeli, C. A. (2023). Associações entre esquiva experiencial, habilidades sociais e satisfação conjugal em uma amostra de casais brasileiros. *Contextos Clínicos*, 25, 35–50. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20230014>
- Saban, M. T. (2015). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Artesã.
- Sampaio, T. P. A. (2020). Eficácia da terapia comportamental baseada em aceitação em grupo para o transtorno de ansiedade generalizada: Um ensaio clínico aleatorizado [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo]. Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2020.tde-28052020-192438>
- Santos, V., & Costa, N. (2019). *Efeitos do uso de metáforas e exercícios experienciais utilizando a terapia de aceitação e compromisso (ACT): Um estudo de caso*. Novas Edições Acadêmicas.
- Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G., & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: Discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 37–51. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v13i1.430>
- Silveira, J. M., Ferreira, A. C., & Gomes Junior, C. (2023). Lótus e o sentimento de culpa pelas ações do passado: Terapia de aceitação e compromisso focada em valores. In H. G. Ferreira & S. M. Barroso (Orgs.), *Casos clínicos com pessoas idosas nas abordagens comportamental e cognitivo-comportamental* (pp. 187–213). Sinopsys.

- Simões, A. S., Manzione, R. V., Cassado, D. C., & Valentim, M. G. (2020). Terapia de aceitação e compromisso: Intervenções com crianças. In A. Rossi, I. Linares, & L. Brandão (Orgs.), *Terapia analítico-comportamental infantil* (pp. 147–161). Associação Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
- Simões, A. S., Manzione, R. V., Cassado, D. C., & Valentim, M. G. (2022). Acceptance and commitment therapy: Interventions with children. In A. S. U. Rossi, I. M. P. Linares, & L. C. Brandão (Orgs.), *Clinical behavior analysis for children* (pp. 93–103). Springer.
- Valentim, M. G. (2014, julho 21). O conceito de inflexibilidade psicológica na terapia de aceitação e compromisso. *Comporte-se: Psicologia Científica*. <https://comportese.com/2014/07/21/o-conceito-de-inflexibilidade-psicologica-na-terapia-de-aceitacao-e-compromisso>
- Valentim, M. G. (2014, setembro 15). A dor de uma vida sem sentido. *Comporte-se: Psicologia Científica*. <https://comportese.com/2014/09/15/a-dor-de-uma-vida-sem-sentido>
- Valentim, M. G. (2015, março 30). Cognições na terapia de aceitação e compromisso – ACT. *Comporte-se: Psicologia Científica* <https://comportese.com/2015/03/30/cognicoes-na-terapia-de-aceitacao-e-compromisso-act>
- Valentim, M. G. (2023). Aceitação: Desenvolvendo abertura e curiosidade pela experiência plena. In P. Lucena-Santos, S. A. Carvalho, J. Pinto-Gouveia, M. S. Oliveira, & J. Pistorello (Orgs.), *Manual internacional da terapia de aceitação e compromisso: O livro essencial da ACT* (Vol. 1, pp. 177–204). Fênix Sefarad.
- Valentim, M. G. (2024). Terapia de aceitação e compromisso: Um olhar processual sobre a saúde e a doença. In L. Barbosa, N. M. de A. Hayasida, & T. Rudnicki (Orgs.), *Psicologia e doenças crônicas: Contextos e intervenções* (pp. 172–192). Ampla.
- Valentim, M. G. (2025). O espaço sagrado do encontro terapêutico. In A. V. Pitanga, P. R. de Moura, & L. Vandenberghe (Orgs.), *O que aprendi com meus clientes: Histórias do consultório contadas por terapeutas* (pp. 95–100). Sinopsys.
- Vandenberghe, L., & Silveira, J. M. (2013). Therapist self-as-context and curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(3), 159–167. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9224-2>
- Veronez, L. F., Valentini, F., Reppold, C. T., & Pacheco, J. T. B. (2021). Estudos psicométricos da versão brasileira da Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IMP). *Psico-USF*, 26(3), 369–380. <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260306>
- Waskow, M. H., Campos, G. D. F., & Pacheco, J. T. B. (2021, julho). *Análise qualitativa de uma intervenção breve em imagem corporal*. In Anais do XXX Encontro Anual da Associação Brasileira de Ciências do Comportamento (Vol. 1, p. 120). ABPMC.
- Zakiei, A., Khazaie, H., Rostampour, M., Moradi, M. T., Rezaie, L., Komasi, S., & El Rafihi-Ferreira, R. E. (2024). Associations between six core processes of psychological flexibility with poor sleep outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Current Sleep Medicine Reports*. <https://doi.org/10.1007/s40675-024-00379-4>
- Zanelatto, N. A., & Laranjeira, R. (Orgs.). (2018). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais*. Artmed.

Referências

- Conselho Federal de Psicologia (2025, 12 de agosto). *A psicologia brasileira apresentada em números*. <https://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>
- Freire, A. L. L., & Vandenberghe, L. (2025). Terapia de Aceitação e Compromisso e o Modelo do Processo Dual do luto: um diálogo possível? *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.008>
- Gillanders, D., Walser, R. D., Presti, G., & Gloster, A. T. (2025). International Standards of Training and Supervision in Psychological Therapies Based on Contextual Behavioural Science. *Association for Contextual Behavioral Science*. <https://dx.doi.org/10.7488/era/6470>
- Perez, W. F. (2025). Editorial: introdução ao volume especial sobre Terapia de Aceitação e Compromisso. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 16(2), 1-4. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.intro>

Para uma história da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no Brasil: alguns fragmentos

Towards a history of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Brazil: some fragments

Luc Vandenberghe¹, Olivia Rodrigues da Cunha²

[1] Pontifícia Universidade Católica de Goiás [2] Clínica particular | **Título abreviado:** ACT no Brasil | **Endereço para correspondência:** Av. Ruy Barbosa Qd. 148 Lt.12 Casa 1 – Setor Jão – Goiânia/GO. CEP 74674-070 | **Email:** luc.m.vandenberghe@gmail.com e olivia.rcunha@gmail.com | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.029

Resumo: Este artigo considera a trajetória conceitual da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e sua disseminação no Brasil. Descreve como a ACT foi pensada, num contexto fortemente influenciado pela Análise Experimental do Comportamento, como uma alternativa à Terapia Cognitivo-Comportamental. A ACT inspirou-se em estudos experimentais sobre controle verbal e seguimento de regras e na filosofia contextualista. Apresentado por Steven Hayes durante visitas ao Brasil, a abordagem foi adotada logo no início por alguns grupos de terapeutas comportamentais, que vislumbraram na ACT uma solução coerente para o trabalho com pensamentos e emoções. No entanto, faltava o aval da liderança ortodoxa da Análise do Comportamento, o que dificultava a divulgação da ACT fora desses pequenos grupos. Depois de duas décadas de pouca visibilidade, surgiu outra geração de terapeutas que conheceu a ACT em eventos internacionais e jovens pesquisadores que se interessaram pela Teoria das Molduras Relacionais (RFT), dando à ACT certa respeitabilidade científica. Impulsionado também pela demanda de uma nova leva de alunos em terapia comportamental, a ACT se consolidou no Brasil no cenário clínico nacional, diferente de, mas em diálogo com a Terapia Analítica Comportamental.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; História; Ensaio

Abstract: This article considers the conceptual trajectory of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and its dissemination in Brazil. It describes how ACT was thought, in a context strongly influenced by Experimental Behavior Analysis, as an alternative to Cognitive-Behavioral Therapy. ACT was inspired by experimental studies on verbal control and rule-following, and contextualist philosophy. Presented by Steven Hayes during visits to Brazil, the approach and on contextualist philosophy was adopted early on by certain groups of behavioral therapists, who saw in ACT a coherent solution for working with thoughts and emotions. However, there there was slight approval of approval from the orthodox leadership of Behavior Analysis, which made it difficult to disseminate ACT outside these small groups. After two decades of limited visibility, another generation of therapists became familiar with ACT at international events, and young researchers showed interest in Relational Frame Theory (RFT), lending ACT a certain scientific respectability. Also driven by driven by the demand created by a new wave of students in behavioral therapy, ACT was consolidated in Brazil within the national clinical scenario, differing from, yet in dialogue with, Behavioral Analytical Therapy.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; History; Essay

O conteúdo deste número especial evidencia o lugar que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 2012) conquistou no campo da terapia comportamental brasileira. Tal observação justifica uma reflexão sobre as origens da ACT e dos conceitos que conferiram a ela sua identidade singular.

Ressaltamos dois eventos no âmbito da Análise do Comportamento que forneceram, no fim do século passado, as condições para o surgimento da ACT. O primeiro foram as pesquisas experimentais que cederam maior importância ao controle verbal e governança por regras no estudo do comportamento humano (Baron et al., 1969; Galizio, 1979). O segundo foi o resgate do contextualismo funcional como base filosófica para o behaviorismo radical (Morris, 1988; Hayes et al., 1988).

Um novo olhar sobre o controle verbal

Demorou alguns anos após a publicação dos textos fundadores sobre o comportamento verbal (Skinner, 1957) e o comportamento governado por regras (Skinner 1966) para que estudos experimentais comessem a investigar como estímulos e respostas verbais (p. ex. pensar algo) influenciam outros comportamentos (p. ex. fazer algo). Alguns desses estudos identificaram padrões de respostas que não se adequaram às contingências se o controle verbal não era levado em conta na análise (Baron & Galizio, 1983; Lowe et al., 1973).

Foi demonstrado que tanto instruções fornecidas pelo experimentador (Galizio, 1979) quanto o comportamento verbal do próprio sujeito (Lowe et al., 1978) podem influenciar a performance sob esquemas de reforçamento. Em seguida, foi observado que comportamento guiado por instruções tende a ser menos sensível a mudanças de contingências do que comportamento inicialmente modelado por meio das contingências (Schimoff et al., 1981). Quando as descrições das contingências fornecidas pelo sujeito são modeladas para produzir regras falsas, essas regras tornam o comportamento ainda menos sensível do que as regras falsas formuladas pelo experimentador (Catania et al., 1982). Além disso, regras que especificam o desempenho

desejado tornam o comportamento menos sensível do que aquelas que descrevem supostas contingências (Matthews, et al., 1985).

Os novos dados possibilitaram uma explicação alternativa para os mecanismos ativos da Terapia Cognitiva, cuja eficácia já era amplamente reconhecida (Beck, 1967). Enquanto o modelo cognitivo enfatiza a reestruturação do conteúdo das crenças disfuncionais, as pesquisas apontaram que a eficácia dos controles verbais depende de variáveis que podem ser manipulados experimentalmente. Assim, a redução e modificação do controle verbal pode aumentar a sensibilidade do comportamento do cliente às contingências reais da sua vida (Zettle & Hayes, 1982).

Termos inovadores foram introduzidos para esclarecer os processos envolvidos (Hayes & Hayes, 1989; Zettle & Hayes, 1989): o seguimento de regras pode ser mantido pela correspondência entre as consequências experienciadas e as especificadas pelas regras (rastrear) ou por contingências sociais (aquiescência). Além disso, regras podem influenciar o estado motivacional da pessoa ou modificar o efeito das contingências sobre seu comportamento (aumentativos).

Durante uma interação, o ouvinte deve ser capaz de responder às diferentes conotações das afirmações do falante, e discriminar o contexto da conversação, a relação entre ele e o falante e a conexão, às vezes tênue, entre o relato e os fatos. No entanto, esse processo pode ser comprometido por aumentativos que induzem o ouvinte a seguir autorregras desconectadas das contingências reais. As funções de controles verbais podem variar dependendo dos contextos em que são produzidas e seguidas. Por exemplo, um mando emitido pelo falante pode ser interpretado como um tato pelo ouvinte. Além disso, o ouvinte pode responder a tatos impuros ou a intraverbais como se fossem tatos puros, e tanto tatos quanto mandos podem se tornar aumentativos para ele (Hayes et al., 1989).

Por um lado, estímulos verbais adquirem funções discriminativas, eliciadoras, estabelecedoras ou reforçadoras devido à sua participação em conjuntos de relacionais configuradas pela comunidade verbal (Hayes & Brownstein, 1986; Hayes et al., 2001). Por outro, palavras alteram as funções de outros eventos por meio das molduras re-

lacionais que as interconectam no repertório do ouvinte (Hayes & Hayes, 1989). Essa perspectiva estabeleceu o vínculo conceitual com a Teoria das Molduras Relacionais (RFT), que complementa o modelo original do comportamento governado por regras como base para ACT (Hayes et al., 1996; Hayes, 2004).

O cliente não é vítima passiva. Colabora na produção de controles verbais disfuncionais. Por exemplo, no comportamento de dar razões - envolvendo justificativas do tipo: “Não consegui sair da cama porque estava deprimido” ou “Comi até vomitar porque estava ansioso” tende a incentivar outras pessoas a reforçar o comportamento prejudicial que acompanha essas explicações. Dar razões que se referem a tais estados internos mobilizam as pessoas em torno do cliente para ajudá-lo a perpetuar o comportamento problemático (Zettle & Hayes, 1982).

A compreensão da natureza arbitrária e cultural do controle verbal ampliou as possibilidades terapêuticas. Nesse cenário, a relação terapeuta-cliente foi concebida como uma pequena comunidade verbal, capaz de enfraquecer padrões disfuncionais de controle verbal. Por meio de metáforas e exercícios experienciais, auxilia-se o cliente a reconhecer autorregras como produtos do seu comportamento ou da comunidade verbal, e não como descrições da realidade. Além disso, busca-se modificar as convenções linguísticas que sustentam narrativas problemáticas. Por exemplo: pede-se ao cliente fazer sempre a distinção entre fato e pensamento e relatar histórias sem justificar as ações com respostas privadas. Sentimentos e pensamentos são abordados como objetos e a “mente” é externalizada, como na pergunta: “Quem diz isso? Você ou sua mente?” (Hayes et al., 1989).

Nessa primeira fase, o tratamento era conhecido como Distanciamento Compreensivo (Zettle & Hayes, 1982) ou Terapia Contextual (Hayes, 1987). As intervenções focaram em alterar o controle verbal. O objetivo era criar um espaço psicológico suficientemente amplo para que o cliente pudesse interagir das formas mais diversas com suas experiências (Hayes, 1987; Zettle & Hayes, 1982). As tarefas de casa tinham como objetivo ajudar o cliente a descobrir que era possível realizar atividades como sair da cama ou manejar a alimentação de forma

adequada, mesmo na presença de eventos privados anteriormente utilizados como justificativa para comportamentos disfuncionais.

Contextualismo e Controle Contextual.

A literatura discutida acima sugere que os problemas que levam os clientes a buscar ajuda na psicoterapia estão relacionados ao controle verbal arbitrário, frequentemente de origem social. Assim, uma alternativa para a Terapia Cognitiva emergiu. Em vez de focar em processos e conteúdos cognitivos, o terapeuta deve conduzir a análise considerando o organismo em interação dinâmica com seu contexto histórico e situacional (Hayes et al., 1999).

Tal análise converge com o contextualismo proposto por Pepper (1942), e resgatado por Morris (1988) como fundamentação filosófica para a Análise do Comportamento. Em 1986, Steven e Linda Hayes se mudaram para a Universidade de Reno, onde behavioristas radicais, liderados por Willard Day, já investigavam questões filosóficas relacionadas à linguagem. Nesse novo ambiente, voltado para reflexões epistêmicas, os Hayes dedicaram vários seminários e cursos ao aprofundamento do contextualismo (Zettle & Wilson, 2022).

Hayes et al. (1988), apontam que, no contextualismo de Pepper, um ato é definido pela sua natureza vivenciada (qualidade) e pelas relações que o produzem (textura). A textura resulta das conexões entre os detalhes de um ato, o contexto que interliga essas conexões e as referências envolvidas (p. ex. o ponto inicial e a trajetória das conexões). Pepper (1942) explica que as palavras não têm a função de representar a realidade, mas de organizar respostas a eventos e a relações de forma funcional, permitindo à pessoa interagir mais habilidosamente com o ambiente. Essa conceitualização antecipa a RFT, que propõe que molduras relacionais interconectam relações arbitrárias estabelecidas entre eventos, transferindo e transformando as suas funções de estímulos (Hayes et al., 1999; Hayes et al. 2001; para uma explicação detalhada em português, ver Perez et al., 2022).

Se a função de regras verbais depende dos contextos nos quais estão inseridas, a terapia deve fo-

car na modificação desses contextos que produzem e sustentam essa função. Armadilhas inerentes à linguagem, como os contextos de literalidade, controle, dar razões (Hayes, 1987) e de avaliação (adicionado por Hayes et al., 2002) precisam ser desmanteladas. Esses contextos promovem a regulação verbal de emoções e ações em detrimento da experiência direta. Favorecem respostas baseadas em regras arbitrárias, tentativas de eliminar encobertos avaliados como negativos, sem abordar as condições que os produzem, e a busca de reforço social para comportamentos prejudiciais. Posteriormente, esses processos reaparecem em diferentes formulações técnicas, como no acrônimo FEAR, que descreve os mecanismos subjacentes aos transtornos de ansiedade (Hayes et al., 2002): Fusão cognitiva (literalidade), *Evaluation* (avaliação), *Avoidance* (i. e. controle) e dar Razões.

O *self* é testemunho de todos esses processos, mas não a causa deles. A concepção do *self* como uma experiência de si que fornece o contexto para as demais vivências (Hayes, 1984) precede o desenvolvimento da ACT, mas foi gradualmente aprofundada em textos posteriores. A fusão com as ideias que a pessoa tem sobre si (eu-como-conteúdo, ou eu-conceito) deixa o comportamento rígido. Na terapia, o cliente vai aprendendo a responder a essas ideias como comportamentos próprios, e não como se fossem fatos (Hayes, 1995; Hayes & Gregg, 2001).

A consolidação do modelo

A ACT como a conhecemos hoje ainda não estava completa. A conceitualização da flexibilidade psicológica como a diminuição do controle verbal em favor de maior contato com as contingências (Hayes, et al., 1989) revelou uma lacuna na teoria: contingências inadequadas também podem modelar comportamentos rígidos. Assim, surge uma questão fundamental: uma vez enfraquecido o controle verbal, como a pessoa deve orientar-se? (Zettle & Wilson, 2022).

Essa lacuna foi abordada com a introdução do trabalho com valores. A primeira menção ocorreu em uma palestra de Hayes e Wilson em 1993, embora a ideia não tenha sido publicada formalmente na época. O primeiro protocolo de valores foi de-

envolvido para um estudo sobre dependência de drogas e, posteriormente, foi publicado no livro de Hayes et al. (1999). A partir dessa publicação, muitos diferentes protocolos foram divulgados (K. Wilson, comunicação pessoal, novembro de 2024).

Inicialmente, valores foram definidos como direções gerais de vida, que eram verbalmente construídas (Hayes et al., 1999). Essa definição gerou controvérsias, pois implicava que valores estão sob controle verbal, o que, teoricamente, seria esperado de promover rigidez psicológica. Como solução, foi proposta uma alternativa na qual valores não são verbalmente produzidos, mas sim verbalmente acessados. Valores não são produtos de comportamento verbal, mas qualidades que tornam o comportamento intrinsecamente reforçador (Villatte, 2020), ou, em outras palavras, são o que faz do próprio comportamento algo intrinsecamente reforçador, mas é necessário interpretar verbalmente o nosso comportamento para acessar quais são os nossos valores (Bach & Moran, 2008).

Durante as primeiras décadas, tanto estudiosos da ACT quanto críticos apontaram a ausência de um modelo teórico unificado. Em resposta a essa inquietação, o *Hexaflex* foi criado às pressas em 2003, durante uma reunião improvisada durante um congresso na Suécia (Hayes, comunicação pessoal, Minneapolis, junho de 2014). Esse modelo sintetiza de forma didática alguns dos processos centrais da ACT. A experiência do eu-como-processo, vinculada ao fluxo contínuo de experiências, isto é, o contato com as contingências atuais, foi incorporada ao *Hexaflex* sob o termo momento presente. Em conjunto com o eu-como-contexto, compõe o eixo central do *Hexaflex*, facilitando os demais processos: identificação de valores, desfusão cognitiva, aceitação e compromisso.

Reflexões mais aprofundadas deram origem a modelos alternativos, como o Matrix e o Triflex. O Matrix, é uma representação gráfica que captura a lógica da ACT: reduzir a luta contra os encobertos dolorosos e investir ações guiadas por valores (Polk & Schoendorff, 2014). Essa representação tem sido amplamente usada para apoiar intervenções clínicas sofisticadas (Schoendorff, et al., 2011).

Já o Triflex organiza os processos em três pivôs centrais: estar presente, abrir-se e fazer o que importa. Pivotar significa fazer mudanças cruciais

nas escolhas do dia-a-dia. O trabalho com o Triflex visa dois propósitos principais: interromper a luta contra a dor emocional, permitindo o manejo de pensamentos e sentimentos difíceis, e abandonar uma vida controlada por eventos privados para poder criar uma vida direcionada por valores. As intervenções terapêuticas são projetadas para ajudar o cliente a realizar essas mudanças de direção (Harris, 2009).

Brasil: O reencontro com a Análise do Comportamento

O primeiro contato do Brasil com a Terapia Contextual ocorreu em 1987, quando Steven Hayes ofereceu um colóquio em São Paulo e oficinas em São Carlos, entre outros assuntos, sobre relações verbais e sobre as contribuições da pesquisa de governança por regras para a psicoterapia experiencial. Houve uma oficina específica sobre a terapia contextual. Em 1989, Hayes apresentou uma oficina em São Paulo sobre as contribuições do contextualismo para a psicologia clínica e em Belém sobre relações verbais.

Ao ser questionado sobre a relação do Brasil com seu trabalho, Hayes considerou que estas foram as primeiras oficinas sobre RFT (e ACT) dadas por ele (ver Perez et al., 2022; p. 13). Assim, uma das primeiras audiências para o que estava sendo desenvolvido na RFT e na ACT naquela época era composta por pesquisadores brasileiros (W. Perez, comunicação pessoal, 3 de fevereiro, 2025).

Na primeira visita, Hayes trouxe os manuscritos de um capítulo sobre a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e outro sobre a Terapia Contextual. Ambos seriam publicados em um livro organizado por Neil Jacobson (S. Hayes, comunicação pessoal, Minneapolis, junho de 2014). Os textos foram prontamente traduzidos e distribuídos por meio de fotocópias entre terapeutas comportamentais que buscavam ampliar as alternativas para lidar com eventos privados de forma alinhada à análise do comportamento (M. F. Conte, comunicação pessoal, 13 dezembro de 2025).

A parte do artigo que segue é baseada em depoimentos de psicólogos que vivenciaram essa história. Começamos a narrativa por uma colega, que

fazia especialização em Psicoterapia na Análise do Comportamento. Silvio Botomé, o responsável pela especialização, a convidou, juntamente com outras colegas, para assistir a apresentação de Hayes em São Carlos. Nessa ocasião, Hayes conduziu várias experiências que promoviam desfusão (embora o termo ainda não fosse utilizado), exploravam o eu-como-contexto e incentivavam a presença plena. “Essas experiências, a gente não conseguiu explicar [em termos analítico-comportamentais]. Só fomos entendendo gradualmente depois.” (M. Z. Brandão, comunicação pessoal, 30 dezembro 2024).

“Ouvindo Hayes na UFSCar entendemos que algo novo emergia sob o nome de *Comprehensive Distancing*. Levou algum tempo para que eu compreendesse que ele estava discutindo um operante verbal novo, que faria muita diferença para a atividade clínica. Foi mais fácil conectar as questões conceituais às clínicas quando, cerca de dois anos depois, na USP em São Paulo num auditório da FFCLCH, Hayes ministrou um workshop experiencial, e Fátima Conte foi minha dupla. Reconhecemos nestes exercícios semelhanças topográficas com vivências propostas nos tempos da contracultura. A diferença era o entendimento dos exercícios à luz das inovações teóricas que surgiram com as pesquisas do Hayes.” (R. Wielenska, comunicação pessoal 7 fevereiro 2025).

“Na prática, estávamos precisando disso. Era desespero de causa. Era difícil explicar [em encontros de Análise do Comportamento] como a gente trabalhava na clínica com comportamento verbal e o que isso adiantava. Tentamos explicar porque dava certo, mas a [nossa] explicação não era plausível. Acharmos intuitivamente que a ACT e a FAP resolveriam nosso problema. Mas era muito difícil a integração na Análise do Comportamento. Era algo novo, a forma em que Hayes se colocou. Foi difícil de explicar que eram inovações importantes. Trabalhar com pensamento era visto como se fosse mediacional, mas para nós isso era Análise do Comportamento. Por conta própria, a gente pôs tudo no currículo da graduação [da UEL].” (M. Z. Brandão, comunicação pessoal, 30 dezembro 2024).

N. Torres (comunicação pessoal, 21 de fevereiro 2025) já tinha ensinado psicologia experimental na UEL, mas foi efetivada na área clínica em 1989. Logo após, ingressou num grupo de estudos sobre ACT e FAP formado pelas docentes Maria Zilah Brandão, Fátima Conte e Vera Menezes. Ela foi alocada à matéria de Teoria e Técnicas Psicoterápicas na Comportamental, a qual preparava alunos para o estágio supervisionado em FAP e ACT. Inseriram literatura atualizada obtidos de Maly Delitti e Sônia Meyer. Adriana Barcelos, na época aluna da Verônica Bender Haydu, traduziu vários textos.

A especialização de Psicoterapia na Análise do Comportamento na UEL, iniciada em 1991 também usava literatura sobre ACT e FAP.

“Para nós [a ACT] era Análise do Comportamento. Por isso botamos na especialização. [...] Esse curso durou muito tempo. Demos aula a muita gente. Deve ter muito monografia de alunos que retratam essa inserção da FAP e da ACT. Teve muita produção nessa época” (M. Z. Brandão, comunicação pessoal, 11 de março 2025).

“Escrevemos [Maria Zilah Brandão e Nione Torres] um artigo sobre FAP, a Jocelaine [Silveira] o traduziu e mandou para Kohlenberg que o inscreveu num congresso em Toronto, em 1997, na mesa dele. Nós fomos apresentar. [...] No mesmo evento, houve uma palestra de Hayes que fez vários exercícios de distanciamento compreensivo e que passou material de leitura e aplicação. Esse contato pessoal ajudou a entender o que ele quis dizer sobre a mente - que ele falava.” (M. Z. Brandão, comunicação pessoal, 30 de dezembro 2024).

Autores de referência na Análise do Comportamento tomaram conhecimento do novo olhar sobre o comportamento verbal. Mattos (2001) mencionou conceitos como rastreamento e aquiescência, enquanto Guilhardi (1991) fez uma alusão a dois artigos de Hayes e outro de Zettle sobre regras e autorregulas. Contudo, o interesse pela ACT diminuiu com o fortalecimento de abordagens como a Terapia Analítica-Comportamental (TAC, Zamignani, et al., 2008) e a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR, Guilhardi,

2004) que supriram a mesma demanda por formação de jovens analistas do comportamento que queriam trabalhar com psicoterapia.

A FAP teve melhor aceitação inicial entre analistas do comportamento, mas, tipicamente, o capítulo sobre a Terapia Contextual (Hayes, 1987) continuava em circulação junto ao da FAP do mesmo livro (Kohlenberg & Tsai, 1987). Uma analista do comportamento relembra esse tratamento diferente, durante um estágio em 1994:

“passaram dois textos e falaram: olha, foca nesse material aqui, no da FAP, no do Kohlenberg.” (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril, 2021). *“Nos direcionaram para seguir lendo Kohlenberg e parar de ler o Hayes, que na leitura parecia ter se tornado um cognitivista. Fui retomar a leitura do Hayes somente em 2008, a partir do livro de RFT”* (R. Kovac, comunicação pessoal, 26 de janeiro, 2025).

Ao capítulo sobre a Terapia Contextual (Hayes, 1987) adicionaram-se traduções de outros artigos sobre ACT, tudo divulgado em fotocópia. Em 1997, chegando em Goiânia, o primeiro autor deste artigo buscava materiais em português para seu grupo de supervisão. Conseguiu, por vias indiretas, um pacote de textos traduzidos sobre FAP e ACT, incluindo o protocolo de tratamento de agorafobia utilizado na pesquisa pré-doutoral de Susan Melancon, o primeiro estudo empírico sobre ACT após o trabalho de Zettle sobre depressão. Esse protocolo detalha exercícios vivenciais, paradoxos e metáforas, e durante 14 anos serviu como leitura de estagiários até a publicação do primeiro livro brasileiro sobre ACT (Saban, 2011).

A linguagem foi, muitas vezes, uma barreira para sua divulgação: *“Aceitação, desfusão que não tem nem uma tradução direta para o português. Acho que isso para muitos da época não foi visto com bons olhos. [...] E isso durou muito tempo”* (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril, 2021). Outro depoimento sustenta essa experiência:

“Quando a gente foi falando de ACT no Paradigma, não conseguimos explicar que era uma novidade em termos de comportamento verbal. A gente não tinha essa profundidade

em termos de comportamento verbal para fazer que eles entendessem o que era distanciamento compreensiva, o que era isso que você não é seu comportamento” (M. Z. Brandão, comunicação pessoal, 11 de março de 2025).

O problema era possivelmente devido a diferenças culturais. A ACT surgiu nos Estados Unidos, onde a terminologia técnica dos terapeutas comportamentais divergia da empregada na Análise do Comportamento. Num congresso em Houston, em 2007, M. T. Saban (comunicação pessoal, 26 de novembro de 2024) notou que a Análise do Comportamento Estadunidense era restrita ao laboratório e a programas de ABA (Applied Behavior Analysis), e não tinha muita influência sobre a cultura de consultório e sobre a linguagem da psicoterapia. Em contraste, a terapia comportamental de matriz brasileira nasceu da Análise do Comportamento e utiliza a mesma linguagem.

Um estudo das publicações brasileiras sobre ACT permite concluir que, no início do século XXI, o debate na Análise do Comportamento sobre a ACT parecia ter sido engavetado com um posicionamento desfavorável (Lobato, 2014). Ao mesmo tempo, a Terapia Cognitiva Comportamental continuou gradualmente ganhando espaço em certos departamentos e a Terapia Analítica Comportamental expandiu muito rapidamente e intensamente, deixando pouco espaço para a ACT (N. Torres, comunicação pessoal, 20 de fevereiro, 2025).

Há indícios de que, durante esse período de pouco interesse entre professores e pesquisadores, terapeutas fora das universidades começaram a se interessar mais (M. N. Costa, comunicação pessoal, 04 dezembro 2024). A ressurgência foi lenta. Mais que uma meia década depois, uma adesão crescente de jovens terapeutas e de estudantes de Análise do Comportamento induziu uma aproximação gradual e cautelosa da parte de professores de referência na Análise do Comportamento, que se dispuseram a explorar o primeiro a RFT e depois a ACT (M. T. Saban, comunicação pessoal, 26 de novembro, 2024)

Alguns depoimentos ilustram a pouca aceitação do novo modelo. No congresso da ABPMC, realizado em Brasília em 2006, Hayes apresentou uma palestra plenária. Notando a metade da sala se levantar e sair logo no início da apresentação,

uma estudante indagou sobre a reação do público e recebeu como resposta: “Ele tem uma briga com Skinner”. Instigada pela curiosidade, a estudante viajou para participar no Instituto de Verão da ACT em Huston, em 2007, onde foi incentivada por Jackeline Pistorello a seguir com o estudo da ACT. A partir de então, Michaela começou a dar aulas sobre o tema para outros alunos e fez seu trabalho de conclusão de curso focado na ACT; M. T. Saban, comunicação pessoal, 26 de novembro de 2024).

Segundo outra colega:

“O Hayes veio, e uma fala com um viés cognitivista mesmo, os professores foram simplesmente saindo. Hayes ficou praticamente sozinho até o final da fala dele. Lembro de trazer o Kelly Wilson e dizer o quanto o pessoal aqui era behaviorista radical, para ele não se estranhar [...], e ele falar que era questão de tempo, para ter paciência, que essa “velha guarda” que estaria incomodada se acomodaria. E tem sido assim mesmo. Procurei ter o cuidado sempre de trazer pessoas que conversam melhor com os colegas da análise do comportamento: a Carmen Luciano já trouxe algumas vezes, o Törneke, o Villatte, por exemplo.” (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril, 2021).” (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril, 2021).

Por um lado, a divergência entre os conceitos da ACT e os da Análise do Comportamento de Skinner foi comentada (Guilhardi, 2012). Por outro lado, alguns analistas do comportamento argumentaram que a visão da ACT sobre comportamento relacional e pensamento como evento comportamental eram perfeitamente alinhados com o behaviorismo radical (Costa, 2012), fomentando um debate que contribuiu para um delineamento mais claro das diferenças entre a ACT, de um lado, e a TAC e a TCR do outro.

A integração da ACT no ensino permaneceu esporádica. Um exemplo que marcou o primeiro autor deste artigo, ocorreu em 2002, em Goiânia, quando uma aluna, ao defender seu trabalho de conclusão de curso baseado na ACT, exclamou de forma indignada: “Por que nada disso é ensinado na graduação?” Cinco anos depois, em São Paulo, M. T. Saban (comunicação pessoal, 26 de novem-

bro, 2024) que buscava orientação sobre a ACT, foi direcionada a uma professora que, apesar de avisar: “Eu não concordo com isso. Não acho que é Análise do Comportamento,” leu o livro de Hayes et al. (1999) com a aluna em encontros quinzenais. As anotações resultantes formaram a base para seu primeiro livro (Saban, 2011).

A conexão entre a ACT e o estudo do controle verbal foi um ponto de entrada para alguns analistas do comportamento. Por exemplo, uma estudiosa vislumbrou na ACT uma intersecção entre seus interesses em mindfulness e governança por regras. Participando de oficinas e eventos com, entre outros, Schoendorff em São Paulo, e um Bootcamp em Filadélfia, começou a dar cursos sobre ACT a partir de 2015, no início principalmente, em espaços de Análise do Comportamento. (M. Valentim, comunicação pessoal, 4 de dezembro 2024).

Outra analista do comportamento já conhecia as propostas de Hayes há anos, mas só depois de participar de uma aula de Carmen Luciano em 2013 em São Paulo, sentiu que entendeu “o que Hayes quis com a terapia” e entrou em contato com aspectos que a encantaram. De retorno a São Luís, proferiu palestra sobre ACT para a comunidade universitária. Fez o curso de Michael Saban e Karen Vogel e começou a trabalhar metáforas e linguagem nas suas sessões. Divulgou a abordagem nas disciplinas e no estágio. Logo, começou a ver a ACT no contexto mais amplo do Mindfulness e fez a formação de MBSR de Kabat Zinn em 2016 (M. N. Costa, comunicação pessoal, 04 de dezembro, 2024).

Na sombra do estudo do comportamento verbal, um outro tópico atuou como ponto de atração para alguns analistas do comportamento. O interesse pela base experimental da RFT acelerou a introdução da ACT nos espaços da Análise do Comportamento (M. T. Saban, comunicação pessoal, 26 de novembro, 2024). “Quando a Análise do Comportamento foi dando uma chance para a ACT, claro que eles entraram pela RFT” (K. Vogel, comunicação pessoal, 14 de janeiro, 2025). A primeira aula sobre a RFT no Instituto Paradigma já foi dada em 2006 (R. Kovac, comunicação pessoal, 26 de janeiro 2025).

W. Perez (comunicação pessoal, 3 de fevereiro, 2025; ver também Perez, no prelo) conheceu a RFT numa matéria do programa de doutorado em psicologia experimental na USP:

“Comecei a ler os experimentos e fui vendo que eles tinham dados extraordinários de um fenômeno que eu estava estudando, que era a transformação de função. Algo que cheguei completamente armado para poder criticar [...] eu acabei me encantando. E Roberta Kovac e Denis Zamignani estavam fazendo essa disciplina. Os dois eram terapeutas. Eu provavelmente escutei falar da ACT pela primeira vez por intermédio deles [...] e os textos de RFT mencionaram a ACT, eventualmente.”

Uma doutoranda, estudava a linguagem com base em autores como Skinner e Sidman, teve acesso a materiais sobre a RFT. Juntamente com um grupo de colegas, iniciou o estudo do primeiro livro sobre o tema (Hayes et al., 2001). Em 2006, deu sua primeira aula sobre RFT numa matéria de Comportamento Verbal no Instituto Paradigma, e em 2008 e 2009, com outros professores, aprofundou-se no livro de Hayes et al., 2001 e em seguida, no livro de Torneke (2010). Posteriormente, formou um grupo de pesquisa dedicado à aplicação da RFT na clínica (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril de 2021 e 26 de janeiro de 2025).

“A gente começou a fazer umas pesquisas em RFT que a gente apresentava e o pessoal não gostava. Falavam que não precisava. [...] Mas aí, a gente mandou uns pôsteres para a ACBS, que foi em Washington 2012. [...] Para nossa surpresa, apareceu o Steven Hayes, Dermot Barnes-Holmes, Carmen Luciano, Yvone Barnes-Holmes e vários alunos e a gente ficou por horas conversando ali. E daí surgiu um programa de pesquisa em RFT, que hoje também relaciona RFT com ACT.” (W. Perez, comunicação pessoal, 3 de fevereiro, 2025; Perez, no prelo).

Em certo caso, um contato mais intenso com a ACT foi necessário para convencer um analista do comportamento. Perez se inscreveu numa oficina nos Estados Unidos acreditando equivocadamente que seria sobre RFT (para detalhes, ver Perez, no prelo):

“Cheguei nesse curso, quatro, cinco dias de workshop sobre ACT. [...] Foi nesse momento que conheci a ACT do jeito que ela era e não só do

livro. [...] Eu era psicólogo de laboratório e estava vislumbrando ir para clínica. O exercício que mais me marcou foi um exercício de Steven Hayes explicando o que o sofrimento humano tinha a ver com a linguagem. E aí ele falou um pouquinho de RFT. [...] E daí, quando voltei para o Brasil, eu comecei a atuar como terapeuta ACT. Isto foi 2012.”

Num outro caso, uma matéria que apenas mencionou a ACT, mesmo que superficialmente, poderia se tornar um vetor de divulgação para novos alunos. K. Vogel (comunicação pessoal, 14 de janeiro de 2025) teve seu primeiro contato com a ACT no Instituto Paradigma em 2009, participou do congresso da ACBS em Reno, em 2010, como também Michael Saban e Francisco Lotufo (do IPq). Utilizou a ACT em seu mestrado no HC de São Paulo, concluído em 2014.

A integração nos canais de formação iniciou nessa época.

“Para nossa comunidade, um avanço foi a introdução em 2008 de um módulo de introdução à ACT, do qual fui docente até 2023, no curso de Terapias Cognitiva e Comportamental promovido pelo AMBAN – IPqHCFMUSP. Dois anos após, em 2010, Michael Saban e Karen Vogel iniciaram na mesma instituição o curso de Formação em ACT” (R. Wielenska, comunicação pessoal, 7 de fevereiro de 2025).

“Para os novos alunos, foi se tornando natural, não vi resistência. Incorporaram bem. Já os colegas mais antigos, creio que aconteceu, como comigo mesmo, uma exposição gradual ao assunto, ir conhecendo melhor, entendendo melhor o tipo de conversa que pode ser feita com tudo o que a gente já tem de conhecimento na área e adicionando as novidades, né? As pesquisas experimentais e as pesquisas aplicadas, essas psicoterapias mostrando eficácia, bons resultados, evidências, acho que isso foi fazendo ficar menos desconfortável.” (R. Kovac, comunicação pessoal, 06 de abril de 2021).

R. Boavista (comunicação pessoal, 13 de dezembro, 2024) conheceu a ACT em uma aula de terapia comportamental na graduação. As leituras mais

avancadas que fez para seu trabalho de conclusão de curso ganharam corpo de tal maneira que sua orientadora o recomendou a publicá-lo em forma de livro (Boavista, 2012). Sua prática de ACT ganhou tração durante um estágio de dois anos em UTI, onde aceitação e flexibilidade eram essenciais. *“Foi um encontro de identificação mesmo, de entender que tem coisas que a gente não consegue controlar”.*

“Eu tinha, ao mesmo tempo, a oportunidade de estudar RFT no mestrado [na PUC São Paulo] e quis usar a minha monografia [no Instituto Paradigma] para estudar esquivas experienciais. Fazia muito sentido dedicar meus esforços para entender a fundo aquele troço. [...] Tentar encaixar a conceitualização e aquele incômodo presente de middle level terms, aquela coisa ali que eu achava que a gente não precisava. Então, o meu mestrado, na prática, é um mestrado skinneriano. [...] Eu começo a fazer alguns cursos. Conheço a Micha Saban, na PUC. Aí ela abre o curso do HC, virou extensão agora. Me chama para dar aula lá” (R. Boavista, comunicação pessoal, 13 de dezembro 2024).

A tradução dos conceitos da ACT para uma linguagem Skinneriana ajudou a legitimar a abordagem. Como Lobato (2014) destaca, o livro de Saban (2011) abordava a ACT numa linguagem analítico-comportamental. A nossa leitura do livro de Boavista (2012) deixou uma impressão similar. Parecia também evidente que, ao falar da ACT em espaços de Análise do Comportamento, usava-se essa linguagem para que esse público pudesse ver sentido no conteúdo apresentado (M. Valentim, comunicação pessoal, 4 de dezembro de 2024). Mesmo assim, a compatibilidade entre a ACT e a Análise do Comportamento continuou sendo objeto de discussão. Que um texto de Conte (2009) descreve progressos feitos nessa direção, testemunha da resistência que existia.

A nova ascensão não foi linear. Num primeiro momento, os cursos de Análise do Comportamento apenas faziam menções gerais à ACT. Quando se começou a aprofundar nos processos, gerava debates. Levou alguns anos até que o clima de polêmica se estabilizasse (K. Vogel, comunicação pessoal, 14 de janeiro, 2025). Ocorreram outros altos e baixos:

“Lá em 2012, 13, a ACT aparece com essa grande promessa. [...] Tem um segundo movimento, dentro dos ambientes acadêmicos que eu frequentei. [...] Era uma coisa de apontar o dedo e dizer como aquilo ali não era analítico comportamental. Nesses últimos anos, [...] é de tentativa de reaproximação conceitual” (R. Boavista, comunicação pessoal, 13 de dezembro 2024).

Gradualmente, o argumento ganhou espaço de que as metáforas e exercícios vivenciais, embora distintos, eram compatíveis com a Análise do Comportamento e o fato de a ACT trabalhar com cognições não se configurava como um ponto de divergência, já que estas não eram tratadas como variáveis independentes, mas sim como comportamentos inseridos em um contexto (Costa, 2012). Nesse sentido, a ACT podia ser apresentada como uma ferramenta inovadora e diferenciada, que deveria ser disponibilizada para os estudantes e os profissionais da Análise do Comportamento (Boavista, 2012).

O primeiro período significativo de produções brasileiras sobre ACT, registrado entre 2011 e 2012 (Lobato, 2014), logo depois de uma década de relativo silêncio, coincidiu com a proliferação de módulos sobre ACT em cursos de especialização em terapia comportamental. Foram fundados cursos em que a ACT seria, às vezes em conjunto com a FAP, como no curso do Instituto Continuum em Londrina, o elemento central do programa. O Instituto de Psiquiatria (IPq) em São Paulo incorporou a ACT em seu curso de especialização em terapia cognitivo-comportamental, atraindo clínicos de todo o país e a partir de 2011 patrocinou o curso de ACT (K. Vogel, comunicação pessoal, 14 de janeiro, 2025).

“Tinha uma resistência contra a ACT na nossa comunidade, uma resistência que a gente já tinha enfrentado com a RFT.” Júlio de Rose encorajava o grupo de estudo em RFT de publicar no JEAB: “Foi um marco que liberou a gente de falar sobre RFT do jeito que a gente quisesse, e também de tomar coragem de falar sobre ACT, não como uma técnica que estava descolada do que a gente sabia sobre Análise do Comportamento. A gente podia se apropriar da ACT de um jeito que tives-

se a nossa cara” (W. Perez, comunicação pessoal, 3 de fevereiro, 2025).

A ACT não é mais oferecida aos analistas do comportamento como uma caixa de técnicas: “Quando você tem esse monte de gente usando essa ferramenta para reduzir sintomas. Então, você tem uma quebra de premissa lógica na coisa. Hoje, eu tenho mais alunos que me perguntam sobre processos comportamentais envolvidos na ACT do que me pedem referência, por exemplo, de metáfora. A gente tem conseguido apresentar o modelo de intervenção como algo a ser pensado. [...] Por exemplo, a gente já consegue falar de RFT de uma maneira mais natural do que a gente falava 6, 7 anos atrás. Quanto mais 10 anos atrás. Era aquela coisa tenebrosa.” (R. Boavista, comunicação pessoal, 13 de dezembro 2024).

A ideia inicial de criar a ACBS Brasil emergiu no congresso mundial em Parma em 2011, mas demorou até 2017 para ser efetivamente fundada, quando mais brasileiros começaram a frequentar o congresso (K. Vogel, comunicação pessoal, 14 de janeiro, 2025). A partir de 2020, a ACBS Brasil promoveu seis eventos sobre ACT.

Conclusão

A coleção de estudos clínicos randomizados envolvendo a ACT cresceu substancialmente no cenário internacional, passando de 60 em 2014 para mais de 1.000 em 2023 (Arch et al., 2023). Além disso, o congresso anual reúne mais de 1000 profissionais, indicando que a ACT está se tornando uma abordagem madura, capaz de competir com tratamentos estabelecidos, como a Terapia Cognitiva Comportamental.

No Brasil, identificamos, no fim do século passado, uma fase de divulgação informal na comunidade clínica, por via de fotocópias. Ela foi seguida por um período de relativo silêncio em que parecia que a ACT não conseguia passar pelo crivo da epistêmica behaviorista. Descrevemos como a abordagem encontrou um novo público por via da demanda de alunos, pelo interesse de analistas do comportamento pela RFT e pelas experiências de jovens terapeutas em congressos internacionais. Chama atenção

que os dois primeiros livros brasileiros sobre a ACT (Boavista, 2012; Saban, 2011) foram o resultado de trabalhos de alunos de graduação.

Como perspectiva futura, a recepção crítica da ACT pela Análise do Comportamento pode possibilitar um enriquecimento mútuo entre as duas abordagens. Enquanto desafios persistem no que diz respeito à contextualização da ACT dentro da Análise do Comportamento, a ACT trouxe inovações em termos de intervenção clínica, enquanto a precisão terminológica da Análise do Comportamento permitiu aos proponentes da ACT conectar seus princípios aos processos comportamentais fundamentais.

Todavia, enquanto o presente artigo se apoiou em conversações informais com colegas incidentalmente conhecidos pelos autores, uma busca mais cuidadosa de informantes tomaria mais tempo que tivemos à disposição. Os autores deixam como sugestão para quem queria se dedicar ao assunto - talvez seja um tema possível para uma dissertação futura - de investigar de forma mais sistemática a história da ACT no Brasil.

Referências

- Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior Therapy*, 54(6), 971–988. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.005>
- Bach, P., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C., & Nelson, R. M. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. Pergamon Press.
- Baron, A., & Galizio, M. (1983). Instructional control of human operant behavior. *The Psychological Record*, 33(4), 495–520.
- Baron, A., Kaufman, A., & Stauber, K. A. (1969). Effects of instructions and reinforcement-feedback on human operant behavior maintained by fixed-interval reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 12(5), 701–712. <https://doi.org/10.1901/jeab.1969.12-701>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper and Row.
- Boavista, R. (2012). *Terapia de aceitação e compromisso: Mais uma possibilidade para a clínica comportamental*. ESEtec.
- Catania, A. C., Matthews, B. A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38(3), 233–248. <https://doi.org/10.1901/jeab.1982.38-233>
- Conte, L. M. (2010). Revisitando a ABPMC: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) de 1987 a 2009: O que se aprendeu sobre ela? In *Anais do XVIII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (Vol. 1).
- Costa, N. (2012). Terapia de aceitação e compromisso: É uma proposta de intervenção cognitivista? *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 3, 117–126. <https://doi.org/10.5935/1679-0359.20120012>
- Galizio, M. (1979). Contingency-shaped and rule-governed behavior: Instructional control of hu-

- man loss avoidance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 31(1), 53–70. <https://doi.org/10.1901/jeab.1979.31-53>
- Guilhardi, H. J. (1994). Um modelo comportamental de análise dos sonhos. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva para transtornos psiquiátricos* (pp. 257–267). Campinas: Psy.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. Em C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e cognitivo-comportamental - práticas clínicas* (Cap. 1). São Paulo, Editora Roca.
- Guilhardi, H. J. (2012). Considerações históricas e conceituais sobre a terceira onda no Brasil. Trabalho apresentado no XXI Encontro da ABPMC.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99–110.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Org.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). Guilford Press.
- Hayes, S. C. (Org.). (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. Plenum.
- Hayes, S. C. (1995). Knowing selves. *The Behavior Therapist*, 18, 94–96.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33–47.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175–190.
- Hayes, S. C., Gifford, E., & Wilson, K. (1996). Stimulus classes and stimulus relations: Arbitrary applicable relational responding as an operant. In T. Zentall & P. Smeets (Eds.), *Stimulus class formation in humans and animals* (pp. 279–301). Elsevier.
- Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). Functional contextualism and the self. In J. C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 291–307). American Psychological Association.
- Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 153–190). Plenum.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's *World Hypotheses: A Study in Evidence*. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97–111. <https://doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., & Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 359–385). Plenum Press.
- Hayes, S. C., Pankey, J., & Gregg, J. (2002). Anxiety and Acceptance and Commitment Therapy. In E. A. Gosch & R. A. DiTomasso (Eds.), *Comparative treatments of anxiety disorders* (pp. 110–136). Springer.
- Hayes, S. C., Rosenfarb, I., Wulfert, E., Munt, E., Zettle, R. D., & Korn, Z. (1985). Self-reinforcement effects: An artifact of social standard setting? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 201–214. <https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-201>
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283–301.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule following. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 191–220). Plenum.
- Lobato, M. I. (2014). *Terapia de Aceitação e Compromisso: Análise das produções brasileiras*. Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal do Maranhão, São Luiz.

- Lowe, C. F., Beasty, A., & Bentall, R. P. (1983). The role of verbal behavior in human learning: Infant performance on fixed-interval schedules. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 39(1), 157–164. <https://doi.org/10.1901/jeab.1983.39-157>
- Lowe, C. F., Harzem, P., & Hughes, S. (1978). Determinants of operant behavior in humans: Some differences from animals. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 30(2), 373–386. <https://doi.org/10.1080/14640747808400684>
- Matthews, B. A., Shimoff, E., Catania, A. C., & Sagvolden, T. (1977). Uninstructed human responding: Sensitivity to ratio and interval contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 27(3), 453–467. <https://doi.org/10.1901/jeab.1977.27-453>
- Mattos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 51-66.
- Morris, E. K. (1988). Contextualism: The world view of behavior analysis. *Journal of Experimental Child Psychology*, 46, 289-323.
- Perez, W. F. (no prelo). Carrying the legacy of my heroes. Em C. Harte, D. Barnes-Holmes, M. Sivaraman, J. C. de Rose, & J. C. & Leslie (2026). *Personal Narratives on the Behavior Analysis of Human Language and Cognition: Stories from Around the World*. Routledge.
- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2022). *Teoria das molduras relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações*. Paradigma.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. University of California Press.
- Polk, K. L., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. New Harbinger.
- Saban, M. T. (2011). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. ESETEC.
- Shimoff, E., Catania, A. C., & Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36(2), 207–220. <https://doi.org/10.1901/jeab.1981.36-207>
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M. F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement: Guide clinique*. DeBoeck.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. In B. Kleinmuntz (Ed.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 133-171). Wiley.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. New Harbinger.
- Villatte, M. (2020). Using clinical RFT to enhance our ACT interventions: The example of values work. In M. E. Levin, M. P. Twohig, & J. Krafft (Eds.), *Innovations in acceptance and commitment therapy: Clinical advancements and applications in ACT*, (pp. 30-40). New Harbinger.
- Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P., & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: a terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-17.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 73–118). Academic Press.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1989). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30–38.
- Zettle, R. D., & Wilson, K. G. (2022). Progression of ACT. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.

Histórico do Artigo

Submetido em: 09/12/2024

Aceito em: 18/08/2025

Terapeutas ACT brasileiros: explorando a diversidade de práticas profissionais

Brazilian ACT therapists: exploring the diversity of professional practices

Rubens Viana Neves Castelo¹, Guilherme Bergo Leugi^{1,2,3}

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) [2] Grupo de Estudos Comportamentais e em Análise Contextual Social sobre Cultura, Tecnologias, Organizações e Sociedade (CACCTOS) [3] University of South Australia (UniSA) | **Título abreviado:** Diversidade de atuação ACT no Brasil | **Endereço para correspondência:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro, IELACHS – Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais. Rua Vigário Carlos n. 100, sala 506. Nossa Senhora da Abadia. CEP 38025-350. Uberaba/MG – Brasil | **Email:** rubenscastelo95@gmail.com; guilherme.leugi@uftm.edu.br | **doi:** <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.001>

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma terapia de orientação contextualista funcional que estabelece a flexibilidade psicológica como principal foco de trabalho. Terapeutas ACT desenvolvem sua prática a partir de contingências diretas de interação interpessoal na diáde terapeuta-cliente e de processos verbais indiretos, estabelecendo novos repertórios de clientes. O presente trabalho objetiva contribuir para a caracterização da diversidade da atuação clínica de terapeutas brasileiras(os) que utilizem ACT como referencial orientador de sua prática, considerando seus manejos dos processos envolvidos na flexibilidade psicológica. Foi realizado um levantamento com 22 terapeutas ACT brasileiros utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões sobre atuação de terapeutas e suas escolhas no trabalho clínico. Os resultados indicaram que terapeutas ACT no Brasil fazem integração teórico-prática, principalmente, entre abordagens comportamentais contextuais, em especial a Psicoterapia Analítico-Funcional, e Terapia Analítico-Comportamental. Em menor grau, há interseção entre seu trabalho e as visões cognitivo-comportamentais. Além disso, as intervenções relatadas denotaram caráter experiencial e idiográfico, com adaptações especificamente construídas para clientes, o que é recomendável nas abordagens comportamentais contextuais. Em conclusão, este estudo fornece informações valiosas sobre a prática clínica de terapeutas ACT brasileiros e suas abordagens para cultivar a flexibilidade psicológica em seus clientes.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Terapias contextuais comportamentais; Análise do Comportamento Clínica; Pesquisa qualitativa em processos clínicos

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a functional contextualist therapeutic approach that prioritizes psychological flexibility. ACT therapists base their practice on direct contingencies of therapist-client interpersonal interaction and indirect verbal processes, focusing on establishing new repertoires with clients. This study aims to contribute to characterizing the diversity of clinical practice among Brazilian therapists who have ACT as a guiding reference for their practice, considering their management of processes involved in psychological flexibility. A survey was conducted with 22 Brazilian ACT therapists, utilizing a semi-structured interview script to investigate therapists' practice and clinical work choices. Results indicated that ACT therapists in Brazil engage in theoretical and practical integration, particularly between contextual behavioral approaches, such as Functional Analytical Psychotherapy, and Behavioral Analytical Therapy. To a lesser extent, there is an intersection between their work and positions in line with cognitive-behavioral views. Moreover, reported interventions were experiential and idiographic, tailored specifically to individual clients, in accordance with the recommendations of contextual behavioral approaches. Overall, this study provides valuable insights into the unique clinical practice of Brazilian ACT therapists and their approaches to cultivating psychological flexibility in their clients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Contextual behavioral therapies; Clinical Behavior Analysis; Qualitative research in clinical processes

A Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (Hayes et al., 2021) – é uma abordagem terapêutica de orientação contextualista-funcional (Hughes, 2020) que estabelece a flexibilidade psicológica como principal foco de trabalho. Flexibilidade psicológica pode ser entendida, em termos genéricos, como “entrar em contato integralmente com o momento presente e as experiências privadas que estejam ocorrendo, sem defender-se desnecessariamente e, de acordo com o contexto, persistir ou alterar a busca de objetivos e valores pessoais” (Twohig, 2012, p. 501). Em termos mais objetivos, é possível definir flexibilidade psicológica como um repertório comportamental amplo, com operantes de topografia variada e adaptativa, que cria condições para que o indivíduo maximize acesso a certos reforçadores específicos em seu contexto (Dixon et al., 2023).

Para alcançar maior flexibilidade psicológica, ou seja, estabelecer novos repertórios junto aos clientes, terapeutas ACT se valem do trabalho com contingências diretas de interação interpessoal na diáde terapeuta-cliente e processos verbais indiretos, a partir de estratégias de experimentação com essas e outras contingências da vida de clientes. Os seis processos constituintes da flexibilidade psicológica para a ACT são: aceitação, desfusão cognitiva, self-como-contexto, atenção ao momento presente, clarificação de valores, e ação comprometida (Hayes et al., 2010). A aceitação seria entrar em contato ativamente com eventos internos sem esquiva ou tentativas de modificá-los – o que poderia trazer outros prejuízos (Hayes et al., 2021). Desfusão cognitiva é o processo de modificar nossas reações aos próprios pensamentos, contextualizando-os e enfraquecendo sua literalidade (Hayes & Hofmann, 2020). Atenção ao momento presente – ou *mindfulness* – é entrar em contato constante e não-valorativo com os comportamentos públicos e privados que ocorrem no momento presente (Hayes et al., 2008). Self-como-contexto envolve a identificação de si mesmo como um processo em constante mudança e não como uma entidade fixa e imutável (Hayes et al., 2021). Wilson & DuFrene (2008, p. 64), postulam que valores remetem a “consequências livremente escolhidas e verbalmente construídas, relativas a padrões de atividade contínuos, dinâmicos e em evolução, os

quais estabelecem reforçadores predominantes para essas atividades que são intrínsecos ao engajamento no próprio padrão comportamental valorizado”. Em outras palavras, valores são o cerne do modelo ACT, e podem ser compreendidos mais especificamente como resultantes de uma operação de alteração do valor reforçador de determinadas experiências a partir de comportamento verbal, como operantes livres – ou seja, sem controle aversivo – que transformam funções de estímulos no mundo – especialmente o social (Dixon et al., 2023). Ao definir adequadamente valores nos aproximamos deles, pois o processo de defini-los cria condições que favorecem o engajamento em comportamentos convergentes a eles, ainda que inicialmente tais comportamentos possam ser experienciados como desagradáveis ou desconfortáveis. Agir de modo convergente a valores adequadamente definidos a despeito de desconfortos configura, afinal, ações comprometidas (Hayes et al., 2021).

Ao intervir, a ACT recomenda priorizar estratégias experienciais para promover flexibilidade psicológica. Estratégias experienciais são aquelas que enfraquecem o uso (controle) arbitrário da linguagem que levaria a ações inefcazes, buscando contato mais direto com as contingências do contexto do cliente (Villatte et al., 2014). Há variadas estratégias experienciais, como *mindfulness* e técnicas de meditação, direcionamentos de atenção, tomadas de perspectiva (Villatte et al., 2014). A aplicação de metáforas também é considerada uma estratégia experiencial, que pode ser útil para ajudar o cliente a compreender conceitos abstratos de forma mais concreta e acessível, além de promoverem uma nova perspectiva sobre seus eventos privados, enfraquecendo controle por regras e fortalecendo controle por contingências do momento presente (Hayes et al., 2021). Assaz (2021) indica que a literatura aponta duas características para uma intervenção experiencial:

“Em primeiro lugar, são enfatizadas as experiências particulares do cliente em contrapartida a regras do comportamento humano, buscando explorar com curiosidade como o cliente está respondendo a uma dada situação e se isso está produzindo os efeitos desejados (i. e., funcionalidade). Em segundo lugar, são favorecidas

intervenções para modelar o comportamento do cliente em sessão, e não instruções para que ele amplie seu repertório somente fora de sessão (ainda que análises e orientações tenham um papel importante no tratamento)” (Assaz, 2021, p. 114-115).

A ACT é uma abordagem terapêutica comportamental contextual. Outras abordagens contextuais são a Terapia Comportamental Dialética (DBT), a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a Ativação Comportamental (BA) (Bastos & Ferreira, 2021). Há interfaces teóricas e práticas entre as abordagens contextuais comportamentais, apesar de seus diferentes focos de trabalho. Por exemplo, ao considerar que a FAP seja uma abordagem comportamental que privilegia o trabalho baseado na relação terapêutica e generalizações que clientes empreendem a partir dela (Kohlenberg & Tsai, 2017), surgem sobreposições importantes com a ACT. Nesse sentido, Hayes et al. (2021) afirmam que utilizam elementos da FAP para desenvolver a relação terapêutica na ACT.

No Brasil, ainda, é importante destacar a Terapia Analítico Comportamental (TAC) como abordagem derivada da tradição analítico comportamental e behaviorista radical do país desde os anos 60 e que ganha o nome (TAC) a partir de sistematizações empreendidas no início dos anos 2000 (Vieira & Ferreira, 2022). A TAC configura-se como uma abordagem fundamentada em Behaviorismo Radical e Análise do Comportamento, dispondo de estratégias de modificação ou ampliação de repertórios de clientes com base em análises funcionais, e buscando autoconhecimento e maximização de acesso a reforçadores (Vieira & Ferreira, 2022).

Uma adequada formulação de caso pode auxiliar o terapeuta a discriminar o manejo clínico mais apropriado a cada cliente (Hayes et al., 2021). A formulação de caso clínico na ACT envolve avaliar e compreender de forma abrangente repertórios relacionados à inflexibilidade psicológica. Isso inclui identificar repertórios de esquiva experiencial, fusão cognitiva, falta de contato com o momento presente, e a avaliação dos valores e metas do cliente.

Na prática clínica da ACT, é comum terapeutas estabelecerem objetivos terapêuticos em parceria com clientes. Tais objetivos requerem dos terapeu-

tas uma compreensão aprofundada dos processos comportamentais envolvidos e os auxiliam a: discriminar intervenções adequadas; promover motivação para a mudança; fomentar a confiança de terapeutas e clientes no processo de mudança; e fornecer parâmetros mais claros para avaliar a eficácia da terapia (Marçal, 2005).

A avaliação do progresso clínico na ACT envolve a avaliação dos processos e resultados terapêuticos relacionados ao modelo de flexibilidade psicológica, com a utilização de coleta de informações por meio de autorrelato, análises funcionais dos repertórios de clientes, e a utilização de instrumentos padronizados (Luoma et al., 2022).

De um modo geral, a ACT é uma abordagem sem protocolos terapêuticos estritos ou manualizados. Além disso, é uma abordagem idiográfica e formulada a partir do paradigma contextualista-funcional, o que pode favorecer a diversidade da prática e a apropriação de estratégias de intervenção contextualizadas a cada caso (Hayes et al., 2021).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo principal contribuir para a caracterização da diversidade da atuação clínica de terapeutas brasileiras(os) e/ou atuantes no Brasil que utilizem ACT como referencial orientador de sua prática, considerando seus manejos particulares dos processos envolvidos na flexibilidade psicológica. Objetivos específicos deste trabalho: (a) contribuir para a compreensão de controles contextuais da prática dos próprios terapeutas, ou seja, verificar, ainda que de modo indireto, baseado em relatos sobre a própria prática, sob controle de quê os terapeutas orientam sua prática de manejo dos processos envolvidos na flexibilidade psicológica; (b) contribuir para a identificação de conceitos operacionais que porventura tenham emergido e venham sendo utilizados na prática cotidiana clínica de produção de flexibilidade psicológica.

Método

De modo a viabilizar os objetivos da pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa de pesquisa (Yin, 2016), de caráter exploratório, a partir de um levantamento realizado com base em um

roteiro de entrevista semiestruturado que continha questões amplas sobre atuação de terapeutas e suas escolhas no trabalho clínico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CAAE 53309921.5.0000.5154).

Participantes da pesquisa e recrutamento

A pesquisa teve a participação de 22 psicólogas(os) que utilizam ACT em sua atuação profissional no Brasil. O recrutamento foi realizado por amostragem de conveniência. Foram elencadas instituições que realizam cursos (de formação, especialização, aprimoramento, entre outros) em ACT. Posteriormente, elas foram contatadas via telefonema ou e-mail com a finalidade de solicitar que compartilhassem com egressas(os) de seus respectivos cursos um convite padronizado pelos autores. Neste convite constava o contato do pesquisador, caso houvesse interesse em participar. O mesmo convite também foi enviado a autoras(es) de produções científicas em ACT, a partir dos contatos indicados em publicações em língua portuguesa dos últimos dez anos. Também foi utilizada a amostragem em bola de neve (Vinuto, 2014), ou seja, participantes poderiam indicar outros participantes em potencial.

Instrumento e procedimento

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas remotamente, por meio da plataforma *Google Meet*. As entrevistas duraram por volta de uma hora e foram gravadas e posteriormente transcritas. Um roteiro de 32 questões foi desenvolvido para a presente pesquisa e continha questões sobre: planejamento de sessão; formulação de caso; relação terapêutica; utilização de escalas, inventários ou instrumentos psicométricos durante o processo psicoterapêutico; avaliação do progresso do cliente; objetivos terapêuticos, e intervenções realizadas. Além disso, também foram coletadas informações sociodemográficas; tempo de experiência; atividades profissionais desenvolvidas na área; utilização de outras abordagens e modelos clínicos além da ACT; faixa etária do público atendido e modalidade de atendimento. A título de ilustração, podemos destacar os seguintes exemplos de questões do roteiro: Existe na sua prática algum planejamento

prévio sobre o conteúdo das sessões? Como é esse planejamento?; Como você estabelece os objetivos terapêuticos?; Você poderia oferecer exemplos práticos de estratégias de promoção de uma maior flexibilidade psicológica que tenha utilizado com seus clientes?; Como se dá o fim da terapia?

Análise dos dados

As gravações das entrevistas foram transcritas. Os trechos pertinentes a cada pergunta realizada nas entrevistas foram alocados em colunas em uma planilha de *Microsoft Excel*. Uma vez organizados por questões, os dados foram analisados a partir de formulação de categorias e temas presentes nos relatos das(os) participantes. Os dados foram decodificados e recodificados a fim de constituir uma análise temática (Yin, 2016). Os temas foram construídos por acordo dos autores em uma avaliação interativa das categorias temáticas. As categorias temáticas emergiram dos dados e não haviam sido previamente definidas. A descrição dos temas foi implementada de modo que fosse possível inferir descrições de comportamentos oferecidas como respostas às questões. Para o presente artigo, foram selecionados para detalhamento seis temas emergentes nos relatos oferecidos por participantes, quais sejam: Planejamento de sessões; Formulação de casos; Importância da relação terapêutica; Avaliação do progresso de clientes com ou sem uso de instrumentos padronizados de avaliação; Estabelecimento de objetivos terapêuticos; Intervenções e utilização de instrumentos ou protocolos de intervenção padronizados.

Resultados

Perfil de participantes

Em termos de escolaridade, as(os) 22 participantes da pesquisa têm pós-graduação: lato sensu (7 participantes); mestrado (6); doutorado (9). 16 participantes concluíram o curso de graduação em Psicologia em instituição de ensino superior (IES) privada e 6 em IES pública. 6 participantes concluíram até 10 anos atrás, 10 participantes de 10 a 20 anos atrás; 4 concluíram de 20 a 30 anos atrás, e 2 de 30 a 40 anos atrás. 16 participantes são formadoras(es) de terapeutas em nível de gradua-

ção e pós-graduação. 16 mencionaram que atuam como supervisoras(es) clínicos. (ver Tabela 1) Sobre público atendido, participantes variam e atendem crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Das(os) 22 participantes, 17 informaram utilizar exclusivamente abordagens psicoterápicas contextuais comportamentais. Desses, 14 indicaram tratar as abordagens contextuais como parte da abordagem analítico-comportamental. Como pode ser observado na discussão, há interfaces no trabalho ACT das(os) participantes com elementos de outras abordagens.

Seis temas emergentes a partir das respostas oferecidas por participantes

Planejamento de sessões

Participantes informaram não realizar um planejamento sistemático (com uma exceção), sendo que o planejamento foi descrito como comportamentos e características associadas ao comportamento de terapeutas. A descrição mais comum (21 participantes) referiu-se a regras comportamentais que explicitavam controles dos comportamentos dos terapeutas, mas sem menção a consequências ou efeitos específicos nos comportamentos dos clientes. Nessas respostas, o efeito do planejar pode ser inferido como direcionador do que deve ser “trabalhado” ou “tratado” com os clientes, mas sem indi-

Tabela 1. Perfil de participantes.

P	IES	Tempo desde a graduação	Escolaridade	Forma terapeutas?	Oferece supervisão?
P1	Privada	10-20	Mestrado	Sim	Sim
P2	Privada	20-30	Doutorado	Sim	Não
P3	Pública	10	Pós-graduação lato sensu	Sim	Sim
P4	Pública	10	Doutorado	Sim	Sim
P5	Privada	10-20	Pós-graduação lato sensu	Não	Não
P6	Privada	10-20	Mestrado	Sim	Sim
P7	Privada	10	Pós-graduação lato sensu	Não	Não
P8	Privada	10	Mestrado	Sim	Sim
P9	Privada	10-20	Doutorado	Sim	Não
P10	Privada	10-20	Doutorado	Sim	Sim
P11	Pública	20-30	Doutorado	Sim	Não
P12	Privada	30-40	Doutorado	Sim	Sim
P13	Privada	30-40	Mestrado	Sim	Não
P14	Privada	10-20	Pós-graduação lato sensu	Não	Não
P15	Privada	10-20	Mestrado	Sim	Sim
P16	Privada	10-20	Pós-graduação lato sensu	Sim	Não
P17	Privada	10	Doutorado	Não	Não
P18	Privada	20-30	Pós-graduação lato sensu	Sim	Sim
P19	Pública	10-20	Doutorado	Sim	Sim
P20	Pública	10	Mestrado	Não	Não
P21	Pública	20-30	Doutorado	Sim	Sim
P22	Privada	20-30	Pós-graduação lato sensu	Não	Sim

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. IES: Natureza da Instituição de Ensino Superior em que concluiu a graduação em psicologia. Tempo desde a graduação: em anos. Fonte: elaboração própria.

cações claras ou explícitas de como mudanças nos repertórios dos clientes são incorporadas ao planejamento. O efeito do comportamento de planejar foi geralmente descrito como uma melhor identificação de variáveis do caso e subsequente intervenção (14 participantes).

Ao decompor o comportamento de planejar, encontramos as seguintes definições: A) Planejar é a aplicação de uma regra para o terapeuta: Ficar atento/monitorar certo tipo de comportamento relevante para o caso, identificado de modo não padronizado (sessão a sessão); B) Planejar é criar oportunidades para a(o) terapeuta se comportar diante de objetivos mapeados de modo não padronizado ao longo do trabalho (favorecer instalação de repertórios a partir do relato de clientes, sessão a sessão); C) Planejar é identificar temas, assuntos, pautas ou objetivos terapêuticos relevantes ao caso e elencar quais deles serão propostos na próxima sessão, acomodando também os imprevistos oriundos do dia a dia de clientes; D) Planejar é testar ou experimentar estratégias baseadas em instrumentos padronizados de avaliação psicológica e indicadores de sofrimento/qualidade de vida de clientes; E) Planejar é realizar análises ou hipóteses funcionais sobre o comportamento de clientes, de modo não padronizado e, a partir dessas análises, criar regras para o comportamento do próprio terapeuta.

Sobre o efeito do planejar, descrições presentes nos relatos dos participantes foram categorizadas em: 1) Terapeuta identifica melhor as variáveis relevantes ao caso e discrimina intervenções mais adequadas sobre essas variáveis; 2) Terapeuta produz melhores conceitualizações de caso; 3) Aumentar a variabilidade do repertório de intervir; 4) Clientes ficam sob controle de como o processo de terapia deverá ocorrer. Esses dados foram sintetizados na Tabela 2.

Formulação de casos

De acordo com o exposto na Tabela 3, participantes descreveram ações que realizam para formular o caso e os seus efeitos. A partir disso, foram inferidos comportamentos de terapeutas descritos nesses relatos, ao formularem os casos: A) Mapear os processos de flexibilidade psicológica; B) Utilizar instrumento padronizado como auxílio para formular caso; C) Identificar queixa; D) Fazer análise

funcional dos comportamentos de clientes (com elementos ACT, TAC, e/ou RFT); E) Identificar esquiwa experiencial; F) Identificar valores; G) Avaliar repertório autodescritivo do cliente; H) Analisar o próprio comportamento de identificar contingências; I) Elaborar plano de ação; J) Formulação e teste contínuos de hipóteses no atendimento; K) A partir da demanda de clientes, determinar qual abordagem contextual embasará sua formulação de caso. As duas respostas mais comuns foram A e B, mencionadas respectivamente por 11 e 6 participantes. Seguidas por C (5 participantes), D (4), E (4).

Os efeitos produzidos por tais comportamentos foram categorizados em: 1) Identificar melhor as variáveis relevantes ao caso e discriminar intervenções mais adequadas sobre essas variáveis; 2) Auxiliar clientes a discriminar sua demanda de modo funcional; 3) Utilizar questionário, o que produz uma terapia protocolar, focada, breve, bem como maior engajamento de clientes; 4) Formular caso baseado em Terapia Cognitivo-Comportamental para favorecer adesão inicial de clientes ao tratamento; 5) Avaliar progresso de clientes utilizando como parâmetro os seis processos de flexibilidade psicológica. O efeito 1 foi o mais mencionado, com 13 menções. Os demais efeitos tiveram uma menção cada.

Importância da relação terapêutica

Participantes responderam sobre sua visão acerca da relação terapêutica e qual sua importância e influência na psicoterapia que desenvolvem. Foi identificado que 16 participantes dizem implementar intervenções por meio da relação terapêutica e 13 dizem promover relação de intimidade e vulnerabilidade com clientes. Conforme consta na Tabela 4, foram criadas categorias temáticas sobre os comportamentos dos terapeutas de estabelecer satisfatória relação terapêutica com os clientes, a partir de seus relatos: A) Emitir classe de respostas que promove relação de intimidade e vulnerabilidade; B) Discriminar os comportamentos evocados na relação terapêutica; C) Evocar e selecionar, por meio da relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes em sessão; D) Primeira ação com novo cliente é estabelecer satisfatória relação terapêutica; E) Fazer consigo as intervenções propostas para servir de modelo para cliente; F) Promover flexibilidade psicológica a

Tabela 2. Síntese das categorias temáticas referentes ao planejamento de sessões e quais seus efeitos na psicoterapia que é desenvolvida por participantes.

P	Plan	E	Excerto ilustrativo sobre planejamento de sessões
P1	A	1	"Eu sei o quê eu tenho que trabalhar com aquela pessoa, mas a forma como isso se dá (...) vai vir da peculiaridade do cliente e do que ele vai me trazer".
P2	A	1	"Eu estou sempre atenta a quando tá aparecendo a rigidez, ou quando tá aparecendo uma classe de esquivas experiencial."
P3	B	1	"Quando eu paro pra fazer análise funcional baseada em processos do caso, aí eu volto na próxima sessão com algo mais planejado, mas lógico sem fechar a porta pra coisas que podem acontecer durante a semana."
P4	C	1	"A gente tem que ter planejamento, mas [estar] sensível em sessão, às vezes cabe mais um planejamento, às vezes não cabe nem um pouco, uma sessão que aconteceu a coisa mais importante, temos que dar um acolhimento."
P5	X	0	"Eu não tenho necessariamente um planejamento de trabalho."
P6	B	0	"[Nas entrevistas iniciais] a gente já começa a delimitar quais são os alvos que a gente vai precisar atingir enquanto desenvolvimento comportamental."
P7	B	1	"Geralmente os processos eles não têm uma [sequência de aplicação]... vamos começar com aceitação, vamos começar com desfusão, não, não tem, depende da necessidade do cliente."
P8	A	1	"Eu quero ter esse entendimento no geral, qual o problema, o que está mantendo aquele problema, né? O que ela já tentou pra fazer e o que talvez ela precise aprender a fazer de diferente."
P9	C	1	"A gente precisa ter um roteiro de formulação de caso, do que investigar".
P10	E	1	"Às vezes eu acho necessário estudar algumas coisas, planejar alguns pontos, fazer uma conceitualização do caso baseado na ACT, e ver pontos que precisam ser melhor trabalhados."
P11	X	0	"Eu estou preferindo não ter muito planejamento, eu gosto de me abrir."
P12	D	2	"A formulação de caso é o que orienta o trabalho."
P13	A	0	"É um planejamento que cabe uma flexibilidade nele dependendo do que o cliente traz na sessão, né?"
P14	B	2	"Eu já coloco normalmente no próprio final da sessão: 'acho que seria legal fazer uma <i>matrix</i> aqui com essa pessoa, acho que ficaria legal', ou 'acho que vou usar aqui a tabela de valores, acho que a gente tá precisando trabalhar valores'".
P15	A	3	"Eu preciso entrar na sessão com clareza do quê que aquele paciente está falando, qual é a questão que ele traz, do quê a gente está tratando."
P16	E	1	"O planejamento é eu fazer estudo de caso."
P17	E	1	"Eu faço uma conceitualização de caso em ACT e em FAP."
P18	X	0	"Não planejo. A ACT é uma terapia muito baseada no momento presente, então é onde o cliente está, né? É onde você está hoje, é o que você está notando hoje."
P19	C	1	"Eu tenho que planejar (...) Eu tenho que saber o que vou falar, com quem vou falar."
P20	E	1	"Eu discuto na supervisão para entender o caso, eu não penso em uma intervenção específica para sessão."
P21	B	4	"A programação para próxima sessão é sempre com o estudo da formulação de caso e como é que a gente evoluiu nas hipóteses ali, e no andamento da sessão com o cliente".
P22	E	1	"Eu vou complementando minha análise funcional em registro, anotando observações importantes que naquela sessão surgiu de repente, e tento ficar mais atenta pra um possível dado que a gente possa descobrir na próxima sessão."

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. Plan: Comportamento de terapeutas de planejar sessões conforme categorias de A a E (X significa que não houve comentário explícito sobre planejar sessões durante a entrevista). E: Efeito de planejar sessões, inferido a partir dos relatos, conforme categorias encontradas de 1 a 4 (0 significa que não houve comentário explícito sobre efeitos de planejar sessões durante a entrevista). Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Síntese das categorias temáticas referentes à formulação de casos e quais seus efeitos na psicoterapia que é desenvolvida por participantes.

P	Form	E	Excerto ilustrativo sobre formulação de casos
P1	D	0	"Eu utilizo a seguinte estrutura: antecedente, reposta, consequência, e aí eu vou pondo todos os tipos de comportamento desse cliente que pertence à mesma classe funcional, quando estou estudando."
P2	C,H,I	1	"Começa com a identificação da classe de esquia experiencial e depois com aquilo que ele precisa se aproximar, e quer se aproximar na vida dele."
P3	A	0	"É usar o próprio hexaflex, o próprio hexágono, pra ver como é que tão ali os processos daquele cliente".
P4	B	1	"Você vai ver, por exemplo, no [instrumento padronizado para análise funcional]. Tento fazer ele."
P5	C,D	0	"Eu faço a análise funcional e verifico né, os pontos em que o cliente traz, a situação dele."
P6	D,H	1	"Outro jeito de conceitualizar que me ajuda demais é procurar fonte de evitação experiencial."
P7	D	1	"[Menciona formulação de caso presente em livro sobre ACT], lá ele fala como é que você vai vendo o cliente e como é que você analisa o cliente, quais são os processos que você precisa trabalhar nele."
P8	A,D,J,K	1	"É muito aqui, né? Da minha interação com meu cliente, da nossa relação mesmo, que eu estou vendo esses comportamentos aparecendo."
P9	A,C,D,L	0	"A gente precisa ter um roteiro de formulação de caso, do que investigar, do tipo de intervenção que normalmente a gente utiliza para determinados processos psicológicos."
P10	A	0	"Basicamente a conceituação do caso na ACT ela vem a partir desses 6 processos."
P11	M	2	"Eu vou levantando hipóteses enquanto eu estou atendendo e vou reformulando essas hipóteses e vou testando."
P12	A,B	1, 3	"[Menciona utilização de questionários], e aí [responder ao questionário] ajuda a gente a fazer a formulação de caso."
P13	B	1, 4	"A minha conceitualização tem os dados do cliente, anamnese toda, e nessa anamnese vou percebendo as principais crenças, os principais pensamentos, quais são os padrões de comportamento."
P14	A	1	"Vou muito nos processos do hexaflex."
P15	A	1	"O quê que apareceu na sessão que está relacionado com a fusão? O que aconteceu na sessão que tá relacionado a baixa clareza de valores? Ou a poucas ações comprometidas?"
P16	A	1	"Como que é que o cliente se funde lá, o quê que ele se esquia lá fora, e como é que ele se funde aqui dentro de sessão, o que é valor pro cliente lá fora, o quê que é valor pro cliente aqui dentro de sessão."
P17	B,N	0	"Depende da demanda (...) eu posso fazer uma formulação mais voltada pra FAP, ou pra ACT, ou até enfim colocando coisas da DBT, mas em geral é FAP e ACT."
P18	B,D,I	1	"Uma análise funcional que funciona pra mim é onde meu cliente está preso, onde meu cliente está preso e o que eu observo que está prendendo ele, e o que eu acho que seria importante pra soltar ele."
P19	B	5	"[Utilizo] um modelo geral de formulação de caso em ACT."
P20	C,D	0	"Eu vou montando [o] repertório básico da pessoa, pra ver como essas contingências matriciais surgem depois, na vida atual do paciente".
P21	A,D	1	"A gente vai descrevendo em termos dos processos da ACT, do hexaflex."
P22	C,D	1	"À medida que vão surgindo informações que são relevantes pra minha análise funcional do caso, eu vou complementando e mudando estratégia de intervenção."

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. Form: Comportamento de terapeutas que de formular casos conforme categorias de A a N. E: Efeito de formular casos, inferido a partir dos relatos, conforme categorias encontradas de 1 a 5 (0 significa que não houve comentário explícito sobre efeitos da RT durante a entrevista). Fonte: elaboração própria.

partir da relação terapêutica; G) Ficar sob controle do arcabouço teórico da RFT Clínica; H) Ficar sob controle do arcabouço teórico da FAP e da ACT; I) Ficar sob controle da análise de caso para implementar intervenções a partir da relação terapêutica. Ademais, os efeitos desses comportamentos foram categorizados da seguinte forma: 1) Satisfatória relação terapêutica prediz maior adesão do cliente ao tratamento; 2) Satisfatória relação terapêutica produz intervenções mais efetivas; 3) Satisfatória relação terapêutica prediz melhora clínica; 4) Evocar e selecionar, por meio da relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes promove melhora clínica; 5) Aplicação de técnicas efetivas tem maior poder preditor de melhora clínica do que a qualidade da relação terapêutica. Os efeitos 1, 2 e 3 foram os mais citados com 7, 7 e 6 menções, respectivamente.

Avaliação do progresso de clientes com ou sem uso de instrumentos padronizados de avaliação

A totalidade das (os) participantes informaram alguma estratégia de avaliação de progresso. A mais mencionada foi a de utilizar autorrelato de clientes (19 ocorrências), tanto por meio de relato direto, espontâneo ou evocado por perguntas não padronizadas, quanto por intermédio de instrumentos padronizados. Das 19 ocorrências, 9 indicavam o uso de instrumentos padronizados para variados fins: avaliar progresso de clientes utilizando como parâmetro os seis processos de flexibilidade psicológica (4), ou um único processo, os valores (1); avaliar progresso em termos de alcance dos objetivos terapêuticos (1), entre outros. Também houve relatos de estratégia de avaliação do progresso que busca verificar indiretamente, no autorrelato de clientes, a emissão de comportamentos que indicam progresso fora de sessão (5); verificação do progresso de clientes em termos de engajamento em ações comprometidas vinculadas aos valores clarificados em sessão (2); utilização de critérios baseados em termos médios como transformação de vida (1); e não especificação da forma como o autorrelato é utilizado para avaliar progresso (4). A segunda estratégia mais mencionada refere-se à utilização de valores clarificados em terapia como critério para avaliação de progresso, sem uso de instrumento padronizado (7). Com menor frequência, foi relatada atualização

da formulação de caso para verificar progresso (4), e a observação de emissão de comportamentos de melhora do cliente na relação terapêutica (3).

Estabelecimento de objetivos terapêuticos

Este tema, assim como os demais, foi descrito a partir de comportamentos inferidos dos relatos dos participantes. É importante ressaltar que as menções não são mutuamente excludentes, de modo que participantes podiam citar mais de um método para formular objetivos terapêuticos.

O método de estabelecimento de objetivos terapêuticos mais mencionado foi basear-se em ações comprometidas vinculadas a valores clarificados em sessão (9 ocorrências). 8 participantes destacaram que os objetivos terapêuticos são estabelecidos em conjunto com clientes. Em seguida: identificação da queixa (5) e reconhecimento dos repertórios de clientes sob controle aversivo (5). Em menor número de ocorrências, foram citadas as seguintes estratégias: identificação da demanda (4) e utilização da formulação de caso (4). Por fim, foram indicados como critérios para formulação de objetivos terapêuticos: identificação de contingências que evocam a queixa (3); descrição de objetivos em termos de déficits e excessos comportamentais (3); e avaliação de clientes em termos dos seis processos de flexibilidade psicológica (3).

Intervenções e utilização de instrumentos ou protocolos de intervenção padronizados

Novamente, é importante ressaltar que as menções não são mutuamente excludentes, de modo que participantes podiam citar mais de um tipo de intervenção/protocolo ou instrumento de intervenção.

Diante de questões a respeito da intervenção ACT típica que mais utilizam em sua atuação clínica, participantes responderam com maior frequência o uso de metáforas e clarificação de valores (7 menções cada). Para clarificar valores, participantes informaram que utilizam: perguntas abertas (4 menções), e a intervenção “ACT-Matrix” (cf. Polk et al., 2016) (3). A desesperança criativa foi mencionada 4 vezes; e exercícios de mindfulness, 2 vezes. As demais intervenções foram relatadas uma vez: sugerir mudanças no modo de clientes falarem sobre seus pensamentos, para promover desfusão cognitiva; psicoeducação sobre os seis processos

Tabela 4. Síntese das categorias temáticas referentes ao papel e estabelecimento da relação terapêutica e quais seus efeitos na psicoterapia que é desenvolvida por participantes.

P	RT	E	Excerto ilustrativo sobre papel e características da RT
P1	A	1,5	"Eu tento ser mais próxima, mais solidária, dar o máximo de apoio, porque eu sei que vai ser difícil, entendeu?"
P2	A	3	"Quanto melhor eu sinto que existe ali confiança, entrega, espaço pra vulnerabilidade, então quanto mais a relação terapêutica tem qualidade, mais próxima de um desfecho de qualidade a gente fica."
P3	H	0	"Alguns elementos de FAP eles têm que tá aqui junto de ACT pra coisa funcionar, então enquanto terapeuta ACT você tem que estar muito atento também à relação terapêutica."
P4	C	3,4	"É através da conversa e da interação que a gente vai ter em sessão, que a gente pode criar outras interações que vão desenvolver repertórios alternativos."
P5	G	1,2	"Se eu tenho um vínculo bem estabelecido com cliente, eu consigo fazer propostas pra que ele consiga fazer metáforas e fazer atividades que vão levá-lo a proporcionar desfofo, que ele esteja presente comigo na sessão".
P6	A,D	1,3	"Cuidar da relação terapêutica é uma prioridade enorme na minha prática clínica. Se o vínculo está estremecido, então vamos falar desse estremecimento."
P7	A,E	1	"Essa aliança terapêutica é muito importante entre o cliente e o terapeuta, então assim, você se comportar com uma sinceridade, uma proximidade grande com o cliente."
P8	B	0	"Quero perceber se ela é atenta ao próprio comportamento e às ações que ela faz em sessão, tudo em sessão, não é uma coisa que eu estou imaginando como é lá fora, é que eu estou vendo".
P9	B	3	"A utilização da relação terapêutica que envolve tanto os repertórios do terapeuta quanto uma atenção especial ao que o sujeito está fazendo em tempo real em sessão."
P10	B	2	"Se a gente não tem um bom vínculo construído, se a gente não tiver atento à relação terapêutica, o quê que está aparecendo na relação ali, a gente não consegue trabalhar com aquele paciente"
P11	C	4	"A relação terapêutica é um espaço pra criar contextos em que a gente possa evocar e selecionar comportamentos, então eu acho fundamental."
P12	A	2	"Se não tiver uma confiança, se não tiver uma conexão, não vai dar certo."
P13	A	1,3	"Quando eu começo a fazer o plano de tratamento, eu já passei desse engajamento terapêutico, dessa confiança terapêutica, dessa relação empática que é necessária que aconteça."
P14	A	1	"Um valor meu é ser autêntica, né, e aí eu gosto disso [...] e isso é um fator que faz as pessoas se vincularem comigo."
P15	A,B	2	"Qual é o espaço que aquela relação tem para que as pessoas se mostrem, então é um espaço seguro? É um espaço inseguro? É um espaço que cabe autorrevelação?"
P16	A,E,G	2	"Eu também gosto muito de usar os princípios da RFT Clínica, pra fortalecer relação terapêutica".
P17	B,D	0	"Relação terapêutica é a coisa mais importante da terapia. É absolutamente fundamental e essencial."
P18	A,F	2	"Então eu invisto muito na relação terapêutica, criar esse cenário de confiança, esse cenário de abertura, de honestidade, de profundidade né."
P19	C	4	"Você vai dando condições pra ele emitir o comportamento pra você poder selecionar e modelar."
P20	A,C,I	4	"Vou evocar na relação 'como você se sente quando eu digo isso?', 'o que você falou chegou em mim dessa forma.'"
P21	A	1,2,3	"Se ele valida os sentimentos, os pensamentos e se ele reforça num primeiro momento o relato do sofrimento, o relato da queixa, o relato da vida, o terapeuta muda a função do estímulo."
P22	A	0	"Eu não consigo imaginar não poder me relacionar de uma forma genuína com meu paciente, acho que é isso."

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. RT: Comportamento de terapeutas de estabelecer satisfatória relação terapêutica conforme categorias de A a H. E: Efeito do estabelecimento de uma boa RT, inferido a partir dos relatos, conforme categorias encontradas de 1 a 5 (0 significa que não houve comentário explícito sobre efeitos da RT durante a entrevista). Fonte: elaboração própria.

de flexibilidade psicológica; sugerir ao clientes que observem em perspectiva o próprio comportamento verbal, a fim de promover self-como-contexto; identificar a instalação de repertórios privados e suas respectivas funções por meio de relatos da própria história de vida, buscando função discriminativa no contexto atual, fomentando observação ao invés de esquiva experiencial; e, por fim, sugerir aos clientes que discriminem fisicamente respondentes com caráter aversivo, especialmente sentimentos e emoções.

Participantes responderam também sobre exemplos práticos de estratégias de promoção de flexibilidade psicológica que já haviam utilizado com seus clientes.

Todas(os) as(os) participantes indicaram a utilização de estratégias de intervenção experienciais como: metáforas (19 participantes); clarificação de valores e discriminação de ações comprometidas baseadas neles (10); exercícios experienciais de mobilização de desesperança criativa (8), de *mindfulness* (3), e de caráter lúdico (1); treino de tomada de perspectiva (4); exposição ao desconforto (3) ou aos comportamentos verbais encobertos (2); evocar em clientes respostas de discriminação física dos respondentes aversivos (2); evocar e selecionar, por meio da relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes (2); auxiliar clientes a repetir os próprios comportamentos verbais encobertos com a voz de uma personagem que gosta (2); *role-playing* (1).

Destaca-se que, em relação ao uso de metáforas, 12 participantes mencionaram métodos particulares para implementar e/ou adaptar metáforas, criá-las em sessão, a partir de relato de clientes, adaptando-as a cada caso (12). Outras(os) 6 participantes informaram reproduzir metáforas que constam em manuais da ACT.

Participantes também relataram a finalidade das estratégias experienciais, sendo que as mais citadas foram enfraquecer esquiva experiencial (8 menções); fortalecer repertório de ações comprometidas vinculadas a valores clarificados (8); enfraquecer controle por regras (6); e promover desfusão cognitiva (6). As demais respostas dizem respeito a promover autodescrição e autoconhecimento, em uma visão analítico-comportamental (3); identificar repertório de flexibilidade psicológica (3); generalização operante de habilidades treinadas em

sessão (3); promover self-como-contexto (3); instalar repertório de relações dêiticas (2), de relações espaciais e temporais (1); cliente ficar sob controle de como a terapia vai ocorrer (2); favorecer atenção ao momento presente (2); promover discriminação corporal dos respondentes aversivos em sessão (2); e discriminar função dos eventos privados (1).

Sobre a utilização de protocolos baseados em ACT em algum momento de suas carreiras, 11 participantes afirmaram que não fizeram uso e 11 já usaram. Dentre as(os) que já utilizaram protocolos baseados em ACT, 5 informaram uso em contexto de pesquisa; 3 relataram ter utilizado protocolos em contexto clínico de intervenção; e 2 participantes não especificaram o contexto de utilização do protocolo.

Por fim, participantes informaram sobre a utilização de escalas, inventários ou instrumentos padronizados em algum momento da terapia e a respectiva finalidade. Foi solicitado que respondessem sobre sua experiência em contexto clínico, individual ou grupal. Houve 14 participantes que indicaram utilizar instrumentos psicométricos. Desses, 6 afirmaram que utilizam instrumentos que mensuram flexibilidade psicológica: Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (cf. Bond et al., 2011), Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy (CompACT) (cf. Giovannetti et al., 2022), e o Children's Psychological Flexibility Questionnaire (CPFQ) (cf. Lenoir et al., 2022). Outros 4 participantes afirmaram que os utilizam para avaliar progresso da flexibilidade psicológica e 2 não especificaram o objetivo de aplicação. A segunda categoria de instrumentos mais citada refere-se àqueles com propósito de clarificar valores: Bulls Eye (Lundgren et al., 2011) (1), "ACT-Matrix" (Polk et al., 2016) (1), e outro desenvolvido pela(o) participante (1). Também foram mencionados instrumentos para avaliar autocompaixão (2) e nível de atenção plena ou *mindfulness* (2).

Discussão

Um aspecto mais amplo abordado refere-se aos relatos dos participantes sobre planejamento de sessão associado às escolhas das intervenções implementadas: das(os) 22 participantes, 16 relataram que não definem previamente todas as in-

tervenções, pois essa definição ocorre em sessão, ficando sob controle de clientes e da sua leitura de caso, de modo idiográfico. Tal conduta terapêutica pode ser ilustrada nos seguintes trechos das entrevistas realizadas:

P1: “Eu sei o quê eu tenho que trabalhar com aquela pessoa, mas a forma como isso se dá – porque aí a gente tem inúmeras formas –, isso vai vir da peculiaridade do cliente e do que ele vai me trazer. Eu não vou previamente estruturar isso”.

P4: “Então eu estou pensando sempre naquele repertório, quer dizer, por exemplo, se eu estou trabalhando com a pessoa a consciência de sentimentos (...) basicamente qualquer tema que aparecer eu consigo trabalhar consciência de sentimentos. Se eu quero trabalhar sobre tomar decisão e clarificação das motivações, basicamente qualquer tema que aparecer eu posso trabalhar nisso, então o que eu penso não é necessariamente planejamento do conteúdo da sessão, mas os processos, repertórios, e processos comportamentais que eu estou trabalhando”.

Ao interpretar esses dados, foi possível reconhecer um paralelo entre as descrições feitas e a identificação de controle temático do comportamento verbal (Hübner et al., 2012). Nesse sentido, considerando que interações dentro um setting terapêutico são eminentemente interações verbais, é possível atentar-se ao comportamento de clientes (Ver definições A e B do comportamento de planejar, em *Planejamento de sessões*), sendo priorizado em lugar de definir previamente intervenções específicas, seja condizente com a emissão de comportamentos verbais de terapeuta sob controle de variáveis discriminativas, evocativas ou motivacionais (Hübner et al., 2012) de si ou de clientes, em substituição à aplicação de regras formalmente e especificamente definidas na literatura.

A prática de planejar como identificar processos de flexibilidade psicológica importantes para cada cliente (veja relatos de P1 e P4, acima) ainda traz outros aspectos relevantes. Quando terapeutas ficam mais “sob controle” do que clientes estão fazendo em sessão, pode ser mais provável que consigam considerar os múltiplos controles do

comportamento e, por conseguinte, traçar planos de ação mais sob controle de relações funcionais do que topografias de comportamento desejável (ou congruente com o comportamento da(o) terapeuta). Por exemplo, se um cliente apenas “intra-verbar” uma regra como “Devo me amar mais” – o que pode estar relacionado apenas a “dizer o que a(o) terapeuta quer ouvir” –, ao ficar sob controle das variáveis discriminativas, evocativas e motivacionais que interferem nesse relato, a(o) terapeuta pode ter mais chances de não ficar satisfeita(o) com a mera descrição e inquirir “Quais são as implicações práticas desta conclusão?”; “Caso você saia daqui hoje se amando mais, qual seria a primeira coisa que você faria? E o que aconteceria?” (Queiroz & Medeiros, 2022, p. 147)

As intervenções, nesse sentido, estariam mais baseadas nas interações entre participante e cliente, de modo que o planejamento do que fazer em sessão é secundário. Terapeutas, portanto, buscam evocar repertórios em sessão a partir de variáveis contextuais e motivacionais dos clientes, e não a emissão de novas regras que denotariam, por si só, progresso clínico.

O foco especial no trabalho a partir da interação entre cliente e terapeuta na seção aponta, também, para um diálogo com princípios típicos da FAP (Kohlenberg e Tsai, 2017). E a adaptação das intervenções em função das características específicas de clientes está consonante a clínica da ACT, já que Luoma et al. (2022), postulam que a conduta de terapeutas deve visar à personalização das intervenções de acordo com as necessidades de clientes, evitando o uso de técnicas pré-definidas. Essa abordagem permite que terapeutas estejam sempre prontas(os) para ajustar a direção da terapia de acordo com as necessidades específicas de clientes, a qualquer momento.

Um efeito prático desse tipo de conduta terapêutica encontrado é evitar o uso de metáforas manualizadas da ACT, preferindo criar metáforas sob controle da interação terapêutica e da formulação de caso. Na presente pesquisa, das(os) 19 participantes que indicaram utilizar metáforas, 12 afirmaram que as formulam em sessão, evitando criá-las ou obtê-las previamente. Segundo Hayes et al. (2021), terapeutas devem estar atentos às palavras e metáforas utilizadas por clientes durante as sessões

e utilizar essas informações para criar metáforas que possam ajudar clientes a entender e aplicar os conceitos da ACT em sua vida. Dessa forma, segundo os autores, terapeutas conseguirão discriminar intervenções mais adequadas. Luoma et al. (2022) ainda recomendam que terapeutas sejam capazes de ajustar suas intervenções e criar metáforas, exercícios e tarefas comportamentais para atender às necessidades específicas de clientes, levando em conta sua experiência, práticas linguísticas e contexto social, étnico e cultural. Essa habilidade é fundamental para garantir que clientes possam se envolver plenamente no processo terapêutico e obter os melhores resultados possíveis. Em acordo com essa recomendação, P9 afirmou que:

“Eu preciso voltar às bases o tempo todo, porque a construção das técnicas é diferente, embora o modelo e aí os componentes do modelo principal, a teoria de base, a filosofia de base, e os objetivos dele, a formulação de caso; embora tudo isso seja mantido, mas as técnicas de intervenção precisam ser culturalmente situadas. Só que pra você fazer isso, não dá pra só reproduzir o que já tá no modelo, você precisa repensar as estratégias e adequá-las ao contexto atual.”

Portanto, em termos de intervenções, participantes informaram utilizar estratégias experienciais, que é o cerne da proposta interventiva das terapias contextuais comportamentais, especialmente FAP e ACT.

Destaca-se a utilização da ACT combinada com outras abordagens terapêuticas, pois 20 participantes de um total de 22 afirmaram que realizam alguma integração. Desses, 14 afirmaram que utilizam elementos de outras abordagens contextuais e que estes modelos se originariam na clínica analítico-comportamental. Os princípios teóricos que articulam as abordagens contextuais seriam os mesmos, porém, segundo participantes, o ponto de dissimilaridade entre elas se refere à ênfase que cada uma atribui aos repertórios que serão modificados. Por exemplo, a FAP debruça-se especialmente sobre repertórios interpessoais; a ACT, a repertórios socioverbais ou demandas clínicas relacionadas à linguagem; e a DBT, a repertórios de desregulação emocional, vide relato de P4:

P4: “Elas [as terapias contextuais] são bastante integráveis, elas são terapias que são baseadas nos mesmos princípios filosóficos e teóricos [comportamentais], então facilita muito a integração delas, e eu acho que elas se complementam (...) na ênfase que elas dão pra tipos de repertórios dos clientes que são “encontrar dificuldades, problemas e sofrimento”, e ênfase né, porque nenhuma negligencia a outra, porque você vai ver por exemplo, DBT tem grande ênfase em repertórios relacionados a regulação emocional, a atenção ao presente; em ACT você também vai ver questões de motivação, de regulação emocional, e [em] FAP, você vai ter o repertório social como uma coisa muito importante; Ativação Comportamental, com foco em resolver problemas e enfrentamento, exposição... (...) Às vezes, com um cliente que tá ruminando na cama, trabalhar a questão de desfusão pode ser importante, mas às vezes pode não funcionar, e daí você tem que ter outras estratégias na manga por exemplo talvez ativação, talvez clarificação de valores, e daí outras abordagens elas podem complementar e expandir a prática, então acho que elas se complementam em foco, se complementam em estratégias”.

Vê-se, portanto, integração entre terapias comportamentais contextuais e a terapia analítico-comportamental. Segundo Hayes (2004), a ACT tem origem na tradição analítica do comportamento, e portanto, estaria vinculada ao Behaviorismo Radical. O mesmo pode ser dito da FAP (Kohlenberg & Tsai, 2017). O modelo biossocial da Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 2015) também toca em pontos importantes de história de aquisição de repertórios comportamentais, a partir das interações com ambientes com certas características.

De fato, a prática profissional das(os) participantes é permeada por estratégias de intervenção ancoradas em Análise do Comportamento, pois ao relatarem a finalidade das suas intervenções experienciais, mencionaram estratégias tipicamente comportamentais como, enfraquecer controle por regras (6 menções); promover autodescrição e autoconhecimento, de acordo com uma definição analítico-comportamental (3); generalização

operante de habilidades treinadas em sessão (3); e discriminar função dos eventos privados (1). Tais termos podem ser classificados como de nível baixo, ou básico, pois estes são oriundos de pesquisas básicas e empíricas (Barnes-Holmes et al., 2016).

Outras finalidades das intervenções experienciais foram relatadas em termos de nível médio: fortalecer repertório de ações comprometidas vinculadas a valores clarificados (8 menções); promover desfusão cognitiva (6); identificar repertório de flexibilidade psicológica (3); promover self-como-contexto (3); e favorecer atenção ao momento presente (2). Esse uso de termos de nível médio é compreensível, uma vez que o modelo de flexibilidade psicológica da ACT é constituído de termos desse tipo. Barnes-Holmes et al. (2016) citam o apelo e a utilidade clínicas de termos médios em contexto clínico tanto em sentido comunicacional entre profissionais da área e de áreas correlatas, quanto em seu papel de orientação para clínicos sem formação comportamental e outros clínicos que buscam assegurar uma aplicação da ACT adequada e com bons resultados.

Entretanto, a utilização de termos desse tipo traz outros problemas. Considerando o exemplo de duas finalidades apontadas por participantes para implementar intervenções experienciais – “promover desfusão cognitiva” e “enfraquecer controle por regras” –, há uma boa chance de que ambas se refiram ao mesmo procedimento comportamental. Porém, isto não fica claro a partir dos relatos. Barnes-Holmes et al. (2016) argumentam que, de fato, a questão central com os termos de nível intermediário reside na dificuldade frequente em determinar qual deles está sendo abordado em qualquer narrativa científica.

Há correspondência entre as estratégias das terapias contextuais comportamentais e da Terapia Baseada em Processos (TBP), sendo que a ACT, especificamente, pode ser considerada como um “protótipo” de uma psicoterapia baseada em processos (Ferreira, 2021). ACT e outras terapias contextuais comportamentais, adotam uma postura de compreensão funcional de processos psicológicos que vão além da identificação e enfrentamento de quadros diagnósticos (Ferreira, 2021). Desse modo, ressalta-se o caráter integrador das terapias contextuais comportamentais, o que foi identificado nos relatos de participantes.

Sobre objetivos terapêuticos, Luoma et al. (2022) indicam que os objetivos terapêuticos da ACT são estabelecidos em conjunto entre terapeutas e clientes, com base nos valores de clientes. A resposta mais mencionada pelos participantes sobre como formular objetivos terapêuticos refere-se a basear-se em ações comprometidas vinculadas a valores clarificados em sessão. Além disso, 8 participantes mencionaram explicitamente que os objetivos são estabelecidos em conjunto com clientes, o que indica concordância com a prática preconizada na ACT.

No que diz respeito à formulação de casos clínicos, o método mais utilizado por participantes refere-se ao mapeamento dos processos de flexibilidade psicológica (11 menções), seguido de ações de base analítico-funcional: fazer análise funcional da TAC (4 menções) e identificar contingências matriciais (4), o que sugere que, em termos de formulação de caso, a maior parte das(os) participantes apoia-se em referencial teórico-prático da ACT para realizá-la. De acordo com Hayes et al. (2021), uma adequada formulação de caso envolve a capacidade clínica de realizar uma análise funcional dos problemas relatados pelo cliente e organizá-los em termos do modelo de flexibilidade psicológica. P3 ilustra isso no seguinte trecho:

“Tem dois elementos que eu gosto de utilizar, o primeiro é, quando eu falo de análise funcional baseada em processos, é usar o próprio hexaflex, o próprio hexágono, pra ver como é que tão ali os processos daquele cliente, e em alguns momentos, fazer uma análise funcional mais clássica de situações específicas, uma análise daquela que a gente coloca antecedente, o comportamento, e a consequência, mas aí [conectando] as duas coisas porque geralmente eu faço primeiro o hexágono né, olhando pra flexibilidade-inflexibilidade [...] e aí eu trago pra fazer aquela análise funcional em que a gente vai destrinchando como é que acontece os processos.”

No que concerne à relação terapêutica, 16 participantes informaram implementar intervenções por meio dela, e 13 promovem relação de intimidade e vulnerabilidade com cliente. Ademais, 20 participantes utilizam também a FAP dentro de

sua atuação clínica, o que ajuda a explicar intervenções típicas da FAP para promover mudança clínica por terapeutas que utilizam ACT, dentro da amostra pesquisada.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (2017), a relação terapêutica de intimidade e vulnerabilidade é essencial para a mudança terapêutica, uma vez que permite aos clientes experimentarem novas formas de se relacionar com os outros e consigo mesmo. Deve haver, por outro lado, disposição de terapeutas a se envolverem de forma autêntica e afetiva com clientes, promovendo a expressão das emoções e sentimentos que emergem na relação terapêutica.

Ao responder sobre avaliação de progresso clínico, nenhum participante mencionou redução dos sintomas ou da queixa de clientes, o que está de acordo com a proposta terapêutica da ACT, a qual visa ajudar clientes a desenvolverem uma relação mais saudável e flexível com seus pensamentos, emoções e sensações corporais, de forma a poder viver uma vida mais significativa e alinhada com seus valores (Hayes et al., 2021).

Literatura relevante das terapias comportamentais contextuais indica três formas de avaliação de progresso clínico: observação direta do comportamento, análise funcional e, autorrelato (Kohlenberg e Tsai, 2017). Além dessas três estratégias, avaliar progresso de clientes em termos dos valores clarificados em sessão é uma forma típica da ACT para avaliar progresso (Luoma et al., 2022). 19 participantes mencionaram utilizar autorrelato como medida e 9 informaram utilizar progresso de clientes em termos de engajamento em ações vinculadas aos valores clarificados. Em termos de observação direta, apenas três mencionaram o uso dessa estratégia, realizando observação de emissão de comportamentos de melhora de clientes na relação terapêutica. Essa estratégia é especificada por Kohlenberg e Tsai (2017), que apontam que o progresso clínico do cliente deve ser avaliado por meio de observação direta do comportamento durante as interações terapêuticas. Por fim, a formulação de análises funcionais como estratégia para avaliação de progresso de clientes foi mencionada apenas por dois participantes, o que é dissonante com o fato de 16 de 22 participantes terem relatado atuação embasada na abordagem analítico-comportamental.

Em uma síntese geral, o mapeamento da diversidade de atuação dos terapeutas brasileiros que utilizam a ACT indicou que a maior parte do conjunto de terapeutas entrevistados (20 de 22) utiliza a ACT combinada com outra abordagem contextual, a FAP. O efeito prático disso é a grande relevância atribuída ao aspecto da relação terapêutica no processo psicoterapêutico, além de citarem que a relação terapêutica é responsável por promover flexibilidade psicológica, a partir de intervenções que a utilizam para evocar e selecionar comportamentos clinicamente relevantes de cliente e terapeuta. Callaghan et al. (2004) indicam que a utilização combinada das duas abordagens tem efeito potencializador de ambos, em termos de resultados clínicos. Analogamente, o efeito potencializador de resultados da combinação de abordagens aparece nos relatos de participantes, como:

P9: “A utilização da relação terapêutica que envolve tanto os repertórios do terapeuta quanto uma atenção especial ao que o sujeito está fazendo em tempo real em sessão, a meu ver, é o maior mobilizador de flexibilidade psicológica que você pode ter. Nesse ponto (...), tudo que o terapeuta pode fazer pra ajudar o paciente acontece num espaço de uma sessão. Então tudo que a gente puder fazer, qualquer tipo de técnica acontece dentro da relação terapêutica, e isso não quer dizer que toda e qualquer intervenção ACT depende disso, mas quer dizer que, no contexto, no cenário atual brasileiro, é imprescindível”.

P6: “Eu enxergo muitas vezes a FAP como aquela condição que é potencializadora das outras intervenções né, porque na medida em que você constrói um vínculo terapêutico robusto o suficiente, você consegue colocar em prática uma série de intervenções que muitas vezes são difíceis da gente fazer o paciente aderir [menciona estratégias de exposição e sua especial circunstância de aversividade inerente]. Então, ter a FAP ao teu lado para te ensinar a construir vínculo terapêutico e te ensinar como reagir a determinados fenômenos que acontecem no aqui e agora da sessão, acho que ajuda demais”.

Conclusão

Tem-se como consideração principal a partir dos dados encontrados nesta pesquisa que o trabalho de terapeutas ACT no Brasil pode ter as seguintes características: 1) integração teórico-prática, principalmente, entre abordagens contextuais comportamentais (em especial a FAP) e a TAC. Em menor grau, há interseção entre o trabalho realizado e posicionamentos em linha com as visões cognitivo-comportamentais; 2) Apesar da utilização de instrumentos padronizados de avaliação e intervenção, esse uso se dá principalmente em contexto de pesquisa de modo que, no cotidiano da clínica, faz mais sentido pensar que terapeutas operam de modo idiográfico em suas leituras, conceitualizações e intervenções. Em função desse modo de operar, pode haver pouca previsibilidade do desenvolvimento do processo psicoterápico em termos de passos, metas ou resultados a serem atingidos a cada momento. O horizonte geral dos resultados dos processos terapêuticos, contudo, é claramente delimitado em termos conceituais da ACT, FAP ou TAC, o que é positivo, e o caminho a seguir é definido e contextualizado a cada novo cliente. Isso condiz com literatura mais recente na área (para um exemplo recente da integração ACT e Análise do Comportamento, veja: Dixon et al., 2023), mas pode ser um eventual dificultador do acordo entre profissionais sobre progresso clínico, já que estabelece um ambiente “multiconceitual”.

Outro ponto relevante é que quando foram inferidos comportamentos-chave de terapeutas, a partir dos relatos de participantes, foi incomum que os efeitos desses comportamentos, quando relatados, tratassem diretamente das consequências que envolvesse explicitamente o comportamento de clientes. Por exemplo, a descrição típica do comportamento de planejar envolve uma ação de terapeuta (p. ex. “criar oportunidades para a(o) terapeuta se comportar sobre objetivos mapeados”), seguida de um efeito no comportamento de terapeuta (p. ex. “terapeuta identifica melhor as variáveis relevantes ao caso e discrimina intervenções mais adequadas” ou “produz melhores conceitualizações de caso”), sem que fosse mencionado explicitamente algum efeito sobre o comportamento de clientes: O que melhora, concretamente, nas

sessões, para clientes quando terapeutas são bons planejadores? Pode-se supor que uma melhor conceitualização de caso, por exemplo, leve a um processo terapêutico mais relevante e útil para clientes. Mas essas menções explícitas e concretas ao benefício ou efeito dos comportamentos de terapeutas para clientes quase não apareceram. Pode ser importante que outras pesquisas busquem investigar essa questão.

Essa pesquisa apresenta algumas limitações: sua amostra é pequena (22 participantes), portanto, seus achados não são generalizáveis; a seleção da amostra se deu por conveniência, associado ao método bola de neve, o que pode significar que foi encontrado um grupo homogêneo. Portanto, esta pesquisa pode representar o estímulo a mais pesquisas que visem ao mapeamento da diversidade de atuação de terapeutas ACT brasileiros com amostragem maior.

Considerando que 16 das(os) 22 participantes são formadores de terapeutas em nível de graduação e pós-graduação, provavelmente a visão e a postura teórico-prática dessas pessoas tendem a se difundir e, conseqüentemente, serem relevantes para o grupo de terapeutas que é formado por esses profissionais. Desse modo, quando entendemos como esses formadores de terapeutas trabalham, descobrimos características importantes do que é ensinado aos terapeutas que ajudam a formar. Compreender que tipos de práticas tem maior ou menor tendência a serem difundidas no Brasil foge ao escopo do presente artigo, mas entende-se que pesquisas que tratem desse tipo de condição (institucionalmente ou não) podem ser favoráveis a uma melhor compreensão da prática da ACT no Brasil.

Ademais, o presente artigo pode contribuir para fomentar a pesquisa em psicoterapia comportamental contextual brasileira, a partir de estratégias de investigação qualitativas e mais contextualizadas em relação a terapeutas, suas decisões, planejamentos e caminhos escolhidos na prática profissional. Uma vez que a ciência que sustenta as abordagens contextuais, como a ACT, é guiada por princípios contextuais e idiográficos, faz-se essencial consigamos identificar os contextos envolvidos na atuação clínica e de que outras formas terapeutas os manejam, construindo adaptações e inovações.

Referências

- Assaz, D. A. (2021). A Terapia de Aceitação e Compromisso. In C. K. B. Oshiro, & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (p. 106-119). Manole.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Homes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between Relational Frame Theory and middle-level terms in Acceptance and Commitment Therapy. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Orgs.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (p. 365-382). Wiley Blackwell.
- Bastos, C. K. O., Ferreira, T. A. S. (2021). *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica*. Manole.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. [10.1016/j.beth.2011.03.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007)
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Kohlenberg, B. S., & Marx, B. P. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195-207. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for behavior analysts*. Routledge.
- Ferreira, T. A. S. (2021). Evidências e processos na Terapia Contextual: Integração e ruptura. In C. K. B. Oshiro, & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (p. 2-11). Manole.
- Giovannetti, A. M., Pöttgen, J., Anglada, E., Menéndez, R., Hoyer, J., Giordano, A., Pakenham, K. I., Galán, I., & Solari, A. (2022). Cross-Country adaptation of a psychological flexibility measure: The Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3150. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063150>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas*. Artmed.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Orgs.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-29). Springer.
- Hübner, M. M. C., Borloti, E., Almeida, P., & Cruvinel, A. C. (2012). Linguagem. In M. M. C. Hübner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (p. 100-115). Guanabara Koogan.
- Hughes, S. (2020). A filosofia da ciência e sua aplicação à psicologia clínica. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Orgs.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas* (p. 19-35). Federação Brasileira de Terapias Cognitivas; Artmed.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer.
- Lenoir, C., Hinman, J. M., Yi, Z., et al. (2022). Further examination of the Children's Psychological Flexibility Questionnaire (CPFQ): Convergent validity and age appro-

- priateness. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 6, 224-233. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00259-5>
- Linehan, M. M. (2015). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta* (2ª ed). Artmed.
- Lundgren, T., Dahl, J., Stroschal, K., Robinsson, P., Luoma, J., & Melin, L. (2011). The Bulls-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. (2ª ed.). Sinopsys.
- Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir?. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(2), 231-245.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications.
- Queiroz, L. B. de, & Medeiros, F. H. de. (2022). Possibilidades da análise funcional do comportamento verbal para a prática clínica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 13(2), 143-154. <https://doi.org/10.18761/paca-1ba51>
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.04.003>
- Vieira, C. G., & Ferreira, T. A. S. (2022) Terapia Analítico-Comportamental: reflexões sobre a sistematização de uma prática. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 30(1), 139-157.
- Villatte, M., Villatte, J. L., Monestès, J. (2014) Bypassing the traps of language with experiential practice. In J. A. Stoddard & N. Afari (Orgs.), *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experimental exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy* (p. 13-27). New Harbinger Publications.
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso.

Histórico do Artigo

Submetido em: 28/04/2023

Aceito em: 10/12/2024

Editora associada: Roberta Kovac

Discutindo entre pares: aderência e competência para os terapeutas ACT brasileiros

Peer discussions: adherence and competence among Brazilian ACT therapists

Bruna Ferreira¹, Lorrainy Castro¹, Taciana Ragazzi², Pedro Pires¹

[1] Universidade Federal do Rio de Janeiro [2] FAPSI - Faculdade Psicologia | **Título abreviado:** A atuação de terapeutas ACT brasileiros | **Endereço para correspondência:** Bruna Ferreira – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Av. Pasteur, 250 - Urca, Rio de Janeiro - RJ, 22290-180, Brasil | **Email:** bfs@ufrj.br | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.027

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) visa promover flexibilidade psicológica por meio de processos clínicos experienciáveis e baseados em valores. Este estudo qualitativo e exploratório, de delineamento transversal, investigou as percepções de psicólogos clínicos brasileiros atuantes com ACT sobre aderência e competência terapêutica. Participaram 27 terapeutas de diferentes regiões do país, com idade entre 25 e 53 anos, majoritariamente mulheres, com mais de cinco anos de atuação profissional. A coleta foi realizada por meio de Grupos Focais Online (GFOs), utilizando um roteiro semiestruturado, e os dados foram analisados segundo a análise temática. Os participantes relataram identificação com os princípios da ACT, ressaltando a relação terapêutica como eixo norteador do processo clínico e a postura do terapeuta como ferramenta fundamental. Além disso, evidenciaram a importância da formação prática, da supervisão contínua e da participação em treinamentos vivenciais como caminhos para a consolidação da competência clínica. Aproximadamente 74% já haviam passado por supervisão em ACT, e 80% consideravam-se terapeutas da abordagem. Os achados reforçam a relevância do investimento em formação baseada na experiência vivencial dos processos da ACT, além de apontarem para a necessidade de maior sistematização da avaliação da competência clínica no Brasil. Este estudo contribui para a compreensão do desenvolvimento profissional de terapeutas ACT em contexto nacional, revelando lacunas e potencialidades para futuras investigações e aprimoramento da prática.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso; aderência; competência; grupo focal on-line.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) aims to promote psychological flexibility through experiential and values-based clinical processes. This qualitative and exploratory cross-sectional study investigated the perceptions of Brazilian clinical psychologists practicing ACT regarding adherence and therapeutic competence. A total of 27 therapists from different regions of the country participated, aged between 25 and 53 years, mostly women, with more than five years of professional experience. Data collection was conducted through Online Focus Groups (OFGs), utilizing a semi-structured script, and the data were using a thematic analysis. Participants reported identification with ACT principles, highlighting the therapeutic relationship as a guiding axis of the clinical process and the therapist's stance as a fundamental tool. Furthermore, they emphasized the importance of practical training, continuous supervision, and participation in experiential workshops as pathways for consolidating clinical competence. Approximately 74% had already undergone supervision in ACT, and 80% considered themselves therapists of this approach. The findings reinforce the relevance of investing in training grounded in experiential learning of ACT processes, while also pointing to the need for greater systematization of clinical competence assessment in Brazil. This study contributes to understanding the professional development of ACT therapists in the national context, revealing gaps and potentialities for future research and practice improvement.

Keywords: acceptance and commitment therapy; adherence; competence; online focus group

Nota do autor

Este trabalho é fruto parcial da dissertação de mestrado da primeira autora, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Não temos conflitos de interesse a declarar.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem proposta por Steven Hayes e colaboradores na década de 90 e pertencente a uma classe de abordagens oriundas do movimento denominado Terapias Comportamentais Contextuais, com vasta evidência científica (ACBS, 2024). O objetivo da, também denominada, ACT é a flexibilidade psicológica que diz respeito à capacidade de responder ao próprio responder de maneira flexível e orientada a valores. Existem inúmeras ferramentas que se dispõem a explicar e aplicar a flexibilidade psicológica, a saber: o clássico hexágono de Flexibilidade psicológica (Hayes, et al., 1999, 2021) composto de seis processos denominados aceitação, desfusão, self como contexto, contato flexível com o momento presente, valores e ação com compromisso; Triflex (Hayes et al., 1999, 2021) com três pilares denominados abertura, presença e engajamento; Matrix com uma metodologia aplicada e focada nas ações do indivíduo identificando-as como "aproximando" ou "afastando" do valor identificado (Polk & Schoendorff, 2014); o modelo DNAV propõe quatro habilidades denominadas descobridor, observador, conselheiro e valorizador, comumente utilizado no atendimento de crianças e adolescentes (Hayes & Ciarrochi, 2015); Ponto de escolha aborda uma metáfora sobre ser "fisgado" ou "desprendido" em movimentos para trás e para frente diante de situações, pensamentos e sentimentos difíceis (Harris & Hayes, 2019) e Teoria das Molduras Relacionais (RTF) aplicada à clínica com as três propriedades do Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA); implicação mútua, implicação combinatória e transformação de funções (Hayes et al., 2014).

A Associação para Ciência Comportamental Contextual (ACBS) não endossa o chancelamento de um título de certificação para ser um terapeuta ACT. A comunidade defende a ideia de um processo não hierárquico e a promoção da construção de um trabalho em conjunto no desenvolvimento de uma psicologia progressista e inclusiva. Desta forma, não existe um terapeuta que seja oficialmente certificado para atuar com ACT, segundo as diretrizes da instituição. O que existe, do ponto de vista da associação, é a possibilidade de se tornar um Treinador ACT revisado por pares, um processo para proteger

e promover formadores qualificados (ACBS, 2024). No entanto, para se tornar um terapeuta ACT é possível que as habilidades sejam desenvolvidas através de leitura, grupos de estudo, *workshops*, grupos de formação, treinamento acadêmico em modalidade formal, participar ativamente dos encontros anuais da ACBS, de um capítulo da associação, acompanhar um Grupo de Interesse Individual (SIG) ou mesmo criando um grupo de intervenção com foco nas habilidades do terapeuta (como proposto por Thompson et al. (2015) no Modelo Portland). Assim, ter a liberdade de se identificar, ou não, como um terapeuta ACT, de acordo com o que a associação e a literatura expõem sobre esse *modus operandi*.

Paralelo a isso, existem alguns instrumentos que se propõem a avaliar a habilidade do terapeuta ACT. A própria ACBS dispõe do Formulário de Autoavaliação de Competências Essenciais da ACT, disponível no site nas versões inglês e espanhol, proposto por Jason Luoma, um teórico co-autor de um dos livros chave para compreensão e atuação, denominado Aprendendo ACT (Luoma et al., 2022), traduzido para o português recentemente. O instrumento, também disponível no final do livro, descreve comportamentos pertinentes à postura esperada de um terapeuta ACT e é útil para iniciar o aprendizado, se envolver no processo e identificar áreas a serem aprofundadas periodicamente. No site da associação, também existe o convite de trocar informações e dúvidas com outros terapeutas e perguntas-chave que auxiliam o uso do instrumento proposto pelo autor.

Em 2010, o *Adherence Raters' Manual For ACT for OCD Treatment Study* (DUACRS) foi anexado ao final de um artigo (Towhig et al., 2010), um manual que dispõe de orientações sobre aderência e competência. No ano de 2012, uma tese de doutorado apresentou a *Drexel University ACT/tCBT Adherence and Competence Rating Scale*, uma escala criada com objetivo de avaliar a aderência do terapeuta na atuação em ACT e TCC tradicional, viabilizando a comparação entre as abordagens (McGrath & Forman, 2012). Shawyer et al. (2017) apresentaram a subescala de aderência da APACS em *Development of the ACT for Psychosis Adherence and Competence Scale* e, em 2018, Douglas Long e Steven Hayes publicaram o desenvolvimento de um protótipo ACT para avaliação de habilidades terapêuticas, chamado de *Therapist Agreement*

with Sensitivity to Context (TASC) (Long e Hayes, 2018). O'Neill et al. (2019) publicaram o desenvolvimento de uma medida de fidelidade em ACT chamada de ACT-FM ou no inglês de *Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure (ACT-FM)*. Um instrumento conciso, numa versão compactada, do apresentado por Luoma et al. (2007), em uma escala que apresenta 25 competências terapêuticas que corroboram as principais informações observáveis e indicativas de comportamentos ACT consistentes e inconsistentes, segundo os autores.

A ACBS também dispõe do estado de evidência da ACT, que demonstra um crescente conjunto de evidências onde a abordagem pode reduzir sintomas depressivos, de ansiedade, estresse e melhorar a qualidade de vida em várias populações (ACBS, 2024), descrito e evidenciado detalhadamente por Gloster e colaboradores (2020) através de um amplo levantamento de 20 meta-análises, confirmando a efetividade da ACT. Um modelo moderno de psicoterapia com muitos estudos sobre a sua eficácia e poucos sobre os atributos necessários a um terapeuta ACT. É dito sobre a importância de um bom terapeuta ser aderente e competente no que diz respeito ao sucesso da psicoterapia, sobre identificar a postura terapêutica através da compreensão de aderência e competência de terapeutas no processo terapêutico ao que se propõe a ACT (Luoma & Vilardaga, 2013). Dentro desta ótica, a aderência pode ser compreendida como o quanto o terapeuta seguiu a abordagem teórica proposta, e a competência sobre o quanto o terapeuta é habilidoso no seu desempenho (Dillenburg et al., 2021; Vilardaga & Hayes, 2009). De acordo com o cenário, busca-se identificar o que os terapeutas que praticam ACT no Brasil compreendem sobre aderência e competência no trabalho clínico utilizando a abordagem, através de troca e discussão proporcionado por encontros de grupos heterogêneos.

Método

Delineamento

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória e delineamento transversal, com participação única dos sujeitos. Buscou-se investigar, a partir de uma problemática vivenciada no contexto social, no objetivo de responder à pergunta

problema e as preocupações de elaborar novos conhecimentos que busquem elucidar a real condição do objeto de estudo. Neste sentido, pesquisas exploratórias têm como finalidade proporcionar um entendimento mais profundo sobre uma questão específica, com o intuito de explicitar e formular hipóteses (Sousa & Santos, 2020). A escolha por uma abordagem exploratória se justifica pelo objetivo do estudo de compreender concepções, adquirir conhecimento sobre um tema pouco investigado e, posteriormente, levantar hipóteses, contribuindo com a disseminação deste conhecimento específico.

Participantes

Participaram deste estudo 27 psicólogos clínicos, de ambos, os sexos com formação em Terapia de Aceitação e Compromisso no Brasil e atuação no contexto brasileiro. Os critérios de inclusão da amostra foram: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) ser profissional de Psicologia; (3) ser atuante à luz da ACT no Brasil há, no mínimo, 1 ano. Foram excluídos participantes que não respeitaram os critérios supracitados ou que não apresentaram recursos tecnológicos adequados para presença síncrona, como uso de imagem e voz durante o encontro.

Características dos Participantes do Grupo

Os grupos foram formados por 27 psicólogos com idade entre 25 e 53 anos, majoritariamente brancos (70,37%) e do sexo feminino (77,78%). Brasileiros residentes em 10 regiões do país, como Ceará, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe, com predominância nas regiões de Rio de Janeiro (22,22%) e São Paulo (22,22%). Cerca de 60% dos psicólogos participantes possuem mais de 5 anos de formação em Psicologia e cerca de 10% atuam com ACT há mais de 5 anos. Em relação à formação dos integrantes, 80% possuem formação em ACT em instituições de ensino sobre a abordagem no Brasil, 74% desta população já foi supervisionado em ACT, e cerca de 45% já participou de treinamentos e workshops vivenciais da abordagem. A maioria (81,48%), se considera um terapeuta ACT e 48,15% atendem adolescentes e adultos. Cerca da metade, somando 48,15% dos participantes, são associados à ACBS, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Análise das características dos participantes.

Aspectos Tabela 1	Resultados
Idade:	Número / (%)
Entre 18 e 29 anos	09 / 33,33%
Entre 30 e 39 anos	10 / 37,04%
Entre 40 e 49 anos	05 / 18,52%
Entre 50 e 59 anos	03 / 11,11%
Etnia:	
Branca	19 / 70,37%
Parda	07 / 25,93%
Preta	01 / 3,70%
Gênero:	
Feminino	21 / 77,78%
Masculino	06 / 22,22%
Brasileiro:	
Sim	27 / 100%
Não	00 / 0%
Regionalização:	
Ceará	02 / 7,41%
Goiás	01 / 3,70%
Minas Gerais	03 / 11,11%
Paraíba	02 / 7,41%
Paraná	02 / 7,41%
Rio de Janeiro	06 / 22,22%
Rio Grande do Norte	01 / 3,70%
Rio Grande do Sul	03 / 11,11%
São Paulo	06 / 22,22%
Sergipe	01 / 3,70%
Tempo de formação:	
1-2 anos	04 / 14,81%
2-3 anos	04 / 14,81%
3-4 anos	02 / 7,41%
4-5 anos	01 / 3,70%
Mais de 5 anos	16 / 59,26%
Possui formação em ACT:	
Sim	22 / 81,48%
Não	05 / 18,52%
Já foi supervisionado em ACT:	
Sim	20 / 74,08%
Não	07 / 25,92%
Já participou de treinamentos e workshops em ACT:	
Nunca	02 / 7,41%
Sim, poucas vezes (menos de 5)	06 / 22,22%
Sim, algumas vezes (mais de 5)	12 / 44,44%
Sim, muitas vezes (mais de 10)	07 / 25,93%
Se considera um terapeuta ACT:	
Sim	22 / 81,48%
Não	05 / 18,52%
Atende brasileiros e estrangeiros na perspectiva da ACT:	
Apenas brasileiros	20 / 74,07%
Brasileiros e estrangeiros	07 / 25,93%
Atende:	
Crianças, adolescentes e adultos	01 / 3,70%
Apenas adolescentes e adultos	13 / 48,15%
Apenas adultos	13 / 48,15%

Associado a ACBS capítulo brasileiro:

Sim	13 / 48,15%
Não	14 / 51,85%

Tempo de atuação com ACT:

1-2 anos	11 / 40,75%
2-3 anos	04 / 14,81%
3-4 anos	05 / 18,52%
4-5 anos	04 / 14,81%
Mais de 5 anos	03 / 11,11%

Instrumentos

Grupo Focal On-line Síncrono (GFOS)

O GFOS é uma técnica de produção de dados em pesquisas qualitativas em que os participantes interagem simultaneamente. A técnica tem como objetivo, assim como em Grupos Focais tradicionais, discutir um tópico específico entre relações grupais na presença de moderadores e observadores, no qual o primeiro tem o objetivo de facilitar a interação do grupo e garantir o enfoque sobre o tema, e o segundo para contribuir com impressões sobre a condução após a conclusão do grupo (Bordini & Sperb, 2011).

Questionário Sociodemográfico

Para fins de caracterização da amostra, considerando as seguintes variáveis: nome; idade; etnia; gênero; contato telefônico; brasileiro ou naturalizado; estado; profissão; tempo de formação; modalidade trabalho (presencial/remoto); formação em ACT e local de formação; experiência em supervisão em ACT; experiência em treinamento e/ou *workshop* em ACT; consideração sobre ser ou não um terapeuta ACT segundo os pressupostos da ACBS; atendimento a brasileiros ou estrangeiros na perspectiva da ACT; atendimento de crianças e/ou adolescentes e/ou adultos; associado a ACBS capítulo brasileiro; e, turno para participação da pesquisa.

Ata do Grupo Focal On-line Síncrono

Para fins de apresentação da pesquisadora principal e observadora, caracterização do objetivo do grupo, agradecimento, sanar eventuais dúvidas e corroborar com o desdobramento das questões norteadoras no período do encontro.

Procedimentos de Coleta de Dados

Para a realização do Grupo Focal *On-line*, a pesquisa foi veiculada em um convite, que dava acesso a um formulário hospedado no *Google Forms*, formalizado nos grupos de profissionais atuantes em ACT e redes sociais. Os encontros do GFOS ocorreram através de videochamadas, utilizando a ferramenta *Google Meet* e com duração média de 90 minutos. Ocorreram 5 encontros independentes, com a média de 5 participantes em cada, 1 moderadora e 1 observadora. Os encontros foram gravados para posterior análise e transcrição do encontro na íntegra. A armazenagem dos dados foi feita em serviço de hospedagem em nuvem, protegido por senha do conhecimento da pesquisadora principal.

Procedimentos de Análise de Dados

As sessões de grupo focal foram transcritas na íntegra utilizando a ferramenta digital *Transkriptor* (2023) e revisadas por duas colaboradoras para, então, serem submetidas a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011). A autora propõe três grandes etapas chamadas de: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material, categorização ou codificação; e (3) Tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

Na primeira etapa, após as transcrições e conferências, houve a pré-análise com a organização de respostas que respondem ao problema de pesquisa, separando as falas dos participantes com cada pergunta produzida durante os encontros na ferramenta *Excel*. Os participantes foram identificados com siglas e números correspondentes ao encontro e ordem de fala (Exemplo: E1P1 - Encontro 1 Pessoa 1). A segunda etapa diz respeito à exploração do material e ocorreu através da unidade de registro, compreendido como parágrafo, frase e/ou momen-

to em que foi dito na unidade de contexto e através da análise da viabilidade do conteúdo, no qual os temas foram identificados e separados. Esta etapa é marcada pela criação das categorias orientadas pelo referencial teórico. A terceira e última fase é caracterizada pela criação das categorias de respostas, com a transformação de categorias com respostas agrupadas em grandes categorias de forma semântica (de acordo com o significado) e sintática (de acordo com a organização frasal - frequência), com tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos mesmos através de uma análise reflexiva e crítica (Bardin, 2011; Sousa e Santos, 2020).

As 10 perguntas utilizadas para orientar o encontro estão pautadas no modelo abertura, presença e engajamento de Hayes et al. (2021), como demonstrado na Tabela 2, e através delas busca-se corroborar que: (1) Percepção de que a flexibilidade psicológica do terapeuta afeta a flexibilidade psicológica do cliente; (2) A percepção de que o terapeuta aderente ao modelo ACT é capaz de desenvolver maior competência do que terapeutas não aderentes ao modelo; e, (3) A concepção de que relação terapêutica é consistentemente relacionada com o desfecho clínico.

Tabela 2. Ata do Grupo Focal On-line e suas Grandes Categorias.

Perguntas	Grandes categorias
1. Para você, o que é ser um terapeuta ACT?	Abertura
2. Como é uma sessão de terapia ACT?	Engajamento
3. Como trabalhar abertura (aceitação e desfusão)?	Abertura
4. Como trabalhar presença (self-como-contexto e contato flexível com momento presente?)	Presença
5. Como trabalhar engajamento (valores e ações com compromisso)?	Engajamento
6. O que um terapeuta ACT precisa fazer?	Abertura
7. O que um terapeuta ACT não pode fazer?	Engajamento
8. Como você entende que a relação terapêutica é importante para ACT?	Presença
9. Você pode dividir um feedback negativo que recebeu sendo um terapeuta ACT?	Presença
10. Você pode dividir um feedback positivo que recebeu sendo um terapeuta ACT?	Presença

Aspectos Éticos

A pesquisa ocorreu a partir da submissão e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CEP-CFCH) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) mediante a aprovação sob o parecer nº 69757823.60000.5582. A participação dos profissionais ocorreu mediante o aceite do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), disponibilizado no início do formulário *on-line*. Os procedimentos adotados nesta pesquisa seguiram as orientações previstas na Resolução CNS nº 510/16 (Ministério da Saúde, 2016) e na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000), garantindo o anonimato, a possibilidade de desistência e os possíveis reparos em caso de dados provenientes da pesquisa.

Resultados

Vivência e Aplicação Pessoal da ACT

Os participantes incluíram no debate a importância de os terapeutas vivenciarem a ACT na própria vida enquanto uma visão de mundo em que a flexibilidade psicológica é percebida como um incessante convite à experiência de vida em se abrir às diferentes fases e, ao mesmo tempo, servir como um modelo para caminhar junto com o cliente em busca da sua própria flexibilidade psicológica. Durante a troca, os participantes foram explícitos, E2P5 dividiu: "*Aplicar a ACT não apenas na terapia, mas como uma forma de vida*". E3P5 continuou: "*Desenvolver processos internos para caminhar com o cliente*" e E5P3 finalizou acrescentando que é sobre "*se conectar com os clientes e aplicar a ACT na própria vida*".

Os terapeutas destacaram a importância da vivência pessoal dos processos da ACT como essencial para a prática clínica, em que se enfatiza não apenas a compreensão teórica, mas também a experiência transdiagnóstica e a disposição para navegar pelo próprio sofrimento (E1P1, E2P5, E3P4), com destaque para o comentário de E3P5, que afirma: *"Um terapeuta ACT, pelo menos no meu caso, na minha experiência, precisa aprender a se acolher, se validar. Eu não consigo ver um terapeuta ACT, não sendo compassivo com ele mesmo, pra conseguir oferecer esse lugar de compaixão para o outro também, né?"*.

Neste sentido, a flexibilidade psicológica, entendida como o foco principal da ACT pelos participantes, é vista tanto como um objetivo para os clientes, quanto como uma competência necessária para os terapeutas (E4P3, E5P4). Esse entendimento pode ser notado a partir da fala de E4P3, que diz: *"Não faz sentido aplicar ACT em teoria se nós também não experienciarmos como ela realmente é. Então, a ACT, ela é experiencial, como é que a gente vai fazer algo se a gente também não sentir, não experimentar, não se colocar no movimento junto com o paciente? Então, acho que uma coisa que um terapeuta ACT precisa fazer é realmente estar aberto a ele também, a experimentar todo o processo dele de inflexibilidade psicológica"*.

Logo, a consistência e coerência na prática da ACT são essenciais, assim como a capacidade de manejar o desconforto e assumir uma postura terapêutica consistente (E2P3, E1P4). Manejar e assumir a postura terapêutica envolve uma disposição do terapeuta, destacada por E2P5 *"O que é mais necessário é justamente essa disposição para vivenciar o processo e se confrontar, né, com todas as dificuldades e desafios que se apresentam.; (...) se não existe disposição é impossível que você consiga desenvolver esses processos e, conseqüentemente, assumir essa postura enquanto terapeuta."* A humanidade e o comprometimento emergiram como fundamentais, no qual os terapeutas são encorajados a reconhecer suas limitações e valorizar a experiência humana compartilhada, facilitando um ambiente terapêutico pautado no respeito e validação mútua (E5P2, E3P5). Neste contexto, a observação do participante E4P3 é particularmente não reveladora: *"é lidar com a própria humanidade"*.

Relação Terapêutica e a Vulnerabilidade do Terapeuta

Segundo os participantes, a importância dos sentimentos do terapeuta não deve ser subestimada, uma vez que influenciam diretamente a qualidade da relação. Os psicólogos concordam que é fundamental que o terapeuta esteja disposto a experimentar processos juntamente com o cliente. E5P2 afirma que: *"A interação entre terapeuta e paciente pode ser vista como uma dança, uma relação dinâmica onde ambos contribuem para o progresso terapêutico e para que essa dança seja eficaz, o terapeuta deve manter uma presença autêntica, demonstrando genuinidade e transparência em suas interações"*.

Os participantes afirmam que, comumente, o terapeuta inicia a sessão com uma postura de abertura e curiosidade, o que facilita um ambiente terapêutico onde o cliente se sente seguro para explorar suas experiências internas difíceis. E2P3 diz sobre *"permitir-se ao desconforto"* como um elemento crucial, incentivando o cliente a aceitar suas emoções e pensamentos difíceis, em vez de evitá-los. E3P2 fala sobre *"a disposição a estar exposto"*, no qual o cliente é encorajado a enfrentar situações desafiadoras que geralmente evitaria. E4P3 afirma que *"o modelo de abertura à flexibilidade psicológica serve como um guia para ambos os envolvidos no processo terapêutico"*. E5P2 cita novamente a dança com o cliente, uma metáfora para o processo terapêutico dinâmico e colaborativo que envolve um balanço delicado entre abertura e vulnerabilidade, no qual tanto o terapeuta, quanto o cliente, se envolvem em uma jornada de descoberta e aprendizagem.

Os terapeutas refletem criticamente sobre a importância de sua própria presença e vulnerabilidade durante as sessões e reconhecem que ser autêntico e estar aberto aos próprios processos internos é essencial para a criação de um espaço terapêutico genuíno e eficaz. Também, lembram que a relação terapêutica é vista como um componente crucial da terapia e que criar um espaço seguro e colaborativo, no qual o cliente é capaz de explorar suas próprias experiências emocionais e processar a dor, é fundamental para o sucesso do tratamento. E1P8 acrescenta que se trata de *"uma sessão muito desafiadora, porque o terapeuta se vulnerabiliza muito ali; se vulnerabilizar também a andar em um contexto para a vulnerabilidade do outro"*.

Os participantes concordam que a relação terapêutica é um espaço seguro e acolhedor, no qual o cliente traz aspectos de suas relações externas e é fundamental para modelar comportamentos e promover mudanças (E1P8; E393), um contexto em que os comportamentos do cliente ocorrem, são evocados e modificados. E4P1 afirma entender a relação como o contexto em que o tratamento acontece e que funciona como um espaço de treino e modelagem de flexibilidade, sendo, muitas vezes, a única fonte de reforçamento para o cliente (E5P2; E5P4).

A relação terapêutica também é baseada na compreensão mútua de sofrimento e habilidades, de ser humano para ser humano, onde a conexão e vulnerabilidade permitem uma conexão genuína e forte, fundamental para o processo terapêutico (E3P4; E4P2). E4P3 complementa afirmando que a relação terapêutica baseada na confiança e horizontalidade permite intervenções mais abertas e humanas, considerando os processos de inflexibilidade tanto do terapeuta quanto do cliente, num cenário de confiança, afeto e não julgamento, fundamental para a criação de um contexto seguro (E5P4).

E2P3 entende a relação entre terapeuta e cliente como uma âncora durante todo o processo, a partir da perspectiva de que se trata de pessoas lidando com própria humanidade, permitindo a apresentação da subjetividade e, consequentemente, auto-revelação, fundamentais para o aprofundamento da relação terapêutica. E4P2 afirma que a relação terapêutica é uma relação de horizontalidade e confiança, na qual a auto-revelação do terapeuta valida a experiência do cliente, fortalecendo a humanidade compartilhada. E4P4 compartilha que *"na medida em que a pessoa se auto revela para mim, eu escuto e valido e, talvez, eu tenha algumas situações que possa também autorrevelar sobre a própria experiência, né, fortalecendo esse elemento de humanidade compartilhada (...) pessoas passam por processos semelhantes assim"*.

Sessões Experienciais, Dinâmicas, Bem humoradas e Investindo em Metáforas

Os terapeutas discutem que as sessões em ACT são altamente experienciais e muitas vezes imprevisíveis, enfatizam a importância de estar presente no momento e de adaptar a sessão às necessidades emergentes dos pacientes. E1P4 aborda sobre *"Estar ali no momento, trazer o humor como uma*

possibilidade, numa sensação fluida, muito sentida". Também, destacam o uso de metáforas como uma ferramenta poderosa na terapia, permitindo aos clientes enxergarem seus dilemas a partir de outras perspectivas. O uso de metáforas demonstra facilitar a conexão emocional e uma melhor compreensão das experiências internas. E1P1 relata que *"É muito mágico, é emocionante a parte das metáforas (...) Eles levam para casa, então, assim, eles retornam para a terapia e falam: eu fiz aqui e deu certo! Então, assim, acho que uma sessão muito viva"*.

O uso de metáforas e ferramentas auxiliares foi mencionado como um meio eficaz para ajudar os clientes a compreender e trabalhar com a presença. Os participantes indicaram que essas ferramentas podem enriquecer a prática terapêutica, tornando os conceitos mais acessíveis e aplicáveis na vida cotidiana dos clientes. E4P2 destacou o uso de molduras dêiticas, pautada nos pressupostos da RFT para facilitar o trabalho com o *self*, por meio do uso de perguntas, como menciona *"(...) como é que você se percebe enquanto você está fazendo isso?", "Como é que você se percebe enquanto você está falando isso aqui para mim" ou "Como é que você se percebe, como você estava naquele momento fazendo isso?"*. Essas ferramentas ajudam os clientes a explorar suas percepções e experiências internas de maneira mais profunda, promovendo uma maior consciência e presença no momento.

Diversas ferramentas e metáforas foram elencadas como auxiliadoras na clareza e no engajamento. E1P3 mencionou a utilização da metáfora da moeda para explicar a relação entre valores e dor, sugerindo que essa postura pode tornar conceitos abstratos mais tangíveis para os pacientes, afirmando: *"Trabalhar dentro dessa perspectiva, né, da metáfora da moeda, que tem dois lados (...) é o continuum, né, de dor e valor e dentro da questão de escolher seu difícil"*. E1P5 e E2P3 relataram o uso da *Matrix* para visualizar valores e compromissos, além de elaborar sentimentos de desesperança. Além dessas ferramentas, os participantes E2P4 e E2P5 ressaltaram a importância do engajamento ancorado na relação terapêutica, indicando que a própria relação terapeuta-cliente pode facilitar o engajamento do paciente. E3P1 destacou o trabalho de desfusão e contato com o presente

como estratégias para promover o engajamento, enquanto E5P2 observou que o processo de clareza de valores ocorre ao longo do tempo.

E5P5 e colegas discutem que, embora haja um planejamento prévio para as sessões, os terapeutas reconhecem a necessidade de flexibilidade e adaptação com base nas circunstâncias levantadas pelo próprio cliente, no momento do encontro, e apontam ao fato de que isso permite que a terapia permaneça relevante e eficaz, respondendo às necessidades imediatas do cliente. E2P4, E5P2 acrescentam que as sessões ACT são frequentemente descritas como menos estruturadas e mais adaptáveis, permitindo que o conteúdo e o foco da sessão evoluam naturalmente a partir do que o cliente apresenta. E2P5 afirma sobre *"desenvolver a flexibilidade psicológica a partir do que o paciente traz como mais urgente"*.

Tirar da Literalidade: A Desconstrução de Rótulos e Regras Usando a Desesperança Criativa

E1P7 explica a desfusão como a promoção de um espaço no qual os clientes podem explorar novas formas de se relacionar com o pensamento. E5P2 utiliza a metáfora de uma sala escura, onde a coragem e a disposição para enfrentar o desconhecido são necessárias para iluminar o caminho e promover a desfusão. No entanto, E5P5 observa que os pacientes podem inicialmente estranhar esse processo, evidenciando a necessidade de sensibilidade e paciência por parte do terapeuta ao introduzir essas práticas. E1P7 problematiza afirmando que *"(...) a gente [terapeutas] é o contexto, né? Então, na verdade, eu sou ali, um contexto que busca gerar condições para que algo aconteça, a gente está pensando em abertura e desfusão, então, eu penso em termos de consequência, né? Como é que eu posso gerar em relação aos eventos privados ali, os pensamentos e os sentimentos do meu cliente, um contexto em que seja facilitada uma postura dele, de abertura ou de desfusão?"*.

A "desesperança criativa" surge como uma experiência fundamental no trabalho de aceitação. E2P6 afirma que *"Para trabalhar abertura vem como se fosse pré-requisito antes ter sido trabalhado a desesperança criativa."* Trabalhar a abertura no contexto terapêutico é um exercício contínuo de conexão e envolve tanto o terapeuta quanto o cliente, ambos no

contexto que possibilita a transformação. A abertura é fundamental na construção da relação terapêutica, sendo um desafio que exige do terapeuta a habilidade de trabalhar em si mesmo. Para E5P3 trabalhar abertura também é dizer: *"Eu tô aqui, pode falar vamos falar sobre isso que doi, eu tô aqui pra te ouvir"*.

E1P1 enfatizou a necessidade do indivíduo abandonar rótulos pessoais para facilitar o engajamento, enquanto E3P1 discutiu os desafios de caminhar em direção a regras versus valores. Contribuindo com isso, o participante E3P3 diferenciou regras sociais e valores pessoais, sugerindo que a compreensão dessa diferença é essencial para a autenticidade do engajamento. E2P3 destacou a importância de vivenciar a desesperança com o cliente como parte do processo terapêutico. Dando seguimento a essas ideias, os participantes E1P6 e E4P1 deram destaque a identificação de valores através da dor e do desconforto como uma parte essencial do trabalho terapêutico, indicando que enfrentar e trabalhar com tais experiências pode levar a uma maior clareza e engajamento.

Supervisão e Terapia Pessoal: A Importância de Não Julgar ou Ser Antiético, Respeitar a Autonomia do Cliente e, Ao Mesmo Tempo, Não Ser Neutro

Além da importância de experienciar a ACT, a supervisão e a terapia pessoal tiveram também destaque na fala dos participantes, sendo vistas como cruciais para o desenvolvimento e a manutenção da competência terapêutica dos profissionais. Treinos, workshops e psicoterapia pessoal são componentes recomendados para sustentar a capacidade terapêutica e garantir a atualização constante das habilidades (E1P3, E1P5, E4P1, E4P2). A perspectiva dos participantes é exemplificada pela seguinte fala: *"O terapeuta precisa fazer terapia, ele precisa treinar mais, acho que ele também precisa fazer a supervisão, que são coisas para o aprendizado da pessoa mesmo, né, estudar, ser sensível ao contexto do cliente, ser humano (E1P5)"*.

O tópico "não julgar" apareceu repetidas vezes nas falas dos participantes, na justificativa de que, embora óbvio para muitos profissionais, precisa ser frequentemente lembrado, uma vez que falamos de relações humanas reais pautadas na vulnerabilidade de ambos os lados. A participante E2P5 reitera que

“Punir pode ter efeitos de comportamentos muito indesejados também e é uma postura completamente antiética.” Os terapeutas não devem julgar seus clientes ou suas experiências, independentemente dos valores identificados, pois, ao julgar, o terapeuta compromete a relação terapêutica e o progresso do cliente. No mesmo caminho, *“Um terapeuta ACT não deve se sentir pronto, preparado e mais sábio que seu paciente”* ou *“Argumentando, num ar de superioridade, como se eu soubesse qual é a maneira correta de viver a vida”* complementa E3P1 e E2P6.

Foi demasiadamente argumentando que independente dos valores apresentados pelo cliente, o terapeuta não é capaz de escolher a vida que o cliente deveria viver sob a ótica dos seus próprios valores, uma vez que não existe o poder de dizer o que é certo ou errado pois a perspectiva norteada está baseada em função. Assim, como corrobora E2P6 *“O terapeuta ACT não pode e não deve ficar debatendo, argumentando, querendo convencer, querendo passar a imagem de que ele sabe o que é melhor para o cliente”*, o que inclui a compreensão de serem contextos de vida individualmente experienciadas. De outro lado, os participantes afirmam que é impossível que um terapeuta ACT seja neutro as pautas sociais que abordam questões políticas com o cuidado de *“não fazer alusão a questões religiosas, ideológicas de forma pró-elitista, impositiva”*, como evidencia E4P2, enquanto convida a reflexão e desenvolvimento do senso crítico e coletivismo.

Para atuar com ACT é necessário se ater à responsabilidade de compreender o que os processos, como termos de nível médio, representam na prática clínica, a fim de não correr o risco de propagar a esquivia experiencial na tentativa de evitá-la (E1P7; E4P1). Para tanto, foi consenso durante os encontros o que a fala de E1P5 retratou quando afirmou: *“não ser ético; começar a assumir trabalhar com ACT sem saber ACT, sendo irresponsável”*, corroborado pela fala de E5P2 quando diz: *“não pode ensinar o paciente a fugir, a evitar a experiência”*. A ausência de conhecimento pode proporcionar invalidação das tentativas do cliente e de como ele lida com o que está sentindo, com a própria subjetividade, apontam E2P5, E5P5, E5P2. Por fim, reafirmam a importância de realizar supervisão e estar atento aos seus próprios processos (E3P1; E4P3).

Expectativas Não Atendidas, Resistência à Abordagem e Dificuldade de Comunicação

Muitos clientes expressaram frustração quando suas expectativas não foram cumpridas em relação aos resultados rápidos esperados das sessões (E1P5, E1P6, E2P6) ou em relação ao tipo de abordagem terapêutica oferecida (E5P5). E1P5 divide um retorno que obteve:

“Um negativo que aconteceu comigo foi que a cliente queria dar um passo em relação à melhora de uma forma muito rápida. Então, ela chegou falando pra mim, assim, que ela não queria enrolar na terapia e que ela queria fazer EPR¹ [Exposição e Prevenção de Resposta] já nas primeiras sessões porque ela tinha lido um livro que já faziam um EPR nas primeiras sessões. Então, lidar com isso foi meio ruim pra mim de início, mas, enfim, esse cliente não ficou”.

Alguns clientes não se sentiram satisfeitos com o andamento das sessões ou destacaram falta de direção clara por parte do terapeuta (E3P3, E4P1, E4P2). E2P5 divide que uma cliente afirmou que *“se sentia pior depois das sessões e que não estava conseguindo lidar, não estava pronta para lidar com as coisas que estavam sendo evocadas durante a terapia, durante as sessões, e que chegava no fim dos encontros, depois que a sessão acabava... ela entrava em crise de ansiedade”*.

Alguns pacientes expressaram resistência ou falta de adaptação à abordagem, como traz E1P6 ao dividir que um cliente o questionou dizendo: *“Nossa, um terapeuta meu disse que trata essa depressão em vinte sessões e você está me dizendo que você não sabe me dizer uma prévia?”* e em relação ao *mindfulness* com a afirmação de *“Para mim isso não funciona, não dá, fico nervoso também, é pior”*, como relata E1P1. Houve relatos de pacientes se sentindo incompreendidos ou frustrados com a falta de conexão na comunicação terapêutica (E1P3, E2P3, E4P3) e isso demonstra como a conexão e a busca por olhar a partir da perspectiva do cliente precisa ser um exercício contínuo.

1 A terapia de EPR parte do princípio de que no TOC os rituais compulsivos e as evitações são comportamentos realizados pelo indivíduo com a finalidade de reduzir a ansiedade ou o desconforto associados às obsessões.

Discussão

O estudo demonstra que o conhecimento teórico alinhado ao manejo prático e técnico, somado ao conhecimento e manejo pessoal, pode resultar na sessão de terapia horizontalizada dentro do que propõe a ACT. Neste ponto de vista, o cliente é convidado a atravessar o caminho pelo qual o próprio terapeuta já foi capaz de passar com curiosidade, disponibilidade e abertura (Hayes et al., 2016; 2022). Durante os encontros, os terapeutas verbalizaram percepções e representações, corroborando que há uma associação entre a flexibilidade psicológica do terapeuta e a flexibilidade psicológica do cliente.

Na mesma direção, compreendendo que a aderência permeia a prática clínica, com um conhecimento já difundido, e a competência clínica, com os atributos pessoais e profissionais de cada terapeuta para exercer sua profissão, a ACT entende que não se abre mão da pessoa que é, em detrimento ao profissional que se deseja desenvolver ou está em desenvolvimento, pois os dois mundos percorrem lado a lado, numa construção contínua e mutuamente trabalhada (Luoma & Vilardaga, 2013). O terapeuta aderente aplica em si a construção já elaborada historicamente, com abertura e disposição, para ser o terapeuta que se deseja desenvolver, sendo capaz de apresentar mais competência (Hayes et al., 1999; 2021; 2022). Tendo em vista este enquadre como uma das hipóteses, os participantes do grupo focal não abordaram diretamente a aderência como um componente que promove competência na atuação clínica e uma nova hipótese pode estar relacionada a ausência de contato com termos técnicos da área de ensino-aprendizagem, uma vez que, a amostra representa predominantemente um grupo de terapeutas clínicos e não pesquisadores e/ou professores.

Pautada numa relação clínica horizontalizada, é sabido que o terapeuta ACT abre mão do suposto saber, tendo como prerrogativa que não sabe mais sobre o outro do que ele mesmo. Em ACT, diz-se que o especialista da pessoa é a própria pessoa, pois ninguém é capaz de conhecê-la melhor do que ela mesma, uma vez que é ela quem sente seus sentimentos e sensações corporais, que lê seus pensamentos e é detentora de suas próprias

memórias. Um dos passos primordiais para uma relação terapêutica significativa é a validação da história do outro e a elegibilidade do critério de verdade, aquilo que não funcionou e/ou funcionou para algo em detrimento de outro (Hayes et al., 2022; Vilardaga; Hayes, 2009). Considerando esta perspectiva, foi esperado e corroborado pelos terapeutas do grupo focal que a relação terapêutica é um componente crítico que contribui para a configuração do desfecho clínico.

A presente pesquisa demonstra que os terapeutas que praticam ACT no Brasil, deste pequeno recorte amostral, são enfáticos quando concordam que a flexibilidade psicológica é o objetivo principal do processo psicológico na ACT e ocorre, primeiramente, com a abertura no momento presente. Concordam que, ao abordar as emoções e experiências difíceis do cliente, é essencial não tentar modificar ou intervir no que ele sente, mas convidá-lo à disposição de sentir o desconforto. Os participantes descrevem um forte sentimento de coragem e da capacidade de lidar com a própria ansiedade quando surgem relatos de esperança e desejo de continuidade de acompanhamento, uma mudança percebida na abertura emocional dos clientes e na perspectiva sobre a vida e seus demais comportamentos. Em suma, a importância do vínculo, da criação de espaço seguro, percepção de presença e acolhimento humano aparecem como retorno positivo do investimento no processo terapêutico e a própria adesão à terapia.

Existem algumas limitações metodológicas importantes a serem evidenciadas neste estudo. O recorte amostral de 27 participantes não permite a generalização dos resultados para o contexto brasileiro, uma vez que, além do pequeno limite amostral, também houve prevalência da região sudeste do país, predominantemente formado por mulheres brancas, impossível de retratar toda a magnitude e sapiência de outras regiões populosas e diversas. Apesar de estarem em concordância com a participação no teor da discussão, nem todos os participantes se consideram um terapeuta ACT ou já foram supervisionados em ACT, e menos da metade já realizou mais de 10 *workshops*. Desta forma, compreende-se este estudo como um passo embrionário para a investigação da atuação de terapeutas ACT no Brasil.

Como desdobramentos possíveis desta pesquisa, espera-se a ampliação da amostra para incluir terapeutas de diferentes regiões, gêneros e contextos socioculturais, o que permitirá análises mais representativas da prática da ACT no Brasil. Outro caminho é investigar com maior profundidade a relação entre aderência e competência, já que este estudo apontou indícios, mas não foi conclusivo. Estudos longitudinais poderiam acompanhar terapeutas em formação na prática clínica, observando como a flexibilidade psicológica e a competência se desenvolvem ao longo do tempo. Também, se espera que essa pesquisa contribua para a produção de materiais de ensino e supervisão em ACT, adaptados à realidade brasileira, apoiando a formação de terapeutas mais aderentes e competentes, alinhados com os princípios da abordagem.

Referências

- ACBS. (2024a, June 17). *ACT Certification* | Association for Contextual Behavioral Science. Contextualscience.org. https://contextualscience.org/act_certification
- ACBS. (2024b, June 17). *State of the ACT Evidence* | Association for Contextual Behavioral Science. Contextualscience.org. https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence
- ACBS. (2024c, June 18). *ACT Core Competency Self-Assessment for Clinicians* | Association for Contextual Behavioral Science. Contextualscience.org. https://contextualscience.org/act_core_competency_selfassessment_for_clinicians
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (L. Antero Reto, Ed.). Edições 70.
- Bordini, G. S., & Sperb, T. M. (2011). O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa. *Psicologia Em Estudo*, 16, 437–445. <https://www.scielo.br/j/pe/a/MjNSyC5m4mbfPVbrLJCsPxt/>
- Dillenburg, M. S., Ludwig, M. W. B., Garicochêa, P. R., Boff, N., Zancan, R. K., & Oliveira, M. da S. (2021). Aderência e Competência de Terapeutas a um Programa para Redução de Estresse Baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso. *Contextos Clínicos*, 14(2), 360–385. <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.142.01>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(18), 181–192.
- Harris, R., & Hayes, S. (2019). *ACT Made Simple* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hayes, L. L., & Ciarrochi, J. V. (2015). *The Thriving Adolescent*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Dermot Barnes-Holmes, & Roche, B. (2014). *Relational Frame Theory*. Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso - 2.ed.* Artmed Editora.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

- Karina, F. (2012). ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN. *Revista Eletrônica de Educação*, 6(1), 383–387. <https://doi.org/10.14244/%19827199291>
- Long, D. M., & Hayes, S. C. (2018). Development of an ACT prototype for therapeutic skill assessment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.008>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT : an acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Nacional, I. (2016, April 7). RESOLUÇÃO No 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016 - *Imprensa Nacional*. [Www.in.gov.br. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581)
- O'Neill, L., Latchford, G., McCracken, L. M., & Graham, C. D. (2019). The development of the Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure (ACT-FM): A delphi study and field test. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.008>
- Polk, K. L., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT matrix : a new approach to building psychological flexibility across settings & populations*. Context Press, An Imprint Of New Harbinger Publications, Inc.
- RESOLUÇÃO CFP Nº 016/2000, Conselho Federal de Psicologia (2000). <http://cedoc.crpsp.org.br/handle/1/2644?show=full>
- Sousa, J. R. de, & Santos, S. C. M. dos. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. *Revista Pesquisa E Debate Em Educação*, 10(2), 1396–1416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
- Thompson, B. L., Luoma, J. B., Terry, C. M., LeJeune, J. T., Guinther, P. M., & Robb, H. (2015). Creating a peer-led acceptance and commitment therapy consultation group: The Portland model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.004>
- Transkriptor. (2024). *Software para transcrição automática*. Transkriptor! <https://transkriptor.com/>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>

Histórico do Artigo

Submetido em: 03/05/2025

Aceito em: 29/09/2025

Terapia de Aceitação e Compromisso: compreensão e intervenções possíveis sobre o racismo internalizado

Acceptance and Commitment Therapy: understanding and possible interventions for internalized racism

Cainã Nascimento¹

[1] Pesquisador independente | **Título abreviado:** ACT e racismo internalizado | **Endereço para correspondência:** | **Email:** caina.sbn@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.023

Resumo: O racismo hierarquiza pessoas com base no construto de raça, promovendo falsa superioridade intelectual, ética e moral. Uma de suas consequências é o fenômeno do racismo internalizado, a reprodução de noções aversivas de um indivíduo sobre si mesmo e/ou seu grupo e suas consequências. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem promissora na promoção de relações intrapessoais mais saudáveis. Este estudo mostra um possível entendimento da ACT e de suas intervenções sobre o racismo internalizado na população negra. Teoricamente, as premissas e intervenções da ACT poderiam trazer maior saúde àqueles afligidos pelo racismo internalizado, entretanto, somente com estudos empíricos será possível verificar sua efetividade.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT); racismo internalizado; Teoria das Molduras Relacionais (RFT); racismo.

Abstract: Racism hierarchizes individuals based on the construct of race, promoting false intellectual, ethical, and moral superiority. One of its consequences is the phenomenon of internalized racism, the reproduction of aversive notions about oneself and/or one's group and its consequences. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a promising approach in fostering healthier intrapersonal relationships. This study explores a potential understanding of ACT and its interventions regarding internalized racism in the Black population. Theoretically, the premises and interventions of ACT could contribute to greater well-being for those affected by internalized racism, but only through empirical studies can its effectiveness be confirmed.

Keywords: internalized racism; Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Relational Frame Theory (RFT); racism.

Terapia de Aceitação e Compromisso: Compreensão e Intervenções Possíveis Sobre o Racismo Internalizado

O código de ética do psicólogo postula princípios fundamentais que orientam sua prática, incluindo o respeito à liberdade, dignidade, igualdade e integridade humana. O profissional busca promover saúde, analisar criticamente a realidade social e eliminar formas de negligência, discriminação, violência e opressão. Além disso, o psicólogo deve contribuir para o acesso universal à informação e aos serviços psicológicos, seguindo os padrões éticos da profissão (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005).

No contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades, o psicólogo enfrenta desafios significativos à realização dessas aspirações. A discriminação contra a população negra é evidente, com indicadores sociais, econômicos e políticos desfavoráveis. O racismo, baseado em atribuições injustas de traços psicológicos e morais, estrutura relações de violência. Essas crenças e estereótipos prejudicam a plena participação e bem-estar dos indivíduos negros na sociedade brasileira Almeida, 2019; CFP, 2005; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022. A compreensão desses desafios é essencial para o psicólogo atuar de forma ética e sensível às demandas sociais.

Trabalhos como os de Smolen e de Araújo (2017) e Damasceno e Zanello (2018) apontam a conexão problemática entre racismo e saúde mental, especificamente no que tange a vida subjetiva da pessoa negra. Partindo do pressuposto de que as iniquidades em termos de saúde mental que atingem a população negra não tem base biológica e genética, cabe compreender a interação entre o funcionamento social e o indivíduo que nele está inserido, buscando localizar interlocuções indivíduo-meio que produzam mal-estar.

Dentre seus muitos resultados, o racismo afeta a autopercepção e a compreensão da realidade dos indivíduos afetados. Um fenômeno relevante nesse contexto é o “racismo internalizado”, a reprodução de noções aversivas de um indivíduo sobre si mesmo e/ou seu grupo e suas consequências (Araújo et al., 2022). Especificamente, pessoas

pertencentes a minorias raciais podem reproduzir estereótipos negativos associados ao seu grupo, resultando em diversas experiências emocionais, cognitivas e comportamentais. Isso pode incluir evitar interações com outros indivíduos negros devido à crença nesses estereótipos ou sentir vergonha de suas características físicas, buscando assimilar-se ao grupo dominante.

O entendimento da natureza ubíqua do sofrimento mental proposta pela Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) pode ser uma ferramenta importante para que se transforme a relação do indivíduo com as reproduções de respostas aversivas privadas que estão além de seu controle, como no caso daqueles afetados pelo racismo e, especificamente, pelo racismo internalizado. Para seu principal fundador, Steven Hayes et al (2021), o sofrimento psicológico é perpassado pela relação entre a linguagem e a cognição humana mais recentes e as fontes mais antigas de controle do comportamento. Dentro de sua organização, compreende seis processos psicológicos: a aceitação, que envolve a disponibilidade de acolher plenamente experiências internas indesejadas, como pensamentos, emoções e sensações físicas, sem tentar evitá-las ou controlá-las; desfusão cognitiva, constituída pela capacidade subjetiva de deslateralização dos pensamentos, ou seja, percebê-los precisamente como fenômenos mentais; o “self-como-contexto”, uma tomada de perspectiva de si próprio enquanto testemunha dos próprios pensamentos e emoções; a atenção flexível, a possibilidade de direcionar a atenção conforme as demandas do contexto atual do organismo; a clareza de valores envolve a identificação de padrões, ou qualidades de ações que permeiam a vida do indivíduo de forma significativa; e, por último, o processo de ação comprometida, a possibilidade de agir na direção dessas qualidades de ação a despeito de barreiras e desafios internos. Esses seis processos se vinculam entre si e são a bússola da ACT na busca por uma maior flexibilidade psicológica e uma vida mais satisfatória e plena do sujeito (Hayes et al., 2021).

Apesar do crescente destaque da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) na psicologia, especialmente em relação à sua eficácia comprovada, há uma lacuna na produção científica brasileira sobre a ACT e o sofrimento da população negra. Esse descompasso entre a intenção de promover saúde

de forma equitativa e a escassez de estudos reflete-se na análise do comportamento, abordagem da qual a ACT emerge. A análise do comportamento enfrenta uma baixa produção de estudos nas relações raciais, incluindo a própria terapia de aceitação e compromisso (Silva et al., 2022).

Diante desses desafios, há uma demanda ética e prática para ampliar a produção científica nessa área. A análise do comportamento tem potencial para contribuir significativamente no entendimento e enfrentamento do racismo. É necessário promover um maior engajamento dos analistas do comportamento nessa temática, incentivando a realização de pesquisas empíricas e teóricas, bem como a aplicação dos conhecimentos adquiridos no desenvolvimento de intervenções eficazes (Mizael & Souza, 2019). Essa mudança contribuirá para a expansão do conhecimento científico, para a promoção da justiça social e a redução das desigualdades raciais em nossa sociedade; e, dentro da seara da psicologia, irá suplementar um conhecimento escasso e necessário no contexto brasileiro (Damasceno & Zanello, 2019).

Partindo desse entendimento, o presente trabalho discute o entendimento do racismo internalizado à luz dos seis elementos que compõem o Hexaflex, estrutura conceitual basilar para a ACT, buscando pensar o bem-estar da população negra através de uma maior compreensão do fenômeno e possíveis aproximações com textos que trabalhem análise do comportamento e relações raciais.

Método

O método para construção do texto foi primeiramente de revisão narrativa, ou seja, uma análise de literatura flexível, que visa investigar um determinado assunto sob a ótica de produções bibliográficas passadas, com recorte específico no tempo e também em determinadas fontes de dados. A revisão busca agregação, aquisição e atualização do conhecimento sobre a temática, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada (Vidal & Fukushima, 2021).

O enfoque original da revisão foi examinar as produções que relacionam o racismo e a abordagem da ACT. A pesquisa teve uma série de parâmetros como delimitação no tempo das publicações (de 2017 em diante), restrição a produções em português (buscando se ater ao contexto brasileiro) utilizando os seguintes termos em separado ou em conjunto: racismo, racismo internalizado, ACT, terapia de aceitação e compromisso, RFT, teoria das molduras relacionais, preconceito racial, raça e cultura.

Em um primeiro momento não foram encontrados artigos cuja temática da ACT fosse vinculada às relações raciais, por isso houve uma ampliação do foco onde o termo “análise do comportamento” substituiu os termos “ACT” e “terapia de aceitação e compromisso” como descritores na busca. Doravante essa mudança a pesquisa levou a uma subseleção específica de artigos das bases de pesquisa Scielo e BVSalud, contemplando produções das revistas *Acta Comportamentalia*; *Perspectivas em Análise do Comportamento*; *Psicologia*; *Ciência e Profissão*; *Ciência e Saúde Coletiva*; *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*; *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*; *Psicologia Clínica e Psicologia em Estudo*. Foram então filtrados sete artigos cujo conteúdo trata da temática de análise do comportamento, teoria das molduras relacionais e racismo conforme a Tabela 1.

A análise dos artigos reforçou o interesse na conexão entre o racismo internalizado e a terapia de aceitação e compromisso (ACT), fundada nos princípios da teoria das molduras relacionais e da análise do comportamento. Para isso, investigaram-se os conceitos fundamentais do Hexaflex, os entendimentos da teoria das molduras relacionais, e as possibilidades de compreensão do racismo internalizado. O objetivo foi formular hipóteses sobre como a ACT pode abordar o racismo internalizado e intervir de forma positiva nesse efeito prejudicial da desigualdade racial. Priorizou-se a literatura brasileira dos últimos dez anos, com exceção de alguns textos de Hayes, que são fundamentais para o desenvolvimento da Terapia de Aceitação e Compromisso.

Tabela 1. Resultados da revisão narrativa.

Nome do artigo	Descritores	Revista	Ano
Análise do comportamento e preconceito racial: Possibilidades de interpretação e desafios.	preconceito racial, racismo, paradigma de equivalência de estímulos, teoria das molduras relacionais, RFT, análise do comportamento.	Acta Comportamentalia	2017
Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se "Tornaram Negras"	racismo; saúde mental; análise do comportamento; terapia cognitivo-comportamental; população negra	Ciência e Profissão	2019
Utilizando o Go-IRAP para mensurar vieses raciais em policiais.	análise do comportamento, teoria dos quadros relacionais, polícia, racismo, IRAP	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	2020
Uma Análise do Comportamento Contracultural: Perspectivas e Desafios.	Análise do Comportamento, neutralidade científica, cultura, contracultura, compromisso social	Perspectivas em Análise do Comportamento	2022
Racismo Internalizado: Uma Perspectiva Analítico-Comportamental	racismo internalizado, preconceito racial, comportamento verbal, comportamento simbólico, eventos privados	Perspectivas em Análise do Comportamento	2022
Questões raciais na análise do comportamento: Uma análise preliminar sobre a baixa produção da área	questões raciais, racismo, análise do comportamento	Perspectivas em Análise do Comportamento	2022
O impacto da piada racista na construção do self de pessoas negras	análise do Comportamento, comportamento verbal, self, piadas racistas, teoria dos quadros relacionais	Perspectivas em Análise do Comportamento	2023

Desenvolvimento

Racismo internalizado

A partir de Fanon, um autor basilar para os estudos de relações raciais e decolonialidade, o racismo internalizado é proveniente da erosão contínua proveniente da difamação e injustiça sofrida pela população negra, manifesta em dúvida, confusão de identidade e sentimentos de inferioridade do indivíduo sobre o grupo racial no qual está incluso (Bernardino-Costa, 2016).

Conforme é contínuo o contato com ideias pejorativas, eventualmente pode-se dar crédito a ideias inferiorizantes sobre qualquer grupo racial mesmo que seja seu próprio (Araújo et al., 2022). Em um meio social de intenso contato midiático o contato com uma cultura, bem como a aprendizagem e reprodução daquilo que ela manifesta é um processo contínuo e muitas vezes automático, o que pode tornar sorrateiro desenvolvimento do

racismo internalizado. A despeito desse aspecto sutil, sua influência toca valores, crenças, história e até características físicas enxergadas através de um prisma de inadequação do indivíduo que internaliza as assimétricas relações raciais do mundo (Araújo et al., 2022). A depender da função, certos comportamentos podem tomar inclusive a intencionalidade de aproximar o indivíduo negro de uma experiência mais aceitável, como a realização de procedimentos estéticos como afinamento do nariz, alisamento dos cabelos ou clareamento da pele no intuito de conformidade com o fenótipo da pessoa considerada branca, afastando-o de uma experiência de aprendizagem aversiva correlata com sua aparência, ou atos enquanto pessoa negra.

Segundo Mizael e de Rose (2017) A Teoria das Molduras Relacionais (RFT) é uma das ferramentas do comportamentalismo de possível uso para compreensão e posterior intervenção sobre as assimétricas relações raciais brasileiras. Dada a sua

conexão à ACT, ela será enfocada aqui como caminho até a compreensão possível da abordagem de aceitação e compromisso do fenômeno do racismo internalizado.

RFT

A RFT é uma teoria que evolui junto da ACT a partir de uma base contextual funcional (Perez, 2021). Seu enfoque é a pesquisa de relações derivadas a partir de relações entre estímulos e a proposta de que a linguagem e cognição humana é baseada em um complexo padrão relacional de respostas, que vão se generalizando conforme são treinadas em distintos contextos. Esse ato de responder relacionalmente para além das características topográficas presentes (arbitrariamente aplicável) é a principal peça dessa grande rede de estímulos, e é geralmente simbolizado pela sigla RRAA (Bim & De Almeida, 2020).

Segundo Perez e colaboradores (2013), o RRAA distingue-se de outras classes de comportamentos devido a uma tríade de características, produzidas através de uma vasta aprendizagem onde propriedades funcionais são modeladas e mantidas pelos seus resultados nas relações com a comunidade verbal, soluções de problemas intra e interpessoais. A primeira característica, a implicação mútua, demonstra a relação bidirecional entre estímulos (Alberto tem a pele mais escura que Bru, logo Bru tem a pele mais clara que Alberto); a implicação combinatória sinaliza a propriedade de que duas ou mais relações entre estímulos podem se combinar, aumentando sua complexidade (Alberto tem a pele mais escura que Bru e Bru tem a pele mais escura que Clarissa, logo Clarissa tem pele menos escura que Alberto); e a transformação de funções implica a possibilidade da função de um estímulo ser transformada a partir das relações com outros estímulos (dada a relação arbitrária de que é valorizado positivamente ter a pele clara, diante da pergunta “quem é mais valorizada ou superior: Clarissa, Bru ou Alberto?”, podem dizer que é Clarissa).

A escolha do exemplo de Alberto, Bru e Clarissa tem a função dupla de elucidar os RRAAs e mostrar algumas das implicações (mesmo que grosseiramente) do fenômeno sobre o comportamento privado ou público, inclusive no âmbito das rela-

ções raciais. A busca apresenta uma hipótese sobre o processo em diferentes níveis do funcionamento do RRAA e suas particularidades, suas interações aplicadas a derivações significativas para o entendimento de relações raciais (superioridade e características como cor da pele, por exemplo) até, por fim, uma hipótese sobre esse desenvolvimento em relação intrapessoal do indivíduo negro que passou por tais derivações.

A aprendizagem de RRAAs parece ser um marcador importante do desenvolvimento humano (Perez et al., 2013). De palavras, frases e histórias à atribuição de regras, o indivíduo, bem como um coletivo vai criando uma complexa rede de conceitos que podem vir a controlar comportamentos. Em alguns casos isto é extremamente útil para nossa organização e sobrevivência, mas em outros casos, pode vir a controlar nosso comportamento mesmo na ausência de um contexto onde a regra faça sentido, como, por exemplo, perceber uma pessoa negra como relacionada e identificada com palavras vistas como negativas ou pejorativas (como perigosa, por exemplo) independente de um contexto sensato para tais atribuições (Pereira & Santos, 2020).

Assim sendo, o preconceito racial é a transformação derivada de funções de indivíduos com base em contato verbal com uma série de regras específicas (nesse caso, racistas) sobre o grupo conceitualizado. Quando um indivíduo negro, inserido nessa sociedade, aprende, ele inevitavelmente entra em contato com as regras, ou seja, redes relacionais entre eventos que explicam o fenômeno de inferiorização apontado por Fanon e resumido no começo de nossa discussão (Mizael e de Rose, 2017).

No exemplo anterior, Alberto aprendeu que tem a pele mais escura e, dados treinamentos em diversas situações, iria aprender a relacionar a informação “pele escura” a outras, como “ser inferior”. Conforme discutido adiante, em relação a formação do self para a ACT, Alberto irá produzir relações verbais de igualdade (Eu sou Alberto), cujas consequências irão eclodir em manifestações de racismo internalizado (Eu sou Alberto; Alberto tem a pele escura; pele escura é inferior, logo, eu sou inferior), conforme a figura 1 busca demonstrar, culminando em um possível comportamento privado de racismo internalizado de Alberto.

FIGURA 1

O RESPONDER RELACIONAL ARBITRARIAMENTE
APLICÁVEL E O RACISMO

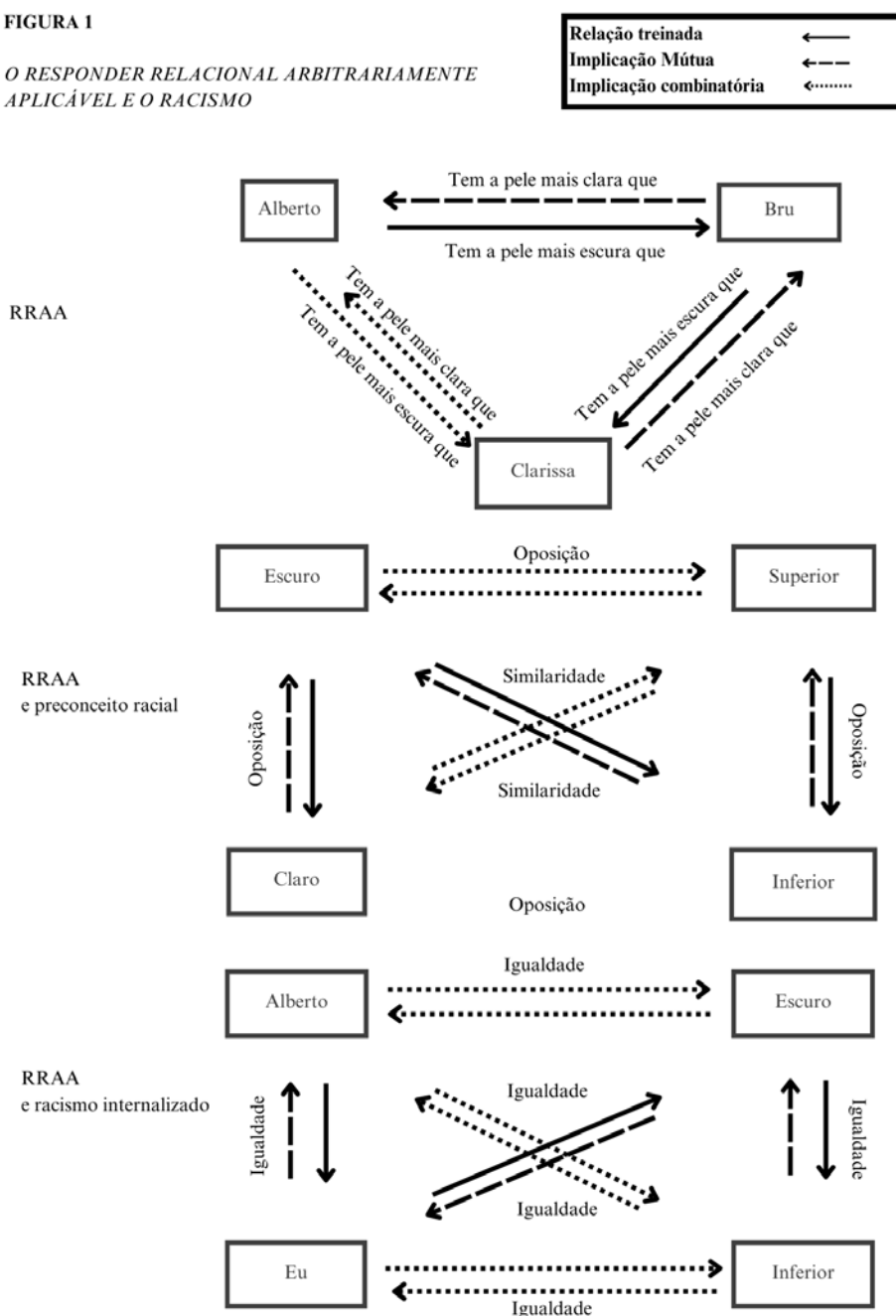


Figura 1. O responder relacional arbitrariamente aplicável e o racismo.

ACT

Apoiada na RFT, a ACT utiliza seu entendimento sobre linguagem como um ponto de partida, para então prever e influenciar comportamento com a finalidade de cultivar a chamada flexibilidade psicológica, o aumento de variação funcional em comportamentos possíveis e a habilidade de responder de forma adaptativa ao mundo externo e interno do sujeito. Diferentemente de outras abordagens,

a mudança do conteúdo dos pensamentos e sentimentos do consulente não é visado enquanto objeto a ser mudado, mas sim a relação que se tem com este (uma pessoa negra, por exemplo, não controla ter pensamentos que dizem que um espaço não é acessível para ela devido a sua raça, mas pode notar e desvalorizar esses pensamentos advindos de uma comunidade verbal racista) (Hayes et al., 2021).

Os pressupostos da ACT e suas interações com a cultura vigente em alguns aspectos, especialmente quando se trata de seus pressupostos antiessencialistas e multifatoriais são especialmente úteis no enfraquecimento de algumas das regras sobre as quais o fenômeno cultural do racismo emerge (Laurenti & Lopes, 2022). A suposição de uma natureza essencial fixa ou identidade imutável dos seres humanos contribui para a manutenção das relações raciais assimétricas e o desenvolvimento do racismo internalizado. A visão da ACT reconhece que as pessoas estão em constante evolução, influenciadas por diversos fatores contextuais. Os estudos de Laurenti e Lopes (2022) destacam a contraposição da análise do comportamento (e, por extensão, da ACT) a esses pressupostos de valorização de crenças essencialistas, categorização rígida das pessoas em grupos e atribuição de uma suposta capacidade individual como requisito para uma vida plena de recursos materiais e imateriais.

Além do antiessencialismo, a ACT considera a influência interconectada de pensamentos, emoções, sensações corporais, contexto social, cultura e história de vida na trajetória de indivíduos e comunidades. Essa compreensão converge com a perspectiva de que a comunidade social não apenas é estruturada, mas também estrutura cada um de seus indivíduos, considerando a história de opressão racial (Almeida, 2019).

Partindo desses pressupostos a ACT desenvolve ferramentas poderosas para que o indivíduo alcance certa medida de liberdade em relação aos eventos internos que surgem das aprendizagens sociais, o que é especialmente significativo para indivíduos politicamente minorizados (Gallo et al., 2019). O uso crítico desses dispositivos pode permitir uma nova forma de se relacionar com a realidade dos comportamentos privados e as atividades decorrentes deles, promovendo o aumento das habilidades sociais, o fortalecimento da autoestima e o desenvolvimento da capacidade de autocompaixão e autocuidado (Kuratani & Tavares, 2019). A seguir, o texto discorre sobre os processos do Hexaflex e possíveis relações com o fenômeno do racismo internalizado.

Aceitação

O processo de aceitação consiste na disponibilidade para pensar ou sentir, mesmo quando desagradável, sem tentar controlar essas experiências. É im-

portante dissociar a aceitação de necessariamente gostar ou concordar com aquilo que é experienciado e reforçar que é um processo de presença, com abertura e curiosidade, ao invés de responder a eles com a função de evitar os seus próprios fenômenos mentais (Hayes et al., 2021).

A evitação experiencial, por outro lado, é a tentativa de suprimir as experiências internas desconfortáveis. Pode levar a um ciclo de sofrimento, uma vez que tentar evitar pensamentos ou emoções muitas vezes resulta em um aumento da intensidade ou frequência dessas experiências (Hayes et al., 2021).

Partindo do pressuposto de que o racismo é um fenômeno aversivo, quando for manifesto em eventos privados, como pensamentos e sentimentos pode ser visto como inaceitável, o que pode levar a tentativas de evitação destes a todo custo. É no mínimo improvável não ter pensamentos ou sentimentos atrelados às construções verbais que cercam o indivíduo em desenvolvimento, logo, em uma sociedade racista, evitar as experiências de pensamentos ou sentimentos racistas é uma estratégia possivelmente prejudicial a médio e longo prazo. A aceitação, por outro lado, permite um acolhimento de algo que está para além do controle direto, fomentando ganhos de flexibilidade psicológica nos mais diversos contextos, e auxiliando em uma relação mais fluida e funcional com estigmas que acompanham a racialização (Monteiro et al, 2015).

Desfusão

Mello e Almeida (2021) fazem uma complexa investigação sobre desfusão cognitiva e demonstram que o termo é de difícil definição precisa. A fim de utilizar o conceito em relação ao racismo internalizado, pode-se dizer de forma sintética que a desfusão cognitiva é uma relação flexível de um indivíduo para com seus pensamentos, enquanto a fusão cognitiva atribui uma relação de “verdade” aos conteúdos dos pensamentos sem questionamento crítico, tornando corriqueiro o seguimento de regras (como, por exemplo, “este não é seu lugar”) mesmo que o contexto direto não apoie a relação verbal.

Tanto a fusão com as ideias racistas internalizadas quanto os julgamentos por essas ideias existirem podem ocasionar sofrimento psicológico e comportamentos coerentes com essas experiências

internas mesmo quando não são úteis ou coerentes com seus valores e objetivos. A desfusão cognitiva pode criar, então, distância destes pensamentos, destituindo-os de uma certa qualidade de verdades absolutas.

Atenção

Segundo a obra seminal “Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente” (2021), a atenção flexível é a habilidade treinável de direcionamento atencional. Através dela o indivíduo pode ter uma relação mais direta com o que lhe é significativo, ao invés de ter a atenção imantada a pensamentos sobre o passado ou o futuro, regras descontextualizadas ou padrões de evitação experiencial.

O cultivo dessa atenção flexível pode levar a ampliar a percepção de suas experiências internas e externas, e a responder de forma mais flexível ou ampla em relação ao momento presente. Quando associada às mais diversas apresentações do racismo internalizado, a atenção flexível pode servir como uma forma de mobilizar os outros processos do hexaflex, como, por exemplo, conectar-se com as sensações táteis do próprio cabelo ou feições buscando mobilizar a desfusão de pensamentos pejorativos; perceber eventos privados aversivos enquanto toma uma ação compromissada sem precisar mudar de curso (ocupar um espaço que é dito inacessível por uma cabeça que reprisa aprendizagens racistas, por exemplo), notar a experiência de ser uma pessoa negra e ter diversas correlações com aspectos positivos da cultura, podendo inclusive forjar valores relacionados a essas experiências, algo que só é possível a partir da atenção ao que ocorre (e.g., praticar capoeira e perceber-se desafiado, deleitado, dolorido e feliz). A versatilidade do modelo da ACT encoraja a criação de diversos estratégias para acionar processos de flexibilidade psicológica, portanto, aqueles mencionados neste parágrafo são somente alguns.

Self Contextual

A ideia de identidade (self) descreve um conjunto de relações verbais que uma pessoa tem em relação a si própria à medida que vai aprendendo com o mundo quem e o que é ou não através de suas interações com o ambiente, outras pessoas, e, depois

nas relações com suas próprias respostas internas (Barbosa & Murta, 2015). Segundo a Terapia de Aceitação e Compromisso, a flexibilidade psicológica tem como um de seus processos o self-como-contexto, que se refere à capacidade de um indivíduo de se observar, seja seus próprios pensamentos, emoções ou comportamentos. Oposto a este aspecto, como uma manifestação de inflexibilidade psicológica, há o self-como-conteúdo, a ideia de si mesmo não como alguém que observa processos mentais, mas como descrito pelo conteúdo que é relacionado a si (Moreira et al., 2017).

O racismo internalizado atravessa e é atravessado pelo processo de Self. As relações que se constituem com o construto verbal “sou negro” podem se refletir como uma cadeia de relações com as quais o indivíduo se identifica (self-como-conteúdo), levando a uma autoimagem negativa e a uma internalização dos estereótipos racistas sobre sua própria identidade racial ou étnica (Ribeiro et al., 2023). Todavia, a depender do contexto, a identidade “ser uma pessoa negra”, pode levar a ações que evitem desfechos deletérios ou que cultivem uma vida significativa ao sujeito (levar em consideração como outros podem reagir em certos ambientes a uma pessoa negra pode modificar ações de maneira protetiva ou mobilizar ações que sedimentam um senso de comunidade, por exemplo).

O desenvolvimento da capacidade de self-como-contexto, por outro lado, pode influenciar a forma como uma pessoa se relaciona com os pensamentos e emoções associados ao racismo internalizado de maneira a perceber que tais comportamentos verbais internos são fruto de um contexto anterior, histórico e não uma falha moral pessoal. Por exemplo, uma pessoa pode se identificar plenamente com os pensamentos e crenças racistas internalizados, sem questioná-los criticamente, o que pode reforçar o padrão de racismo internalizado ou desenvolver a habilidade de se identificar como um observador diante desses pensamentos e crenças, reconhecendo-os como construções verbais e questionando-os de forma crítica, diminuindo o impacto que têm sobre sua vida.

Valores

Os dois aspectos do lado direito do Hexaflex, a ação compromissada e a clareza de valores for-

mam o aspecto de compromisso que dá nome ao modelo terapêutico. Os valores são descrições de aspectos recompensadores na vida do indivíduo dotados de uma independência das consequências das ações que provocam, evoluem e se desdobram conforme o contexto muda, e são livres de consequências sociais arbitrárias. São, portanto, diferentes de “objetivos”, sendo qualidades de ações consideradas importantes e norteadoras da vida do indivíduo (Zilio, 2011). É possível, no entanto, que uma bagagem de experiências marcadas por controle aversivo possa dificultar a sensibilidade em relação àquilo que alguém realmente valoriza (Hayes et al., 2008). No caso do indivíduo negro é possível hipotetizar o quanto as aprendizagens correntes não construam uma inflexibilidade neste sentido, fomentando uma ignorância daquilo que é importante para além de sobrevivência ou conformidade com a cultura, bem como ações na direção de elementos para além da sobrevivência.

Um trabalho de valores voltado a modificar os processos do racismo internalizado poderia cultivar uma maior lucidez sobre o que é importante na vida desses indivíduos para além do que suas mentes reproduzem a partir de aprendizagens racistas. Isso poderia envolver maior capacidade de resposta flexível em ambientes onde normalmente submissão e insegurança são a resposta mais ensinada (trabalho, relações de amizade, romance, família e outras), poder aceitar e se movimentar em direção a valores que poderiam parecer fora da trajetória de uma pessoa negra (ser assertivo, cuidar-se esteticamente, ambição profissional, ser um cuidador adequado); conectar a comunidade que advém da racialização como parte dos valores é também uma possibilidade, aumentando os contextos onde podem se transformar as relações raciais de maneira positiva.

A despeito dos bons augúrios relacionados ao trabalho com valores, é importante lembrar que o contexto brasileiro é especialmente complexo e o indivíduo negro muitas vezes pode se encontrar em uma ambígua situação onde sua evitação pode ser uma necessidade (subordinação mesmo diante de injustiça pode manter um emprego necessário, ou até mesmo a integridade física), portanto é de especial significância nesse caso que se tenha a competência cultural para trilhar a tênue linha que man-

tém a consciência do indivíduo enquanto digno de consideração moral, detentor de valor, e flexível o suficiente para se esquivar onde isso lhe conferir proteção, e a capacidade de se mover em direção a valores, enfrentando riscos calculados (Kuratani & Tavares, 2019).

Considerações finais

A ACT pode ser uma abordagem terapêutica útil para ajudar pessoas que sofrem com o racismo internalizado, auxiliando no desenvolvimento de uma relação mais saudável com seus pensamentos e emoções, em vez de uma experiência de infrutífera luta ou fuga dos próprios eventos internos ao custo de uma vida valorizada. A despeito dessa possibilidade, é necessária a aplicação criteriosa de intervenções para que não se incorra em atitudes descoladas do contexto do paciente, transplantadas de outras culturas, no interesse de evitar “receitas” ou “roteiros” incoerentes com sua situação. Por vezes a inflexibilidade psicológica pode ser marco de sobrevivência em um mundo de cultura francamente hostil à pessoa negra, e a flexibilidade deve sempre estar a serviço desse indivíduo.

É importante considerar a cultura e a identidade racial dos indivíduos em relação à ACT como parte integral de sua compreensão, caso contrário sua falta de adaptação ao contexto das experiências específicas de racismo que as pessoas enfrentam, particularmente no Brasil, poderá tornar a ferramenta imprecisa e ineficaz. O racismo brasileiro é complexo e multifacetado, transbordando em fenômenos como o mito da meritocracia, colorismo, lugar de fala, racismo recreativo, interseccionalidades, racismo estrutural e muitos outros. Há, portanto, uma demanda de mais do que o transplante de estudos, escalas e abordagens, mas sim uma atenção cuidadosa ao contexto que se apresenta e a construção de respostas, a partir de letramento racial, que funcionem ao que se propõe a terapia de aceitação e compromisso frente às especificidades do racismo brasileiro.

A escassez de referências que abordam a interseção da ACT com a subjetividade da pessoa negra pode ser resultado do isolamento da análise do comportamento em relação a outras abordagens

psicológicas, bem como das lacunas na formação em psicologia no Brasil (Silva et al., 2022).

Resistência é uma dentre as múltiplas funções deste texto, como também adição de conhecimento através da costura daquilo que já foi pesquisado, agora aproximado através desta escrita e convite para próximas investigações. Cabe à pesquisadoras orientados pela ética que embasa o trabalho do psicólogo olhar para a demanda pungente e agir de forma compromissada, coerente com seus valores, assim como instrui a metodologia da ACT.

Referências

- Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural*. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Araújo, E. M. de, Xavier, K. A. da S., Souza, L. B. de, & Vichi, C. (2022). Racismo Internalizado: Uma Perspectiva Analítico-Comportamental. *Perspectivas em Análise Do Comportamento*, 13(1), 342–353. <https://doi.org/10.18761/dh000166.set21>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34–49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Bernardino-Costa, J. (2016). A prece de Frantz Fanon: oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona!. *Civitas: Revista de Ciências Sociais*, 16(3), 504–521. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.3.22915>
- Bim, N. R., & de Almeida, J. H. (2020). Como a Teoria das Molduras Relacionais (RFT) Transforma a Clínica Comportamental – Estratégias Recentes para Aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(2), 294–304. <https://doi.org/10.18761/pac.2019.v10.n2.08>
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2018). Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 450–464. <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
- Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2019). Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. *Psicologia em Estudo*, 24. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.42738>
- Gallo, A., Moraes, A., & Fazzano, L. (2019). Psicologia para quem? Uma discussão analítico-comportamental do feminismo, homofobia e racismo. In *Psicologia e Análise do Comportamento: Pesquisa e Intervenção* (pp. 44–53). Universidade Estadual de Londrina. http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2019/02/UELLivro4fev19web.pdf?fbclid=IwAR2LyRl_1nih0v4rpxwLxBM7h0ynlv0TGu9zwk2d-1q3kjuwkp-u2KPwQwVs
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81–104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso - 2.ed.* Artmed Editora.
- (IBGE) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf
- Laurenti, C., & Lopes, C. E. (2022). Uma Análise do Comportamento Contracultural: Perspectivas e Desafios. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 13(1), 025–040. <https://doi.org/10.18761/dh00024.jan22>
- Mello, M. H. S., & Almeida, P. E. M. (2021). Teoria das Molduras Relacionais e Desfusão Cognitiva: Discussões e direções para a pesquisa experimental. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1). <https://doi.org/10.18761/pac.2021.v12.rft.15>
- Mizael, T. M., & de Rose, J. C. (2017). Análise do comportamento e preconceito racial: Possibilidades de interpretação e desafios. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25(3), 365–377.
- Mizael, T. M., & Sousa, D. (2019). Revisão de estudos do Implicit Relational Assessment Procedure

- sobre vieses raciais. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 27(4), 437–461.
- Monteiro, E. P., Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S. da, & Ronzani, T. M. (2015). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e estigma: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 25–31. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150004>
- Moreira, F. R., Silva, E. F. da, Lima, G. D. O., Assaz, D. A., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Comparação entre os conceitos de self na FAP, na ACT e na obra de Skinner. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3). <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1064>
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(1), 32–50.
- Perez, W. F. (2021). Introdução ao volume especial sobre Teoria das Molduras Relacionais (RFT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 001–004.
- Ribeiro, T. D., Santos, R. C. dos, & Vasconcelos Neto, A. de B. (2023). O impacto da piada racista na construção do self de pessoas negras. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 14(2), 183–193. <https://doi.org/10.18761/vecc191222>
- Pereira, M. de S., & Santos, B. C. dos. (2020). Utilizando o Go-IRAP para mensurar vieses raciais em policiais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 22(1). <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v22i1.1433>
- Silva, T. de S., Flandoli, B. R. G. X., & Mizael, T. M. (2022). Questões raciais na análise do comportamento: Uma análise preliminar sobre a baixa produção da área. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 13(1), 371–385. <https://doi.org/10.18761/veem.0077.out21>
- Smolen, J., & Maria De Araújo, E. (2017). Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
- Tavares, J. S. C., & Kuratani, S. M. de A. (2019). Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras.” *Psicologia: Ciência E Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003184764>
- Vidal, E. I. de O., & Fukushima, F. B. (2021). A arte e a ciência de escrever um artigo científico de revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063121>
- Zilio, D. (2011). Algumas considerações sobre a terapia de aceitação e compromisso (ACT) e o problema dos valores. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(2), 159–165.

Histórico do Artigo

Submetido em: 16/10/2023

Aceito em: 26/09/2024

O papel do raciocínio lógico na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

The role of logical reasoning in Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Jaume Ferran Aran Cebria¹

[1] Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS) | **Título abreviado:** A lógica na ACT | **Endereço para correspondência:** | **Email:** sr.jaume.aran@gmail.com
| **doi:** 10.18761/PAC.ACT.009

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) faz parte das terapias cognitivo-comportamentais da terceira onda e é considerada parte da Ciência Comportamental Contextual (CBS), que foca sua pesquisa nos processos psicológicos relacionados à linguagem e à cognição propriamente humana. Dessa forma, a ACT enfatiza intervenções que focam nas funções da linguagem e na cognição para diminuir o sofrimento humano e promover a flexibilidade psicológica. Nesse contexto, o presente artigo apresenta: (1) o raciocínio lógico como um tipo específico de Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA), nomeadamente as Molduras de Inferência Dedutiva (MIDs), (2) aponta suas características de acordo com a organização Hiper Dimensional Multinível (HDML) e (2) discute qual poderia ser seu lugar e papel em intervenções baseadas na ACT – que é uma abordagem terapêutica que não foca na correção dos conteúdos do pensamento, mas nas suas funções.

Palavras-chave: Raciocínio lógico; Molduras de Inferência Dedutiva; HDML; Terapia de Aceitação e Compromisso.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is part of the third wave of Cognitive-Behavioral Therapies (CBT), and it is considered a part of Contextual Behavioral Science (CBS), which focuses its research on psychological processes related to language and human cognition. Therefore, ACT emphasizes interventions that focus on the functions of language and cognition to diminish human suffering and promote psychological flexibility. In this context, this paper (1) presents logical reasoning as specific type of Arbitrarily Applicable Relational Responding (AARR), namely Deductive Inference Frames (MIDs), (2) points out its features according to the Hyper Dimensional Multi Level (HDML) framework and (3) discusses what could be its place and role in ACT based interventions – which is a therapeutical approach that focuses on the function of thoughts, rather than in the correctness of its contents.

Keywords: Logical reasoning; Deductive Inference Frames; HDML; Acceptance and Commitment Therapy.

O papel do raciocínio lógico na ACT

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) se insere na terceira onda das terapias cognitivo-comportamentais (Hayes, 2016a; Hayes & Hofmann, 2021). Ela faz parte da Ciência Comportamental Contextual (CBS), que consiste em uma “estratégia focada em princípios, comunitária, de desenvolvimento em rede científica e prática” (Hayes et al., 2012, p. 2). Essa construção do conhecimento científico em rede significa que pesquisas em ACT influenciam e são influenciadas, simultaneamente, por pesquisas em outras áreas da CBS como o Contextualismo Funcional (cf. Biglan & Hayes, 1996, 2016) e a Teoria das Molduras Relacionais (cf. Hayes et al., 2001a; Perez et al., 2022). Coerentemente com o foco que a CBS coloca sobre a linguagem e a cognição humana (Hayes et al., 2012), o modelo de psicopatologia proposto pela ACT foca no papel da linguagem na causação do sofrimento psicológico (Hayes & Strosahl, 2004; Hayes et al., 2021).

A chamada “segunda onda” das terapias cognitivo-comportamentais surgiu a partir da percepção de que certas dimensões da experiência humana, como a cognição, tinham sido, ao menos parcialmente, negligenciadas por terapeutas da modificação do comportamento (Hayes, 2016a). Nesse sentido, Beck (2022) salienta a importância da percepção que os indivíduos têm das situações, em contraposição à importância das situações em si mesmas. Essas percepções dependem de um sistema hierárquico de crenças, que, por sua vez, são elaboradas a partir da experiência de vida de cada sujeito (Beck, 2022). O objetivo da Terapia Cognitivo-Comportamental consiste em “mudar as formas mal-adaptativas de pensamento e de atuação com a finalidade de melhorar o bem-estar psicológico” (Hofmann, 2014, p. 8). Para atingir esse objetivo, uma grande variedade de técnicas cognitivas tem sido proposta (cf. Leahy, 2019), sendo que muitas delas envolvem o uso do raciocínio lógico, embora não exista uma descrição técnica na literatura cognitiva das propriedades definidoras desse tipo de raciocínio.

A ACT, apesar de ressaltar a importância dos processos cognitivos específicos do ser humano, diverge da Terapia Cognitiva no sentido de focar

os seus esforços não em alterar a estrutura de crenças do indivíduo, mas em alterar as funções que esse tipo de comportamentos encobertos exerce sobre outros comportamentos do indivíduo (Hayes et al., 2021). Na psicologia comportamental, os comportamentos encobertos não são considerados a causa dos comportamentos abertos (Hayes & Brownstein, 1986); mas, na perspectiva da ACT, as relações comportamento – comportamento são importantes para a compreensão do sofrimento humano e devem ser consideradas (Hayes, 2016b, 2019). Inúmeras pesquisas deixaram claro que o comportamento verbal exerce certo nível de controle sobre outros comportamentos (e. g., Catania et al., 1982; Mathews et al., 1985; Shimoff et al., 1981; Törneke et al., 2008). Por isso, Hayes et al. (2001b) consideram a linguagem como “um processo aprendido de alterar processos comportamentais” (p. 45). Em palavras de Monestés (2016), “além da modificação das formas usuais de seleção comportamental, a linguagem pode constituir uma fonte de seleção por direito próprio. Em muitos casos os comportamentos são controlados pela linguagem somente” (p. 107).

Nos seres humanos verbalmente competentes, a linguagem se torna um fenômeno onipresente (Monestés, 2016). Hayes et al. (2001b) explicam esse fenômeno nos termos seguintes:

O tipo de comportamento verbal que descrevemos não pode ser mantido em uma bonita caixa verbal. Uma vez estabelecido, a coerência e o fazer sentido servirão como reforçador continuamente disponível para o responder relacional derivado. O comportamento verbal ficará mais forte até que seja difícil encontrar momentos e situações em que não acontece. De fato, assim que nos perguntamos se ele sumiu, aparecerá em virtude desse mesmo questionamento (p. 48).

Gazzaniga (2000), um destacado pesquisador de tradição cognitivista, atribui ao hemisfério cerebral esquerdo, relacionado à linguagem, a chamada “função de intérprete”, que consiste na tendência, automática e constante, a criar explicações plausíveis das experiências subjetivas, mesmo que a base real para tais explicações seja tênue ou inexistente. Nesse mesmo sentido, Wray et al. (2012)

apresentam evidências empíricas de que o comportamento de “fazer sentido” das experiências vividas é reforçador, mesmo quando dele decorrem consequências adversas.

A Teoria das Molduras Relacionais (RFT, Hayes et al., 2001; Perez et al., 2022), a parte da CBS dedicada especificamente ao estudo conceitual, experimental e aplicado da linguagem (Hayes, 2016b), propõe que a base da linguagem e da cognição propriamente humana é um operante puramente funcional chamado Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA), que é aprendido via treino de múltiplos exemplares. Mediante esse treino consistente em estabelecer relações entre propriedades arbitrarias de estímulos, as crianças aprendem não apenas as relações concretas ensinadas; mas, principalmente, adquirem o próprio comportamento de derivar relações entre propriedades arbitrarias de estímulos (Hayes et al., 2001a).

O RRAA é um tipo de comportamento operante controlado pelo contexto. O termo “contexto” deve ser entendido, de acordo com Hayes et al. (2021), como “o fluxo de eventos mutáveis que podem exercer uma influência organizadora sobre o comportamento” (p. 26) e não se refere a objetos ou coisas, mas a funções de estímulo. Ainda de acordo com Hayes et al. (2021), os termos “contexto” e “comportamento” são definidos em termos recíprocos, pois a unidade de análise na CBS é a “ação em um contexto” (p. 26). Embora na Análise do Comportamento o termo “ambiente¹” seja também considerado como a contraparte recíproca do termo “comportamento” (Todorov, 2007), cabe entender que não existe uma sinonímia perfeita entre “ambiente” e “contexto”, pois este último especificamente envolve a ideia de que há uma influência sobre o comportamento, que é exercida por dicas verbais que adquiriram suas funções por causa da sua participação em molduras relacionais. De acordo com Hayes et al. (2001b), a expressão “arbitrariamente aplicável” envolve a ideia de que “em alguns contextos essa resposta está sob o controle de dicas que podem ser modificadas pelo capricho social”

(p. 25). Nesse sentido, Torneke (2010) explica que “esse relacionar não se baseia em nenhuma propriedade física ou formal dos estímulos relacionados; em lugar disso, as relações são o resultado desta forma específica de comportamento humano, que por sua vez é controlada por dicas contextuais” (p. 83).

Portanto, o sentido em que o termo “contexto” é usado na CBS, envolve considerar as propriedades definidoras do RRAA: a) a implicação mútua; b) a implicação combinatória e c) a transformação de funções de estímulo. A implicação mútua, de acordo com Hayes et al. (2001b), se refere à “bidirecionalidade fundamental do responder relacional” (p. 29). Por exemplo, em uma moldura de causalidade, se for ensinado que “A é causa de B”, um ser humano verbalmente competente consegue derivar a relação “B é o efeito de A”. Seguindo a mesma lógica, a implicação combinatória, de acordo com Hayes et al. (2001b), “se refere a uma relação de estímulo derivada em que duas ou mais relações de estímulo (treinadas ou derivadas) combinam mutuamente” (p. 30). Por exemplo, em uma moldura de comparação, se for ensinado que “A é maior que B” e que “B é maior que C”, um ser humano verbalmente competente consegue derivar a relação “C é menor que A”. Finalmente, a terceira propriedade do RRAA, envolve a ideia de que “quando um dado estímulo em uma rede relacional possui certas funções psicológicas, as funções de outros eventos nessa rede podem ser modificadas de acordo com a relação derivada subjacente” (Hayes et al., 2001b, p. 31). Exemplificando, o estímulo “carro” pode ter funções reforçadoras para o sujeito X; porém, se “carro” entra em uma moldura hierárquica “tipos de acidentes”, essa função do estímulo “carro” pode se tornar aversiva, meramente em virtude dessa relação verbal que foi estabelecida.

Mais especificamente, a RFT faz a distinção entre dicas contextuais relacionais (Crel) e dicas contextuais funcionais (Cfunc). As dicas contextuais relacionais especificam as molduras relacionais, ou tipos específicos de RRAA (coordenação, oposição, comparação, etc.), e as dicas contextuais funcionais estabelecem o significado ou função de partes específicas da moldura (Hayes et al., 2001b). Por exemplo, na fala “Esse homem é o João”, podemos pensar que a dica “é” age como Crel, indicando que estamos perante uma moldura relacional

1 Para uma discussão mais ampla e profunda dos usos deste termo na Análise do Comportamento, conferir Kitchener (1977), Carrara e Zilio (2013), Botomé (2013), Lazzeri (2013) e Tonneau (2013).

de coordenação e a dica “Esse homem” age como Cfunc., exercendo uma função ostensiva ou demonstrativa. A distinção entre esses dois tipos de controle contextual não se trata de um postulado meramente teórico; mas, de acordo com Hayes et al. (2021), cabe afirmar que “A existência de duas formas distinguíveis de controle contextual leva a importantes implicações clínicas, e a ACT tira o máximo proveito delas”.

Por causa da centralidade da linguagem e suas propriedades e funções para a ACT, Bim e de Almeida (2019, p. 294) colocam que “... a avaliação e a intervenção psicológicas devem estar voltadas para os processos naturais da linguagem, outros aspectos do comportamento do cliente só mudarão quando esses processos forem manipulados adequadamente”. Nesse mesmo sentido, Hayes et al. (2001b) resumem assim a importância da linguagem para a compreensão do comportamento humano:

O comportamento verbal emerge de contingências operantes, mas o resultado do comportamento verbal é mudar como todos os princípios comportamentais operam. Por este motivo, os seres humanos vivem em dois mundos simultaneamente. Sua continuidade com o resto do reino animal significa que eles constantemente vivem em um mundo de contingências diretas. Sua aquisição do responder relacional derivado significa que eles constantemente vivem em um mundo verbalmente construído. Este é um pensamento difícil para psicólogos comportamentais interessados na análise do comportamento humano, e, não obstante, parece ser assim (p. 49).

Devemos entender, portanto, que, no marco conceitual da CBS, o protagonismo da linguagem e do RRAA no comportamento humano de forma geral e, particularmente, no que respeita à causação do sofrimento psíquico demanda uma investigação do papel dos processos cognitivos superiores no modelo de psicopatologia e de terapia proposto pela ACT. Em decorrência do exposto, o objetivo do presente artigo é discutir as funções do raciocínio lógico na ACT.

O raciocínio lógico em uma perspectiva contextual

A lógica nas terapias da segunda onda

As terapias da chamada primeira onda das terapias cognitivo-comportamentais, baseadas na modificação do comportamento, optaram por focar no uso de contingências diretas, pois ela contava com um amplo apoio de estudos experimentais. Contudo, a ênfase dada ao suporte empírico dos conceitos e técnicas a serem usadas no contexto clínico acabou preterindo o trabalho com os eventos privados dos pacientes. As terapias pertencentes à segunda onda surgem para preencher essa lacuna (Hayes, 2016a). Paradigmaticamente, a Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron T. Beck foca na influência que sistemas hierárquicos de crenças exercem sobre a percepção que os pacientes têm sobre si mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro, a chamada tríade cognitiva (Beck *et al.*, 1997).

De acordo com Hofmann (2014), existem na TCC diversas estratégias de tratamento e elas podem ser classificadas em intelectuais, experienciais e comportamentais. Pensar de forma lógica é particularmente importante para as estratégias de tipo intelectual. Por esse motivo, essas estratégias têm um menor nível de protagonismo na TCC com crianças, ou devem ser adaptadas, pois o pensamento lógico não está plenamente desenvolvido nelas (Friedberg & McClure, 2019). Uma das principais estratégias intelectuais ou cognitivas na TCC é a reestruturação cognitiva. Ela consiste em analisar crenças centrais do paciente relacionadas ao seu transtorno, de forma que seja possível avaliar até que ponto essas crenças têm validade no presente contexto de vida, a partir da discussão e evidências a favor e contra da validade dessa crença central. Essa análise das crenças centrais envolve raciocínio lógico abstrato (Camargos et al., 2020), pois se baseia na atividade de comparar o conteúdo de proposições gerais (as crenças centrais) à realidade de situações específicas, da mesma forma como é feito nos silogismos, que são formas estruturadas de raciocínio dedutivo. Leahy (2019) dedica o capítulo 5 do seu manual de técnicas de terapia cognitiva a apresentar e discutir dez técnicas especificamente voltadas para o exame do processamento de infor-

mações e erros de lógica. Contudo, esse e outros manuais e artigos de TCC empregam os termos como lógica, inferência e outros conceitos relacionados sem oferecer definições precisas deles, dificultando, dessa forma, a identificação de comportamentos precorrentes necessários para desenvolver esse tipo de repertórios verbais mais complexos. Embora essa falta de precisão conceitual não necessariamente comprometa a eficácia das intervenções, na perspectiva da CBS a precisão teórica faz parte integral dos objetivos da atividade científica (Hayes et al., 2012; Hayes et al., 2021) e deve, portanto, ser procurada.

Uma concepção operacional do raciocínio lógico

Talvez seja o filósofo americano John Dewey o mais antigo precursor do estudo do raciocínio lógico desde uma ótica funcionalista ou pragmática, com sua obra “Lógica: a Teoria da Investigação” (Dewey, 1938). Contra a opinião predominante que contempla as relações lógicas como realidades existentes *a priori*, nesse livro, Dewey (1938) argumenta que a atividade investigativa não apenas gera a descoberta das relações lógicas, mas causa também sua existência. De acordo com o filósofo americano, então, os princípios e relações lógicas seriam o produto da atividade cognitiva dos indivíduos, o que resulta em uma visão consistente com os postulados da psicologia comportamental contemporânea (cf. Zílio, 2010).

Na Análise do Comportamento, Skinner (1957) retoma a concepção das relações lógicas, ou “leis do pensamento” como comportamento, especificamente comportamento verbal de cientistas e pensadores que lhes permite incrementar “a probabilidade de comportamentos intelectuais, éticos e práticos bem-sucedidos” (Skinner, 1957, p. 418). Nesse sentido, as relações lógicas são consideradas por Skinner (1957) um tipo de molduras autoclíticas. Skinner (1957) chama de autoclítico ao comportamento verbal que “se baseia em ou depende de outro comportamento verbal” (p. 315) e “clarifica ou altera o efeito do comportamento verbal sobre o ouvinte” (p. 332). Considerando essas características, Palmer (2007, p. 169) define as molduras autoclíticas como “operantes verbais que consistem em elementos fixos e variáveis que se alternam, contro-

lados por alguma característica comum a todos os casos.” Especificamente, para Skinner (1957), as regras lógicas são molduras autoclíticas com funções tautológicas, ou seja, cuja veracidade depende das relações internas entre os elementos constitutivos da moldura e não da referência a características do ambiente físico.

Terrell e Johnston (1989) procuraram desenvolver a interpretação skinneriana a respeito da lógica propondo definições funcionais de termos comumente usados em lógica, como “proposição”, “premissa”, etc. O exercício interpretativo de Terrell e Johnston (1989), embora consistente com a visão skinneriana, tem sido criticado (Aran, 2016) por sua falta de especificidade, pois as características que eles atribuem aos conceitos lógicos analisados podem ser atribuídas igualmente a diversos outros tipos de conceitos do discurso político, poético, etc. Essa falta de precisão não permite o uso consistente desses conceitos na pesquisa básica.

Barnes-Holmes et al. (2001) propuseram uma interpretação seminal do raciocínio lógico dedutivo consistente com o marco conceitual delineado pela RFT. Essa proposta coloca a relação de condicionalidade (SE premissas, ENTÃO conclusão) como sendo a relação fundamental no raciocínio dedutivo. Contudo, o posterior desenvolvimento de pesquisas conceituais na área (Aran, 2016) mostrou que a relação fundamental para definir com precisão o raciocínio dedutivo se trata da relação combinatória de inclusão entre três estímulos verbais, que adquirem funções hierárquicas específicas (ser o termo maior, ou o termo médio, ou o termo menor do silogismo) por causa da sua ocorrência em partes também específicas de molduras hierárquicas. Portanto, nos silogismos, as estruturas que o raciocínio dedutivo tipicamente adota, encontramos o seguinte padrão funcional: duas molduras hierárquicas, ou seja, molduras caracterizadas por relações de inclusão, a partir das quais é possível derivar uma terceira, como é mostrado na Figura 1.

As diferentes propriedades que caracterizam os silogismos logicamente válidos, conforme foram descritas por Aristóteles e filósofos subsequentes, foram já apresentadas e discutidas em detalhe desde uma perspectiva funcional em termos da RFT como Molduras de Inferência Dedutiva - MIDs (cf. Aran, 2016, 2022). Essa descrição precisa em ter-

Moldura hierárquica treinada ₁	➡	$X \text{ é } Y$ “Os franceses são europeus” O conjunto X (dos franceses) é incluído no conjunto Y (dos europeus).
Moldura hierárquica treinada ₂	➡	$Z \text{ é } X$ “Os parisienses são franceses” O conjunto Z (dos parisienses) é incluído no conjunto X (dos franceses).
Moldura hierárquica derivada	➡	$\text{Logo, } Z \text{ é } Y$ “Logo, os parisienses são europeus” O conjunto Z (dos parisienses) é incluído no conjunto Y (dos europeus).
Relações hierárquicas entre os 3 termos do silogismo		$Y > X > Z$

Em qualquer moldura hierárquica com a forma “S é P”, o termo na posição de sujeito gramatical (S) necessariamente contém menos elementos que o termo na posição de predicado (P); pois, nesse tipo de moldura, estamos incluindo o conjunto S no conjunto P.

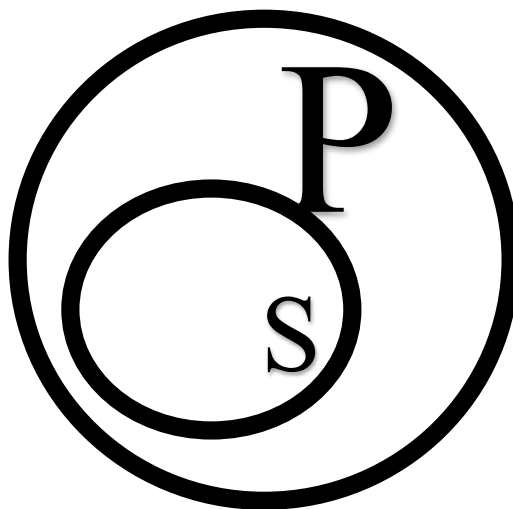


Figura 1. Relações hierárquicas no silogismo.

mos funcionais permite o desenvolvimento de pesquisas básicas e aplicadas sobre aquisição, avaliação e treino do raciocínio dedutivo.

Desenvolvimentos teóricos e experimentais recentes permitem agora discutir as funções das MIDs como parte de redes relacionais mais amplas. Isso se torna possível a partir da organização HDML (Hiper Dimensional Multi-Nível). Barnes-Holmes et al. (2022) explicam que a organização

HDML foi concebida a partir de duas propostas anteriores: a organização MDML (Multi Dimensional Multi-Nível) e o modelo DAARRE (diferenciais do responder relacional arbitrariamente aplicável).

A organização MDML permite organizar diferentes instâncias de RRAA em 5 diferentes níveis de desenvolvimento relacional e caracterizá-las com base em 4 dimensões diferentes, resultando 20 possíveis categorias de análise, como é mostrado na Tabela 1.

Tabela 1. Uma organização multidimensional multinível (MDML) consistindo de 20 intersecções entre dimensões e níveis de responder relacional arbitrariamente aplicável.

NÍVEIS	DIMENSÕES			
	Coerência	Complexidade	Derivação	Flexibilidade
Implicar mutualmente	Unidade analítica 1	Unidade analítica 2	...	...
Emoldurar relacional	...	...	...	...
Reticular relacional	...	...	...	...
Relacionar relações	...	...	...	...
Relacionar redes relacionais	...	...	...	Unidade analítica 20

As quatro dimensões, coerência, complexidade, derivação e flexibilidade, são descritas de forma precisa por Barnes-Holmes et al. (2022). A coerência mostra até que ponto determinado padrão de RRAA é consistente com outros padrões de RRAA. No caso das MIDs, é esperado que apresentem um contexto relacional altamente coerente, pois a consistência nesse padrão relacional é essencial para que ele seja reforçado. A complexidade faz referência à densidade relacional, o número de relações envolvidas em determinada instância de RRAA. Nas MIDs encontramos 3 relações hierárquicas cruzadas envolvendo 3 estímulos verbais. Derivação se refere ao nível de treino envolvido na emissão de uma instância particular de RRAA. A primeira vez que ela é emitida, o nível de derivação é alto e decresce à medida que o mesmo padrão é repetido em outras ocasiões. Assim, uma primeira vez que uma conclusão é inferida a partir de certas premissas, ela apresenta um alto nível de derivação, mas não quando a mesma conclusão é repetida posteriormente, pois já é uma inferência conhecida. Finalmente, a flexibilidade indica a capacidade de determinado padrão de RRAA ser influenciado pelo contexto em que é emitido. Idealmente, as MIDs seriam altamente inflexíveis, pois qualquer pequena mudança pode alterar a validade inferencial do raciocínio.

Para uma determinada ocorrência de RRAA podemos estabelecer, portanto, seu nível de desenvolvimento relacional, que por sua vez pode ser

descrito usando uma ou várias das quatro dimensões citadas. Por exemplo, no caso de uma MID tal que “Todos os franceses são europeus/ Todos os parisienses são franceses/ Portanto, todos os parisienses são europeus”, pode ser afirmado que pertence ao nível 4 de desenvolvimento relacional (relacionar relações). Ao mesmo tempo, cabe dizer que essa MID apresenta um alto nível de coerência, pois seria consistente com outros padrões de RRAA que possam ser emitidos em relação às dicas contextuais funcionais envolvidas (europeus, franceses, parisienses); um alto nível de complexidade, pois envolve três relações hierárquicas entre três estímulos; um alto nível de derivação pois não tinha sido mencionada anteriormente neste texto e um baixo nível de flexibilidade, dado que o contexto presente não alterou nenhuma das suas características como MID. A análise de outras MIDs pode variar, dependendo do contexto experimental ou aplicado em que sejam usadas e dependendo também de características das próprias MIDs. Assim, uma MID que empregue pseudopalavras em lugar de vocábulos da linguagem natural provavelmente apresentaria baixos níveis de coerência e altos níveis de derivação.

A organização MDML foca, de acordo com Barnes-Holmes et al. (2022), nas propriedades de implicação do RRAA. A organização HDML, surge então, como uma extensão da MDML que permite o estudo da transformação de funções de estímulo no RRAA. Neste modelo mais amplo,

entende-se que os eventos psicológicos relativos à linguagem e à cognição humanas envolvem “um fluxo comportamental constante de relacionar (R), orientar (O) e evocar (E), resumidos como ROE.” (Barnes-Holmes et al., 2022). Relacionar faz referência às propriedades de implicação presentes nas 20 possíveis categorias de análise propostas na organização MDML. Orientar indica em que medida o organismo de interesse volta sua atenção para um estímulo específico. Por último, evocar indica se o estímulo apresenta, e em que medida, funções apetitivas ou aversivas. No caso das MIDs, das quais têm sido descritos 14 subtipos (Aran, 2016), a organização HDML nos permitiria entender de forma muito específica o comportamento de participantes em um hipotético treino de habilidades de raciocínio dedutivo.

O raciocínio lógico na ACT

A relevância do modelo HDML para a compreensão de comportamentos complexos no contexto clínico foi salientada por Simões e Ferreira (2021). De acordo com esses autores, a interpretação de comportamentos verbais complexos dos pacientes com base na organização HDML permitiria uma conceituação clínica do caso mais precisa e possibilitaria a recontextualização verbal de eventos problemáticos. O comportamento de procurar o sentido das experiências, públicas ou privadas, às quais os pacientes atribuem seu sofrimento, tipicamente faz uso, mesmo que seja parcialmente, do raciocínio lógico, aqui referido como MIDs. Esse tipo de molduras claramente faz parte do repertório verbal sofisticado dos indivíduos e, portanto, cabe afirmar que, na perspectiva do modelo de psicopatologia proposto pela ACT, participam de forma direta ou indireta na causação do sofrimento psíquico.

Dado que o foco das intervenções na ACT (como em todas as terapias contextuais) é mudar as funções de pensamentos e crenças e não tanto alterar seus conteúdos, cabe questionar se treinar, potencializar ou favorecer o responder inferencial não seria um tipo de intervenção contraproducente em relação aos objetivos terapêuticos. Os próprios proponentes da ACT tratam dessa questão em diversos momentos: Por exemplo, no capítulo a respeito da relação terapêutica, Hayes et al. (2021) comentam: “O terapeuta da ACT desenvolve um desinteresse

quase intuitivo pelo processo de racionalização, explicação e justificação por meio do comportamento verbal” (p. 120). Nesse caso, o foco do texto não consiste em elencar argumentos contra o uso do pensamento lógico por parte do terapeuta, mas em destacar a importância de o terapeuta adotar uma atitude aberta, própria de um observador que não julga os conteúdos trazidos pelo cliente. Essa abertura sem julgamento, é claro, é o comportamento que o terapeuta da ACT pretende modelar no repertório do cliente. A lógica é mencionada ainda em outra passagem, que se afirma

Um sinal importante de problemas é quando o terapeuta começa a usar excessivamente a lógica com o cliente. É claro que a lógica é uma operação baseada na linguagem e, portanto, é altamente provável que seu uso só faça alimentar o sistema verbal do cliente” (Hayes et al., 2021, p. 214).

Essa afirmação deve ser compreendida no contexto do processo de desfusão cognitiva do cliente. McEnteggart e Barnes-Holmes (2024) definem a fusão cognitiva como a união do senso de self do cliente com algum aspecto da sua experiência interna. A fusão é entendida também como sendo um resultado natural dos processos de linguagem. Por esse motivo, é feita a advertência, no contexto dos esforços de desfusão cognitiva, contra potencializar os processos verbais do cliente, particularmente a lógica, que envolve comportamentos verbais sofisticados. Hayes e Strosahl (2004) remarcam a preterição da lógica como ferramenta de arguição com o cliente

A ACT tende a usar uma forma de linguagem relativamente não linear. Os terapeutas da ACT usam bastantes paradoxos, metáforas, histórias, exercícios, tarefas comportamentais e processos experienciais. A instrução direta e a análise lógica possuem um papel relativamente limitado, embora ocorra (p. 6)

Essa fala deve ser inserida no contexto de explicitar a contraposição entre os objetivos da ACT, voltados para aumentar a flexibilidade psicológica e, consequentemente, alterar as funções dos eventos

privados, e aqueles das terapias da segunda onda, cujos objetivos são dirigidos à mudança dos conteúdos das crenças e pensamentos do cliente.

O receio sobre o uso da lógica na ACT, a nosso ver, é justificado, mas não deve ser levado ao extremo. A capacidade de estabelecer relações lógicas faz parte da linguagem natural e se mostra extremamente útil em uma pluralidade de contextos. Como colocam Hayes e Strosahl (2004):

A ACT procura ajudar o cliente a trazer a linguagem e o pensamento sob um controle contextual adequado, usando a linguagem lógica, linear quando é útil fazê-lo e permitir que a experiência direta seja mais o guia, quando isso seja mais efetivo (p. 5).

A compreensão técnica do raciocínio lógico-dedutivo desenvolvida no marco conceitual da RFT como MIDs, afasta o risco de considerar o pensamento lógico em termos mentalistas e facilita seu uso e manipulação em contextos experimentais e aplicados. Nesse sentido, estudos experimentais envolvendo outros tipos de RRAA têm produzido melhoras em “habilidades cognitivas de ordem superior, incluindo o QI” (Hayes et al., 2021, p. 42). Por outro lado, a possibilidade previamente mencionada de analisar ocorrências concretas desse tipo de RRAA no contexto clínico a partir do modelo HDML deve contribuir para facilitar seu uso nesse contexto e para discriminar em quais contextos esse uso faria sentido de acordo com os objetivos terapêuticos específicos para cada cliente.

É possível, ainda, elencar momentos específicos em que o raciocínio lógico se torna uma habilidade relevante na ACT. Em primeiro lugar, o pensamento lógico resulta indispensável para o cliente conseguir avaliar de forma realista se o seu comportamento é compatível com seus valores. Nesse sentido, Hayes et al. (2021, p. 259) colocam que “Um dos objetivos do trabalho com os valores é gerar ações potenciais que sejam consistentes com os valores da pessoa”. A conexão com os valores é um dos seis processos clínicos centrais na ACT. Os valores, nesse contexto, apresentam características específicas: eles são verbalmente construídos, ou seja, são instâncias de RRAA; devem ser livremente escolhidos, não o produto da evitação experiencial;

e estabelecem consequências apetitivas intrínsecas. No modelo explicativo proposto pela CBS, essa atividade de um sujeito acompanhar se seu comportamento está de acordo com os valores que ele definiu para si mesmo pode ser considerada um exemplo de *tracking*, um dos três tipos de contingências que produzem seguimento de regras. Barnes-Holmes et al. (2001) afirmam que esse tipo de comportamento governado por regras está sob controle de uma história de coordenação entre a regra e as consequências ambientais. No caso dos valores, que tipicamente envolvem alto grau de abstração, é cabível considerar que a história relevante envolva relações hierárquicas e inferenciais, que, como foi mostrado anteriormente, se baseiam em relações hierárquicas cruzadas. Por exemplo, se o valor definido pelo cliente for “ser um bom pai”, alguns comportamentos seriam incluídos dentro desse conceito abstrato, como “dedicar tempo de qualidade aos meus filhos” ou “mostrar empatia perante os problemas dos meus filhos”, enquanto comportamentos logicamente incompatíveis, como “realizar comentários despectivos sobre habilidades dos meus filhos”, seriam automaticamente excluídos.

A mesma importância deve ser atribuída ao pensamento lógico no que respeita ao processo da ACT chamado “ação de compromisso”, que é intrinsecamente ligado aos valores. Hayes et al. (2021, p. 265) concebem as ações baseadas em valores como aquelas “deliberadamente concebidas para incorporar um valor particular e são intrinsecamente reforçadas”. Assim, a ação de compromisso requer a derivação de relações hierárquicas e inferenciais, como mostrado na Figura 2 e, portanto, é claro que o raciocínio inferencial, entendido como MID, cumpre um papel fundamental também nesse processo.

A centralidade do processo de desesperança criativa na ACT (Barnes-Holmes e McEnteggart, 2024), que precisa de comportamentos inferenciais, entre outros, para ter efeito, faz com que o raciocínio lógico exerça um papel não negligível ao longo do processo terapêutico, apesar das recomendações, anteriormente analisadas, para que ele não seja enfatizado em momentos específicos. Nesse contexto, Barnes-Holmes e McEnteggart (2024) explicam a desesperança criativa analisando seus dois componentes: a desesperança e a criatividade. Podemos perceber a função do raciocínio inferen-

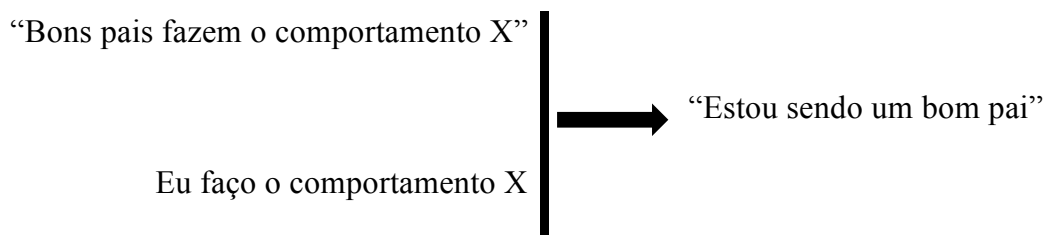


Figura 2. Derivação de relações inferenciais em ações de compromisso.

cial ao focar no primeiro dos componentes. A desesperança faz referência à extrema improbabilidade de que o funcionamento atual das narrativas do cliente consiga produzir novos comportamentos, capazes de melhorar seu estado de sofrimento. As intervenções voltadas para a desesperança (validar as tentativas de mudança, separar o self do cliente das tentativas de mudança e minar as tentativas de mudança) constantemente envolvem responder relacional hierárquico e inferencial. Dito de outra forma, essas intervenções consistem em inserir, verbalmente, uma ampla variedade de comportamentos complexos do repertório atual do cliente em “uma única classe de respostas que compartilham o único objetivo comum de levar o paciente a pensar, sentir e agir de forma diferente” (Barnes-Holmes & McEnteggart, 2024, p. 65). Os elementos pertencentes a essa classe de respostas, se analisados a partir do HDML, devem apresentar um alto nível de coerência e de complexidade relacional e um baixo nível de flexibilidade e derivação, que é um perfil semelhante ao que pode ser esperado em uma MID. Além disso, a desesperança possui uma alta chance de gerar intensas emoções aversivas, que podem interferir na efetividade desse processo. Por esse motivo, nesse caso, a atividade racional e o escrutínio lógico a respeito das funções do atual repertório do cliente adquirem maior relevância.

Finalmente, o pensamento lógico possui relevância para a ACT ainda por outro motivo. A ACT tipicamente usa uma abundância de metáforas e analogias, particularmente para fomentar o processo de desfusão. Analogias e metáforas são definidas por McEnteggart e Barnes-Holmes (2024, p. 41) como “estruturas linguísticas não literais que frequentemente coordenam estímulos que não são

tipicamente coordenados na linguagem cotidiana”. Isso, na verdade, é muito semelhante ao que acontece no silogismo, em que as funções dos estímulos verbais envolvidos são transformadas com base apenas na sua posição nas molduras hierárquicas que compõem o dito silogismo, como foi mostrado na Figura 1, independentemente do significado literal dos termos específicos empregados. Para que um silogismo seja válido, o significado literal dos estímulos verbais envolvidos é totalmente irrelevante. Por esse motivo, o silogismo pode ser usado com pseudo-palavras ou até formulado com símbolos algébricos como acontece na lógica simbólica. Por esse motivo, é possível pensar que um sujeito com um bom repertório em termos de MIDs terá mais facilidade para compreender e usar analogias e metáforas do que um indivíduo sem esse repertório, pois em ambos os casos (raciocínio lógico e metáforas/ analogias) é preciso que o sujeito consiga responder às Crel, desconsiderando a literalidade das Cfunc.

Conclusão

A questão do uso do raciocínio dedutivo na ACT é poliédrica. Por um lado, o pensamento lógico é uma peça fundamental nas terapias da segunda onda das TCCs, que pretende evitar vieses cognitivos e fomentar a capacidade dos clientes para analisar a realidade com objetividade, conferindo a validade das próprias inferências sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. As terapias contextuais como a ACT, contudo, mudam de objetivo, relativizando a importância dos conteúdos do pensamento para focar nas suas funções. Além disso, a RFT dis-

ponibiliza aos praticantes da ACT as ferramentas conceituais necessárias para uma análise funcional do raciocínio lógico, seja como moldura de inferência dedutiva ou, em um contexto mais amplo, a partir da organização HDML.

Apesar da existência do risco de reforçar a dominância de processos verbais sobre a experiência direta, o desenvolvimento e o uso do raciocínio dedutivo claramente podem apresentar também benefícios aos pacientes. Portanto, mais do que desterrar completamente o raciocínio lógico da prática da ACT, propõe-se que este tipo de RRAA deva ficar sob controle contextual. Isto é, em alguns contextos será proveitoso usar raciocínio lógico como por exemplo no processo de categorização envolvido na desesperança criativa, ou ao estabelecer a coerência entre comportamento e valores; enquanto em outros contextos, será mais benéfico deixar o raciocínio lógico de lado e adotar técnicas experienciais, como no processo de desfusão.

Referências

- Aran, J.F. (2016). *Interpretação analítico-comportamental da inferência dedutiva nas formas silogísticas, a partir da teoria das molduras relacionais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional da UFSCar. <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7998>
- Aran, J.F. (2022). O raciocínio lógico na teoria das molduras relacionais. In W. F. Perez, R. Kovac, J.H. de Almeida, & J. C. de Rose (Orgs.), *Teoria das Molduras Relacionais [RFT]- Conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 153–66). Centro Paradigma Ciências do Comportamento.
- Barnes-Holmes, Y. & McEnteggart, C.(2024). Creative hopelessness and why it is so central in ACT. In L. Bruyninx, Y. Barnes-Holmes, C. McEnteggart, M. Vleugel & R. Thewissen, *Practicing acceptance and commitment therapy with head and heart* (pp. 60–80). Routledge.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., McEnteggart, C., & Harte, C. (2022). De volta para o futuro com uma versão atualizada da RFT: mais campo que moldura? In W. F. Perez, R. Kovac, J.H. de Almeida, & J. C. de Rose (Orgs.), *Teoria das Molduras Relacionais [RFT] - Conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 323–352). Centro Paradigma Ciências do Comportamento.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Cullinan, V. (2001). Education. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (2001). *Relational Frame Theory: a post-skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic Publishers.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (M. C. V. de Souza, Trad.). Artmed.
- Beck, J. S. (2022). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (3ª ed., A. G. B. Oliveira, Trad.). Artmed.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. In R. D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 385–397). John Wiley & Sons, Ltd.
- Bim, N. R., & de Almeida, J. H. (2020). Como a Teoria das Molduras Relacionais (RFT) Transforma a Clínica Comportamental – Estratégias Recentes para Aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(2), 294–304. <https://doi.org/10.18761/PAC.2019.v10.n2.08>
- Botomé, S. P. (2013). O conceito de comportamento operante como problema. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 9(1), 19-46. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v9i1.2130>.
- Camargos, S. P. S., Lopes, R. F. F., & Bernardino, L. G. (2020). Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponente para Adolescentes com transtorno Alimentar: um Estudo de Caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(2), 114-121.
- Carrara, K., & Zilio, D. (2013). O comportamento diante do paradigma behaviorista radical. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 9(1), 1-18. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v9i1.2129>.

- Catania, A. C., Mathews, B. A. & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38, 233-248. <https://doi.org/10.1901/jeab.1982.38-233>
- Dewey, J. (1938). *Logic the Theory of Inquiry*. Henry Holt and Company.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (Orgs.). (2003). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (M. C. V. de Souza, Trad.). Artmed.
- Gazzaniga, M. S. (2000). Cerebral specialization and interhemispheric communication: Does the corpus callosum enable the human condition? *Brain*, 123(7), 1293–1326. <https://doi.org/10.1093/brain/123.7.1293>
- Hayes, S. C. (2016a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C. (2016b). Why Contextual Behavioral Science Exists. In R. D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 385–397). John Wiley & Sons, Ltd.
- Hayes, S. C. (2019). Ciência Comportamental Contextual. In D. Zilio, & K. Carrara (Orgs.), *Behaviorismos. Reflexões Históricas e Conceituais. Volume III* (1a ed., pp. 152–174). Centro Paradigma Ciências do Comportamento.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190. <https://doi.org/10.1007/BF03391944>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. (2020). *Terapia Cognitivo – comportamental baseada em processos*. Artmed.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. (2021). “Third wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363-375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001a). *Relational Frame Theory: a Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Kluwer Academic Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K. G., Barnes-Holmes, D., & Healy, O. (2001b). Derived Relational Responding as Learned Behavior. In S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: a Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (pp. 21–49). Kluwer Academic Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente* (2ª ed., S. M. M. da Rosa, Trad.). Artmed.
- Hofmann, S. G. (2014). *Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea*. (R. Pizzato, Trad.). Artmed.
- Kitchener, R. F. (1977). Behavior and behaviorism. *Behaviorism*, 5(2), 11-71. <http://www.jstor.org/stable/27758893>
- Lazzeri, F. (2013). Um estudo sobre definições de comportamento. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 9(1), 47-65. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v9i1.2131>
- Leahy, R. L. (2019). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta* (2ª ed., S. M. M. da Rosa, Trad.). Artmed.
- Mathews, B. A., Catania, A. C., & Shimoff, E. (1985). Effects of the uninstructed verbal behavior on nonverbal responding: Contingency descriptions versus performance descriptions. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38, 233-248. <https://doi.org/10.1901/jeab.1985.43-155>
- McEnteggart, C., & Barnes-Holmes, Y. (2024). Understanding and weakening fusion through defusion interventions. In L. Bruyninx, Y.

- Barnes-Holmes, C. McEnteggart, M. Vleugel & R. Thewissen, *Practicing acceptance and commitment therapy with head and heart* (pp. 35–59). Routledge.
- Monestés, J. L. (2016). A Functional Place for Language in Evolution. The contribution of Contextual Behavioral Science to the study of human evolution. In R. D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 385–397). John Wiley & Sons, Ltd.
- Palmer, D. C. (2007). Verbal Behavior: What is the Function of Structure?. *European Journal of Behavior Analysis*, 8(2), 161–175. <http://dx.doi.org/10.1080/15021149.2007.11434280>
- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (Orgs.). (2022). *Teoria das Molduras Relacionais [RFT] - Conceitos, pesquisa e aplicações*. Centro Paradigma Ciências do Comportamento.
- Simões, A. S., & Ferreira, T. A. da S. (2021). Quando o Pensamento Positivo não é o Bastante: O papel do HDML na explicação de comportamentos complexos pela RFT. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 094–104. <https://doi.org/10.18761/PAC.2021.v12.RFT.13>
- Shimoff, E., Catania, A. C., & Mathews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36, 207–220. <https://doi.org/10.1901/jeab.1981.36-207>
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. Copley Publishing Group.
- Terrell, J. D., & Johnston, J. M. (1989). Logic, Reasoning and Verbal Behavior. *The Behavior Analyst*, 12(1), 35–44. <https://doi.org/10.1007/BF03392475>
- Todorov, J. C. (2007). A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23, 57–61. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500011>
- Tonneau, F. (2013). Comportamento e a pele. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 9(1), 66–73. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v9i1.2132>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., & Salas, S. V. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141–156.
- Wray, A. M., Dougher, M. J., Hamilton, D.A., & Guinther, P. M. (2012). Examining the reinforcing properties of making sense: a preliminary investigation. *The Psychological Record*, 62, 599–622. <https://doi.org/10.1007/BF03395823>
- Zílio, D. (2010). *A natureza comportamental da mente: behaviorismo radical e filosofia da mente*. Editora UNESP.

Histórico do Artigo

Submetido em: 19/10/2023

Aceito em: 25/08/2025

Terapia de Aceitação e Compromisso e o modelo do processo dual do luto: um diálogo possível?

Acceptance and Commitment Therapy and the dual process model of grief: a possible dialogue?

Anna Laura Leal Freire¹, Luc Vandenberghe¹

[1] Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO) | **Título abreviado:** ACT e DPM no luto | **Endereço para correspondência:** Rua 254, n. 49, Res. Montella, apto 2101, cep 74610-180, Goiânia/GO | **Email:** annalauraleal.psi@gmail.com e luc.m.vandenberghe@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.008

Resumo: O presente artigo compara a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) aplicada ao luto com o Modelo do Processo Dual do luto (DPM). O método foi uma pesquisa de literatura qualitativa baseada nos preceitos da *Grounded Theory Analysis*. Os dois modelos apoiam a aceitação das emoções e o compromisso com a construção daquilo que dá sentido à vida. O DPM descreve um movimento entre a vivência da perda e da restauração, e recomenda a dosagem equilibrada dos dois. Contempla as oscilações entre viver a dor e distrair-se dela e concede funções valiosas à fuga momentânea. A ACT enfatiza a flexibilidade psicológica e a desconstrução da esquiva experiencial. Considera os perigos de fugir da dor e propõe exercícios experienciais, metáforas e outras ferramentas para promover contato com o momento e compromisso com valores. Conclui-se que os modelos são compatíveis e complementares. Os terapeutas ACT ao trabalharem com enlutados, podem se atentar aos benefícios da oscilação entre compromisso e fuga. Os psicólogos que atuam com o DPM podem enriquecer suas práticas com ferramentas conceituais e clínicas da ACT.

Palavras-chave: luto; ACT; DPM; psicologia.

Abstract: This article compares Acceptance and Commitment Therapy's (ACT) application to grief with the Dual Process Model (DPM) of *coping* with bereavement. The method was a Grounded Theory oriented qualitative literature analysis. Both models promote the acceptance of emotions and the commitment to a meaningful life. DPM describes the oscillation between *coping* with loss and in restoration related stressors. It acknowledges both experiencing pain and the adaptive function of momentary escape. ACT emphasizes psychological flexibility and the deconstruction of experiential avoidance. It considers the dangers of fleeing from pain and proposes experiential exercises, metaphors and other tools to promote contact with the moment and commitment to values. We conclude the models are compatible and complementary. ACT therapists, when working with the bereaved, should incorporate awareness of the benefits of alternating between commitment and distraction. Therapists working with DPM should consider enriching their practice with ACT's conceptual and clinical tools.

Keywords: mourning; ACT; DPM; psychology.

O presente estudo compara a maneira em que dois modelos abordam o luto. São eles, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o Modelo de Processo Dual (DPM).

A ACT é uma forma de psicoterapia comportamental que parte do pressuposto que a saúde mental é função de uma vida direcionada pelos valores mais profundos da pessoa, a capacidade de desvincular-se do controle verbal rígido, de permanecer em contato com seus sentimentos, mesmo quando tem um teor ameaçador, de viver no momento presente e sem confundir seu *self* com os conceitos que tenha sobre si. Considera que a dor emocional não seja algo a ser combatido, mas algo que assume funções importantes durante a jornada (Hayes et al., 1999). É um tratamento trans diagnóstico que privilegia as variáveis individuais sobre o diagnóstico e prima pelo uso flexível e pragmático de exercícios vivenciais e metáforas direcionadas pelo próprio andamento do processo terapêutico. Assim, parte do princípio de que o movimento saudável se encontra na adoção de uma postura flexível e ativa no processo de encontrar sentido mesmo nas contingências drasticamente modificadas pela perda (Gaitán et al., 2017).

O DPM é um modelo teórico contemporâneo, proveniente de estudos acadêmicos acerca do luto com a perspectiva de um processo natural, não linear, sem a proposição de fases fixas e tão diversificado quanto as exigências subjetivas do viver. Enlutar-se, portanto, como uma dinâmica que engloba vários processos que oscilam e interagem de maneira harmônica entre si e favorecem a adaptação frente às contingências transformadas (Carr, 2010; Stroebe & Schut, 1999). O DPM divide os estressores envolvidos no luto em dois tipos: aqueles relacionados com a perda da convivência com o ente querido e tudo o que era possibilitado a partir dessa relação (inclusive momentos agradáveis juntos; reforçadores intrínsecos àquela interação; o poder de compra etc.) e outros que dizem respeito à restauração (e.g., a necessidade de incrementação de repertório; encarar ambientes novos para resgatar e desenvolver atividades sociais e profissionais; reorganização da rotina etc.). Sendo assim, o modelo considera tanto as tensões práticas do cotidiano do enlutado e suas repercussões quanto à construção de uma nova configuração de vida. Descreve

movimentos dialéticos entre um leque de tarefas a serem realizadas tão diversas quanto a resolução de problemas práticos e a preservação de recursos emocionais (Carr, 2010).

Tanto a ACT quanto o DPM ampliam a visão tradicionalmente linear e universal do luto. Ao abandonarem os passos ou etapas prefixadas da perda (Kübler-Ross, 1969) e substituí-los por processos tão únicos quanto nossas histórias de vida, abrem para o terapeuta a possibilidade de uma condução flexível do acompanhamento que permite validar os caminhos pessoais que os enlutados traçam. Porém, os dois modelos emergiram em contextos de pesquisa divergentes. Diante disso, o que motivou o presente estudo foi a comparação e verificação da possibilidade de um diálogo entre as duas abordagens. Para isso, objetivou-se identificar as similaridades e diferenças entre as maneiras singulares em que o DPM e a ACT abordam o luto.

Método

Foi conduzida uma pesquisa bibliográfica qualitativa usando uma adaptação da *Grounded Theory Analysis* proposta por Levitt et al. (2016). O material foi coletado via Google Acadêmico com os termos de busca *DPM*, *Dual Process Model*, *Modelo de Processo Dual*, *ACT*, *Acceptance and Commitment Therapy*, *Terapia de Aceitação e Compromisso*. Esses seis termos foram usados um por um, aqueles em português associados com os termos “luto” e em inglês com “*grief*”. Os títulos dos 50 primeiros documentos acessíveis em cada uma dessas buscas foram lidos e salvos para leitura integral aqueles textos que tratavam do luto nas visões de DPM ou ACT, publicados de 1999 até 2022 em português, inglês ou espanhol.

Em todo o *corpus* analisado, foram levantados os trechos que descrevem o processo do luto. Para conceituar cada segmento, foram construídos códigos, i.e. expressões concisas que resumem o significado do trecho. Seguindo os preceitos da *Grounded Theory Analysis*, não foram usados sistemas de codificação existentes, mas sintetizou-se expressões a partir do próprio material analisado. Os códigos foram repetidamente comparados entre eles, para aprimorar a sua formulação e para agrupá-los em

categorias que resumem ideias a respeito do luto.

Iniciou-se com os artigos que tinham como autores os idealizadores do DPM e com o livro de Gaitán et al. (2017) por ser a primeira obra de referência na ACT a respeito do luto. A análise dos textos sugeriu ideias provisórias para serem verificadas nos outros textos. Em alguns momentos, os códigos emergentes levaram a questionamentos que tornaram novas buscas necessárias. Por exemplo, quando foi identificado o uso do DPM para compreender o luto coletivo de uma nação ou comunidade, as duplas *desastre & nacional*, *desastre & comunidade*, *disaster & national*, *disaster & community* foram combinados com luto ou *grief* e ACT, para verificar se a ACT já foi usada no mesmo sentido.

A simultaneidade da análise dos textos e a busca de artigos adicionais integra o procedimento da amostragem teórica caracterizam *Grounded Theory Analysis* (Charmaz, 2006). Nesse procedimento, a análise ainda em evolução indica quais informações adicionais precisam ser coletadas para esclarecer, verificar ou consolidar as interpretações emergentes. Apesar de tradicionalmente metanálises qualitativas incluírem em torno de 12 artigos (Levitt et al., 2016), para a presente amostra requereu-se 34 trabalhos para alcançar a suficiência teórica, i.e. que os resultados respondam aos objetivos da pesquisa.

Os códigos construídos foram agrupados de acordo com as similaridades entre eles. Cada agrupamento recebeu um nome (categorias) que sintetizou o que esses códigos tinham em comum. Estas categorias são apresentadas na tabela e foram usadas para estruturar a explanação dos resultados da pesquisa.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as categorias precisão, abrangência e eficácia. A categoria “precisão” emergiu de trechos retirados de Eisma et al. (2022); Fasse e Zech (2016); Fiore (2021); Lund et al. (2010); Shannon e Wilkinson (2020); Stroebe e Schut (2015); Stroebe e Schut (2016) para o DPM. E de Gaitán et al. (2017); Hardt et al. (2022); Jones et al. (2022); Nam (2016); Soriano e Luque (2001); Sousa et al. (2022); Villagómez-Zavala et al. (2022); Walker (2013) e Williams et al. (2019) para a ACT. A categoria

“abrangência” surgiu de trechos tratando da aplicação a diversos tipos de perda sob a ótica DPM (Cantwell-Bartl, 2018; Selby et al., 2011; Speedlin et al., 2016) e da ACT (Davis et al., 2020; Medina-Reina & Ruiz, 2022; Najjari et al., 2017), como também da aplicação a vivências coletivas com o DPM (Chen et al., 2019; McManus, 2018; Robben, 2014; Stroebe & Schut, 2020; Torrens-Burton et al., 2022) - não foram encontrados estudos usando a ACT nesse sentido. A categoria “eficácia” se deu a partir de resultados de tratamentos baseados na ACT (Behrouz, 2015; Campos-Pedrosa, 2017; Davis et al., 2020; Malmir et al., 2017; Medina-Reina & Ruiz, 2022; Najjari et al., 2017; Speedlin et al., 2016; Villagómez-Zavala et al., 2020) e no DPM (Chow et al., 2019; Green et al., 2021; Yu et al., 2022).

Precisão e abrangência conceitual dos modelos

Aspectos constituintes do luto

Os elementos trazidos por Stroebe e Schut (1999) ou por Hayes et al. (1999) descrevem o luto como ocorre na vida real? A literatura oferece algumas investigações a respeito disso. Fiore (2021) apresenta uma revisão sistemática de publicações comparando intervenções baseadas no DPM e tratamentos tradicionais do luto, mostrando que o modelo de oscilação do DPM representa o processo do luto como é vivenciado pelas pessoas, podendo assim melhor amparar intervenções eficazes.

Walker (2013) argumenta a relevância das ferramentas da ACT para abordar a esquiva, a perda de contato com o momento presente, a fusão com histórias sobre a pessoa falecida e o *self* do enlutado, a perda de direção valorizada na vida e a falta de compromisso com a ação, que são todas vivências comuns para enlutados. Num estudo qualitativo, relata que terapeutas e clientes beneficiam das maneiras em que a ACT valoriza a natureza individual do luto, a sua capacidade de colocar o sofrimento num contexto positivo e de trabalhar os efeitos de emoções e pensamentos.

Numa análise da produção de uma oficina com pessoas em acompanhamento de luto, surge como categoria mais importante a ‘terapia’ cujos conteúdos correspondiam com o desenvolvimento de

Tabela 1. Referências usadas nas comparações entre DPM e ACT.

Categoria	Descrição	Referências DPM	Referências ACT
Precisão	Clareza dos conceitos, proposições e relações entre variáveis	Eisma et al. (2022); Fasse e Zech (2016); Fiore (2021); Lund et al. (2010); Shannon e Wilkinson (2020); Stroebe e Schut (2015); Stroebe e Schut (2016).	Gaitán et al. (2017); Hardt et al. (2022); Jones et al. (2022); Nam (2016); Soriano e Luque (2001); Sousa et al. (2022); Villagómez-Zavala et al. (2022); Walker (2013) e Williams et al. (2019).
Abrangência	Aplicação a diversos tipos de perda	Cantwell-Bartl, 2018; Selby et al., 2011; Speedlin et al., 2016.	Davis et al., 2020; Medina-Reina & Ruiz, 2022; Najjari et al., 2017.
	Vivências coletivas	Chen et al., 2019; McManus, 2018; Robben, 2014; Stroebe & Schut, 2020; Torrens-Burton et al., 2022.	Não foram encontrados estudos usando a ACT nesse sentido.
Eficácia	Apoio para o poder preditivo dos modelos	Chow et al., 2019; Green et al., 2021; Yu et al., 2022.	Behrouz, 2015; Campos-Pedrosa, 2017; Davis et al., 2020; Malmir et al., 2017; Medina-Reina & Ruiz, 2022; Najjari et al., 2017; Speedlin et al., 2016; Villagómez-Zavala et al., 2020.

flexibilidade psicológica, aceitação de sintomas e situações vivenciadas, resignificação e redefinição de objetivos e melhora da condição emocional apesar da dor (Villagómez-Zavala et al., 2022).

Não há consenso pleno a respeito da precisão com a qual os dois modelos se adequam ao luto. Fasse e Zech (2016) entrevistando viúvas relatam três pontos que não são levados suficientemente em conta pelo DPM: os dois processos de *coping* não são distintos, mas interdependentes, as formas de *coping* às vezes parecem mais intuitivas ou acidentais do que estratégicas. Além disso, muitas irrupções no processo de enfrentamento não estão relacionadas ao ajustamento do luto, mas são decorrentes de outros acontecimentos na vida da pessoa. Jones et al. (2022) argumentam que a ACT reduz o nível de sofrimento, mas não aborda o processo de luto em si.

As duas orientações de coping do DPM são separadamente relevantes

Nos grupos DPM para recém viúvos investigados por Lund et al. (2010) os participantes tiveram os mesmos benefícios relacionados ao *coping* orientado para a perda que pessoas em grupos exclusivamente com esse enfoque. Porém, para os par-

ticipantes de ambos os tipos de terapia, o *coping* orientado para a perda diminuiu em importância no decorrer do tempo. Enquanto isso, participantes dos grupos DPM mostraram maiores incrementos de *coping* orientado para restauração. Porém, os participantes nos grupos tradicionais desenvolveram suas próprias estratégias de *coping* orientado para restauração.

A forma em que o enfrentamento da perda perinatal evolui corresponde com o DPM. Shannon e Wilkinson (2020) exploram como o modelo providencia uma moldura conceitual para compreender o processo de acompanhamento clínico de pais com os estressores do luto.

Variáveis capazes de modificar o luto

Função da pessoa perdida. Eisma et al. (2022) relataram que pessoas mais novas e aqueles que perderam cônjuges ou familiares em primeiro grau (pessoas com função estruturante na vida) experimentam mais estressores ligados à restauração. Estes estavam relacionados com maiores dificuldades de adaptação frente à nova realidade da vida, com luto prolongado e depressão.

Sobrecarga. Os efeitos de *coping* focado em perda e em restauração são diferentes em pessoas com alta sobrecarga de tarefas. Essa variável deve ser integrada como moderadora no DPM para entender diferenças individuais em problemas de saúde e considerada no acompanhamento de pessoas enlutadas (Stroebe & Schut, 2016).

A transição da família pelo processo dual. Stroebe e Schut (2015) explicam como os membros de famílias trabalham em conjunto para aceitar a realidade da perda, ao compartilharem a dor, como também ao unirem-se nos ajustamentos às novas realidades relacionais, financeiras e sociais. No processo, as famílias oscilam entre os processos de enfrentamento. As maneiras em que cada integrante da família enfrenta os dois tipos de estressores influencia a maneira em que a família transita no processo, e vice-versa.

A esquivia experiencial compromete o processo de luto. Nam (2016) mostra que as características traumáticas do suicídio de um companheiro tendem a intensificar a esquivia experiencial que, por sua vez, compromete o processo do luto. Sugere que uma capacitação em ACT ajudaria terapeutas a melhor conduzirem o tratamento para enlutados por suicídio.

Williams et al. (2019) identificaram que a esquivia experiencial influencia a autorregulação e os fatores de risco em pessoas que perderam alguém por morte súbita. A esquivia experiencial é associada a sintomas mais severos e media o efeito da personalidade impulsiva sobre a duração dos sintomas. Em jovens que perderam um ente querido por morte súbita, a esquivia experiencial é um mediador na relação entre a intensidade do sofrimento e a indisposição de seguir em frente. Ela também aumenta a probabilidade de luto prolongado (Hardt et al., 2022).

Aplicação a diferentes tipos de perdas individuais

Os princípios do DPM foram usados num programa de acompanhamento de missionários que depois de longas missões no terceiro mundo voltam para seus países de origem (Selby et al., 2011) e num estudo de caso que retrata uma mulher, viúva há 10 anos, que mudou de cidade logo depois que o

filho mais velho saiu de casa (Speedlin et al., 2016). Em pais de crianças com problemas graves de saúde, o processo de oscilação entre *coping* orientado para perda e *coping* orientado para restauração, envolvendo tanto ondas de aflição e de supressão foram documentados (Cantwell-Bartl, 2018).

Najjari et al. (2017) comparam um grupo terapêutico ACT com mulheres em estado de solidão após o divórcio com um grupo controle e registraram melhorias quanto ao ajustamento psicológico, do sentimento de abandono, raiva e tristeza. Davis et al. (2020) mostram os benefícios de uma intervenção ACT para cuidadores de pacientes que se encontram em cuidados paliativos. Medina-Reina et al. (2022) trataram com ACT o luto complicado por separação amorosa em três mulheres.

Aplicação a perdas coletivas

Robben (2014) usou o DPM ao analisar o luto de sociedades inteiras devido ao desaparecimento de números expressivos de pessoas durante uma ditadura militar. Os princípios do modelo explicam tendências sociais aparentemente contraditórias. McManus et al. (2018) comparam dois desastres: um terremoto que destruiu a infraestrutura de uma comunidade gerou mais *coping* orientado para a restauração em detrimento das necessidades individuais de lidar com a perda. Um desastre numa mina gerou mais *coping* orientado para a perda, enquanto vários fatores administrativos, organizacionais e políticos vêm atrapalhar as estratégias de *coping* orientadas pela restauração.

A luta de mães na China que perderam seus filhos num terremoto envolveu, condizente com o modelo DPM, inicialmente estressores ligados à perda, para depois oscilar ao longo do tempo entre o *coping* orientado para restauração e para a perda (Chen et al., 2019).

Stroebe e Schut (2020) relatam que entre 44 artigos sobre o ajustamento após perdas devidas à COVID-19, quase todos usaram conceituações lineares antigas do luto, predizendo graves consequências devido à pandemia. Apontam como os estudos baseados no DPM detectaram a maneira em que as pessoas lidam com a complexidade do luto e superaram os desafios relacionados com perda e restauração.

Dois grandes estudos durante a pandemia na Grã Bretanha destacam estressores ligados à perda,

como a impossibilidade de despedir-se do falecido, restrições em práticas funerárias, associados a sentimentos de culpa e raiva e estressores ligados à restauração envolvendo o difícil funcionamento das redes de apoio, atividades sociais e recreacionais e limitando as opções de *coping* (Torrens-Burton et al., 2022). Estudos similares a respeito de perdas coletivas, usando a ACT não foram encontrados.

Terapias baseadas em DPM ou em ACT têm efeito verificado

Meninas com luto atípico que passaram por uma terapia de grupo ACT apresentaram melhoras significativamente maiores, comparado ao grupo controle, nos escores de TEPT, pensamentos intrusivos, componentes de evitação e autoeficácia e resolução de problemas (Behrouz, 2015). Em um estudo de caso, Speedlin et al. (2016) mostram como a rigidez psicológica (nas diferentes dimensões do hexaflex) em uma pessoa enlutada pode comprometer a capacidade de enfrentamento das perdas e impedir o engajamento para uma vida com mais valor. O mesmo estudo propõe um tratamento promovendo flexibilidade psicológica. Grupos de luto sob a ótica da ACT diminuíram os sintomas depressivos dos participantes, assim como as ruminações sobre os falecidos. Observou-se diminuição do apego ao sentido literal dos conteúdos dos pensamentos, aceitação das emoções e um movimento maior em ações comprometidas com os valores (Campos-Pedrosa, 2017).

Pacientes enlutados em tratamento psiquiátrico tratados com ACT apresentaram uma redução de ansiedade e um aumento da expectativa de vida em comparação com um grupo de controle (Malmir et al., 2017). Outros grupos de ACT possibilitaram um melhor ajuste psicológico, diminuição das sensações de abandono, raiva e luto (Najjari et al., 2017) ou mais melhorias na aceitação, valorização da vida e diminuição do sofrimento psicológico que um grupo controle (Davis et al., 2020).

Um grande estudo chinês em 12 centros comunitários mostra que uma terapia de grupo baseada em DPM é superior quanto à redução dos sintomas de luto, da ansiedade e solidão e à melhora da percepção do apoio social à disposição comparada com uma terapia de grupo psicoeducativo para luto (Chow et al., 2019).

Villagómez-Zavala et al. (2020) avaliam os comprometimentos na espiritualidade de pacientes com luto complicado após perdas por suicídio. As ferramentas da ACT foram usadas para ressignificar a experiência da perda e resgatar a espiritualidade como aliada nas vivências dolorosas. Os participantes aprimoraram a sua flexibilidade psicológica, favorecendo uma maior adaptação frente à perda, com mais esperança e tolerância à dor. Houve também redução dos sintomas de luto complicado.

Uma arteterapia com crianças enlutadas que usa do DPM para possibilitá-las se expressarem e explorarem tanto emoções negativas quanto positivas ligadas ao luto foi empiricamente validada (Green et al., 2021).

Um protocolo de três sessões de ACT levou a melhoras significativas quanto ao sofrimento subjetivo, à satisfação com a vida valorizada, abrandamento do pensamento negativo repetitivo, esquivas experiencial, e fusão cognitiva (Medina-Reina et al., 2022). Um programa DPM de intervenção psicossocial individual e em grupo voltado para a comunidade enlutada por COVID-19, envolvendo elementos culturais locais diminuiu significativamente o risco de luto prolongado (Yu et al., 2022).

Em um estudo de caso sobre luto patológico, Soriano e Luque (2001) relatam uma redução de sintomas depressivos, de fusão cognitiva e um incremento de comportamentos direcionados aos valores do cliente. Notou-se a alteração das funções dos eventos verbais como crucial no processo. Gaitán et al. (2017) abordam como as estratégias que promovem flexibilidade psicológica podem capacitar o terapeuta e o cliente a manejar o luto em ambientes clínicos e na vida cotidiana. O livro oferece anexos para auxiliar ambos na aplicação e avaliação do processo da ACT no tratamento do luto.

Sousa et al. (2022) mostram como a ACT pode auxiliar no manejo do luto. As suas estratégias favorecem a viver a perda como algo naturalmente doloroso, evocador de emoções desagradáveis que não devem ser evitadas e como isso também traz ricas possibilidades para averiguar o que é importante em suas vidas.

Discussão

A comparação das duas literaturas mostra o DPM e a ACT aptos para captar uma gama de processos relevantes no luto e para nortear trabalhos terapêuticos com pessoas enlutadas. O DPM capta um maior leque de variáveis que influenciam o luto e foi aplicada a diferentes tipos de perda, afinal, foi um modelo criado exclusivamente para esse recorte.

Nota-se maior sofisticação metodológica nos estudos a respeito do DPM cujo aporte aborda a complexidade do luto como um percurso em interação com as múltiplas variáveis entrelaçadas na vivência da pessoa que sofreu a perda. A contribuição da ACT consiste na adaptação de dimensões transdiagnósticas do sofrimento psicológico ao processo do luto. Aponta para o papel da fusão cognitiva e a esquivas experiencial no luto prolongado ou traumático e oferece as ferramentas clínicas para abraçá-los.

O DPM direciona o terapeuta para os estressores paralelos e o processo incremental de perdas secundárias, como também para processos intersubjetivos. Chama atenção para aspectos importantes, como o valor de negação intermediária da perda, em que a alternância entre a confrontação e a evitação, cada uma na dosagem apropriada caracteriza o percurso saudável do luto. O DPM também elucida o alto custo de resposta do enfrentamento da perda e as funções benéficas da esquiva.

Ao integrar esses elementos na ACT se faz necessário abandonar a premissa de que a esquiva experiencial seria a raiz das psicopatologias. Muitas vezes é saudável que o cliente fuja da dor. Isto não é necessariamente incompatível com a filosofia básica da ACT, onde há uma tendência emergente de aceitar a esquiva experiencial como um processo natural, que somente compromete a qualidade de vida quando se torna rígido (Harris, 2018).

As coerências entre as duas perspectivas facilitam o intercâmbio, como por exemplo, no estudo de Freire (2022) em que um grupo terapêutico para idosos enlutados teve o seu protocolo embasado nos preceitos tanto da ACT quanto do DPM, favorecendo um trabalho mais dinâmico, contemporâneo e resultados significativos.

Ambos os modelos reconhecem a dor da mu-

dança das condições de vida como algo natural e valorizam a reconstrução pelo engajamento com objetivos de vida profundos. Os dois focam na função do comportamento (como a orientação para perda ou restauração, respostas de enfrentamento e distração etc.) e endossam a flexibilidade no enfrentamento do luto (p. ex. os movimentos pendulares e os objetivos antagônicos no DPM, a desfução e o foco no momento presente na ACT).

Conclusão

Diante do exposto, tanto a ACT quanto o DPM acrescentam elementos de complexidade e uma visão mais funcional e versátil ao pensamento tradicional sobre o luto. Trazem essas qualidades de maneiras que são diferentes, mas mutuamente compatíveis. Sugere-se, portanto, que os terapeutas ACT ao trabalharem com enlutados, se atentem às variáveis capazes de modificar o luto e à oscilação entre os estressores apontados pelo DPM. E que os psicólogos que atuam a partir de uma visão DPM incorporem o armazém de ferramentas conceituais e clínicas da ACT.

Essas trocas podem contribuir para uma compreensão mais ampla e contextual acerca do dinamismo individual do luto com seus desafios e suas potencialidades. Além de incrementar a formação e atualização de terapeutas para trabalhar com esse público.

Referências

- Behrouz, B. (2015). The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on post-traumatic stress disorder, coping styles, and self-efficacy in girls with abnormal grief. *Journal of Clinical Psychology*, 7(4), 81-92. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2220>.
- Campos-Pedrosa, A. (2017). *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) al duelo* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Jaén: Universidad de Jaén.
- Cantwell-Bartl, A. (2018). Grief and coping of parents whose child has a constant life-threatening disability, hypoplastic left heart syndrome with reference to the dual-process model. *Death Studies*, 42(9), 569-578. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1407380>.
- Carr, D. (2010). New perspectives on the dual process model (DPM): What have we learned? What questions remain?. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(4), 371-380.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Bookman Editora.
- Chen, L., Fu, F., Sha, W., Chan, C. L., & Chow, A. Y. (2019). Mothers coping with bereavement in the 2008 China earthquake: A dual process model analysis. *OMEGA-Journal of death and dying*, 80(1), 69-86. <https://doi.org/10.1177/0030222817725181>.
- Chow, A. Y., Caserta, M., Lund, D., Suen, M. H., Xiu, D., Chan, I. K., & Chu, K. S. (2019). Dual-process bereavement group intervention (DPBGI) for widowed older adults. *The Gerontologist*, 59(5), 983-994. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>.
- Cook, A. S. & Oltjenbruns, K. A. (Eds.). (1998). The bereaved family. *Dying and grieving: Life span and family perspectives*. (pp. 91-115). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- Davis, E. L., Deane, F. P., Lyons, G. C., Barclay, G. D., Bourne, J., & Connolly, V. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 322-339. <https://doi.org/10.1177/1359105317715091>.
- Eisma, M. C., de Lang, T. A., & Stroebe, M. S. (2022). Restoration-oriented stressors of bereavement. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(3), 339-353. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1957849>.
- Fasse, L., & Zech, E. (2016). Dual process model of coping with bereavement in the test of the subjective experiences of bereaved spouses: An interpretative phenomenological analysis. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(2), 212-238. <https://doi.org/10.1177/0030222815598668>.
- Fiore, J. (2021). A systematic review of the dual process model of coping with bereavement (1999-2016). *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 84(2), 414-458. <https://doi.org/10.1177/0030222819893139>.
- Freire, A. L. L. (2022). *Um grupo terapêutico vivendo o luto na terceira idade: um estudo qualitativo* (Dissertação de mestrado). Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. Disponível em <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4918>.
- Gaitán, J. I. C., Ortega, M. A. R., & Chávez, Z. I. C. (2017). *Duelo: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Green, D., Karafa, K., & Wilson, S. (2021). Art therapy with grieving children: Effect on affect in the dual-process model. *Art Therapy*, 38(4), 211-215. <https://doi.org/10.1080/07421656.2020.1823197>.
- Hardt, M. M., Williams, J. L., & Jobe-Shields, L. (2022). The role of experiential avoidance in the relationship between traumatic distress and yearning in sudden and unexpected bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, 78(4), 559-569. <https://doi.org/10.1002/jclp.23233>.
- Harris, R. (2018). *ACT Questions and Answers: A Practitioner's Guide*. Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (p. 6). New York: Guilford Press.
- Jones, K., Methley, A., Boyle, G., Garcia, R., & Vseteckova, J. (2022). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy for managing grief expe-

- rienced by bereaved spouses or partners of adults who had received palliative care. *Illness, Crisis & Loss*, 30(4), 596-613. <https://doi.org/10.1177/10541373211000175>.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.
- Levitt, H. M., Pomerville, A. & Surace, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142, 801-830.
- Lund, D., Caserta, M., Utz, R., & De Vries, B. (2010). Experiences and early coping of bereaved spouses/partners in an intervention based on the dual process model (DPM). *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(4), 291-313. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.c>.
- Soriano, M. C. L., & Luque, F. C. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27(113).
- Malmir, T., Jafari, H., Ramezanalzadeh, Z., & Heydari, J. (2017). Determining the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on life expectancy and anxiety among bereaved patients. *Materia socio-medica*, 29(4), 242. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.242-246>.
- McManus, R., Walter, T., & Claridge, L. (2018). Restoration and loss after disaster: Applying the dual-process model of coping in bereavement. *Death studies*, 42(7), 405-414. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1366599>.
- Medina-Reina, D. P., & Ruiz, F. J. (2022). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 67-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8510676>.
- Najjari, F., Khodabakhshi Koolae, A., & Falsafinejad, M. R. (2017). The effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) on loneliness and psychological adjustment in women after divorce. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 5(3), 68-75. <https://jms.thums.ac.ir/article-1-459-en.html>.
- Nam, I. (2016). Suicide bereavement and complicated grief: Experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of loss and trauma*, 21(4), 325-334. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1067099>.
- Robben, A. C. (2014). Massive violent death and contested national mourning in post-authoritarian Chile and Argentina: a sociocultural application of the dual process model. *Death studies*, 38(5), 335-345. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766653>.
- Saban, M. T., Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (Eds.). (2015). O que é Terapia de Aceitação e Compromisso. *Terapias comportamentais de terceira geração*, 179-216. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Selby, S., Clark, S., Braunack-Mayer, A., Jones, A., Moulding, N., & Beilby, J. (2011). Cross-cultural re-entry for missionaries: A new application for the dual Process Model. *Omega Journal of Death and Dying*, 62(4), 329-351. <https://doi.org/10.2190/OM.62.4.b>.
- Shannon, E., & Wilkinson, B. D. (2020). The ambiguity of perinatal loss: A dual-process approach to grief counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(2), 140-154. <https://doi.org/10.17744/mehc.42.2.04>.
- Sousa, A. C. A., Carvalho, B. Q. G., & Prado, F. Estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso para vivência e manejo do luto (2022). In Fonseca, F. N., Santos, L. B., & Freire, A. L. L. (Orgs.), *Luto: Teoria e intervenção em análise do comportamento* (pp. 221-242). CRV.
- Speedlin, S., Milligan, K., Haberstroh, S., & Duffey, T. (2016). *Using Acceptance and Commitment Therapy to Negotiate Losses and Life Transitions*. Ideas and Research You Can Use. VISTAS.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family Matters in Bereavement: Toward an Integrative Intra-Interpersonal Coping Model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 873-879. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691615598517>.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2016). Overload: A missing link in the dual process model?. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(1), 96-109.

- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>.
- Torrens-Burton, A., Goss, S., Sutton, E., Barawi, K., Longo, M., Seddon, K., ... & Harrop, E. (2022). "It was brutal. It still is": a qualitative analysis of the challenges of bereavement during the COVID-19 pandemic reported in two national surveys. *Palliative Care and Social Practice*, 16, 263235242210924. <https://doi.org/10.1177/26323524221092456>.
- Villagómez-Zavala, P. G., Ornelas-Tavares, P. E., Franco-Chávez, S. A., Gutiérrez-Castillo, L. A., & Martínez-Becerra, A. K. (2020). Evaluación de la espiritualidad en pacientes con duelo utilizando la terapia de aceptación y compromiso en la Clínica de Duelo por Suicidio del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Salud Bosque*, 10(1). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103952>.
- Villagómez-Zavala, P. G., Abundiz, S. P., & Ornelas Tavares, P. E. (2022). Significados y manifestaciones del duelo en participantes del taller de la Clínica de Duelo RoqueQuintanilla, Guadalajara. *Revista Salud Bosque*, 11(2), 1-20. <https://doi.org/10.18270/rsb.v11i2.3830>.
- Walker, K. A. (2013). *The Experiences of Therapists and Bereaved Clients of using an Acceptance and Commitment Therapy approach to grief*. [PhD thesis, University of Wolverhampton].
- Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., & Eddinger, J. R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not post-traumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.020>.
- Yu, Z., Liang, J., Guo, L., Jiang, L., Wang, J., Ke, M., ... & Liu, X. (2022). Psychosocial Intervention on the Dual-Process Model for a Group of COVID-19 Bereaved Individuals in Wuhan: A Pilot Study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 003022282210830. <https://doi.org/10.1177/00302228221083067>.

Histórico do Artigo

Submetido em: 16/05/2023

Aceito em: 09/10/2024

Fundamentos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupo: desafios, potenciais e implicações práticas

Theoretical foundations of group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT): challenges, potentials and implications for practice

Raimundo Bittencourt de Almeida¹, Ana Carolina Rodrigues Martins¹, Lauro Miranda Demenech¹

[1] Universidade Federal do Rio Grande (FURG) | **Título abreviado:** Fundamentos de ACT em grupo | **Endereço para correspondência:** Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Centro de Estudos sobre Risco e Saúde (CERIS), Prédio da Psicologia, Rio Grande/RS, Av. Itália, Km. 8. CEP 96203-900 | **Email:** raimundoalmeida.psi@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.020

Resumo: Relatos de sofrimento psicológico são cada vez mais frequentes ao redor de todo o mundo. Abordagens que possam acolher um número maior de indivíduos com menos custo e em menor tempo podem ser vistas como importantes ferramentas para a promoção de saúde mental. A terapia na modalidade grupal é uma dessas possibilidades de intervenção. Contudo, são poucos os estudos que apresentam descrições de terapias grupais baseadas em abordagens contemporâneas. O objetivo deste trabalho é apresentar possibilidades e desafios para a construção e manejo de propostas terapêuticas grupais baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), desde os comportamentos do próprio terapeuta até os do cliente. Foram descritas orientações para manejo de um grupo ACT, direcionamentos para o terapeuta ACT e maneiras de observar e criar possibilidades para que os integrantes vivenciem os processos nucleares do modelo de Flexibilidade Psicológica. Sugere-se a produção de novos trabalhos em português que possam abordar com mais robustez a construção de habilidades terapêuticas grupais na perspectiva da ACT.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso, Terapia de Grupo, Psicoterapia, ACT em grupo

Abstract: Reports of psychological suffering are increasingly frequent around the world. Strategies that accommodate a higher number of individuals at less cost and in a shorter period are important tools for promoting mental health. Group therapy is one of these intervention possibilities. However, few studies present descriptions of group therapies based on contemporary approaches. The objective of this work is to present possibilities and challenges for the construction and management of group therapeutic proposals based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), from the therapist's behaviors to those of the client. Guidelines for managing an ACT group, directions for the ACT therapist, and ways to observe and create possibilities for members to experience the core processes of the Psychological Flexibility model were described. It is suggested that more works should be produced and published in Portuguese that robustly address the construction of group therapeutic skills from the perspective of ACT.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Group Therapy, Psychotherapy, Group-Based ACT

É crescente o número de indivíduos em situações de sofrimento psicológico ao redor do mundo. Estima-se que mais de 970 milhões de pessoas vivam com algum transtorno mental (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Em relação ao Brasil, dados da Organização Mundial da Saúde indicam que o país ocupa o primeiro e o quinto lugar do ranking em proporção de indivíduos com algum tipo de transtornos de ansiedade e depressão, respectivamente (World Health Organization, 2017). Além disso, a maior parte das pessoas em algum momento da vida vai levar em consideração tirar sua própria vida (Chiles & Strosahl, 1995).

Esse cenário desafiador é atravessado por outras problemáticas. O volume elevado de demanda exerce grande pressão no Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim et al., 2011) o que, aliado a um déficit crônico de financiamento, dificulta a oferta de atendimento de qualidade, especialmente em nível ambulatorial (Castro et al., 2019). Desta forma, serviços associados à rede de atenção psicossocial enfrentam importantes dificuldades em manejar adequadamente as necessidades de todos seus usuários. Não menos importante foi, e ainda é, o impacto sem precedentes na história contemporânea imposto pela pandemia de COVID-19. Os desdobramentos funestos não se limitam ao excessivo número de pessoas infectadas e mortas devido ao vírus, mas também aos âmbitos sociais, econômicos e, em especial, à saúde mental (Schmidt et al., 2020). Juntos, esses fenômenos repercutem nas práticas de profissionais de saúde mental nas esferas pública e privada.

Um fenômeno que não se restringe ao Brasil é a flagrante atenção dada tanto pela comunidade científica como pelos veículos midiáticos à novos tratamentos farmacológicos para transtornos mentais (Patel, 2022), apesar da longa e bem consolidada evidência de que estratégias de psicoterapia são a mais efetiva primeira linha de ação (Furukawa et al., 2021). Nesse contexto, faz-se necessária a utilização e difusão de abordagens inovadoras e criativas que auxiliem na atenção das necessidades cada vez maiores e mais complexa das pessoas em sofrimento psicológico. Estratégias de tratamento em grupo podem ser fundamentais para o manejo de diversas situações desafiadoras, além de um mecanismo de escoamento para a grande demanda de atendimento psicológico. Essa modalidade é capaz

de acolher um número maior de indivíduos em menos tempo e menor custo, tornando-se uma ferramenta de transformação social, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

Nesse sentido, a terapia em grupo pode ser considerada uma ferramenta factível e potencialmente efetiva para o enfrentamento das situações de adoecimento psicológico (Yalom, 2005). O trabalho com grupos pode ser realizado de maneiras diferentes dentro do campo da psicologia, considerando cada abordagem psicológica, necessidade do contexto e preferência do profissional aplicador.

Algumas abordagens como a psicanálise (Zimerman, 2007), psicodrama (W. Almeida, 1999) e até mesmo a Terapia Cognitivo Comportamental (Neufeld, 2017), apresentam descrições robustas e de fácil acesso para os leitores latino-americanos no campo da terapia em grupo. A Psicologia é um campo em constante evolução que avança em direção a construção e testagem de métodos que sejam capazes de proporcionar tratamentos cada vez mais efetivos para as mais variadas populações. Apesar disso, nota-se uma lacuna na descrição de terapias contemporâneas e com dados empíricos no campo grupal, principalmente em língua portuguesa.

Nos últimos 40 anos, as Terapias Comportamentais Contextuais têm apresentado importantes avanços no tratamento dos mais variados tipos de sofrimento psicológico. O modelo comportamental contextual emerge do Behaviorismo Radical como filosofia da Ciência, mas propõe uma expansão a partir destas raízes (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012). A abordagem conta com um programa próprio de pesquisa sobre a cognição e linguagem humana (Relational Frame Theory, RFT) que embasa o entendimento do terapeuta contextual a respeito do sofrimento humano (Hayes et al., 2001; Perez et al., 2022).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem teórica inserida dentro do escopo da Ciência Comportamental Contextual, elaborada por Hayes e colaboradores no final da década de 1980 (Hayes et al., 1999, 2012). Desde sua apresentação, essa teoria tem acumulado um robusto corpo de evidências para maior parte dos transtornos psicológicos, seja por meio de intervenções na modalidade individual ou grupal (Barbosa & Murta, 2015).

Essa abordagem postula que o processo natural de uma mente saudável invariavelmente leva os indivíduos ao sofrimento psicológico (Luoma et al., 2007). O sofrimento humano não é opcional. Cedo ou tarde, se viverem o suficiente, todos os indivíduos irão experienciar situações dolorosas nos mais variados âmbitos de suas vidas. Mesmo aqueles com as melhores condições de vida estão suscetíveis a contrair doenças orgânicas, perder entes queridos e, em última instância, irão morrer (Hayes et al., 2012).

Na perspectiva da ACT, os indivíduos não precisam ser consertados e, por isso, a terapia não coloca em primeiro plano a redução dos sintomas dos indivíduos (Wilson & DuFrene, 2010). Ainda assim, essa redução acontece como produto do desenvolvimento de habilidades que capacitam os indivíduos para lidar com eventos privados desafiadores, como pensamentos, sentimentos, memórias e sensações (Hayes et al., 2006). Concomitantemente, auxilia a pessoa a descobrir o que é importante em suas próprias vidas e a colocar suas ações a serviço de seus valores. Ademais, a ACT oferece um entendimento próprio a respeito da psicopatologia e do que agrava e mantém as situações de sofrimento psicológico (Hayes et al., 1996).

A esquiva experiencial é um componente nuclear do modelo ACT de sofrimento psicológico (Hayes et al., 1996). Trata-se das tentativas deliberadas de controle e esquiva de experiências privadas aversivas (Hayes & Gifford, 1997). Esse tipo de comportamento geralmente funciona a curto prazo, porém empobrece e diminui o repertório comportamental dos indivíduos a médio e longo prazo. A esquiva experiencial está na base de todos os transtornos categorizados pela literatura até o momento, constituindo-se como principal fator transdiagnóstico para essa teoria (Hayes et al., 1996).

Portanto, a ACT busca a diminuição da esquiva experiencial e aumento do repertório de ações em direção a valores (Harris, 2019). Para tal, busca-se a promoção da Flexibilidade Psicológica, definida como o processo de entrar em contato com o momento presente plenamente, de forma não julgadora e aberta, persistindo ou mudando o comportamento a serviço de valores escolhidos (Hayes et al., 2012). Por ser uma abordagem guiada por meio de um modelo transdiagnóstico de saúde, e não por

meio de categorias diagnósticas pré-estabelecidas, ela pode ser aplicada a uma grande variedade de problemas clínicos (Hayes et al., 1996).

O caráter transdiagnóstico da ACT é importante para uma prática adequada à realidade clínica da população, tendo em vista que os clientes apresentam dificuldades complexas e que transcendem uma categoria. Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais apresentam um grande número de comorbidades, sendo essa uma das maiores críticas ao modelo sindrômico (Hyman, 2010). Assim, motiva-se uma prática menos psicoeducativa e mais experiencial, sensível ao contexto, à história de aprendizagem individual dos clientes e às funções dos seus comportamentos com o objetivo de agir via processos de mudança bem descritos pela abordagem (Luciano, 2016).

O trabalho grupal pode ser potencializado através da utilização da ACT em grupo (Westrup & Wright, 2017). A literatura científica já conta com estudos que descrevem resultados promissores para a ACT nessa modalidade. Uma proposta grupal presencial baseada em ACT para o manejo de ansiedade reduziu em 30,8% a ansiedade dos indivíduos que participaram do tratamento (Almeida, Demenech et al., 2022). A ACT também se mostrou eficaz na modalidade grupal para o manejo de transtorno de humor bipolar (Machado et al., 2019) e de insônia (El Rafihi-Ferreira et al., 2020). Ainda, um estudo realizado remotamente durante a pandemia da COVID-19 para o tratamento da ansiedade apontou redução de 57,2% nos níveis de ansiedade da amostra, melhora foi mediada pela flexibilidade psicológica (Almeida, 2022). Existe um corpo crescente sobre a aplicabilidade da ACT, tanto individual como em grupo, com um aumento expressivo de pesquisas em países em desenvolvimento (Hayes & King, 2024). Isso reflete a dificuldade encontrada por pesquisadores e profissionais de países onde o inglês não é a língua corrente, surgindo a necessidade de serem produzidas intervenções sensíveis aos contextos destes países, bem como relatórios acessíveis aos seus leitores.

Em escala global é possível encontrar um número maior de evidências sobre a utilidade da ACT em grupo do que no Brasil. Identificou-se 11 estudos sobre ACT em grupo para o tratamento de ansiedade, todos eles demonstrando a eficácia da

ACT na modalidade grupal (Coto-Lesmes et al., 2020). Contudo, são escassas as fontes de orientação para o terapeuta grupal ACT, especialmente levando em consideração a necessidade de adaptação cultural, linguística e contextual para países latino-americanos, como o Brasil.

Por conta disso, são muitos os desafios para aqueles que buscam desenvolver uma intervenção alinhada com os fundamentos do modelo e capaz de produzir mudanças significativas. A construção de uma intervenção grupal bem sucedida exige uma preparação que precede as sessões de terapia. Por um lado, detalhes práticos como a formação da equipe, definição dos objetivos do grupo e triagem são elementos nucleares para uma prática efetiva. Por outro lado, habilidades intrínsecas ao terapeuta também devem ser desenvolvidas, uma vez que essa é uma variável importante para a eficácia de um tratamento (Leszcz, 2018).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é apresentar possibilidades e desafios para a construção e manejo de propostas terapêuticas grupais baseadas na ACT, desde os comportamentos do próprio terapeuta até os do cliente.

Fundamentos que guiam a prática da ACT

Os fundamentos da perspectiva comportamental contextual apresentam um papel importante para a construção e condução de uma terapia baseada em ACT. De acordo com essa perspectiva, os comportamentos dos indivíduos só podem ser compreendidos levando em consideração o contexto em que ocorrem - em especial, tudo aquilo que antecede e que acontece depois da emissão do comportamento (Romnero & Törneke, 2008). É dada atenção especial ao contexto por serem variáveis fundamentais para previsão e modificação do comportamento. O critério de verdade dessa abordagem é o pragmatismo funcional, que postula que a verdade é aquilo que funciona para alcançar os objetivos elegidos pelo indivíduo (cientista, terapeuta ou cliente); no caso da terapia, os objetivos são orientados pelos valores do cliente e pela construção de uma vida mais significativa (Hayes et al., 2006).

A visão comportamental contextual propõe um distanciamento da perspectiva nosológica dos transtornos mentais como uma tentativa de enfrentar explicações cíclicas e que, em termos de tratamento, não contribuem para mudança do comportamento dos clientes (Hayes et al., 1996). Apontar que, por exemplo, o indivíduo está deprimido pois não levanta da cama e, em seguida, que o mesmo não levanta da cama porque está deprimido, pode colocar o profissional em um ciclo pouco específico e fechado de explicações pouco úteis para a mudança efetiva do comportamento (Romnero & Törneke, 2008).

Nesse sentido, a ACT propõe uma atenção às funções do comportamento dentro de um contexto situacional e histórico, tendo como foco da intervenção os processos de mudança (Hayes & Hofmann, 2020). Os modelos de psicopatologia e de saúde dessa abordagem estão baseados em seis processos nucleares (aceitação, desfusão, contato com o momento presente, eu como contexto, valores, ações comprometidas), que podem ser vistos a partir de duas perspectivas: o modelo de flexibilidade e inflexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012).

No modelo de inflexibilidade, os indivíduos apresentam pouca ou nenhuma abertura para experiências privadas, apego rígido a uma perspectiva de eu conceitualizado, seguimento rígido de pensamentos e regras internas, pouca conexão com o momento presente, falta de clareza daquilo que considera importante na vida e pouca ou nenhuma ação na direção de seus valores. O modelo de flexibilidade, por sua vez, pode ser visto como a outra face desses processos. Nessa perspectiva, os indivíduos apresentam abertura e aceitação em relação a experiências privadas, contato flexível com o momento presente, se relacionam com os pensamentos como produtos de sua mente, e não como verdades rígidas e absolutas (Hayes et al., 2012). Ainda, entram em contato com um eu contextual, apresentam maior clareza de seus valores e ações comprometidas na direção de uma vida mais significativa e que desejam viver.

Esses princípios são as lentes através das quais os eventos são observados pelos terapeutas e é por meio deles que o terapeuta observa os processos acontecendo dentro de si mesmo e

entre as interações do grupo. Ainda que possam ser construídos protocolos com maior ou menor estruturação, é fundamental que os eventos sejam manejados de maneira flexível, alinhada com o que acontece momento a momento durante a sessão e com o foco principal no desenvolvimento da variabilidade comportamental dos clientes (Westrup & Wright, 2017).

O processo grupal na perspectiva da ACT

A sobrevivência e desenvolvimento da espécie humana se deu em grande parte pela a habilidade desenvolvida de construir e conviver em grupos em que os indivíduos pudessem cooperar entre si (Wilson, 2007). Receber e prover suporte é um aspecto fundamental para lidar com qualquer tipo de desafio, além de um passo importante para conseguir suporte de outras pessoas. Ainda hoje, reunir indivíduos com um mesmo propósito em um grupo pode resultar em importantes desdobramentos, causando mudanças tanto no ambiente, quanto nos indivíduos (Skinner, 1974).

As propostas grupais apresentam fatores terapêuticos únicos, os quais são bem documentados pela literatura científica da área (Yalom, 2005), os quais podem se tornar uma ferramenta essencial para o desenvolvimento dos processos de flexibilidade psicológica. Por sua vez, o aumento na flexibilidade dos indivíduos pode maximizar as capacidades naturais dos grupos, gerando um ciclo virtuoso de potenciais terapêuticos (Westrup & Wright, 2017).

A literatura sobre os fenômenos psicológicos dos grupos indica a existência de características comuns em intervenções com essa modalidade, bem como considerações para efetividade do terapeuta de grupo. Destacam-se a coesão grupal, o senso de humanidade compartilhada, a aprendizagem por modelagem, o desenvolvimento de habilidades sociais in loco, a aprendizagem interpessoal e o compartilhamento de informações pessoais (Leszcz, 2018; Neufeld, 2017; Pistorello, 2013; Yalom, 2005; Westrup & Wright, 2017).

Coesão grupal

A coesão grupal é um fator fundamental para o sucesso de um grupo terapêutico e começa antes mesmo de o grupo iniciar (Yalom, 2005). Para que um grupo seja coeso os indivíduos devem apresentar características em comum, padrões de comportamento e intensidade de sofrimento que se assemelham (Neufeld, 2017). Apesar da ACT não ser uma abordagem direcionada à redução de sintomas, agrupar indivíduos cujas queixas principais sejam topograficamente semelhantes pode contribuir para o aumento da identificação e conexão entre os participantes.

Em um grupo focado no manejo da ansiedade, por exemplo, é importante que todos indivíduos apresentem algum tipo de queixa dentro do espectro da ansiedade. A presença de pessoas que apresentam outros tipos de sintomatologia, ou com intensidade de sofrimento destoante (seja mais ou menos intenso) pode conduzir o grupo para rumos difusos. Seguindo o exemplo acima, pessoas com sintomas ansiosos mais brandos podem se sentir pouco beneficiadas ao participar do grupo, existindo a possibilidade, inclusive, de resultar em uma piora clínica. Da mesma forma, pessoas que apresentam quadros clínicos mais graves ou comórbidos do que a maioria, podem afastar o grupo do seu foco principal. Em ambos os casos, a redução da coesão geral do grupo pode afetar significativamente a efetividade da intervenção.

Para isso, sugere-se que os participantes do grupo sejam selecionados a partir de uma triagem. Esse processo poderá ser feito por meio de instrumentos validados para detecção do fenômeno psicológico em questão, associado a entrevista clínica realizada pela equipe responsável. Durante a entrevista clínica, é importante que o entrevistador possa avaliar se o grupo consegue oferecer o suporte que o entrevistado necessita. Grupos terapêuticos não substituem a terapia individual e, em casos onde o indivíduo apresenta quadros clínicos agudos, o suporte de um psicólogo individual torna-se prioridade. Portanto, sugere-se que, uma vez selecionados os integrantes que se enquadram nas possibilidades da intervenção, haja o encaminhamento daqueles que não participarão do grupo para os serviços ou profissionais competentes.

O senso de universalidade e humanidade compartilhada

Independente do motivo pelo qual os indivíduos buscam o tratamento, todos eles apresentam aspectos em comum: estão sofrendo, suas tentativas de solução de problemas não estão funcionando, e possivelmente todos gostariam de viver uma vida com mais vitalidade e sentido (Wilson & Dufrene, 2010). O senso de universalidade e humanidade compartilhada – que na perspectiva da ACT inclui o terapeuta – pode potencializar a abertura/aceitação dos indivíduos para vivenciar experiências difíceis (Westrup & Wright, 2017).

Na medida em que o ambiente abre espaço para todo tipo de emoção, os indivíduos notam que os outros integrantes também experimentam dificuldades semelhantes, promovendo o senso de universalidade e humanidade compartilhada (Neff, 2017). Contextos como esse podem facilitar a tomada de consciência e perspectiva de que eventos privados indesejados são parte da experiência humana, e não eventos que os tornam inadequados ou doentes.

O terapeuta está sujeito a vivenciar condições de sofrimento psicológico semelhantes às dos participantes, já que também é confrontado pelas mesmas armadilhas da linguagem que os aprisionam (Hayes et al., 2012). Nesse contexto, faz parte do trabalho do terapeuta compartilhar aspectos relevantes de sua experiência privada, quando isso for pertinente ao grupo, criando oportunidades de crescimento para os participantes. Dessa perspectiva, a autorrevelação concentra-se no compartilhamento do impacto privado das interações no momento presente, buscando promover consequências que favoreçam comportamentos alinhados aos valores e aos processos de flexibilidade psicológica do grupo (Kanter et al., 2020; Westrup & Wright, 2017). Além disso, essa prática pode fortalecer a conexão humana, oferecendo validação e contribuindo para a criação de um ambiente de acolhimento e compreensão, elementos essenciais para o estabelecimento de alianças terapêuticas significativas e transformadoras (Farber, 2006; Kanter et al., 2020).

Aprendizagem por modelagem

Diferente do contexto individual, a aprendizagem por modelagem no contexto grupal vai além do modelo ofertado pelo terapeuta e amplia-se aos

comportamentos dos demais integrantes do grupo (Westrup & Wright, 2017; Yalom, 2005). Observar as diferentes perspectivas e formas de se relacionar com eventos privados que são compartilhados dentro do grupo pode contribuir para o aumento da variabilidade comportamental dos participantes.

Abrir espaço para trocas genuínas e vulneráveis entre os participantes favorece, não apenas a modelagem de novos comportamentos semelhantes, como também cria a possibilidade de reforçar esses comportamentos no momento em que aparecem (Delitti & Derdyk, 2008). Assim, gradualmente apresentamos novas oportunidades de reagir às situações e, por serem inseridas de forma natural no convívio, adquirem um poder maior do que aquelas que são ensinadas de forma didática (Hoekstra, 2008).

Descrever tecnicamente os processos da ACT e seus possíveis resultados possui um impacto muito menor do que efetivamente oportunizar a vivência dessas experiências na vida real (no contexto da interação do grupo e fora dele). Nesse aspecto se faz importante evidenciar os efeitos de uma prática que favoreça o reforçamento natural em detrimento do reforçamento arbitrário. O reforçamento arbitrário ocorre quando a consequência é artificialmente programada. O reforçamento natural, por sua vez, trata-se das respostas naturais geradas na interação tanto do terapeuta com os participantes quanto dos participantes entre si (Kohlenberg & Tsai, 2006). Seguindo o exemplo anterior, criar oportunidades para que os participantes vivenciem a abertura durante a sessão pode ser ainda mais efetivo do que descrevê-la didaticamente. Os impactos de experiências reais e contextualmente aplicadas pode ser mais profundo e duradouro para o desenvolvimento e manutenção de um novo repertório comportamental, tendo em vista que serão as consequências naturais que estarão disponíveis no ambiente fora da terapia.

Desenvolvimento de habilidades in loco

A abordagem em grupo propicia oportunidades únicas de vivenciar as demandas do ambiente externo dentro de um contexto seguro, permitindo o desenvolvimento de diversas habilidades in loco, contando, ainda com a participação e feedback dos próprios integrantes (reforçamento natural). Momento a momento, os participantes são convidados a experienciar os processos de flexibilidade

psicológica, seja ouvindo atentamente o relato do colega, arriscando-se ao falar sobre algo difícil ou apenas propondo-se a sentir o próprio sofrimento ou dos demais integrantes, sem se defender ou buscar resgatar os outros (Pistorello, 2013; Westrup & Wright, 2017). O desenvolvimento de relações genuínas que oferecem segurança, acolhimento e suporte dentro do grupo pode contribuir para que os indivíduos se arrisquem mais, inicialmente no ambiente do grupo e, posteriormente, em suas vidas (Delitti & Derdyk, 2008).

Como fazer ACT em grupo?

Desenvolver a flexibilidade psicológica é o objetivo central de qualquer intervenção terapêutica baseada na ACT, seja ela individual ou grupal. Entender que esse construto não é um estado binário de presença ou ausência, mas sim um continuum é essencial para a efetividade da intervenção (Wilson & DuFrene, 2009). Cada um dos integrantes do grupo estará em uma posição diferente, apresentando maior ou menor grau de contato com os processos nucleares de flexibilidade (Westrup & Wright, 2017). Além disso, cada participante construiu sua própria história de aprendizagem e, ao longo da vida, desenvolveu suas próprias estratégias para lidar com os desafios experienciados na sua trajetória. Por isso, as formas de apresentação dos processos nesse continuum de flexibilidade surgirão através das mais variadas topografias. O foco da terapia deve estar na função desses comportamentos em dois principais níveis: o intra e o interpessoal.

O nível intrapessoal refere-se à interação dos indivíduos com seus próprios eventos privados, ou seja, a forma como respondem aos seus pensamentos, sentimentos, memórias e sensações (Westrup & Wright, 2017). Já no nível interpessoal, o foco é em como nós afetamos e somos afetados pelos comportamentos dos outros (Delitti & Derdyk, 2008). O grupo pode ser entendido como um microcosmos em que problemas que acontecem na vida dos pacientes, também acontecerão no contexto grupal, com uma topografia diferente, mas com a mesma função (Hoekstra, 2008). Identificar paralelos funcionais entre os

problemas que acontecem dentro e fora do grupo é fundamental para tornar a terapia mais efetiva e aumentar a possibilidade de generalização dos ganhos terapêuticos (Kohlenberg & Tsai, 2006).

Pilares da ACT durante a execução do grupo

Os processos de flexibilidade estão em constante interação e são divididos apenas por uma questão didática. Uma analogia pode ser feita com o ato de correr. Ao analisar o ato de correr, podemos observá-lo em termos de velocidade, ritmo e biomecânica e, ainda assim, correr continua sendo um comportamento único (Wilson & DuFrene, 2009). Os processos da ACT funcionam de forma semelhante. Dividimos em processos nucleares a flexibilidade psicológica presente nas mais variadas relações dos indivíduos com seu mundo privado e externo na medida que se comportam. No entanto, é importante ter clareza de que os limites e/ou categorias surgem como uma necessidade humana para compreender processos complexos, mas que dizem respeito a fenômenos que não podem ser completamente descritos por palavras (Izquierdo, 2018).

Para um melhor entendimento de como utilizar os processos nucleares do modelo durante as sessões, apresentaremos como forma de conceitualização a perspectiva da flexibilidade psicológica a partir de três pilares (Strosahl et al., 2012): Aberto (aceitação/abertura e desfusão), centrado (contato flexível com o presente e consciência do eu como contexto) e engajado (valores e ações comprometidas).

Pilar Aberto. O pilar aberto busca a construção da habilidade de experienciar eventos privados indesejados diretamente, sem julgamento ou tentativas de luta contra esses eventos (Hayes et al., 2012). Durante o processo grupal, é importante convidar os participantes a treinar a abertura ao adotar uma postura receptiva e não julgadora em relação aos eventos dolorosos, observando essas experiências como parte indissociável de estar vivo (Strosahl et al., 2012). De forma mais objetiva, o papel da abertura como princípio norteador do grupo terapêutico é criar espaço para que o sofrimento possa existir e fazer parte da experiência grupal, sem que seja necessário direcionar o comportamento dos parti-

cipantes. Pausar, diminuir os movimentos físicos e respirar por alguns instantes na presença de eventos privados dolorosos pode promover a abertura e auxiliar os participantes a treiná-la.

Pilar Centrado. O processo de consciência engloba duas habilidades distintas: a de estar em contato com o momento presente de forma flexível e a de tomada de perspectiva em relação a si mesmo e sua história, observando esses eventos a partir de um contexto mais amplo, contínuo e fluido (Strosahl et al., 2012). Entrar em contato com o momento presente pode ser realizado por meio de diferentes estratégias, desde meditações formais até com o uso de músicas e práticas interpessoais. O objetivo dessas atividades é aumentar a consciência dos participantes em relação aos eventos que acontecem interna e externamente momento a momento, prestando atenção intencionalmente no aqui e agora.

O processo do eu contextual, por sua vez, surge como uma significativa possibilidade de mudança. A perspectiva de que a pessoa é apenas o contexto onde os eventos acontecem e de que se pode observá-los com distanciamento, cria um importante espaço para o desenvolvimento dos valores pessoais: quem o sujeito gostaria de ser, e como desejaria se comportar (Pistorelo, 2016).

Pilar Engajado. Os processos do pilar engajado consistem no comprometimento em ações efetivas baseadas nos valores pessoais dos participantes e naquilo que é profundamente importante para eles nas áreas da vida as quais mais valorizam (Strosahl et al., 2012). Logo depois de entrar em contato com formas alternativas de lidar com o sofrimento e aprender a estar presente e atento aos eventos internos e externos da vida, cria-se uma lacuna importante voltada para a construção de uma vida valiosa. O tópico central desta fase do grupo é: se uma pessoa não é aquilo que julgava ser e não é preciso limitar-se às regras que o eu conceitual impõe, para quais direções ela gostaria de levar a sua vida?

Valores e ações comprometidas são os principais processos de mudança comportamental no modelo ACT (Hayes et al., 1999, 2012). Ao trabalhar esses dois processos, é possível utilizar as práticas mais conhecidas como a visita ao funeral (Hayes et al., 2012), o aniversário de 90 anos

(Harris, 2019) ou até mesmo através de conversas individuais entre os participantes a respeito daquilo que é profundamente significativo em suas vidas.

Após clarificar e construir direções valorosas as quais os indivíduos gostariam de colocar suas vidas a serviço, é necessário conduzir os participantes a transformar esses valores através de ações concretas. Essas ações podem ser desenvolvidas e combinadas ao longo de cada um dos encontros finais, as quais sugere-se que sejam realizadas dentro e fora do grupo. O principal objetivo deste pilar é possibilitar que os participantes entrem em contato com consequências atrasadas de longo prazo (LeJeune & Luoma, 2019). A partir disso, torna-se possível ajudá-los a descobrir como podem se aproximar dos seus valores a partir de uma nova forma de responder ao mundo, ou seja, por meio de ações que deem vida a esses valores.

Os processos na prática

Na terapia individual, a ordem dos processos a serem trabalhados depende da necessidade e dos déficits e potencialidades dos pacientes (Hayes et al., 2012). Quando percebemos que o cliente possui habilidades de atenção plena e tem clareza dos seus valores, mas está fusionado a regras verbais desenvolvidas durante a sua vida, naturalmente podemos iniciar pelo processo de eu contextual, por exemplo.

No contexto grupal, cada participante possui necessidades, déficits e potencialidades diferentes, podendo estar em pontos diferentes no continuum de flexibilidade psicológica. Portanto, torna-se necessário definir uma ordem de processos que atenda a essas diferenças. Não há uma hierarquia definida para trabalhar os processos. Entretanto, experiências anteriores sugerem uma organização que favoreça o desencadeamento lógico no decorrer do desenvolvimento do processo grupal (Almeida et al., 2022 & Almeida, 2023).

Panorama geral da intervenção

A intervenção pode ser iniciada focando no desenvolvimento dos processos de aceitação, abertura e desfusão (pilar aberto), com o objetivo de que as pessoas aumentem seus repertórios para lidar com sentimentos e pensamentos desafiadores. Além

disso, busca-se nessa etapa evidenciar que estratégias de controle baseadas em esquiva as afastam de uma vida mais significativa e potencialmente amplificam o sofrimento natural. Uma vez que os integrantes do grupo passam a utilizar com maior frequência abertura e desfofo em detrimento das estratégias de esquiva, faz-se necessário a construção de direções que estejam a serviço da vida que gostariam de viver. Isso poderá ser estimulado por meio do desenvolvimento do pilar centrado, ou seja, experienciando um senso de eu menos rígido e mais sensível ao contexto. Na medida em que os clientes desenvolvem esse novo repertório, cria-se a lacuna e a flexibilidade necessárias para clarificação dos valores de cada um dos participantes e para o estabelecimento de ações comprometidas alinhadas a esses valores (pilar engajado). Conforme os integrantes começam a se aproximar daquilo que mais valorizam, é natural que eventos privados desafiadores possam aumentar tanto em frequência quanto em intensidade. Neste momento, é fundamental que as habilidades desenvolvidas durante todas as etapas do processo grupal sejam revisitadas e facilitadas para que os indivíduos possam utilizá-las e fixá-las em seus repertórios (Westrup & Wright, 2017).

É importante destacar que todos os processos acontecem em todas as sessões, o tempo todo, em maior ou menor grau. O cronograma é essencial para a organização e planejamento da intervenção. Porém, seguir essa estrutura de forma rígida pode fazer com que o terapeuta perca oportunidades importantes de trabalhar os processos no momento em que aparecem e responder de forma contingente às demandas (Walser, 2019).

Aspectos específicos da intervenção

Um importante fator terapêutico é a construção de um microcosmos alicerçado nos fundamentos do modelo e com uma cultura grupal própria minimamente livre de punições (Pistorello, 2013; Westrup & Wright, 2017). Dessa forma, busca-se criar um espaço no qual os integrantes se sintam seguros para poderem se expressar, se arriscar e se permitir sentir emoções desagradáveis que serão evocadas durante o processo.

Por isso, desde os primeiros contatos, os integrantes do grupo são orientados a não aconselhar

ou consolar os colegas de maneiras que favoreçam a esquiva. É fundamental estar atento às tentativas do grupo – e até mesmo do terapeuta – de evitar temas desafiadores, de preencher o silêncio, de se comportar com o objetivo de evitar o próprio desconforto ou o sofrimento inerente ao grupo. Todas essas situações necessitam de habilidades que podem ser trabalhadas por meio do pilar da ACT denominado “abertura” (Westrup & Wright, 2017).

Uma das formas de introduzir a abertura é trabalhar o que a ACT entende como “desesperança criativa”. Essa intervenção busca colocar as pessoas em contato com o dilema do sofrimento humano e com o efeito paradoxal da esquiva, usando com base a própria história comportamental dos indivíduos. Ajudar os participantes a analisar quais estratégias cada um costuma usar para controlar seus eventos privados e, posteriormente, que tipo de consequências essas estratégias produzem (quais os custos) é uma boa forma de trabalhar a desesperança criativa (Hayes et al., 2012). O principal objetivo dessa atividade é motivar os participantes para a mudança comportamental. Frequentemente, isso é feito com metáforas e análises de curto, médio e longo prazo.

A partir da desesperança criativa os indivíduos tendem a abandonar as estratégias que têm utilizado até então, ao perceberem, em sua própria história, a inefetividade dessas estratégias a longo prazo, bem como o seu efeito secundário – o afastamento de experiências significativas (Harris, 2019). Perguntas do tipo “Como isso tem funcionado?”, “Tem resolvido seu problema?”, “O que você já tentou?”, “O que a sua história te diz sobre utilizar essas estratégias?”, costumam ser úteis para promover a desesperança criativa. Apesar da desesperança criativa ser realizada no início do processo, é fundamental repeti-la sempre que os terapeutas perceberem que o grupo está preso na armadilha de tentar controlar suas emoções, pensamentos, sensações ou memórias desagradáveis.

As experiências estão acontecendo o tempo inteiro, independentemente de estarmos conscientes delas ou não. Uma prática majoritariamente experiencial diz respeito a proporcionar situações as quais os indivíduos possam vivenciar os processos da ACT com consciência. Ao invés de narrar as experiências, a proposta é estimular que os integrantes de um processo grupal baseado na ACT possam

vivê-las plenamente momento a momento. Viver e favorecer que os participantes vivam plenamente os processos enquanto eles acontecem na atmosfera grupal é o principal caminho para um grupo experiencial (Westrup & Wright, 2017).

A condução de um grupo focado mais no processo do que no conteúdo não significa que não serão utilizadas ferramentas verbais. De forma paradoxal, a linguagem produz sofrimento e inflexibilidade, mas também é através dela que é possível intervir no comportamento do outro (Wilson & DuFrene, 2009). A forma como os participantes falam sobre suas experiências privadas é essencial para compreender os processos por trás do discurso (Walser, 2019). Um paciente pode descrever experiências internas desafiadoras e dolorosas de forma detalhada e, ao mesmo tempo, não estar verdadeiramente conectado com as emoções presentes nessas situações. Nesse sentido, o próprio discurso serve como uma esQUIVA experiencial e o trabalho do terapeuta pode ser reconectar esse paciente com as suas emoções. Um indicativo de melhora clínica pode ser observar esse cliente falando mais livremente sobre si mesmo e emitindo respostas emocionais alinhadas com o conteúdo exposto.

Na medida em que os indivíduos passam a enxergar para além do conteúdo verbal da mente de suas realidades virtuais e se permitem entrar em contato com as contingências diretas do grupo, os participantes podem tornar-se mais sensíveis e atentos uns aos outros. Além disso, a responsividade gerada pela abertura e contato com o momento presente – reduzindo o poder literal dos julgamentos e regras verbais dos participantes – pode criar um ambiente nutritivo de suporte e acolhimento que favorece a mudança e contribuir para a construção de relações mais autênticas e vulneráveis.

“Tudo o que acontece na terapia é proveitoso, é matéria prima a ser processada na usina” (Yalom, 2006, pp. 47-48), assim, uma crise de ansiedade durante o processo grupal, por exemplo, pode ser uma boa oportunidade de trabalhar com o pilar aberto. Nesse caso, a dinâmica pode ser interrompida e a atenção de todos pode ser direcionada para a condução de estratégias que ajudem a pessoa a lidar com a situação. Além disso, todos os outros membros poderão observar como são impactados, vivenciando o evento também de forma aberta.

Durante uma prática meditativa, um cliente que constantemente desiste de fazer coisas importantes para si, pode se deparar com o pensamento de que não é capaz. Nessa ocasião, o mesmo pode efetivamente lidar com essa dificuldade escolhendo se manter na prática até o final, ainda que esteja vivenciando este pensamento difícil – trabalhando, assim, o pilar engajado. Já um cliente impaciente e com um vasto histórico de dificuldades interpessoais poderá exercitar a sua escuta ao escolher ouvir um colega um pouco mais prolixo sem interrompê-lo, lidando com o seu desconforto de forma aberta.

Diversos comportamentos do grupo podem ser observados a partir dos processos interpessoais, bem como pela história individual de cada participante. Análises importantes sobre a cultura e o contexto oferecido pelo grupo podem ser feitas a partir de algumas perguntas norteadoras: como cada pessoa responde ao sofrimento do outro? Como o grupo lida com relatos emocionais? Quanto tempo o grupo permanece debatendo temas secundários? Como o grupo acolhe um membro que se expõe em um nível diferente dos demais?

O grupo pode ser entendido como um microcosmos em que problemas que acontecem na vida dos pacientes, também acontecerão no contexto grupal, com uma topografia diferente, mas com a mesma função (Hoekstra, 2008). Identificar paralelos funcionais entre os problemas que acontecem dentro e fora do grupo é fundamental para tornar a terapia mais efetiva e aumentar a possibilidade de generalização dos ganhos terapêuticos (Kohlenberg & Tsai, 2001). Ao longo da jornada, é esperado que esses comportamentos sejam generalizados para as relações individuais dos participantes fora do grupo.

Comportamentos de terapeutas em sessão

Dentre os maiores desafios de terapeutas ACT em um grupo, destaca-se notar os processos de inflexibilidade psicológica no momento em que ocorrem. O grupo é um ambiente com múltiplos estímulos que ocorrem simultaneamente. Essa variedade exige que o/a terapeuta esteja conectado com o momento presente para que possa responder efetivamente às situações com presença e abertura (Westrup & Wright, 2017).

A postura em sessão é extremamente importante na medida em que é capaz de modelar respostas semelhantes nos participantes. É fundamental que o terapeuta vivencie os processos dentro de si mesmo enquanto está em contato com o grupo. Ao longo das sessões, a inflexibilidade e/ou fusão do/da terapeuta pode ser um obstáculo para o desenvolvimento da flexibilidade do grupo (Westrup & Wright, 2017).

Evitar temas difíceis, preencher o silêncio ou emitir quaisquer comportamentos com o objetivo principal de evitar o desconforto ou entrar em contato com o sofrimento são exemplos de comportamentos inflexíveis que podem ser emitidos pela pessoa que ocupa o papel de terapeuta (Westrup & Wright, 2017). O grupo ACT demanda de terapeutas uma postura de observação e abertura a seus próprios eventos privados para que possam responder de maneira efetiva aos acontecimentos e desafios do processo grupal.

O contato com o grupo naturalmente evoca respostas emocionais que, caso não se tornem conscientes, podem levar a comportamentos que estão a serviço de regras arbitrárias. Sentir-se um fracasso, ansioso/a ou sentir medo de não conseguir gerir o grupo são exemplos de respostas frequentes em terapeutas. Essas experiências, por si só, não são um problema, mas as tentativas de controle em relação a elas podem gerar um distanciamento das necessidades reais do grupo. Como resultado, os participantes podem se sentir pouco acolhidos, compreendidos ou validados durante as sessões.

Estar sensível ao grupo com flexibilidade também envolve, por vezes, abdicar de protocolos rígidos ou totalmente estruturados. As demandas espontâneas trazidas pelos participantes são ótimas oportunidades de treinar habilidades em situações cotidianas. Por conta disso, o cuidado quanto ao apego a regras rígidas sobre como a intervenção deve ser gerida é essencial. A sensibilidade aos comportamentos dos clientes e o domínio dos processos de flexibilidade psicológica podem ajudar a contextualizar qualquer situação de forma criativa e funcional – sem a necessidade de metáforas ou analogias prontas.

Utilizar os processos descritos pela teoria como técnicas pontuais pode tornar o grupo rígido e pouco sensível às contingências diretas da interação

e, em alguns casos, contribuir para o desenvolvimento de esquivas mais sofisticadas com diferentes topografias – ainda com a função de afastamento dos indivíduos de seus eventos privados (Luciano, 2016). É necessário compreender que a proposta grupal não se trata de uma aula e, invariavelmente, exigirá que o terapeuta entre em contato com a sua própria insegurança. O medo de realizar determinadas intervenções e de entrar em contato com o sofrimento dos clientes pode levar o grupo para caminhos pouco efetivos quando o terapeuta não está atento a essas variáveis.

Em suma, a flexibilidade psicológica do terapeuta durante as sessões é uma variável relevante para a efetividade do grupo (Westrup & Wright, 2017). Por isso, faz-se necessário que o terapeuta possa refletir, por exemplo, sobre quais temas tende a evitar, o que considera difícil falar e entrar em contato durante a sessão, como se sente ao interromper participantes, o que o deixa inseguro, e quais são seus próprios valores como terapeuta. Uma estratégia interessante é a inclusão de um co-terapeuta que possa observar e dar feedback sobre a interação do terapeuta com o grupo. Os pacientes não precisam de um terapeuta tecnicamente perfeito e sem falhas, mas sim de uma pessoa real, consciente de suas limitações e dificuldades e capaz de acolher essas características de forma aberta e comprometida. É apenas nessa posição de horizontalidade que podemos modelar respostas semelhantes nos clientes.

Considerações finais

O presente estudo consistiu em uma breve introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo. Para isso foi apresentada a perspectiva da ACT para a condução de intervenções grupais. Foram descritas possibilidades para o manejo de um grupo ACT, direcionamentos para terapeutas e maneiras de desenvolver o modelo de Flexibilidade Psicológica nos participantes. Destaca-se que, ainda que existam estudos demonstrando a eficácia de intervenções grupais baseadas na ACT, são poucos os trabalhos que apresentam possibilidades de manejo desse tipo de intervenção no contexto brasileiro. Sendo assim, esse trabalho pode ser visto como um

dos primeiros em língua portuguesa a apresentar a perspectiva da ACT no manejo de grupos terapêuticos. Sugere-se a produção tanto de trabalhos em português que possam abordar com robustez a construção de habilidades terapêuticas grupais na perspectiva da ACT, como relatos de experiência e ensaios clínicos reportando os efeitos dessas intervenções entre os mais diversos subgrupos da população brasileira.

Referências

- Almeida, R. B. (2022). *Terapia de aceitação e compromisso (act) em grupo online para o manejo de ansiedade entre universitários no contexto da pandemia da covid-19: Um ensaio clínico randomizado* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande] A Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). <https://sisistemas.furg.br/sistemas/sab/arquivos/bdtd/2e5d01eb9fd76bd545d6b781b91993d3.pdf>
- Almeida, R. B. de, Demenech, L. M., Sousa-Filho, P. G. de, & Neiva-Silva, L. (2022). ACT em grupo para manejo de ansiedade entre universitários: Ensaio clínico randomizado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235684>
- Almeida, W. C. (Ed)(1999) *Grupos: a proposta do psicodrama*. Agora
- B.F. Skinner (1974) *Sobre o Behaviorismo*. Cultrix.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(3), 34-49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. de S., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., & Atun, R. (2019). *Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future*. *The Lancet*, 394(10195), 345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (1995). *The suicidal patient: Principles of assessment, treatment, and case management*. American Psychiatric Association.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Delitti, M., Derdyk, P. (2008). *Terapia analítico-comportamental em grupo* (1ª edição). Esetec.
- El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo Neto, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., ... Hasan, R. (2020). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947>
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. Guilford Press.
- Furukawa, T. A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C. L. H., Breedvelt, J. J. F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E. G., Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S. D., ... Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(3), 387-396. <https://doi.org/10.1002/wps.20803>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Harris, R. (2019). *Act made simples: Second Edition An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The Trouble with Language: Experiential Avoidance, Rules, and the Nature of Verbal Events. *Psychological Science*, 8(3), 170-173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Orgs.). (2020). *Beyond the DSM: Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment* (1ª edição). Context Press.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-skinne-
rian account of human language and cognition*.
Kluwer Academic Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: creating
a science more adequate to the challenge of hu-
man condition. *Journal of Contextual Behavior
Science*, 1, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., King, G. A. (2024). Acceptance and
commitment therapy: What the history of
ACT and the first 1,000 randomized controlled
trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral
Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A.,
& Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment
Therapy: Model, processes and outcomes.
Behaviour Research and Therapy, 44, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999).
*Acceptance and commitment therapy: An expe-
riential approach to behavior change*. Guilford
Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012).
*Acceptance and Commitment Therapy : The pro-
cess and practice of mindful change* (2 ed.). The
Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette,
V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential
Avoidance and Behavioral Disorders: A
Functional Dimensional Approach to Diagnosis
and Treatment. *Journal of Consulting and
Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hoekstra, R. (2008). Functional analytic psycho-
therapy for interpersonal process groups: A
behavioral application. *International Journal
of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2),
188-198. <https://doi.org/10.1037/h0100842>
- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental
Disorders: The Problem of Reification. *Annual
Review of Clinical Psychology*, 6(1), 155-
179. [https://doi.org/10.1146/annurev.clinp-
sy.3.022806.091532](https://doi.org/10.1146/annurev.clinp-
sy.3.022806.091532)
- Izquierdo, I. (2018). *Memória* (3ª edição). Artmed.
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M.,
Maitland, D. W., & Villa, M. N. (2020). The
therapeutic relationship in behavioral therapy:
Integrating the clinical and functional analytic
traditions. *Behavior Therapy*, 51(1), 45-59.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia
analítica funcional: criando relações terapêuticas
intensas e curativas*. ESEtec
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (2006). *Fap: Psicoterapia
Analítica Funcional*. Esetec.
- LeJeune, J. Luoma, J.B.(2019) *Values in therapy: A
clinician's guide to helping clients explore values,
increase psychological flexibility & live a more
meaningful life*. Context Press.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Luciano, B. G., Sánchez, J.
R. (2016) Dificultades y barreras del terapeuta
en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación
y Compromiso (ACT). *International Journal of
Psychology and Psychological Therapy*, 2016, 16,
3, 357-373.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. (2007).
Learning ACT: An acceptance and commitment.
New Harbinger.
- Machado, D., Soares, M. R. Z., & Costa, R. S. (2019).
Avaliação de uma intervenção em grupo basea-
da na terapia de aceitação e compromisso para
indivíduos diagnosticados com transtorno bi-
polar. *Contextos Clínicos*, 12(1), 26-47. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.02>
- Molyn Leszcz (2018) The Evidence-Based Group
Psychotherapist. *Psychoanalytic Inquiry*, 38:4,
285-298. <https://doi.org/10.1080/07351690.2018.1444853>
- Neff, K. (2017). *Autocompaixão. Pare de se tortu-
rar e deixe a insegurança para trás* (1ª edição).
Lúcida Letra.
- Neufeld, C. B. (2017). *Terapia Cognitivo-
Comportamental em Grupos: Das Evidências à
Prática* (1 ed.). Artmed.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., &
Macinko, J. (2011). The Brazilian health system:
History, advances, and challenges. *The Lancet*,
377(9779), 1778-1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Patel V. (2022). Scale up task-sharing of psychologi-
cal therapies. *The Lancet*, 399(10322): 343-345.
- Perez, W. F., Kovac, R., Almeida, J. H. de, & de
Rose, J. C. (2022). *Teoria das molduras rela-
cionais [RFT]: Conceitos, pesquisa e aplicações*.

- São Paulo: Centro Paradigma Ciências do Comportamento.
- Pistorello, J. (2013). *Mindfulness & Acceptance for counseling college students: Theory and Practical Applications for Intervention, Prevention & Outreach*. New Harbinger Publications, Inc.
- Romnero, J. Torneke, N (2008) *Abcs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. New Harbinger Publications, Inc.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>.
- Strosahl, K. Robinson, P. Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and Practice of Focused Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Walser, R. D. (2019). *The heart of ACT: Developing a Flexible, Process-Based & Client-Centered Practice Using Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Westrup, D. & Wright, J. (2017) *Learning ACT for Group: An Acceptance and Commitment Therapy Skills training Manual for Therapists*. New Harbinger Publications, Inc.
- Wilson, D. S. (2007). *Evolution for everyone: How Darwin's theory can change the way we think about our lives*. Delta.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Wilson, K. G., Dufrêne, T. (2010). *Things might go terribly, horribly wrong: A guide to life liberated from anxiety*. New Harbinger Publication, Inc.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Yalom, I. D. (2005) *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Yalom, I. D. (2006). *Os desafios da terapia* (1ª edição). HarperCollins.
- Zimmerman, D. E. (2007) *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Artmed.

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 15/12/2024

O ato em contexto nas terapias contextuais

The act in context in contextual therapies

Claudia Lucia Menegatti¹

[1] Pontifícia Universidade Católica do Paraná **Título abreviado:** Ato em contexto nas terapias contextuais | **Endereço para correspondência:** Rua Marquês do Paraná, 618 ap. 63-B, Curitiba/PR CEP 80620-210 | **Email:** claudiamenegatti@gmail.com | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.030

Resumo: O ato em contexto se apresenta nos textos básicos das terapias contextuais como uma metáfora para o evento comportamental inteiro, em fluxo contínuo, e como inovação para as aplicações terapêuticas. A discussão proposta neste ensaio tem como objetivo revisar possíveis relações entre o Behaviorismo Radical e as terapias contextuais (terceira geração), resgatando princípios propostos por Skinner. A seguir, o artigo dirige o debate a três pontos em que as terapias contextuais aprimoram e inovam na prática clínica comportamental, a saber, a análise dos fenômenos verbais em psicoterapia, o estudo contextualizado da relação terapêutica e a centralidade da análise funcional do comportamento no processo psicoterapêutico. Por fim, alerta-se para a necessidade de conhecimento do behaviorismo radical como fundamento para a prática de um terapeuta contextual.

Palavras-chave: terapia comportamental; behaviorismo; contextualismo funcional.

Abstract: The act in context is presented in the basic texts of contextual therapies as a metaphor for the entire behavioral event, in continuous flow, and as an innovation for therapeutic applications. The discussion proposed in this essay aims to review possible relationships between Radical Behaviorism and contextual therapies (third generation), rescuing principles proposed by Skinner. Next, the article directs the discussion to three points in which contextual therapies improve and innovate in clinical behavioral practice, namely, the analysis of verbal phenomena in psychotherapy, the contextualized study of the therapeutic relationship and the centrality of functional behavior analysis in the psychotherapeutic process. Finally, it is alerted to the need for knowledge of radical behaviorism as a foundation for the practice of a contextual therapist.

Keywords: behavior therapy, behaviorism, functional contextualism.

Nota da autora

Este ensaio foi baseado na apresentação “O ato em contexto nas terapias contextuais” que foi realizada pela autora como palestrante convidada no II SinContextus – Simpósio Internacional de Terapias Contextuais do LaPPIC-USP, em 16 de outubro de 2024, em formato online, promovido pelo LaPPIC-USP em parceria com a ArtMed.

As reflexões a seguir têm por objetivo esclarecer e problematizar compreensões do que se trata o “ato em contexto” para as práticas terapêuticas comportamentais de terceira geração. Reunindo apontamentos teóricos, aliados às possíveis aplicações clínicas, pretende-se convidar o leitor a notar as implicações práticas de suas ações contextualizadas como psicoterapeuta. Para isso, iniciaremos com uma breve exposição sobre o movimento das terapias contextuais.

O professor Marino Pérez-Álvarez (2006) discute o que seria a terceira geração ou a terceira onda das terapias comportamentais. Em suas palavras:

“Poderia se tratar da eterna renovação geracional, segundo a qual, de tempos em tempos (por exemplo, a cada 15 ou 20 anos), as coisas precisam mudar, embora muitas vezes seja para continuarem iguais. Poderia se tratar também de mais uma moda, consistente no lançamento de um novo produto, devido, como não, a interesses diversos (editoriais, renovação ‘tecnológica’, liderança científica). Sem que nada disso falte, a nova geração pode, por uma vez, trazer novidades e que elas sejam boas” (Pérez-Álvarez, 2006, p. 160).¹

Com este questionamento, iniciamos o debate: seriam as terapias contextuais ou de terceira geração uma inovação? Se sim, em que elas são inovadoras? Sem pretender, de nenhuma forma, esgotar este assunto, queremos nos debruçar sobre alguns aspectos.

A terceira geração representa uma retomada dos princípios behavioristas, por meio de um retorno à ênfase nas causas ambientais ou contextuais, como também na compreensão de caso individual, ou seja, uma análise idiográfica. Representa questionamentos ao modelo médico e nomotético e

uma retomada ao que é muito próprio da psicologia clínica: analisar casos individualmente e de forma contextual ou holística (Pérez-Álvarez, 2006). Esses pontos serão retomados adiante neste texto.

Sobre as gerações em terapias comportamentais, faz sentido comparar as ondas como metáforas dos movimentos terapêuticos (Hayes, 2004). Uma onda não é todo o mar, e todo o mar não tem uma só onda. Como um atleta do mar, o surfista espera e navega, como também o marinheiro, na onda que considera especial, para a qual desenvolve habilidades e condições. Não perde o mar de sua vista, também não se entrega desatento. O contexto está ali posto: mesmo surfando ou navegando, observa a onda, observa a si mesmo, observa o mar. Pode descrever precisamente o que fez e faz. Está ali presente, desafiado, como diz o ditado: ‘mar calmo não faz bom marinheiro’. O contextualismo, também, entendido como uma revisita filosófica que se embasa e rubrica os princípios behavioristas skinnerianos (Dougher & Hamilton, 2018; Wilson & Hayes, 2018) em uma lente inovadora, nos permite olhar para este ato em contexto: enquanto o marinheiro navega, suas respostas de navegante são intimamente relacionadas ao passado (sua história de aprendizagem), ao mar de hoje, à meteorologia, ao que observa, sente, pensa (todos seus comportamentos abertos e encobertos), ao que isto produz no momento (consequências reforçadoras a curto prazo) e àquelas a longo prazo (produzir-se como bom marinheiro), num dado momento histórico, em que navegar é preciso e impreciso². O comportamento do marinheiro está funcionalmente ligado a tudo isso: suas ações são contextuais e funcionalmente analisáveis.

Navegaremos agora nas suas imprecisões, para tentarmos nos aproximar de precisões. O professor Kester Carrara, no artigo “Causalidade, relações funcionais e contextualismo: algumas indagações a partir do behaviorismo radical” (2004), trata de um otimismo contido e de um ceticismo razoável ao discutir as proximidades e, particularmente, as inovações que o contextualismo traz ao behaviorismo de Skinner. Carrara (2004) mostra aproximações

1 Tradução livre de: “Podría tratarse de la sempiterna renovación generacional, según la cual cada cierto tiempo (por ejemplo, cada 15 o 20 años) las cosas necesitan cambiar, aunque muchas veces sea para seguir igual. Podría tratarse también de una moda más, consistente en el lanzamiento de un nuevo producto, debido, cómo no, a intereses varios (editoriales, renovación ‘tecnológica’, liderazgo científico). Sin que nada de esto falte, la nueva generación puede que traiga, por una vez, novedades y que esas sean buenas” (Pérez-Álvarez, 2006, p. 160).

2 Esta frase faz uma alusão ao poema “Palavras de Pórtico” de Fernando Pessoa. A íntegra do poema pode ser encontrada em: Pessoa, F. (2007). *Poesias*. Porto Alegre: L&PM, p. 7.

interessantes entre os dois âmbitos, que serão relacionadas às relações clínicas ao longo deste texto.

Recordando que o contextualismo se refere às questões filosóficas que embasam uma prática clínica, e não à própria prática psicoterapêutica, vamos refletir, a partir de agora, a que se refere o conceito de ‘ato em contexto’ para a prática clínica.

Skinner (2003/1953), no livro ‘Ciência e Comportamento Humano’, ao definir a psicoterapia como uma agência de controle, a prevê como um arranjo de contingências, portanto, um contexto para mudanças comportamentais. À medida em que a psicoterapia seleciona contingências, especificando suas regras (como ser uma audiência não punitiva, por exemplo), com antecedentes, comportamentos de terapeuta e cliente e suas possíveis consequências, a psicoterapia se coloca com um contexto especial de controle e modificação de comportamento. O terapeuta atua como um especificador destas regras completamente implicado dentro e neste contexto.

Hughes (2020) sintetiza e orienta aos leitores sobre o sentido desta compreensão do ‘ato em contexto’ como uma metáfora do contextualismo. Segundo esse autor: “o ato no contexto não é uma descrição de algum evento estático que ocorreu no passado. Ao contrário, ele é uma atividade proposital que acontece no aqui e agora dentro dos contextos físico, social e temporal” (Hughes, 2020, p. 28). São os atos contínuos definidos em seu significado e propósito, não um evento estático de um determinado tempo histórico, mas aquilo que se apresenta em sua totalidade, em suas partes e relações. Há um contexto histórico e um contexto presente. Refere-se às análises verbais do mundo por meio das quais a predição e influência sobre o comportamento se encontram - e não a uma pretensão de uma realidade concreta (Dougher & Hamilton, 2018; Hughes, 2020). São as ações (abertas e encobertas), em sua totalidade contextual e funcional (Hughes, 2020), atualizadas em seus determinantes filogenéticos, ontogenéticos e culturais, recordando os três níveis de seleção descritos por Skinner. Essa lembrança dos três níveis de seleção também está destacada na compreensão do que é uma ciência contextual por Wilson e Hayes (2018), quando comentam a necessidade de que as ciências contextuais estejam situadas também na perspectiva de uma

ciência da evolução humana, já anteriormente integrada quando Skinner descreveu as seleções filogenética, ontogenética e cultural sobre o organismo humano e seus modos de relação funcional com os diferentes ambientes³.

O olhar se debruça sobre a integralidade do evento psicológico, o que é profundamente desafiador, já que, como nos ensinou Leonardo Boff (1998, p. 9), “todo ponto de vista é a vista de um ponto”, desenvolver olhar integrador é flexibilizar e ampliar pontos de vista. Ou como o professor Kester Carrara (2004, p. 32) nos recorda: “experiência é indissociável do conhecimento”. O ato inteiro, novamente, lembrado de outro modo.

Steven Hayes, Kirk Stroschal e Kelly Wilson, no livro *Terapia de Aceitação e Compromisso* (Hayes et al., 2021), publicado originalmente em 2012, perguntam: “O que define um evento comportamental como um evento inteiro?” Mais adiante, nesse mesmo texto, os autores aproximam o conceito de ato em contexto, com ação inteira e comportamento, em suas palavras: “toda e qualquer atividade que qualquer um (às vezes apenas uma pessoa) pode observar, prever e influenciar” (Hayes et al., 2021, p. 26). Em nossa compreensão, isto não se distancia de podermos analisar funcionalmente um comportamento, especialmente de natureza verbal, que é o chão por onde a psicoterapia caminha. Os mesmos autores esclarecem esse aspecto: “Um contextualista funcional olha para a ação e seu contexto e, então, aproveita a análise funcional dos objetivos pragmáticos do clínico e do cliente” (Hayes et al., 2021, p. 30). Carrara (2004, p. 37) reafirma: “A posição filosófica de Skinner não separa a pessoa do comportamento”, alinhando-se aqui à ideia de um ato em contexto, globalizado, não separável em mecanismos, mas num fluxo funcionalmente observável e de múltiplas determinações (o que requer a humildade do cientista e do clínico).

A partir desta contextualização, ou da apresentação do mar onde navegamos, vamos destacar três pontos em que as Terapias contextuais fortalecem, aprimoram e inovam na prática clínica. Estes pontos, entre outros, foram levantados no debate ‘*Conductismo Vs. Contextualismo*’ com

3 Para conhecer o texto de Skinner sobre o qual os autores comentam, ver: Skinner, B. F. (2007).

os professores espanhóis María Xesús Froxán, Natalia Andrés López, Luis Valero e José Olid em 2023 (disponível em (<https://www.youtube.com/watch?v=IPvSR0A2hc0&t=2850s>), e foram escolhidos para serem aprofundados a seguir. Destacamos o pronunciamento, nesse debate acima mencionado, da professora Maria Xesús Froxán (2023), professora da Universidad Autónoma de Madrid, que afirma que em psicologia não há invenções, mas descobertas. Em que, então, este aporte contextualista contribui?

O primeiro ponto se refere à natureza verbal da psicoterapia. Uma psicoterapia que, a partir dos estudos de comportamento verbal e das molduras relacionais, é realizada com propriedade sobre os fenômenos verbais durante as sessões. Com o resgate do comportamento verbal desde Skinner e ampliado pelos pesquisadores do comportamento verbal e da teoria das molduras relacionais (ver Hayes et al., 2001; Perez et al., 2022) como Sidman, Zettle, S. Hayes, L. Hayes, Luciano, Törneke, D. Barnes-Holmes, Y. Barnes-Holmes, Roche, Wilson, Ruiz, M. Villatte e J. Villatte, nosso professor Júlio De Rose, e novos pesquisadores brasileiros como o grupo liderado pelos professores Will Perez e Roberta Kovac, nas terapias contextuais, a linguagem é entendida como um contexto de mudança terapêutica, por meio da qual a psicoterapia terá efeitos dentro e fora da sessão. O comportamento verbal em sessão é muito mais que um relato: é um agir contextual no mundo e foco do trabalho do terapeuta. A transformação de funções verbais é a transformação do mundo simbólico, e a as pesquisas sobre a intervenção clínica nas funções verbais, por meio da teoria das molduras relacionais, têm revelado a eficácia terapêutica de compreender o comportamento verbal como uma ação contextualizada na sessão terapêutica (de Rose & Bortoloti, 2007; Hayes et al., 2001; Perez et al., 2013; Perez et al., 2022; Sidman, 1992; Törneke, 2010; Törneke et al., 2016; Villatte et al., 2016; Wilson & Luciano, 2012; Zettle & Hayes, 1982).

Na revisão de Gomes e de Rose (2024, p. 62) sobre a sensibilidade ao outro em psicoterapia, os autores recordam, que “as psicoterapias comportamentais (especialmente com clientes adultos) têm clara ênfase em intervenções operantes de natureza verbal”. Destaca-se que, para o behaviorista treina-

do em terapias contextuais, como bem lembrado por Wilson e Luciano (2012), em terapia não se pretende mudar o conteúdo dos eventos privados. Ou seja, não se pretende alterar pensamentos, por exemplo. O que se pretende é alterar os contextos verbais dos eventos privados, ou seja, suas funções. Retomando nossa metáfora do mar: não pretendemos alterar as ondas, nem o mar, podemos sim, observá-lo, mesmo quando tomados de medo. O medo do mar e sua imensidão, o desconhecido que representa, também pode ser visto desde outros pontos de vista, se assim for interessante à vida do observador: a grandiosidade do mar pode equivaler à grandiosidade da própria vida.

Neste exemplo queremos colocar que, para a prática clínica, a utilização das metáforas verbalmente construídas são ilustrações do ato em contexto. Ruiz e Luciano (2012a) enfatizam que:

“quando nos referimos ao contexto, não somente nos referimos ao ambiente estimulante no qual se encontra o indivíduo, mas às funções que esse ambiente desempenha em sua própria história de aprendizagem. Não cabe esperar, portanto, que o contexto histórico que permitira a abstração da chave relacional tenha que ser observado para que esteja funcionalmente presente no momento no qual a pessoa estabelece a analogia” (Ruiz & Luciano, 2012a, p. 47).⁴

Posto isso, compreendemos que as chaves ou molduras relacionais estão contextualmente presentes na fala do cliente na psicoterapia, e o terapeuta, ao trabalhar com as metáforas, por exemplo, amplia as funções destas chaves, para permitir a flexibilidade e movimento: é um libertar-se por meio de novas funções com as propriedades das metáforas. Nas palavras de Wilson e Luciano (2012, p. 99): “Alterar os contextos verbais que prenderam o cliente significa

4 Tradução livre de: “cuando hacemos referencia al contexto, no sólo nos referimos al ambiente estimular en el que se encuentra el individuo sino a las funciones que ese ambiente tiene al hilo de a su propia historia de aprendizaje. No cabe esperar, por tanto, que el contexto histórico que hubiera permitido la abstracción de la clave relacional tenga que observarse para que esté funcionalmente presente en el momento en el que la persona establece la analogía” (Ruiz & Luciano, 2012a, p. 47).

tecnicamente produzir uma mudança derivada na classe funcional que define em cada caso o padrão de evitação rígido ou generalizado e ineficaz”⁵. O estudo dos efeitos das regras e autorregras rígidas - *pliance*, *tracking*, por exemplo - para reduzir o controle destrutivo delas durante as sessões terapêuticas, por meio das metáforas, exercícios experienciais e paradoxos, permite situar, cada vez mais, possibilidades de romper com coerências verbais destrutivas e promover a desliteralização da linguagem. Assim, o cliente se torna, no momento presente, no contexto presente, um observador de seu mar que escolhe a direção de sua navegação.

Em outro artigo, sobre o uso das metáforas, Ruiz e Luciano (2012b) esclarecem que, na prática clínica:

“A analogia e a metáfora potencializam muito significativamente a generatividade da linguagem humana, pois permitem conectar domínios, ou redes relacionais, que antes não estavam relacionados, facilitando a derivação de um grande número de relações, e a possível transferência de funções, de uma maneira praticamente instantânea” (Ruiz & Luciano, 2012b, p. 44).⁶

Tais intervenções, que ocorrem nesta relação terapeuta-cliente, necessitam da sensibilidade terapêutica para que este ato em contexto seja realmente terapêutico. Novamente nas palavras de Gomes e de Rose (2024, p. 62): “a sensibilidade ao outro implicaria também em responder de forma a produzir mudanças que promovam o bem do outro”. Um terapeuta sensível está humanamente implicado dentro do contexto terapêutico.

Transpomos assim, o poder das terapias contextuais: a força das intervenções verbais e da relação

terapêutica são atualizadas no aqui e agora, e, em direção pragmática de utilidade, elas são veículos potentes para a mudança. A inovação não é a descoberta de princípios, mas a atualidade sobre como fazer, ao presentificar os movimentos terapêuticos de mudança inter e intrapessoal no próprio contexto terapêutico.

O segundo ponto de nossa análise sobre as contribuições contextualistas à prática clínica, liderado especialmente da psicoterapia analítico-funcional (FAP), se refere à relação terapêutica como contexto de mudança. O alerta de que as interações terapêuticas podem ser analisadas funcionalmente torna a sessão uma experiência – um contexto no qual comportamentos clinicamente relevantes, sejam eles problemáticos ou de melhora terapêutica, podem ser observados e vivenciados naquele ‘ato em contexto’ (Brandão, 1999; Callaghan & Follette, 2008; Kohlenberg & Tsai, 2000).

Resgatando novamente os apontamentos do professor Carrara (2004, p. 33): “Entretanto, tomemos muito cuidado. Não nos esqueçamos de que nosso microscópio, nossa banqueta, nossa mesa, nossa prancheta de anotações e nós próprios, bem como nossa suposta ilha, estamos irremediavelmente inseridos no imensurável mundo que tivemos dificuldade de imaginar”. Este ‘inserir irremediável’ é a grande contribuição para o estudo do poder transformador veiculado pela relação terapêutica. Ela é um contexto transformador, que tem sido cada vez mais tecnicamente pesquisado. Ela é um grande ‘ato em contexto’, estudado fortemente pela FAP por autores como Tsai, Kohlenberg, e brasileiras incríveis como Fátima Conte, Zilah Brandão, Claudia Oshiro e Jocelaine Martins da Silveira, entre tantas e tantos. Neste *timing* contextual no Brasil, as terapias de terceira geração como um todo também dedicaram sua pesquisa sobre a relação terapêutica como contexto de mudança, operacionalizando as funções de comportamentos de terapeutas e clientes, ou sobre aquilo que acontece especificamente neste mar, com grandes professores como Sônia Meyer, Denis Zamignani e Roberto Banaco, e com modelos clínicos sustentados no Brasil, que conseguem transpor a barreira difícil da pesquisa para a prática terapêutica, como Regina Wielenska, Maly Delliti, Yara Ingberman, Vera Otero e tantos outros.

5 Tradução livre de: Alterar los contextos verbales que tienen atrapado al cliente significa técnicamente producir un cambio derivado en la clase funcional que define en cada caso el patrón de evitación rígido o generalizado e ineficaz” (Wilson & Luciano, 2012, p. 99).

6 Tradução livre de: “la analogía y la metáfora potencian muy significativamente la generatividad del lenguaje humano pues permiten conectar dominios, o redes relacionales, que previamente no estaban relacionados, facilitando la derivación de un gran número de relaciones, y la posible transferencia de funciones, de un modo prácticamente instantáneo” (Ruiz & Luciano, 2012b, p. 44).

A terceira contribuição contextualista, finalmente, destaca a retomada da análise funcional no contexto da própria sessão. Dougher e Hayes (2000) recordam fortemente que a análise comportamental clínica se refere a uma postura contextual verbal dentro da própria sessão, observando organismos inteiros e suas relações ambientais presentes e passadas. Isto não é novo, mas um lembrete de que a análise funcional, vivenciada na relação terapêutica de forma a conduzir que o cliente observe como se comporta no contexto terapêutico e em sua vida, que consequências isso produz a curto e longo prazo (fenômenos como a esquiva experiencial), parecem nos reaproximar tanto do Behaviorismo Radical quanto dessa perspectiva contextual.

Carrara (2004) esclarece o que é uma análise comportamental contextualista: analisar o “estar fazendo”, de forma dinâmica, opondo-se ao estático. Este movimento de análise funcional deve estar presente na sessão terapêutica, propondo análises funcionais dinâmicas. Ele nos lembra da “multiterminação contextual do comportamento: inúmeras variáveis, de diferentes campos (pessoal, social, cultural, educacional, político, ideológico, econômico, biológico, químico, etc) concorrem de modo geralmente entrelaçado e reticular (não linear) para a explanação causal do fenômeno comportamental” (Carrara, 2004, p. 46). E, mais adiante: “O comportamento será sempre um *comportamento-no-contexto e com-o-contexto* e não pode, nessa perspectiva, ser compreendido pelo apelo a ações isoladas” (Carrara, 2004, p. 47).

Törneke et al. (2016), ao estabelecerem metodologia de trabalho para aplicação da teoria das molduras relacionais no contexto terapêutico, situam a análise funcional feita vivencialmente durante a sessão como um dos três movimentos terapêuticos⁷ fundamentais para auxiliar que os clientes possam discriminar as classes de comportamento atuais e suas consequências problemáticas, recordando

Skinner, pois discriminar o próprio comportamento é a chave para mudar de comportamento. Esse processo de utilização da base conceitual da teoria das molduras relacionais funcionalmente analisadas na prática clínica, amplamente pesquisado, promove conexões entre a ciência contextual, a pesquisa básica e aplicada com intensa coerência desde sua raiz de investigação experimental (Luciano, 2016; Törneke, 2021).

Estas contribuições são muito intensamente propostas pelos estudiosos da FAP (psicoterapia analítico-funcional), da TAC (terapia analítico-comportamental), da ACT (terapia de aceitação e compromisso), da ativação comportamental (BA) e da terapia comportamental dialética (DBT). Uma abordagem contextual prevê que os movimentos do terapeuta sejam atos em contexto, transformadores de funções nas direções acordadas com o cliente, dinâmicos e absolutamente pautados na compreensão da tríplice contingência do Behaviorismo de Skinner. Que consequências esses movimentos produzem? Que relações de reforçamento estão ali postas, que favorecem a esquiva e o sofrimento? Como tornar o cliente verbalmente atento ao seu movimento no contexto da sessão e de sua vida, de forma que ele note que consequências o seu agir (aberto e encoberto) produz na sua vida? Estas análises se produzem por meio de questionamentos, exercícios, metáforas, experiências emocionais intensas na relação terapêutica. Atuar como terapeuta contextual é também uma experiência emocional intensa ao terapeuta.

Então, uma análise contextual deve incluir, como já mencionado, as variáveis dos três níveis de seleção do comportamento, permanentemente atualizadas tanto no organismo do cliente quanto do terapeuta. Mais uma vez, quebra-se a ideia de um terapeuta que poderia se imaginar neutro: ele não é neutro, ele é um participante de seu contexto e do contexto do cliente, com seus ambientes públicos e privados, com seu organismo inteiro. Isto conduz o terapeuta ao desenvolvimento contínuo de sua auto-observação, da observação do outro e do seu mundo, trazidas por sua linguagem em todo o processo.

Como destacado por Carrara (2004), aqui não há novidade, mas redimensionamento das análises da interação entre organismo e ambiente. Ou como

7 As três estratégias se referem ao movimento de discriminação das relações funcionais dos comportamentos problemáticos do cliente (análise funcional), o treinamento de um repertório funcional alternativo por meio de quadros relacionais dêiticos e hierárquicos, e o desenvolvimento de repertórios alternativos que especifiquem comportamentos a serem emitidos a longo prazo. Este modelo está proposto e detalhado em Törneke et al. (2016).

adverte o professor Marino Pérez-Álvarez (2006, p. 166): “O novo aqui, na terceira geração, (...) é um retorno às raízes contextuais da própria terapia comportamental (Jacobson et al., 2001). A originalidade, se for o caso, estaria em voltar às origens”⁸.

Retornar às origens e propor um olhar para os eventos encobertos dentro da análise funcional do comportamento do cliente, da relação terapêutica e da possibilidade de desmedicalizar problemas psicológicos. Não pretender mudar eventos privados, abandonar a luta contra sintomas, esta é a grande originalidade: ao modificar o olhar sobre os pensamentos e não pretender modificá-los na terapia, o esforço em alterar funções nos faz prestar atenção aos ambientes e contextos que podem ser verbalmente alterados. As terapias contextuais propõem algo além: abandonar a luta contra os sintomas e produzir uma reorientação para a vida. Observar o barco, navegar sem mudar nem as ondas, nem o mar, e escolher o sentido da navegação.

Referências

- Boff, L. (1998). *A Águia e a Galinha*. (14ª edição). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brandão, M. Z. d. S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2), 179-187. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000200007&lng=pt&tlng=pt
- Callaghan, G. M. & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 57-97. <https://doi.org/10.1037/h0100649>
- Carrara, K. (2004). Causalidade, relações funcionais e contextualismo: algumas indagações a partir do behaviorismo radical. *Interações*, 9(17), 29-54.
- de Rose, J. C. & Bortoloti, R. (2007). A equivalência de estímulos como modelo de significado. *Acta Comportamentalia*, 15, 83-102.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. In Dougher, M. J. (Org.), *Clinical behavior analysis* (pp. 11-25). Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M. J. & Hamilton, D. A. (2018). The Contextual Science of Learning: Integrating Behavioral and Evolution Science Within a Functional Approach. In Wilson, D. S. & Hayes, S. C., *Evolution & Contextual Behavioral Science - an integrated framework for understanding, predicting and influencing human behavior* (pp. 15-30). Oakland, CA: Context Press / New Harbinger Publication.
- Gomes, R. C. & de Rose, J. C. (2024). O papel de estímulos verbais eliciadores no desenvolvimento da sensibilidade ao outro na psicoterapia. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 15(1), 060-072. <https://doi.org/10.18761/apuj1038>
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes D. & Roche, B. (eds.) (2001), *Relational frame theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.

8 Tradução livre de: “Lo nuevo aquí, en la tercera generación, (...) viene a ser un retorno a las raíces contextuales de la propia terapia de conducta (Jacobson et al., 2001). La originalidad, si acaso, estaría en volver a los orígenes” (Pérez-Álvarez, 2006, p. 166).

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. (2. ed.) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hughes, S. (2020). A filosofia da ciência em sua aplicação à psicologia clínica. In Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas* (pp. 19-35). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kohlenberg, R & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítico Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Santo André, SP: ESETec.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta* 42, 3-14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Froxán, M. X., López, N. A., Valero, L. & Olid, J.. (2023). *Conductismo Vs. Contextualismo*, Madrid, evento PsicoFest 23 promovido por ConducTeam e EnGramapsico. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=IPvSR0A2hc0&t=2850s>
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación* 5(2), 159-172. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3781>
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L.. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(1), 33-51. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>
- Perez, W. F., Kovac, R., Almeida, J. H. & De Rose, J. C. (2022). *Teoria das Molduras Relacionais (RFT): Conceitos, Pesquisa e Aplicações*. Paradigma.
- Ruiz, F. J. & Luciano, M. C. (2012a). La historia de aprendizaje como parte del contexto - Respuesta al comentario de R. Pérez-Almonacid. *Acta Comportamentalia*, 20(4), 46-47. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452012000400005&lng=pt&tlng=es.
- Ruiz, F. J. & Luciano, M. C. (2012b). Sobre la relevancia de la analogía y la “Teoría del Marco Relacional” en la comprensión de la cognición humana - Respuesta al comentario de E. Z. Tourinho. *Acta Comportamentalia*, 20(4), 44-45. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452012000400004&lng=pt&tlng=es
- Sidman, M. (1992) *Equivalence relations: some basic considerations*. In Hayes, S. C. & Hayes, L. J. (Eds.), *Understanding verbal relations* (pp.15-27). Reno, NV: Context Press.
- Skinner, B. F. (2003/1953). *Ciência e Comportamento Humano* (11. ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In Zettle R. D., Hayes S. C., Barnes-Holmes D., & Biglan A. T. (Eds), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272), West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Törneke, N. (2021). Clinical functional analysis and the process of change. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 075-093. <https://doi.org/10.18761/PAC.2021.v12.RFT.01>
- Villatte, M., Villatte, J. L. & Hayes, S. C. (2016) *Mastering the clinical conversation-language as intervention*. New York / London: Guilford Press.
- Wilson, K. G. & Luciano-Soriano, M. C. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) – un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Piramide.
- Wilson, D. S. & Hayes, S. C. (2018). Evolution and Contextual Behavioral Science. In Wilson, D. S. e Hayes, S. C., *Evolution & Contextual Behavioral Science - an integrated framework for understanding, predicting and influencing human behavior* (pp. 1-14). Oakland, CA: Context Press / New Harbinger Publication.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In Kendall, P. C. (Ed.), *Advances in cognitive- behavioral research and therapy* (pp. 73– 118). New York, NY: Academic Press.

Histórico do Artigo

Submetido em: 13/11/2024

Aceito em: 25/08/2025

Esquiva experiencial: uma revisão conceitual

Experiential avoidance: a conceptual review

Rodrigo R. C. Boavista¹, William F. Perez^{1,2} (ORCID 0000-0001-8365-1439)

[1] Instituto Par [2] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) | **Título abreviado:** Esquiva experiencial: uma revisão | **Endereço para correspondência:** | **Email:** Rodrigo R. C. Boavista – rodrigorcboavista@hotmail.com, William F. Perez – will.f.perez@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.036

Resumo: O presente trabalho revisou o uso do conceito de *esquiva experiencial* em uma amostra de 19 artigos publicados entre 2008 e 2012. Foram analisadas: (a) a definição de esquiva experiencial utilizada em cada artigo e (b) aproximações e distanciamentos da primeira formulação deste conceito, apresentada por Hayes et al. (1996). Foi possível verificar como uma definição disposicional/topográfica desta categoria transdiagnóstica potencialmente ocasionou perdas significativas na precisão do uso do conceito ao longo dos estudos. Por fim, visando superar as imprecisões identificadas, propôs-se que a esquiva experiencial poderia ser definida como padrões de respostas de fuga, esquiva ou supressão do responder com as seguintes características funcionais: (a) evocadas ou eliciados por eventos aversivos privados (pensamentos, sentimentos, sensações) ou públicos (correlatos); (b) mantidas por reforçadores negativos imediatos (privados ou públicos); (c) em longo prazo, produzem o estreitamento de repertório comportamental e consequente restrição de acesso a outros reforçadores primários, condicionados ou verbalmente estabelecidos (valores).

Palavras-chave: esquiva experiencial, terapia de aceitação e compromisso, ACT, revisão conceitual.

Abstract: This work reviews the application of the concept of experiential avoidance in a sample of 19 articles published between 2008 and 2012. The sample was analyzed in terms of: (a) the definition of experiential avoidance presented in each paper and (b) similarities and dissimilarities from the first formulation of this concept, presented by Hayes et al. (1996). It was possible to verify how a dispositional/topographic definition of this transdiagnostic category resulted in significant losses in the accuracy of concept use throughout the studies. Finally, to overcome the identified inaccuracies, it was suggested that experiential avoidance could be functionally defined as patterns of escape responses, avoidance or suppression with the following functional characteristics: (a) evoked or elicited by private aversive events (thoughts, feelings, sensations) or public (correlates); (b) maintained by immediate negative reinforcers (private or public); (c) in the long term, produce the narrowing of behavioral repertoire and consequent restriction of access to other primary, conditioned or verbally established reinforcers (values).

Keywords: experiential avoidance, acceptance and commitment therapy, ACT, conceptual review.

Nota dos autores

O presente trabalho é baseado na monografia de conclusão do curso de Especialização em Terapia Analítico-Comportamental realizada pelo primeiro autor sob orientação do segundo. Os autores agradecem a Yara Nico e a Ana Luísa de Marsillac Melsert pelos comentários e pelas valiosas contribuições.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 2011) tem acumulado, ao longo dos anos, evidências progressivamente mais robustas de eficácia para psicopatologias diversas (e.g., Gloster et al., 2020). Desde os primeiros ensaios clínicos, buscou-se identificar a melhora clínica não só em função da redução dos sintomas e sim da mudança de classes funcionais de comportamento, comuns a quadros clínicos com topografias diversas. Hayes et al. (1996) propuseram que muitas das psicopatologias padrões de funcionamento comuns como variável relevante para o diagnóstico e a intervenção. Os autores avaliaram quadros como abuso de substâncias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de personalidade, pânico e agorafobia. De acordo com Hayes et al., um componente crítico comum a todos esses transtornos topograficamente tão diferentes seria um padrão de comportamento denominado esquiva experiencial,

“(...) fenômeno que ocorre quando uma pessoa não está disposta a permanecer em contato com uma experiência privada específica (e.g. sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais) e adota medidas para alterar a forma ou a frequência desses eventos e o contexto que os ocasiona”. (traduzido livremente pelos autores a partir de Hayes et al., 1996, p. 1154).

Estudos recentes confirmam que a esquiva experiencial é um aspecto relacionado, ainda, a outros transtornos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (Akbari et al., 2022), ansiedade generalizada, tricotilomania, comportamentos autolesivos, entre outros (Chawla & Ostafin, 2007). Em um estudo longitudinal, Spinhoven et al. (2014) verificaram que a esquiva experiencial foi preditora do desenvolvimento de depressão maior, distímia, transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade social e transtorno do pânico. Monèstes et al. (2016) avaliaram a esquiva experiencial em amostras de participantes de diferentes países. Os dados sugerem que tal padrão de comportamento é comum à cultura ocidental. Em uma meta-análise recente, Yoon et al. (2024) documentaram altos escores de esquiva experiencial também em amostras de participantes asiáticos.

Na literatura da área, oferecem-se tanto diferentes medidas do construto esquiva experiencial (e.g., Bond et al., 2011; Gaméz et al., 2011; Ong et al., 2020) quanto diversas formas de apresentação do conceito (e.g., Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2009). Enquanto o uso de diferentes medidas podem auxiliar a literatura científica avançar, a imprecisão no uso dos conceitos científicos podem atrasar o avanço das pesquisas gerando prejuízos ou desvios desnecessários. O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão do uso do conceito de esquiva experiencial em uma amostra de artigos publicados entre 2008 e 2012. O período entre 2008 e 2012 foi especificado por compreender os anos mais próximos à segunda versão do manual de ACT (Hayes et al., 2012), cujo foco na esquiva experiencial é minimizado em função da formulação do conceito de Inflexibilidade Psicológica (que engloba o conceito de esquiva experiencial).

Método

Inicialmente, o termo “*experiential avoidance*” foi empregado em uma busca por artigos no portal da *Association for Contextual Behavioral Science* ou ACBS (<https://contextualscience.org>), utilizando-se duas categorias do sistema de busca do próprio banco de dados da instituição: “ACT: Empirical” e “ACT: Conceptual”. Foram selecionadas as publicações que apresentaram a palavra-chave “*experiential avoidance*” no título. Foram incluídos na amostra artigos publicados entre 2008 e 2012, com acesso integral gratuito, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Foram excluídas duplicatas. A escolha do mecanismo de busca e do período de cinco anos se deu por conveniência, considerando que o objetivo do presente artigo não foi realizar uma revisão sistemática ou organizar os artigos de maneira bibliométrica, e sim conseguir uma amostra de artigos sobre esquiva experiencial, a fim de avaliar o uso do termo e indicar possíveis direções para uma discussão conceitual.

A análise dos dados foi realizada a partir da leitura integral das obras selecionadas e posterior categorização. O software Nvivo 10 for Windows (Versão 10.0.418.0 SP4, 32 bits) foi utilizado para análise qualitativa de dados. No que se refere à análise bibliométrica, foram identificados nos artigos

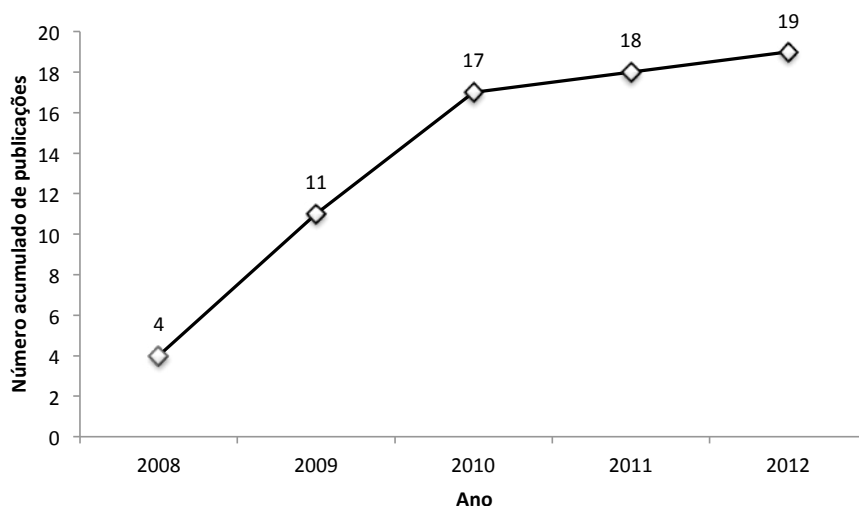


Figura 1. Número acumulado de publicações sobre esquia experiencial entre 2008-2012.

selecionados: (1) periódico em que o artigo foi publicado; (2) autores; (3) ano da publicação. No que se refere ao uso do conceito, foram analisados em cada artigo: (1) a definição de esquia experiencial apresentada; (2) a referência utilizada pelos autores para definir esquia experiencial; (3) aproximações e distanciamentos do conceito original de esquia experiencial apresentado por Hayes et al. (1996).

Resultados

A busca pela expressão *experiential avoidance* no título das publicações indexadas pelo portal da ACBS gerou como resultado 63 artigos distribuídos em 37 periódicos. Foram identificados ainda: uma dissertação de mestrado não publicada, duas teses de doutorado não publicadas e um capítulo de livro. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 19 artigos a serem analisados¹.

Com relação ao levantamento bibliométrico, como mostra a Figura 1, foi identificado que, para o período investigado, os anos em que houve maior volume de publicações foram 2009 (sete artigos), 2010 (seis) e 2008 (quatro). Os anos mais próximos da publicação da segunda edição do manual de ACT, 2011 e 2012, foram os que apresentaram

o menor número de ocorrências. Os artigos foram publicados em 15 revistas diferentes, com destaque especial para o *Journal of Anxiety Disorders*, que contou com 5 publicações nesse período. Tal dado sugere a possibilidade de que diversos públicos, não apenas analistas do comportamento, foram influenciados pelo conceito de esquia experiencial.

Como mostra a Figura 2, entre os 19 artigos revisados, 14 fizeram referência a Hayes et al. (1996) ao definir esquia experiencial; 3 referenciaram Hayes et al. (1999); outros textos, como Blackledge e Hayes (2001), Luciano e Hayes (2004), Hayes (1994) e Hayes et al. (2004), foram referenciados uma vez; um artigo não se referiu a nenhuma outra obra ao descrever o conceito de esquia experiencial.

Concluída a identificação das definições de esquia experiencial apresentadas nos artigos revisados, realizou-se o levantamento das cinquenta palavras mais frequentes nas definições apresentadas ao longo dos artigos (Tabela 1). Tal procedimento resultou na prevalência dos termos “pensamentos” (21 ocorrências), “evitar” (20 ocorrências), “experiências” (19 ocorrências), “eventos” e “privados” (18 ocorrências cada). As palavras mais frequentemente encontradas nas definições de esquia experiencial são apresentadas na nuvem de palavras da Figura 3.

A partir do levantamento da frequência de palavras utilizadas para a conceituação de esquia experiencial, bem como da análise de cada uma dessas definições, evidenciaram-se diferenças significativas

¹ Os textos analisados foram sinalizados com * na lista de referências.

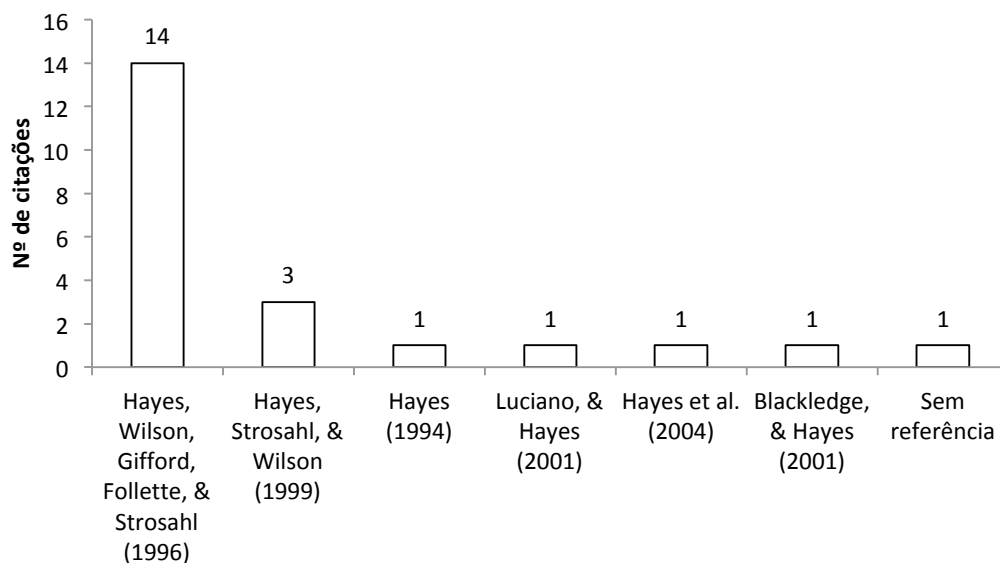


Figura 2. Número de citações dos textos utilizados como principais referências do conceito de esquiva experiencial.

entre os artigos revisados e a definição inicial de Hayes et. al. (1996). Tal divergência pode apontar, por um lado, para uma falha na compreensão dos leitores/pesquisadores acerca da proposta inicial de esquiva experiencial oferecida por Hayes et al. Por outro lado, é possível que o próprio conceito de esquiva experiencial, tal como inicialmente formulado, seja impreciso — como discutiremos a seguir.



Figura 3. Nuvem de palavras dos termos mais frequentemente empregados para definir “esquiva experiencial”, nos textos selecionados para análise.

A Tabela 2 apresenta as definições encontradas ao longo dos textos selecionados para análise. Na coluna à direita, são apresentadas aproximações e distanciamentos em relação ao conceito original de Hayes et al. (1996). É possível evidenciar afastamentos do conceito inicial a partir da atribuições de adjetivos de valência negativa aos estímulos que são evitados. Como exemplos desse tipo de afastamento temos: Boelen e Reijntjes (2008), que falam em “eventos privados avaliados negativamente”; Tull e Gratz (2008), com “experiências internas indesejáveis”; Gird e Zettle (2009), que descrevem “eventos privados negativos”; Abramowitz et al. (2009), com “experiências privadas perturbadoras” e Reddy et al. (2011) destacando “eventos privados dolorosos” (para demais casos, ver Tabela 2).

Outra afastamento, ainda, ocorre com a ativação negativa do próprio padrão de esquiva experiencial. Como exemplo, temos Kashdan e Kane (2010), que apresentam a esquiva experiencial como um padrão comportamental disfuncional. Tal qualificador contradiz a formulação de Hayes et al. (1996), que analisam a esquiva experiencial como um padrão comportamental funcional mantido pelas suas consequências de curto prazo.

Por fim, outro tipo de afastamento notado diz respeito a substituições de elementos essenciais do conceito original de Hayes et al. (1996). A principal

Tabela 1. Levantamento das cinquenta palavras mais frequentes na definição de esquiva experiencial utilizada nos artigos analisados.

Palavra	Ocorrências	Palavra	Ocorrências
Pensamentos	21	TEPT	6
Evitar	20	Termo	6
Experiências	19	Enfrentamento	5
Eventos	18	Emocional	5
Privados	18	Vida	5
Sensações	16	Pode	5
Sentimentos	12	Pessoas	5
Emoções	11	Regulação	5
Alterar	9	Estratégias	5
Tentativas	9	Tendência	5
Controlar	9	Conceito	4
Negativo	9	Contextos	4
Indesejado	9	Esforços	4
Falta de vontade	9	Inclui	4
Corporais	8	Longo	4
Escapar	8	Negativamente	4
Contato	7	Padrão	4
Forma	7	Permanecer	4
Frequência	7	Trauma	4
Interno	7	Verbal	4
Refere	7	Aceitação	3
Sintomas	7	ACT	3
Experienciar	6	Aversivo	3
Memórias	6	Constructo	3
Positivo	6	Contingências	3

ocorrência, nesse caso, é a troca de descrições que se referem a comportamentos de esquiva pelo uso de substantivos, por exemplo, “o *desejo* de controlar (Kashdan et al., 2009)”.

Foram encontrados artigos que alteraram a definição original de Hayes et al. (1996), mas se aproximaram de seus elementos essenciais. Destaca-se a recorrência do adjetivo “privado(a)” para caracterizar os eventos que evocam a esquiva experiencial:

Thompson e Walts (2010) referem-se a “tentativas de mudar, alterar ou evitar experiências privadas”; Kämpfe et al. (2012) falam no “engajamento (...) para evitar ou escapar destas experiências [privadas]”. Há ainda artigos que descrevem a esquiva experiencial como um conjunto de estratégias de controle: Kashdan et al. (2009) definem a esquiva experiencial como “controlar ou extinguir tais eventos [privados aversivos]”.

Tabela 2. Análise das definições de esquiva experiencial apresentadas nas publicações selecionadas, considerando aproximações e afastamentos em relação à definição original de Hayes et al. (1996).

Autores	Ano	Definição	Afastamento	Aproximações
Kämpfe et al.	2012	É definida como a recusa em estar em contato com experiências internas avaliadas negativamente (i.e. pensamentos, sensações corporais, emoções) e como o engajamento em esforços para evitar ou escapar destas experiências.	avaliadas negativamente	Experiências internas; estratégias de controle; recusa de estar em contato
Reddy et al.	2011	É a tentativa de evitar eventos privados dolorosos, como estados emocionais negativos. Inclui amplo espectro de estratégias para modificar a forma e com que frequência uma emoção é experienciada.	eventos privados dolorosos ; estados emocionais negativos	eventos privados; estratégias de controle
Kashdan & Kane	2010	É o termo mais abrangente da ACT para falta de flexibilidade psicológica; É a recusa de estar em contato com pensamentos e sentimentos estressantes; É a evitação de expor-se a pensamentos, sentimentos e sensações temidas; Reflete a inabilidade para comprometer-se com ações direcionadas aos valores pessoais; construto abrangente; é a repetição de padrões comportamentais "disfuncionais" que impedem pessoas de agirem de formas congruentes com seus valores.	termo; falta de flexibilidade psicológica; inabilidade para comprometer-se com ações direcionadas aos valores pessoais; repetição padrões comportamentais disfuncionais	recusa de estar em contato; eventos privados
Kashdan et al.	2010	É um processo envolvendo avaliações negativas excessivas de pensamentos, sentimentos e sensações privadas indesejadas e esforços deliberados para controlar ou escapar deles	processo; avaliações negativas; sensações privadas indesejadas	sensações privadas; estratégias de controle
López et al.	2010	Refere-se a um padrão de regulação verbal baseado em tentativas deliberadas para controlar e/ou escapar de eventos privados, como afetos, pensamentos, memórias e sensações corporais que são experienciados como aversivos. É estabelecido por contingências de reforçamento negativo (redução imediata do desconforto psicológico) e por contingências de reforçamento positivo derivadas (seguimento de regras que sejam coerentes com a história pessoal) de um contexto que a comunidade verbal promove.	padrão de regulação verbal; eventos privados experienciados como aversivos ; estabelecido por contingências de reforçamento negativo e positivo	estratégias de controle; eventos privados
Schmalz & Murrell	2010	Define uma classe funcional de comportamentos envolvendo avaliações negativas excessivas de eventos privados (i.e. pensamentos, sentimentos, sensações) e a recusa em experienciá-los. É evidenciado por tentativas intencionais para controlar ou escapar de eventos privados e dos contextos que os ocasionam.	avaliações negativas; tentativas intencionais	estratégias de controle; recusa; eventos privados; contextos que os ocasionam
Thompson & Waltz	2010	Refere-se a tentativas de mudar, alterar ou evitar experiências privadas (e.g. pensamentos, sentimentos, sensações). Ocorre quando um indivíduo se engaja em estratégias para neutralizar, alterar ou controlar experiências privadas estressoras. É um termo muito amplo.	estratégias para neutralizar; termo	estratégias de controle; experiências privadas

Fledderus et al.	2010	Tem sido definido como a relutância em permanecer em contato com experiências como sentimentos, pensamentos e sensações corporais, e tentativas de alterar, controlar, prever ou evitar a forma, a frequência ou os contextos em que estas experiências vêm à tona.	relutância	permanecer em contato com experiências privadas; tentativas de controlar; contextos em que experiências vêm à tona
Hesser et al.	2009	Conceito introduzido para capturar fenômeno paradoxal; Inclui qualquer comportamento que funcione para fugir ou se esquivar de experiências internas indesejáveis; Tem sido descrita como um processo no qual a pessoa se recusa a permanecer em contato com experiências aversivas e usa estratégias de evitação ou controle para alterar estas experiências ou os eventos que as eliciam.	conceito; experiências internas indesejáveis; processo	fenômeno; experiências internas; recusa a permanecer em contato; estratégias de controle
Kashdan et al.	2009	Tendência a avaliar negativamente sentimentos, pensamentos e sensações indesejáveis; inabilidade de tolerar estes eventos privados; o desejo de controlar ou extinguir tais eventos	sensações indesejáveis; inabilidade para tolerar; desejo; avaliar negativamente	eventos privados; estratégias de controle
Merwin et al.	2009	Tendência de deliberadamente evitar ou fugir de experiências internas desprazerosas	deliberadamente; experiências internas desprazerosas	experiências internas; estratégias de controle
Abramowitz et al.	2009	Esquiva experiencial (ou emocional) é um conceito nuclear da ACT e envolve a recusa em encarar emoções, pensamentos, memórias e outras experiências privadas (e.g. sensações corporais) perturbadoras. Esta recusa leva a esforços danosos no sentido de resistir, escapar e evitar tais experiências	conceito; encarar; experiências privadas perturbadoras	experiências privadas; recusa; estratégias de controle
Cheron et al.	2009	É um construto; é um fenômeno que ocorre quando alguém recusa permanecer em contato com certas experiências e adota ações no sentido de alterar a forma ou a frequência dessas experiências mesmo quando tal evitação provoca prejuízo comportamental	prejuízo comportamental	recusa em permanecer em contato; estratégias de controle
Gird & Zettle	2009	Refere-se à tendência a tentar alterar o tipo, duração ou ocorrência de eventos privados negativos (pensamentos, sentimentos, memórias, sensações somáticas, etc.) e das situações em que podem ocorrer	eventos privados negativos	estratégias de controle; eventos privados; contextos que ocasionam
Gold et al.	2009	Recusa em permanecer em contato com sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias e predisposições comportamentais aversivas; inclui ações na direção de alterar a forma ou frequência desses eventos e das situações que os ocasionam	experiências privadas aversivas	recusa em permanecer em contato; estratégias de controle; contextos que os ocasionam

Tull & Gratz	2008	Tendência a engajar-se em comportamentos que funcionem de modo a evitar ou fugir de experiências internas indesejáveis, incluindo pensamentos, emoções e sensações corporais	experiências internas indesejáveis	estratégias de controle; experiências internas
Mitmansgruber et al.	2008	Construto; é a recusa de experienciar pensamentos, sentimentos e sensações fisiológicas	construto	recusa; eventos privados
Boelen & Reijntjes	2008	Refere-se a tentativas de alterar a frequência, duração ou forma de eventos privados avaliados negativamente, como pensamentos, sentimentos, memórias e os contextos que os engendram	eventos privados avaliados negativamente	eventos privados; estratégias de controle; contextos que os ocasionam
Gratz et al.	2008	Tentativas de evitar experiências internas indesejáveis, incluindo emoções, pensamentos e sensações corporais	experiências internas indesejáveis	experiências internas

Discussão

O presente estudo selecionou uma amostra de artigos que utilizaram o conceito de esquiva experiencial, inicialmente proposto por Hayes et al. (1996). Foi verificado que o uso do conceito variou ao longo dos artigos publicados entre 2008 e 2012. Observou-se que vários autores apresentam releituras ou paráfrases do conceito original. Houve ainda casos nos quais o estudo que deu origem ao conceito de esquiva experiencial nem mesmo foi citado. Dentre os principais afastamentos em relação ao conceito original, destaca-se o foco na descrição topográfica da esquiva, baseada em adjetivos de valência negativa atribuídos aos estímulos que evocam a esquiva experiencial (e.g., negativos, indesejados, dolorosos, estressantes, excessivos, desprazerosos, perturbadores etc.). Ainda, ressalta-se a qualificação do padrão de resposta de evitação com base em disposições internas (e.g., desejo, esforço deliberado, excessivo, intencional, relutância, tendência a avaliar negativamente, inabilidade de tolerar, recusa de encarar, esforços danosos, padrões disfuncionais). Assim, é possível que a proposta inicial do conceito de esquiva experiencial tenha falhado em apresentar critérios funcionais que delimitassem a categoria a ser analisada. A seguir, apresentaremos uma problematização do concei-

to inicial de Hayes et al. (1996), bem como uma possível proposta que solucionaria algumas de suas limitações ou mal-entendidos.

Problemas na Definição de Esquiva Experiencial

Sobre o termo “Esquiva”. Embora na ACT o termo esquiva experiencial seja utilizado como um rótulo genérico para auxiliar o clínico a identificar padrões de evitação, tecnicamente, há diferenças significativas entre os diversos padrões de respostas possíveis decorrentes de contingências aversivas (e.g., Catania, 1999; Mazur, 2002; Pierce & Epling, 1999). De maneira breve, contingências aversivas podem afetar o organismo: (1) evocando respostas de *fuga*², que cancelam ou reduzem a intensidade do estímulo aversivo que está presente (embora fuga remeta a uma topografia específica de respostas, por exemplo correr, respostas que envolvem lutar, agredir ou destruir a fonte de estimulação aversiva, também se incluiriam nessa

2 Hayes et al. (1996) informam que o termo esquiva é utilizado no seu sentido mais amplo; assim sendo, também abarcaria repertórios de fuga.

definição); (2) evocando respostas de esquiva, que evitam ou atrasam a apresentação do estímulo aversivo; (3) suprimindo o responder ou evocando um estado de congelamento (supressão condicionada, Neto et al., 2017; e *freezing*, van Ast et al., 2022). Considerando a esquiva experiencial como um estreitamento de repertório comportamental gerado por contingências aversivas, é justo imaginar que todas as categorias citadas anteriormente poderiam compor padrões do fluxo comportamental potencialmente identificados como respostas de esquiva experiencial (i.e., respostas clínicas relevantes diante de contingências aversivas). Desse modo, a esquiva experiencial incluiria não apenas respostas de fuga e esquiva como também a supressão de outros operantes e o congelamento (inação) - padrões que ocorrem como efeito de um processo de aprendizagem decorrente de contingências aversivas.

Sobre o termo “experiencial”. Na definição original de esquiva experiencial, há dois aspectos salientados: (1) um disposicional, que sugere que a pessoa “não está disposta a permanecer em contato com”; (2) outro topográfico, que salienta as formas (dos estímulos) que evocariam tais padrões de resposta: “uma experiência privada particular (e.g. sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais)” (Hayes et al., 1996, p. 1154). Por um lado, o termo “experiencial” é utilizado como um qualificador que ajuda o clínico a se orientar para um aspecto importante dos padrões evitativos clinicamente relevantes. Por outro, o destaque para estados internos inferidos (“não estar disposto”; “estar em contato”) e para a topografia dos eventos que evocam a esquiva (e.g., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais) permitiu que o conceito fosse radicalmente modificado ou relativizado ao longo das pesquisas. Além disso, tal destaque pode, potencialmente, dificultar a análise funcional relevante para a formulação de caso e a operacionalização do tratamento de maneira coerente com uma perspectiva contextualista funcional, na qual a ACT baseia.

Sobre a dicotomia público/privado. O conceito de esquiva experiencial salienta o fato de que uma parcela do próprio fluxo comportamental pode ganhar funções aversivas e se tornar uma variável relevante

no controle do comportamento, evocando padrões de evitação (ver Kovac & Perez, 2022). Tais padrões podem ser descritos, genericamente, como uma luta contra a própria experiência, contra uma parcela do ambiente que consiste no próprio comportamento/ “mundo interno”/ “eventos privados”. Embora a discussão acerca dos limites de uma dicotomia público/privado, interno/externo seja relevante para esse tópico (para uma discussão aprofundada, ver Pompermaier & Lopes, 2018; Tourinho, 2009), para o presente propósito, vale ressaltar simplesmente que, na maioria das vezes, a experiência “interna” não pode ser dissociada de eventos “externos” correlatos. Por exemplo, no caso de uma fobia específica de cães, o evento temido é o cachorro que se aproxima (evento público) ou a resposta emocional de medo e os pensamentos sobre os eventos que podem se suceder (eventos privados)? Assim, embora o qualificador “experiencial” ressalte um aspecto particularmente relevante das variáveis de influência do comportamento para o psicólogo clínico, é justo argumentar que os padrões de esquiva experiencial são influenciados tanto por eventos públicos quanto por eventos privados. Limitar as variáveis de influência relevantes para os padrões clínicos de esquiva somente àquelas que são da própria “experiência privada particular” (Hayes et al., 1996, p. 1154) parece ser um tipo de restrição exagerada, que desconsidera que a experiência humana é compreendida como uma *ação-em-contexto* (Hayes et al., 2012), que não exclui eventos históricos e situacionais. Como sinalizado na própria definição de esquiva experiencial, não é possível dissociar os eventos privados do “contexto que os ocasiona” (Hayes et al., 1996, p. 1154). Nesse sentido, o que é relevante identificar em uma análise funcional das respostas de esquiva experiencial são os eventos aversivos, sejam eles públicos ou privados, que influenciam a ocorrência e a manutenção da classe de resposta que foi selecionada para a formulação do caso clínico e a implementação da intervenção. Assim, o contexto funcionalmente relevante para analisar a atividade do organismo nomeada como esquiva experiencial não pode ser restringido arbitrariamente pelo limite da própria pele. Eventos que ocorrem dentro ou fora do corpo estão sujeitos às mesmas leis (Skinner, 1945) e, portanto, o contexto relevante para a análise funcional da esquiva deve considerar tanto os eventos internos quanto externos em relação à própria pele.

Sobre os critérios para avaliar padrões de esquiva clinicamente relevantes. Quando a esquiva experiencial é definida prioritariamente pela sua forma, e não pela sua função, perdemos o que é mais relevante para a seleção de padrões de resposta que devem guiar a formulação de caso e a intervenção clínica. Tomando a definição de esquiva experiencial de maneira literal, podemos ser levados a crer que qualquer tentativa de modulação de eventos privados aversivos deveria ser tomada como uma questão clínica importante. A seguir, serão apresentados exemplos de casos clínicos que ilustram a necessidade de uma avaliação funcional que considere os efeitos amplos de consequências imediatas, de médio prazo e de longo prazo.

Quando os efeitos em médio/longo prazo são importantes. Para enfatizar a importância de se avaliar padrões amplos de resposta estendidos no tempo, supõe-se um professor com dor de cabeça, que toma um analgésico para poder dar uma aula. Esse caso se encaixa perfeitamente na definição de Hayes et al. (1996): “uma pessoa não (...) disposta a permanecer em contato com uma experiência privada específica [dor de cabeça] e adota medidas para alterar a forma ou a frequência desses eventos e o contexto que os ocasiona [tomando um analgésico]” (p. 1154). Seria esse um caso de esquiva experiencial – ou seja, faria parte de uma categoria transdiagnóstica funcional presente em vários quadros psicopatológicos? Ou seria essa uma resposta que permite que o professor caminhe em uma direção valorosa, mantendo o compromisso com os alunos que o aguardam para uma aula? A avaliação funcional de qualquer operante depende de uma análise dos seus efeitos ao longo do tempo. Diante disso, faz-se necessário distinguir não somente os efeitos imediatos, que selecionam e mantêm os padrões de resposta de esquiva, como também os efeitos mais amplos, em médio ou longo prazo, do engajamento em respostas relacionadas a contingências aversivas. No caso apresentado, o comportamento do professor de tomar um analgésico poderia ser analisado como esquiva experiencial se ele estivesse fazendo abuso da medicação, gerando prejuízos amplos e importantes para a sua vida. Desse modo, o conceito de esquiva experiencial poderia ser aplicado caso a própria estratégia

de esquiva interferisse no operante de dar aula - por exemplo, se esse professor começasse a faltar ao trabalho quando os analgésicos não fizessem efeito - ou caso o uso da medicação fosse feito de maneira generalizada, com evitação de diversas situações da vida para além da sala de aula. Assim, o que define uma classe de esquiva como clinicamente relevante não é somente o efeito reforçador negativo imediato, tal como descrito na definição original de esquiva experiencial. Também são componentes críticos para a definição de tal categoria transdiagnóstica os efeitos em médio ou longo prazo da esquiva, assim como a interferência dessa estratégia em outros comportamentos, gerando restrição no repertório comportamental (inflexibilidade psicológica, Hayes et al., 2012). Dessa forma, para se enquadrar uma classe de respostas como esquiva experiencial não basta identificar respostas isoladas mantidas por reforço negativo; é necessário avaliar os prejuízos de um padrão de esquiva para a vida da pessoa de uma maneira mais ampla.

Quando os efeitos imediatos são importantes. Os limites da definição de esquiva experiencial e a necessidade de uma avaliação funcional de cada caso podem ser ilustrados pela análise do comportamento de um cliente com desregulação emocional intensa, que apresenta ideação suicida. Nesse caso, uma habilidade crucial para a manutenção da vida seria modular o contato com uma “experiência privada específica [dor emocional intensa; pensamento sobre suicídio] e adota[r] medidas para alterar a forma ou a frequência [ou a intensidade] desses eventos e o contexto que os ocasiona” (e.g., Linehan, 2015). O efeito imediato de alívio da dor emocional com estratégias de manejo de crise (esquiva do desconforto psicológico) é desejável nessa situação e constitui parte de um conjunto de habilidades relacionadas à flexibilidade psicológica, na medida em que a pessoa aprende a variar suas respostas em momentos de crise, no lugar de responder de maneira restrita e fusionada com o conteúdo das emoções e dos pensamentos.

Crítérios para a categorização de padrões de resposta como esquiva experiencial. Cabe, então, estabelecer critérios para avaliar quando respostas de esquiva se tornam um problema clínico. O modelo da ACT, em consonância com modelos recentes

baseados em pressupostos evolucionistas, sugere que o sofrimento psicológico é produto de padrões rígidos de interação com o ambiente (Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2022). A dominância de estratégias de esquiva e a restrição na variabilidade comportamental — atualmente denominadas como Inflexibilidade Psicológica — estão associadas ao sofrimento psicológico e aos quadros psicopatológicos (e.g., Levin et al., 2014). Desse modo, respostas de esquiva que modulam eventos aversivos tendem a ser um problema quando acompanhadas de uma baixa variabilidade no repertório e da redução do acesso a potenciais reforçadores (primários, condicionados ou derivados). Do ponto de vista da ACT, o objetivo do tratamento é alterar a função dos eventos aversivos, a fim de que possam evocar respostas alternativas à esquiva padrão. Especificamente, objetiva-se que os contextos de sofrimento se tornem oportunidades para variação, seleção e retenção de respostas orientadas a valores (Hayes et al., 2012, 2022).

Redefinindo a Definição de Esquiva Experiencial

Considerando que a definição topográfica de esquiva experiencial gerou confusões conceituais em artigos diversos (como apontado na presente revisão) e dificultou a identificação de critérios relevantes para a avaliação clínica, propõe-se a redefinição de tal conceito em seus aspectos funcionais. Para tanto, faz-se necessário salientar os efeitos de uma classe de respostas ao longo do tempo, considerando tanto o efeito reforçador imediato quanto as consequências atrasadas de um padrão de respostas topograficamente múltiplo, decorrente de contingências aversivas. Assim, a identificação da esquiva experiencial como categoria transdiagnóstica depende da leitura de aspectos históricos e situacionais que interagem de maneira funcional, gerando sofrimento psicológico decorrente de prejuízos que se agravam em médio ou longo prazo.

A esquiva experiencial pode, então, ser definida como padrões de respostas de fuga, esquiva ou supressão do responder com as seguintes características funcionais: (a) evocadas ou eliciadas por eventos aversivos privados (pensamentos, sentimentos, sensações) ou públicos (correlatos); (b) mantidas por reforçadores negativos imediatos (privados ou

públicos); (c) em longo prazo, produzem o estreitamento de repertório comportamental e consequente restrição de acesso a outros reforçadores primários, condicionados ou verbalmente estabelecidos (valores). Tal definição salienta os aspectos funcionais, não apenas as características topográficas, e permite distinguir esquivas adaptativas de esquivas clinicamente relevantes, as quais podem ser alvos da intervenção terapêutica. Tal distinção depende de uma análise não só dos efeitos reforçadores negativos imediatos, mas também dos efeitos distais, que produzem consequências aversivas atrasadas e restrição do repertório comportamental em contextos associados ao sofrimento psicológico.

Considerações finais

Embora o conceito de esquiva experiencial tenha sido relegado a segundo plano desde a formulação do modelo de Flexibilidade/Inflexibilidade Psicológica (Hayes et al., 2006) – que explicitamente guia a segunda edição do manual oficial da ACT (Hayes et al., 2012) –, tal categoria transdiagnóstica segue relevante, informando inúmeros estudos atuais envolvendo medidas deste construto (e.g., Baldour-Wang et al., 2024) e tópicos diversos em psicologia clínica (e.g., Akbari et al., 2022; Gulacan et al., 2025; Yoon et al., 2024; Wang et al., 2024).

O presente estudo apresenta uma revisão sobre o conceito de esquiva experiencial, a partir de uma amostra de 19 artigos sobre o tema. Foi possível verificar imprecisões geradas por uma definição disposicional/topográfica dessa categoria transdiagnóstica. Como alternativa, propõe-se a reformulação do conceito de esquiva experiencial com base em critérios funcionais, que podem guiar mais precisamente tanto a pesquisa quanto a prática clínica. A presente revisão aponta para a necessidade de uma construção cuidadosa dos conceitos utilizados na compreensão dos fenômenos humanos. Obviamente, o uso dos conceitos por uma comunidade científica ou profissional permite verificar, ao longo do tempo, os seus próprios limites, trazendo necessidades de atualizações. Seguindo a recomendação de Skinner (1953), tal revisão periódica parece ser crucial, já que “confusão na teoria significa confusão na prática” (p. 9).

Referências

- *Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 160–166. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.003>
- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65–78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.01.003>
- Baldour-Wang, M., Kotov, R., Gámez, W., Chmielewski, M., Ruggero, C. J., & Eaton, N. R. (2024). The structure of experiential avoidance and external validity: An investigation of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 46, 943–961. <https://doi.org/10.1007/s10862-024-10159-8>
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243–255. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X)
- *Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2008). Measuring experiential avoidance: Reliability and validity of the Dutch 9-item Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(4), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9082-4>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Artmed.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- *Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 383–403. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0135-z>
- *Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification*, 34(6), 503–519. <https://doi.org/10.1177/0145445510378379>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692–713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- *Gird, S., & Zettle, R. D. (2009). Differential response to a dysphoric mood induction procedure as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 59(4), 537–550. <https://doi.org/10.1007/BF03395680>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- *Gold, S. D., Dickstein, B. D., Marx, B. P., & Lexington, J. M. (2009). Psychological outcomes among lesbian sexual assault survivors: An examination of the roles of internalized homophobia and experiential avoidance. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 54–66. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01474.x>
- *Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.05.011>
- Gulacan, D., Gunay-Oge, R., & Inozu, M. (2025). The role of experiential avoidance and related

- factors in eating disorders: A systematic review. *Current Psychology*, 44, 7312-7325. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07425-7>
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Context Press.
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idiomorphic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- *Hesser, H., Pereswetoff-Morath, C. E., & Andersson, G. (2009). Consequences of controlling background sounds: The effect of experiential avoidance on tinnitus interference. *Rehabilitation Psychology*, 54(4), 381–389. <https://doi.org/10.1037/a0017565>
- *Kämpfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A. L., Richter, J., Alpers, G. W., Fehm, L., Kircher, T., Hamm, A. O., Ströhle, A., & Deckert, J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 5–22.
- *Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 528–534. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.010>
- *Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.028>
- *Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185–196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.006>
- Kovac, R., & Perez, W. F. (2022). O que é o sofrimento psicológico para a terapia de aceitação e compromisso e como ele é explicado pela teoria das molduras relacionais. Em W. F. Perez, R. Kovac, J. H. de Almeida, & J. C. de Rose (Eds.), *Teoria das molduras relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações* (pp. 239–254). Paradigma.
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- *López, J. C., Ruiz, F. J., Feder, J., Barbero-Rubio, A., Suárez-Aguirre, J., Rodríguez, J. A., & Luciano, C. (2010). The role of experiential avoidance in

- the performance on a high cognitive demand task. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(3), 475–488.
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [Trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109–157.
- Mazur, J. E. (2002). *Learning and Behavior* (5th ed.). Prentice Hall/Pearson Education.
- *Merwin, R. M., Rosenthal, M. Z., & Coffey, K. A. (2009). Experiential avoidance mediates the relationship between sexual victimization and psychological symptoms: Replicating findings with an ethnically diverse sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 537–542. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9225-7>
- *Mitmansgruber, H., Beck, T. N., & Schüssler, G. (2008). “Mindful helpers”: Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1358–1363. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.03.012>
- Monestès, J.-L., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M. P., Hooper, N., Kleen, M., Ruiz, F. J., Miselli, G., Presti, G., Luciano, C., Villatte, M., Bond, F. W., Kishita, N., & Hayes, S. C. (2018). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(4), 247–257. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000327>
- Ong, C. W., Pierce, B. G., Petersen, J. M., Barney, J. L., Fruge, J. E., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). A psychometric comparison of psychological inflexibility measures: Discriminant validity and item performance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 34–47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.007>
- Pierce, W. D., & Epling, W. F. (1999). *Behavior Analysis and Learning* (2nd ed.). Prentice-Hall, Inc.
- Pompermaier, H. M., & Lopes, C. E. (2018). Para além da privacidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e3422. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3422>
- QSR International Pty Ltd. (n.d.). *NVivo 10 for Windows* (Version 10.0.418.0 SP4, 32 bit) [Computer software].
- *Reddy, M. K., Meis, L. A., Erbes, C. R., Polusny, M. A., & Compton, J. S. (2011). Associations among experiential avoidance, couple adjustment, and interpersonal aggression in returning Iraqi war veterans and their partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 515–520. <https://doi.org/10.1037/a0023929>
- *Schmalz, J. E., & Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The Avoidance and Fusion Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 198–213. <https://doi.org/10.1037/h0100908>
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52(5), 270–277. <https://doi.org/10.1037/h0062535>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45(6), 840–850. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.001>
- *Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 409–415. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.005>
- Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. Paradigma.
- *Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199–210. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.005>
- van Ast, V. A., Klumpers, F., Grasman, R. P. P., Kryptos, A. M., & Roelofs, K. (2022). Postural freezing relates to startle potentiation in a human fear-conditioning paradigm. *Psychophysiology*, 59(4), e13983. <https://doi.org/10.1111/psyp.13983>
- Wang, Y., Tian, J., & Yang, Q. (2024). Experiential avoidance process model: A review of the mechanism for the generation and maintenance of avoidance behavior. *Psychiatry and Clinical*

Psychopharmacology, 34(2), 179–190. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23777>

Yoon, S., Kim, S., Cho, S., & Choi, H. (2024). Avoiding the unwanted: A cross-cultural comprehensive analysis of experiential avoidance and a meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100838. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.100838>

Histórico do Artigo

Submetido em: 24/09/2025

Aceito em: 18/10/2025

Editora associada: Roberta Kovac

Como utilizar metáforas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): uma visão a partir da Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

How to use metaphors in Acceptance and Commitment Therapy (ACT): a view from Relational Frame Theory (RFT)

William F. Perez^{1,2} (ORCID 0000-0001-8365-1439), Alessandra G. R. Rocha¹, Roberta Kovac¹

[1] Instituto Par [2] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) | **Título abreviado:** Como utilizar metáforas na ACT | **Endereço para correspondência:** | **Email:** will.f.perez@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.032

Resumo: Uma parte considerável das intervenções da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) envolve o uso de metáforas. Segundo a Teoria das Molduras Relacionais (RFT), metáforas podem ser compreendidas como respostas relacionais arbitrariamente aplicáveis que envolvem o estabelecimento de relações de coordenação (equivalência) entre relações (e.g., $A:B = C:D$), com o objetivo transformar a função de um dos eventos relacionados (e.g., sendo A um evento reforçador, B, C e D poder ser reforçadores derivados caso a relação entre eles seja de igualdade). O presente artigo tem por objetivo apresentar uma análise de metáforas amplamente difundidas na ACT a partir dos conceitos fornecidos pela RFT. Partindo do modelo utilizado por Foody et al. (2014), cinco metáforas da ACT com diferentes tipos de objetivos terapêuticos são analisadas, envolvendo os processos de desfusão, aceitação, self-como-contexto e outros. Por fim, são apresentados também: (1) o uso de metáforas complexas, compostas por múltiplas relações; (2) a adaptação de metáforas a partir de uma compreensão funcional e não topográfica; (3) exercícios didáticos para orientar o repertório de leitor no refinamento das competências clínicas que envolvem o uso de metáforas na ACT.

Palavras-chave: metáforas, teoria das molduras relacionais, RFT, terapia de aceitação e compromisso, ACT, transformação de função.

Abstract: A considerable part of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions involves the use of metaphors. According to Relational Frame Theory (RFT), metaphors can be understood as arbitrarily applicable relational responses that involve the establishment of a relation of coordination (equivalence) between relations (e.g., $A:B = C:D$), in order to transform the function of one of the related events (e.g., being A a reinforcing event, B, C and D can be derived reinforcements if the relationship between them is of similarity). This article aims to present an analysis of metaphors widely disseminated in ACT, drawing on concepts provided by RFT. Based on the model used by Foody et al. (2014), we analyzed five ACT metaphors with different types of therapeutic goals, involving processes such as defusion, acceptance, self-as-context, among others. Finally, the paper presents: (1) the use of complex metaphors, composed of multiple relations; (2) the adaptation of metaphors from a functional perspective; (3) a few didactic exercises to guide the reader's repertoire in the refinement of clinical skills that involve the use of metaphors in ACT.

Keywords: metaphors, relational frame theory, RFT, acceptance and commitment therapy, ACT, transformation of function.

Nota dos autores

O presente artigo foi inicialmente baseado na monografia da segunda autora, apresentada no Instituto Par como parte dos requisitos do curso de qualificação avançada em Clínica Analítico-Comportamental, sob orientação do primeiro autor. Agradecemos as sugestões e revisão feitas por Ana Luísa de Marsillac Melsert e Giovana V. M. da Rocha, que auxiliaram a tornar o manuscrito mais claro e didático.

O uso de metáforas na prática clínica é comum tanto nas falas emitidas pelo cliente quanto pelo terapeuta (Foody et al., 2014; McCurry & Hayes, 1992). As metáforas podem ser consideradas o próprio instrumento de trabalho do clínico para promover mudanças no comportamento do cliente (Törneke, 2017; Vilatte et al., 2019). Nesse contexto, as metáforas são figuras de linguagem capazes de descrever o sofrimento humano, além de possibilitar descrições de variáveis de controle do comportamento, incluindo eventos privados (Törneke, 2017).

De acordo com McCurry e Hayes (1992), as metáforas são utilizadas na prática clínica com diferentes propósitos, dentre eles: (1) auxiliar o cliente a perceber o seu próprio comportamento; (2) promover alteração do comportamento do cliente; (3) falar sobre os comportamentos-alvo de forma indireta; e (4) fornecer regras. Ainda, a utilização de metáforas possibilita a descrição de um evento em termos de outro (e.g., “O tempo é um rio”). Esse processo auxilia o cliente a se distanciar do problema em questão e assim descrever de uma forma alternativa as contingências conflituosas das quais seu comportamento é função (Törneke, 2017). As metáforas também podem servir como uma ferramenta de validação da vivência do cliente e como uma forma indireta de propor novas soluções para suas questões clínicas e do dia a dia (Foody et al., 2014).

A compreensão comportamental das metáforas se inicia com Skinner (1957) ao considerar como aprendemos a responder verbalmente a eventos que partilham propriedades físicas em comum. No exemplo apresentado por Skinner, quando Romeu diz que “Julieta é o sol”, ele responde a propriedades que são partilhadas por ambos os eventos (Julieta e Sol), como: ambos são iluminados, são quentes, trazem conforto no frio etc. Posteriormente, a teoria das molduras relacionais (*Relational Frame Theory* ou RFT; Hayes et al., 2001; ver também Perez et al., 2013, 2022) estendeu a proposta skinneriana para uma análise das relações arbitrárias entre eventos que caracterizam o uso da língua (para detalhes, ver Perez, 2024). De acordo com a RFT, parte do repertório treinado pela comunidade verbal inclui aprender a relacionar eventos que não compartilham propriedades físicas comuns de maneira convencional – arbitrária (e.g., a relação símbolo-referente; relações monetárias etc.). Tal

comportamento permite que a função dos eventos relacionados seja alterada indiretamente, expandindo os processos de aprendizagem para além da exposição a contingências diretas de condicionamento respondente e operante (Perez et al., 2013, 2022).

A unidade de análise apresentada pela RFT é o responder relacional arbitrariamente aplicável (RRAA). Tal operante generalizado é definido pelas propriedades funcionais de (1) implicação mútua (e.g., se $A = B$, logo $B = A$; se $A < B$, logo $B > A$); (2) implicação combinatória (e.g., se $A = B$ e $B = C$, logo $A = C$ e $C = A$; se $A < B$ e $B < C$, logo $A < C$ e $C > A$); e (3) transformação de função (e.g., considerando A um reforçador, se $A = B$, B será um reforçador derivado; se $A < B$, B será ainda mais reforçador do que A) (Hayes et al., 2001; Perez et al., 2013; 2022; Perez, 2024). O responder relacional pode, ainda, ter diferentes níveis de desenvolvimento e complexidade (ver Barnes-Holmes et al., 2021; Barnes-Holmes & Harte, 2022). O uso de analogias e metáforas¹ envolve a habilidade não só de relacionar estímulos implicados mutuamente ou combinatoriamente, mas também o comportamento de responder de modo coerente, relacionando relações entre estímulos ($A = B$ assim como $C = D$).

Especificamente, segundo a RFT, o uso de metáforas envolve responder ao estabelecimento de uma relação de coordenação ou equivalência entre eventos (estímulos) ou conjuntos de eventos (Foody et al., 2014; Ruiz & Luciano, 2013; Stewart & Barnes-Holmes, 2001; Törneke, 2017). Retornando

1 Como apontado por Foody et al. (2014, p. 308) os termos “analogia” e “metáfora” são geralmente intercambiáveis nos textos de RFT. Esse também é o caso do presente artigo. Stewart e Barnes-Holmes (2001) argumentam, no entanto, que as analogias e metáforas envolveriam, potencialmente, diferentes tipos de relações implicadas entre redes de relações. Especificamente, as analogias envolveriam relações bidirecionais ao passo que as metáforas envolveriam relações unidirecionais e hierárquicas. Para ilustrar com alguns exemplos: “o açúcar está para o sal assim como o dia está para a noite” é um tipo de analogia bidirecional. Assim, alterar a ordem das relações não altera o efeito no ouvinte (o dia está para a noite assim como o açúcar está para o sal), visto que as funções são transformadas bidirecionalmente. No caso das metáforas, isso não aconteceria. Por exemplo: dizer que “gatos são ditadores” não tem o mesmo significado (função) que dizer “ditadores são gatos”. Assim, alterando a ordem das relações, alteramos as funções que são transformadas e o estímulo que tem uma nova função especificada.

ao exemplo apresentado por Skinner (1957), ao dizer que “Julieta é [como] o sol”, a relação de coordenação com um estímulo conhecido, com funções já estabelecidas (sol = calor, luz, necessário à manutenção da vida etc.), permite que o ouvinte se comporte diante de Julieta de uma nova maneira; ou seja, a coordenação de Julieta, um evento talvez desconhecido para o ouvinte, com outro evento que já possui propriedades funcionais definidas permite que tal nome ou pessoa adquira funções derivadas (i.e. adquiridas via RRAA) do estímulo sol. Assim, o ouvinte poderá reagir a Julieta com um novo significado, compreendendo que ela é vital, que brilha aos olhos, aquece Romeu.

De acordo com a RFT, as metáforas e analogias podem ser compreendidas de acordo com o esquema apresentado na Figura 1. Especificamente, metáforas e analogias envolvem o estabelecimento de uma relação de coordenação ou equivalência (“é como”) entre duas relações ou redes de relações. No caso da metáfora, uma dessas relações apresenta funções² já bem estabelecidas e conhecidas (que chamaremos *fonte*); a outra relação (que chamaremos *alvo*), por sua vez, tem suas funções adquiridas indiretamente ou transformadas ao ser coordenada com a relação-fonte. Ao estabelecer uma relação entre fonte e alvo, é possível identificar contextos

relacionais — o tipo de relação implicada entre os estímulos (Crel) — e contextos funcionais — como tais estímulos afetam o comportamento do ouvinte (Cfunc). No exemplo a seguir, supõe-se que a relação entre “João e Carlos” não seja conhecida, ou seja, que tal relação não afete o comportamento de um dado ouvinte de nenhuma maneira particular. Ao perguntar sobre João e Carlos e escutar que eles “são como cão e gato” (ver Figura 2), o ouvinte pode responder diferencialmente, por exemplo, considerando chamá-los juntos ou não para uma festa. A relação entre cão e gato, de maneira geral na cultura, é conhecida como uma relação de oposição (Crel), que envolve hostilidade, agressividade (Cfunc). Assim, a relação de coordenação entre “João e Carlos” com “cão e gato” permite derivar que o tipo de relação implicada entre eles é de provável oposição e possibilita transformar a função de “João e Carlos” de acordo com as funções bem estabelecidas entre “cão e gato”. Assim, imaginando que no contato de uma pessoa com a outra, funções aversivas relacionadas a hostilidade/brigas estarão potencialmente presentes, o ouvinte pode considerar não convidar João e Carlos juntos para uma festa em sua casa, de modo a evitar conflitos.

Foody et al. (2014) utilizam o modelo de funcionamento das metáforas em acordo com a RFT para analisar a transformação de função produzida por uma metáfora muito utilizada na Terapia

2 O termo função na análise do comportamento é utilizado para designar uma relação entre processos de aprendizagem – condicionamento respondente, condicionamento operante, modelação, aprendizagem relacional – e a maneira como tais contingências afetam o fluxo comportamental de um organismo. Por meio de tais processos, os eventos do mundo passam a afetar o comportamento de maneira particular – ou seja, ganham função – de tal forma que tais eventos se tornam estímulos (e.g., reforçadores condicionados, discriminativos etc.) A análise aqui apresentada não tem por objetivo especificar o tipo particular de função envolvida em cada metáfora, e sim compreender potenciais maneiras como as metáforas podem afetar o comportamento no contexto de uma intervenção clínica. Portanto, o termo função, tal como aqui utilizado, faz referência às possíveis alterações produzidas no fluxo comportamental a partir do estabelecimento de relações de coordenação (equivalência) entre relação-fonte e relação-alvo. Não é o objetivo desta análise (e nem seria possível) isolar funções específicas produzidas por cada metáfora (respondente, discriminativa, consequencial, motivadora etc.). Isolar tais funções em um exercício interpretativo afastaria a análise dos objetivos pragmaticamente escolhidos pelos autores, a serviço de seus leitores.

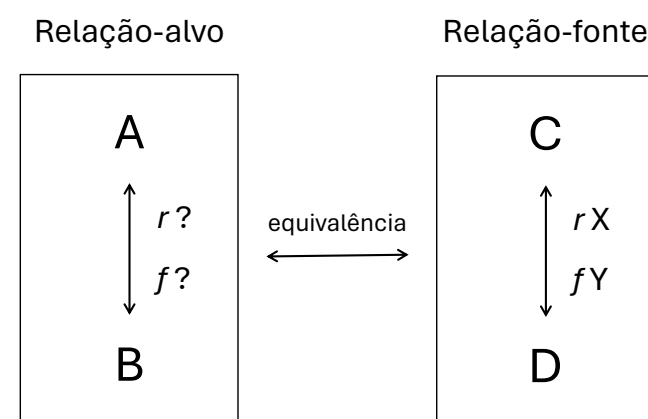


Figura 1. Esquema geral para compreensão de metáforas segundo a RFT, baseado em Foody et al. (2014) e em Törneke (2017).

“João e Carlos são como cão e gato”

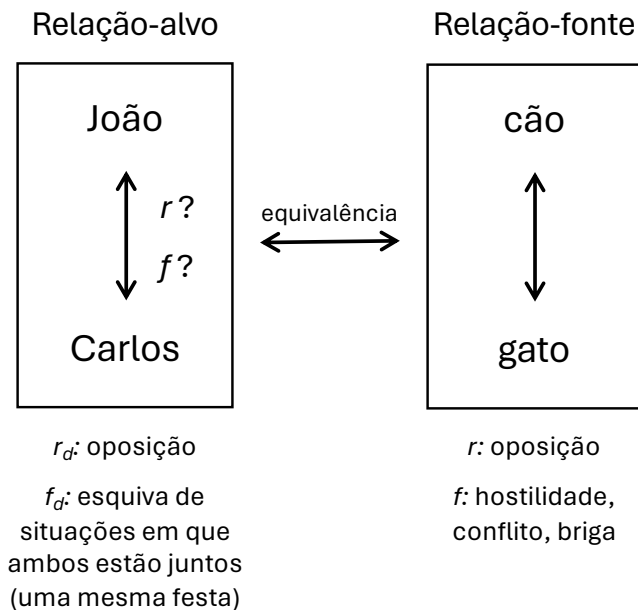


Figura 2. Esquema geral para compreensão de metáforas segundo a RFT, aplicada à relação entre João e Carlos / cão e gato. Baseado em Törneke (2017). rd = relação derivada; fd = função derivada.

de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* ou ACT; Hayes et al., 2012) na intervenção com clientes que apresentam quadros de ansiedade. A Figura 3 ilustra a rede de relações analisadas a partir da metáfora “lutar contra a ansiedade é como lutar contra a areia movediça” (“quicksand metaphor”: Hayes, 2005, pp. 3–4).

Segundo a RFT, a metáfora deve ter alguns elementos importantes, tais como: (1) duas relações entre estímulos, separadas (lutar contra a ansiedade / lutar contra a areia movediça); (2) o estabelecimento ou derivação de uma relação de coordenação (equivalência) entre tais relações (lutar contra a ansiedade é como lutar contra a areia movediça); (3) a discriminação de uma relação formal através das relações coordenadas (lutar, em ambos os casos, tem topografia e função semelhantes); (4) a transformação de função de estímulo baseada na relação formal (lutar, nesse caso, tem como efeito consequências aversivas). O uso dessa metáfora tem por objetivo transformar a função de “lutar contra a ansiedade”, de modo que tal luta não seja vista como

solução para a ansiedade, e sim ganhe funções similares a “lutar contra a areia movediça” (na qual o efeito de piora é evidente). A derivação de uma nova relação (Crel) entre a luta contra a ansiedade e a piora dos sintomas permite que novas soluções (funções, Cfunc) sejam derivadas e exploradas pelo terapeuta. Nesse caso, pode-se ajudar o cliente a discriminar que as soluções aplicadas a alguém que afunda na areia movediça (boiar, abrir os braços e ampliar a superfície de contato, nadar na areia movediça) podem ser aplicadas também às situações ansiogênicas, abrindo espaço para respostas alternativas (observar a emoção, descrever, *mindfulness* etc). Tais respostas, metaforicamente, teriam função de “ampliar o contato”, “boiar” ou “nadar na emoção”, permitindo um trabalho de aceitação das respostas autonômicas (Foody et al., 2014).

O presente artigo tem por objetivo aplicar a estratégia de análise apresentada por Foody et al. (2014) a cinco outras metáforas clínicas presentes

“Lutar contra a ansiedade é como lutar contra a areia movediça”

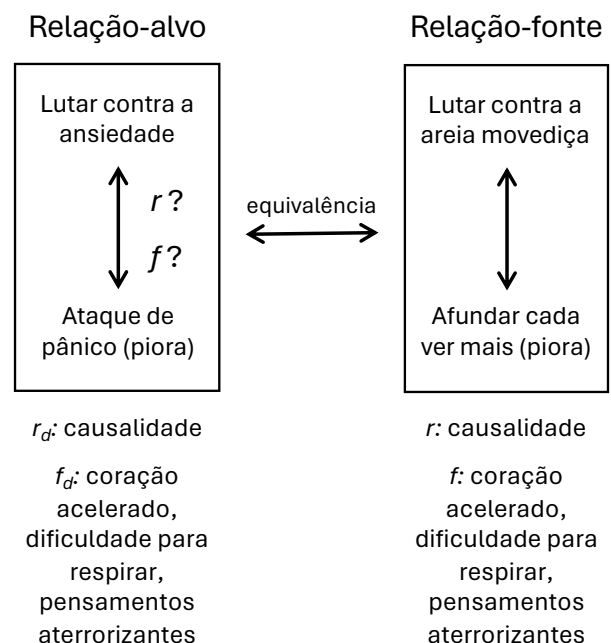


Figura 3. Esquema geral para compreensão de metáforas segundo a RFT, aplicada à metáfora “Lutar contra a ansiedade...”; adaptado de Foody et al. (2014). rd = relação derivada; fd = função derivada.

na ACT, a saber: “os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio”, “os sentimentos são como as estações do ano”, “fugir do medo é como alimentar um filhote de tigre faminto”, “os pensamentos são como peças em um tabuleiro de xadrez” e “cuidar da vida é como cultivar um jardim”. Para tanto, descreveremos brevemente o contexto que poderia evocar o uso dessas metáforas durante a sessão de terapia e a transformação de função esperada a partir dessa intervenção.

Os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio

A Figura 4 apresenta uma análise da metáfora “os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio” (baseada na metáfora “*leaves on a stream*”: Luoma et al., 2007; Hayes, 2005, pp. 76-77). Em um contexto no qual o cliente se mostra em sofrimento por querer controlar o que ele pensa, o terapeuta pode utilizar a metáfora “folhas na correnteza” de maneira a alterar o contexto de interação do cliente com os próprios pensamentos (desfusão). Supondo que o cliente esteja falando de pensamentos com função aversiva (e.g., pensamentos intrusivos, em um caso de TOC), a metáfora pode vir a facilitar a ocorrência de um repertório alternativo à esquiva habitual.

Ao dizer “os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio”, temos duas relações que são coordenadas: a relação-fonte é a das folhas e de seu fluxo na correnteza; a relação-alvo, a ter sua função alterada, é a do pensamento e de seu próprio fluxo. A observação das folhas na correnteza implica um distanciamento espacial (Crel) entre a pessoa que observa e o fluxo do rio. Tal relação espacial implica algumas funções perceptuais, considerando que as folhas se afastam naturalmente na perspectiva de quem as observa; além disso, é impossível alterar a corrente do rio, seja parando-a ou a tornando mais rápida. A correnteza tem um ritmo próprio que está fora do controle daquele que observa o fluxo das folhas.

Ao coordenar os pensamentos com as folhas no rio por meio da metáfora, o terapeuta tem por objetivo alterar a função do fluxo do pensamento, ou seja, como o cliente responde aos próprios pensamentos. Inicialmente, pode-se imaginar que a

“Os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio”

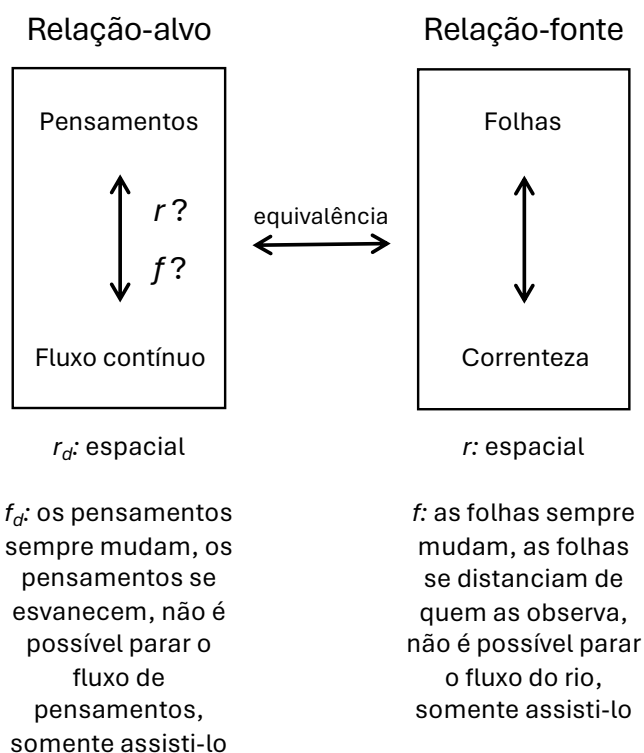


Figura 4. Esquema geral para compreensão de metáforas segundo a RFT, aplicada à metáfora “Os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio”. rd = relação derivada; fd = função derivada.

função de esquiva será transformada, mesmo que momentaneamente, de maneira que o cliente possa observar os pensamentos da mesma maneira que observaria as folhas em uma correnteza. A relação derivada do pensamento com seu próprio fluxo e as funções transformadas permitirão, em acordo com o objetivo do clínico, que os pensamentos sejam observados com algum distanciamento (Crel espacial). Objetiva-se, ainda, que as funções implicadas no fluxo das folhas na correnteza sejam derivadas para os pensamentos em fluxo: os pensamentos têm um ritmo próprio; o fluxo do pensamento não pode ser controlado; os pensamentos nunca param, assim como a correnteza não pode ser parada por quem a observa etc. Espera-se que essa estratégia clínica possibilite que o cliente emita outras respostas alternativas a “tentar controlar” seus pensamentos ou que o contexto para a modelagem de tais respostas seja iniciado, facilitado.

Os sentimentos são como as estações do ano

A Figura 5 apresenta uma análise da metáfora “os sentimentos são como as estações do ano” (inspirada na metáfora “*the sky and the weather*”: Harris, 2009, p. 175). Tal metáfora pode ser utilizada nos casos em que o cliente não aceita contatar emoções “negativas” (ansiedade, raiva, tristeza etc.) ou quando tem um apego excessivo às emoções avaliadas como “positivas” (alegria, prazer etc.). O uso dessa metáfora se baseia no estabelecimento da relação de coordenação (Crel “são como”) entre os sentimentos (alvo) e as estações (fonte). O estabelecimento de tal relação de coordenação tem por objetivo ajudar o cliente a perceber os sentimentos como parte de um conjunto de mudanças com características particulares, assim como são as estações do ano. As estações do ano (relação-fonte) são categorias em relação de hierarquia com as partes que as compõem — mudanças de clima e temperatura que produzem efeitos na vida das pessoas (vestuário, alimentação, lazer), nas cadeias produtivas etc. A descrição dos elementos que caracterizam uma estação pode facilitar a descrição, sem julgamentos (desfusão), das mudanças no corpo e no comportamento que são particulares de cada sentimento ou emoção, por exemplo.

A inevitabilidade envolvida nas funções que as estações exercem sobre o comportamento pode, ainda, ser derivada para as emoções e suas transformações (aceitação), por exemplo: (1) assim como as estações mudam a depender da época do ano e da posição da Terra em relação ao sol, os sentimentos e as emoções também se alteram a depender do contexto; (2) da mesma maneira que todas as estações fazem parte de um ciclo climático, independentemente de nossas preferências pelo inverno ou pelo verão, todas as emoções fazem parte (Crel de hierarquia) da experiência humana, estando em constante transformação; (3) do mesmo modo que estações do ano têm começo, meio e fim, as emoções não são estáticas, elas têm um ciclo e também passam, eventualmente.

Por fim, o terapeuta pode usar o contexto criado pela metáfora para facilitar respostas mais flexíveis, coordenando cada estação do ano com um

conjunto de ações valorosas, que podem ser sustentadas mesmo diante de emoções difíceis, de um “inverno emocional”. Por exemplo: seguimos trabalhando, estudando, vendo as pessoas amadas mesmo nos dias mais frios do inverno; assim como a estação não impede ações importantes, as emoções não devem impedir ações importantes.

“Os sentimentos são como as estações do ano”



Figura 5. Esquema geral para compreensão de metáforas segundo a RFT, aplicada à metáfora “Os sentimentos são como as estações do ano”. rd = relação derivada; fd = função derivada.

Fugir do medo é como alimentar um filhote de tigre faminto

A Figura 6 apresenta uma análise da metáfora “fugir do medo é como alimentar um filhote de tigre faminto” (baseado na metáfora “*hungry tiger*”: Hayes, 2005, pp. 36–37). Tal metáfora poderia ser utilizada, por exemplo, no caso de um cliente que começa a se esquivar experiencialmente de uma situação ansiogênica, gerando problemas em médio e longo prazo (Boavista & Perez, 2025). A literatura sobre esquivas experienciais sugere que a própria estratégia de esquiva das emoções é o que as torna um problema clinicamente relevante (Hayes et al., 1996; Wang et al., 2024). A relação-fonte desta metáfora é baseada em uma relação de causalidade entre “alimentar um tigre faminto” e “torná-lo mais forte”. Ao estabelecer uma relação de coordenação entre “fugir do medo” e “alimentar um tigre faminto”, espera-se que uma nova relação de causalidade (Crel) seja derivada, facilitando que o cliente perceba que a estratégia de “fugir do medo” tem como consequência “tornar o medo mais forte” — o que corresponde à intensificação dos sintomas de ansiedade (Cfunc).

Uma vez derivada a causalidade entre a fuga de situações temidas e a ampliação da dominância do medo, algumas das funções da relação-fonte “alimentar um filhote de tigre faminto” poderão ajudar o cliente a alterar o curso de sua estratégia. Por exemplo, um filhote não é assustador quando começa a ser alimentado. No entanto, depois de ser muito alimentado, o tigre se torna maior em tamanho e mais ameaçador (Cfunc). Algo similar acontece com as respostas de medo. Tal derivação pode motivar o cliente a alterar o curso da estratégia de esquiva o quanto antes, para não permitir que o medo seja alimentado ainda mais e se torne “como um tigre grande”. Assim, essa metáfora pode estabelecer uma função potencialmente aversiva para o engajamento em estratégias de esquiva experiencial do medo.

Outra possível transformação de função importante decorrente do uso dessa metáfora diz respeito ao controle da situação temida. Embora não seja possível controlar a fome ou o rugido do tigre, é possível escolher alimentá-lo ou não. De maneira similar, embora o cliente não possa controlar o medo, é possível escolher o que fazer quando tal

“Fugir do medo é como alimentar um filhote de tigre faminto”

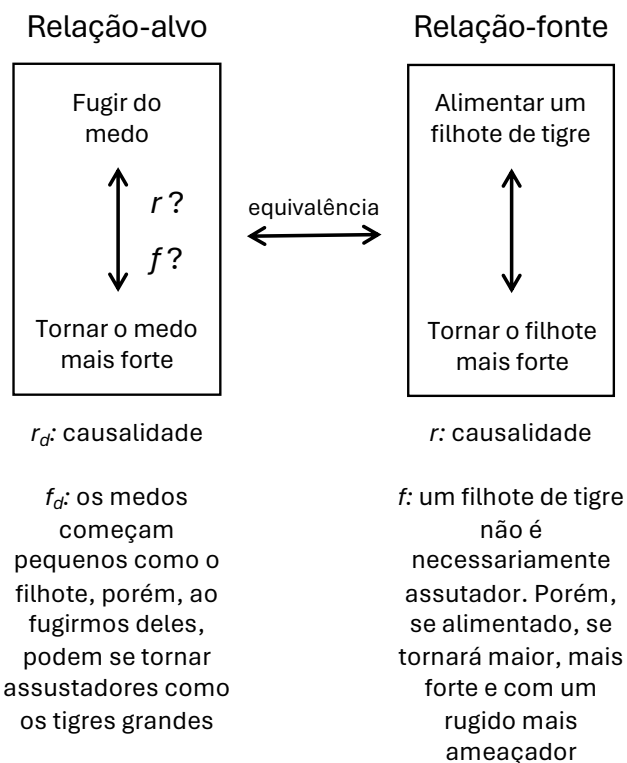


Figura 6. Esquema geral para compreensão de metáforas segundo a RFT, aplicada à metáfora “Fugir do medo é como alimentar um filhote de tigre faminto”. rd = relação derivada; fd = função derivada.

emoção aparece, criando a ocasião para a modelagem de respostas de aceitação e ações direcionadas a valores.

Os pensamentos são como peças em um tabuleiro de xadrez

A Figura 7 apresenta uma análise da metáfora “Os pensamentos são como peças em um tabuleiro de xadrez” (inspirada na metáfora “*chessboard metaphor*”: Hayes et al., 1999, pp. 190–192). Tal metáfora é particularmente útil quando os comportamentos que geram prejuízos clínicos decorrem de estratégias de controle dos pensamentos, evitando aqueles avaliados como “negativos” e se apegando aos “positivos”. Nessa intervenção típica da ACT, os

pensamentos (alvo) são coordenados com peças de um tabuleiro de xadrez (fonte). Na relação-fonte, as peças fazem parte de um jogo que ocorre sobre um tabuleiro. Portanto, o tabuleiro é o espaço que contém todas as peças (Crel de hierarquia). Há peças de cores distintas e seus movimentos são arbitrários, convencionados para que o jogo funcione (Cfunc). Ao estabelecer a coordenação entre os pensamentos e as peças, é possível derivar uma nova relação: assim como o tabuleiro contém todas as suas variadas peças, o cliente tem espaço para abarcar todos os diversos tipos de pensamentos (*self*-como-contexto; Hayes et al., 2012).

Ao estabelecer uma relação de coordenação entre os pensamentos (relação-alvo) e as peças de um tabuleiro de xadrez (relação-fonte), é possível também derivar funções referentes à perspectiva de quem assiste a uma partida de xadrez ou à perspectiva de um jogador. Um jogador pode interagir com as peças, mas não pode alterar a sua forma ou a maneira como elas funcionam no jogo. Cada peça tem seu movimento específico. Também não é possível alterar as regras convencionadas que guiam o movimento das peças. De maneira semelhante, o cliente pode observar o fluxo dos pensamentos, mas não pode alterar seu conteúdo ou a maneira como os pensamentos “se movem” nesse “tabuleiro”. Assim, espera-se que a metáfora permita a inclusão de todos os pensamentos, positivos ou negativos, como parte legítima do jogo que acontece no mundo interno de cada um.

O uso de metáforas ampliadas e complexas

No processo terapêutico, algumas metáforas podem ser apresentadas de forma ampliada, incluindo várias relações-fonte, visando impactar funções de diferentes aspectos do comportamento do cliente (relações-alvo). Metáforas mais complexas, compostas por múltiplas fontes e diferentes elementos, permitem um alcance clínico ampliado, uma vez que podem ser utilizadas de forma flexível em diferentes momentos do tratamento. Elas oferecem ao terapeuta recursos para localizar estratégias ineficazes já utilizadas pelo cliente, para evidenciar processos de esquiva experiencial que mantêm o sofrimento e para destacar (e reforçar) ações de

“Os pensamentos são como peças em um tabuleiro de xadrez”

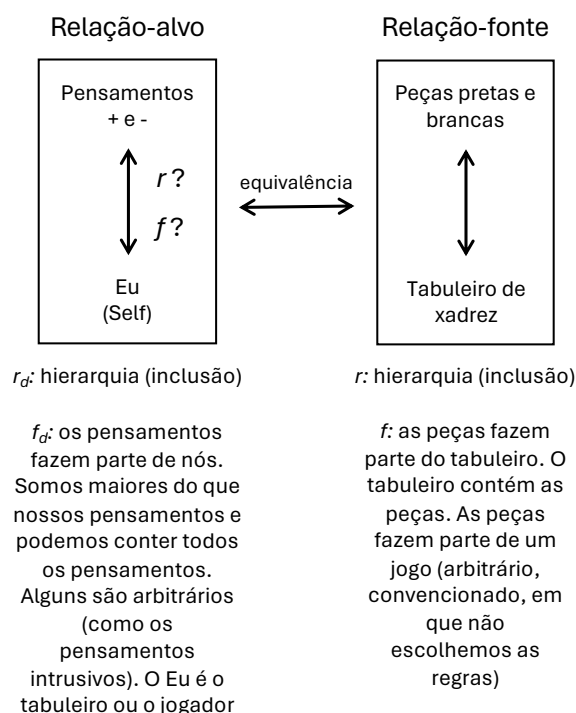


Figura 7. Esquema geral para a compreensão de metáforas segundo a RFT, aplicada à metáfora “Os pensamentos são como peças em um tabuleiro de xadrez”. rd = relação derivada; fd = função derivada.

compromisso com valores e estratégias alternativas. Além disso, ao integrar diferentes elementos, essas metáforas oferecem múltiplos pontos de entrada para a análise funcional, possibilitando ao terapeuta acessar rapidamente aspectos centrais do repertório do cliente e favorecer transformações de função de maneira mais eficiente e contextualizada. A seguir, apresentamos a análise da metáfora “cuidar da vida é como cultivar um jardim” (baseada em Hayes et al., 1999, pp. 219-220, 228): “A vida pode ser como cuidar de um jardim. Você prepara a terra, planta as sementes, rega com constância e vê as plantas e flores crescerem. Também, ao longo do tempo, observa que ervas daninhas ou pássaros e insetos visitam seu jardim e podem incomodar. Se você gastar todo seu tempo expulsando os pássaros ou arrancando as ervas daninhas, esquecendo-se de cuidar das suas flores... como fica o seu jardim?”

Cuidar da vida é como cultivar um jardim

Supondo um cliente que enfrenta dificuldades diante de pensamentos intrusivos, sentimentos dolorosos ou contratempos em seu cotidiano, tal metáfora pode ser útil para estabelecer uma relação de coordenação entre o ato de cultivar o jardim e a experiência de viver uma vida orientada por valores. A metáfora permite derivar relações de causalidade implicadas (Crel), de modo que o ato de “plantar sementes e regar com constância” seja relacionado à construção de uma vida significativa, enquanto “gastar todo o tempo expulsando pássaros ou arrancando ervas daninhas” possa ser coordenado com a evitação experiencial e suas consequências: descuido das flores, estagnação ou empobrecimento da vida.

No contexto clínico, a metáfora permite também a transformação de função (Cfunc). As ervas daninhas (e.g., sentimentos, emoções ou sensações), pássaros e insetos (e.g., pensamentos, memórias, preocupações) não são apenas estímulos aversivos — eles passam a representar a inevitabilidade de eventos internos indesejados, como dor, ansiedade, pensamentos ou memórias difíceis. A função desses eventos, a partir da metáfora, pode ser alterada: em vez de significarem falha ou ameaça, são tratados como elementos naturais e previsíveis no “ecossistema” da vida. A ênfase desloca-se, portanto, de lutar contra esses elementos para o engajamento ativo e persistente no cuidado das flores — os comportamentos alinhados a valores.

Dessa forma, a metáfora contribui para transformar a estratégia do cliente diante do sofrimento psicológico. Assim como um jardim floresce pela constância do cuidado e pela aceitação dos elementos inevitáveis da natureza, a vida se fortalece quando o indivíduo mantém ações comprometidas com seus valores, mesmo na presença de desconforto. O jardineiro (o cliente) torna-se, então, agente ativo e responsável por escolher quais sementes plantar e nutrir, construindo flexibilidade diante da imprevisibilidade das condições externas. A metáfora, portanto, estabelece um contexto clínico fértil para promover aceitação, persistência e agência, ressaltando que uma vida significativa não depende da ausência de “ervas daninhas”, “in-

setos ou pássaros desagradáveis”, mas da dedicação contínua em cultivar aquilo que realmente importa (Hayes et al., 1999).

Sobre a adaptação de metáforas ao contexto dos clientes

Os manuais e artigos que ensinam intervenções baseadas na ACT são recheados de metáforas. Alguns deles, no entanto, não explicitam como compreender as metáforas a partir de uma perspectiva contextualista funcional. Assim, não é incomum, na prática clínica e no ensino/treinamento de terapeutas, que clínicos iniciantes decorem as metáforas dos livros para tentarem aplicar na sua prática profissional. No entanto, é importante que as metáforas não sejam usadas como se fossem palavras mágicas de um livro de feitiçaria.

Obviamente, aprender as topografias (formas) descritas nos manuais é um ponto de partida para a experimentação e aprendizagem do modelo adotado pela ACT. Vale ressaltar que, todavia, os efeitos clínicos decorrentes do uso das metáforas não dependem da sua forma, e sim da sua função. A mudança clínica é efeito da transformação de função dos comportamentos do cliente, os quais foram especificados na relação-alvo das metáforas utilizadas pelo terapeuta. Para que tal transformação ocorra, é importante que o terapeuta adapte o uso da metáfora considerando a história do cliente.

A necessidade de adaptação funcional das metáforas da ACT pode ser exemplificada por uma análise crítica da metáfora apresentada na Figura 3 – “Lutar contra a ansiedade é como lutar contra a areia movediça” (Foody et al., 2014). A relação-fonte é baseada nas funções da areia movediça. É muito improvável que qualquer cliente tenha tido alguma experiência com esse contexto. Embora filmes e livros possam apresentar uma ideia inicial do que seja afundar na areia movediça, a imensa maioria dos clientes não tem, em seu repertório, as funções comportamentais de esquiva frente a uma situação como essa. Pesquisas recentes sugerem que propriedades físicas salientes na relação-fonte são um aspecto importante para criar metáforas com impacto clínico (e.g., Criollo et al., 2018; Martinez et al., 2016). Novamente, a maioria dos clientes não

deve conhecer na prática quais são as propriedades físicas, perceptuais, decorrentes de estar preso em areia movediça. Tal reflexão nos leva a questionar se a relação-fonte escolhida como base para a intervenção é a que seria mais facilmente adaptada à realidade de um grupo significativo de clientes.

Para adaptar as metáforas da ACT, precisamos ter clareza dos objetivos clínicos da intervenção. Tais objetivos dependem de uma classe de comportamentos, representada por uma relação-alvo que terá sua função transformada ao ser coordenada com uma relação-fonte. No caso da metáfora “Lutar contra a ansiedade...”, o objetivo seria sinalizar que a estratégia de esquiva da situação ansiogênica (lutar contra a ansiedade) produz a piora dos sintomas. Considerando a história de vida do cliente, o clínico deve buscar uma possível relação-fonte que ilustre melhor a transformação de função almejada para a relação-alvo. A seguir, serão apresentados exemplos de adaptação da metáfora da ansiedade para dois clientes em contextos muito distintos.

Como primeiro exemplo, tem-se o caso de um cliente professor de educação infantil. Qual experiência de vida desse cliente poderia tornar claro que “a estratégia é o que produz a piora”? É provável que um professor de educação infantil tenha passado pela experiência de tentar calar os alunos de uma sala barulhenta gritando (pedindo) por silêncio. É comum, na vivência desses profissionais, que essa estratégia seja inefetiva ou produza piora no burburinho. Seria mais efetivo passar ao lado dos alunos falando baixinho, em tom de segredo, aproximando-se deles e os convidando para uma nova proposta. Essa estratégia de aproximação, ainda, poderia ser derivada para respostas compassivas, de aceitação dos eventos privados aversivos (ansiedade). Selecionar tal fonte para a metáfora poderia transformá-la em, por exemplo: “Tentar silenciar a ansiedade desesperadamente é como gritar por silêncio em uma sala de crianças barulhentas”.

Como segundo exemplo, tem-se o caso de um cliente que gosta de pescar. Rios são frequentemente locais com muitos mosquitos. Pescadores que passam o tempo espantando os mosquitos geralmente não conseguem muitos peixes, pois o movimento da vara de pescar os espanta. Além disso, quanto mais se tenta afugentar os mosquitos, mais eles se movem e incomodam. Quando se espanta um, logo apa-

recem outros dez. O terapeuta pode, a partir dessa experiência, sugerir que os pensamentos ansiosos e as preocupações são como os mosquitos na beira do rio. Isso facilitaria evocar um repertório de inclusão do desconforto, que já faz parte da vida do pescador no contexto da pescaria, aplicando tal habilidade aos contextos que evocam pensamentos ansiosos. A metáfora poderia ser formulada, por exemplo, da seguinte maneira: “Tentar se livrar da ansiedade é como tentar espantar os mosquitos enquanto você pesca”.

Um pouco de prática

A compreensão conceitual sobre o papel das metáforas na ACT, embora fundamental, não é suficiente para garantir que o terapeuta saiba usá-las de forma efetiva em sua prática clínica. É necessário exercitar a construção de metáforas que promovam transformações de funções relevantes para o cliente. Para isso, propõem-se a seguir três exercícios didáticos que visam treinar a passagem de uma abordagem centrada na forma para uma abordagem centrada na função, bem como ensinar a adaptação criativa de metáforas à história de vida de cada cliente. Esses exercícios convidam o leitor a experimentar, ensaiar e ampliar seu repertório, transformando o uso de metáforas em um recurso vivo e flexível na clínica.

Exercício 1 – da forma à função. Um primeiro passo para aprender a construir metáforas eficazes consiste em treinar a passagem de uma abordagem topográfica para uma abordagem funcional. Para isso, o leitor pode escolher uma metáfora frequentemente utilizada nos manuais de ACT (por exemplo, “lutar contra a ansiedade é como lutar contra a areia movediça”). A seguir, deve-se responder a três perguntas: (a) qual é a relação-alvo dessa metáfora (isto é, qual fenômeno clínico ela busca esclarecer)?; (b) qual é a relação-fonte (a situação concreta evocada para comparação)?; (c) que transformação de função se espera a partir da coordenação entre alvo e fonte (por exemplo, perceber que a luta contra a ansiedade piora as sensações corporais e os pensamentos ansiosos)? Após esse exercício, o leitor é convidado a avaliar se as funções da relação-fonte estão, de fato, disponíveis no repertório de um cliente típico. Esse treino promove maior cla-

reza sobre como as metáforas operam, oferecendo uma alternativa ao uso decorado e descontextualizado de exemplos prontos.

Exercício 2 – adaptando a metáfora à história de vida do cliente. Um segundo passo consiste em praticar a construção de metáforas a partir de contextos familiares ao cliente. Para esse exercício, o leitor deve escolher um comportamento-problema (por exemplo, a esquiva de pensamentos ansiosos) e manter fixo o objeto clínico (por exemplo, mostrar os efeitos da estratégia de esquiva; “lutar contra a ansiedade é como...”). Em seguida, devem ser selecionadas experiências da história de vida do cliente ou de grupos culturais próximos (como profissão, atividades de lazer ou papéis sociais) que expressem a mesma função. A tarefa do leitor é experimentar múltiplas fontes possíveis e observar como a coordenação entre fonte e alvo mantém a função clínica desejada. Esse exercício favorece a criatividade e o desenvolvimento de repertório para intervenções mais potentes e sensíveis ao contexto do cliente.

Exercício 3 – construindo relações-fonte a partir de experiências pessoais. Um terceiro exercício consiste em praticar a identificação de experiências cotidianas que possam servir como relações-fonte para metáforas clínicas. O leitor é convidado a listar três situações de sua própria vida profissional ou pessoal que envolvam: (a) uma tentativa de enfrentamento ineficaz, que acabou por piorar a situação (e.g., procrastinar para fazer um trabalho); (b) a vivência de um desconforto inevitável, que só pôde ser tolerado, e não eliminado (e.g., sentir dor muscular durante uma corrida); (c) um processo de engajamento contínuo e persistente, cujo resultado positivo só surgiu após repetidas tentativas (e.g., estudar uma música no piano, violão ou qualquer outro instrumento). A partir dessas situações, o leitor deve construir pequenas metáforas que ilustrem processos como esquiva experiencial, aceitação ou ação comprometida. O exercício reforça que fontes mais potentes para metáforas não são necessariamente encontradas em livros ou manuais, mas emergem da riqueza da experiência concreta — sendo essas, portanto, mais facilmente coordenadas com o repertório dos clientes e mais eficazes na promoção de transformação de função.

Considerações finais

Segundo a Teoria das Molduras Relacionais (RFT), as metáforas envolvem o estabelecimento de relações de coordenação (equivalência) entre relações (Stewart & Barnes-Holmes, 2001; Törneke, 2017). Foody et al. (2014) utilizaram o modelo da RFT para analisar as relações implicadas e as potenciais transformações de funções produzidas por uma metáfora da ACT, “Lutar contra a ansiedade é como lutar contra a areia movediça”. No presente artigo, tal proposta foi ampliada com a análise de cinco metáforas amplamente utilizadas na ACT — “Os pensamentos são como folhas na correnteza de um rio”, “Os sentimentos são como as estações do ano”, “Fugir do medo é como alimentar um filhote de tigre faminto”, “Os pensamentos são como peças em um tabuleiro de xadrez” e “Cuidar da vida é como cultivar um jardim”. Essa última metáfora, particularmente, ilustra como diferentes componentes (sementes, flores, ervas daninhas, jardineiro, clima, colheita) podem ser articulados em múltiplas direções, oferecendo ao terapeuta diversos pontos de entrada para acessar aspectos do comportamento do cliente, localizar estratégias ineficazes, discriminar padrões de esquiva experiencial e reforçar ações comprometidas com valores.

Além de apresentar uma análise conceitual, no presente artigo, buscou-se incluir exercícios para facilitar o desenvolvimento de um repertório criativo e funcional no uso de metáforas. Em vez de recorrer a exemplos prontos dos manuais, esses exercícios convidam o leitor a experimentar a passagem da forma para a função, a adaptar metáforas à história de vida dos clientes e a explorar experiências pessoais como fontes férteis para novas construções. Essa prática pode favorecer uma maior sensibilidade clínica e ajudar a tornar fluente um repertório de intervenção fundamental para terapeutas ACT: promover a transformação da função dos eventos privados aversivos e, conseqüentemente, das respostas de esquiva desses eventos por meio do uso de metáforas.

Para avanços futuros, seria importante utilizar o modelo da RFT como base de análise de metáforas voltadas a processos menos explorados, tais como: (1) o fortalecimento da orientação a valores; (2) a sustentação do comprometimento

com mudanças em longo prazo; (3) o cultivo da agência pessoal frente a contextos adversos. Da mesma forma, estudos que examinem o impacto de metáforas adaptadas a repertórios culturais específicos podem contribuir para tornar a prática clínica mais contextualizada e efetiva. Em suma, a análise e a construção funcional de metáforas — especialmente aquelas mais complexas e ampliadas — revelam-se como instrumentos potentes para enriquecer a prática clínica e expandir o alcance transformador da ACT, de modo coerente com seu caráter idiográfico.

Referências

- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., McEnteggart, C., & Harte, C. (2021). Back to the future with an up-dated version of RFT: More field than frame? *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 33-51. <https://doi.org/10.18761/PAC.2021.v12RFT.03>
- Barnes-Holmes, D., & Harte, C. (2022). Relational frame theory 20 years on: The Odysseus voyage and beyond. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 117(2), 240-266. <https://doi.org/10.1002/jeab.733>
- Boavista, R. R. C., & Perez, W. F. (2025). Esquiva experiencial: uma revisão conceitual. *Perspectivas em Análise do Comportamento*. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.036>
- Criollo, A. B., Díaz-Muelle, S., Ruiz, F. J., & García-Martín, M. B. (2018). Common physical properties improve metaphor effect even in the context of multiple examples. *The Psychological Record*, 68(4), 513-523. <https://doi.org/10.1007/s40732-018-0297-9>
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I., & McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.001>
- Harris, R. (2019). *ACT Made Simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (2nd ed.)*. New Harbinger Publications
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Plenum.
- 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., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Martinez, M. A. S., Ruiz, F. J., Flórez, C. L., Hernández, D. R., & Soriano, M. C. L. (2016). The role of common physical properties and augmental functions in metaphor effect. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 265-279.
- McCurry, S. M., & Hayes, S. C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, 12(7), 763-785. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90023-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90023-2)
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Perez, W. F. (2024). Skinner and relational frame theory: Integrating units of analysis on a continuum of complexity. *The Psychological Record*, 74(4), 349-366. <https://doi.org/10.1007/s40732-023-00559-9>
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(1), 32-50. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>

- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2022). *Teoria das molduras relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações*. Paradigma.
- Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2013). Relacionar relaciones como modelo analítico-funcional de la analogía y la metáfora. *Acta Comportamentalia*, 20, 5-31. <https://doi.org/10.32870/ac.v20i4.35536>
- Stewart, I., & Barnes-Holmes, D. (2001). Understanding metaphor: A relational frame perspective. *The Behavior Analyst*, 24(2), 191–199. <https://doi.org/10.1007/BF03392030>
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Törneke, N. (2017). *Metaphor in Practice: A Professional's Guide to Using the Science of Language in Psychotherapy*. Oakland: Context Press.
- Wang, Y., Tian, J., & Yang, Q. (2024). Experiential Avoidance Process Model: A Review of the Mechanism for the Generation and Maintenance of Avoidance Behavior. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 179–190. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23777>

Histórico do Artigo

Submetido em: 18/09/2025

Aceito em: 13/10/2025

Editora associada: Giovana Veloso Munhoz da Rocha

Ativação Comportamental e Terapia de Aceitação e Compromisso: uma análise teórica dos manuais clínicos

Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy: a theoretical analysis of clinical manuals

Eduardo Sousa Gotti¹, Igor José Coelho Pacheco e Oliveira¹

[1] Instituto Par [2] Universidade Federal do Triângulo Mineiro | **Título abreviado:** A combinação da ACT e BA para o tratamento da depressão | **Endereço para correspondência:** | **Email:** eduardo.gotti@uftm.edu.br | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.015

Resumo: A Ativação Comportamental (BA) foi desenvolvida para o tratamento da depressão e tem sido reconhecida pela sua eficácia comparada a outras terapias. Os atuais manuais de Ativação Comportamental têm incluído componentes terapêuticos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em suas orientações técnicas. O presente estudo teórico objetivou descrever como são abordadas as integrações desses dois modelos de terapia em três manuais clínicos e descrever como a literatura científica da área tem tratado as lacunas identificadas nesses manuais. Para identificar as menções das intervenções em cada manual, foi feita uma busca por meio de termos próprios da Ativação em um manual de ACT, e termos próprios da ACT em dois manuais de Ativação Comportamental. O presente estudo apresenta as aproximações dos aspectos teóricos dessas intervenções e as divergências decorrentes de variados recortes analíticos, dos quais partem para intervir sobre processos comportamentais distintos na depressão. Destaca-se, ainda, que apesar dos manuais sugerirem a integração de técnicas desses modelos, a literatura científica ainda é escassa em relação às descrições de eficácia das intervenções combinadas. Conclui-se que ao destacar as lacunas ainda presentes, o estudo teórico em questão permite apreciar aspectos a serem desenvolvidos em futuras pesquisas para o aprimoramento no tratamento da depressão.

Palavras-chave: Ativação Comportamental; Terapia de Aceitação e Compromisso; Depressão.

Abstract: Behavioral Activation (BA) was developed for the treatment of depression and has been recognized for its effectiveness compared to other therapies. Current Behavioral Activation manuals have included therapeutic components of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in their technical guidelines. This theoretical study aimed to describe how the integration of these two therapy models is approached in three clinical manuals and to describe how the scientific literature in the area has addressed the gaps identified in these manuals. To identify mentions of the interventions in each manual, a search was made using terms specific to Activation in an ACT manual, and terms specific to ACT in two Behavioral Activation manuals. This study presents the approaches of the theoretical aspects of these interventions and the divergences resulting from various analytical approaches, from which they start to intervene on distinct behavioral processes in depression. It is also noteworthy that although the manuals suggest the integration of techniques from these models, the scientific literature is still scarce in relation to descriptions of the effectiveness of combined interventions. It is concluded that by highlighting the gaps that still exist, the theoretical study in question allows us to appreciate aspects to be developed in future research to improve the treatment of depression.

Keywords: Behavioral Activation, Acceptance and Commitment Therapy; Depression.

A Ativação Comportamental (BA), desenvolvida para o tratamento da depressão, tem sido reconhecida pela sua eficácia comparada a outras terapias (Dimidjian et al., 2016). Os manuais de BA têm incluído componentes terapêuticos da Terapia de Aceitação e Compromisso. Para o presente estudo teórico foi analisada em três manuais clínicos, *Ten years revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: revised treatment manual* (Lejuez et al., 2011); *ACT for depression: A clinician's guide to using Acceptance & Commitment Therapy in treating depression*, (Zettle, 2011); *Ativação comportamental* (Kanter et al., 2011), como é abordada a integração desses dois modelos de terapia e como a literatura científica da área tem tratado as lacunas identificadas nos manuais. O presente estudo apresenta as aproximações dos aspectos teóricos dessas intervenções e as divergências decorrentes de múltiplos recortes analíticos dos quais partem para intervir sobre processos comportamentais distintos na depressão. Destaca-se também, que apesar dos manuais sugerirem a integração técnica desses modelos, a literatura científica ainda é escassa em relação à eficácia das intervenções combinadas.

A Ativação Comportamental

A BA surgiu na década de 1970, baseada nas interpretações funcionais da depressão de Ferster (1973) e na Agenda de Atividades Prazerosas de Lewinsohn e Graf (1973). A partir dos anos 1990, a BA se consolidou como uma intervenção eficaz no tratamento da depressão, demonstrando empiricamente a eficácia dos componentes comportamentais em relação aos cognitivos (Jacobson et al., 1996). A BA envolve intervenções voltadas para três objetivos clínicos: aumentar comportamentos positivamente reforçados, lidar de forma mais adaptativa com fontes de estimulação aversiva e ampliar o repertório de resolução de problemas (Kanter et al., 2010; Martell et al., 2022).

A BA parte de uma compreensão contextual da depressão, destacando como alguns indivíduos aprenderam ao longo de suas vidas a lidar com aspectos adversos de maneira restritiva e tornaram menos fortalecidos e variados os compor-

tamentos que produzem reforçadores positivos. Essas restrições no repertório comportamental dos indivíduos, em geral, comprometem-lhe experienciar estados de humor mais positivos. A abordagem da BA busca despatologizar a depressão, considerando-a um conjunto de padrões decorrentes de contextos adversos, e não um problema interno aos indivíduos (Pérez-Álvarez, 2007). O tratamento proposto pela BA envolve ativar comportamentalmente os indivíduos afetados para que superem padrões passivos. Essa ativação é implementada tendo como base o princípio de que a mudança de ações pode influenciar as emoções (Martell et al., 2022).

Desde o reconhecimento de sua autonomia, a partir dos estudos Jacobson e colaboradores, nos anos de 1990, a AC avançou em suas aplicações práticas e preservou a sua simplicidade teórica, reconhecida por ser direta e de fácil descrição (Pérez-Álvarez, 2014). A BA tem sido empregada em diferentes contextos de saúde, da Atenção Primária (Funderburk et al., 2021; Janssen et al., 2024) até tecnologias de teleatendimento (Colombo et al., 2022, Moffett et al., 2022). A BA também tem ganhado aplicações transdiagnósticas para além da depressão (Dimidjian et al., 2016), como para casos de ansiedade (Afaq et al., 2021) e tabagismo (Martínez-Vispo et al., 2019) e para fins diversos aos de apenas tratar, como no âmbito de atenuação da depressão, por meio de intervenções precoces (Gilbody et al., 2021). Dentre as mudanças apresentadas na AC, destaca-se a aproximação desta intervenção com outras que também estão no rol das chamadas terapias comportamentais de terceira geração, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT). Essa aproximação da BA e ACT é notada em “*ACT for depression: A clinician's guide to using Acceptance & Commitment Therapy in treating depression*” (Zettle, 2011) e em manuais como “*Ten years revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: revised treatment manual*” (Lejuez et al., (2011) e “*Ativação comportamental*” (Kanter et al., 2022).

A Terapia de Aceitação e Compromisso

A ACT é um modelo de terapia no qual os sintomas são compreendidos como conjuntos de comportamentos que ocorrem em interação com determinado contexto histórico e situacional. Esses sintomas são selecionados e mantidos por processos comportamentais de variação e seleção ocorridos em diferentes níveis (Sapolsky, 2021; Skinner, 2007; Wilson & Hayes, 2018). Essa mesma concepção é partilhada pela BA (Kanter et al., 2022). Twohig e colaboradores (2023) relatam que existem, atualmente, mais de 900 ensaios clínicos randomizados que demonstraram os efeitos positivos da ACT para uma ampla gama de queixas, dor crônica, depressão, transtornos relacionados à ansiedade, trauma, transtornos obsessivo-compulsivos, promoção da saúde e controle de peso para obesidade, tabagismo e uso de substâncias e transtornos alimentares.

A ACT entende que o sofrimento psicológico tem como uma das principais fontes, o controle do comportamento por funções de estímulos derivadas de relações estabelecidas verbalmente com outros estímulos (Blackledge & Drake, 2013). Essa concepção tem como base e influência as proposições da Teoria das Molduras Relacionais (em inglês RFT - *Relational Frame Theory*) (Hayes et al., 2001). O modelo de intervenção da ACT compreende e formula a patologia do comportamento por meio do Hexagrama de Flexibilidade Psicológica ou "Hexaflex" (um modelo de intervenção, saúde e patologia). O Hexaflex é uma ferramenta que propõe uma avaliação entre dois polos: Flexibilidade e Inflexibilidade Psicológica. A Flexibilidade Psicológica (condição saudável) é composta por seis processos: Aceitação Experiencial, Desfusão Cognitiva, *Self* como Contexto, Contato com o Momento Presente, Clarificação de Valores e Ação de Compromisso. A Inflexibilidade Psicológica (condição de sofrimento psicológico), por sua vez, é composta por outros seis processos: Esquiva Experiencial, Fusão Cognitiva, *Self* como Conteúdo, Falta de Contato com o Momento Presente, Pouco Contato com Valores e Impulsividade (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2007).

A partir desse modelo, é feita uma análise de contingências que identifica as variáveis mantenedoras do comportamento e em quais ambientes os comportamentos apresentados pelo cliente ocorrem, tais como, quais benefícios e malefícios a curto, médio ou longo prazo estes geram para o indivíduo. São agrupados alguns conjuntos de análises de contingências sob as categorias de processos de inflexibilidade/flexibilidade. Para ilustrar, alguns padrões de esquiva são colocados nas categorias da Esquiva Experiencial e Falta de Contato com o Momento Presente. Outros padrões que estão relacionados com o controle instrucional são colocados na Fusão Cognitiva e *Self* Conceitual (Hayes et al., 2012; Hayes et al., 2022). As divisões dos processos de inflexibilidade psicológica são didáticas do fluxo comportamental, pois, em todo episódio comportamental, os seis processos acontecem simultaneamente. A interação com o ambiente é variada e o efeito da história de reforçamento permite que diferentes padrões de comportamento aprendidos possam tornar-se inflexíveis. Para percorrer o caminho entre a inflexibilidade e a flexibilidade, a ACT recorre a técnicas e procedimentos (exercícios experienciais ligados aos seis processos, uso de metáforas e de histórias, da clarificação e construção de valores), que auxiliam o cliente a desenvolver repertório para responder discriminadamente entre os eventos privados e públicos do dia-a-dia (Dixon et al., 2023).

A ACT, portanto, parte de uma concepção psicopatológica própria baseada em processos verbais e estes podem ser estendidos a condições clínicas como a depressão (Kanter et al., 2006), que é um campo sobre o qual foi fundamentada a BA. Kanter et al. (2006) fizeram algumas primeiras descrições e comparações entre esses modelos de terapia. Desde então, muitas pesquisas foram desenvolvidas, de maneira que é importante apreciar essas comparações em face aos novos dados disponíveis. Conforme mencionado, embora os manuais sugiram integração entre ACT e BA, ainda há poucos dados sobre a combinação desses modelos.

Para o presente estudo teórico, foi analisada, em três manuais clínicos, como a integração dessas modelos de terapia é abordada e como a literatura científica da área tem tratado as lacunas identificadas nos manuais de ACT e BA. Analisa, desta ma-

neira, a presença da ACT em dois manuais de AC (Lejuez et al., 2011; Kanter et al., 2022) e da BA em um livro de ACT para a depressão (Zettle, 2011). O presente estudo apresenta as aproximações dos aspectos teóricos dessas intervenções e as divergências decorrentes de múltiplos recortes analíticos dos quais partem para intervir sobre processos comportamentais distintos na depressão. Além disso, o presente estudo aponta, a partir da literatura recente, quais avanços foram observados na aplicação da ACT para depressão e na integração desta com a BA, a partir das lacunas indicadas nos manuais.

Método

Para a presente pesquisa teórica, foram analisados três materiais: *ACT for depression: a clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression* (Zettle, 2011); *Ten year revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: revised treatment manual* (Lejuez et al., 2011) e *Ativação Comportamental* (Kanter et al., 2022). Nos livros em inglês, acessados no formato digital, foi utilizada a ferramenta de busca (Ctrl + F) no arquivo em pdf, a partir da qual foram procurados termos chaves de uma intervenção de BA no livro de ACT. O contrário também foi feito, termos chaves da intervenção ACT no livro de BA. No livro traduzido para o português (Kanter et al., 2022) em formato físico, a busca foi orientada a partir dos termos presentes no índice remissivo.

O termo chave empregado na busca pelo livro de ACT (Zettle, 2011) foi: *Behavioral Activation*. Todas as ocorrências foram identificadas a partir da ferramenta de busca e os trechos referentes à BA foram destacados assim como os parágrafos em que apareceram foram lidos por inteiro, de forma a compreender a menção BA no contexto do elemento textual como um todo e não apenas em frases ex-

traídas de forma dispersa. Os termos chaves empregados na busca pelo livro de BA (Jejuez et al., 2011) foram: *Avoidance*, *Value*, *Functional Analysis*. Todas as palavras chaves foram localizadas por meio da ferramenta de busca, e as ocorrências também foram lidas no elemento contextual inteiro. O livro de Kanter et al. (2022), traduzido para o português, foi consultado como material físico (na sua versão impressa). Para fazer as buscas pelos termos relacionados à ACT, foram procurados pelos termos (*Aceitação*; *Evitação experiencial*; *Valores* e *Valued Living Questionnaire*) a partir do índice remissivo. Seguindo as páginas apontadas pelos índices, os parágrafos em que os termos estavam presentes foram lidos e foram analisadas as relações estabelecidas entre BA e ACT.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os termos característicos de ACT identificado no manual de BA de Lejuez et al. (2011) e informa os contextos onde os termos foram identificados. Foram encontradas 2 ocorrências do termo *Avoidance*, 154 do termo *Value* e 5 do termo *Functional Analysis*. A coluna direita da Tabela 1 apresenta o contexto no qual o termo foi encontrado, bem como a identificação do capítulo e número de página.

A Tabela 2 apresenta o termo característico de BA identificado no manual de ACT de Zettle (2011) e informa os contextos onde o termo foi identificado. Foram encontradas 24 ocorrências do termo *Behavioral Activation*.

A Tabela 3 apresenta os termos característicos de ACT identificado no manual de BA de Kanter et al. (2022) e informa os contextos em que os termos foram identificados. Uma única ocorrência do termo *Aceitação* foi encontrada. Foram encontradas 4 ocorrências do termo *Evitação Experiencial* e 5 ocorrências do termo *Valores*.

Tabela 1: Palavras-chaves relacionadas ao modelo ACT presentes no manual de BA (Lejuez et al., 2011) e os contextos textuais do manual no qual foram mencionadas.

Palavra-chave	Ocorrências	Contexto textual no manual onde as palavras-chaves são mencionadas
<i>Avoidance</i>	2	1ª ocorrência: Descreve a evolução da terapia AC, incluindo a redução do comportamento de esquiva (Martell et al., 2001); 2ª ocorrência: Menciona a resistência ao tratamento e o uso do desabafo como forma de esquiva concorrente com o engajamento na ativação.
<i>Value</i>	154	Resumo inicial: 1 ocorrência; Títulos/Subtítulos: 4 ocorrências Elementos Chave (Sessões 2, 3 e 7): 5 ocorrências; Apêndices: 28 ocorrências; Notas: 2 ocorrências; <i>Life Areas, Values, and Activities Inventory</i> : 14 ocorrências; Outros parágrafos ao longo do livro: 110 ocorrências que abarcam: Discussão sobre terapia baseada em valores e esquiva comportamental (Jacobson et al., 1996; Martell et al., 2001; Martell et al., 2010); Análise funcional e seleção de atividades ligadas aos valores do cliente; Importância dos valores na formação de aliança terapêutica; Esclarecimento da relação entre áreas de vida, valores e atividades (páginas 7, 8 e 9); Desenvolvimento do “ <i>Life Areas, Activities, and Values Inventory</i> ”; Orientações para identificar valores pessoais (página 20); Autenticidade na identificação dos valores (página 21); Importância de atividades alinhadas aos valores (páginas 21, 22, 23); Revisão e ajuste das atividades (páginas 29, 31); Estratégias para superar obstáculos e alinhar atividades aos valores (página 35); Continuidade das habilidades aprendidas (uma menção); Tarefas de casa e valores (página 39); Destaca a importância de direcionar a atenção para atividades prazerosas e/ou importantes que estão alinhadas com os valores do cliente, independentemente das circunstâncias específicas. (páginas 40 e 41).
<i>Functional Analysis</i>	5	Referências: 1 ocorrência (Ferster, 1973); Discussão sobre Análise Funcional: 4 ocorrências no mesmo parágrafo, abordando a importância da análise funcional na seleção de atividades relacionadas aos valores do cliente

Tabela 2: Palavra-chave relacionada ao modelo BA presente no manual de ACT (Zettle, 2011) e os contextos textuais do manual no qual foi mencionada.

Palavra-chave	Ocorrências	Contexto textual no manual onde as palavras-chaves são mencionadas
<i>Behavioral Activation</i>	24	Em referências: 2 ocorrências (Dimdjian et al., 2006; Jacobson et al., 2001); Índice remissivo: 1 ocorrência; Corpo do livro: 21 ocorrências (detalhadas a seguir): AC como intervenção bem estabelecida no tratamento da depressão, comparada com terapias cognitivo-comportamentais e interpessoais (p. 20). Livro voltado a profissionais e destaca semelhanças e diferenças entre ACT e outras terapias para depressão, incluindo AC, ressaltando a singularidade da ACT (p. 3); Descrição da BA e sua relação com ACT, destacando a autonomia dos componentes comportamentais da BA (Jacobson et al., 1996) e a importância das “tarefas comportamentais de casa” para sair de rotinas comportamentais. BA é vista como parte do compromisso na ACT, mas sem incluir processos de atenção plena ou meditação (p. 20-21). Comparações entre ACT e BA (p. 20-21) ao destacar a falta de pesquisas comparando os dois modelos de terapia no tratamento da depressão; Importância da ação ativa (p. 20-21): BA é integrada na ACT ao enfatizar a importância de se tornar e permanecer ativo; Discussão sobre como a BA aumenta as atividades do cliente, colocando-os em contato com contingências de reforço e melhorando o humor. BA promove mudanças comportamentais baseadas em objetivos, mas não necessariamente orientadas por valores, diferentemente da ACT (p. 114); ACT maximiza benefícios ao vincular mudanças comportamentais aos valores dos clientes, indo além da BA (p. 114) Importância de ações consistentes com valores para efeito terapêutico ideal, destacando a necessidade de avaliar e esclarecer valores antes de promover mudanças comportamentais (p. 114) Consentimento Informado (p. 231); Menciona BA como uma terapêutica empiricamente respaldada e bem estabelecida; Pesquisa comparativa de resultados (p. 233): aponta sobre a lacuna de pesquisas sobre a eficácia da ACT para depressão e a importância de tratamentos baseados em evidências; Lição de casa comportamental (p. 231): Embora compartilhada entre ACT e BA, serve a fins distintos. Na ACT, para promulgar valores; na BA, para regular o humor;

Tabela 3: Palavra-chave relacionada ao modelo ACT presente no manual de BA (Kanter et al, 2022) e os contextos textuais do manual em que foi mencionada.

Palavra-chave	Ocorrências	Contexto textual no manual onde as palavras-chaves são mencionadas
Aceitação	1	Capítulo 14: Ativação e Aceitação: Distinção entre comportamentos respondentes e operantes; respondentes ocorrem de forma automática e involuntária, enquanto operantes são mais flexíveis e passíveis de mudança. A aceitação é importante para tolerar reações emocionais aversivas, aumentando a probabilidade de engajamento na ativação de repertórios concorrentes ao padrão depressivo. A aceitação na BA é vista como uma forma de aumentar a tolerância aos aversivos, diferentemente da ACT, que não abandona completamente o objetivo de mudar reações emocionais a longo prazo, mas o faz por meio do comprometimento com a ação baseada em valores. A atenção plena é mencionada como recurso útil para exposição a reações emocionais que antecedem padrões de esquiva na depressão.
Evitação Experiencial	4	Apresenta uma definição (p. 30): Comportamento reforçado negativamente pela remoção ou redução de experiências emocionais aversivas; Impacto (p. 65): Mina contingências de reforço positivo, mantendo indivíduos presos a contextos mais depressivos a longo prazo, apesar dos ganhos imediatos da evitação; Capítulo 25: Ativação consciente e valorizada: Técnicas voltadas a prevenir evitação emocional, destacando os papéis da atenção consciente e dos valores. Discussão sobre a complexidade e a necessidade de análises funcionais para promover ativação eficaz; Relação terapêutica (p. 146): A ativação plena é melhor desenvolvida com treinamento direto na sessão, com <i>feedbacks</i> do terapeuta, semelhante à exposição interoceptiva.
Valores	5	Capítulo 7: O sentido da vida: Valores são “consequências globais desejadas para a vida, verbalmente construídas” (Hayes et al., 1999). Declaração de valores reforça comportamentos relacionados a consequências valorizadas a longo prazo. Identificação de valores é essencial para programar contingências que fortaleçam comportamentos consistentes com esses valores; Capítulo 18: Avaliação de valores (p. 99): Introdução do <i>Valued Living Questionnaire</i> (VLQ) para identificar domínios valorizados pelo cliente e avaliar a consistência de ações com esses valores (e. g., família, amigos, emprego, lazer, espiritualidade, saúde, entre outros); Capítulo 25: Ativação consciente e valorizada: Declaração de valores influencia comportamentos concorrentes aos padrões depressivos, utilizando intervenções como post-its para lembrança de valores; Capítulo 30: O compromisso da Ativação Comportamental: A experiência terapêutica é centrada em valores, propósito e significado, destacando a intensidade da relação terapêutica, independente da duração do tratamento; Outras menções: Valores guiam a ativação de comportamentos específicos, buscando uma vida valorosa e não apenas atividades que preencham o tempo.

Discussão

O presente estudo teórico objetivou descrever como é abordada a integração desses dois modelos de terapia em três manuais clínicos e descrever como a literatura científica da área tem tratado as lacunas identificadas nesses manuais.

Zettle (2011) destacou na época da publicação do livro, que uma das limitações presentes era que, embora houvesse estudos que discutiam a eficácia das terapias de BA e de ACT quando ofertadas isoladamente, ainda não havia estudos que comparassem as duas intervenções atuando de forma

integrada nos casos de depressão. Alguns avanços nesse sentido foram feitos desde então. Todos os três manuais analisados assumem a elevada eficácia da BA no tratamento da depressão, com resultados comparáveis a outras terapias (Chartier & Provencher, 2013; May, 2022; Mazzucchelli et al., 2009; Wang & Feng, 2022). A BA dispõe de dados de eficácia em diversos grupos e níveis de gravidade, incluindo situações de depressão mais severa (Cuijpers et al., 2007; Dimidjian, 2011; Dimidjian, 2006; Fortney et al., 2021). Além disso, evidências

sugerem benefícios a longo prazo, contribuindo para a prevenção de recaídas e recorrências da depressão (Stein et al., 2021).

A eficácia da ACT no tratamento da depressão é respaldada por várias pesquisas (Gloster et al., 2020; Hayes & King, 2024). Uma revisão de meta-análises conduzida por Gloster e colaboradores (2020) destacou que a ACT mostrou resultados significativos em comparação com outras formas de tratamento e listas de espera, embora dois estudos tenham apresentado resultados não significativos. Essas análises envolveram 18 Ensaios Clínicos Randomizados (ECR), sendo 4 de alta qualidade metodológica e 14 de qualidade moderada. A ACT se mostrou mais eficaz para indivíduos com depressão leve do que para aqueles com depressão moderada ou grave (Bai et al., 2020). Além disso, a ACT demonstrou eficácia em contextos não clínicos, como entre veteranos com depressão moderada e em uma ala psiquiátrica (Samaan et al., 2020; Walser et al., 2015). Também foi avaliada em diferentes grupos, incluindo adolescentes e idosos (Bunyathikan et al., 2020; Davison et al., 2017; Hayes et al., 2011; Livheim et al., 2015). Em um estudo de prevenção com adolescentes, a ACT reduziu os sintomas depressivos (Lappalainen et al., 2021), mas os resultados, embora promissores, requerem mais pesquisas e replicação (Hayes et al., 2021). Estudos estão investigando como os processos psicológicos da ACT, como os relacionados à Hexaflex, influenciam os resultados terapêuticos na depressão (A-Tjak et al., 2021; Forman et al., 2012). No entanto, as evidências atuais não fornecem orientações claras para procedimentos específicos com clientes individuais, e são limitados os estudos que comparam esses mecanismos com diferentes tratamentos (Huibers et al., 2015). Em resumo, a ACT parece ser eficaz na depressão leve, mas há evidências limitadas para a depressão moderada a grave. Esses têm sido aspectos importantes dentre as lacunas identificadas nos manuais analisados.

A ACT e a BA, embora compartilhem semelhanças notáveis, apresentam diferenças no tratamento da depressão (Kanter et al., 2006). A ACT é considerada uma abordagem mais reflexiva e centrada no comportamento verbal e relacional do cliente, enfocando valores, aceitação de experiências privadas e ações alinhadas com esses valores

(Hayes et al., 2012). A BA é vista como mais direta e focada na identificação e ativação de comportamentos específicos para superar a depressão, servindo de técnicas comportamentais (e.g. agenda de atividades, enfrentamento de estímulos aversivos e resolução de problemas). Esses modelos terapêuticos não são excludentes e podem ser complementares, atendendo a diferentes condições de depressão. A integração entre eles tem sido promovida (Abreu & Abreu, 2020; Kanter et al., 2006), sendo explicitada em manuais como Lejuez et al. (2011), Zettle (2011) e Kanter et al. (2011). No entanto, persistem lacunas na pesquisa sobre a eficácia da ACT no tratamento da depressão (ver Zettle, 2011). Uma das lacunas identificadas envolve descrições mais detalhadas das condições do caso clínico nas quais os componentes da ACT são integrados à BA. Sobre isso, Kanter et al. (2022) apontaram apenas para um critério de complexidade e dificuldade, o qual não é detalhado. Descrições mais detalhadas sobre quais cenários da prática clínica em que as intervenções da ACT são integradas às de BA no tratamento da depressão representariam refinamentos nos manuais para orientação do profissional.

A comparação entre ACT e BA é valiosa para profissionais de saúde mental, permitindo adaptações conforme as necessidades dos clientes e características dos processos comportamentais que culminam na depressão. Ambos os modelos reconhecem que a depressão envolve repertórios de esquiva e inércia. O modelo BA considera que o comportamento de esquiva na depressão é moldado e mantido por contingências diretas que são conseqüenciadas por reforço negativo. A ideia central é que as pessoas estão sempre expostas às mais diversas contingências diretas, isto é, contingências naturais que não são controladas por instrução (governadas por regras). Essa exposição às contingências diretas geram comportamentos públicos (conversar, correr, andar, comer, andar) e privados (sentimentos e pensamentos). Logo, certas contingências aversivas podem transformar eventos privados e podem até aumentar a intensidade de experiências naturalmente adversas, ou seja, experiências internas podem se tornar aversivas, depois de pareadas a estímulos aversivos externos. A esquiva pode assumir várias topografias públicas (como evitar sair de casa, evitar interações sociais,

evitar enfrentar desafios no trabalho) ou privadas (evitar lidar com emoções difíceis), uma vez que tudo que a pessoa sente dentro da pele acompanha as contingências a que ela está exposta (Banaco, 1999; Martell et al., 2010).

Por outro lado, o modelo da ACT foca nas contingências indiretas (contexto verbal), contingências que são compostas por regras e instruções culturalmente estabelecidas e mantidas pela comunidade verbal. Entende-se que a comunidade verbal reforça fortemente o seguimento de regra e o controle do responder por funções verbais. Desse modo, inúmeras contingências em que há o uso da linguagem fazem com que eventos privados (sentimentos e pensamentos) adquiram verbalmente funções positivas e/ou aversivas. Isto é, as funções comportamentais são adquiridas em virtude de um histórico de contingências públicas. O controle do responder por eventos privados depende das contingências que influenciam esse responder. Ao destacar a influência de processos verbais e o modo como eles criam insensibilidade a contingências diretas, o modelo sugere que um dos problemas na depressão é a esquivas experiencial, que é a relutância em permanecer em contato com experiências privadas aversivas específicas (Hayes et al., 1996). Ao enfatizar que essa esquivas experiencial é favorecida por processos verbais, a pessoa deixa de entrar em contato com o mundo público, enquanto se engaja em tentativas de evitar o contato com aversivos por meio de comportamentos verbais privados. Essa evitação pode poupá-la (momentaneamente) do contato com eventos aversivos, mas, ao mesmo tempo, também a priva de interações que são prazerosas e significativas para a sua vida. Isso significa que as pessoas com depressão tentam evitar o contato pleno com suas próprias experiências internas, como emoções, pensamentos ou sensações físicas, especialmente aquelas que são dolorosas ou desconfortáveis. Eles podem tentar fugir dessas experiências, o que pode envolver distração, negação ou supressão delas (Szabo & Tarbox, 2023). Mas acabam perpetuando as contingências depressoras, que acentuam cada vez mais as condições aversivas, tornando-as inescapáveis.

Em resumo, ambos modelos veem a esquivas como um componente central na depressão, mas diferem na ênfase e na influência de processos ver-

bais versus contingências diretas na manutenção da esquivas. As ênfases ligeiramente diferentes de esquivas levam os dois modelos a fazerem análises funcionais com focos e conceituações diferentes, pois partem de elos distintos das cadeias comportamentais (Bittencourt et al., 2015). Alguns analistas comportamentais clínicos mantêm o nome análise funcional (Oshiro & Ferreira, 2021), enquanto que outros preferem utilizar o termo avaliação funcional (Borges & Cassas, 2012) e outros análise de contingências (Guilhardi, 2017), mas todos concordam que o clínico levanta hipóteses funcionais sobre os comportamentos dos clientes, o que significa que eles buscam compreender as funções do comportamento, sem necessariamente realizar experimentos controlados (Toscano et al., 2019).¹

A BA concentra-se na avaliação detalhada das contingências que mantêm o comportamento depressivo, com ênfase no papel do reforço negativo na manutenção da esquivas. Não apenas os comportamentos observáveis são levados em consideração, mas também os processos internos, como cognições e sentimentos. Como Kanter et al., 2022 destaca:

Nossa estratégia para avaliação funcional concentra-se em problemas com antecedentes (vinculados a intervenções de controle de estímulos), déficits de repertório comportamental (vinculados a intervenções de treinamento de habilidades) e consequências. As consequências são ainda divididas naquelas que podem ser manipuladas no ambiente (vinculadas a intervenções de gerenciamento de contingências) e nas que são eventos privados vivenciados pelo cliente (vinculadas a intervenções de ativação consciente e valorizada). Essas consequências privadas em geral resultam em comportamento de evitação reforçado negativamente, que pode assumir muitas formas, incluindo déficits (por exemplo, ficar na cama, não atender o telefone) e excessos (por exemplo, fazer compras, acessar a *internet* por longos períodos, comer para

1 É importante observar que esses termos, para os propósitos deste artigo, serão considerados sinônimos, embora haja algumas diferenças sutis de significado (para uma descrição didática mais detalhada, ver Andery et al., 2001; Sturmey, 2020).

se sentir melhor, masturbação). Dessa forma, toda gama de problemas comportamentais funcionais é capturada pelo processo de avaliação funcional e todo arsenal de técnicas da AC pode ser empregado de modo estratégico. (p. 117)

O primeiro passo da avaliação funcional consiste em identificar comportamentos associados à depressão, como isolamento social, esquiva de demanda e procrastinação. Examinando como esses padrões de esquiva são reforçados a curto prazo (ainda que produzam sofrimento a longo prazo), é possível desenvolver estratégias terapêuticas adap-

tadas, visando interromper os padrões depressivos e construir alternativas comportamentais mais adaptativas. Assim, a análise funcional, para além de identificar condições mantenedoras do quadro clínico, serve para orientar decisões terapêuticas (McCauley et al., 2016).

A ACT faz uma análise funcional para entender os padrões de comportamento e pensamento dos indivíduos. A representação usada para ilustrar os principais processos psicológicos e comportamentais é chamada de inflexibilidade psicológica, um ciclo comportamental em que um conjunto de processos comportamentais interagem de maneira

Tabela 4: Intervenções BA e ACT conforme os elos da cadeia comportamental no modelo ABC.

Modelo de terapia	Antecedentes	Respostas	Subsequentes ¹
BA	<i>Post-its</i>: estímulos inseridos artificialmente (estímulo discriminativo) no ambiente do cliente. Monitoramento de Atividades: ferramenta que fornece informações relativamente precisas sobre o funcionamento do cliente.	Ativação Simples: seleção de respostas em um grau hierárquico de atividades (da resposta com menor custo de resposta até o mais alto). Treinamento de Habilidades: aprendizagem de estratégias específicas para lidar com situações desafiadoras (por modelagem e/ou modelação), desenvolvendo um repertório comportamental mais adaptativo. Tarefa de Casa: fornece uma hierarquia de atividades para desenvolvimento de repertórios	Gerenciamento de Contingências: envolve a manipulação controlada de consequências de curto e longo prazo, sejam elas reforçadoras ou punitivas, para influenciar a probabilidade de ocorrência futura de um comportamento. Ativação Consciente Valorizada²: exposição interoceptiva para reduzir eventos privados e promover comportamentos alinhados com valores específicos. Reforço Positivo: reforço de aproximações sucessivas (modelagem).
ACT	<i>Mindfulness</i>: procedimento que modifica o controle de estímulos, ao favorecer a sensibilidade a novas propriedades de estímulos. Metáforas: ferramenta comunicativa empregada para moldar a sensibilidade do contato com estímulos verbais aversivos. Matrix: ferramenta utilizada para analisar os contextos que influenciam os comportamentos queixa e que impedem de atingir os valores pessoais.	Exercícios Experienciais: envolve a criação de situações que desafiam as respostas habituais do indivíduo às suas próprias experiências emocionais. Pode incluir a exposição a pensamentos desconfortáveis, sentimentos difíceis ou situações temidas. Tarefa de Casa: fornece instruções específicas para desenvolvimento da generalização fora da sessão.	Reforço Diferencial de processos simbólicos: validar as experiências internas do indivíduo, mas também reforça positivamente a disposição para entrar em contato pleno com essas experiências, mesmo que sejam desconfortáveis.

1 A função dos estímulos subsequentes (seja contingentes ou contíguos) será dada pelo efeito sobre a probabilidade de ocorrência da resposta. Assim, reforço ou punição são funções dentro de um contexto e não propriedades intrínsecas a estímulos subsequentes/consequentes.

2 A Ativação Consciente Valorizada é uma forma de promover a BA, integrando aspectos próprios da ACT.

sinérgica, criando e sustentando padrões problemáticos de resposta a pensamentos, emoções e experiências internas. Ou seja, os processos comportamentais da inflexibilidade estão intrinsecamente conectados e operam como uma rede complexa. Por exemplo, a fusão cognitiva pode levar a estratégias de esquiva experiencial como uma tentativa de evitar ou suprimir pensamentos desconfortáveis, enquanto a falta de contato com o momento presente pode reforçar ainda mais a fusão cognitiva, uma vez que a atenção é predominantemente voltada para eventos passados ou futuros (Törneke et al., 2016; Törneke, 2021). Este modelo de análise funcional é uma ferramenta que capacita os terapeutas a compreenderem e identificarem as funções subjacentes dos padrões, desenvolvendo estratégias terapêuticas eficazes. Assim, torna-se possível promover a flexibilidade psicológica, permitindo o indivíduo a responder de maneira mais adaptativa e alinhada com seus valores fundamentais para alcançar uma vida mais rica e significativa (Gil-Luciano et al., 2017; Ming et al., 2023).

Depois que é conduzido o processo de análise funcional, cada psicólogo avalia as informações sobre os antecedentes, resposta e consequências relacionadas à depressão e desenvolve intervenções a partir de cada um dos modelos evidenciados (ACT e BA). Essas intervenções são projetadas para alterar o controle antecedente e consequente, a fim de buscar melhorar a qualidade de vida do cliente (Martin & Pear, 2018; Miltenberger, 2019). A oferece uma visão sistemática das intervenções em cada um dos modelos, a tabela é baseada no modelo ABC (*Antecedents, Behavior, Consequences*) e é fundamental para entender e modificar comportamentos, especialmente em contextos de intervenção.

A complementaridade entre ACT e BA pode ser percebida na sinergia de suas intervenções. A BA fornece ferramentas específicas para superar a inatividade e reintegrar-se à vida cotidiana, enquanto a ACT amplia o foco com estratégias que promovam repertórios para lidar com as experiências internas desafiadoras. Para modificar controles antecedentes específicos, a BA utiliza estratégias focadas em comportamentos públicos como o uso de *Post-its* e monitoramento de atividades, a ACT incorpora elementos como o uso de *mindfulness* e de metáforas para manipular estímulos verbais atuando de

uma maneira mais indireta e reflexiva. Os dois modelos compreendem que os antecedentes não são apenas eventos isolados, pontualmente contíguos aos comportamentos, mas parte de um contexto mais amplo que influencia a experiência humana (Dixon et al., 2023; Martell et al., 2022).

As intervenções que enfatizam a resposta reconhecem que a modificação comportamental não se limita apenas à adoção de novas atividades, mas envolve uma transformação na maneira como o indivíduo responde e se relaciona com seus estados emocionais. A BA se concentra na progressão gradual de atividades e no desenvolvimento de repertórios comportamentais específicos, a ACT incorpora a exposição controlada a experiências internas desafiadoras. Os dois modelos de terapia reconhecem a importância da prática e aplicação de habilidades fora do contexto terapêutico formal. Ao fazer isso, os modelos colaboram para promover uma resposta mais adaptativa e flexível aos desafios emocionais enfrentados pelos indivíduos (McCauley, 2016; Twohig, et al., 2023).

As intervenções nas consequências nos dois modelos de terapia têm nuances distintas. Como relatado anteriormente, cada modalidade se concentra em aspectos diferentes do elo da cadeia comportamental, a BA utiliza o gerenciamento de contingências (ênfatisando o reforço positivo) para aumentar a probabilidade de comportamentos mais adaptativos e modelando comportamentos de progressão das atividades hierarquizadas. A ativação consciente e valorizada será utilizada em casos nos quais os eventos privados mantêm os déficits comportamentais. A ACT foca no uso da linguagem para alterar a função dos eventos que influenciam os comportamentos relevantes para o trabalho terapêutico. A ACT está implicada em valorizar e fortalecer a disposição do indivíduo para aceitar e se engajar com seus pensamentos e emoções de uma maneira que seja consistente com seus valores fundamentais (Dixon et al., 2023; Reynolds, 2020).

Os dois modelos de terapia são opções de intervenção que se adaptam às necessidades específicas de cada indivíduo. Por reconhecerem e considerarem aspectos idiossincráticos do indivíduo sob o contexto depressor, ambos modelos têm uma compreensão da experiência subjetiva do indivíduo e buscam abordar não apenas os com-

portamentos observáveis, mas também os processos privados associados à depressão. Essa postura é fundamental para estabelecer uma aliança terapêutica eficaz e para adaptar as intervenções de maneira que sejam relevantes e significativas para o cliente. O alívio sintomático não é o objetivo, mas sim, a promoção de mudanças mais adaptativas e sustentadas na relação do indivíduo consigo mesmo e com suas experiências internas, visando uma vida mais enriquecida e alinhada com seus valores fundamentais (Oshiro & Ferreira, 2021). Esse modelo terapêutico está comprometido com agir sobre os contextos, de forma com que as pessoas transformem o mundo em que vivem em um lugar melhor e que tornem os seus ambientes mais propícios ao fortalecimento de ações valiosas e valiosas para o indivíduo (Kanter et al., 2022).

A complementaridade entre a BA e a ACT pode oferecer uma flexibilidade terapêutica, permitindo adaptações personalizadas com base nas necessidades específicas de cada cliente. A integração desses modelos de terapia não apenas amplia as estratégias terapêuticas disponíveis, mas também reconhece a complexidade e a individualidade do processo terapêutico. Embora haja suporte empírico para a eficácia individual da ACT e BA em casos de depressão, a evidência específica para a integração desses modelos é inexistente, na maior parte dos estudos, há ênfase em comparar as duas. Nesse aspecto, essa é uma lacuna ainda presente. Estudos que investigam a eficácia e os resultados a longo prazo dessa integração são necessários para validar completamente sua utilidade clínica. Embora não exista um manual específico para a integração da ACT e BA no tratamento da depressão (Areán & Kraemer, 2013) existem esforços de promover intervenções que visem integrá-los, mas ainda carente de sustentação empírica (Abreu & Abreu, 2020). Outro fator a ser considerado é que, em casos de depressão grave ou em que haja comorbidades com outros transtornos, pode ser necessário um nível mais intensivo de intervenção. Nessas situações, a BA apresenta uma estruturação mais diretiva para lidar com casos graves. A ACT, por sua vez, é caracterizada por intervenções mais reflexivas, e pode ser mais indicada para casos com padrões de comportamentos opostos em comorbidade ao quadro de depressão, por exemplo.

Conclusão

A eficácia da ACT e da BA no tratamento da depressão é uma área de pesquisa em constante desenvolvimento, com resultados que fornecem *insights* valiosos sobre como esses modelos terapêuticos podem beneficiar indivíduos com diferentes níveis de gravidade da depressão. A BA tem se destacado como uma abordagem altamente eficaz no tratamento da depressão. (Lejuez et al., 2011; Kanter et al., 2022; Martell et al., 2022). A pesquisa acumulada indica que a BA produz resultados positivos em uma ampla gama de casos, independentemente do nível de gravidade da depressão (Kanter et al., 2010). Além disso, a BA proporciona benefícios a longo prazo, incluindo a prevenção de recaídas e recorrências da depressão, contribuindo assim para uma maior estabilidade e bem-estar emocional ao longo do tempo (Kanter et al., 2022). No caso da ACT, sua eficácia no tratamento da depressão também é reconhecida, entretanto, os resultados demonstram ser mais eficaz em casos de depressão leve. Para casos de depressão moderada ou grave, a eficácia da ACT pode ser menos evidente, exigindo modelos terapêuticos adicionais ou adaptações (Bai et al., 2020). Neste ponto, uma integração desses modelos pode ser altamente benéfica.

Ambos os modelos (BA e ACT), ao reconhecerem que a esquiva é um componente central na depressão, ainda que a compreendam de maneiras distintas, permitem uma perspectiva mais abrangente dos mecanismos subjacentes à depressão e oferecem diferentes estratégias terapêuticas para tratá-la. Começar com a BA pode ser uma maneira eficaz de motivar os participantes a se engajarem em atividades concretas, rompendo o ciclo de inatividade que muitas vezes acompanha a depressão. À medida que os pacientes começam a se envolver em atividades saudáveis e prazerosas, a ACT pode ser introduzida para ajudá-los a desenvolver a flexibilidade psicológica, ao incorporar processos de aceitação experiencial e a desfusão cognitiva.

Entretanto, essa integração pode enfrentar vários desafios e problemas, apesar de suas promissoras possibilidades. (1) Embora a ACT e a BA tenham evidências substanciais de eficácia independentemente, há uma falta de pesquisas que investiguem a integração de ambos os modelos de terapia. Isso significa que não há um conjunto claro

de evidências que respaldem a eficácia da combinação dessas terapias em comparação com cada uma isoladamente; (2) A integração pode não ser igualmente adequada para todos os níveis de gravidade da depressão. Enquanto a BA demonstrou eficácia em todos os níveis de casos de depressão (Kanter et al., 2010), a ACT parece ser mais eficaz em depressões leves (Bai et al., 2020). Determinar a adequação da combinação para diferentes subpopulações de pacientes pode ser um desafio. Uma definição mais detalhada das condições em que diferentes componentes terapêuticos são implementados em uma intervenção, assim como de como eles atuam sobre distintos processos comportamentais envolvidos na depressão, pode ser crítica para o aprimoramento das terapias (Regis Neto et al., 2021).

Em síntese, embora haja evidências promissoras sobre a eficácia da ACT e da BA no tratamento da depressão, é importante reconhecer as limitações atuais da pesquisa e a necessidade de estudos mais abrangentes sobre a integração dos componentes dessas intervenções no tratamento de casos de depressão. Essas descobertas sublinham a importância da adaptação terapêutica para atender às necessidades individuais dos pacientes com depressão, assegurando que recebam o modelo mais adequado à sua situação específica, o que está alinhado aos objetivos apontados nos manuais que foram analisados. A escolha da terapia depende da avaliação individual do paciente e de suas necessidades específicas. Cada modelo terapêutico possui seus méritos e pode ser aplicado com êxito em pacientes de diferentes perfis.

Estudos futuros podem avaliar o resultado de diversas formas de integração dos dois modelos. Por exemplo: 1) utilizar a ACT, por meio de exercícios de desfusão/aceitação, com foco na gestão de eventos privados aversivos que influenciam a esquiva e dificultam a ativação; 2) utilizar a BA como um componente que orienta a estruturação de como os valores e ações compromissadas (defendidos pela ACT) serão praticadas (Pérez-Álvarez, 2010); 3) em casos de depressão severa, iniciar as intervenções mais diretas com a BA e, diante das melhoras clínicas, fazer a manutenção dos ganhos terapêuticos em seguimento com intervenções mais reflexivas baseadas na ACT; e 4) promover a BA de forma mais reflexiva, integrando componentes da ACT para clientes mais resistentes a seguir regras do terapeuta.

Referências

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. (2020). *Ativação comportamental na depressão*. Manole.
- Afaq, S., Uphoff, E., Borle, A. L., Brown, J. V. E., Coales, K., Dawson, S., Elduma, A. H., Iqbal, M., Jarde, A., Koly, K. N., Murthy, N. S., Rahman, F. N., Rajan, S., Rana, R., Rawal, T., Siddiqi, N., & Zavala, G. A. (2021). Behavioural activation therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 11, <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD015026>
- Andery, M.A.P., Micheletto, N., & Sérgio, T.M.A.P. (2001) Análise Funcional na Análise do Comportamento. Em: Guilhardi, H. J., Madi, B. P. M., Queiroz, P., & Scoz, M. C. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição, vol.8* (pp. 148-157). Esetec.
- Areán, P. A., & Kraemer, H. C. (2013). *High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. Oxford University Press.
- A-Tjak, J. G. L., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. (2021). One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression. *BMC Psychiatry*, 21, 41. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2019). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Banaco, R. A. (1999). O acesso a eventos encobertos na prática clínica: um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2) 135-142. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v1n2/v1n2a04>
- Bittencourt, A. C. de C. P., Araripe, N. B., de Almeida Neto, E. C., Rodrigues, M. E., & Pacheco, J. E. de C. (2015). *Depressão - Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental*. Juruá Editora.
- Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2012). *Clínica Analítico-Comportamental: Aspectos Teóricos e Práticos*. Artmed.
- Bunyathikan, T., Soonthornchaiya, R., & Charernboon, T. (2020). The effects of an acceptance and commitment therapy program on the

- depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(2), 118–131.
- Colombo, D., Suso-Ribera, C., Ortigosa-Beltran, I., Fernández-Álvarez, J., García-Palacios, A., & Botella, C. (2022). Behavioral Activation through virtual reality for depression: A single case experimental design with multiple baselines. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1262. <https://doi.org/10.3390/jcm11051262>
- 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 and Mental Health*, 21, 766–773. doi:10.1080/13607863.2016.1156051
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubley, S. (2016). Ativação comportamental para depressão. Em: Barlow, D. H. (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. (pp. 352 – 392). Artmed.
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for Behavior Analysts*. Routledge.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857 – 870. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0035605>
- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K., & Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 43, 341–354.
- Funderburk, J. S., Pigeon, W. R., Shepardson, R. L., Wade, M., Acker, J., Fivecoat, H., Wray, L. O., & Maisto, S. A. (2021). Treating depressive symptoms among veterans in primary care: A multi-site RCT of brief behavioral activation. *Journal of Affective Disorders*, 15 (283) 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.033>
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0200-5>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181 – 192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Guilhardi, H. J. (2017). *Análise Funcional e Análise de Contingências de Reforçamento*. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Campinas, SP.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2, 86–94. doi:10.1007/s12671-011-0046-5
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: what the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33(5), 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. Sinopsys.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Emily Sandoz, E., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172–183
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. (2ª ed.). Guilford.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6) 1152-1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Huibers, M. J. H., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. J. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLOS One*, 10(11), e 0140771. doi:10.1371/journal.pone.014077
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A componente analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2) 295 – 304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>
- Janssen, N. P., Hendriks, G., Sens, R., Lucassen, P., Voshaar, R. C. O., Ekers, D., Marwijk, H., Spijker, J., & Bosmans, J. E. (2024). Cost-effectiveness of behavioral activation compared to treatment as usual for depressed older adults in primary care: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 350, 665-672. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.109>
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the treatment of depression: description and comparison. *The Behavior Analyst*, 29(2) 161 - 185. <https://doi.org/10.1007%2F03392129>
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2022). *Ativação comportamental*. Sinopsys Editora.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6) 608 – 620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Lappalainen, R., Lappalainen, P., Puolakanaho, A., Hirvonen, R., Eklund, K., Ahonen, T., & Kiuru, N. (2021). The Youth Compass—the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program to promote adolescent mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 1–12. doi:10.1016/j.jcbs.2021.01.007
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). *Ten years revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: revised treatment manual*. SAGE Publications.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261 – 268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., & Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1016–1030. doi:10.1007/s10826-014-9912-9
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapist* (pp. 9-22). New Harbinger Publications.
- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2022). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. The Guilfor Press.
- Martin, G. & Pear, J. (2018). *Modificação de Comportamento: O que é e como fazer*. Editora Roca.
- Martínez-Vispo, C., López-Durán, A., Senra, C., Rodríguez-Cano, R., Del Río, E. F., & Becoña, E. (2019). Behavioral activation and smoking cessation outcomes: the role of depressive symptoms. *Addictive Behaviors*, 102, 106183, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106183>
- McCauley, E., Schloredt, K. A., Gudmundsen, G. R., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2016). *Behavioral Activation with Adolescents: A Clinician's Guide*. Guilford Publications.
- Miltenberger, R. G. (2019). *Modificação do Comportamento: Teoria e Prática*. Cengage Aprendizagem.
- Ming, S., Gould, E., & Fiebig, J. H. (2023). *Understanding and Applying Relational Frame Theory: Mastering the Foundations of Complex Language in Our Work and Lives as Behavior Analysts*. Context Press.
- Moffett, B. D., Pozuelo, J. R., Heerden, A., O'Mahen, H. A., Craske, M., Sodi, T., Lund, C., Orkin,

- K., Kilford, E., Blakemore, S., Mahmud, M., Musenge, E., Davis, M., Makhanya, Z., Baloyi, T., Mahlangu, D., Chierchia, G., Fielman, S. L., Gómez-Olivé, X., Valodia, I., Tollman, S., Kanh, K., & Stein, A. (2022). Digital delivery of behavioural activation therapy to overcome depression and facilitate social and economic transitions of adolescents in South Africa (the DoBA study). *BMJ Open*, 12, e065977. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065977>
- Oshiro, C. K. B., & Ferreira, T. A. S. (2021). *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica*. Manole.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2) 97 – 110. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1474.pdf>
- Pérez-Álvarez, M. (2010). Desenredamento autor-reflexivo e ativação comportamental: chaves para a terapia. *Boletim Contexto*, 32, 9-13. <https://abpmc.org.br/wp-content/uploads/2021/11/14053688553a7a2cb439.pdf>
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generacion como terapias contextuales*. Síntesis.
- Regis Neto, D. M., Corrêa, B. M. G., & Banaco, R. A. (2021). Ativação comportamental na depressão. In: Sociedade Brasileira de Psicologia, R. Gorayeb, M. C. Miyazaki & M. Teodoro (Orgs.), *PROPSICO Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 5* (pp. 49–88). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3). <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-327-4.C0002>
- Reynolds, S., Pass, L., & Pimas, M. (2020). *Brief Behavioural Activation for Adolescent Depression: A Clinician's Manual and Session-by-Session Guide*. Jessica Kingsley Publishers.
- Samaan, M., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Pontow, I. M., Kenneth Pakenham, K., & Fydrich, T. (2020). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*, 31(3), 372–385. doi:10.1080/10503307.2020.1802080
- Sapolsky, R. M. (2021). *Comporte-se: A biologia humana em nosso melhor e pior*. Companhia das Letras.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequência. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129–137.
- Sturmey, P. (2020). *Functional Analysis in Clinical Treatment*. Academic Press.
- Szabo, T. G., & Tarbox, J. (2023). *ACT and Applied Behavior Analysis: A Practical Guide to Ensuring Better Behavior Outcomes Using Acceptance and Commitment Training*. New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Biglan, T. (Eds.). *Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254–272). Chichester: John Wiley & Sons.
- Toscano, M. P., Macchione, A. C., & Leonardi, J. L. (2019). O uso da análise funcional na literatura brasileira de terapia comportamental: uma revisão teórico-conceitual. *Revista Perspectivas*, 10(01), 98-113.
- Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (2023). *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25–31. doi:10.1016/j.brat.2015.08.012
- Wilson, D. S., & Hayes, S. C. (2018). *Evolution and contextual behavioral science: An integrated framework for understanding, predicting, and influencing human behavior*. Oakland: Context Press.
- Zettle, R. D. (2011). *ACT for depression: A clinician's guide to using Acceptance & Commitment Therapy in treating depression*. New Harbinger.

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 02/12/2024

Editora Associada: Jocelaine Silveira

Propriedades físicas comuns e funções apetitivas aumentativas no efeito da metáfora: uma replicação sistemática

Common physical properties and augmental functions in metaphor effect: a systematic replication

Beatriz Galli, Cassia Roberta da Cunha Thomaz

Título abreviado: Efeito de propriedades físicas e apetitivas na metáfora | **Endereço para correspondência:** Rua Antônio Sartori, 1000, lote 65. Mailasqui. São Roque/SP | **Email:** beatrizgalli.b@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.010

Resumo: Metáforas são amplamente utilizadas por psicoterapeutas, como na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Pesquisas experimentais recentes buscam investigar quais características específicas da metáfora contribuiriam para a mudança de comportamento das pessoas. Esse estudo visou replicar o experimento de Sierra, Ruiz, Flórez, Riaño-Hernández, & Luciano (2016), com objetivo de avaliar a sua replicabilidade em verificar o efeito de duas variáveis de uma metáfora no aumento de tolerância à dor: a) a presença de propriedades físicas comuns entre a experiência do indivíduo e a metáfora, e b) a especificação de funções apetitivas aumentativas no conteúdo da metáfora. Oitenta e um participantes foram expostos a uma tarefa de pressor a frio. Posteriormente, os participantes foram distribuídos aleatoriamente em quatro protocolos experimentais consistindo de uma metáfora que incluía: (a) propriedades físicas comuns e funções apetitivas aumentativas, (b) apenas propriedades físicas comuns, (c) apenas funções apetitivas aumentativas e (d) nenhuma dessas variáveis. Em seguida, os participantes foram reexpostos à tarefa de pressor a frio. Os resultados demonstraram que somente a especificação das funções apetitivas aumentativas apresentou um aumento significativo da tolerância à dor na tarefa experimental. Tais achados indicam uma discrepância em relação ao estudo original, em que ambas as variáveis exerceram um efeito relevante na tolerância à dor.

Palavras-chave: metáfora; ACT; teoria das molduras relacionais; replicação.

Abstract: Metaphors are widely used by psychotherapists, such as in Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Recent experimental research seeks to investigate which specific characteristics of the metaphor would contribute to behavior change in individuals. This study aimed to replicate the experiment by Sierra, Ruiz, Flórez, Riaño-Hernández, & Luciano (2016) with the goal of evaluating its replicability in assessing the effect of two variables in a metaphor on increasing pain tolerance: a) the presence of common physical properties between the individual's experience and the metaphor, and b) the specification of appetitive augmental functions in the metaphor content. Eighty-one participants were exposed to a cold pressor task. Subsequently, the participants were randomly assigned to four experimental protocols consisting of a metaphor that included: (a) common physical properties and appetitive augmental functions, (b) only common physical properties, (c) only appetitive augmental functions, and (d) none of these variables. Then, the participants were re-exposed to the cold pressor task. The results demonstrated that only the specification of appetitive augmental functions showed a significant increase in pain tolerance in the experimental task. These findings indicate a discrepancy compared to the original study, where both variables had a relevant effect on pain tolerance.

Keywords: metaphor; ACT; relational frame theory; replication.

Introdução

Metáforas são amplamente utilizadas na prática clínica por psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas, com diferentes objetivos. Uma das funções de uma metáfora pode ser a promoção de mudança comportamental, uma vez que são úteis para ajudar clientes a compreender e integrar conceitos complexos de forma mais acessível. Elas devem ser utilizadas por terapeutas de forma ativa e consciente levando em consideração o contexto em que estão inseridas (Törneke, 2017).

Uma das áreas de estudo que se debruça sobre esse tema é a Teoria das Molduras Relacionais - RFT (Hayes et al., 2001), uma proposta analítico-comportamental de compreensão da linguagem e cognição. Essa teoria considera que a linguagem surge a partir da relação arbitrária entre estímulos e explica como essas relações podem alterar as suas funções. Seu objetivo é estudar o comportamento operante de estabelecer relações arbitrárias, denominado “responder relacional arbitrariamente aplicado” (RRAA).

O RRAA é um comportamento operante que consiste em relacionar estímulos independentemente de contingências diretas ou de suas propriedades físicas. Essa forma de relacionar estímulos é governada por dicas contextuais, que são estabelecidas socialmente e especificam o tipo de relação entre os estímulos, sendo elas de: coordenação (“é”, “é como”), distinção (“é diferente de”), comparação (“é melhor que”, “é pior que”), oposição (“é o oposto de”), hierarquia (“uma parte de”), causalidade (“se... então”), temporal (antes/depois), espacial (“em frente a”, “em cima de”) e relações dêiticas (eu/você, aqui/lá) (Törneke, 2010). Esse tipo de responder permite a derivação de múltiplas relações entre os estímulos, e esse conjunto de relações arbitrárias é chamado de rede relacional (Perez, et al. 2013).

Na perspectiva da RFT, uma metáfora é definida como um estímulo ou evento que apresenta uma relação de equivalência entre relações (Foody et al., 2014). Segundo Törneke (2017), uma metáfora é caracterizada pelos seguintes componentes: (1) duas redes relacionais - uma é chamada de “fonte”, enquanto a outra é chamada “alvo” -, (2) uma relação de coordenação entre essas redes, (3) a rede re-

lacional que constitui a “fonte” contém uma relação direta de natureza mais saliente ou óbvia do que a da rede relacional que forma o “alvo” e, então, (4) a função do “alvo” é transformada.

No exemplo da metáfora “João e Maria são como carne e unha”. A relação entre carne e unha é a fonte da metáfora. Nessa expressão, a relação presumida é a de proximidade ou intimidade. Essa é uma relação direta (não arbitrária) baseada nas propriedades físicas entre unha e carne. A relação que o ouvinte da metáfora já conhece sobre a sua fonte é então estabelecida para o alvo: João e Maria. Isso ocorre a partir de uma dica contextual arbitrária na forma de “são como” e a relação entre João e Maria, previamente desconhecida, é transformada e adquire as mesmas funções de proximidade da relação entre carne e unha.

Nesse caso, uma relação (entre carne e unha) é coordenada com outra (entre João e Maria) e a fonte da metáfora demonstra uma relação de proximidade. Mas, relações diferentes podem ser estabelecidas, como por exemplo, João e Maria são como cão e gato. De novo, duas relações são coordenadas (a relação entre cão e gato de um lado e a relação entre João e Maria do outro). Mas aqui, a fonte da metáfora contém uma relação conhecida de conflito. E então, essa é a relação estabelecida para João e Maria.

Como explicitado acima em (3) a rede relacional que constitui a “fonte” contém uma relação direta de natureza mais saliente do que a da rede relacional que forma o “alvo”, logo, as metáforas são unidirecionais no sentido de que a relação estabelecida na rede relacional fonte (carne e unha ou cão e gato) é de natureza mais óbvia, diferentemente da relação alvo (João e Maria) até então desconhecida. Ou seja, é possível dizer que unha e carne são como João e Maria, mas a metáfora ficaria sem sentido, já que a relação de similaridade entre João e Maria não adiciona nenhuma informação nova à relação entre carne e unha que, sendo previamente conhecida, é mais saliente.

Segundo Törneke (2017), metáforas devem ser usadas de forma intencional na prática clínica. O alvo da metáfora deve ser um fenômeno que tenha uma função importante para o cliente e uma área que o psicoterapeuta deseja influenciar, e sua fonte deve corresponder a características essenciais

do alvo. Além disso, a fonte da metáfora deve ser escolhida de modo que o cliente reconheça suas próprias experiências nela. Para isso, é necessário ajustar o conteúdo da metáfora de forma que sua fonte seja adequada à história de aprendizagem e ao contexto cultural do cliente.

Pesquisas experimentais recentes buscam investigar quais características específicas da metáfora contribuiriam para a mudança de comportamento das pessoas. Em 2016, Sierra, Ruiz, Flórez, Riaño-Hernández e Luciano realizaram um estudo experimental para analisar o efeito de duas variáveis no efeito da metáfora na promoção de flexibilidade psicológica: a) a presença de propriedades físicas comuns entre a experiência do indivíduo e a metáfora, e b) a especificação de funções apetitivas aumentativas no conteúdo da metáfora. Oitenta e três participantes foram expostos à uma tarefa de pressor a frio, que consistiu em imergir a mão direita em água fria entre 4,5 e 5,5 graus celsius, antes e depois de escutarem a quatro protocolos nos quais a presença ou ausência das variáveis citadas acima foram manipuladas. Os resultados demonstraram que ambas as variáveis tiveram um efeito estatístico significativo na tolerância à dor. Demonstraram também que descrever propriedades físicas comuns à da metáfora teve um efeito de aumentar a tolerância à dor, mesmo quando as funções apetitivas aumentativas não foram especificadas.

Criollo, Díaz-Muelle, Ruiz e Garcia-Martin, em 2018, realizaram um estudo experimental para avaliar o efeito de propriedades físicas comuns no contexto de múltiplos exemplares de metáforas funcionalmente equivalentes. Oitenta e quatro participantes foram expostos a uma tarefa de pressor a frio, antes e depois de escutarem a quatro protocolos que continham: (a) três metáforas funcionalmente equivalentes com propriedades físicas comuns à dor dos participantes, (b) três metáforas funcionalmente equivalentes sem propriedades físicas comuns, (c) uma metáfora com propriedades físicas comuns que foi repetida três vezes, e (d) uma metáfora sem propriedades físicas comuns que foi repetida três vezes. A análise dos dados mostrou que a presença de propriedades físicas comuns foi a única variável associada ao aumento da tolerância à dor, independentemente do número de metáforas propostas.

Uma replicação do estudo realizado por Sierra et al. (2016) foi conduzida por Pendrous, Hulbert-Williams, Hochard e Hulbert-Williams, em 2020, com oitenta e nove participantes. Os autores não encontraram mudança estatisticamente relevante na tolerância à dor, após a intervenção, em qualquer condição, colocando a importância das duas variáveis testadas (i.e., a presença de propriedades físicas comuns entre a experiência do indivíduo e a metáfora e a especificação de funções apetitivas aumentativas) como objetos de debate, por contrariar os resultados da pesquisa original.

Em 2021, Ramírez, Ruiz, Peña-Vargas e Bernal realizaram um estudo experimental visando analisar o efeito de dois componentes envolvidos na entrega experiencial de metáforas em psicoterapia. O primeiro componente foi apresentar a metáfora pedindo ao indivíduo que se imaginasse como protagonista da história em vez de apresentar a metáfora na terceira pessoa (Eu vs. Outro). O segundo componente foi a inclusão de pistas verbais que estimulassem a elaboração relacional das regras derivadas do conteúdo da metáfora versus a não inclusão dessas pistas (Elaboração vs. Não Elaboração). O efeito desses componentes foi testado em oitenta e quatro participantes, que foram expostos a uma tarefa de pressor a frio antes e depois de serem designados a quatro protocolos, que consistiam na mesma metáfora apresentada de quatro maneiras ligeiramente diferentes. O protocolo da Condição A envolvia uma metáfora com o Eu e a Elaboração, a Condição B envolvia o Eu e nenhuma elaboração, a Condição C envolvia Outro e a Elaboração, e a Condição D envolvia Outro e nenhuma elaboração. A Condição A apresentou maior aumento percentual na tolerância à dor. Ou seja, a conclusão do estudo foi a de que a introdução de metáforas pedindo ao indivíduo que se imagine como protagonista da história e fornecendo estímulos para a elaboração relacional, poderia aumentar o efeito terapêutico da metáfora.

Em 2022, Shima, Tsuda, Hashiguchi e Muto investigaram o impacto do ajuste do contexto cultural no efeito das metáforas. O estudo conduziu uma investigação do efeito de metáforas ajustadas que refletiam o contexto cultural em pessoas de uma cultura diferente daquele em que a metáfo-

ra foi criada. As taxas de aumento do tempo de tolerância à dor em uma tarefa de pressor a frio foram comparadas entre três grupos: (a) ajustado (metáfora ACT ajustada para a cultura japonesa; $n = 12$); (b) traduzido (metáfora ACT traduzida literalmente de um livro didático; $n = 12$); e (c) controle (sem metáfora; $n = 11$). A análise revelou que o grupo (a), em que a metáfora foi ajustada, apresentou uma taxa de aumento em comparação com outros grupos com tamanhos de efeito grandes. Uma análise adicional revelou que 33,33% dos participantes apresentaram aumento no grupo ajustado, enquanto somente 8,33% dos participantes demonstraram aumento significativo no grupo traduzido. Aqueles que apresentaram aumento significativo foram participantes com traços elevados de mindfulness. Portanto, o resultado sugeriu que o ajuste da metáfora levando em conta o contexto cultural é um fator que pode aumentar o efeito das metáforas e a atenção plena pode moderar tal efeito.

Dada a relevância do tema e o fato de que as replicações são essenciais para o desenvolvimento teórico a partir da confirmação e não confirmação dos resultados (Brandt et al., 2014), o presente estudo realizou uma nova replicação de Sierra et al. (2016), tendo como objetivo avaliar a reprodutibilidade de seus achados. Ainda, as divergências entre os achados realizados por Sierra et al. (2016) e Pendrous et al. (2020) parecem tornar a discussão deste estudo importante.

Método

Participantes

Participaram do presente estudo 81 pessoas, sendo 48 mulheres e 33 homens, maiores de 18 anos, com idades entre 18 e 75 anos, sendo que nenhuma delas teve experiência prévia com os procedimentos. Os participantes foram convidados diretamente pela pesquisadora, primeira autora e constituem, portanto, uma amostra por conveniência. Os critérios de exclusão foram: pessoas que possuíssem problemas cardíacos, respiratórios, ou pessoas que possuíssem hipertensão, diabetes, epilepsia, dor crônica ou lesões recentes, pois a tarefa experimental poderia lhes causar reações adversas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Foi entregue a cada um dos participantes, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a finalidade de possibilitar aos sujeitos o mais amplo esclarecimento sobre a investigação a ser realizada, seus riscos e benefícios, para que a sua manifestação de vontade no sentido de participar (ou não), fosse efetivamente livre e consciente. Além disso, foi esclarecido que caso houvesse algum desconforto maior durante o experimento, a pesquisadora se encarregaria de encaminhar o participante para onde este desejasse.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie com protocolo de número 129646/2017 e pela Plataforma Brasil, com parecer de número 2.397.484.

Experimento e Variáveis

Este estudo seguiu o modelo de experimento fatorial 2×2 . As variáveis independentes foram: (a) A presença ou ausência de propriedades físicas comuns com o desconforto experienciado numa tarefa na qual a pessoa deveria mergulhar a mão em um recipiente com água gelada (tarefa de pressor-frio), e (b) a presença ou ausência de funções apetitivas aumentativas (reforçadoras) no conteúdo da metáfora contada (i.e., um valor pessoal). A combinação dessas duas variáveis independentes levou a quatro condições experimentais:

- A metáfora da Condição A envolveu uma metáfora que incluiu propriedades físicas comuns ao desconforto e funções apetitivas aumentativas especificadas para tolerar a dor.
- A metáfora da Condição B incluiu somente propriedades físicas comuns.
- A metáfora da Condição C incluiu somente a especificação de funções apetitivas aumentativas para tolerar a dor.
- A metáfora da Condição D não incluiu nenhum desses componentes.

A principal variável dependente foi a tolerância à dor, medida pela porcentagem de tempo que ela foi tolerada no pós-teste (t_2) em relação ao pré-teste (t_1), calculada da seguinte forma: $t_2 \times 100 / t_1$.

Os escores foram computados assim pelo fato da tarefa de pressor a frio ser conhecida pela variabilidade na resposta dos participantes e essa forma de fazer escores pode induzir a confusões, pois a diferença de 10 segundos não é a mesma para um participante que tolerou a tarefa por 100 segundos do que para um que tolerou por 10 segundos. Uma segunda variável dependente foi a percepção da dor como medida pelo escore diferencial entre o pré-teste e o pós-teste (score diferencial= pós-teste - pré-teste).

Os participantes foram distribuídos aleatoriamente às condições experimentais com a única condição de manter a proporção entre homens e mulheres (12 mulheres e 8 homens em cada condição), porque pesquisas anteriores mostraram diferenças entre os gêneros na performance da tarefa do pressor-frio (Keogh, et al., 2005; Pokhrel, Malik, Ansari, Paudel, Sinha & Sinha, 2014 apud Sierra et al., 2016).

Configurações e Aparelhos

As sessões foram conduzidas individualmente em uma sala equipada com mesa, cadeiras, fones de ouvido conectados a um tablet, um recipiente de 30x20x20 cm, contendo água com gelo, onde os participantes colocaram as mãos. Um termômetro digital foi colocado no recipiente para controlar a temperatura da água.

Tarefa Experimental

A tarefa do pressor a frio foi usada como a tarefa experimental. Essa técnica consiste na imersão da mão ou do antebraço em água fria para induzir dor, provocando uma sensação dolorosa progressiva que cessa ao retirar o membro da água. Ela tem sido amplamente usada em estudos médicos e psicológicos devido à sensação que produz nos participantes, análoga a condições de dor crônica e sofrimento psicológico contínuo. Foi proposto aos participantes que colocassem a mão direita no pré-teste até o punho na caixa com água a 4,5 a 5,5 graus Celsius, assim como na pesquisa original.

Foi pedido aos participantes pela pesquisadora que deixassem a mão na água o máximo de tempo que conseguissem e dito que poderiam tirar a mão a qualquer momento que quisessem. A tolerância à dor foi medida pelo tempo total que os participan-

tes ficaram com a mão na água. Os participantes que ficassem com a mão na água por mais de 300 segundos foram excluídos de participações futuras no estudo, pois teriam atingido a tolerância à dor máxima admitida por razões éticas.

Os quatro primeiros participantes (o primeiro de cada condição) colocaram a mão direita nos dois momentos da tarefa do pressor-frio, assim como foi feito na pesquisa original. No entanto, todos se queixaram do fato de colocar a mesma mão, afirmando que provavelmente a diferença de tolerância à dor (aumentando-a ou diminuindo-a) poderia ter sido influenciada por esse motivo. Por isso, a partir do quinto participante, lhes foi pedido que colocassem primeiramente a mão direita e depois a esquerda. Parece relevante pontuar que essa mudança não foi realizada na pesquisa original; foi um procedimento exclusivo desse experimento. É importante informar também que apenas um participante foi excluído da pesquisa, por ter excedido os 300 segundos na segunda fase do estudo.

Instrumentos

Auto relatos de dor durante a tarefa do pressor-frio. Depois de cada exposição à tarefa do pressor-frio, os participantes foram questionados o quão intensa foi a dor induzida em uma escala de zero a dez, sendo zero a ausência total de dor e dez uma dor extrema.

Avaliação de compreensão do protocolo. Para garantir o entendimento do protocolo, foram feitas as seguintes perguntas: (a) Onde a história acontece?, (b) Como era a água na história?, (c) O que você sentiria se nadasse para o outro lado?, E (d) O que você obteria se nadasse até o outro lado?

Protocolo A

Este protocolo apresenta uma metáfora envolvendo propriedades físicas comuns com o desconforto experienciado durante a tarefa do pressor-frio e a especificação de consequências para tolerá-lo. Após a introdução, a gravação seguia dizendo:

“Imagine que você está na beira de um grande pântano. O outro lado do pântano é muito lon-

ge e você levaria alguns minutos para chegar. Tente imaginar que do outro lado do pântano esteja a coisa mais importante para você, uma coisa que você sonha, que mais te excita e faz você vibrar. Pense por alguns segundos como seria estar do outro lado do pântano e a emoção que te levaria a ir até lá (pausa de 30 segundos). A água do pântano é muito gelada e quando você olha para o outro lado, você percebe que a única maneira de atravessar o pântano é a nado. Você levaria cinco minutos para chegar do outro lado. Quanto mais você nada no pântano, mais frio você sentiria, mas você saberia que estaria mais perto dessa coisa que é tão importante para você. Você também saberia que o frio é algo que você sentiria momentaneamente, é uma coisa desconfortável que faria sentido sentir por alguns minutos, porque do outro lado está a coisa mais importante para você. Por favor, permita-se imaginar o sentimento que você teria nadando no pântano enquanto estivesse indo para o outro lado e o sentimento que você teria vendo o outro lado ficar mais próximo (Pausa de 15 segundos). O que você escolheria fazer? Você ficaria na beira do pântano ou pularia na água e nadaria apesar do desconforto do frio? (Pausa de 10 segundos)”.

Protocolo B

Este protocolo apresenta uma metáfora envolvendo propriedades físicas comuns sem especificação de consequências para tolerá-lo. A gravação diz: “Imagine que você está na beira de um grande pântano. O outro lado do pântano é muito longe e você levaria alguns minutos para chegar. Do outro lado do pântano tem uma paisagem exatamente igual à que você está vendo do seu lado. Pense por alguns segundos como seria estar do outro lado do pântano e a emoção que te levaria a ir até lá (pausa de 30 segundos). A água do pântano é muito gelada e quando você olha para o outro lado, você percebe que a única maneira de atravessar o pântano é a nado. Você levaria cinco minutos para chegar do outro lado. Quanto mais você nada no pântano, mais frio você sentiria, mas você saberia que você estaria muito mais perto do outro lado. Você

também saberia que o frio é algo que você sentiria momentaneamente, é uma coisa desconfortável que faria sentido sentir por alguns minutos. Por favor, permita-se imaginar o sentimento que você teria nadando no pântano enquanto estivesse indo para o outro lado e o sentimento que você teria vendo o outro lado ficar mais próximo (Pausa de 15 segundos). O que você escolheria fazer? Você ficaria na beira do pântano ou pularia na água e nadaria apesar do desconforto do frio? (Pausa de 10 segundos)”.

Protocolo C

Este protocolo apresenta uma metáfora que especifica consequências apetitivas para tolerar a dor sem propriedades físicas comuns ao desconforto experienciado durante a tarefa do pressor-frio. A gravação seguia dizendo: “Imagine que você está na beira de um grande pântano. O outro lado do pântano é muito longe e você levaria alguns minutos para chegar. Tente imaginar que do outro lado do pântano esteja a coisa mais importante para você, uma coisa que você sonha, que mais te excita e faz você vibrar. Pense por alguns segundos como seria estar do outro lado do pântano e a emoção que te levaria a ir até lá (pausa de 30 segundos). A água do pântano é grossa, nojenta e tem cheiro de esgoto e quando você olha para o outro lado, você percebe que a única maneira de atravessar o pântano é a nado. Você levaria cinco minutos para chegar do outro lado. Quanto mais você nada no pântano, mais você sentirá o cheiro e terá nojo, mas você saberia que estaria mais perto dessa coisa que é tão importante para você. Você também saberia que o nojo é algo que você sentiria momentaneamente, é uma coisa desconfortável que faria sentido sentir por alguns minutos, porque do outro lado está a coisa mais importante para você. Por favor, permita-se imaginar o sentimento que você teria nadando no pântano enquanto estivesse indo para o outro lado e o sentimento que você teria vendo o outro lado ficar mais próximo (Pausa de 15 segundos). O que você escolheria fazer? Você ficaria na beira do pântano ou pularia na água e nadaria apesar do desconforto e do nojo? (Pausa de 10 segundos)”.

Protocolo D

Este protocolo apresenta a metáfora sem propriedades comuns e sem especificar consequências apetitivas para tolerar a dor. A gravação diz: “Imagine que você está na beira de um grande pântano. O outro lado do pântano é muito longe e você levaria alguns minutos para chegar. Do outro lado do pântano tem uma paisagem exatamente igual à que você está vendo do seu lado. Pense por alguns segundos como seria estar do outro lado do pântano e a emoção que te levaria a ir até lá (pausa de 30 segundos). A água do pântano é grossa, nojenta e tem cheiro de esgoto e quando você olha para o outro lado, você percebe que a única maneira de atravessar o pântano é a nado. Você levaria cinco minutos para chegar do outro lado. Quanto mais você nada no pântano, mais você sentiria o cheiro e teria mais nojo, mas você saberia que você estaria muito mais perto do outro lado. Você também saberia que o nojo é algo que você sentiria momentaneamente, é uma coisa desconfortável que você sentiria por alguns minutos. Por favor, permita-se imaginar o sentimento que você teria nadando no pântano enquanto estivesse indo para o outro lado e o sentimento que você teria vendo o outro lado ficar mais próximo (Pausa de 15 segundos). O que você escolheria fazer? Você ficaria na beira do pântano ou pularia na água e nadaria apesar do desconforto e do nojo? (Pausa de 10 segundos)”.

Procedimento

As sessões experimentais foram conduzidas individualmente, sempre pela mesma pesquisadora, e tiveram duração de aproximadamente 20 minutos, distribuídas em quatro fases:

Fase 1: Medidas pré-experimentais

Os primeiros minutos foram usados para obter medidas pré-teste, as quais foram precedidas por um consentimento para excluir participantes que possuísem algum histórico médico incompatível com a tarefa do pressor-frio. Além disso, foi entregue nessa fase o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), com a finalidade de possibilitar aos sujeitos o mais amplo esclarecimento sobre a investigação a ser realizada, seus riscos e benefícios, para que a sua manifestação de vontade no sentido de participar (ou não), fosse efetivamente livre e consciente.

Fase 2: Pré-teste da tarefa do pressor-frio

Os participantes foram primeiro expostos à tarefa do pressor a frio acompanhados da pesquisadora. Os participantes receberam a seguinte orientação: “Insira sua mão direita até o pulso e deixe-a o máximo de tempo possível. Lembre-se que você pode retirá-la a qualquer momento”. A pesquisadora mediu com um cronômetro o tempo desde que o participante colocou a mão até o momento em que a retirou. No final da exposição, os participantes foram solicitados a responder qual a intensidade de dor percebida em uma escala de zero a dez.

Fase 3: Protocolos

Os participantes foram selecionados aleatoriamente para uma das quatro condições experimentais. Eles foram solicitados a sentar e ouvir os protocolos através de um fone de ouvido. Depois de ouvir o protocolo, lhes foram feitas as quatro perguntas breves sobre a história que eles ouviram.

Fase 4: Pós-teste da tarefa do pressor-frio

Os participantes foram convidados a realizar a tarefa de pressor a frio novamente sendo orientados a inserir a mão esquerda até o pulso, mantê-la pelo máximo de tempo possível e informados de que poderiam retirá-la a qualquer momento. No final da exposição, foi solicitado que indicassem a intensidade de dor percebida em uma escala de zero a dez. Após isso, lhes foi dito sobre os objetivos do experimento. As fases do experimento são explicados na Fig 1.

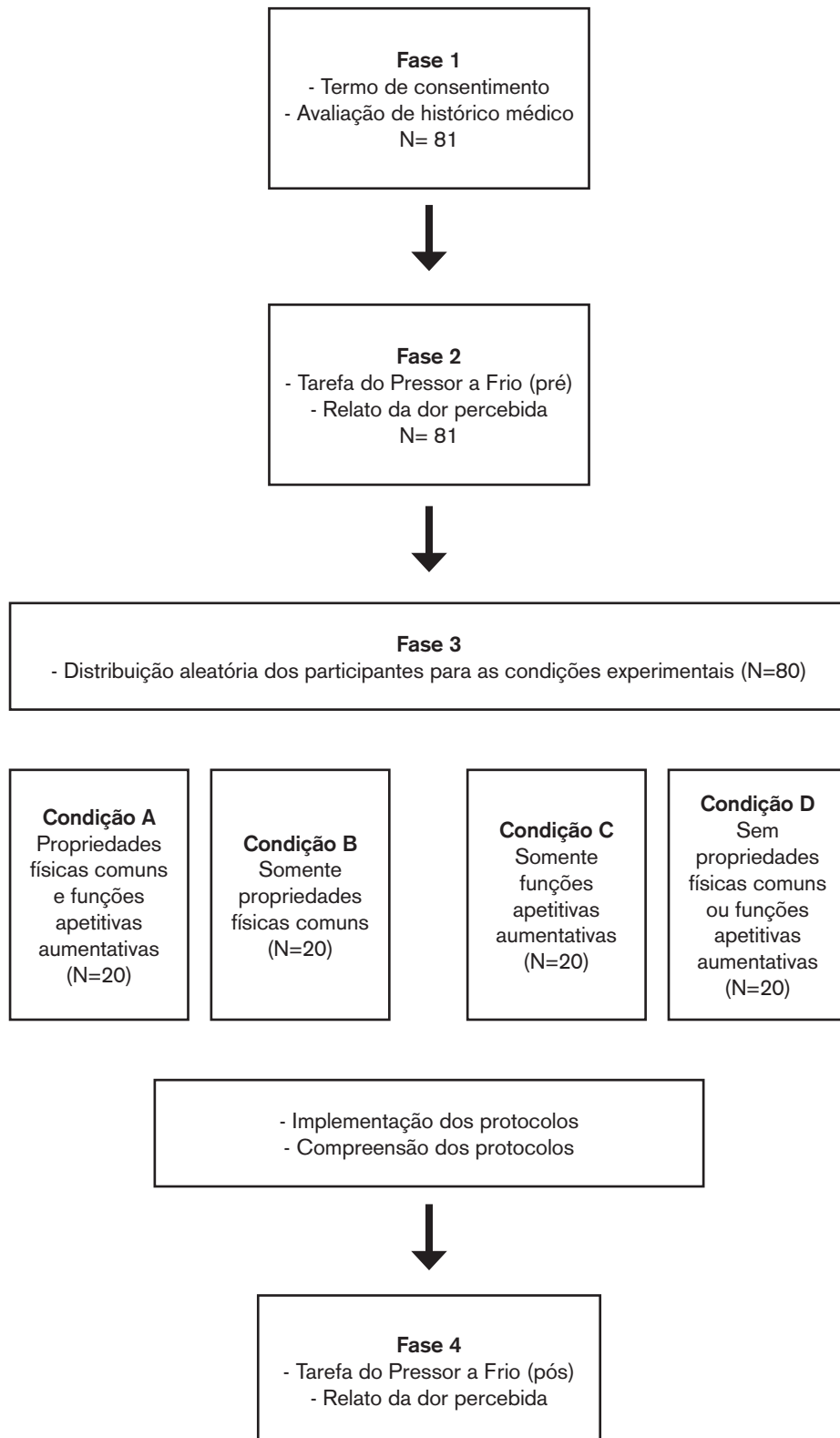


Fig 1: Visão geral das fases do procedimento experimental.

Análise de dados

Realizou-se uma réplica, em termos de análise estatística, do estudo realizado por Sierra et al. (2016).

Primeiramente foi conduzida a análise de Variância com um fator (one-way ANOVA) para a comparação das medidas de tolerância à dor e de dor percebida no pré-teste. Foi avaliado se as variâncias eram homogêneas entre os grupos. Quando não foi verificada a homogeneidade, realizou-se o ajuste a partir do teste de Brown-Forsythe (BF).

Assim como no estudo realizado por Sierra et al (2016), foi constatada a presença de outliers no percentual de tempo de tolerância à dor no pós-teste em relação ao pré-teste. Optou-se por considerá-los de acordo com o estudo original. Logo, em cada condição experimental, foram retirados quatro participantes: os dois com maiores e menores melhoras no percentual de tempo.

Em seguida, foi utilizada a Análise de Variância com dois fatores (Two-way ANOVA) para avaliar os efeitos diferenciais dos protocolos. Foi avaliada a influência de cada variável independente e o percentual de variância total da variável dependente (medidas de interesse) que é atribuído a cada variável. Para tal foi, apresentado o valor Eta-quadrado (η^2). Valores menores a 0,01, 0,06 e 0,14 representam respectivamente valores peque-

nos, médios e altos, conforme descrito no artigo de Sierra et al (2016). Também, foi verificado se houve existência de interação nos resultados, ou seja, comportamentos diferenciados em função de outra variável. Por fim, os tamanhos de efeito foram calculados entre as condições através do efeito d de Cohen, com o intuito de mostrar uma medida relativa entre duas condições. As medidas de efeito de Cohen podem ser interpretadas como pequeno efeito ($d = 0.2 - 0.49$), médio ($d = 0.5 - 0.8$) e grande (d maior que 0.8).

Para todas as comparações, foi considerado um nível de significância de 5%. Desta forma, foi considerado haver influência das variáveis independentes nas medidas de interesse (tempo de melhora e mudança na dor) quando $p\text{-valor} < 0,05$.

Resultados

A comparação das variáveis no pré-teste, utilizando a Análise de Variância com um fator (One-way ANOVA), revelou que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos nem com relação ao tempo de tolerância à dor, nem com relação à dor percebida.

A performance dos participantes pode ser observada na Fig 2.

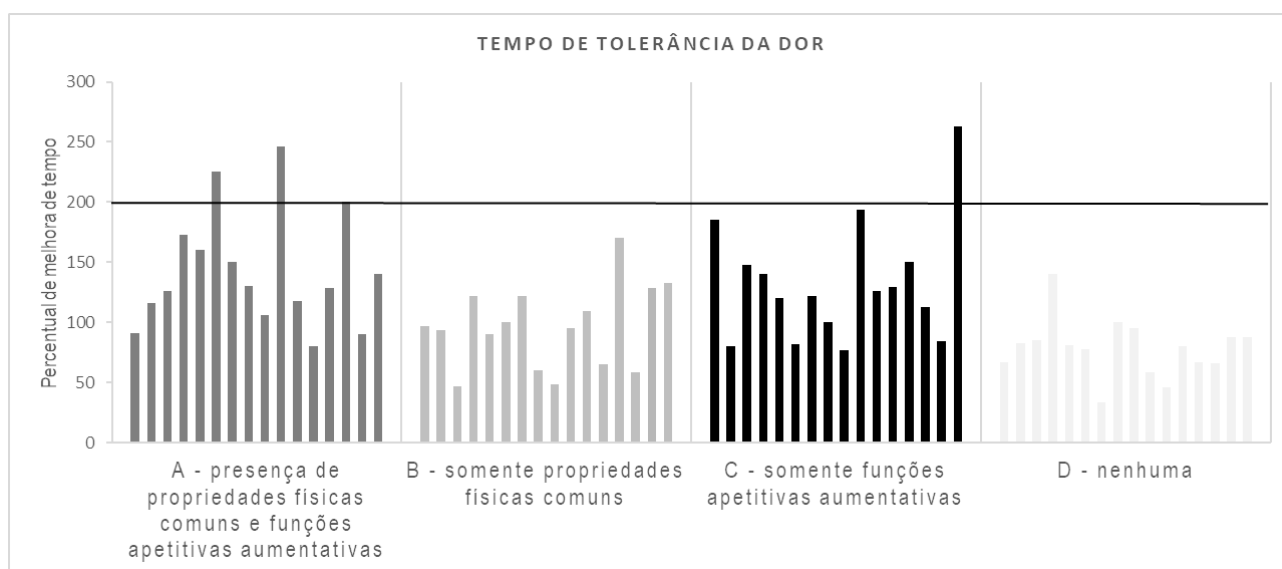


Figura 2. Percentual de melhora no pós-teste em relação ao pré-teste para os participantes de cada grupo experimental. A linha horizontal destaca as melhoras acima de 200%.

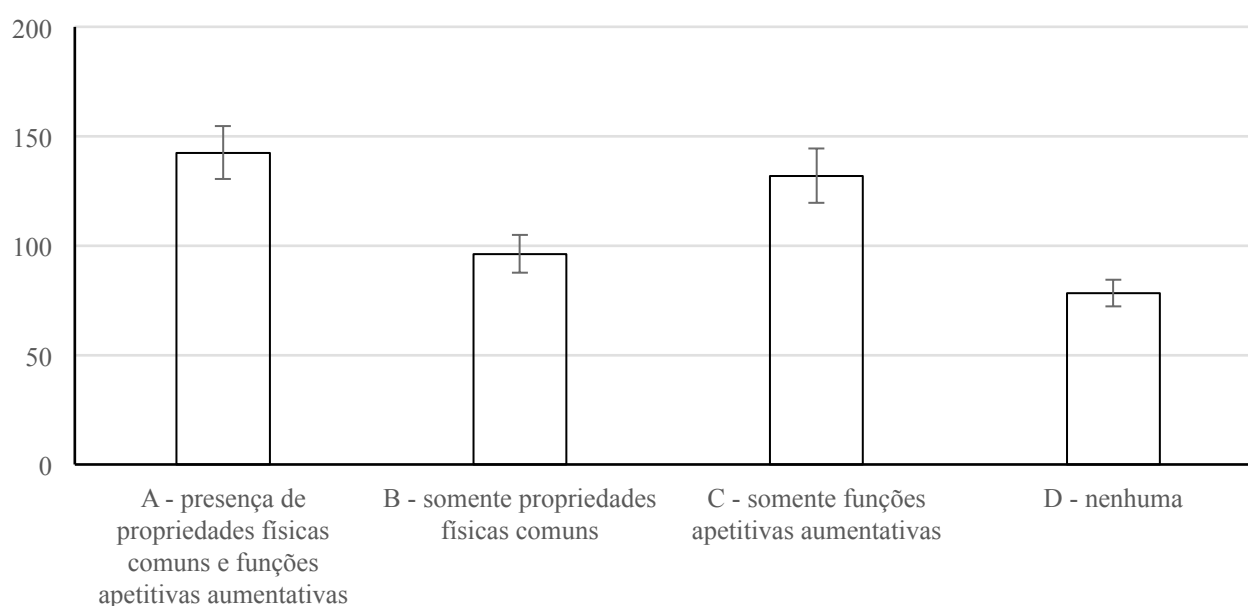


Figura 3. Porcentagem média da melhora temporal no pós-teste em relação ao pré-teste para cada condição experimental e as barras de erro.

Nota-se que três participantes tiveram melhoras acima de 200%, sendo dois no grupo A e um no grupo C.

A Fig 3 e a Tabela 1 demonstram os dados descritivos no percentual de tempo de tolerância à dor no pós-teste em relação ao pré-teste para cada condição experimental.

Tabela 1. Medidas descritivas para cada condição experimental em relação a porcentagem de tempo de tolerância à dor no pós-teste em relação ao pré-teste e o efeito d de Cohen entre as condições.

Percentual de Melhora Tempo 1	A	B	C	D
A		1.15	0.26	1.59
B			0.88	0.44
C				1.33
Média	142.51	96.25	131.94	78.29
Desvio Padrão	48.10	34.50	49.42	24.10

Os participantes da Condição A tiveram a maior média ($M = 142.51$), seguidos pelas Condições C ($M = 131.94$), B ($M = 96.25$) e D (78.29), que demonstrou a menor média. De acordo com a ANOVA de duas vias, apenas a variável “funções apetitivas aumentativas” apresentou alguma importância para o modelo, apontando um grande tamanho de efeito ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.290$), enquanto a variável “propriedades físicas comuns” não apresentou importância, demonstrando um pequeno tamanho de efeito ($p = 0.163$, $\eta^2 = 0.032$). Não houve efeito de interação entre essas duas variáveis ($p = 0.716$, $\eta^2 = 0.02$).

O efeito d de Cohen também é apresentado na Tabela 1. O tamanho de efeito entre a Condição A e as condições B e D foram grandes, enquanto em relação à Condição C, foi pequeno. O tamanho de efeito entre as Condições B e C e C e D foram grandes, enquanto entre as Condições B e D foi pequeno. As maiores diferenças são encontradas entre a condição D e as condições A e C.

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos em relação ao diferencial de percepção de dor para cada condição.

Tabela 2. Dados descritivos (média e desvio padrão) para a mudança de percepção na dor de cada condição experimental.

Mudança na Dor	A	B	C	D
Média	0.13	0.03	-0.41	0.36
Desvio Padrão	1.36	0.83	0.78	0.61

A ANOVA de duas vias demonstrou que nenhuma variável teve alguma importância no modelo para avaliar mudança de dor (efeito da variável Propriedades físicas comuns: $p=0,666$, $\eta^2= 0,003$; efeito da variável funções apetitivas aumentativas: $p=0,156$, $\eta^2= 0,033$). Também foi verificado que não houve efeito de interação entre as duas variáveis independentes ($p= 0,071$, $\eta^2=0,053$).

Discussão

Este estudo é uma replicação do experimento de Sierra et al. (2016) e visou avaliar a reprodutibilidade de seus achados. Os autores examinaram como duas variáveis de uma metáfora influenciam a resposta dos participantes em uma tarefa de pressão a frio. As variáveis foram: (a) a presença de propriedades físicas comuns entre o conteúdo da metáfora e a experiência dolorosa do indivíduo, e (b) a especificação de funções apetitivas aumentativas para tolerar a dor. A presença ou ausência dessas variáveis resultou em um desenho fatorial 2x2.

Os achados do estudo de Sierra et al. (2016), no qual ambas as variáveis independentes apresentaram um efeito significativo na tolerância à dor, foram parcialmente confirmados. Os resultados do presente estudo revelam que apenas a variável “funções apetitivas aumentativas” apresentou um efeito estatisticamente relevante no aumento de tolerância à dor. Pode ser que descrever propriedades apetitivas aumentativas tenha levado os participantes a atribuírem significado à tarefa, aumentando seu engajamento, no sentido de ter tido a função de relacionar a emissão de uma resposta que teria uma consequência imediata aversiva (dor) a uma consequência atrasada importante para a pessoa. A inclusão de propriedades físicas comuns à dor experienciada

na tarefa experimental não demonstrou influência nesse aspecto. Em ambos os experimentos, não houve efeito de interação entre as variáveis e não houve efeito das variáveis sobre a mudança na percepção da dor, o que reafirma a sugestão dos autores de que o fator relevante nas diferenças entre os protocolos não foi a diminuição na dor, mas a alteração de funções discriminativas para tolerar a dor.

As discrepâncias nos resultados podem ser atribuídas a algumas disparidades entre os estudos. Primeiramente, este estudo concentrou-se principalmente na população brasileira, à exceção de três participantes estrangeiros que eram fluentes em português. Além disso, houve uma diferença significativa na faixa etária dos participantes: no estudo de Sierra et al (2016), a idade variou de 18 a 34 anos, enquanto no presente estudo, abrangeu de 18 a 75 anos. Também houve uma proporção levemente maior de participantes do sexo feminino em comparação com o estudo de Sierra et al. (2016): dos 83 participantes, 42 eram mulheres (50,60%), enquanto neste estudo, havia 48 mulheres entre os 81 participantes (59,25%).

É possível que algumas limitações do presente estudo possam ter contribuído para a falha na replicação. Ao contrário do estudo de Sierra et al. (2016), não foi empregado o método de duplo cego; a pesquisadora, primeira autora, foi responsável pela medição do tempo e estava ciente da condição à qual cada participante estava designado. Ademais, na tarefa do pressor a frio, a água não circulava, fator que é indicado neste tipo de tarefa, para haver um equilíbrio térmico (Fanninger et al., 2023).

Ainda, é relevante considerar duas replicações do experimento de Sierra et al. (2016): uma parcial, realizada por Criollo et al. (2018), em que os dados apoiam a hipótese de que as propriedades físicas comuns estão associadas com o aumento do efeito da metáfora e a replicação direta realizada por Pendrous et al. (2020), na qual a presença de nenhuma das duas variáveis produziu aumento significativo de tolerância à dor. O presente estudo também apresentou resultados diferentes do experimento original. Essas discrepâncias ressaltam a importância de conduzir estudos suplementares com o intuito de elucidar elementos que possam ter influenciado tais disparidades.

Para pesquisas futuras, seria recomendável considerar a inclusão de uma amostra mais ampla e testar os efeitos dos protocolos em mais de uma tarefa experimental, visando uma maior generalização dos resultados. Por exemplo, mudando a resposta a ser medida (imersão da mão em água gelada) ou a metáfora utilizada.

Ainda, considerando implicações para a prática clínica, os achados do presente estudo sugerem que, ao utilizar uma metáfora com um cliente, se um psicoterapeuta especificar as consequências atrasadas, com funções apetitivas aumentativas, da emissão da resposta, há um aumento na probabilidade de o cliente tolerar suas consequências imediatas aversivas no ambiente natural, deixando-o sob controle de tais consequências atrasadas, destacando uma das vantagens do comportamento governado por regras (Skinner, 1969).

Conclusão

Concluindo, no presente estudo, somente a especificação das funções apetitivas aumentativas apresentou um aumento significativo da tolerância à dor na tarefa experimental, enquanto, ao contrário do estudo em que esta replicação se baseou (Sierra et al., 2016), a presença de propriedades físicas comuns entre o conteúdo da metáfora e a experiência dolorosa do indivíduo não se mostrou como relevante para aumentar a tolerância à dor dos indivíduos. Apesar desses resultados serem diferentes do estudo original, eles sugerem que o uso de metáforas que especificam propriedades apetitivas aumentativas afetam a emissão de respostas “desconfortáveis” no ambiente natural.

Referências

- Brandt, M. J., IJzerman, H., Dijksterhuis, A., Farach, F. J., Geller, J., Giner-Sorolla, R., Grange, J. A., Perugini, M., Spies, J. R. & Veer, A. V. (2014). The Replication Recipe: What makes for a convincing replication?, *Journal of Experimental Social Psychology*, 50, 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2013.10.005>
- Criollo, B., Díaz-Muelle, J. S., Ruiz, F. J. & Garcia-Martin, M. B. (2018). Common Physical Properties Improve Metaphor Effect Even in the Context of Multiple Examples. *The Psychological record*, 68, 513-523. <https://doi.org/10.1007/s40732-018-0297-9>
- Fanninger, S., Plener, P. L., Fischer, M. J. M., Kothgassner, O. D. & Goreis, A. (2023). Water temperature during the cold pressor test: A scoping review. *Physiology & Behavior*, 271. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2023.114354>
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I., & McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.001>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2ª ed.)*. New York: Guilford Press.
- Keogh, E., Bond F. W., Hanmer, R. & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9 (5), 591-598. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.12.005>
- Magalhães, M. N. & Lima, A. C. P. (2000). *Noções de Probabilidade e Estatística (2ª ed.)*. São Paulo: IME-USP.
- Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J. & Wasserman, W. (1996). *Applied Linear Statistical Models (4ª ed.)*. U.S.A.: Times Mirror Higher Education Group.

- Pendrous, R., Hulbert-Williams, N., Hochard, K. D. & Hulbert-Williams, N. J. (2020). Appetitive augmental functions and common physical properties in a pain-tolerance metaphor: An extended replication. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.02.003>
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 33-51.
- Pokhrel, B., Malik, S., Ansari, A., Paudel, B., Sinha, R., & Sinha, M. (2014). Effect of Sub-maximal Exercise Stress on Cold Pressor Pain: A Gender Based Study. *Kathmandu University Medical Journal*, 11(1), 54-59. <https://doi.org/10.3126/kumj.v11i1.11028>
- Ramírez E.S., Ruiz F.J., Peña-Vargas A. & Bernal P.A. (2021). Empirical investigation of the verbal cues involved in delivering experiential metaphors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph182010630>
- Shima T., Tsuda N., Hashiguchi K, & Muto T (2022). Effect of Adjusting Cultural Backgrounds on the Impact of Metaphors: A Preliminary Study. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 22, 1, 45-63.
- Sierra, M. A., Ruiz, F. J., Flórez, C. L., Riaño-Hernández, D. & Luciano, C. (2016). The role of common physical properties and augmental functions in metaphor effect. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 265-279.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of Reinforcement - A Theoretical Analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Törneke N (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Törneke, N. (2017). *Metaphor in practice: A professional's guide to using the science of language in psychotherapy*. Context Press/New Harbinger Publications.

Histórico do Artigo

Submetido em: 15/12/2023

Aceito em: 12/07/2024

Editora Associada: Jocelaine Silveira

Metáforas de desfusão na ACT: em busca dos componentes críticos para a transformação de função de estímulos aversivos em uma tarefa experimental de esquiva

Defusion metaphors in ACT: searching for critical components for the transformation of aversive stimulus function in an experimental avoidance task

Roberta Kovac^{1,2}, William F. Perez^{1,3}, Mathias Miklos¹, Sonia B. Meyer²

[1] Instituto Par [2] Universidade de São Paulo (USP) [3] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) | **Título abreviado:** Metáforas de desfusão na ACT e esquiva | **Endereço para correspondência:** Roberta Kovac – Instituto Par: Rua Bartira, 1294. São Paulo/SP | **Email:** roberta.kovac@institutopar.org | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.033

Resumo: O presente artigo descreve dois estudos experimentais que investigam os efeitos de metáforas clínicas utilizadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) sobre o desempenho de participantes em uma tarefa experimental de esquiva. Tendo por base a Teoria das Molduras Relacionais (RFT), os estudos foram desenhados como análogos laboratoriais para examinar a eficácia de intervenções baseadas em linguagem metafórica na modulação do comportamento diante de estímulos aversivos. Inicialmente, foram estabelecidas duas classes de equivalência entre estímulos sem sentido: A1B1C1D1 e A2B2C2D2. Em seguida, estabeleceu-se A1 ou B1 como aversivo condicionado, evocando respostas de esquiva, e A2 ou B2 como um reforçador condicionado, evocando respostas de produção de pontos. A transferência de função aversiva e de aproximação foi então avaliada para os estímulos C1 e C2 por meio da tarefa de esquiva/aproximação e das escalas de autorrelato (VAS, expectativa de US, valência e diferencial semântico). No Experimento 1 os participantes que formaram classes e tiveram resultados positivos para transferência de função foram divididos em dois grupos: Experimental (metáfora ACT “álbum de fotografia”) e controle (texto sem valor terapêutico). Não houve diferenças entre grupos em relação à ocorrência das respostas de esquiva, nem na maioria dos resultados das escalas. No Experimento 2, foi utilizado um delineamento pré-e pós-intervenção e a metáfora foi enriquecida com relações dêiticas hierárquicas (self-como-contexto) e *augmentals* (valores). Finalmente, foi observada uma redução nas respostas de esquiva para 60% dos participantes; não foram observadas diferenças em relação às escalas. Conclui-se que componentes relacionais dêíticos somados a valores parecem necessários para efeitos comportamentais robustos de desfusão em análogos laboratoriais, enquanto uma metáfora isolada e não contextualizada tende a não produzir mudanças significativas.

Palavras-chave: ACT, desfusão, equivalência de estímulos, transformação de função, valores, esquiva.

Abstract: The present paper describes two experimental studies that investigate the effects of clinical metaphors used in Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on participants' performance in an avoidance task. Based on Relational Frame Theory (RFT), the studies were designed as laboratory analogues to examine the effectiveness of interventions using metaphorical language in modulating behavior in the presence of aversive stimuli. Initially, two equivalence classes between meaningless stimuli were established: A1B1C1D1 and A2B2C2D2. Then A1 or B1 was established as an aversive stimulus, evoking avoidance responses, and A2 or B2 as a conditioned reinforcer, evoking point production responses. The transfer of aversive and reinforcing function was then evaluated for C1 and C2 stimuli in the avoidance/approach task and in self-report scales (VAS, US expectation, valence, and semantic differential). In Experiment 1, participants who formed equivalence classes and achieved positive results in transfer of function tests were divided into two groups: Experimental (ACT metaphor "photo album") and Control (text without therapeutic value). In general, there were no differences between groups regarding the occurrence of avoidance responses or discomfort reported on the scales. In Experiment 2, a pre-post intervention design was employed, and the metaphor was enriched with hierarchical deictic relations (self-as-context) and augmental relations (values). Finally, a reduction in avoidance responses was observed for 60% of the participants; no differences were observed regarding the scales. We conclude that deictic relational responses added to values seem necessary for robust behavioral effects of defusion in laboratory experimental analogues. Isolated and uncontextualized metaphor use tends not to produce significant changes.

Keywords: ACT, defusion, stimulus equivalence, function transformation, values, avoidance.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem processual, fundamentada no contextualismo funcional e na Teoria das Molduras Relacionais (RFT), cujo objetivo é ampliar flexibilidade psicológica — a capacidade de contatar eventos privados (pensamentos, emoções, sensações) tal como ocorrem e agir em direção a valores escolhidos. Para tanto, mobiliza processos como aceitação, desfusão, contato com o momento presente, self-como-contexto, clareza de valores e ação comprometida (Hayes et al., 2012). Até o presente momento, em acordo com a *Association for Contextual Behavioral Science* (contextualscience.org), mais de 1400 ensaios clínicos aleatorizados já foram realizados investigando a eficácia da ACT para diversas condições de saúde mental (e.g., ansiedade, depressão, abuso de substância, psicose e vários outros; ver Gloster et al., 2020; Levin et al., 2024) e física (e.g., diabetes, sobrepeso, esclerose múltipla etc.; ver Konstantinou et al., 2023; Levin et al., 2024).

Para além dos estudos que avaliam a eficácia da ACT em desfechos diversos, outra linha de investigação tem focado nos processos de aprendizagem potencialmente responsáveis por tais desfechos. Em outras palavras, pesquisas tem investigado quais são os processos de mudança promovidos pelas intervenções utilizadas pela ACT. Dentre essas intervenções, o uso de metáforas se destaca não só na clínica, mas também em análogos experimentais de fenômenos clínicos, que procuraram investigar o efeito das metáforas típicas da ACT em respostas discretas que podem ser medidas precisamente em laboratório (e.g., Foody et al., 2014; Gil-Luciano et al., 2016; Luciano et al., 2014; López & Luciano, 2017).

Luciano et al. (2014), por exemplo, testaram o efeito de uma intervenção de aceitação e desfusão em respostas de esquiva experimentalmente induzidas e na ocorrência de ativação respondente. Adultos foram expostos a um treino relacional entre estímulos arbitrários (figuras sem sentido) visando estabelecer duas classes de equivalência: A1B1C1D1E1F1 e A2B2C2D2E2F2. Em seguida, os estímulos A1 e B1 foram pareados com choque elétrico e A2 e B2 foram com ganho de pontos. Encerrada a fase de pareamento, os participantes foram ensinados a emitir respostas de esquiva na presença de A1 e B1 e de aproximação diante de A2

e B2. A transferência de função foi verificada por meio da apresentação de estímulos equivalentes a A e B (e.g. F1 vs F2) e registro da ocorrência de respostas de esquiva, aproximação e ativação respondente. Os participantes que demonstraram tanto a formação de classes quanto a transferência de função, foram aleatoriamente divididos em três grupos que diferiram quanto à intervenção realizada: o grupo MOT foi submetido a um protocolo motivacional, que consistia em relacionar a resposta de enfrentamento durante a apresentação do estímulo aversivo condicionado ou derivado aos valores do participante; o grupo DEF, acrescentava ao protocolo motivacional dois componentes de intervenção: o primeiro consistia em evocar exemplos de experiências pessoais dos participante, envolvendo situações de aceitação de medos, incertezas ou preocupações; o segundo envolvia evocar a observação e o distanciamento destes medos ou preocupações por meio de exercícios de desfusão cognitiva, que evocavam o responder relacional de inclusão (hierárquico) de uma perspectiva de observador (moldura dêitica); o terceiro grupo CONTROLE, por fim, simplesmente respondiam a questões da vida cotidiana, durante o mesmo tempo de duração dos outros protocolos. Os resultados sugerem que todos os participantes do grupo DEF (100%) mostraram redução total das respostas de esquiva na presença dos estímulos A1 e F1 (direta e indiretamente condicionados com choque), comparados com 40% dos participantes submetidos ao protocolo MOT e 20% dos participantes da condição controle.

O estudo de Luciano et al. (2014), em conjunto com vários outros similares (e.g., Foody et al., 2013, 2015; Gil-Luciano et al., 2016; Luciano et al., 2011, 2014 e López & Luciano, 2017) teve como foco o desfecho de protocolos de intervenção compostos por múltiplos exercícios de diferentes categorias, inseridos em um treino de múltiplos exemplares. Embora tenham demonstrado que os exercícios ACT podem ter como efeito a redução drástica nas respostas de esquiva, por exemplo, não é possível dizer quais os elementos críticos responsáveis pela alteração da função dos estímulos. Na tentativa de isolar mais precisamente o efeito dos componentes da intervenção ACT em análogos experimentais, Kovac et al. (2019) realizaram uma replicação sistemática de Luciano et al. (2014) avaliando a possível trans-

formação da função aversiva de estímulos produzida por uma intervenção clássica de desfusão, a metáfora “Folhas na Correnteza” (Luoma et al., 2007), adaptada para a situação experimental e apresentada como um exercício de meditação. Assim, Kovac et al. investigaram o efeito não de um protocolo extenso como nos estudos anteriores, e sim da apresentação de uma metáfora clássica de desfusão sobre a ocorrência subsequente de respostas de esquiva e sobre os escores de medidas de autorrelatos relacionadas a medo/ansiedade. Os participantes eram adultos, submetidos a um delineamento experimental pré-pós de um único grupo. Inicialmente, os participantes foram submetidos a um treino relacional que teve por objetivo estabelecer duas classes de equivalência: A1B1C1D1 e A2B2C2D2. Em seguida, A1 foi estabelecido como aversivo condicionado, evocando respostas de esquiva, e A2 como um reforçador condicionado, evocando respostas de produção de pontos. A transferência de função aversiva e de aproximação foi, então, avaliada para os estímulos C1 e C2 por meio da tarefa de esquiva/aproximação e de escalas de autorrelato (VAS, expectativa de US, valência e diferencial semântico). Os participantes que apresentaram resultados positivos para formação de classes e transferência de função (oito de 19) foram submetidos à intervenção. A comparação dos resultados pré e pós-intervenção indica uma melhoria no desconforto gerado pela tarefa experimental; mudanças sutis com relação às medidas de relato verbal sobre a aversividade dos estímulos foram observadas, embora nenhuma diferença estatística tenha sido encontrada. A intervenção não produziu efeito sobre a resposta de esquiva na comparação pré e pós-intervenção.

Experimento 1

Considerando a ausência de qualquer efeito significativo da intervenção, Kovac et al. (2019) apontaram a necessidade de adaptação da metáfora utilizada ao contexto experimental. Os autores sugeriram que a metáfora “Folhas no Rio”, tal como utilizada, não apresentou relação direta com a tarefa experimental, nem com a resposta de esquiva, principal variável dependente do estudo. Há outras metáforas da ACT, no entanto, que guardam semelhança

com a tarefa experimental. A metáfora “Álbum de Fotografias”, por exemplo, sugere que pensamentos e sentimentos, positivos e negativos, podem ser vistos como fotos em um álbum. Essa metáfora apresenta elementos que podem ser facilmente estabelecidos como análogos à situação experimental. Por exemplo, os estímulos apresentados no treino relacional são apresentados em quadrados brancos espalhados na tela do computador como uma página de um álbum de fotografia. Ao longo das tentativas do treino relacional, os estímulos mudam, assim como as fotos de um álbum de fotografia quando passamos suas páginas. Assim, o presente estudo teve por objetivo replicar sistematicamente Kovac et al. (2019) utilizando uma metáfora “Álbum de Fotografias”, adaptando-a à tarefa experimental. Tendo em vista a possibilidade da metáfora escolhida produzir efeitos significativos, o presente estudo utilizou um delineamento experimental de grupo comparando a intervenção realizada com os resultados de um grupo controle, superando os limites do delineamento pré-teste e pós-teste de um único grupo (Barker et al., 2015) utilizado no estudo anterior.

Método

Participantes

Participaram do estudo, de forma voluntária, 78 adultos com idade superior a 18 anos, recrutados por meio de e-mails, cartazes e convites em diversas instituições de ensino superior da cidade de São Paulo. Antes de iniciarem o experimento, os participantes leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos (Processo no. 62595216.4.0000.5561). Ao final do procedimento experimental, a racionalidade do estudo foi explicitada e as dúvidas dos participantes foram respondidas pelo experimentador.

Local, Equipamentos e Estímulos

A pesquisa foi realizada em uma sala silenciosa, equipada com um computador e software apropriado para a realização das sessões experimentais. As sessões experimentais duraram entre 60 e 90 minutos e foram realizadas em um único dia. Foram utilizadas três classes de estímulos arbitrários

rios, constituídas por palavras sem sentido ou por palavras e formas também sem sentido prévio para o participante. Para os participantes que realizaram o procedimento apenas com palavras sem sentido, foram ensinadas as seguintes classes de equivalência: 1: A1B1C1D1 (VEK $\leftarrow$ HIN $\rightarrow$ LEF $\rightarrow$ GON); 2: A2B2C2D2 (CUG $\leftarrow$ ZUD $\rightarrow$ BAX $\rightarrow$ RAV); além disso, as seguintes palavras foram utilizadas como estímulos de comparação extra, sem participação em nenhuma das classes de equivalência programadas no treino relacional: JAB, FOL, TUZ. Para os participantes que realizaram o procedimento misto (Treino M), os estímulos utilizados foram sílabas sem sentido (conjuntos A e C) e figuras abstratas pretas em fundo branco (conjuntos B e D). Foram ensinadas as seguintes classes de equivalência: 1: A1B1C1D1 (VEK $\leftarrow$  $\rightarrow$ LEF $\rightarrow$ ); 2: A2B2C2D2 (CUG $\leftarrow$  $\rightarrow$ BAX $\rightarrow$ ); as comparações extras foram: JAB, FOL, .

Procedimento

Um resumo do procedimento experimental é apresentado na Figura 1. Foi utilizado um delineamento experimental de grupo com medidas pré- e pós-intervenção. Inicialmente, todos os participantes preencheram o Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II, Barbosa & Murta, 2015) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS, Apóstolo et al., 2006). Em seguida, foram submetidos a um treino que tinha como objetivo estabelecer duas classes de equivalência entre estímulos arbitrários (B1 $\leftarrow$ A1 $\rightarrow$ C1 $\rightarrow$ D1 e B2 $\leftarrow$ A2 $\rightarrow$ C2 $\rightarrow$ D2). O treino relacional foi seguido por um procedimento de pareamento. No caso dos participantes que realizaram o treino relacional apenas com palavras sem sentido, A1 foi pareado com uma imagem e um som desagradáveis e A2 foi pareado com ganho de pontos acumulados em um contador. No caso dos participantes que realizaram o treino com palavras e formas sem sentido, B1 foi pareado com uma imagem e um som desagradáveis e B2 foi pareado com ganho de pontos acumulados em um contador (os pontos eram acumulados na tarefa e, ao final, não eram trocados por nenhum outro tipo de reforçador). Essa alteração dos estímulos componentes das classes no treino de *matching-to-sample* (MTS) foi realizada para facilitar a formação de classe de equivalência. Encerrada a fase de pareamento, os participantes

foram ensinados a emitir uma resposta de esquia diante do estímulo A1 ou B1 e a emitir uma resposta de produção de pontos, após a apresentação do estímulo A2 ou B2. O treino de esquia e aproximação foi então seguido de um teste de transferência das funções estabelecidas para A1 e A2 (ou B1 e B2), envolvendo as apresentações dos estímulos equivalentes, C1 e C2. Nesse teste, além das respostas de esquia e produção de pontos, a transferência de função também foi medida por meio de escalas de autorrelato. Então, os participantes que demonstraram formação de classe e transferência de função foram aleatoriamente divididos em dois grupos: experimental (metáfora ACT “álbum de fotografias”) e controle. Após a fase de intervenção, os testes de transferência de função foram repetidos para avaliar os efeitos da exposição à metáfora e ao texto controle sobre as funções dos estímulos.

Fase 1: Medidas Pré-Experimentais. Antes de iniciar a tarefa computadorizada, todos os participantes preencheram o Questionário de Aceitação e Ação - AAQ-II (Barbosa & Murta, 2015) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse - EADS (Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006). O objetivo do uso dessas escalas foi verificar diferenças exponenciais nos escores de flexibilidade psicológica ou índices clínicos de ansiedade, depressão e estresse que pudessem interferir nos resultados. Participantes com escores elevados seriam descartados do estudo, o que não ocorreu.

Fase 2: Treinos de Discriminação Condicional e Testes de Equivalência. Nessa fase, todos os participantes foram submetidos a uma tarefa de emparelhamento com o modelo MTS com o objetivo de formar as duas classes de equivalência: B1 $\leftarrow$ A1 $\rightarrow$ C1 $\rightarrow$ D1 e B2 $\leftarrow$ A2 $\rightarrow$ C2 $\rightarrow$ D2. Cada tentativa foi iniciada com a apresentação de um estímulo modelo (e.g., A1) no centro da tela. Em seguida, foram apresentados os três estímulos de comparação (e.g., B1, B2 e B3), dispostos lado a lado, na parte inferior. O participante devia escolher um dos estímulos de comparação, clicando sobre ele. Respostas ao estímulo programado para pertencer à mesma classe que o estímulo modelo (e.g., B1) foram seguidas da apresentação da palavra “CORRETO” por 2 s, um som de pontos e de um intervalo de 2 s entre tentativas

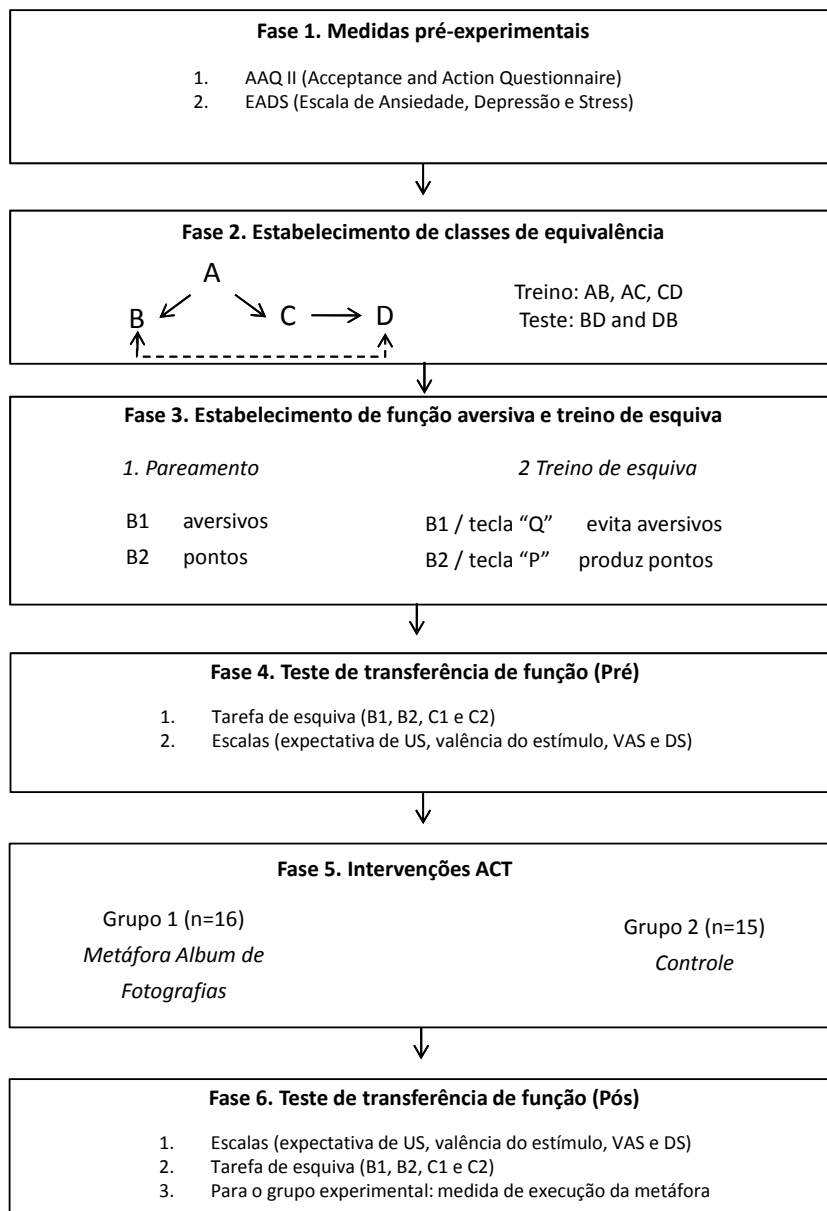


Figura 1. Resumo das fases do procedimento do Experimento 1.

(IET). Respostas aos demais estímulos foram seguidas da apresentação da palavra “INCORRETO” por 2 s e um som dissonante, além do IET de 2 s. O treino foi iniciado pelas relações condicionais AB (A1B1, A2B2). Dos 78 participantes, 49 fizeram o procedimento de MTS com estímulos que eram palavras sem sentido. O restante (29 participantes) realizou uma tarefa de MTS que utilizou formas e palavras sem sentido como estímulos. A apresentação do estímulo modelo e a posição dos estímulos de comparação foram randomizadas obedecendo aos seguintes critérios: (a) o mesmo modelo não poderia ser apresentado mais do que quatro vezes

seguidas e (b) o mesmo estímulo comparação não poderia ser apresentado na mesma posição por mais do que quatro vezes seguidas. O treino AB era encerrado quando os participantes emitissem 18 respostas corretas consecutivas nas tentativas A1B1 e A2B2. Atingido o critério no treino AB, os participantes foram imediatamente submetidos ao treino das relações AC (A1C1, A2C2), obedecendo aos mesmos parâmetros. Atingido o critério das relações AC, foi realizado o treino das relações CD (C1D1 e C2D2), obedecendo aos mesmos parâmetros do treino AB. Por fim, o treino das relações condicionais era finalizado com tentativas mistas randomizadas AB, AC e

CD até que o participante apresentasse 54 tentativas corretas consecutivas. Todos os participantes realizaram o treino em uma estrutura mista *one-to-many* e linear ($B \leftarrow A \rightarrow C \rightarrow D$). Finalizado o treino, os participantes foram submetidos ao teste de equivalência das relações não diretamente treinadas. Caso o treino tivesse utilizado somente estímulos que eram palavras sem sentido, o teste era formado por 24 tentativas, sendo 12 para as relações AD (A1D1, A2D2) e 12 para DA (D1A1, D2A2). Caso o treino tenha utilizado estímulos que eram formas e palavras sem sentido, o teste era constituído de 12 tentativas para as relações BD (B1D1, B2D2) e 12 para as relações DB (D1B1, D2B2). Durante o teste, as respostas dos participantes não foram seguidas de feedback para acerto e erro, sendo seguidas somente pelo IET e pelo início da próxima tentativa. Apresentadas as 24 tentativas, o participante lia a mensagem escrita no centro da tela: “Por favor, chame o pesquisador”.

Fase 3: Estabelecimento de Função Aversiva e Treino de Esquiva. Após o treino de MTS, foram atribuídas funções aversivas ao estímulo A1 (para os participantes cujo treino utilizou apenas palavras sem sentido) ou B1 (para os participantes cujo treino utilizou formas e palavras sem sentido) por meio de um pareamento sistemático com som aversivo e imagens aversivas – desagradáveis –, como fotos de mutilação, de violência, de doenças, fezes etc. (imagens do IAPS; Lang et al., 1997) e som de um garfo sendo esfregado em uma superfície metálica (Neumann & Waters, 2006). Antes de iniciar as tentativas de pareamento, os participantes receberam a seguinte instrução: “*A partir de agora, você vai apenas observar a tela. Verá que uma das palavras já vistas aparecerá nela e, na maioria das vezes, será seguida de imagens e sons desagradáveis; outra das palavras já apresentadas, ao aparecer na tela, será seguida de pontos, acumulados num contador. Haverá também momentos em que as palavras aparecerão e nada acontecerá depois.*” Foram apresentadas 10 tentativas randomizadas de pareamento, quatro entre os estímulos A1 (ou B1) e os estímulos aversivos e quatro entre A2 (ou B2) e pontos que eram acumulados, registrados no canto esquerdo superior da tela. Houve, ainda, duas tentativas, uma com cada estímulo (A1 e A2 ou B1 e B2), nas quais as imagens/sons e pontos não foram apresentados, sendo os estímulos seguidos somente

de uma tela branca. Cada tentativa foi iniciada com a apresentação de A1 (ou B1) ou A2 (ou B2) por 5 s, seguida da apresentação dos estímulos aversivos ou pontos. O intervalo entre tentativas variou de 10 s a 14 s (IET utilizado em outros estudos, e.g., Bennett et al., 2015). Finalizado o pareamento, os participantes receberam instruções mínimas (ver Dymond et al., 2014) sobre como proceder em uma tarefa de esquiva e produção de pontos: “*A partir de agora, uma palavra já apresentada anteriormente aparecerá. Você pode escolher pressionar a tecla “Q” após a apresentação de uma determinada palavra, e cancelar a apresentação da imagem e som subsequentes; ou pressionar a tecla “P”, após a apresentação de uma determinada palavra, para ganhar pontos que serão acumulados.*” Nessa tarefa, uma pressão à tecla “Q” no teclado do computador na presença de A1 ou B1 evitava a apresentação das imagens e sons aversivos, sendo seguida da mensagem “*apresentação de imagem e som cancelada*”; a pressão da tecla “P” após a apresentação de A2 ou B2 produzia pontos que eram acumulados. Após oito tentativas consecutivas com respostas de pressão a “Q” na presença de A1 ou B1 e pressão a “P” na presença de A2 ou B2, o treino era encerrado e dava-se início ao teste de função.

Fase 4: Teste de Transferência de função (Pré). Nessa fase, a transformação de função dos estímulos relacionados por equivalência aos estímulos A ou B foi avaliada por meio de diferentes medidas.

Medida Comportamental. A avaliação das funções dos estímulos A (ou B) e C pré-intervenção e pós-intervenção foi realizada por meio de medidas binárias de esquiva e produção de pontos bem como por medidas contínuas de autorrelato.

Finalizado o treino de esquiva e produção de pontos, os participantes foram submetidos, imediatamente, sem qualquer instrução, ao teste de transferência de função. Nesse teste, os estímulos C1 e C2 foram apresentados uma vez e as respostas às teclas P e Q registradas. Nas tentativas de teste, nenhum feedback programado seguiu as respostas dos participantes, apenas o IET programado. Finalizadas as tentativas de teste, os participantes deveriam preencher as escalas descritas a seguir, avaliando as funções dos estímulos A ou B e C de ambas as classes.

Escala de Expectativa de US. Em uma folha de papel A4, os participantes responderam à pergunta: “Quais eram as chances de uma imagem e um som desagradáveis serem apresentados, caso você não apertasse a tecla “Q” na presença da palavra [_____]?” (A1/B1, C1) e “Quais eram as chances de acumular pontos, caso você não apertasse a tecla “P” na presença da palavra [_____]?” (A2/B2 ou C2). Abaixo da pergunta havia uma escala de 0 a 10. Abaixo da escala, a seguinte nota: “Marque 0 (zero) caso você acredite que as imagens e sons desagradáveis não seriam apresentados. Marque 10 caso você esteja completamente seguro de que as imagens e os sons desagradáveis seriam apresentados”. Ou “Marque 0 (zero) caso você acredite que pontos não seriam acumulados. Marque 10 caso você esteja completamente seguro de que pontos seriam apresentados”.

Escala de valência. Em uma folha de papel A4, os participantes deveriam responder sobre sua avaliação dos estímulos (A1 ou B1, A2 ou B2, C1 e C2) em uma escala de valência de - 10 (menos dez) a + 10 (mais dez). No topo da folha, era apresentada a seguinte instrução: “Caso sua avaliação seja negativa, marque uma das opções entre -1 (para pouco negativo) e -10 (para “extremamente negativo”); caso sua avaliação seja positiva, marque uma das opções entre 1 (para “pouco positivo” e 10 para “extremamente positivo”; caso sua avaliação seja neutra, marque 0 (zero).”

Escala de diferencial semântico. Cada estímulo a ser avaliado (A1 ou B1, A2 ou B2, C1 e C2) foi apresentado em uma folha A4 junto a uma série de escalas bipolares de sete pontos ancoradas por adjetivos opostos (triste/alegre, pesado/leve, tenso/relaxado, ruim/bom, negativo/positivo, perigoso/seguro, desagradável/agradável, desconfortável/confortável, tenso/relaxado, ameaçador/tranquilizador, angustiante/aliviante). Os participantes receberam algumas instruções gerais para o uso da escala de diferencial semântico, baseadas em Bortoloti e de Rose (2007). Para fins de análise dos dados, cada escala bipolar apresentada recebeu uma pontuação, que varia de -3 a +3, indo do ponto mais próximo do adjetivo negativo até o ponto mais próximo do adjetivo positivo. Para avaliar a palavra apresentada, os participantes deveriam assinalar, para cada par de adjetivos, um dos sete pontos da escala.

Escala VAS. Além de avaliar os estímulos, os participantes deveriam avaliar o seu estado subjetivo após realizar a tarefa por meio do VAS. Em uma folha de papel A4, eles encontravam três perguntas, solicitando que classificassem o nível de desconforto, ansiedade e estresse que estavam sentindo em uma escala de 0% a 100%.

Fase 5: Intervenção ACT. Após completarem as Fases 1 a 4, os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos – experimental e controle. Todos foram instruídos a recolocar os fones de ouvido e escutar uma gravação. A gravação apresentava a metáfora “Álbum de fotografias” para o grupo experimental e uma leitura de um texto sobre mecânica de fluidos para o grupo controle. Ambas as leituras foram gravadas pelo mesmo narrador, com duração de 4m40 s, como a seguir:

Metáfora “Álbum de Fotografias”: *“Encontre uma posição confortável e feche os seus olhos, ou mantenha-os em um ponto fixo, o que você preferir. Agora, eu gostaria de convidá-lo a observar sua respiração. Apenas observe o fluxo da inspiração e da expiração, sem tentar qualquer controle, apenas observe. Neste momento, note se identifica alguma sensação física. Observe essa sensação. Imagine-se fazendo uma fotografia dessa sensação e colocando-a em um álbum de fotografias. Imagine esse álbum sendo, aos poucos, preenchido por fotos de cada sensação, sentimento e pensamento que você pode perceber de forma consciente. Imagine-se colocando cada um em uma foto, e colando essa foto no seu álbum. Faça isso independentemente de os pensamentos e sentimentos serem positivos ou negativos, prazerosos ou dolorosos. A qualquer momento, se notar que os seus pensamentos pararam, apenas retorne a sua atenção para esse álbum de fotografias que vai sendo, aos poucos, preenchido com sensações, sentimentos, pensamentos. Neste momento, observe o que vem à sua mente ao ouvir VEK. (pausa) Procure imaginar VEK (pausa). Imagine-se colocando VEK em uma fotografia. (pausa). Imagine-se olhando a foto de VEK em sua mão. E imagine-se colocando essa foto em um álbum. Novamente, se os seus pensamentos te levarem para outros lugares, apenas note e coloque também esse pensamento em uma foto e essa foto em seu álbum de fotos. Agora, imagine “LEF”. Imagine-se colocando uma fotografia de LEF em uma das pá-*

ginas do seu álbum. Novamente, observe quais pensamentos, sentimentos ou sensações você pode notar e coloque-os, cada um, em uma fotografia no seu álbum. Imagine que você é esse álbum, repleto de pensamentos, de sentimentos, de sensações, de VEK, de LEF. E para que esse álbum seja completo, todas as fotos precisam ser colocadas aí. Nenhuma foto é dispensável. Todas compõem o seu álbum, o álbum que é Você (pausa). Aos poucos, retorne a sua atenção para essa sala, para esse momento em que estamos e, quando estiver pronto, pode abrir os seus olhos”.

Texto Condição Controle. “Os fluidos respeitam a conservação de massa, quantidade de movimento ou momentum linear e momentum angular, de energia e de entropia. A conservação de quantidade de movimento é expressa pelas equações de Navier-Stokes. Essas equações são deduzidas a partir de um balanço de forças divididas pela quantidade de movimento a um volume infinitesimal de fluido, também denominado de elemento representativo de volume. (pausa) Atualmente, o estudo, análise e compreensão da fenomenologia da maior parte dos problemas em dinâmica de fluidos e em transferência de calor, como macroáreas que compõem a dinâmica de fluidos, são desenvolvidos através da Modelagem Computacional. Nela, um modelo matemático é desenvolvido, com base na fenomenologia do problema considerado. A partir deste modelo, geralmente um sistema de equações diferenciais parciais ou equações diferenciais ordinárias, é desenvolvido um modelo computacional ou utilizado um código computacional comercial, para a execução de simulações numéricas, em fluidodinâmica computacional, obtendo-se assim projeções temporais da solução do problema. Essa solução é condicionada pelas condições iniciais e condições de contorno do problema, que estabelecem as condições de evolução deste no tempo e no espaço. (pausa) A Teoria do Contínuo fundamenta a conceituação teórica que justifica a maior parte das análises em CFD. O fluido, um meio contínuo, é discretizado com base no modelo das partículas fluidas. Essa abstração conceitua um elemento representativo de volume. Nesse elemento de volume, de micro ou nano dimensões, uma propriedade ou quantidade física mantém um valor médio, sob as mesmas condições, passível de reprodução em laboratório sob as mesmas solicitações externas

ao fluido. Assim, uma partícula representativa de um volume de fluido, o REV, é o menor volume em que as propriedades do fluido se mantêm. Tipos de escoamentos. Os escoamentos podem ser classificados quanto à compressibilidade e quanto ao grau de mistura macroscópica. O grau de mistura de um fluido em escoamento depende do regime de escoamento, que pode ser laminar, turbulento ou de transição. (pausa)

No regime laminar, as linhas de fluxo são paralelas ao escoamento, fazendo com que o fluido escoe sem que ocorra mistura. Em um duto circular, o escoamento é laminar até um Coeficiente de Reynolds de aproximadamente 2100. Na transição entre os regimes laminar e turbulento, percebe-se que as linhas de fluxo se tornam onduladas, o que indica que começa a haver mistura entre uma camada e outra. Para um duto circular, esse regime ocorre para um valor de Re entre 2100 e 2300. Para valores de Re acima de 2300, tem-se regime turbulento. Nessa fase, percebe-se uma mistura entre as camadas de fluxo” (Mecânica de Fluidos; fonte: Wikipédia).

Fase 6. Auto-avaliação (Pós). Essa fase foi idêntica à Fase 4, acrescida de uma escala Likert de 0 a 5, de auto-observação na execução da metáfora, apresentada apenas aos participantes do grupo experimental. Esta escala solicitou que “com base na sua percepção sobre como realizou o exercício de meditação, marque 0 (zero) caso você não tenha conseguido imaginar a situação descrita e fazer o que era solicitado com pensamentos, sentimentos, sensações e palavras; Marque 1 (um) caso você considere que por pouco tempo tenha conseguido imaginar a situação descrita e fazer o que era solicitado com pensamentos, sentimentos, sensações e palavras; Marque 2 ou 3 (três) caso considere que pelo menos por metade do tempo que durou a meditação você esteve concentrado e executando o que era solicitado; Marque 4 (quatro) caso considere que a maior parte do tempo você tenha conseguido imaginar a situação descrita e fazer o que era solicitado com pensamentos, sentimentos, sensações e palavras; Marque 5 (cinco) caso considere que durante a totalidade do tempo da meditação você tenha conseguido imaginar a situação descrita e fazer o que era solicitado com pensamentos, sentimentos, sensações e palavras.”

Resultados

Dos 78 participantes, 72 completaram o treino relacional, levando de 110 a 449 tentativas para finalizá-lo. Destes, 46 participantes tiveram resultados positivos para formação de classes de equivalência (pelo menos 21 acertos em 24 tentativas). Dos participantes que formaram classe, 34 indicaram formação de classe de equivalência no primeiro teste e outros oito atingiram o critério após uma revisão do treino misto (AB, BC e CD das duas classes) e uma nova exposição ao teste de equivalência. Quatro participantes precisaram de uma segunda exposição ao treino misto para atingir o critério de formação de classe.

Com relação ao treino de esquiva e aproximação, os participantes levaram entre oito e 30 tentativas para atingir o critério (oito acertos consecutivos). Dos 46 participantes que formaram classe de equivalência, 31 tiveram resultados positivos para transferência de função, ou seja, pelo menos uma ocorrência de resposta de esquiva na presença de C1 e uma resposta de produção de pontos na presença de C2 (com exceção do P2, que não demonstrou transferência de função para o estímulo C2; no entanto, como a função crítica avaliada neste estudo é a aversiva - pareada à classe 1 de estímulos -, os resultados desse participante foram incluídos). Os 31 participantes que apresentaram transferência de função foram divididos em dois grupos: 16 participantes foram para o grupo experimental e 15 para o grupo controle. Apenas os resultados desses 31 participantes foram considerados para as análises subsequentes de comparação pré- e pós-intervenção em cada grupo.

A Tabela 1 mostra o desempenho na tarefa de esquiva após intervenção para os participantes dos grupos experimental e controle. Dos 16 participantes de grupo experimental, apenas dois (P8 e P32) não esquivaram após a intervenção nem para o estímulo diretamente condicionado ao aversivo nem para o estímulo aversivo derivado (C1). Outros quatro participantes não emitiram a resposta de esquiva apenas diante de C1 após a intervenção (P4, P31, P33 e P34). Todos os outros dez participantes seguiram esquivando-se dos estímulos que foram diretamente pareados com imagens e sons aversivos

e de C1 da mesma maneira antes e depois da intervenção. As respostas de produção de pontos foram pouco alteradas, mantendo-se iguais em frequência tanto antes quanto após a intervenção, com exceção do participante P33 que não pressionou a tecla “P” após a intervenção diante de C2 e do participante P6 que pressionou a tecla errada diante de C2.

No caso dos 15 participantes do grupo controle, 11 seguiram desempenhando da mesma forma após a exposição à gravação controle. Dois participantes (P24 e P45) não emitiram a resposta de esquiva diante de B1 e de C1. Dois participantes (P23 e P30) não emitiram a resposta de esquiva após a apresentação de B1 e outros dois (P41 e P44, que pressionaram uma tecla errada) não emitiram a resposta de esquiva após a apresentação de C1. As respostas de produção de pontos foram pouco alteradas, mantendo-se iguais em frequência tanto antes quanto depois da escuta da gravação controle, com exceção do participante P45, que não pressionou a tecla “P” após a intervenção diante de B2 e de C2.

A Figura 2 apresenta a comparação pré- e pós-intervenção com relação à escala VAS, que mensura desconforto, ansiedade e estresse durante a tarefa. Para o grupo experimental, os resultados obtidos não indicam mudanças significativas na percepção dos participantes da sensação de desconforto, de ansiedade e de estresse pós-intervenção quando comparada à declarada antes da intervenção (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*: Desconforto $p=0.3$, $W=-26$; Ansiedade $p=0.1$, $W=-41$; Estresse $p=0.4$, $W=-14$). No grupo controle, os resultados na escala VAS indicaram uma redução significativa na percepção da sensação de desconforto e de ansiedade pós-escuta da gravação comparada à declarada antes da escuta da gravação controle (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*: Desconforto $p=0.01$, $W=-59$; Ansiedade $p=0.007$, $W=-50$). Não houve diferença significativa na percepção da sensação de estresse (Estresse $p=0.3$, $W=-11$). Não houve diferença significativa na comparação entre grupo controle e grupo experimental para nenhuma das sub-escalas da escala VAS (Desconforto: *Mann Whitney test* $p=0.8$ $U=116$; Ansiedade: *Mann Whitney test* $p=0.3$ $U=96.5$; Estresse: *Mann Whitney test* $p=0.8$ $U=116.5$).

Tabela 1. Resultados dos Participantes do Grupo Experimental e Controle nos Testes de Esquiva e Aproximação após Intervenção.

Grupo	Participantes	B1	B2	C1	C2
Experimental	1	E	P	E	P
	2	E	P	E	P
	3	E	P	E	P
	4	E	P	-	P
	5	E	P	E	P
	6	E	P	E	E
	7	E	P	E	P
	8	-	P	-	P
	9	E	P	E	P
	30	E	-	E	P
	31	E	P	-	P
	32	-	P	-	P
	33	E	P	-	-
	34	E	P	-	P
	35	E	P	E	P
	37	E	P	E	P
Controle	22	E	P	E	P
	23	-	P	E	P
	24	-	P	-	P
	25	E	P	E	P
	26	E	P	E	P
	27	-	P	E	P
	29	E	P	E	P
	38	E	P	E	P
	39	E	P	E	P
	40	E	P	E	P
	41	E	P	-	P
	42	E	P	E	P
	43	E	P	E	P
	44	E	P	P	P
	45	-	-	-	-

* Nota: E = ocorrência de resposta de esquiva; P = ocorrência de resposta de produção de ponto; (-) = ausência de resposta

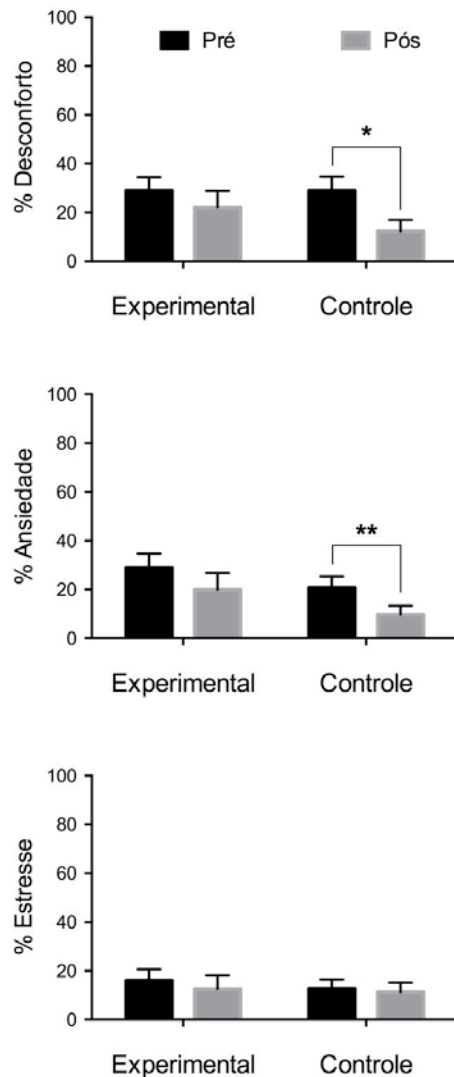


Figura 2. Resultados obtidos no pré e pós-intervenção para os grupos controle e experimental referentes à Escala VAS, que avalia desconforto, ansiedade e estresse.

A Figura 3 apresenta a comparação entre grupos, pré e pós-intervenção, com relação à expectativa de US tanto para o estímulo diretamente pareado ao aversivo quanto para o estímulo relacionado via equivalência (C1). Para o grupo experimental, observa-se que a diferença não foi significativa na comparação pré e pós para o estímulo diretamente condicionado (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p = 0.9$, $W=3$) ou para C1 (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p = 0.07$, $W=-23$). Para o grupo controle, a diferença na avaliação pré e pós também não foi significativa tanto para o estímulo diretamente condicionado (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p = 0.3$, $W=-15$) quanto para C1 (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p =$

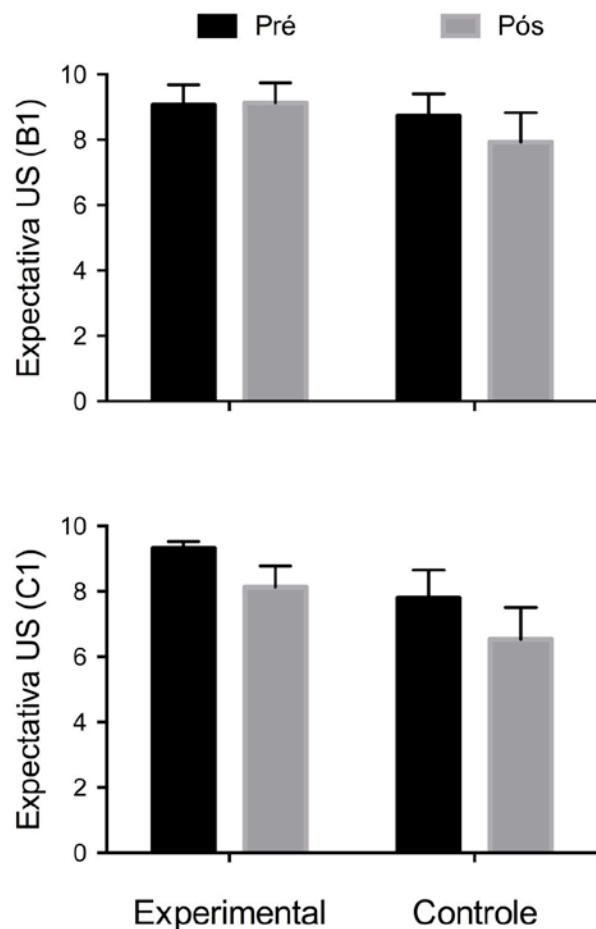


Figura 3. Resultados obtidos no pré e pós-intervenção para os grupos controle e experimental, referentes à escala de expectativa de apresentação do evento aversivo (US) para os estímulos diretamente condicionados com o aversivo e para o aversivo derivado.

0.06, $W=-33$). A diferença observada na comparação entre os grupos experimental e controle também não foi significativa para A1 ou B1 (*Mann Whitney test* $p=0.5$ $U=116$), tampouco para C1 (*Mann Whitney test* $p=0.1$ $U=88.5$).

A Figura 4 mostra os resultados obtidos na escala de valência. De uma maneira geral, tanto para o grupo experimental quanto para o controle, não houve uma mudança significativa na avaliação da valência negativa dos estímulos diretamente condicionado ou derivado. Para o grupo experimental, observou-se uma redução na valência positiva dos estímulos da classe 2 (direta ou indiretamente relacionados aos pontos). Do ponto de vista estatístico, nenhuma mudança significativa foi detectada

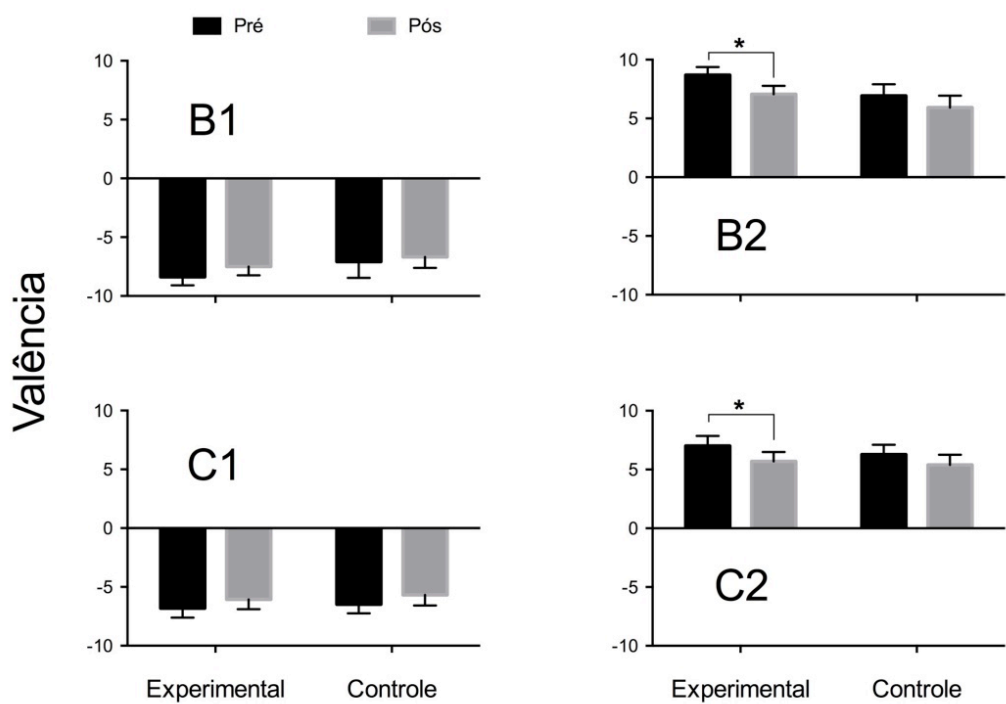


Figura 4. Resultados obtidos no pré e pós-intervenção, para os grupos controle e experimental, referentes à escala de avaliação da valência negativa ou positiva dos estímulos B1, B2, C1 e C2.

como efeito da intervenção nos resultados obtidos na escala de valência para o grupo experimental em relação aos estímulos de função aversiva (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*: Valência B1 $p=0.2$, $W=28$; Valência C1 $p=0.3$, $W=21$). Nesse mesmo grupo experimental, ocorreu uma alteração estatisticamente significativa para a avaliação da valência dos estímulos da classe 2 (associados a pontos). Para o estímulo diretamente condicionado: (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p=0.02$, $W=-43$) e para C2: (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p=0.03$, $W=-37$). No grupo controle, não se observaram diferenças significativas na avaliação da valência na comparação pré-pós para nenhum dos quatro estímulos avaliados: aversivo diretamente condicionado: (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p=0.3$, $W=15$); estímulo diretamente condicionado com pontos (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p=0.09$, $W=-35$); C1 (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p=0.3$, $W=17$); e C2: (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test* $p=0.3$, $W=-22$). A comparação da diferença da valência entre os gru-

Tabela 2. Escala de engajamento na atividade descrita pela metáfora.

Participante	Escore de 0 a 5
1	5
2	2
3	1
4	5
5	4
6	2
7	2
8	5
9	4
10	5
11	5
12	4
13	5
14	4
15	2
16	1

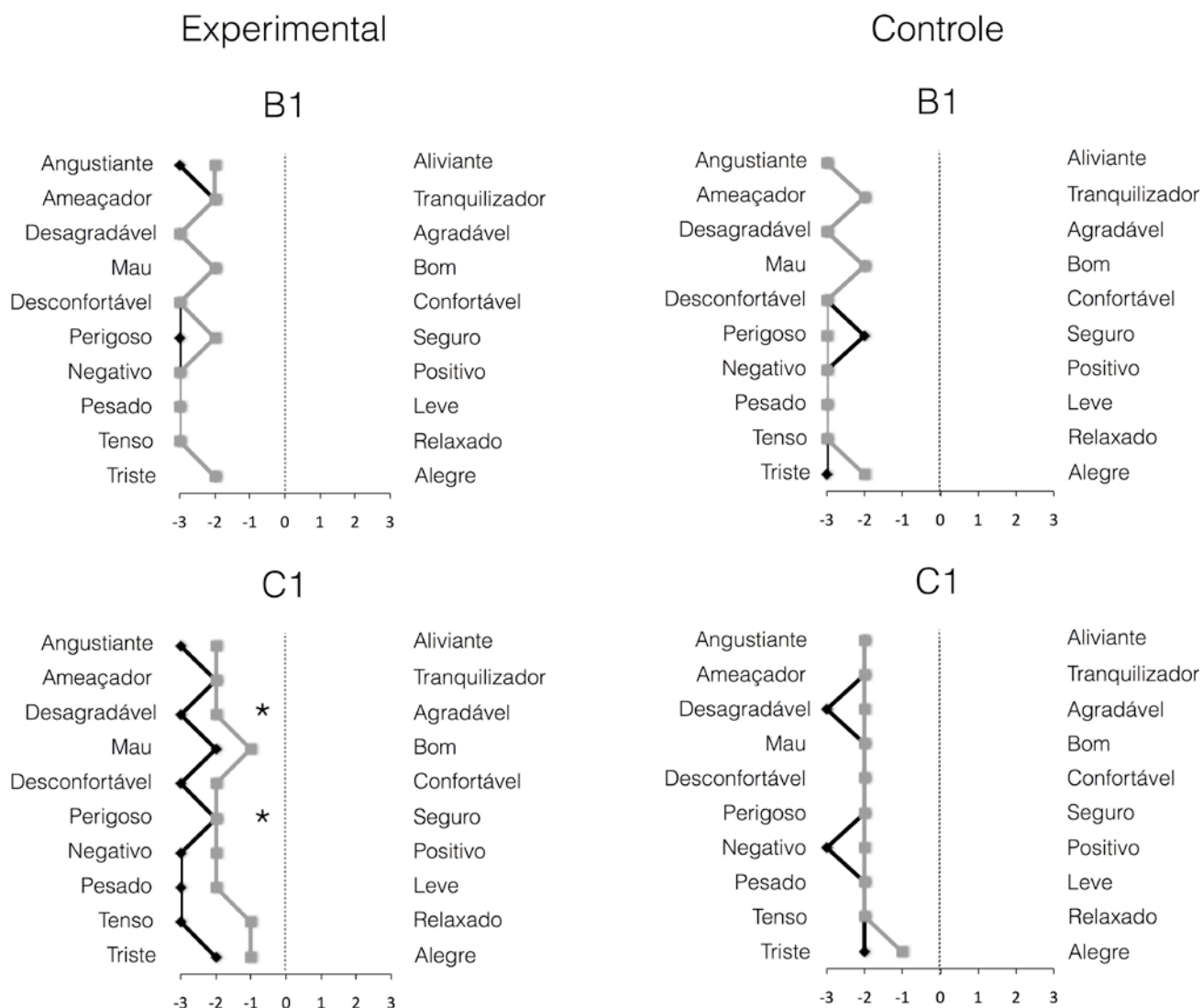


Figura 5. Resultados obtidos no pré e pós-intervenção para os grupos controle e experimental, referentes à escala de Diferencial Semântico.

Nota: * diferença estatística significativa na comparação pré e pós-intervenção

pos experimental e controle também não apresentou resultados significativos para nenhum dos quatro estímulos: A1 ou B1 (*Mann Whitney test* $p=0.06$ $U=78.50$); A2 ou B2 (*Mann Whitney test* $p=0.06$ $U=78.50$); C1 (*Mann Whitney test* $p=0.6$ $U=108.5$); e C2 (*Mann Whitney test* $p=0.4$ $U=102$).

A Figura 5 apresenta a comparação pré- e pós-intervenção nas escalas de diferencial semântico para os grupos controle e experimental. É possível observar uma redução sistemática na carga semântica negativa do estímulo aversivo derivado, C1,

em alguns dos itens avaliados (desagradável/agradável, $p=0.03$ $W=21$ *; perigoso/seguro, $p=0.0156$ $W=28$), para o grupo experimental. As outras comparações não mostraram significância estatística.

A Tabela 2 apresenta o resultado dos 16 participantes do grupo experimental na escala de auto-observação de execução da metáfora. A média do engajamento relatado pelos participantes do grupo experimental foi 3,5, variando de 1 a 5. Nenhum participante relatou não ter se engajado por momento algum no exercício de meditação.

Discussão

O presente trabalho teve por objetivo replicar sistematicamente Kovac et al. (2019) avaliando a transformação de funções produzida por uma intervenção de desfusão cognitiva utilizada na ACT, a metáfora “Álbum de fotografias”, adaptada para a situação experimental. Foi utilizado um delineamento experimental misto com comparações entre grupos de sujeitos (pré- e pós-intervenção com participantes randomizados entre Grupos Experimental e Controle) e intrasujeito (pré- e pós-intervenção para cada sujeito em cada grupo).

Inicialmente, foram estabelecidas duas classes de equivalência: A1B1C1D1 e A2B2C2D2. Em seguida, estabeleceu-se A1 ou B1 como aversivo condicionado, evocando respostas de esquiva, e A2 ou B2 como um reforçador condicionado, evocando respostas de produção de pontos. A transferência de função aversiva e de aproximação foi então avaliada para os estímulos C1 e C2 por meio da tarefa de esquiva/aproximação e das escalas de autorrelato (VAS, expectativa de US, valência e diferencial semântico). Os participantes que apresentaram resultados positivos para formação de classes e transferência de função (31 de 78) foram divididos aleatoriamente em dois grupos e submetidos à intervenção ou a uma gravação controle. O único resultado a favor dos efeitos da intervenção foi a redução da valência negativa do estímulo C1 em duas subescalas do diferencial semântico para o grupo experimental. Outro resultado, nesse caso inesperado, foi a redução da valência positiva dos estímulos B2 e C2 para o grupo experimental. De maneira geral, todas as demais comparações dos resultados pré- e pós-intervenção entre os grupos não apresentaram diferenças, nem para as medidas de relato verbal sobre a aversividade dos estímulos nem sobre a resposta de esquiva.

Em alguns casos, ainda, foram observados resultados contra-intuitivos. Por exemplo, a redução pós-intervenção dos escores de desconforto e de ansiedade para o grupo controle. Uma hipótese explicativa para esse resultado seria a de que, na situação experimental, o grupo seguiu ouvindo as palavras que adquiriram função aversiva durante a intervenção, o que teria impedido a sensação de relaxamento. Já no grupo que passou pela situa-

ção controle, o texto não apresentava tais palavras aversivas. Essa hipótese pode ser de alguma forma corroborada no relato (informal, não registrado) de alguns participantes do grupo experimental, que disseram que ao ouvir “VEK” e “LEF” durante o exercício, voltaram a sentir o desconforto relacionado às imagens e ao som.

De maneira geral, um dado regular observado no presente estudo foi a transferência da função aversiva dos estímulos para os participantes que formaram classes de equivalência. Embora o nível de insucesso ainda tenha sido alto, estudos (e.g., Fields & Arntzen, 2018) têm demonstrado como diferenças na estrutura de treino e no tipo dos estímulos (palavras, formas, sílabas sem sentido) podem afetar gravemente a formação de classes. No caso do presente estudo, a formação de classes foi favorecida para os participantes que realizaram o treino misto (linear e um para muitos) e com classes de estímulos com diferentes características: dois estímulos que eram formas abstratas e dois que eram sílabas sem sentido. Embora tal resultado mereça destaque em termos de pesquisa básica, dado o propósito translacional deste estudo, focaremos nos efeitos da intervenção.

Diferente do resultado de Luciano et al. (2014) e similar aos resultados de Kovac et al. (2019), a intervenção utilizada não afetou as respostas de esquiva, nem para o estímulo aversivo condicionado nem para o aversivo derivado na comparação entre o grupo experimental e o controle. No entanto, diferentemente dos resultados obtidos por Kovac et al. (2019), a apresentação da metáfora não gerou um efeito de relaxamento e redução do desconforto e da ansiedade. Esse pode ser um indicativo de que as alterações feitas na metáfora vão na direção correta dos objetivos de uma intervenção ACT. Dessa forma, os resultados deste estudo corroboram os apresentados em Luciano et al. (2014) com o protocolo de Desfusão II, que não reduziu a ativação eletrodermal (tomada como uma medida fisiológica de desconforto e ansiedade). Corroborando Luoma et al. (2007), a intervenção ACT envolve adotar de maneira ativa e consciente uma forma de reação aos eventos privados que “são ocasionados por nossa história, sem tentativas desnecessárias de mudar sua frequência ou forma, especialmente quando isso cau-

saria danos psicológicos. Por exemplo, os clientes que sofrem ansiedade são ensinados a sentir a ansiedade como um sentimento, totalmente e sem defesa; os clientes que sofrem de dor recebem métodos que os encorajam a abandonar sua luta contra a dor” (p. 17). O objetivo principal da intervenção não é reduzir o desconforto, mas alterar o contexto em que tal desconforto ocorre, para que seja possível modelar ou evocar novas respostas alternativas à esquivas.

De maneira similar aos resultados obtidos por Kovac et al. (2019), porém menos proeminente, o diferencial semântico também foi sensível à intervenção e captou uma redução na valência negativa de C1 (estímulo aversivo derivado). Esse resultado indica alguma sensibilidade do instrumento, já demonstrada com diversos parâmetros manipulados em preparos experimentais similares – distância nodal, número de tentativas de treino, reorganização de classes etc. (e.g., de Rose & Bortoloti, 2007; Bortoloti & de Rose, 2009, 2011). Outra comparação, ao revés, foi a redução na valência positiva de B2 e C2 (apetitivos, condicionado – diretamente pareado com pontos – e estímulo apetitivo derivado – parte da classe de equivalência de B2), observada na escala de valência. Enquanto em Kovac et al. (2019) tal resultado apareceu como uma tendência, neste, tais diferenças foram estatisticamente significativas. Uma hipótese para tal resultado seria a de que a desfusão cognitiva funcionaria como uma intervenção redutora das funções verbais gerais (tanto negativas quanto positivas) dos estímulos.

Em acordo, Foody et al. (2013, 2015), Gil-Luciano et al. (2017), Luciano et al. (2011; 2014) e López e Luciano (2017) partem da definição da RFT de flexibilidade psicológica apresentada por Törneke et al. (2015) e propõem que os processos mais básicos envolvidos em exercícios de desfusão são: (1) a discriminação do próprio comportamento em curso e (2) a modelagem de uma nova resposta de relacionar hierarquicamente esse comportamento com o eu dêitico e com uma especificação de regras aumentativas apetitivas (ou seja, fornecendo funções regulatórias à discriminação). Considerando que o objetivo dos estudos citados era verificar se o protocolo de intervenção utilizado produzia *flexibilidade psicológica*, o treino de múltiplos exemplares e a in-

serção de valores pareceram ser um diferencial nos resultados. No presente estudo, não foi inserido nenhum destes aspectos (treino repetido ou descrição de consequências atrasadas para regular a resposta de esquivas ou de relato nas escalas).

No entanto, vale ressaltar que o objetivo do presente estudo não foi testar um protocolo de intervenção que produzisse, necessariamente, flexibilidade psicológica. A ideia foi verificar a ocorrência da transformação de função de estímulo possivelmente relacionada às mudanças comportamentais produzidas por intervenções da ACT e, em particular, na do tipo desfusão, inserida em metáforas clássicas da ACT. Ou seja, buscou-se aqui testar os limites de uma intervenção tal como apresentada nos manuais, avaliando seus efeitos por meio de diferentes medidas (escalas de autor-retrato, ocorrência de esquivas).

A literatura (Foody et al., 2013, 2015; Gil-Luciano et al., 2017; Luciano et al., 2011, 2014; e López & Luciano, 2017) sugere uma menor efetividade de intervenções que treinaram respostas relacionais entre o comportamento em curso somente através de uma relação dêitica explícita (Eu – AQUI, Comportamento - Lá) em comparação com as intervenções que incluíram relações hierárquicas explícitas (Eu CONTENHO o comportamento) e a especificação de regras aumentativas apetitivas (funções regulatórias). Outro aspecto crítico já mencionado e que pode ser destacado em alguns dos estudos apresentados até aqui (e.g.; Luciano et al., 2011, 2014; Gil-Luciano et al., 2017; e López & Luciano, 2017) é a inserção de variáveis motivacionais ou *augmentals* (ou valores, na terminologia da ACT) no protocolo. Não houve qualquer relação de valor (ou controle por descrição de consequência reforçadora atrasada – ou *augmentals*) nas intervenções metafóricas utilizadas no presente estudo, diferentemente dos protocolos utilizados por Luciano et al. (2014), que explicitamente apresentaram uma consequência efetiva - a possibilidade de ganhar cinco euros - para o participante permanecer diante do evento aversivo. Além disso, em Luciano et al. (2014), havia uma instrução que relacionava exemplos da vida do participante onde enfrentar uma situação de risco foi importante com a tarefa experimental: “o experimentador encorajava o participante a pra-

ticar novamente o exercício recém feito, para que isso pudesse ajudá-lo a escolher se deveria pressionar ‘Q’ (semelhante a escapar da incerteza e perder as chances de obter algo de valor a médio prazo), ou não pressionar ‘Q’ (semelhante a abraçar a incerteza para algo de valor a médio e longo prazo)” (Luciano et al., 2014, p. 100). Assim, a inserção de uma regra (*augmental*) que teria como função regular a emissão de um comportamento novo (por exemplo, de enfrentamento) e, ao mesmo tempo, regular a emissão de uma resposta de “*notar os comportamentos encobertos em curso*” (por exemplo, sentimentos ou pensamentos) sem engajar-se em respostas para alterá-los, parecem ser variáveis fundamentais para a efetividade dos procedimentos de desusão.

Experimento 2

Considerando que Luciano et al. (2014) observaram reduções consistentes nas respostas de esquiva, ao passo que Kovac et al. (2019) e o Experimento 1 aqui reportado não encontraram diferenças significativas, cabe destacar as diferenças críticas entre o protocolo de Luciano et al. (2014) e os exercícios de meditação com metáforas realizados em Kovac et al. (2019) e no presente estudo: Nos estudos de Kovac et al. e no Experimento 1, o foco recaiu predominantemente em respostas relacionais dêiticas (perspectiva) — e.g., “você aqui e o pensamento/sentimento/sensação lá” (no fluxo do rio/no álbum) — seguidas da inclusão hierárquica (pertencimento) desses eventos privados no eu-dêitico (“você é o álbum que contém todas essas fotos”). Estudos futuros devem explicitar ainda mais a perspectiva do observador, e.g.: “Imagine-se fotografando a si mesmo ao sentir essa sensação... Como você se vê?”; ou ainda “Imagine você observando esse álbum, repleto de fotos de você com pensamentos, com sentimentos, com sensações, de VEK, de LEF” (no lugar de “Imagine-se fazendo uma fotografia desta sensação e colocando-a em um álbum de fotografias”, como utilizado no Experimento 1). Adicionalmente, é crucial o emolduramento por valores (regras *augmentals*), que podem ter feito a diferença nos resultados de Luciano et al., de for-

ma a estabelecer função reforçadora derivada para o responder alternativo à esquiva — e.g.: “E imagine que esse álbum imaginário é como um álbum de fotografias que contém fotos de momentos maravilhosos e outros nem tanto, de pessoas que você ama e que já não estão mais aqui e ainda outras de pessoas que você ama muito e que te fazem muito feliz, como aquela pessoa que você pensou no início da tarefa. Imagine-se disposto a observar cada página deste álbum, sabendo que haverá fotos de você em momentos tristes, mas que também haverá fotos de momentos felizes. Nenhuma foto é dispensável. Todas compõem o seu álbum. O álbum que é você e que contém tudo que te importa e todos aqueles que te preenchem (...) e contém também VEK, LEF, sentimentos, pensamentos...”.

Considerando essas observações, o Experimento 2 teve por objetivo replicar o Experimento 1 adicionando explicitamente: (i) respostas relacionais dêiticas e hierárquicas que incluíam o eu-dêitico (evocando o comportamento de “observar-se observando” o álbum); (ii) o emolduramento por valores (regras tipo *augmentals*) das alternativas à esquiva (acrescentando descrições sobre um álbum com fotos de momentos “bons” e “ruins”, e a instrução de permanecer com as imagens por um tempo como ação orientada a valores no contexto da tarefa experimental); e (iii) ajustes visuais que tornaram os estímulos mais análogos a fotos em molduras (adicionando molduras - uma borda escura - nas quais os estímulos eram apresentados).

Método

Participantes

Foram recrutados 23 adultos com idade superior a 18 anos, seguindo os mesmos procedimentos descritos no Experimento 1.

Local e Equipamentos

Tal como descrito no Experimento 1.

Procedimento

Os participantes foram submetidos à mesma sequência de fases descrita no Experimento 1. Serão descritas, a seguir, as diferenças no procedimen-

to adotado para o Experimento 2. Considerando que o grupo experimental de Kovac et al. (2019) e o do Experimento 1 aqui reportado não apresentaram diferenças significativas em relação ao grupo controle do Experimento 1, o delineamento experimental foi simplificado em função de conveniência, recursos financeiros e de tempo. O treino relacional implementado, bem como a fase de pareamento, foi idêntico à descrita para os participantes que passaram pelo treino com palavras e formas sem sentido no Experimento 1. O único parâmetro alterado foi estético. De modo a favorecer o reconhecimento de similaridades físicas entre a tarefa experimental, durante o treino relacional e o pareamento, os estímulos eram apresentados em molduras retangulares na tela, similares a porta-retratos ou imagens de um álbum de fotografias. Todas as demais fases do procedimento foram idênticas às reportadas no Experimento 1, exceto a metáfora utilizada na intervenção, que foi adaptada da seguinte maneira.

Metáfora “Álbum de Fotografias” adicionada ao componente de valores. *“Encontre uma posição confortável e feche os seus olhos, ou mantenha-os em um ponto fixo, o que você preferir. Agora eu gostaria de convidá-lo a observar sua respiração. Apenas observe o fluxo da inspiração e da expiração, sem tentar qualquer controle, apenas observe. Neste momento, note se identifica alguma sensação física. Observe esta sensação. Imagine-se fazendo uma fotografia de você sentindo esta sensação. Veja esta imagem, como é você ao sentir essa sensação? Por fim, imagine-se colocando esta imagem em um álbum de fotografias. Observe se você identifica algum sentimento presente neste momento. Imagine-se em uma fotografia, sentindo este sentimento. Como você se vê? Agora, imagine-se colocando esta foto de você sentindo esse sentimento em um álbum de fotografias. Neste momento, note se identifica algum pensamento mais saliente. O que diz este pensamento? Imagine-se fazendo uma fotografia de você pensando este pensamento. Veja esta imagem, como é você ao pensar isso? Por fim, imagine-se colocando esta foto em seu álbum de fotografias. Imagine este álbum sendo, aos poucos, preenchido por fotos suas com cada sensação, sen-*

timento e pensamento que você pode perceber de forma consciente. Imagine-se colocando cada uma destas fotos no seu álbum. Faça isso independentemente das sensações, pensamentos e sentimentos serem positivos ou negativos, prazerosos ou dolorosos. A qualquer momento, se notar que está pensando em qualquer outra coisa, apenas retorne a sua atenção para este álbum de fotografias, que vai sendo aos poucos preenchido com fotos suas sentindo e pensando cada sentimento e pensamento que você perceber. Neste momento, observe o que vem a sua mente ao ouvir VEK. (pausa) Procure imaginar VEK (pausa). Imagine-se colocando VEK em uma fotografia. (pausa). Imagine-se olhando a foto de VEK em sua mão. E imagine-se colocando essa foto em seu álbum. Novamente, se os seus pensamentos te levarem para outros lugares, apenas note e coloque também esse pensamento em uma foto, e essa foto em seu álbum de fotos. Agora imagine “LEF”. Imagine-se colocando uma fotografia de LEF em uma das páginas do seu álbum. Novamente, observe quais pensamentos, sentimentos ou sensações que você pode notar, imagine-se com essa sensação, com esse pensamento ou sentimento e coloque-os, cada um, em uma fotografia no seu álbum. Imagine você observando esse álbum, repleto de fotos de você com pensamentos, com sentimentos, com sensações, de VEK, de LEF. E imagine que esse álbum imaginário é como um álbum de fotografias que contém fotos de momentos maravilhosos e outros nem tanto, de pessoas que você ama e que já não estão mais aqui e ainda outras de pessoas que você ama muito e que te fazem muito feliz, como aquela pessoa que você pensou no início da tarefa. Imagine-se disposto a observar cada página deste álbum, sabendo que haverá fotos de você em momentos tristes, mas que também haverá fotos de momentos felizes. Nenhuma foto é dispensável. Todas compõem o seu álbum. O álbum que é você e que contém tudo que te importa e todos aqueles que te preencham e contém também VEK, LEF, sentimentos, pensamentos... Aos poucos retorne a sua atenção para essa sala, para esse momento em que estamos, e quando estiver pronto, pode abrir os seus olhos”.

Resultados

Todos os 23 participantes completaram o treino relacional, levando de 110 a 389 tentativas para finalizá-lo. Do total, 17 participantes tiveram resultados positivos para formação de classes de equivalência (pelo menos 22 acertos em 24 tentativas); 12 indicaram formação de classe de equivalência no primeiro teste (P1, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P13, P15, P18, P20 e P21); e outros 5 (P2, P11, P12, P14 e P16) atingiram o critério após uma revisão do treino misto (AB, BC e CD das duas classes) e nova exposição ao teste de equivalência.

Com relação ao treino de esquiva e aproximação, os participantes levaram entre 8 e 27 tentativas para atingir o critério (oito acertos consecutivos). Dos 17 participantes que formaram classe de equivalência, 15 (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P11, P12, P13, P15, P16, P18, P20 e P21) tiveram resultados positivos para transferência de função, ou seja, pelo menos uma ocorrência de resposta de esquiva na presença de C1 e uma resposta de produção de pontos na presença de C2. Apenas os resultados desses participantes foram considerados para as análises subsequentes de comparação pré- e pós-intervenção.

Tabela 3. Resultados dos Participantes nos Testes de Esquiva e Aproximação pós-intervenção.

Participante	A1	A2	C1	C2
1	E	P	-	P
2	-	P	-	P
3	E	-	-	-
4	E	P	-	-
5	E	P	E	P
6	-	-	-	-
8	-	P	-	P
11	-	P	-	P
12	E	-	E	P
13	E	P	E	P
15	-	P	-	P
16	-	-	-	P
18	E	P	E	P
20	E	P	E	-
21	E	P	E	P

* Nota: E = ocorrência de resposta de esquiva; P = ocorrência de resposta de produção de ponto; (-) = ausência de resposta

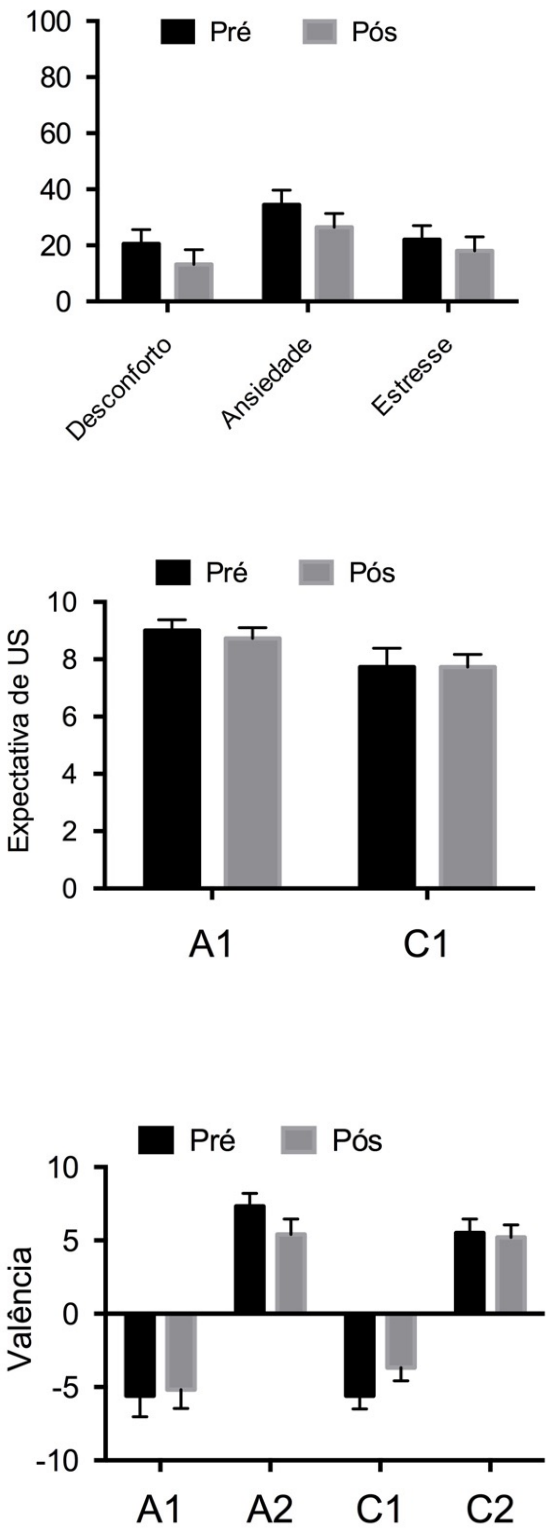


Figura 6. Resultados obtidos no pré e pós-intervenção referentes à: escala VAS; expectativa de US; e escala de Valência, respectivamente.

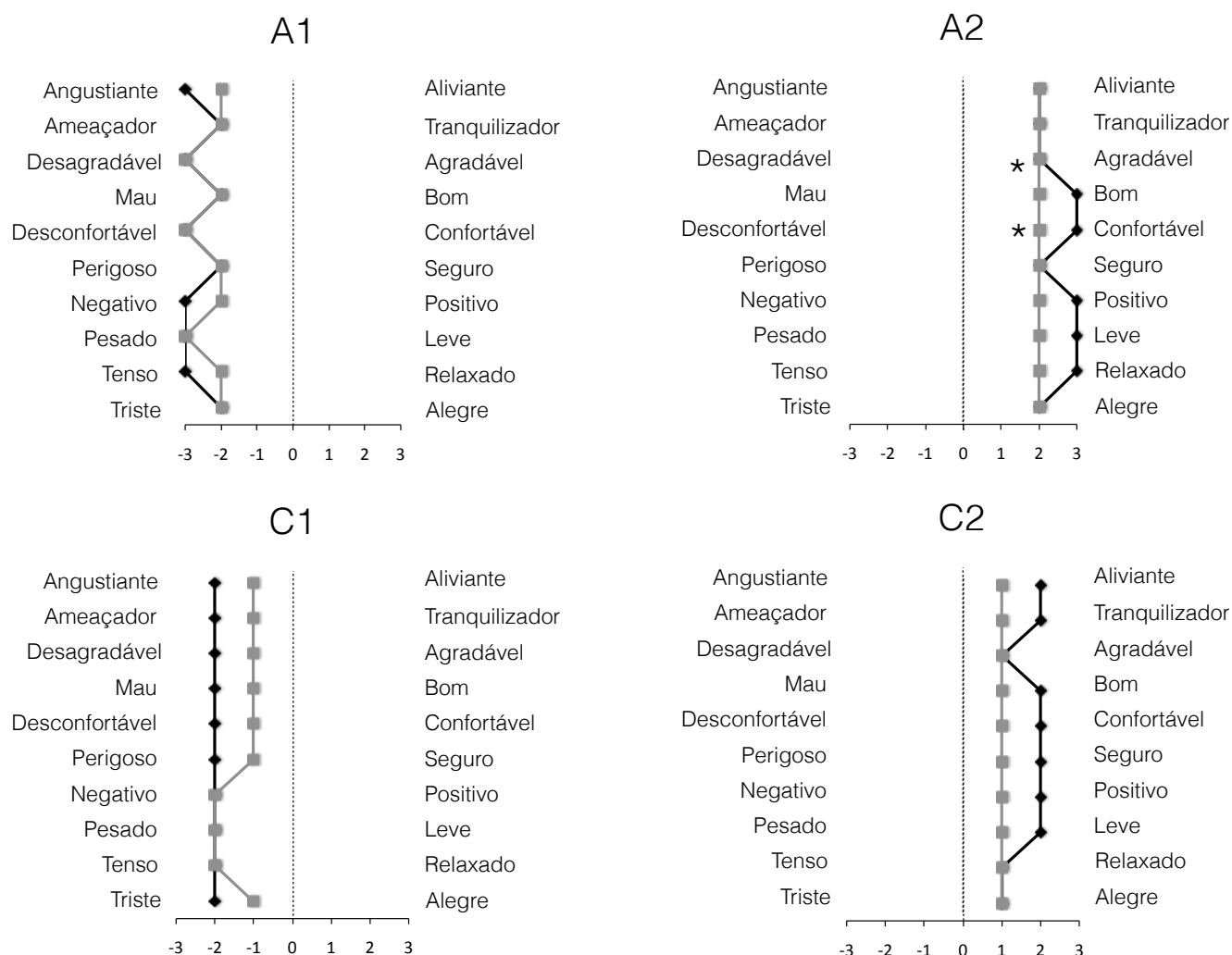


Figura 7. Resultados obtidos no pré e pós-intervenção referentes à Escala de Diferencial Semântico.

A Tabela 3 apresenta os resultados dos participantes na tarefa de esquiva e aproximação após a realização da intervenção. Dos 15 participantes, nove (P1, P2, P3, P4, P6, P8, P11, P15 e P16) não emitiram a resposta de esquiva diante de C1 após a intervenção; e seis (P2, P6, P8, P11, P15 e P16) não emitiram a resposta de esquiva diante de A1 após a intervenção. Na tarefa de produção de pontos, quatro (P3, P6, P12 e P16) não emitiram a resposta de aproximação diante de A2 após a intervenção e quatro (P3, P4, P6 e P20) não emitiram a resposta de aproximação diante de C2 após a intervenção. Quatro participantes (P5, P13, 18 e P21) seguiram esquivando-se de A1, A2, C1 e C2 da mesma maneira antes e após a intervenção.

Comparando os resultados pré- e pós-intervenção da escala VAS (Figura 6), que mensura

desconforto, ansiedade e estresse durante a tarefa, não houve diferença significativa na percepção de qualquer das sensações avaliadas (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*: Estraliesse $p=0.4$, $W=-15$; Desconforto $p=0.1$, $W=-38$; Ansiedade $p=0.1$, $W=-22$). Da mesma forma, nenhuma mudança significativa foi detectada como efeito da intervenção nos resultados obtidos tanto na escala de expectativa de US, que verifica a função aversiva dos estímulos arbitrários utilizados no experimento (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*: US A1 $p=0.5$, $W=-6$; US C1 $p=0.9$, $W=-2$), quanto na escala de Valência, que mede o valor atribuído a cada estímulo arbitrário (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*: Valência A1 $p=0.6$, $W=12$; Valência A2 $p=0.06$, $W=-24$; Valência C1 $p=0.1$, $W=32$; Valência C2 $p=0.5$, $W=-13$) (Figura 2).

A Figura 7 apresenta a comparação pré e pós nas escalas do diferencial semântico, que mensura o valor de cada estímulo. Nenhuma diferença estatística foi detectada (para a escala de DS, na comparação pré *versus* pós para A2: confortável vs desconfortável, $p = 0.03$, $W = -21$; agradável vs desagradável $p = 0.04$, $W = -30$. Para as demais escalas de DS, $ps > 0.05$).

Discussão

O Experimento 2 replicou sistematicamente o Experimento 1 avaliando os efeitos da utilização da metáfora “Álbum de Fotografias”, ao combinar respostas relacionais de inclusão/pertencimento com o eu-dêitico (molduras dêiticas e hierárquicas) e valores (regras augmentals) para avaliar a frequência da resposta de esquiva induzida experimentalmente e os escores das escalas de autorrelato. Dos 23 participantes, 17 apresentaram resultados positivos para formação de classes e 15 para transferência de função, sendo que estes foram submetidos à intervenção. A utilização da metáfora produziu efeito sistemático sobre a resposta de esquiva na comparação pré e pós-intervenção. Nos resultados das escalas (pré e pós), por sua vez, não foi observada nenhuma diferença estatisticamente relevante.

A metáfora “Álbum de Fotografias” produziu efeito similar ao protocolo DEF (Luciano, 2014), visto que a maioria dos participantes não teve alteração nos resultados das escalas quanto à percepção de aversividade dos estímulos, e que 60% deixou de esquivar diante dos estímulos aversivos condicionado (B1) e/ou derivado (C1). Este resultado difere do estudo de Kovac et al (2019) e do Experimento 1, na medida em que a metáfora utilizada como intervenção em tais estudos não foi suficiente para produzir uma diminuição na ocorrência das respostas de esquiva. Tais resultados sugerem que vários componentes são críticos na construção da metáfora para promover um efeito relevante sobre classe de resposta alvo das intervenções clínicas. Nosso segundo estudo combinou evocações adicionais de respostas relacionais dêiticas de tomada de perspectiva e de hierarquia (molduras hierárquicas) dos eventos privados como parte valiosa do eu-dêitico.

É importante destacar alguns limites do presente trabalho, sobretudo para que os resultados encontrados não sejam interpretados como conclusivos. Em primeiro lugar, a metáfora foi gravada em um ritmo que pode ter dificultado a realização do exercício proposto, visto que não apresentava pausas entre as frases. Alguns participantes que não praticavam meditação regularmente relataram não ter tido tempo suficiente para refletir sobre o que estava sendo dito. Em segundo lugar, as imagens aversivas apresentadas não tinham relação direta com o dia a dia de alguns dos participantes. Estudos futuros poderão amplificar o efeito da intervenção agregando experiências do próprio participante na composição da metáfora, como em Luciano et al. (2014).

O efeito de transformação de função via relações hierárquicas e dêiticas foi observado amplamente em uma variedade de estudos análogos experimentais de fenômenos clínicos (Foody et al. 2013, 2015; Gil-Luciano et al., 2017; Luciano et al. 2011, 2014; López & Luciano, 2017). Nesses estudos, a transformação de função é observada como efeito tanto de intervenções curtas (e.g., Masuda et al., 2004, 2009, 2010) ou protocolos de intervenções compostos por múltiplos exercícios e metáforas (e.g., Luciano et al., 2014; Gil-Luciano et al., 2017). Os componentes críticos para a construção de metáforas que transformem a função dos eventos que evocam respostas de esquiva experimentalmente induzidas ainda não foram isolados. Comparando Luciano et al. (2014), Kovac et al. (2019) e o presente estudo, é possível verificar somente que os estudos que agregaram componentes de valores obtiveram melhores resultados na redução da ocorrência da esquiva.

Vários autores defendem que a inclusão de eventos privados em redes de relações dêiticas (perspectiva) e hierárquicas (inclusão/pertencimento) que os vinculam ao eu-dêitico (self-como-contexto) constitui um componente importante das intervenções clínicas da ACT (e.g., Törneke et al., 2017). Ainda assim, os achados disponíveis são incipientes (e.g., Foody et al., 2015), e a contribuição específica desses componentes precisa ser examinada em distinção ao emolduramento por valores (regras augmentals), de modo a isolar seus efeitos exclusivos e diferenciá-los dos efeitos combinados.

Discussão Geral

O presente trabalho apresentou dois estudos que tiveram como objetivo verificar, por diferentes medidas, os efeitos promovidos por duas intervenções de desfusão cognitiva típicas da ACT sobre a transformação de funções aversivas condicionada ou derivada. Como intervenções, foram utilizadas variações da metáfora “Álbum de fotografia”. No primeiro estudo, tal metáfora foi apresentada de um modo simplificado, focada na observação dos eventos privados aversivos como fotos de um álbum; no segundo estudo, foram adicionadas descrições extras que evocassem: (1) Respostas relacionais dêiticas (perspectiva) durante a observação de eventos privados; (2) inclusão hierárquica desses eventos como partes do eu-dêitico; e (3) apresentação em um contexto de valores (regras augmentals). Os resultados indicam que a transformação de função de eventos previamente evocadores de resposta de esquiva emergiu apenas no segundo estudo, no qual a metáfora foi enriquecida com molduras relacionais dêiticas (perspectiva) e hierárquicas (inclusão/pertencimento) que vinculam eventos privados ao eu-dêitico (self-como-contexto), emolduradas por valores (regras augmentals). Esse padrão corrobora achados anteriores que apontam que a combinação desses componentes tende a produzir efeitos mais robustos nas intervenções (e.g., Luciano et al., 2014; Törneke et al., 2017).

Os dois estudos oferecem um contraste translacional útil sobre como e quando intervenções metafóricas baseadas em ACT impactam funções de estímulos e respostas de esquiva em redes relacionais derivadas. No Estudo 1, a metáfora sem especificações relacionais/motivacionais adicionais produziu efeitos limitados e assimétricos — e.g., redução da carga negativa de C1 em subescalas do diferencial semântico e, simultaneamente, redução da valência positiva de B2/C2 (classe apetitiva). Esse padrão sugere sensibilidade a contexto insuficiente para redirecionar a ação sob contingências relevantes. Em outras palavras, metáforas genéricas podem diluir funções sem necessariamente estabelecer condições para escolhas orientadas por valores.

No Estudo 2, a incorporação explícita de relações dêiticas e de hierarquia (self-como-contexto) e augmentals (valores) parece ter reconfigurado

o controle contextual de modo a competir com funções aversivas derivadas, produzindo reduções sistemáticas de esquiva diante de A1/C1 no pós-teste. A ausência de mudanças contundentes e convergentes nas escalas subjetivas (VAS, expectativa de US, valência, diferencial semântico), apesar da mudança comportamental, é congruente com o alvo processual da ACT: ampliar repertórios de ação em direção a valores mesmo na presença de eventos privados aversivos. Esse desacoplamento entre experiência subjetiva e ação reforça a utilidade de medidas comportamentais (e.g., esquiva) como desfechos centrais em análogos laboratoriais de processos da ACT.

Os resultados do Experimento 2 vão ao encontro de outros estudos diversos (Luciano et al., 2011, 2014; Gil-Luciano et al., 2017; Lopez & Luciano, 2017), que corroboram a análise proposta por Törneke et al. (2015) acerca da flexibilidade psicológica ou do processo de mudança clínica. Segundo esses autores, os processos mais básicos envolvidos em exercícios de desfusão são (1) a discriminação do próprio comportamento em curso; (2) a modelagem de uma nova resposta que relacione hierarquicamente o comportamento em curso ao eu-dêitico, articulada a valores (regras augmentals), como base processual para a desfusão; ou seja, criando a relação destas duas respostas com uma especificação de regras aumentativas apetitivas (a apresentação de regras com funções regulatórias tanto à discriminação quanto à nova resposta modelada). Nessa definição estão incluídos alguns elementos para elucidar os possíveis processos que promoveriam a transformação de função. Aponta para a modelagem de um novo modo de responder ao próprio responder, isto é, a modelagem de formas alternativas de lidar com os próprios comportamentos (abertos e privados), regulados por descrição de consequências atrasadas. No entanto, ainda não temos claramente identificados os parâmetros de interação entre o responder relacional, o responder ao próprio comportamento e os processos para transformação de função de estímulos necessários e suficientes para promover a desfusão cognitiva. Embora haja dados experimentais que sugiram que resultados mais robustos são obtidos a partir do uso de respostas relacionais hierárquicas que incluam regras apetitivas que regulam o responder

ao próprio comportamento (e.g., Gil-Luciano et al., 2017; Luciano et al., 2011, 2014; López & Luciano, 2017), resultados igualmente positivos tem sido obtidos também com dicas relacionais de distinção (e.g., Foody et al., 2013, 2015) ou com a simples repetição das palavras em coordenação com o evento aversivo que evoca a esquiva clinicamente importante (e.g., Masuda et al. 2010). Outro estudo (Berghoff et al., 2018), ainda, avaliou os efeitos de exercícios de clarificação de valores inseridos em uma prática de meditação (*mindfulness*) e concluiu que esses exercícios não melhoraram os resultados da prática de meditação plena (quando comparados à mesma prática sem valores inseridos).

Nos estudos analisados identificam-se dois extremos: uma única metáfora que não produz o resultado de transformação de função ou protocolos mais completos que produzem resultados positivos (que incluem diversos elementos – metáforas, relações entre relações, com respostas relacionais distintas, em treinos de múltiplos exemplares). Até o momento, esses exemplos extremos não revelaram quais são as variáveis específicas que afetam a transformação de função. No entanto, apontam para algumas direções: (1) é possível que os efeitos das metáforas utilizadas nos exercícios de desusão dependam do uso de múltiplos exemplares, de diferentes metáforas aplicadas ao comportamento clinicamente problemático como alvo; (2) é provável que a efetividade da metáfora seja modulada também pela emissão de respostas públicas, seja a descrição da própria classe de resposta problema ou a ocorrência do comportamento na sessão de terapia; assim, a mera “instrução” talvez não seja o caminho mais direto para uma mudança rápida que possa ser captada em um análogo experimental; (3) por melhor elaboradas que sejam as metáforas da ACT, o seu uso formal, topográfico, sem adaptação ao contexto do cliente (ver Törneke, 2017; Perez et al., 2025), implica na falha em transformar as funções de estímulo que seriam o alvo da intervenção; e (4), aparentemente, sem a introdução de um contexto motivacional, de uma regra que regule o comportamento de enfrentamento, não há “porque” o indivíduo permanecer diante do evento aversivo.

Esses achados reforçam um ponto translacional crucial: o uso meramente topográfico de metáforas — isto é, apresentar um script não integrado à histó-

ria relacional e aos valores do participante — tende a produzir ganhos limitados e, por vezes, efeitos colaterais (e.g., redução da valência de estímulos apetitivos). Em contraste, quando a metáfora contextualiza eventos privados em redes dêiticas hierárquicas e os emoldura por valores (augmentals), emergem mudanças comportamentais observáveis na resposta de esquiva, mesmo sem alívio subjetivo imediato — compatível com o alvo processual da ACT (ampliar repertórios sob contingências de longo prazo). Em síntese, nossa comparação entre os dois experimentos sugere que desusão eficaz requer especificações relacionais e motivacionais que funcionem como operações estabelecedoras para ações orientadas a valor, abrindo uma agenda para isolar parâmetros mínimos (número de exemplares, grau de personalização) que maximizem transformação de função sem depender de alívio experiencial.

Para além dos elementos funcionais presentes na metáfora, responsáveis pela promoção da transformação de função, há ainda a questão de como medi-la de uma maneira mais sutil. Até muito recentemente, a transformação de função era medida de maneira binária (ocorrência vs. não ocorrência) com base em respostas discretas (e.g., de Rose, McIlvane, Dube, Galpin, & Stoddard, 1988; Dymond & Barnes, 1997; Perez, Fidalgo et al., 2015, 2017). Recentemente, diversos estudos têm optado por adotar medidas contínuas, que permitam quantificar a extensão da transformação de função dos estímulos sob efeito de diferentes manipulações experimentais (e.g., Bortoloti & de Rose, 2009; Perez, de Almeida et al., 2015; Perez et al., 2018). O presente estudo utilizou tanto uma medida binária, baseada na ocorrência ou não de respostas de esquiva, quanto diversas medidas contínuas, baseadas em escalas de relato verbal (DS, valência, expectativa de US e avaliação de desconforto, ansiedade e estresse - VAS). Estudos futuros poderão empregar, ainda, outros instrumentos mais sensíveis, como medidas de latência (e.g., Perez et al., 2018; Harte et al., 2022) ou eletrofisiológicas (e.g., Luciano et al., 2014), que não estejam sujeitos aos efeitos de demanda e reatividade, bem conhecidos das escalas de autorrelato (Furnhan, 1986) e discutidos amplamente por analistas do comportamento (de Rose, 1999).

O presente trabalho seguiu na linha dos estudos que visam revelar os processos responsáveis pelas

mudanças terapêuticas (e.g., Luciano et al., 2014), e não definir a efetividade de protocolos específicos (e.g., A-Tjak, Morina, Topper & Emmelkamp, 2018; Deacon, Fawzy, Lickel, & Wolitzky-Taylor, 2011; Hofer et al., 2018; Larsson, Hooper, Osborne, Bennett, & McHugh, 2016; Lee, Haeger, Levin, Ong & Twohig, 2018; Masuda et al., 2010). Nesse sentido, buscou-se identificar o que influencia o funcionamento da metáfora ou da intervenção de desfusão cognitiva (e.g., Foody et al., 2013, 2015; Luciano et al., 2011, 2014). Dadas as inúmeras variáveis que ainda precisam ser investigadas, é provável que o caminho da descrição precisa de processos seja mais repleto de resultados “negativos”, visto que os procedimentos não são organizados em função da promoção de mudanças efetivas, o que permitiria o agrupamento de intervenções diversas que produzam tal efeito, mas sim delineados para permitir que mudanças sutis no comportamento sejam reveladas a partir de variáveis discretas que são isoladas em ambiente de laboratório, com preparos experimentais originários da pesquisa básica. A explicitação dos processos comportamentais responsáveis pela transformação de funções de estímulo clinicamente relevantes, bem como a sua previsão e controle, será mais um passo na construção da ponte entre teoria e prática, entre análise experimental do comportamento e aplicação no setting do consultório.

Propostas recentes têm considerado que o objetivo final da pesquisa clínica em diferentes níveis deve ser que a relação entre análise experimental e aplicação tecnológica promova uma ação eficaz, tanto do pesquisador quanto do terapeuta, num caminho de duas vias (Hayes, 2019). Tal objetivo só poderá ser cumprido quando o anseio pela efetividade da intervenção der espaço para as perguntas e pesquisas necessárias para revelar os processos subjacentes à efetividade das intervenções clínicas.

De acordo com esse objetivo, Hayes e Hofmann (2018) propõe uma abordagem baseada em processos, que enfatiza o estudo deles e sua conexão com procedimentos baseados em evidências. Os autores seguem afirmando que, na medida em que protocolos e pacotes de tratamento são substituídos por procedimentos ligados a processos, a especificação de diferentes modelos terapêuticos (por exemplo, ACT, *Functional Analytic Psychotherapy* - FAP, *Dialectic Behavioral Therapy* - DBT, *Terapia Cognitivo*

Comportamental - TCC, e *Terapia Analítico Comportamental* - TAC) deve desaparecer. Também deve ocorrer o desuso de uma taxonomia diagnóstica, cedendo lugar “a uma abordagem idiográfica que visa entender por que, em um caso específico, um problema psicológico é mantido e como o processo de mudança deve ocorrer” (p. 433). Os autores complementam que nessa proposta, estudos de análise de componentes, realizados em laboratório, devem reemergir e demonstrar sua importância. O presente trabalho pretende ser um passo nessa direção.

Referências

- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptation to Portuguese of the depression, anxiety and stress scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- A-Tjak, J. G. L., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy Psychosomatics*, 87(3), 154-163.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G., (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and action questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2015). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners (3rd ed)*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons. 3rd Edition.
- Berghoff, C. R., Forsyth, J. P., Ritzert, T. R., Eifert, G. H., & Anderson, D. A. (2018). Evaluation of the contribution of values clarification to a brief mindfulness meditation intervention for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 2018, 1-16.
- Bortoloti, R., & de Rose, J. C. (2009). Assessment of the relatedness of equivalent stimuli through a semantic differential. *The Psychological Record*, 59(4), 563-590.
- Bortoloti, R., & de Rose, J. C. (2011). Avaliação do efeito de dica semântica e da indução de significado entre estímulos abstratos equivalentes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24, (2), pp.381-393.

- de Rose, J. C. (1999). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. Em R. A. Banaco (Org). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 148-163), ARTBytes.
- de Rose, J. C., & Bortoloti, R. (2007). A equivalência de estímulos como modelo do significado. *Acta Comportamentalia*, 15, 83-102.
- de Rose, J. C., McIlvane, W. J., Dube, W. V., Galpin, V. C., & Stoddard, L. T. (1988). Emergent simple discrimination established by indirect relation to differential consequences. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 1-20.
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., Lickel, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 218-232.
- Dymond, S., & Barnes, D. (1997). Behavior-analytic approaches to self-awareness. *The Psychological Records*, 47(2), 181-200.
- Fields, L., & Arntzen, E. (2018). Meaningful Stimuli and the Enhancement of Equivalence Class Formation. *Perspectives on Behavior Science*, 41(1), 69-93.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 373-388.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Rai, L., & Luciano, C. (2015). An empirical investigation of the role of self, hierarchy, and distinction in a common act exercise. *The Psychological Record*, 65(2), 231-243.
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7(3), 385-400.
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting psychological flexibility on tolerance tasks: Framing behavior through deictic/hierarchical relations and specifying augmental functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1-9.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., de Rose, J. C., Perez, W. F., & de Almeida, J. H. (2022). Grappling with the Complexity of Behavioral Processes in Human Psychological Suffering: Some Potential Insights from Relational Frame Theory. *Perspectives on Behavior Science*, 46(1), 237-259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Hayes, S. C. (2019). Ciência Comportamental Contextual. In D. Zilio e K. Carrara. (Orgs). *Behaviorismos: Reflexões Históricas e Conceituais*. São Paulo: Centro Paradigma de Ciências do Comportamento Ed.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland, CA: New
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed). New York, NY: The Guilford Press.
- Hofer, P. D., Waadt, M., Aschwanden, R., Milidou, M., Acker, J., Meyer, A. H., Lieb, R., & Gloster, A. T. (2018). Self-help for stress and burnout without therapist contact: An online randomised controlled trial. *Work & Stress*, 32(2), 189-208.
- Kovac, R., Perez, W. F., & Meyer, S. B. (2019). Efeitos de uma Metáfora na Transformação de Funções de Estímulos: estudo piloto. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental e Cognitiva*, 21(2), 150-170. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v21i2.1154>
- Lang, P. J., Bradley M. M., & Cuthbert B. N. (1997) *International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville, FL: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L. A., Bennett, P., & McHugh, L. (2016). Using brief cognitive restructuring and cognitive defusion techniques to cope with negative thoughts. *Behavior Modification*, 40(3), 452-482.
- Lee, E. B., Haeger, J. A., Levin, M. E., Ong, C. W., & Twohig, M. P. (2018). Telepsychotherapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of ACT enhanced behavior therapy. *Journal of*

- Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 106-115.
- López-López, J. C., & Luciano, C. (2017). An experimental analysis of defusion interactions based on deictic and hierarchical framings and their impact on cognitive performance. *The Psychological Record*, 67(4), 485 – 497.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno-Torres, R. M., Sánchez- Martín, V., Gutiérrez-Martínez, O., & López-López, J. C. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 165–182.
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., & Gutierrez-Martínez, O. (2014). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 94–111.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: Context Press.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477-485.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*, 33(2), 250-262.
- Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y., & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 11-17
- Neumann, D. L., Waters, A. M., Westbury, H. R., & Henry, J. (2008). The use of an unpleasant sound unconditional stimulus in an aversive conditioning procedure with 8-to 11-year-old children. *Biological psychology*, 79(3), 337-342.
- Perez, W. F., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2015). Transformation of meaning through relations of sameness and opposition. *The Psychological Record*, 65(4), 679-689.
- Perez, W. F., de Almeida, J. H., de Rose, J. C., Dorigon, A. H., Vasconcellos, E. L., Silva, M. A., Lima, N. D. P., Almeida, R. B. M., Montan, R. N. M., & Barnes-Holmes, D. (2018). Implicit and explicit measures of transformation of function from facial expressions of fear and of happiness via equivalence relations. *The Psychological Record*, 1-12.
- Perez, W. F., Fidalgo, A. P., Kovac, R., & Nico, Y. C. (2015). The transfer of Cfunc contextual control through equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 103(3), 511–523.
- Perez, W. F., Kovac, R., Nico, Y. C., Caro, D. M., Fidalgo, A. P., Linares, I., Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2017). The transfer of Crel contextual control (same, opposite, less than, more than) through equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 108(3), 318-334
- Perez, W. F., Rocha, A. G. R., & Kovac, R. (2025). O uso de metáforas na ACT: uma visão a partir da RFT. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.032>
- Törneke, N. (2017) *Metaphor in Practice. A Professional's Guide to Using the Science of Language in Psychotherapy*. Oakland, CA: Context Press.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. New York: John Wiley & Sons.

Histórico do Artigo

Submetido em: 03/09/2025

Aceito em: 13/10/2025

Editora Associada: Jocelaine Martins da Silveira

Despersonalização/desrealização e sua relação com a flexibilidade psicológica em estudantes de uma universidade federal brasileira

Depersonalization/derealization and its relationship with psychological flexibility in students at a Brazilian federal university

Lucas Augusto Luvison de Araujo¹, Ana Carolina Sarquis Salgado², Luísa Müller Neves¹, Mauro Barbosa Terra¹

[1] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre [2] Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais | **Título abreviado:** Despersonalização/desrealização e flexibilidade psicológica | **Endereço para correspondência:** Rua Augusto de Lourenço Martins, 141, casa 19, Vila Nova, Porto Alegre/RS | **Email:** luisamneves1@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.004

Resumo: A Despersonalização/Desrealização (DP/DR) é uma experiência psicológica marcada pela sensação de estranhamento, desconexão e irrealidade em relação ao self e ao mundo ao redor. Esses sintomas parecem estar relacionados com uma maior dificuldade de experimentar eventos psicológicos, e possivelmente com uma menor flexibilidade psicológica. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) destaca a importância da flexibilidade psicológica para a saúde mental. Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de investigar a relação entre flexibilidade psicológica e sintomas de DP/DR em estudantes. Foi realizado um estudo transversal onde foram coletados dados online de 94 estudantes, a maioria do gênero feminino e cursando enfermagem. Foi encontrada uma correlação negativa moderada entre os escores totais de flexibilidade psicológica e DP/DR, assim como entre subescalas específicas relacionadas à abertura à experiência e à despersonalização. Esses resultados indicam que indivíduos com mais sintomas de DP/DR tendem a ter menor flexibilidade psicológica. Essas descobertas sugerem que abordar a flexibilidade psicológica, especialmente nos processos de abertura (aceitação e desfusão), pode ser útil no tratamento dessa população, o que requer investigação adicional.

Palavras-chave: despersonalização; desrealização; terapia de aceitação e compromisso; flexibilidade psicológica

Abstract: Depersonalization/Derealization (DP/DR) is a psychological experience characterized by a sense of strangeness, disconnection, and unreality towards oneself and the surrounding world. These symptoms seem to be related to greater difficulty in experiencing psychological events, and possibly with less psychic flexibility. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) emphasizes the importance of psychological flexibility for mental health. Therefore, the present study aimed to investigate the relationship between psychological flexibility and DP/DR symptoms in students. A cross-sectional study was conducted where online data were collected from 94 students, mostly female and studying nursing. A moderate negative correlation was found between total scores of psychological flexibility and DP/DR, as well as specific subscales related to openness to experience and depersonalization. These findings indicate that individuals with more DP/DR symptoms tend to have lower psychological flexibility. These findings suggest that addressing psychological flexibility, especially in the processes of acceptance and defusion, may be helpful in treating this population, which requires further investigation.

Keywords: depersonalization, derealization, acceptance and commitment therapy, psychological flexibility

A Despersonalização/Desrealização (DP/DR) pode ser definida como uma sensação de estranhamento, desconexão ou distanciamento em relação ao próprio corpo, incluindo pensamentos, sentimentos e percepção do ambiente externo. Indivíduos que experienciam DP/DR relatam sentir-se como observadores de si mesmos, dos próprios processos mentais e comportamento e descrevem a sua experiência subjetiva como irreal e distante. São comuns o embotamento afetivo e uma sensação de anestesia quanto à experiência subjetiva como um todo. Alterações na acuidade visual e na percepção temporal não são incomuns. Destaca-se, no entanto, que o juízo de realidade permanece intacto (Hunter et al., 2017).

Apesar de estar associada, enquanto sintoma, a diversas manifestações clínicas como os transtornos ansiosos, a depressão, a esquizofrenia, o transtorno do estresse pós-traumático, entre outros, a DP/DR pode manifestar-se de maneira primária no Transtorno de Despersonalização/Desrealização, definido no DSM-5 como a presença persistente e recorrente da experiência de DP/DR quando não mais bem explicada por outra manifestação mental, médica, ou efeito de substância (APA, 2022). Estimativas apontam que 24-74% da população já experienciou sintomas transitórios de DP/DR ao longo da vida (Hunter et al., 2004), no entanto, estima-se que ela afete de maneira clinicamente significativa 1% da população (Yang et al., 2023), com início geralmente ocorrendo antes dos 25 anos (Ciaunica et al., 2022). Além disso, pesquisas conduzidas com estudantes universitários demonstraram uma prevalência maior do transtorno nesse grupo (Prinz et al., 2012; Schweden et al., 2018; Silva et al., 2016).

Embora nenhum estudo tenha sido encontrado relacionando a flexibilidade psicológica (FP) a sintomas de DP/DR, algumas investigações já exploraram a relação de sintomas de DP/DR com *mindfulness*, um construto tido como semelhante à FP (Masuda & Tully, 2012). Em uma das pesquisas que buscou investigar a relação entre os dois fenômenos, escores de DP/DR apresentaram forte correlação negativa com escores de *mindfulness*, o que levou os autores a apontarem os dois fenômenos como opostos (Michal et al., 2007). Um resultado semelhante foi encontrado em um estudo posterior

que investigou a capacidade de percepção corporal de pessoas acometidas por sintomas de DP/DR. Os autores apontaram a DP/DR como um possível fator de prejuízo às habilidades de *mindfulness* (Nestler et al., 2015).

A flexibilidade psicológica (FP) é um construto idealizado por Hayes e colegas e propõe-se a ser um modelo unificado de saúde psicológica. Segundo seus proponentes, FP é “a capacidade de entrar em contato mais plenamente com o momento presente, como um ser humano consciente, e de mudar ou persistir em comportamentos quando fazê-lo serve a fins valorizados” (Hayes et al., 2006, p. 7). Ainda de acordo com os autores, “a dor [psicológica] é uma consequência natural da vida, mas as pessoas sofrem desnecessariamente quando seu nível geral de rigidez psicológica lhes impede de se adaptar aos contextos internos ou externos” (Hayes et al., 2012, p. 19). Assim, o problema, segundo eles, não estaria na existência de pensamentos e sentimentos desconfortáveis, mas no excessivo controle que esses eventos exercem sobre a vida e as ações do paciente. Pessoas sob controle excessivo de eventos psicológicos desconfortáveis estarão muito mais propensas a se engajarem em tentativas de evitar, de escapar ou de suprimir esses próprios eventos, como lugares, pessoas e situações, através de abuso de substâncias, fuga, procrastinação, ruminação e outros comportamentos que encerrem o contato com a estimulação aversiva. O resultado é um estreitamento de seu repertório e de seu contato com situações potencialmente prazerosas e enriquecedoras a longo prazo, como oportunidades de trabalho, relacionamento e interação social, por exemplo.

Para Hayes et al. (2012), a FP é resultado de seis processos psicológicos distintos que em conjunto determinarão o quão aptos os seres humanos estarão para adaptarem-se às inevitáveis e desafiadoras circunstâncias da vida. São eles: Desfusão, Aceitação, Contato com o Momento Presente, Self como Contexto, Valores e Ação com Compromisso. Como forma de simplificação do modelo, de acordo com esses autores, os seis processos podem ser reduzidos a três classes que englobam dois processos cada, pois representariam um estilo de resposta complementar. Assim, a classe ABERTO englobaria os processos de Aceitação e Desfusão. Já a classe CONSCIENTE englobaria os processos

de Momento Presente e Self como Contexto. Por fim, a classe ENGAJADO englobaria os processos de Valores e Ação com Compromisso.

A FP é o modelo unificado de saúde e doença psicológica que dá base à Terapia de Aceitação e Compromisso (do inglês, ACT) (Hayes et al., 2012). Muito embora a ACT não tenha como foco a diminuição de sintomas dos transtornos mentais, uma meta-análise de 39 ensaios clínicos randomizados demonstrou eficácia equivalente da ACT na diminuição de ansiedade, depressão, adicção e sintomas físicos (e.g. dor crônica) a tratamentos já estabelecidos, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (A-Tjak et al., 2015). Esse achado é corroborado pela revisão de 20 meta-análises conduzida por Gloster et al. (2020), sendo que o estudo também aponta que a ACT é eficaz transdiagnosticamente para uma série de condições.

Como dito, não foram encontrados estudos que relacionem o modelo de flexibilidade psicológica com sintomas de DP/DR ou ao Transtorno de Despersonalização/Desrealização, nem estudos que tenham abordado a contribuição de intervenções ACT para pessoas que sofrem com sintomas de DP/DR, apesar da ACT já ter sido mencionada como uma modalidade de terapia com potencial para o tratamento desta condição (Flückiger et al., 2022; Neziroglu et al., 2010; Simeon & Abugel, 2023). Hipotetiza-se que os sintomas de DP/DR, assim como os de ansiedade, depressão e dor crônica, por exemplo, se colocam como uma barreira entre a pessoa e um caminho de vida valorizado, levando a comportamentos de rigidez psicológica e evitação. Estudos anteriores já destacaram o papel da FP como fator de proteção ao sofrimento psicológico (Kashdan & Rottenberg, 2010), e dos sintomas de DP/DR como fatores de risco independentes ao sofrimento psicológico (Schlax et al., 2020). Desta forma, o presente estudo pretende contribuir para a aproximação, no campo empírico, de sintomas de DP/DR com o modelo da ACT.

Método

Delineamento e amostra

Foi realizado um estudo transversal, com uma amostra de conveniência. Foram incluídos todos

os alunos dos quatro primeiros anos dos cursos de Psicologia e de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre que aceitaram participar da pesquisa mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), totalizando 94 alunos.

Procedimentos

A coleta foi feita de maneira individual e online, através de um formulário eletrônico criado na plataforma *Cognito Forms*. O formulário foi enviado aos participantes por e-mail, a partir de divulgação das coordenações de curso e das redes sociais, sendo descrito que o estudo buscava avaliar a relação da FP com a DP/DR, e solicitado que os participantes respondessem 52 perguntas referentes aos instrumentos utilizados no estudo.

Instrumentos

Para levantamento do escore da FP, foi utilizada a versão em português do instrumento *Comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes* (CompACT). O questionário, na sua versão original, demonstrou boas qualidades psicométricas em diferentes estudos de validação (Bayliss, 2018) e é considerado um instrumento promissor para avaliação da FP. Um estudo comparativo recente com outros instrumentos para levantamento da FP demonstrou que o CompACT foi o instrumento que apresentou maior consistência interna e validade discriminante (Ong et al., 2020). Possui 23 itens que somados (12 deles de maneira invertida) dão um escore de FP e em três subescalas, que buscam levantar o escore de cada uma das três classes de respostas preconizadas no modelo da FP (Abertura à Experiência [AE] representa a classe ABERTO; Consciência Comportamental [CC] representa a classe CONSCIENTE e Ações Comprometidas [AC] representa a classe ENGAJADO). Esse instrumento foi traduzido e adaptado recentemente para o português, demonstrando boas qualidades psicométricas (de Souza et al., 2018; Machado et al., 2021).

Para o levantamento do escore para DP/DR, foi utilizada a Escala de Despersonalização de Cambridge (EDC). Esta foi idealizada por Sierra e Berrios (2000) e é um dos únicos instrumentos

que leva em consideração especificamente sintomas comuns à DP/DR, como sensação de irreabilidade e estranhamento, além de contemplar diversas manifestações envolvidas no fenômeno. Fornece um escore de DP/DR Total e em 5 subdomínios, sendo eles Despersonalização (sensação de irreabilidade em relação a si mesmo), Irrealidade do Ambiente (sensação de irreabilidade em relação ao mundo ao redor), Deafetualização (atenuação nas respostas emocionais), Experiência Corporal Anômala (e.g. ver-se “fora do corpo”) e Experiência Temporal Subjetiva (percepção anômala da passagem do tempo). Foi traduzida e adaptada para o português (Salgado et al., 2016), tendo sido construída a partir de uma análise estatística exaustiva de casos de DP/DR. Possui 29 itens que são avaliados baseando-se nas dimensões de frequência dos sintomas nos últimos 6 meses (em uma escala crescente de 1 a 4) e duração destes (em uma escala crescente de 0 a 6), totalizando um escore máximo de 290. Estudos realizados em inglês sugerem que escores entre 60-71 pontos estão relacionados com o diagnóstico de Transtorno de DP/DR (Salgado, 2015).

Foi utilizada também uma Ficha de Identificação com informações sobre idade, gênero, curso e ano de graduação que o aluno estava cursando.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sendo aprovado (CAEE: 27092619.6.0000.5345, parecer: 4.274.534). O estudo seguiu os princípios bioéticos explicitados na resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo eles a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade. Todos os participantes consentiram ao TCLE, assentindo a voluntariedade da sua participação na pesquisa.

Análise Estatística

Os dados foram digitados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Para descrição da amostra foram utilizadas análises descritivas. As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta e frequência relativa percentual. As variáveis quantitativas foram avaliadas, em relação

a sua normalidade, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Foram descritas, quando a sua distribuição era simétrica, pela média e desvio padrão, e comparadas pelo teste t de Student para amostras independentes, ou por ANOVA e pelo teste post hoc de Tukey. Quando a sua distribuição era assimétrica, foram descritas pela mediana e intervalo interquartil e comparadas pelo teste de Mann Whitney ou por Kruskal Wallis. Para a avaliação da existência de correlação, entre os escores obtidos a partir das escalas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Em todos os testes, foi considerada a significância estatística de 0,05.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra do estudo (N=94), incluindo as variáveis demográficas e acadêmicas, como idade média e distribuição por gênero e ano do curso de graduação. Também exibe as médias e desvio-padrão dos escores de flexibilidade psicológica total e de seus subdomínios, assim como as medianas e intervalos interquartis dos escores de despersonalização total e de seus subdomínios. A média de idade da amostra foi de 22,4+2,9 anos, sendo composta por cerca de 87% de estudantes do gênero feminino. Quase 60% dos alunos estavam cursando enfermagem, 20,2% estavam no primeiro ano, 22,3% no segundo ano, 28,7% no terceiro ano e 28,7% no quarto ano. Foi encontrado um escore médio total para FP de 76,3+16,4 (de um total possível de 138), sendo 26,5+8,8 para a subescala de Abertura à Experiência, 15,7+5,4 para a subescala Consciência Comportamental, e 34,0+6,5 para a subescala Ações Comprometidas. Foi encontrada uma mediana para DP/DR Total de 39 (20,0-73,5).

A Tabela 2 apresenta as correlações entre os escores dos instrumentos que avaliam Despersonalização/Desrealização e Flexibilidade Psicológica. Em relação aos escores para DP/DR Total, foi encontrada uma correlação negativa, de intensidade moderada, com o escore de FP Total, de -0,37 ($p<0,001$) e de -0,36 ($p<0,001$) com a subescala Abertura à Experiência (AE). A subescala AE também apresentou correlações negativas com significância estatística com as subescalas

Tabela 1. Descrição da amostra (N=94).

Idade - média+dp	22,4 +2,90
Gênero feminino - n (%)	82 (87,2)
Curso de psicologia - n (%)	40 (42,6)
Primeiro ano - n (%)	19 (20,2)
Segundo ano - n (%)	21 (22,3)
Terceiro ano - n (%)	27 (28,7)
Quarto ano - n (%)	27 (28,7)
Abertura à Experiência - média+dp	26,5+8,8
Consciência Comportamental - média+dp	15,7+5,4
Ações Comprometidas - média+dp	34,0+6,5
Flexibilidade Psicológica Total - média+dp	76,3+16,4
Despersonalização - mediana (percentil 25 - 75)	9,5 (4,75-17,0)
Deafetualização - mediana (percentil 25 - 75)	2,5 (0,0-10,0)
Experiências Corporais Anômalas - mediana (percentil 25 - 75)	2,0 (0,0-6,0)
Irrealidade do Ambiente - mediana (percentil 25 - 75)	3,0 (0,0-6,0)
Experiência Temporal Subjetiva - mediana (percentil 25 - 75)	8,0 (4,0-15,0)
DP/DR Total - mediana (percentil 25 - 75)	39,0 (20,0-73,5)

Tabela 2. Correlações entre escores dos instrumentos de Despersonalização/Desrealização e Flexibilidade Psicológica (N=94).

	AE		CC		AC		FP Total	
	r	p	r	p	r	p	r	p
DP/DR total	-0,36	<0,001*	-0,27	0,008*	-0,22	0,029*	-0,37	<0,001*
DP	-0,42	<0,001*	-0,30	0,003*	-0,20	0,044*	-0,41	<0,001*
DeAf	-0,15	0,131	-0,18	0,083	-0,14	0,15	-0,20	0,051
ExpCA	-0,28	0,006*	-0,11	0,257	-0,11	0,254	-0,23	0,021*
IrrAmb	-0,33	0,001*	-0,19	0,056	-0,20	0,044*	-0,32	0,001*
ETempS	-0,34	0,001*	-0,28	0,006*	-0,23	0,020*	-0,37	<0,001*

DP/DR=despersonalização/desrealização, DP=Despersonalização, DeAf=Deafetualização, ExpCA=Experiências Corporais Anômalas, IrrAmb=Irrealidade do Ambiente, ETempS=Experiência Temporal Subjetiva, FP=Flexibilidade Psicológica, AE=Abertura à Experiência, CC=Consciência Comportamental, AC=Ações Comprometidas

^aVariáveis comparadas pela correlação de Pearson.

*=p<0,05

Despersonalização (-0,42, $p < 0,001$), Irrealidade do Ambiente (-0,33, $p = 0,001$) e Experiência Temporal Subjetiva (-0,34, $p = 0,001$). Os valores são semelhantes àqueles encontrados nas correlações entre estas subescalas do instrumento de DP/DR com o escore total de FP.

Quanto ao gênero, curso e ano da graduação, foram encontradas algumas associações com domínios relacionados à FP. Os alunos do gênero masculino tiveram um escore maior na subescala Abertura à Experiência ($p = 0,031$) (teste t de Student). Os estudantes do curso de Psicologia pontuaram mais para Flexibilidade Total ($p = 0,006$) (teste t de Student) e para a subescala Abertura à Experiência ($p = 0,001$) (teste t de Student) em comparação aos alunos de Enfermagem. Os alunos do primeiro ano apresentaram um escore menor para Abertura à Experiência em comparação com os alunos do terceiro ano ($p = 0,038$) (ANOVA e teste post hoc de Tukey). No entanto, não foi encontrada associação entre os escores de DP/DR Total ou de suas subescalas com gênero ou ano do curso. Os alunos do curso de Enfermagem tiveram uma tendência a apresentar escores maiores na subescala Experiência Temporal Subjetiva do que os alunos da Psicologia ($p = 0,076$) (teste de Mann Whitney).

Discussão

A amostra estudada apresentou um alto escore de DP/DR se comparado a outras amostras. A mediana de 39 no escore da Escala de Despersonalização de Cambridge esteve acima em relação àquela encontrada em uma população também não-clínica utilizada no estudo de adaptação do instrumento para o Brasil (=13) (Salgado et al., 2016), e abaixo da mediana encontrada na amostra original do instrumento, com indivíduos diagnosticados com Transtorno de DP/DR (=113) (Sierra & Berrios, 2000). Outro estudo, tendo como amostra estudantes do curso de Medicina, encontrou uma prevalência geral do Transtorno de DP/DR de 11,5%, sendo mais prevalente nos primeiros anos do curso (33,3% de alunos do primeiro ano com pontuação acima de 70) (Silva et al., 2016). A alta prevalência dos sintomas na amostra deve ser

tratada com cautela. Uma revisão recente demonstrou que o diagnóstico do Transtorno de DP/DR acaba sendo maior quando conduzido através de instrumentos autoaplicáveis, ao invés de entrevistas diagnósticas detalhadas. Outro fator citado é a possível confusão de sintomas de despersonalização com sintomas de depressão (Yang et al., 2023). Também deve ser levado em consideração o fato de a coleta ter sido feita durante a primeira onda da pandemia de COVID-19 no Brasil.

O estudo apontou correlação negativa, com significância estatística, entre os escores de FP Total e DP/DR Total ($r = -0,37$) e entre alguns dos subdomínios das duas escalas, destacando-se a correlação entre Abertura à Experiência [AE] e Despersonalização ($r = -0,42$). Tais dados sugerem que DP/DR e FP estão relacionadas de forma ampla, mas também que aspectos centrais dos dois fenômenos estão relacionados (a sensação de sentir-se desconectado do próprio corpo e self é um dos fenômenos centrais e definidores da DP/DR, enquanto a capacidade de estar aberto e disposto a experimentar sensações e pensamentos desconfortáveis é um aspecto fundamental da FP). A subescala AE também se correlacionou negativamente com os domínios de Irrealidade do Ambiente (-0,33) e Experiência Temporal Subjetiva (-0,34). Assim, os dados corroboram a hipótese de que os sintomas de DP/DR estariam relacionados com uma maior dificuldade para experimentar eventos psicológicos desconfortáveis.

A subescala de Consciência Comportamental [CC], que está relacionada à capacidade de entrar em contato com o momento presente de maneira intencional e flexível, também apresentou correlações negativas com domínios da DP/DR, embora com menor intensidade, como, por exemplo, com a subescala Despersonalização (-0,30). Já a subescala Ações Comprometidas [AC], não apresentou correlações estatisticamente significativas com nenhum domínio de DP/DR, o que sugere que a presença dos sintomas de DP/DR não está relacionada a uma menor capacidade de identificar e agir de acordo com valores e metas significativos, nesta amostra. Os subdomínios Deafetualização e Experiências Corporais Anômalas também não apresentaram nenhuma correlação estatisticamente significativa com os escores de FP.

Alunos da Psicologia pontuaram mais, em média, no escore de FP Total e na subescala de Abertura à Experiência. Tal dado sugere um possível treino de habilidades de flexibilidade durante o curso de Psicologia, ou efeito de desejabilidade social nas respostas, ou ainda que a escolha do curso da graduação selecione indivíduos com certo perfil de enfrentamento psicológico. Os dados do estudo também apontaram para uma menor FP, na subescala de Abertura à Experiência, dos alunos que estavam no primeiro ano dos cursos em comparação com os alunos do terceiro ano.

O Transtorno de DP/DR é uma manifestação psicológica marcada pela presença persistente e crônica de sintomas descritos como desconfortáveis e assustadores por quem os experiencia. A manifestação impõe um desafio para pesquisadores e profissionais de saúde mental, uma vez que a literatura em torno de intervenções psicológicas para esta população é escassa, se limitando a estudos com amostras pequenas e de menor controle experimental (Schweden et al., 2020). Além disso, na área da psicofarmacologia, o desenvolvimento de conhecimento para o tratamento de tal transtorno ainda é incipiente e experimental (Weber, 2020). Uma situação notavelmente semelhante ocorre em pacientes acometidos por Dor Crônica, manifestação em que os sintomas são desconfortáveis, estão sempre presentes e, frequentemente, os pacientes acabam falhando em encontrar um alívio completo. Para essa manifestação, a Terapia de Aceitação e Compromisso demonstrou ser uma intervenção muito eficaz para o aumento da satisfação com a vida e para o aumento do funcionamento global do indivíduo, a despeito dos sintomas, através do aumento da FP (Hann & McCracken, 2014). Estudos futuros poderão investigar o impacto da Terapia de Aceitação e Compromisso no tratamento da população acometida por DP/DR através da promoção dos processos de abertura a experiências difíceis e contato com o momento presente.

O fato de os dados terem sido coletados de maneira online, da amostra ser relativamente pequena, majoritariamente feminina e representativa de apenas uma universidade são aspectos que podem ser considerados limitações do estudo. Como a amostra era composta por mais de 85% de mulheres, isso pode gerar um viés de gênero, uma vez que se sabe

que existe uma tendência de a população feminina apresentar mais sintomas de ansiedade, como sintomas de DP/DR (Farhane-Medina et al., 2022).

Destaca-se também que apesar de ter sido traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, nenhum estudo de validação foi conduzido para a versão brasileira do *Cambridge Depersonalisation Scale*, o que pode impactar na coleta destes dados. No entanto, o fato de, até onde sabemos, esta ser a primeira pesquisa a investigar relações entre a DP/DR e a FP faz com que este estudo represente uma importante contribuição a esta área do conhecimento. Novos estudos sobre o tema devem ser desenvolvidos com amostras maiores, obtidas em mais de um local, e com um maior número de indivíduos do sexo masculino.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition, Text Revised). American Psychiatric Publishing, Inc.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36.
- Bayliss, K. (2018). Confirmatory factor analysis and further validation of the Comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT) [Tese de PhD, University of Nottingham]. <http://eprints.nottingham.ac.uk/53620/>
- Ciaunica, A., Seth, A., Limanowski, J., Hesp, C., & Friston, K. J. (2022). I overthink-Therefore I am not: An active inference account of altered sense of self and agency in depersonalisation disorder. *Consciousness and Cognition*, 101, 103320.
- Farhane-Medina, N., Luque, B., Taberner, C., Castillo Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4), 1-30.
- Flückiger, R., Schmidt, S. J., Michel, C., Kindler, J., & Kaess, M. (2022). Introducing a Group Therapy

- Program (PLAN D) for Young Outpatients with Derealization and Depersonalization: A Pilot Study. *Psychopathology*, 55(1), 62–68.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*, 2nd ed. (p. xiv, 402). Guilford Press.
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227.
- Hunter, E. C. M., Charlton, J., & David, A. S. (2017). Depersonalisation and derealisation: Assessment and management. *BMJ*, 356, j745.
- Hunter, E. C. M., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 9–18.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878.
- Machado, A. B. C., Souza, L. H. D., Zancan, R. K., Dillenburg, M. S., Oliveira, M. D. S. (2021). *Adaptação do Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT)* [Manuscrito submetido para publicação]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66–71.
- Michal, M., Beutel, M. E., Jordan, J., Zimmermann, M., Wolters, S., & Heidenreich, T. (2007). Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 693–696.
- Nestler, S., Sierra-Siebert, M., Jay, E. L., & David, A. S. (2015). Mindfulness and body awareness in depersonalization disorder. *Mindfulness*, 6(6), 1282–1285.
- Neziroglu, F., Donnelly, K., & Simeon, D. (2010). *Overcoming Depersonalization Disorder: A Mindfulness and Acceptance Guide to Conquering Feelings of Numbness and Unreality* (1a edição). New Harbinger Publications.
- Ong, C. W., Pierce, B. G., Petersen, J. M., Barney, J. L., Fruge, J. E., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). A psychometric comparison of psychological inflexibility measures: Discriminant validity and item performance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 34–47.
- Prinz, P., Hertrich, K., Hirschfelder, U., & de Zwaan, M. (2012). Burnout, depression and depersonalisation-Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung*, 29(1), Doc10.
- Salgado, A. C. S. (2015). Estudo de sintomas de despersonalização em pacientes com migrânea e controles (Tese de mestrado). *Repositório UFMG*. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A28FYR>
- Salgado, A. C. S., de Souza, L. C., Salgado, J. V., Sierra, M., & Teixeira, A. L. (2016). Tradução e adaptação cultural para o português brasileiro da Cambridge Depersonalisation Scale (Escala de Despersonalização de Cambridge). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 330–333.
- Schlax, J., Wiltink, J., Beutel, M. E., Münzel, T., Pfeiffer, N., Wild, P., Blettner, M., Ghaemi Kerahrodi, J., & Michal, M. (2020). Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general population: Results from the Gutenberg health study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 41–47.
- Schweden, T. L. K., Konrad, A. C., Wekenborg, M. K., & Hoyer, J. (2020). Evaluation of a brief cognitive behavioral group intervention to reduce depersonalization in students with high levels of

- trait test anxiety: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress, and Coping*, 33(3), 266–280.
- Schweden, T. L. K., Wolfradt, U., Jahnke, S., & Hoyer, J. (2018). Depersonalization under academic stress: Frequency, predictors, and consequences. *Psychopathology*, 51(4), 252–261.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Research*, 93(2), 153–164.
- Silva, F. V., Carvalho Neto, E. G., Chaves Junior, L. P., Jesus, D. V., Dantas, M. V. F., & Fonseca, A. J. (2016). Rastreamento do transtorno de despersonalização/despersonalização em estudantes de medicina de uma Universidade Federal do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40 (3), 337–343.
- Simeon, D., & Abugel, J. (2023). *Feeling Unreal: Depersonalization and the Loss of the Self* (2o edição). Oxford University Press
- Souza, L. H. D., Souza, L. A. S., Zancan, R. K., Dillenburg, M. S., Machado, A. B. C., & Oliveira, M. D. S. (2018). *Evidências preliminares de validade do Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT) para o Brasil*. [Apresentação de pôster] 48º Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, São Leopoldo, Brasil.
- Weber, S. R. (2020). Use of mixed amphetamine salts in a patient with depersonalization/derealization disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 17(1–3), 45–48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32547847/>
- Yang, J., Millman, L. S. M., David, A. S., & Hunter, E. C. M. (2023). The prevalence of depersonalization-derealization disorder: A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 24(1), 8–41.

Histórico do Artigo

Submetido em: 02/06/2023

Aceito em: 15/11/2024

Editora associada: Nazaré Costa

“Amanhã eu faço”: Inflexibilidade Psicológica como variável mediadora para a procrastinação acadêmica

“I’ll do it tomorrow”: Psychological Inflexibility as mediator for academic procrastination

Franciele Bischoff¹, Janaína Thaís Barbosa Pacheco¹

[1] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre | **Título abreviado:** Inflexibilidade Psicológica e procrastinação acadêmica | **Endereço para correspondência:** Rua Sarmento Leite, 245, sala 208, cep 90050-170 - Porto Alegre/RS | **Email:** janainap@ufcspa.edu.br | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.012

Resumo: A procrastinação é amplamente difundida no ambiente acadêmico e possui impacto na saúde e no sucesso das atividades acadêmicas dos indivíduos. O presente estudo objetivou investigar a relação entre depressão, ansiedade, estresse, Inflexibilidade Psicológica e a procrastinação em estudantes universitários brasileiros e avaliar o papel mediador da inflexibilidade psicológica na relação entre depressão, a ansiedade e o estresse no nível de procrastinação. 309 estudantes, de graduação e pós-graduação, completaram escalas de depressão, ansiedade, estresse, procrastinação e inflexibilidade psicológica. Observou-se nos resultados que a procrastinação está positivamente correlacionada às demais variáveis, e que a inflexibilidade psicológica possui papel mediador na relação entre depressão, ansiedade e estresse e a procrastinação na amostra, com a variabilidade explicada em 33,53%, 30,56% e 35,95% dos casos, respectivamente. Esses resultados sugerem que os profissionais possam explorar intervenções que visem o aumento da flexibilidade psicológica a fim de reduzir a procrastinação nos estudantes.

Palavras-chave: Procrastinação; Inflexibilidade Psicológica; Depressão; Ansiedade; Estresse.

Abstract: Procrastination is widespread in academic context and has an impact on the health and success of individuals' academic activities. This article investigated the relationship between depression, anxiety, stress, psychological inflexibility, and procrastination in Brazilian university students and to assess the mediating role of psychological inflexibility in the relationship between depression, anxiety and, stress at procrastination. 309 undergraduate and graduate students completed self-report scales for depression, anxiety, stress, procrastination, and psychological inflexibility. It was observed that procrastination is positively correlated to the other mentioned variables, and that psychological inflexibility plays a mediating role in the relationship between depression, anxiety and stress and procrastination in the sample, with explained variability of 33.53%, 30.56 % and 35.95%, respectively. These findings suggest that professionals can explore interventions aimed to increase psychological flexibility to reduce academic procrastination.

Keywords: Procrastination; Psychological Inflexibility; Depression; Anxiety; Stress.

A procrastinação pode ser topograficamente definida como um adiamento voluntário de tarefas importantes ou necessárias, apesar de se ter a consciência de que o atraso pode resultar em consequências negativas, a ponto de se experimentar desconforto subjetivo (Klingsieck, 2013; Steel, 2007). Entre os estudantes universitários, a procrastinação tem sido encontrada em diversos estudos, com a maioria atingindo níveis altos (Eisenbeck et al., 2019; Glick et al., 2014; Steel, 2007). A alta prevalência desse tipo de comportamento sugere que a procrastinação seja um problema amplamente presente no ambiente acadêmico (Eisenbeck et al., 2019).

Há evidências de que a procrastinação é um dos principais fatores que prejudica o sucesso das atividades acadêmicas (Saplavska & Jerkunkova, 2018). Kim e Seo (2015), em uma metanálise com amostra de 33 estudos, encontraram uma forte correlação negativa entre a procrastinação e a performance acadêmica entre estudantes universitários, principalmente nos subgrupos da Oceania, Europa e América. Em seu estudo, Sampaio e Bariani (2011) observaram que dentre as atividades mais adiadas, a categoria "Compromissos acadêmicos" (atividades relacionadas à vida acadêmica, aos estudos e às decisões acadêmicas) se destacava em primeiro lugar entre os estudantes de uma universidade brasileira.

Além das consequências relacionadas ao desempenho de tarefas, o ato de procrastinar tem impacto na saúde dos indivíduos. A literatura mostra que a procrastinação está fortemente correlacionada com depressão, ansiedade e estresse (Eisenbeck et al., 2019; Glick et al., 2014; Hutchison et al., 2018; Saplavska & Jerkunkova, 2018; Steel, 2007) e até mesmo com transtornos de ansiedade como síndrome do pânico e ansiedade social (Hutchison et al., 2018). A ansiedade e a depressão estão correlacionadas, por exemplo, a atrasos na entrega de trabalhos com prazos definidos, assim como o sofrimento psicológico relaciona-se com o adiamento de tarefas (Constantin et al., 2018). Os estudantes que procrastinam no início do semestre criam uma situação mais agradável a curto prazo; porém, acabam experimentando os custos de longo prazo ao final do semestre (Steel, 2007; Svartdal et al., 2018).

Estudos apontam que a depressão, a ansiedade e o estresse possuem correlações com a infle-

xibilidade psicológica (e.g., Eisenbeck et al., 2019; Glick et al., 2014; Levin et al., 2014; Tavakoli et al., 2019). A inflexibilidade psicológica é o modelo de psicopatologia proposto pela Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 2011), que é composto por seis processos: atenção inflexível, desconexão com valores, impulsividade ou falta de ação em direção a valores, fusão cognitiva, fusão a um self conceitualizado e esquiva experiencial. De acordo com a ACT, a dor é uma consequência natural da existência humana, mas há um sofrimento desnecessário quando o nível de inflexibilidade psicológica impede que o sujeito se comporte de uma maneira adaptativa aos contextos (Hayes et al., 2011). Dentro desse modelo de psicopatologia, a inflexibilidade psicológica é, portanto, "a raiz do sofrimento humano e do funcionamento desadaptativo" (Hayes et al., 2011, p. 64, tradução livre).

Estudantes que possuem maiores níveis de inflexibilidade psicológica experienciam um maior nível de ansiedade, em comparação com estudantes com índices menores (Tavakoli et al., 2019). Uma correlação significativa entre a inflexibilidade psicológica e a procrastinação já foi encontrada na literatura, em estudos com universitários ingleses e neozelandeses (Glick et al., 2014; Sutcliffe et al., 2018). Em seu estudo, com 442 estudantes – em sua maioria mulheres, estudantes de psicologia – na Universidade de Almería (Espanha), Eisenbeck et al. (2019) encontraram as primeiras evidências de que a inflexibilidade psicológica pode ser uma variável mediadora da relação entre depressão, ansiedade, estresse e a procrastinação acadêmica.

Os estudos sobre a procrastinação ainda são incipientes no Brasil. Tonelli et al. (2019) concluíram, em sua revisão bibliográfica, que há um crescimento nas pesquisas, mas que a temática ainda é nova no Brasil e que precisa ser melhor discutida. Sampaio e Bariani (2011) relatam em seu estudo que 82% dos participantes, 173 brasileiros de uma universidade particular do interior paulista, afirmavam procrastinar pelo menos uma vez por semana. Considerando a relevância do assunto e suas amplas consequências, torna-se importante o desenvolvimento de estudos que abordem a temática no contexto cultural brasileiro. Para isso, este estudo objetivou investigar a relação entre depressão, ansiedade, estresse, inflexibilidade psicológi-

ca e a procrastinação em estudantes universitários brasileiros e avaliar o papel mediador da inflexibilidade psicológica na relação entre depressão, ansiedade e o estresse no nível de procrastinação. Para acessar essas variáveis foram utilizados instrumentos de autorrelato.

Método

Participantes e procedimentos

A amostra do estudo consistiu em 309 estudantes universitários brasileiros, regularmente matriculados em cursos de graduação (59,9%) e pós-graduação (40,1%), sendo a maioria (79,9%) moradora da região sul do Brasil. Dentre os participantes, 68,3% eram do gênero feminino, sem filhos (92,6%) e tinham idade igual ou maior do que 18 anos, com média de 26,8 anos ($DP = 6,5$ anos, $min. = 18$ e $máx. = 59$). A maioria dos participantes (70,9%) exercia algum tipo de atividade remunerada (bolsas de pesquisa, iniciação científica, pós-graduação, entre outras; trabalho autônomo; carteira de Trabalho assinada (CLT); ou outro tipo de atividade remunerada). Os cursos foram classificados em Ciências Humanas (37,9%), Ciências Sociais Aplicadas (21,4%), Ciências da Saúde (12%), Engenharias (7,1%) e outras áreas do conhecimento (21,7%). Essa classificação foi feita de acordo com as áreas de conhecimento da CAPES. Além disso, 73,1% dos participantes já fizeram ou estiveram em atendimento psicológico durante o curso da pesquisa e 43,7% já receberam algum diagnóstico de saúde mental por profissional da saúde.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA (parecer: 4.096.980). A pesquisa foi divulgada nas redes sociais *Whatsapp*, *Facebook* e *Instagram* pessoais dos pesquisadores e no perfil do grupo de pesquisa, com o seguinte texto: “Estamos realizando um estudo que busca compreender as relações entre a procrastinação, a inflexibilidade psicológica, a depressão, a ansiedade e o estresse em estudantes universitários, e gostaríamos de convidar você a responder um questionário e contribuir com nossa pesquisa. O questionário, que pode ser acessado através do link abaixo. Para respondê-lo é bem ra-

pidinho, leva cerca de 20 minutos. Você deve estar cursando graduação ou pós-graduação e estar frequentando as atividades do seu curso - e deve ser maior de 18 anos”.

Os instrumentos foram dispostos na plataforma *Google Forms*, por onde os dados foram coletados e o link para o acesso já estava disponível na divulgação. A coleta foi realizada durante o período de pandemia do Sars-CoV-2 (COVID-19), entre julho e setembro de 2020. Na plataforma, antes de iniciarem a pesquisa, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e só foi possível ter acesso aos instrumentos após o consentimento ao estudo.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos

Foi desenvolvido um questionário específico para esta pesquisa, com o objetivo de caracterizar a amostra em relação à idade, gênero, curso em que está matriculado, exercício de atividade remunerada, local e pessoas com quem residência, e realizar psicoterapia.

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

Desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e traduzida e adaptada para o Brasil por Vignola e Tucci (2014). É um instrumento de 21 itens que permite avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse e é composto por três subescalas com sete itens cada. O participante responde a uma escala Likert de zero a três pontos. As pontuações para depressão, ansiedade e estresse são determinadas pela soma dos escores dos itens, multiplicado por dois (Vignola & Tucci, 2014). A DASS-21 apresentou alfas de Cronbach $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,81$ e $\alpha = 0,86$ para depressão, ansiedade e estresse, respectivamente, valores levemente menores que em seu estudo de adaptação ao Brasil (Vignola & Tucci, 2014).

Escala de Procrastinação Pura (PPS)

A escala foi desenvolvida por Steel (2010) e adaptada para vários idiomas, sendo amplamente utilizada nos estudos (Svartdal & Steel, 2017). Utilizou-se a versão traduzida e adaptada para o Brasil por Rocha (2019). O instrumento é com-

posto por 11 itens avaliados através de escala tipo Likert de 1 a 5. As afirmações avaliam a procrastinação geral (ex. "Com frequência, eu digo "eu farei isso amanhã"). Escores mais elevados revelam maior magnitude da procrastinação. Em sua versão original, a escala apresenta três fatores que mensuram a ocorrência da procrastinação em três aspectos: decisão, implementação e pontualidade/prontidão. Neste estudo teve confiabilidade $\alpha = 0,91$, semelhante a seu estudo original.

Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II)

O *Acceptance and Action Questionnaire II* foi desenvolvido por Bond et al. (2011). A versão brasileira foi elaborada por Barbosa e Murta (2015) e se baseou em uma amostra de 1352 estudantes universitários. O instrumento contém sete questões em uma escala Likert de 1 (nunca) até 7 (sempre), que foram desenvolvidos para avaliar os processos da inflexibilidade psicológica. A consistência interna da escala foi de $\alpha = 0,91$, maior que em seu estudo brasileiro ($\alpha = 0,86$, Barbosa & Murta, 2015).

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas usando a versão 25 do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e o PROCESS macro (Hayes, 2017). O cálculo amostral foi realizado e a amostra pesquisada teve um número superior ao limite mínimo recomendado (106 participantes). Foram calculados alfas de Cronbach, em intervalo de confiança de 95% para avaliar a consistência interna dos instrumentos. Foram realizadas análises descritivas e de frequência das variáveis, como média e desvios padrão, para caracterizar a amostra a partir do Questionário Sociodemográfico.

Devido à ausência de normalidade confirmada pelo teste Shapiro-Wilk, todos os testes estatísticos foram conduzidos utilizando a técnica de reamostragem de bootstrapping com 2000 amostras. Isso foi feito para obter intervalos de confiança de 95% corrigidos pelo viés (IC95%BCa), que foram utilizados na interpretação dos resultados. Foi aplicada a análise de correlação de Pearson para verificar a correlação entre as variáveis em análise (idade, depressão, ansiedade, estresse, procrastinação e inflexibilidade psicológica). Para a comparação dessas mesmas variáveis em relação a sexo e

escolaridade, foi utilizado teste T de Student para amostras independentes. Por fim, foram gerados 3 modelos para avaliar o efeito de mediação da inflexibilidade psicológica na relação de ansiedade (modelo 1), depressão (modelo 2) e estresse (modelo 3) com a procrastinação (modelo teórico opção 4) (Hayes, 2017).

Resultados

Os resultados indicaram que parte dos participantes mostraram um alto nível de procrastinação: 31,07% apresentaram escores acima de 40 no fator geral de procrastinação da PPS, o que é considerado um nível severo de procrastinação (Gagnon et al., 2020). Para classificação dos resultados da DASS-21, o escore dos participantes foi multiplicado por 2 (Vignola & Tucci 2014). Sendo assim, 27,18% dos estudantes apresentaram níveis moderados de depressão (escores entre 14 e 20) e 27,18% apresentaram níveis severos e extremamente severos de depressão (escores acima de 21). Na variável ansiedade, 19,09% dos estudantes apresentaram níveis moderados (escores entre 10 e 14) e 25,57% apresentaram níveis severos e extremamente severos (escores acima de 15). Na variável estresse, 28,48% dos estudantes apresentaram níveis moderados (escores entre 19 e 25) e 26,86% apresentaram escores severos e extremamente severos (escores acima de 26).

As correlações bivariadas entre idade, ansiedade, estresse, depressão, procrastinação e inflexibilidade psicológica estão apresentadas na Tabela 1. As variáveis ansiedade, depressão e estresse tiveram fortes correlações com a procrastinação e a inflexibilidade psicológica. Foi observada uma discreta correlação entre a variável idade e as variáveis ansiedade, depressão, estresse e inflexibilidade psicológica. Para fins de discussão, foram consideradas as correlações com r acima de 0,30. Não foram encontradas diferenças significativas considerando gênero e escolaridade e as variáveis idade, depressão, ansiedade, estresse, procrastinação e inflexibilidade psicológica.

Foram conduzidas análises de mediação em três modelos, a fim de avaliar o papel mediador da inflexibilidade psicológica na relação entre a de-

Tabela 1. Correlações entre as Variáveis Idade, Ansiedade, Estresse, Depressão, Procrastinação e Inflexibilidade Psicológica na Amostra de Estudantes Universitários brasileiros. (n=309).

		Idade	DASS-A	DASS-E	DASS-D	PPS
DASS-A	<i>r</i> (IC95%)	-0.151 (-0.237; -0.056)				
DASS-E	<i>r</i> (IC95%)	-0.183 (-0.284; -0.076)	0.718 (0.658; 0.770)			
DASS-D	<i>r</i> (IC95%)	-0.147 (-0.235; -0.047)	0.619 (0.538; 0.691)	0.657 (0.587; 0.723)		
PPS	<i>r</i> (IC95%)	-0.128 (-0.239; 0.001)	0.353 (0.265; 0.439)	0.424 (0.329; 0.512)	0.524 (0.442; 0.600)	
AAQ-II	<i>r</i> (IC95%)	-0.168 (-0.276; -0.048)	0.553 (0.435; 0.655)	0.600 (0.512; 0.680)	0.607 (0.517; 0.687)	0.514 (0.429; 0.594)

Nota. DASS-A = Subescala de Ansiedade da DASS-21; DASS-D = Subescala de Depressão da DASS-21; DASS-E = Subescala de Estresse da DASS-21; PPS = *Pure Procrastination Scale*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire*. Análise de correlação de Pearson com intervalos de confiança de 95% corrigidos pelo viés (IC95%Bca)

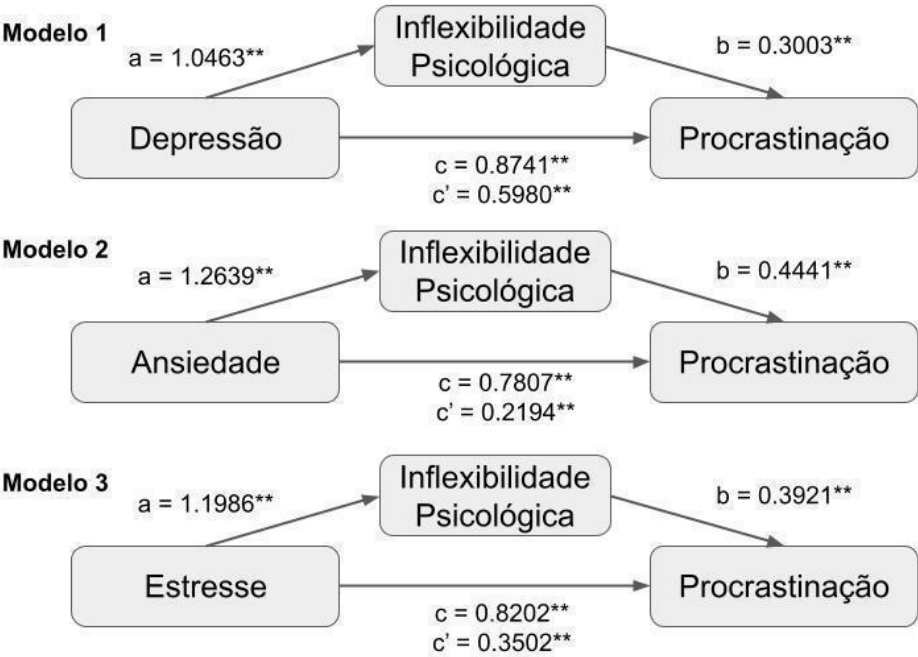


Figura 1. Modelos de mediação, onde a = Efeito em AAQ-II, b= efeito de AAQ-II em PPS, c= Efeito total e c'= Efeito direto da variável em PPS. ** $p<0,001$.

pressão, a ansiedade e o estresse no nível de procrastinação. A análise de mediação é uma técnica utilizada para investigar o processo pelo qual uma variável independente afeta uma variável dependente, através de um mediador, ou seja, uma variável intermediária. O Modelo 1 representa o papel mediador da inflexibilidade psicológica entre depressão e procrastinação (X (DASS-D) -> Y (PPS) mediado por M (AAQ-II), o Modelo 2 entre ansiedade e procrastinação (X (DASS-A) -> Y (PPS) mediado por M (AAQ-II) e o Modelo 3 entre estresse e procrastinação (X (DASS-E) -> Y (PPS) mediado por M (AAQ-II).

Os efeitos das análises de mediação são apresentados na Figura 1. Foram observados efeitos indiretos significativos de mediação nos três modelos: a procrastinação altera 0,3143 (IC95%Bca: 0,2004; 0,4489), 0,5613 (IC95%Bca: 0,3802; 0,7900) e 0,4700 (IC95%Bca: 0,3285; 0,6622) ponto para cada ponto de depressão, ansiedade e estresse quando mediado pela flexibilidade psicológica, respectivamente. Aproximadamente 36%, 83% e 57% da relação de cada uma destas variáveis com a procrastinação foi explicada pela mediação, respectivamente.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre depressão, ansiedade, estresse, inflexibilidade psicológica e a procrastinação em estudantes universitários brasileiros e avaliar o papel mediador da inflexibilidade psicológica na relação entre depressão, ansiedade e estresse no nível de procrastinação. Os resultados encontrados mostram correlação positiva moderada e alta entre procrastinação, inflexibilidade psicológica, depressão, ansiedade e estresse. Além disso, a inflexibilidade psicológica configurou-se como uma variável mediadora nos modelos testados, cada um sugerindo uma explicação de aproximadamente 30% da variabilidade da procrastinação a partir dessas variáveis.

Os altos níveis de procrastinação encontrados na amostra (31,07% dos participantes apresentaram nível considerado severo de procrastinação) são coerentes com as mudanças percebidas pelos estudantes uma vez que ingressam na universida-

de, podendo ter influência da percepção de maior responsabilidade, desafios e necessidade de se comportar de forma mais independente nesse novo contexto (Eisenbeck et al., 2019; Glick et al., 2014; Steel, 2007). Esse novo contexto, quando somado a um nível mais elevado de inflexibilidade psicológica, auxilia a explicar os resultados encontrados no que diz respeito a procrastinar as tarefas. A procrastinação em estudantes universitários também apresenta na literatura relação significativa com sintomas de depressão, ansiedade e estresse, podendo afetar o bem-estar dos indivíduos (e.g., Eisenbeck et al., 2019; Saplavaska & Jerkunkova, 2018; Tonalli et al., 2019). Foi encontrado resultado semelhante no presente estudo, com a alta prevalência dos sintomas moderados, severos e extremamente severos de depressão, ansiedade e estresse. É necessário, no entanto, levar em consideração o período específico em que a coleta de dados ocorreu, com as atividades universitárias adequadas em sua totalidade para a modalidade on-line, e as recomendações de distanciamento social preconizadas durante o período de julho e setembro de 2020. Além disso, é necessário ponderar a maior dificuldade de adaptação dos alunos ao novo contexto universitário frente à impossibilidade de contato mais direto com as contingências que estariam presentes nas atividades presenciais.

A relação positiva entre a inflexibilidade psicológica e depressão, ansiedade e estresse presente na amostra do presente estudo também é consistente com achados prévios na literatura (Glick et al., 2014; Levin et al., 2014; Tavakoli et al., 2019). A ansiedade, por exemplo, em combinação com a inflexibilidade psicológica, é uma variável que contribui para a procrastinação (Glick et al., 2014). Esses achados demonstram a importância de se considerar a tentativa de controle das experiências internas como um processo a se compreender a depressão, a ansiedade e o estresse na procrastinação, de uma forma transdiagnóstica. Modelos e intervenções transdiagnósticas, como o modelo de psicopatologia da inflexibilidade psicológica, podem auxiliar em condições que possuam processos psicopatológicos funcionalmente em comum, principalmente considerando que a comorbidade é um fenômeno comum entre diagnósticos de saúde mental (Levin et al., 2014).

Os resultados da análise de mediação mostram que a variabilidade da procrastinação foi explicada em 33,53% pelo modelo 1 (Depressão), em 30,56% no modelo 2 (Ansiedade) e em 35,95% no modelo 3 (Estresse). Esses achados são consistentes com o estudo de Eisenbeck et al. (2019), que indicaram que a relação entre a depressão, a ansiedade, o estresse e a procrastinação pode se estabelecer através da inflexibilidade psicológica, com uma variabilidade de 11% em cada um dos modelos apresentados (Depressão, Ansiedade, Estresse e Sofrimento Psicológico), em uma amostra espanhola. Os resultados semelhantes em diferentes culturas destacam a consistência dos achados.

Procrastinar pode ser reforçado positivamente ao engajar em uma tarefa prazerosa em substituição à tarefa procrastinada, ou reforçado negativamente numa resposta de fuga/esquiva a experiências internas aversivas que podem estar sendo eliciadas quando a tarefa se apresenta (Sutcliffe et al., 2018). Quando uma tarefa é percebida como aversiva, por exemplo, quando há uma insatisfação em relação à tarefa ou dificuldade em realizá-la (Sampaio & Bariani, 2011; Steel, 2007), outros comportamentos mais reforçadores podem surgir (Constantin et al., 2018; Steel, 2007). Tarefas que são consideradas mais difíceis tendem a ser as mais procrastinadas (Tonalli et al., 2019). Considerando o contexto do isolamento social provocado pela pandemia, podemos considerar também a possibilidade de um acesso a atividades potencialmente mais reforçadoras no lar dos alunos, em concorrência às atividades acadêmicas realizadas de forma remota.

A procrastinação pode funcionar como uma estratégia para minimizar ou evitar o desconforto em relação a uma tarefa (Eisenbeck et al., 2019; Glick et al., 2014; Tonelli et al., 2019). Porém, ao se esquivar da realização de uma tarefa, apesar de haver um alívio temporário do desconforto, a tarefa continuará existindo para ser realizada – desta vez, com menos tempo, o que possivelmente faz com que aumente a sua aversividade ao se tornar mais urgente, e assim o indivíduo se vê novamente em um contexto aversivo onde há probabilidade de esquivar-se novamente. Dessa forma, um repertório de fuga-esquiva (através de distrações ou até mesmo da passividade, o

“fazer nada”) pode ser sistematicamente reforçado, sustentando a procrastinação a longo prazo (Svartdal et al., 2018).

Indivíduos que procrastinam podem apresentar sentimentos como culpa, ansiedade e vergonha (Sampaio & Bariani, 2011), por exemplo, quando ocorre o descumprimento de um prazo ou da qualidade desejada na atividade levando a consequências negativas, principalmente considerando que a procrastinação está negativamente correlacionada com a performance acadêmica (Kim & Seo, 2015). Ao surgirem sentimentos como os de culpa, vergonha e ansiedade, após a procrastinação de uma tarefa, os estudantes podem se engajar em esquiva experiencial para regular esses estados (Tonalli et al., 2019). Quanto mais os indivíduos procrastinam, mais pode aumentar sua ansiedade em relação a novas tarefas – e isso poderia retroalimentar estados de depressão, ansiedade e estresse e gerar um ciclo vicioso de esquiva experiencial, pensamentos e sentimentos desagradáveis (Eisenbeck et al., 2019).

Especificamente no modelo da ACT, intervenções podem ajudar os indivíduos que procrastinam a observar o contexto do momento presente, bem como seus pensamentos, sentimentos e demais sensações experienciadas no aqui-agora, desenvolver aceitação e uma postura de não-resistência aos eventos internos experienciados, desfusão de eventuais pensamentos que possam estar relacionados à procrastinação e a julgamentos de si mesmos, entrar em contato com os valores que os movem no ambiente acadêmico e construir um repertório comportamental que os permita se aproximarem desses valores mesmo na presença de contextos aversivos. Em outras palavras, aumentar o contato e a sensibilidade às contingências, aumentar o repertório de comportamentos guiados por valores dentro de contextos específicos e, dessa forma, reduzir o comportamento governado por regras e por esquiva experiencial pela competição com os comportamentos alternativos. Assim, os indivíduos que procrastinam podem fazer escolhas, dentro de seus contextos, para realizarem as tarefas que são importantes para eles, ao invés de procrastiná-las. Considerando esses achados em comum, os indivíduos que procrastinam e possuem mais inflexibilidade psicológica podem se beneficiar de intervenções cujo objetivo seja desenvolver uma maior flexibilidade psicológica.

Com relação às limitações do estudo, avalia-se a possibilidade de viés amostral. Isso porque as pessoas com um maior nível de procrastinação podem não ter respondido à pesquisa justamente por postergar a sua participação, esquivando-se de responder aos instrumentos.

Outro aspecto a ser considerado na análise deste estudo refere-se aos instrumentos de coleta de dados. O uso do AAQ II como um instrumento de avaliação de flexibilidade psicológica tem sido questionado por autores. Estudos que realizaram análises fatoriais e de convergência do AAQ II indicam que os itens do instrumento se correlacionam mais fortemente com medidas de sofrimento, como neuroticismo (Rochefort, Baldwin, e Chmielewski, 2018; Wolgast, 2014), sugerindo que o instrumento avalie esquivas experiencial e não flexibilidade psicológica. A justificativa para a escolha do AAQ II neste estudo decorreu da sua ampla utilização nos estudos sobre flexibilidade psicológica e, principalmente, pela ausência, na ocasião do estudo, de outros instrumentos validados para o português brasileiro. Atualmente, está disponível o Psy-Flex (Neto et al, 2024) para a avaliação da flexibilidade psicológica, mostrando-se um instrumento com bons parâmetros psicométricos para mensuração deste construto. Desta forma, sugere-se a replicação futura deste estudo utilizando-se o Psy-Flex.

O uso de instrumentos de autorrelato também requer observação. O comportamento verbal – nesse caso, o autorrelato – também é um comportamento modelado por contingências, cuja emissão é influenciada pelo histórico de reforçamento do indivíduo. A validade do relato irá depender do quanto ele corresponde, de fato, ao que ocorreu e sempre haverá a possibilidade de um erro nesta descrição. Além disso, a precisão do relato também dependerá do quanto o sujeito consegue observar a si próprio (auto-observação). Por exemplo, uma pessoa pode não saber que fez alguma coisa, por não estar observando a si mesmo enquanto o comportamento em si ocorre (simplesmente por estar desatenta, no “modo automático”) (De Rose, 1999). Em uma metanálise conduzida por Kim e Seo (2015), foi feita uma comparação entre indicadores de procrastinação e performance acadêmica, utilizando dados de autorrelato e de

medidas externas, sendo constatado que em ambos os casos as medidas de autorrelato tendem a ser superestimadas: as pessoas podem exagerar o quanto procrastinam as tarefas acadêmicas e também o seu desempenho nelas. Assim, as respostas dos participantes podem ter sido influenciadas por uma desejabilidade social (para, por exemplo, evitar uma possível punição), que é um importante viés a ser considerado, e por diferenças na sua capacidade de auto-observação (Furnham, 1986). Esses vieses comprometem a precisão de qualquer instrumento de autorrelato, e, portanto, essas limitações precisam ser levadas em conta na interpretação dos resultados.

Dada a natureza complexa da procrastinação e suas consequências, intervenções efetivas se fazem necessárias. Um passo importante para sua compreensão é identificar e avaliar os processos psicológicos que contribuem para esse fenômeno. Em concordância com achados na literatura, este estudo encontrou evidências de relações positivas entre a inflexibilidade psicológica, a procrastinação, a depressão, a ansiedade e o estresse, sugerindo que pode ser útil aos terapeutas desenvolverem intervenções que visem ampliar o repertório de flexibilidade psicológica (em oposição à inflexibilidade psicológica) com a finalidade de reduzir a procrastinação e seu impacto.

Apesar da variedade presente na amostra, ainda assim não foi possível abarcar a diversidade em sua totalidade, considerando possíveis variáveis como universidades públicas ou particulares, ou mesmo variáveis étnicas e raciais (Tavakoli et al., 2019), por exemplo. Seria interessante, também, que pesquisas futuras buscassem replicar e testar estes modelos para além do contexto universitário. A conceitualização de inflexibilidade psicológica nesse estudo é realizada através do modelo da ACT, assim, é possível que cada componente da inflexibilidade psicológica possa interagir de forma específica com a procrastinação. Sugere-se que estudos futuros explorem os componentes da inflexibilidade psicológica individualmente em suas análises, a fim de testar suas influências individuais e se viriam a aumentar o poder explicativo dos modelos, de modo a refinar a compreensão da sua relação com a procrastinação e possibilitar a construção de intervenções de maneira mais acurada.

Para além da clínica, também sugere-se a construção de intervenções considerando o contexto da universidade, não apenas a nível individual mas também ações a nível institucional, dentro das próprias universidades.

Referências

- Barbosa, L.M & Murta, S.G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Constantin, K., English, M. M., & Mazmanian, D. (2018). Anxiety, depression, and procrastination among students: Rumination plays a larger mediating role than worry. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0271-5>
- de Rose, J. C. C. (1999). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. Em R. A. Banaco (Org). *Sobre comportamento e cognição. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. (pp. 148-163). ARBytes.
- Eisenbeck, N., Carreno, D. F. & Uclés-Juárez, R. (2019). From psychological distress to academic procrastination: Exploring the role of psychological inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.007>
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7, 385-400. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(86\)90014-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(86)90014-0)
- Gagnon, J., Peixoto, E. M., & Dionne, F. (2020). Further study of the measurement of procrastination: Using item response theory on the pure procrastination scale. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00796-z>
- Glick, D. M., Millstein, D. J., & Orsillo, S. M. (2014). A preliminary investigation of the role of psychological inflexibility in academic procrastination. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Hutchison, T. E., Penney, A. M., & Crompton, J. E. (2018). Procrastination and anxiety: Exploring the contributions of multiple anxiety-related disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(2), 122-129. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.73054>
- Kim, K. R., & Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic performance: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 82, 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.038>
- Klingsieck, K. B. (2013). Procrastination in different life-domains: Is procrastination domain specific? *Current Psychology*, 32(2), 175-185. <https://doi.org/10.1007/s12144-013-9171-8>
- Levin, M.E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J.R., Hayes, S.C., Biglan, A. & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
- Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., da Silva, A. N., Gloster, A. T., & Perez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: the Brazil-Portugal transcultural adaptation of Psy-Flex. *Current Psychology*, 43(31), 25595-25603. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06241-9>
- Rocha, R. Z. (2019). *Pure Procrastination Scale e Irrational Procrastination Scale: Adaptação e*

- evidências de validade para o contexto brasileiro*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Rocheftort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior therapy*, 49(3), 435-449. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>
- Sampaio, R. K. N., & Bariani, I. C. D. (2011). Procrastinação acadêmica: Um estudo exploratório. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 2(2), 242-262. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2011v2n2p242>
- Saplavaska, J. & Jerkunkova, A. (2018). Academic procrastination and anxiety among students. *Engineering for Rural Development*. 23, 1192-1197. <https://doi.org/10.22616/ERDev2018.17.N357>
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>
- Steel, P. (2010). Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? *Personality and Individual Differences*, 48(8), 926-934. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.025>
- Sutcliffe, K., Sedley, B., Hunt, M. & Macaskill, A. (2018). Relationships among academic procrastination, psychological flexibility, and delay discounting. *Behavior Analysis: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/bar0000145>.
- Svardtal, F., Granmo, S., & Færevaaag, F. S. (2018). On the behavioral side of procrastination: Exploring behavioral delay in real-life settings. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00746>
- Svardtal, F., & Steel, P. (2017). Irrational delay revisited: Examining Five Procrastination Scales in a global sample. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01927>
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E.K., Sandoval, J.R. & Correa-Fernandez, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.001>
- Tonelli, E., Pessin, G. & Deps, V. L. (2019). Revisão bibliográfica dos impactos negativos da procrastinação acadêmica no bem estar subjetivo. *Interdisciplinary Scientific Journal*, 6(5), 299. <https://doi.org/10.17115/2358-8411/v6n5a21>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to brazilian portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior therapy*, 45(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>

Histórico do Artigo

Submetido em: 29/10/2023

Aceito em: 10/11/2024

Editora associada: Nazaré Costa

Poder preditivo da fusão cognitiva sobre o impacto psicológico durante o isolamento social

Predictive power of cognitive fusion on psychological impact during social isolation

Júnnia Maria Moreira^{1,2}, Caio Ricardo Santos Almeida³

[1] Clínica particular [2] Universidade Federal do Vale do São Francisco [3] Colégio Nossa Senhora Auxiliadora em Petrolina/PE | **Título abreviado:** Fusão cognitiva e impacto psicológico | **Endereço para correspondência:** | **Email:** | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.018

Resumo: O isolamento social, como o requerido pela pandemia de Covid-19, apesar de imprescindível, pode representar a inclusão de estressores na vida. Diante de tais estressores que podem desencadear psicopatologias, a flexibilidade psicológica tem sido apontada como um fator de proteção. Dessa forma, no presente trabalho avaliou-se a flexibilidade psicológica, estresse, depressão, ansiedade e impacto do evento em uma amostra por conveniência de 334 brasileiros. Foram utilizados: questionário sociodemográfico, Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), Questionário de Valores de Vida (VLQ), Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e Escala do Impacto do Evento (IES-R). Mulheres representaram 73,05% da amostra e 81,74% não relataram diagnóstico psicológico. Participantes com diagnóstico e mulheres apresentaram maiores estresse, depressão, ansiedade e impacto psicológico. Houve correlação positiva entre: CFQ-7 e estresse, ansiedade, depressão e impacto psicológico; e entre AAQII e estresse, depressão, ansiedade e impacto psicológico. Na análise de regressão, a fusão cognitiva e a preocupação explicaram 39% do impacto psicológico, porém a fusão cognitiva foi mais poderosa, com coeficiente de regressão de 0,93.

Palavras-chave: Fusão cognitiva; isolamento social; estresse; depressão; ansiedade.

Abstract: Social isolation, as required by the Covid-19 pandemic, although essential, may introduce additional stressors into daily life. In response to these stressors, which can trigger psychopathology, psychological flexibility has been identified as a protective factor. Therefore, the present study evaluated psychological flexibility, stress, depression, anxiety, and the impact of the event in a convenience sample of 334 Brazilians. The following instruments were used: a sociodemographic questionnaire, the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), the Valued Living Questionnaire (VLQ), the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Women comprised 73.05% of the sample, and 81.74% did not report a psychological diagnosis. Participants with a psychological diagnosis and women exhibited higher levels of stress, depression, anxiety, and psychological impact. Positive correlations were found between CFQ-7 and stress, anxiety, depression, and psychological impact, as well as between AAQ-II and stress, depression, anxiety, and psychological impact. Regression analysis indicated that cognitive fusion and worry accounted for 39% of the psychological impact, with cognitive fusion being the strongest predictor, showing a regression coefficient of 0.93.

Keywords: Cognitive fusion; social isolation; stress; depression; anxiety.

Epidemias e pandemias anteriores já exigiram a implementação de quarentena, que consiste no isolamento de pessoas infectadas, ou até isolamento social, ou seja, na separação das pessoas infectadas daquelas não infectadas a partir da restrição de locomoção de pessoas não infectadas também (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Apesar dessas diferenças conceituais, estratégias de isolamento da população foram implementadas, em 1127, na Itália em função da lepra, em 2003, no Canadá devido à *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) e, em 2015, na Coreia do Sul devido ao surto da *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS), para citar apenas algumas.

Considerando que a população mundial e principalmente a brasileira, felizmente e apesar de outras condições socioeconômicas degradantes, nunca viveu períodos de isolamento social para conter avanços de doenças em uma escala tão gigantesca em termos de quantidade de pessoas a serem isoladas e tempo de duração, estudos que avaliem impactos dessas medidas bem como fatores de risco e proteção são essenciais. Existem evidências de que o isolamento social, como o requerido pela pandemia de Covid-19 (Corona Virus Disease), apesar de imprescindível, pode representar a inclusão de estressores na vida (Brooks & cols., 2020), como medo da infecção, confusão, tédio e frustração, suprimidos e informações insuficientes, perda financeira e estigma.

Em uma revisão rápida para atender às demandas do atual isolamento social imposto pela Covid-19, Brooks e cols. (2020) encontraram alguns fatores de risco capazes de prever os impactos psicológicos do isolamento social, tais como idade, baixos níveis de educação formal, ser mulher, entre outras, porém esses dados não são conclusivos. Apesar de não ser considerada oficialmente como um trauma de acordo com o DSM-V, a quarentena foi apontada como responsável por sintomas de estresse pós-traumático mais severos em profissionais da área de saúde comparados à população em geral (Reynolds & cols., 2008). Nesse sentido, Taylor e cols. (2018) encontraram uma associação entre o estresse psicológico e o isolamento subjetivo dos amigos, definido como a percepção individual e a qualidade das relações com pessoas da rede social do indivíduo, participação em grupos, voluntariado ou outras atividades sociais.

Com relação ao tédio e frustração, essa frustração pode ser exacerbada em função da impossibilidade de engajamento em atividades diárias, como compras de itens básicos (Hawryluck & cols., 2004). Durante o isolamento por causa do surto de MERS na Coreia do Sul, a inadequada provisão de necessidades básicas, como alimento, água, roupas, moradia, acesso a telefone e internet, histórico de doença psiquiátrica e perdas financeiras se associaram com relatos de ansiedade e raiva de quatro a seis meses após o fim do isolamento (Jeong & cols., 2016). Isso indica não só a importância de ações dos governantes que garantam condições mínimas de salubridade durante o isolamento, mas também a necessidade de atenção a demandas psicológicas posteriores ao isolamento. A clareza e a coordenação entre os múltiplos atores públicos na comunicação de informações e orientações, além da transparência das autoridades e da dificuldade em seguir as orientações foram apontados como relevantes durante a quarentena implementada no Canadá, devido ao surto de SARS, em 2003, por DiGiovanni e cols. (2003; ver também Wang & cols., 2020). Com relação à adesão ao isolamento de uma forma geral, Reynolds e cols., (2008) indicaram que essa adesão é maior quando os motivos e justificativas para o isolamento são compreendidos pelas pessoas, o que aponta para a importância do preparo das autoridades, não apenas para diminuir os impactos psicológicos, mas também para garantir a adesão da população ao isolamento, quando este é voluntário.

Além dessas variáveis, questões financeiras relacionadas à redução de rendimentos durante e após o término do período de isolamento são centrais para a compreensão dos efeitos psicológicos. Pessoas com rendas mais baixas são mais afetadas em termos de quantidade de sintomas de estresse pós-traumático e depressão (Hawryluck & cols., 2004).

Com relação especificamente à COVID-19, Schmidt e cols. (2020), em uma revisão narrativa da literatura, apontam vários impactos à saúde mental da população em geral e de profissionais de saúde, além de intervenções psicológicas realizadas como resposta à pandemia. Por exemplo, Wang e cols. (2020) apontam sintomas moderados a severos de

ansiedade em 28,8%, de depressão em 16,5% e de estresse em 8,1% dos participantes chineses ainda no primeiro mês do surto de COVID-19.

Em situações de estresse que podem desencadear psicopatologias, a flexibilidade psicológica tem sido apontada como um fator de proteção (Ding & Zheng, 2022; Kashdan & Rottenberg, 2010), com evidências inclusive no contexto da pandemia (Yao & cols., 2023). Essa flexibilidade pode ser definida como estar consciente de pensamentos e sentimentos aflorados no momento presente de vida sem acionar defesas desnecessárias e, dependendo da situação, persistir ou alterar estratégias comportamentais para atingir objetivos (Hayes & cols., 2012/2021). No presente trabalho, portanto, parte-se da definição de flexibilidade psicológica tal qual desenvolvida por Hayes e cols., (2012/2021) a partir de seis processos de mudança: aceitação, desfusão, self-como-contexto, ação comprometida com valores e atenção ao momento presente. Flexibilidade psicológica é, portanto, um termo complexo, composto por outros processos complementares. No presente trabalho, foram investigados os processos de aceitação, desfusão e ação comprometida com valores como correlatos da flexibilidade psicológica. Diante do exposto, buscou-se avaliar a relação entre a flexibilidade psicológica (aceitação, desfusão e ação comprometida com valores) e estresse, depressão, ansiedade e impacto do evento durante a pandemia de covid-19.

Método

Participantes

Estavam aptos a participar da pesquisa qualquer pessoa com idade maior que 18 anos e que concordasse com o Termo de Consentimento. Dessa forma, foram alcançados 334 participantes (73,05% do sexo feminino), sendo 65,27% com idade entre 18 e 24 anos, 17,07% entre 25 e 59, 16,47% entre 40 e 59, e apenas 1,2% com mais de 60 anos. No que se refere à cor/raça, 47,9% autodeclararam serem pardos, 37,72% brancos e 13,77% pretos. Quanto à escolaridade, predomina-se o ensino médio completo (67,66%), seguido de pós-graduação completa ou em curso (15,87%) e ensino superior completo (14,67%). Aqueles que apenas estudam

correspondem a 37,13% da amostra, sendo que 20,96% estudam e trabalham, concomitantemente, e 20,05% apenas trabalham. Quanto ao tipo de trabalho, 22,75% são assalariados/servidores públicos, 12,57% são autônomos, 10,78% trabalhadores informais e 8,38% trabalhadores domésticos sem remuneração. O isolamento social resultou em redução da renda para 39,82% da amostra e perda total da fonte de renda para 7,49%. Informações mais detalhadas encontram-se na Tabela 1.

Instrumentos

Os participantes foram solicitados a responder, por meio de um formulário do Google, ao Questionário Sócio Demográfico e cinco instrumentos auto administráveis, a saber: o Questionário de Aceitação e Ação II (do inglês, Acceptance and Action Questionnaire - AAQ-II), o Questionário de Valores de Vida (do inglês, Valued Living Questionnaire - VLQ) e o Questionário de Fusão Cognitiva (do inglês, Cognitive Fusion Questionnaire - CFQ-7), utilizados para medir a esquiva experiencial, os valores de vida e a fusão cognitiva, respectivamente, componentes da flexibilidade psicológica; além da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (Depression Anxiety Stress Scale-DASS-21) e da Escala do impacto do Evento (Impact of Events Scale Revised-IES-R).

O Questionário Sociodemográfico desenvolvido para a presente pesquisa, continha questões referentes a idade, sexo, nível de instrução, raça, renda antes e após o isolamento social, tempo (em dias) em isolamento, presença de sintomas gripais, contato com pessoas contaminadas, familiares ou conhecidos infectados, problema psicológico e médico diagnosticados, grau de confinamento (quantidade de vezes em que quebrava o isolamento por semana), nível de preocupações específicas entre aqueles que precisavam sair de casa para trabalhar (contrair e transmitir a doença, afastamento do lar, desvalorização como profissional, duração da pandemia, perda de controle, falta de equipamentos de proteção), medidas de segurança seguidas, qualidade da alimentação, atividade sexual, ocupação, tempo de lazer, sono e atividade física, grau de confiança nos governos federal, estadual e municipal, e, ainda, grau de confiança e satisfação com informações recebidas

por fontes diversas. O nível de preocupação para cada item descrito acima e ainda o grau de confiança e satisfação com informações foram avaliados por meio de escala Likert variando de 0 a 10.

O AAQ-II (Bond & cols., 2011; Barbosa & Murta, 2015) possui 7 itens para medir esquivas experiencial de acordo com uma escala Likert de sete pontos variando de “nunca verdadeira” a “sempre verdadeira”. Os escores podem variar entre 7 e 49, sendo que quanto mais baixo maior a aceitação e a habilidade para agir na presença de pensamentos e emoções difíceis. O instrumento apresenta consistência interna de 0,86 (Barbosa & Murta, 2015).

O VLQ (Guedes, 2017; Wilson & cols., 2010), traduzido e adaptado ao português por Lucena-Santos e cols. (2014), avalia a importância de diferentes domínios de vida além da consistência das ações do indivíduo, ou seja, o quão coerente são estas ações diante da importância de cada um desses domínios. Apresenta 20 itens para avaliar 10 domínios, desde relações familiares até autocuidado físico, sendo 10 itens para avaliar a importância de cada domínio e os outros 10 itens para avaliar a consistência das ações. A versão em inglês do instrumento apresenta boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,77 para importância e 0,75 para consistência das ações.

O CFQ-7 (Gillanders & cols., 2014; Lucena-Santos & cols., 2017) mede a fusão cognitiva por meio de sete itens avaliados de acordo com uma escala Likert de sete pontos, variando de “nunca verdadeira” a “sempre verdadeira”. A versão em inglês apresenta consistência interna de 0,80 (Gillanders & cols., 2014).

A DASS-21 avalia saúde mental (Silva & cols., 2016; Vignoli & Tucci, 2015), sendo composta por 21 itens distribuídos em três subescalas (estresse, ansiedade e depressão). Cada subescala possui sete itens avaliados de acordo com uma escala tipo Likert de quatro pontos (discordo totalmente a concordo totalmente). As pontuações de cada subescala foram somadas e tiveram seus valores dobrados. Os resultados foram classificados conforme descrito em estudo de validação e adaptação para o português brasileiro (Vignoli & Tucci, 2015) - para depressão: normal (0–9), leve (10–13), moderado (14–20), grave (21–27) e extremamente grave (28–42); para ansiedade: normal (0–7), leve (8–9),

moderada (10–14), grave (15–19) e extremamente grave (20–42); e para estresse: normal (0–14), leve (15–18), moderado (19–25), grave (26–33) e extremamente grave (34–42).

O IES-R (Caluby & cols., 2012) avalia as respostas sintomáticas nos últimos sete dias diante de um evento traumático. Neste estudo, os participantes foram orientados a responder considerando as memórias da pandemia da Covid-19. A escala é composta por 22 itens distribuídos em três subescalas que medem os três principais sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT): evitação (a partir de questões como: “Eu tentei não falar sobre a situação”), intrusão (a partir de questões como: “Imagens sobre a situação saltavam em minha mente”) e hiperexcitação (a partir de questões como: “Eu me sentia atento(a) ou na defensiva”). Cada item foi avaliado em termos do nível de estresse de acordo com uma escala tipo Likert variando de zero (nem um pouco) a quatro (extremamente). Visando a comparação com os resultados de outros estudos (Wang & cols., 2020; Rodríguez-Rey & cols., 2020), a pontuação total do IES-R foi dividida em 0-23 (normal), 24-32 (impacto psicológico leve), 33-36 (impacto psicológico moderado) e acima de 37 (impacto psicológico grave).

Procedimento

A coleta de dados teve início em 01 de junho de 2020, após aprovação do Comitê de Ética, e se estendeu até janeiro de 2021. Devido às restrições provenientes do isolamento social, a coleta foi realizada de forma online, a partir do preenchimento de um questionário do Google Forms. A amostra foi selecionada por conveniência e contactada por meio das redes sociais. Utilizou-se a estratégia não probabilística bola de neve, em que o link para participar da pesquisa e responder ao questionário era divulgado em redes sociais e repassado entre potenciais participantes. É importante destacar que esse tipo de amostragem pode não ser representativa da população por não apresentar estratificação quanto às variáveis relevantes, como idade, renda e nível de instrução, o que, portanto, sugere que os resultados aqui apresentados sejam observados com cautela.

Resultados

Foram analisadas as médias e desvios-padrão dos escores dos instrumentos, bem como o percentual da amostra em cada nível classificatório nos casos do impacto psicológico, ansiedade, depressão e estresse. Foi realizado o teste qui-quadrado para verificar se há uma associação significativa entre sexo e as categorias de impacto do evento, ansiedade, depressão e estresse.” Para o cálculo do *quiquadrado*, foram excluídos dois participantes que preferiram não informar o sexo. Além disso, os participantes com diagnóstico psicológico relatado foram comparados com os participantes sem diagnóstico quanto ao impacto psicológico, ansiedade, depressão e estresse, a partir da ANOVA. Também a partir da ANOVA e em termos das variáveis anteriores, houve comparação entre os participantes agrupados quanto à redução de renda, rotina alimentar, atividade física e realização de atividades profissionais. Análises de correlação de Spearman foram realizadas entre as variáveis fusão cognitiva (CFQ7), esQUIVA experiencial (AAQ-II), impacto do evento, ansiedade, depressão, estresse e nível de preocupação relatado. Após identificadas as correlações, foram realizadas análises de regressão considerando como variável dependente o impacto psicológico.

Impacto psicológico e saúde mental

O impacto psicológico da pandemia da COVID-19 resultou na pontuação média de 35,42 ($DP=22,8$). Sob perspectiva classificatória sugerida por Rodríguez-Rey e cols. (2020), 44,01% da amostra apresentou impacto psicológico grave, 7,49% impacto moderado, 13,17% impacto leve e 35,33% impacto normal.

No que se refere à saúde mental, avaliada pela DASS-21, os participantes apresentaram escore médio de 25,13 ($DP=16,57$), enquanto nas subescalas a pontuação média foi de 6,59 ($DP=6,08$) para ansiedade, 8,74 ($DP=6,01$) para depressão e 9,79 ($DP=6,22$) para estresse. Na classificação de gravidade das subescalas (Vignoli & Tucci, 2015), 31,14% apresentou ansiedade extremamente severa, 4,79% ansiedade severa, 16,77% ansiedade moderada, 4,49% ansiedade leve e 42,81% ansiedade normal; quanto à sintomas de depressão, 24,25%

apresentou nível extremamente severo, 13,77% nível severo, 20,66% nível moderado, 13,17% nível leve e 28,14% nível normal; por fim, a pontuação de estresse revelou 17,66% da amostra com estresse extremamente severo, 18,56% com estresse severo, 14,67% com estresse moderado, 7,49% estresse leve e 41,62% estresse normal.

Participantes com diagnóstico de problemas psicológicos apresentaram maiores impacto psicológico ($M=45,75$ vs $M=33,11$; $F(1,332)=16,04$; $p=0,00$), ansiedade ($M=10,14$ vs $M=5,8$; $F(1,332)=27,44$; $p=0,00$), depressão ($M=12,18$ vs $M=7,97$; $F(1,332)=26,18$; $p=0,00$) e estresse ($M=13,57$ vs $M=8,94$; $F(1,332)=29,88$; $p=0,00$).

Estresse apresentou correlação positiva forte com depressão ($\rho=0,78$), ansiedade ($\rho=0,79$) e impacto psicológico ($\rho=0,75$). Além disso, foram observadas correlações positivas moderadas entre depressão e ansiedade ($\rho=0,66$), assim como impacto psicológico, por um lado, e ansiedade ($\rho=0,62$), depressão ($\rho=0,65$), estresse ($\rho=0,75$) e escore geral de preocupação ($r=0,55$) por outro.

Flexibilidade psicológica

No VLQ, que avalia a importância que o indivíduo atribui para diferentes domínios da sua vida e o quanto suas ações estão condizentes com esses valores, considerando apenas a média e o desvio-padrão, o domínio com menor consistência foi autocuidado físico ($M=5,87$; $DP=3,15$) enquanto o domínio com maior consistência foi relações familiares ($M=7,26$; $DP=2,77$). Esse dado aponta para a dificuldade dos participantes em realizar atividades relacionadas ao autocuidado físico mesmo considerando essa área importante e ainda para o tempo de isolamento social como oportunidade para o estreitamento de laços familiares a partir de ações consistentes com a importância desse domínio.

Os resultados do CFQ7 e AAQ-II apresentaram correlação positiva forte ($r=0,79$), indicando coerência nos achados. Além disso, houve correlação positiva moderada nos valores do CFQ7 com estresse ($\rho=0,70$), ansiedade ($\rho=0,55$), depressão ($\rho=0,65$) e impacto psicológico ($r=0,62$), bem como nos resultados do AAQ-II com estresse ($\rho=0,65$), depressão ($\rho=0,60$), ansiedade ($\rho=0,55$) e impacto psicológico ($r=0,55$).

Tabela 1. Demografia, impacto psicológico (IES-R) e saúde mental (DASS-21).

Variáveis	Impacto psicológico % (n)		Ansiedade % (n)		Depressão % (n)		Estresse % (n)	
	Normal	Grave	Normal	Severo/ Extremamente severo	Normal	Severo/ Extremamente severo	Normal	Severo/ Extremamente severo
Sexo								
Feminino	55,08% (65)	81,63% (120)	66,43% (95)	83,33% (100)	62,77% (59)	85,83% (109)	61,15% (85)	89,26% (108)
Masculino	44,07% (52)	17,69% (26)	32,87% (47)	15,83% (19)	36,17% (34)	13,39% (17)	38,13% (53)	9,92% (12)
Não informado	0,85% (01)	0,68% (01)	0,70% (01)	0,83% (01)	1,06% (01)	0,79% (01)	0,72% (01)	0,83% (01)
Faixa etária								
Entre 18 e 24 anos	55,08% (65)	75,51% (111)	58,04% (83)	70,83% (85)	53,19% (50)	75,59% (96)	53,96% (75)	76,03% (92)
Entre 25 e 39 anos	18,64% (22)	15,65% (23)	18,88% (27)	16,67% (20)	17,02% (16)	16,54% (21)	17,99% (25)	19,01% (23)
Entre 40 e 59 anos	24,58% (29)	7,48% (11)	20,98% (30)	11,67% (14)	28,72% (27)	7,09% (09)	25,18% (35)	4,96% (06)
Mais de 60 anos	1,69% (02)	1,36% (02)	2,10% (03)	0,83% (01)	1,06% (01)	0,79% (01)	2,88% (04)	-
Cor ou raça								
Preta	12,71% (15)	16,33% (24)	13,29% (19)	17,50% (21)	13,83% (13)	15,75% (20)	12,95% (18)	18,18% (22)
Parda	45,76% (54)	48,30% (71)	48,25% (69)	44,17% (53)	47,87% (45)	49,61% (63)	46,76% (65)	44,63% (54)
Branca	41,53% (49)	34,01% (50)	38,46% (55)	37,50% (45)	38,30% (36)	33,07% (42)	40,29% (56)	35,54% (43)
Indígena	-	1,36% (02)	-	0,83% (01)	-	1,57% (02)	-	1,65% (02)
Nível de instrução								
Ensino fundamental incompleto	-	0,68% (01)	-	0,83% (01)	-	-	0,72% (01)	-
Ensino fundamental completo	1,69% (02)	1,36% (02)	0,70% (01)	3,33% (04)	1,06% (01)	2,36% (03)	0,72% (01)	2,48% (03)
Ensino médio completo	59,32% (70)	76,87% (113)	61,54% (88)	72,50% (87)	55,32% (52)	77,95% (99)	58,99% (82)	77,69% (94)
Ensino superior completo	17,80% (21)	9,52% (14)	18,18% (26)	11,67% (14)	23,40 (22)	10,24% (13)	18,71% (26)	9,09% (11)
Pós-graduação completa/ em curso	21,19% (25)	11,56% (17)	19,58% (28)	11,67% (14)	20,21% (19)	9,45% (12)	20,86% (29)	10,74% (13)
Mudanças na renda								
Sofreu redução	29,66% (35)	44,22% (65)	31,47% (45)	47,50% (57)	31,91% (30)	43,31% (55)	32,37% (45)	49,59% (60)
Perdeu totalmente	10,17% (12)	6,80% (10)	9,09% (13)	8,33% (10)	7,45% (07)	7,87% (10)	8,63% (12)	8,26% (10)
Não sofreu redução	60,17% (71)	48,98% (72)	59,44% (85)	44,17% (53)	60,64% (57)	48,82% (62)	58,99% (82)	42,15% (51)

A regressão linear revelou que os escores do CFQ7 e de preocupação juntos explicam 39% da variabilidade do impacto psicológico ($R^2=0.39$, $F(2,331)=106.5$, $p<0.001$). O coeficiente de regressão para o CFQ7 foi de 0.93 ($t=6.75$, $p<0.001$), enquanto o coeficiente para o escore de preocupação foi de 0.39 ($t=2.54$, $p=0.011$). Ambos os preditores contribuíram significativamente para o impacto psicológico, mas a fusão cognitiva teve um efeito maior, pois um aumento de uma unidade no CFQ7 está associado a um aumento médio de 0.93 unidades no impacto psicológico.

Demografia

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas dos grupos que apresentaram impacto psicológico normal e grave, além de ansiedade, depressão e estresse normais e severos/extremamente severos. Participantes com impacto psicológico grave são em sua maioria mulheres (81,63%), com idade entre 18 e 24 anos (75,51%), pardas (48,30%), com ensino médio completo (76,87%) e sem redução na renda durante a pandemia (48,98%). É importante mencionar, porém, que essas características são preponderantes na amostra total, a qual foi acessada por conveniência. A despeito desse desequilíbrio, no entanto, o *qui quadrado* revelou que mulheres foram mais presentes dentre os participantes com impacto psicológico grave ($p=0,00$), ansiedade severa ou extremamente severa ($p=0,00$), depressão severa ou extremamente severa ($p=0,00$) e estresse severo ou extremamente severo ($p=0,00$). Quando comparados os grupos que sofreram e não sofreram diminuição na renda, houve diferença para estresse ($F(1,332)=7,85$; $p=0,00$), ansiedade ($F(1,332)=6,35$; $p=0,01$) e impacto psicológico ($F(1,332)=3,7$; $p=0,05$). Dentre os participantes com níveis severos/extremamente severos de ansiedade, depressão e estresse houve predominância de mulheres (ansiedade: 83,33%; depressão: 85,83%; estresse: 89,26%), com idade entre 18 e 24 anos (ansiedade: 70,83%; depressão: 75,59%; estresse: 76,03%) e ensino médio completo (ansiedade: 72,50%; depressão: 77,95%; estresse: 77,69%). Entre os participantes que apresentaram ansiedade e estresse severos ou extremamente severos, grande parte sofreu redução (47,5% e 49,59% respectivamente) em suas rendas.

Rotina durante a pandemia da Covid-19

A maioria dos participantes (54,49%) relatou estar em isolamento há pelo menos 80 dias. Quanto ao grau de confinamento, 11,98% relataram precisar sair mais de três vezes por semana para trabalhar, 64,67% saíam no máximo um ou dois dias para compras essenciais, 7,78% saíam com frequência para atividades essenciais e 15,57% saíam semanalmente para atividades não essenciais como espairecer e realizar atividades físicas (Ver Tabela 2).

A pandemia resultou numa piora na alimentação para 52,69% dos participantes e redução da atividade sexual para 50,60%. Ao comparar o grupo que relatou ter observado melhora ou estabilidade na rotina de alimentação com o grupo que identificou piora, o último grupo apresentou maior estresse ($F(1,332)=10,35$; $p=0,00$), depressão ($F(1,332)=9,17$; $p=0,00$), ansiedade ($F(1,332)=6,19$; $p=0,01$) e impacto psicológico ($F(1,332)=5,44$; $p=0,02$). Também houve maior estresse ($F(1,332)=23,48$; $p=0,00$), depressão ($F(1,332)=13,52$; $p=0,00$), ansiedade ($F(1,332)=7,76$; $p=0,00$) e impacto psicológico ($F(1,332)=13,26$; $p=0,00$) no grupo que relatou redução na atividade sexual, em comparação ao grupo que não identificou alteração.

Em relação ao tempo de realização de atividades físicas, 63,47% relatou não realizar nenhuma atividade, 15,27% afirmou que realizam por menos de três vezes na semana por pelo menos 30 minutos por dia, 8,68% por pelo menos três vezes na semana por pelo menos 30 minutos por dia, e 12,57% por mais de três vezes na semana por pelo menos 30 minutos. O grupo que mais realiza atividade física (mais de três vezes por semana) apresentou menos depressão ($F(1,332)=5,61$; $p=0,01$) comparado com os demais grupos em conjunto.

No que se refere às atividades profissionais, 27,65% não estavam conseguindo realizar nenhuma atividade devido às restrições do isolamento social, 21,66% haviam tentado ajustar ou alterar as atividades, 28,11% conseguiam trabalhar por menos de quatro horas por dia em média, e 21,66% conseguiam trabalhar uma média de cinco horas por dia. Não houve diferenças estatísticas entre esses grupos quanto ao impacto psicológico, ansiedade e depressão.

Tabela 2. Rotina durante o isolamento social, impacto psicológico (IES-R) e saúde mental (DASS-21).

Variáveis	% (n)	Impacto psicológico		Ansiedade		Depressão		Estresse	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Dias de isolamento									
1. 0 a 49 dias	12,28% (41)	38,75	22,82	6,43	6,10	7,60	6,08	9,43	6,31
2. 50 a 79 dias	33,23% (111)	36,25	22,74	6,09	6,06	8,40	6,11	10,11	6,33
3. 80 dias ou mais	54,49% (182)	34,16	22,79	6,93	6,09	9,20	6,01	9,67	6,23
Grau de confinamento									
1. Preciso sair mais de 3 vezes por semana para trabalhar	11,98% (40)	32,82	22,74	5,82	6,10	7,45	6,01	9,17	6,23
2. Preciso sair no máximo 1 ou 2 dias na semana apenas para compras essenciais	64,67% (216)	37,29	22,74	6,93	6,08	9,25	6,07	10,10	6,29
3. Preciso sair frequentemente (mais de 2 vezes na semana) para compras e atividades essenciais	7,78% (26)	32,61	22,46	7,07	6,03	8,76	6,07	10,23	6,28
4. Saio de casa semanalmente para atividades não essenciais, como fazer atividade física ao ar livre e espairecer	15,57% (52)	31,19	22,83	5,55	6,11	7,67	6,01	8,84	6,24
Tempo de lazer									
1. Menos de duas horas	33,23% (111)	32,94	22,79	6,31	6,09	7,95	6,01	8,91	6,23
2. Entre duas e quatro horas	33,83% (113)	37,04	22,84	7,13	6,09	8,60	6,03	10,14	6,24
3. Mais de quatro horas	32,93% (110)	36,25	22,73	6,32	6,09	9,68	6,08	10,31	6,31
Mudanças na alimentação									
1. Melhorou	17,07% (57)	33,52	22,83	6,85	6,07	7,87	6,11	9,75	6,35
2. Piorou	52,69% (176)	38,15	22,78	7,37	6,08	9,67	6,01	10,81	6,22
3. Continuou como sempre	30,24% (101)	31,72	22,70	5,08	6,09	7,60	6,07	8,02	6,30
Redução na atividade sexual									
1. Diminuiu	50,60% (169)	39,82	22,72	7,50	6,08	9,91	6,09	11,37	6,30
2. Não diminuiu	11,68% (39)	27,10	22,71	4,64	6,09	4,69	6,08	6,69	6,29
3. Não houve mudança	37,72% (126)	32,08	22,70	5,98	6,11	8,42	6,0	8,63	6,22
Realização de atividade física									
1. Não realiza	63,47% (212)	36,27	22,79	7,03	6,09	9,33	6,0	10,18	6,23
2. Menos de 3 vezes na semana por pelo menos 30 minutos por dia	15,27% (51)	36,70	22,77	6,82	6,08	8,21	6,12	9,52	6,35
3. Pelo menos 3 vezes na semana por pelo menos 30 minutos por dia	8,68% (29)	35,31	22,73	7,24	6,05	9,17	6,10	10,06	6,31
4. Mais de 3 vezes na semana por pelo menos 30 minutos	12,57% (42)	29,61	22,72	3,66	6,08	6,11	6,08	7,92	6,30
Realização de atividades profissionais									
1. Não tem nem tentado pois é impossível	27,65% (60)	40,76	22,70	7,56	6,09	9,4	6,08	10,56	6,30
2. Não realiza, mas fez algumas tentativas de ajustar ou alterar as atividades	21,66% (47)	36,68	22,77	6,06	6,04	8,97	6,11	10,80	6,32
3. Realiza apenas trabalho voluntário	0,92% (02)	19,5	21,72	1,0	6,03	4,0	5,99	4,5	5,88
4. Realiza por menos de 4 horas por dia em média	28,11% (61)	30,39	22,79	6,29	6,09	7,62	6,0	8,24	6,23
5. Realiza por 5 horas por dia em média	21,66% (47)	34,84	22,67	5,5	6,08	6,08	6,09	8,39	6,30

Grau de preocupação e confiança nos governos

A Tabela 3 descreve as preocupações relacionadas à pandemia que foram incluídas neste estudo. A amostra apresentou média de 4,96, considerando todos os itens. Considerando apenas as médias, aqueles que mais despertaram preocupação foram, respectivamente, o medo de transmitir a doença

($M=8,19$), a imprevisibilidade de duração da pandemia ($M=7,76$) e o medo de contrair a doença ($M=6,79$). Além disso, os índices de confiança foram menores no governo federal ($M=2,26$) do que no estadual ($M=5,33$) e municipal ($M=5,30$).

Tabela 3. Preocupações, impacto psicológico e saúde mental.

Preocupações	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Tenho medo de contrair a doença	6,79	2,90
Tenho medo de transmitir a doença para familiares e amigos	8,19	2,62
Sofro por estar afastada de meu lar	1,82	3,12
Sinto-me desvalorizada (o) como profissional	1,91	2,90
Preocupo-me com quanto tempo essa pandemia ainda vai durar	7,76	2,61
Tenho a sensação de perda de controle	5,23	3,52
Tenho medo de não ter equipamentos de proteção individual, tais como máscaras ou luvas, suficientes para mim.	2,99	3,37

Discussão

A pandemia da Covid-19 exigiu a implementação do isolamento social como tentativa de contenção do vírus. Embora seja uma medida necessária e comumente implementada em outras pandemias e epidemias, estudos indicam que os estressores provenientes do isolamento estão associados a prejuízos na saúde mental (Rodríguez-Rey & cols., 2020; Panayiotou & cols., 2021). Alguns achados apontam que em situações de estresse, a flexibilidade psicológica pode representar um fator de proteção. Neste sentido, conseguir vivenciar emoções e pensamentos com maior abertura, atentando-se ao momento presente, pode representar maior saúde psicológica. Considerando a importância de se avaliar as consequências psicológicas de um contexto de crise, a fim de que se possa elaborar estratégias de cuidado, bem como desenvolver futuros planos de prevenção, este estudo avaliou flexibilidade psicológica, contemplando esquiiva experiencial, fusão cognitiva e valores de vida, além de estresse, ansiedade, depressão e impacto psicológico em uma amostra brasileira durante a pandemia de covid-19.

Os resultados evidenciam que a pandemia provocou modificações em diversos aspectos da vida dos brasileiros. Isso inclui mudanças financeiras e

na realização de atividades profissionais, além de alterações na rotina como alimentação e atividade sexual. No presente trabalho, a maioria dos participantes relatou viver em confinamentos mais rígidos (64,67%), e ainda, dentre as categorias classificatórias de impacto psicológico, o maior percentual se caracterizou como grave (44,01%), corroborando com revisão realizada por Brooks e cols. (2020), que aponta que ser forçado a ficar em casa leva a efeitos psicológicos negativos. Quanto a isso, Rodríguez-Rey e cols. (2020) recomendam que a quarentena não deve durar mais do que o necessário e que a população deve receber regularmente informações sobre os fundamentos das medidas restritivas, bem como dos seus efeitos positivos nesta crise sanitária.

No que se refere a realização de atividade física, mais da metade relatou não estar conseguindo realizar, o que pode ser explicado pelas medidas de restrição que estavam em vigor no período da coleta de dados, a exemplo do fechamento de parques e academias. Ainda assim, aqueles que afirmaram conseguir realizar alguma atividade física mais de três vezes na semana apresentaram menores pontuações médias de depressão. De forma similar, em um estudo realizado na Itália, Maugeri e cols.

(2020) também identificaram uma baixa realização de atividades físicas durante o período de isolamento em todas as faixas etárias, além de uma correlação positiva entre a variação da atividade física e o bem-estar mental. Esses dados evidenciam que a redução na atividade física pode ocasionar um impacto negativo na saúde psicológica e no bem-estar, o que ressalta a importância de manter uma rotina regular de exercícios a fim de se atenuar os impactos negativos na saúde psicológica.

A maior presença de mulheres nos grupos com impacto psicológico, ansiedade, depressão e estresse mais graves no presente estudo assemelha-se com as descobertas de pesquisas realizadas em outros países durante a pandemia (Wang & cols., 2020; Rodríguez-Rey & cols., 2020). Esses resultados transculturais evidenciam os impactos do gênero na experiência subjetiva das pessoas frente a uma mesma situação. As mulheres ainda vivenciam uma realidade social permeada por desigualdades e estereótipos de gênero que podem ter resultado na inclusão de estressores durante o isolamento social. Segundo dados de um relatório do Fórum Econômico Mundial (*World Economic Forum*, 2021), a pandemia postergou o alcance da paridade de gênero em decorrência de fatores que envolvem participação econômica e oportunidade, educação, saúde e capacitação política. Por exemplo, muitos dos setores afetados pelas restrições do isolamento social dispõem de uma composição predominantemente feminina, o que implicou em maior instabilidade profissional e financeira para mulheres trabalhadoras. Além disso, as mulheres comumente assumem a maior parte das tarefas domésticas, e com o fechamento das escolas e creches podem ter recebido uma sobrecarga ainda maior de trabalho com filhos e cuidados domésticos. Esses aspectos são apontados por alguns autores como possíveis causas do maior impacto psicológico sofrido pelas mulheres durante a crise sanitária da Covid-19 (Rodríguez-Rey & cols., 2020).

Os resultados do presente trabalho indicam que outro grupo bastante afetado pela pandemia foi a população mais jovem (entre 18 e 24 anos). Esse resultado é particularmente interessante pois evidencia que até populações jovens e relativamente saudáveis podem ter a saúde psicológica afetada pela pandemia. Essa parte da presente amostra é

formada principalmente por estudantes, apontados por Panayiotou e cols. (2021) como uma população vulnerável ao contexto pandêmico por terem enfrentado uma série de mudanças bruscas em sua rotina, como interrupção dos estudos ou adaptação para a modalidade remota, afastamento de seus pares e incertezas sobre o futuro e sobre a carreira. Esses são exemplos de fatores que podem justificar um aumento no sofrimento psicológico em pessoas mais jovens.

No VLQ, que avalia a importância que os indivíduos atribuem para diferentes domínios da sua vida e a consistência de suas ações com relação a esses valores, a presente amostra apresentou maior inconsistência no domínio autocuidado físico, que envolve aspectos como alimentação e realização de atividade física. Isso sugere que apesar de consideradas relevantes, as ações de autocuidado físico não estavam coerentes com essa importância. Considerando que 52,69% dos participantes afirmaram ter piorado a alimentação durante a pandemia e 63,47% relataram não conseguir realizar nenhuma atividade física, esses dados estão em consonância. Outro domínio que apresentou inconsistência foi lazer/bem estar, o que já era esperado, uma vez que as medidas de segurança impediram a população de frequentar lugares muito utilizados para lazer, como parques, restaurantes, bares, além de proibirem a realização de eventos.

No que concerne à preocupação, no presente trabalho, os itens que mais ressaltaram foram, respectivamente, o medo de transmitir a doença, a imprevisibilidade de duração da pandemia e o medo de contrair a doença. Segundo Bao e cols. (2020), a imprevisibilidade da pandemia é potencializada quando há disseminação de notícias errôneas e incompreensão do público sobre as informações de saúde. Nossos resultados corroboram com essa discussão, ressaltando a importância de fontes de informações seguras sobre a Covid-19. Conforme resultados de Rodríguez-Rey e cols. (2020), as pessoas mais satisfeitas com as informações recebidas sobre o vírus apresentam menor sofrimento psicológico, evidenciando que a população deve ser orientada sobre como buscar fontes de informações oficiais.

Ainda, considerando transmitir a doença como preocupação principal em conjunto com o alto índice de adesão ao isolamento social observado na

presente amostra, pode-se aplicar aqui as explicações teóricas de Stapleton (2020) com base na teoria das molduras relacionais (Relational frame theory - RFT). Mais especificamente, é possível que a rede relacional formada por estímulos com o mesmo significado de “sair de casa” mantivesse uma relação de oposição com a rede relacional “isolamento social”, relação esta aprendida diretamente a partir das orientações repassadas por agências de saúde como a OMS (Organização mundial da saúde). As orientações da OMS podem ainda ter formado uma outra relação, agora de coordenação ou similaridade entre a “transmissão da doença” e “sair de casa”. Dessa forma, por implicação combinatória, “isolamento social” passa a ser oposto à “transmissão da doença” por aprendizagem indireta. Também de forma indireta, pode-se supor que o “isolamento social” seria condição necessária (relação ou moldura de condicionalidade) para a “redução na transmissão da doença”. Seguindo o raciocínio de Stapleton, pode-se dizer que, para a amostra do presente trabalho, a possibilidade de transmitir a doença (principal preocupação), por exemplo, para pessoas próximas, atuaria como uma dica funcional (Cfunc) e tornaria o “sair de casa” algo a ser evitado, assim como os demais estímulos presentes na mesma rede relacional ou em redes relacionais similares (por exemplo, encontrar amigos). Stapleton discorre também sobre outras variáveis importantes no seguimento de regras e orientações, como a credibilidade de quem emite a regra, entre outras. Considerando o baixo nível de confiança no governo federal ($M=2,26$) na presente amostra, governo este que questionava as orientações de isolamento social (Varella & cols., 2020), parece razoável sugerir que as orientações contrárias ao isolamento social repassadas pelo governo federal no Brasil durante a pandemia tiveram pouca influência entre os participantes da presente pesquisa, o que pode ser explicado pela credibilidade do referido governo.

Por fim, as correlações positivas moderadas encontradas entre a fusão cognitiva e a esquivas experiencial, por um lado, e estresse, ansiedade, depressão e impacto psicológico, por outro, apontam para a importância desses construtos enquanto fatores de risco para problemas psicológicos. Adicionalmente, o poder explicativo da fusão cognitiva para o impacto psicológico está em acordo

com a literatura (Ding & Zhen, 2022; Yao & cols., 2023) e aponta para a relevância da compreensão deste construto. Se a fusão cognitiva corresponde à dificuldade em separar pensamentos e sentimentos dos fatos em si, e, portanto, à habilidade de se comportar de forma distinta diante de eventos internos, o treinamento de tal habilidade pode ser almejado diretamente por meio de intervenções psicológicas. Hayes e Smith (2005/2019), por exemplo, ilustram diversos exercícios da ACT com este objetivo. Esse achado evidencia a importância de intervenções psicológicas em situações extremas como crises, emergências e catástrofes.

Além disso, e tendo em vista a relevância de estudos sobre a fusão cognitiva em função de seu poder preditivo, é importante mencionar que existem diversas formas de se investigar o fenômeno a partir de seus processos básicos de comportamento e não apenas por meio de instrumentos de autorrelato (Assaz & cols., 2022; Harte & cols., 2022). Os instrumentos de autorrelato avaliam um conceito específico de fusão cognitiva, compreendido enquanto um termo intermediário, o que difere das avaliações de processos mais básicos de comportamento. Sugere-se que pesquisas futuras aprofundem as investigações sobre as relações encontradas no presente trabalho, qual seja, entre problemas psicológicos e a fusão cognitiva, porém também em termos de seus processos comportamentais básicos.

Conclusão

Algumas características do presente estudo precisam ser consideradas com cautela. Devido às medidas de isolamento social, a coleta de dados foi online, o que exigiu que os participantes tivessem acesso a um dispositivo eletrônico com internet para responder os questionários. Essa aplicação online pode limitar o alcance apenas a grupos com status socioeconômico mais alto do que o grupo geral que foi colocado em quarentena. Outra característica da coleta de dados diz respeito à utilização de instrumentos de autorrelato. É possível que as respostas fornecidas pelos participantes não correspondam fielmente à realidade, já que muitos construtos avaliados por este estudo exigem que os indivíduos tenham uma boa percepção de seus

pensamentos e emoções, além da sempre ser possível influência da desejabilidade social.

A despeito de resultados relevantes, este estudo possui algumas limitações. A amostra é composta por uma grande quantidade de participantes jovens. Menos de 2% dos participantes possuem mais de 60 anos, o que pode ser atribuído à forma como a pesquisa foi divulgada, através de mídias sociais. Outra limitação da amostra é que sua composição é predominantemente feminina, embora este seja um resultado comum em pesquisas como esta.

Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo ampliaram os achados referentes aos impactos da pandemia da Covid-19 em amostra brasileira, com destaque para a identificação das áreas da vida que foram mais afetadas pela pandemia e para as populações e condições mais vulneráveis, além da importância da fusão cognitiva na explicação dos impactos psicológicos desta experiência. Nossos achados podem nortear a elaboração de intervenções que possam atenuar os impactos psicológicos do isolamento social, durante e após o período de crise.

Referências

- Assaz, D., Tyndall, I., Oshiro, C. K. B., & Roche, B. (2022). A process-based analysis of cognitive defusion in Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 54, 1020-1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., and Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395, E37-E38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire-II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20, 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidan-
- ce. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The Psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid view of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Caluby, A. V. S., Lacerda, S. S., Torii, T. S., & Andreoli, S. B. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26, 597-603. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300019>
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). Quarantine and isolation. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2003). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense strategy, practice, and science*, 2, 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations between six core processes of psychological flexibility and functioning for chronic pain patients: A three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 893150. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893150>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Loyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Guedes, P. A. (2017). *Intervenção intensa para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica em pessoas com sobrepeso e obesidade*. [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Repositório Institucional PUCRS. <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/10896>
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., Rose, J. C., Perez W., & Almeida, J. H. (2022). Grappling with the complexity of behavioral process in human psychological suffering: Some potential insights

- from Relational Frame Theory. *Perspectives on Behavior Science*, 46, 237-259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2019). Saia da sua mente e entre na sua vida: A nova terapia de aceitação e compromisso. (A. B. C. Machado, B. D. Bellini, M. S. Dillemburg, e N. Boff, Trad.; 1a. ed.). Synopsis. (Trabalho original publicado em 2005).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente. (S. M. M. Rosa, Trad.; 2a ed.). Artmed. (Trabalho original publicado em 2012).
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Stra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Disease*, 10, 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y-J., Ki, M., Min, J-A., Cho, J., & Chae, J-H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M. S. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Lucena-Santos, P., Oliveira, M. S., & Pinto-Gouveia, J. (2014). *Questionário de Valores de Vida - VLQ*. GAAPCC - Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo Comportamental. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS https://www.gaapcc.com/_files/ugd/178dfc_3f565d3e192b4f26a2fdc554facbba57.pdf
- Maugeri, G., Castrogiovanni, P., Battaglia, G., Pippi, R., D'Agata, V., Palma, A., Rosa, M., & Musumeci, G. (2020). The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon*, 6(6), e04315. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04315>
- Panayiotou, G.; Panteli, M.; Leonidou, C. (2021). Coping with the invisible enemy: The role of emotion regulation and awareness in quality of life during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.002>
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136, 997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Schmidt, B.; Crepaldi, M. A.; Bolze, S. D. A.; Neiva-Silva, L. & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Silva, H. A., Passos, M. H. P., Oliveira, V. M. A., Palmeira, A. C., Pitangui, A. C. R., & Araújo, R. C. (2016). Versão reduzida da *Depression Anxiety Stress Scale-21*: ela é válida para a população brasileira adolescente? *Einstein*, 14, 486-493. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3732>
- Stapleton, A. (2020). Choosing not to follow rules that will reduce the spread of COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.002>
- Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., & Chatters, L. (2018). Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*, 30, 229-246. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>
- Varella, T. T., Zeine, L., & Moretto, M. (2020). *Eleitores e apoiadores de Bolsonaro respeitam*

menos a quarentena. Nota Técnica 9. Monitor do Debate Político no Meio Digital. Grupo de Políticas Públicas para o Acesso à Informação. Escola de Artes, Ciências e Humanidades - USP. <https://www.monitordigital.org/2020/05/06/nota-tecnica-09/>

- Vignoli, R. C. B. & Tucci, A. M. (2015). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729-1754. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph17051729>
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60, 249-272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- World Economic Forum (2021). *Global Gender Gap Report*. Insight Report. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf
- Yao, X., Xu, X., Chan, K. L., Chen, S., Assink, M., & Gao, S. (2023) Associations between psychological inflexibility and mental health problems during the covid-19 pandemic: A three-level meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 320, 148-160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.116>

Histórico do Artigo

Submetido em: 15/12/2023

Aceito em: 17/03/2025

Editora associada: Janaina Pacheco

Explorando pensamentos negativos repetitivos (PNR) na população brasileira: uma análise correlacional

Exploring repetitive negative thinking (RNT) in the Brazilian population: a correlational analysis

Caroline S. Leão¹, Francisco J. Ruiz², Roberta Kovac³, Louise McHugh¹

[1] University College Dublin (UCD) [2] Fundación Universitaria Konrad Lorenz – Bogotá, Colombia [3] Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento | **Título abreviado:** Pensamentos negativos repetitivos (PNR) na população brasileira | **Endereço para correspondência:** Belfield, Dublin 4, Irlanda - Eircode: D04 V1W8 | **Email:** caroline.demorais@ucdconnect.ie | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.006

Resumo: Pensamentos Negativos Repetitivos (PNR) são uma estratégia mal adaptativa de esquiva experiencial desencadeada por pensamentos recorrentes, aversivos e intrusivos; presentes nos processos de ruminação e preocupação. Pesquisas em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) apontam que altos níveis de inflexibilidade psicológica (IP) intensificam os padrões de PNR e aumentam o sofrimento psicológico, contudo não existem estudos que avaliem a aplicação dessa premissa na população brasileira. Os objetivos dessa pesquisa são (1) explorar as relações entre PNR com inflexibilidade psicológica (IP), fusão cognitiva (FC), e sofrimento psicológico (SP); e, (2) avaliar se os níveis de IP influenciam nos níveis de PNR e se FC é um mediador relevante nessa relação. Duzentos e vinte e cinco participantes completaram medidas de FC, PNR, IP e 187 participantes responderam a uma medida de SP. Os resultados indicam que o PNR está significativamente relacionado positivamente com todas as variáveis, apesar da força da correlação com SP ter se mostrado mais fraca do que em outras populações. Além disso, a análise de mediação constatou que o IP desempenha um papel importante nos níveis de PNR, especialmente quando mediado pela FC.

Palavras-chave: Pensamentos Negativos Repetitivos; Preocupação; Ruminação; Flexibilidade Psicológica; Análise de Mediação.

Abstract: Repetitive Negative Thinking (RNT) is a maladaptive experiential avoidance strategy triggered by recurrent, aversive and intrusive thoughts, present in the processes of rumination and worry. Research in Acceptance and Commitment Therapy (ACT) indicates that high levels of psychological inflexibility (PI) intensify RNT patterns and increase psychological distress (PD), however, there are no studies have tested the application of this premise in the Brazilian population. The objectives of this research are (1) to explore the relationships between RNT with psychological inflexibility (PI), cognitive fusion (CF), PD in the Brazilian population; and, (2) evaluate whether PI levels play a role in RNT levels and if CF is a significant mediator in this relationship. Two hundred and twenty-five participants completed measures of RNT, CF and PI; 187 participants responded to a measure of psychological distress. The results indicate that the RNT is significantly positively correlated to all variables, in spite of the strength of the correlation with DP be lower than in other populations. Furthermore, the mediation analysis found that PI presents an important role in RNT levels, especially when mediated by CF.

Keywords: Repetitive Negative Thinking; Rumination; Worry; Psychological Flexibility; Correlational Study; Mediation Analysis.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT, sigla em inglês; Hayes et al., 1999) é um modelo de tratamento psicológico transdiagnóstico, que visa desenvolver a flexibilidade psicológica (FP; Hayes et al., 2012). A mesma pode ser definida como a “capacidade de entrar em contato com o momento presente mais plenamente como um ser humano consciente e, com base no que a situação permite, mudar ou persistir no comportamento para servir a fins valorosos” (Louma et al., 2007, p. 24). Portanto, a inflexibilidade psicológica (IP) consiste na falta de contato com o momento presente, controle verbal rígido (fusão cognitiva e self-como-conteúdo), esquiva de experiências privadas negativas (i.e., esquiva experiencial; EE) e falta de clareza e distanciamento de valores pessoais (Hayes & Strosahl, 2004; Hayes et al., 1999).

Segundo a perspectiva da ACT, pensamentos negativos repetitivos (PNR) são um tipo de estratégia de esquiva experiencial (EE), composta por pensamentos recorrentes, aversivos e intrusivos, e incluem os processos de ruminação e preocupação (Ruiz et al., 2016). Esse padrão possui três funções mais aparentes. A primeira delas é a EE em si, ou seja, a evitação de experiências internas desagradáveis, tais como pensamentos dolorosos, emoções e sensações físicas desconfortáveis, memórias ruins, etc. (Salters-Pedneault et al., 2004). Ironicamente, o envolvimento rígido em estratégias de EE geralmente leva ao aumento do sofrimento psicológico, tal como da frequência e intensidade dos PNR (Hayes et al., 1999; Kashdan et al., 2006). Tal padrão pode funcionar como estratégia de regulação emocional, sendo essa a segunda função dos PNR (Ruiz et al., 2018; Salguero et al., 2013). A terceira função, por fim, trata-se da resolução de problemas, a qual carrega em si uma importante função evolutiva adaptativa, tendo em vista que o sujeito pode antecipar problemas para prevenir contra a possibilidade de sofrer dano (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Ruiz et al., 2016; Watkins, 2008).

Como todo comportamento operante, os PNR em si não são um problema. Entretanto, tornam-se uma questão quando levam a consequências clinicamente indesejáveis, como quando tornam-se impeditivos para a realização de ações coerentes com os objetivos e valores elegidos pelo paciente, ou quando diminuem significativamente sua qualidade de vida (Gil-Luciano et al., 2019).

A fusão cognitiva (FC) é outro componente da IP que influenciam padrões contraproduativos de PNR (Ruiz et al., 2018; Ruiz et al., 2016). Compreende-se como FC o estado em que as funções dos estímulos adquiridos verbalmente controlam o comportamento de uma pessoa mais do que outras funções (como aquelas estabelecidas por meio de processos de aprendizagem direta, por exemplo; (Assaz et al., 2023). Em outras palavras, quando os indivíduos estão *fusionados*, eles se comportam como se seus pensamentos (construções verbais encobertas) fossem a verdade absoluta em determinada situação. A FC excessiva pode ser um problema clínico quando leva a padrões rígidos de comportamento, podendo causar diminuição na qualidade de vida (Gillanders et al., 2014; Hayes & Strosahl, 2004). É comum indivíduos que apresentam altos níveis de PNR também estejam fusionados com o conteúdo negativo de seus pensamentos (Ruiz et al., 2018; Watkins, 2008) a fim de evitá-los (sendo eles reais ou não). Ademais, a FC atua como mediador significativo na relação entre FP, sofrimento psicológico, EE, ruminação, sintomas depressivos e dor crônica, por exemplo (Bardeen & Fergus, 2016; Basharpoor et al., 2021; Carvalho et al., 2019; Gillanders et al., 2014; Lucena-Santos et al., 2017a; Zucchelli et al., 2020).

PNR é critério diagnóstico formal em diversos quadros do DSM-V (American Psychiatric Association, 2022), tais como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobias e transtornos alimentares, assim como na ideação suicida e abuso de álcool (Aldao et al., 2010; Dickson et al., 2019; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Perestelo-Perez et al., 2017; Rogers & Joiner, 2018; Spinhoven et al., 2018). Além disso, os PNR também tem sido associado ao aumento do afeto negativo, (Newman & Llera, 2011; Salters-Pedneault et al., 2004) e estão altamente correlacionados com a vulnerabilidade para desenvolver depressão e ansiedade (Gil-Luciano et al., 2019). De acordo com o último censo da Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas ansiedade e depressão foram observadas em 11% da população (World Health Organization, 2021). No Brasil (país de baixa e média renda; LMIC), esses diagnósticos corresponderam a 15,1% da população, ou seja, 30,2 milhões de pessoas (Eaton et al., 2011; *Mental Health Atlas 2020*, 2021).

Pesquisas anteriores sobre PNR e ACT foram realizadas com populações de língua espanhola (Bautista et al., 2023; López-Palomo et al., 2022; Medina-Reina & Ruiz, 2022; Ruiz et al., 2019; Ruiz et al., 2018; Ruiz et al., 2020; Ruiz et al., 2016; Salazar et al., 2020; Sierra & Ruiz, 2022; Toquica et al., 2022) porém não foram encontrados estudos que avaliem as correlações entre PNR e aspectos da inflexibilidade psicológica (IP) na população brasileira.

Considerando tais fatores, o presente estudo tem dois objetivos. Primeiramente, analisar as relações entre IP, FC e sofrimento psicológico com PNR na amostra brasileira. Em segundo lugar, explorar se a relação entre níveis de inflexibilidade psicológica e pensamento negativo repetitivo tem o processo de fusão cognitiva como mediadora.

Método

Participantes

Os participantes foram sujeitos brasileiros adultos (i.e., maiores de 18 anos de idade) captados via rede social (i.e., Facebook e Instagram) e WhatsApp nas quais eles visualizavam o post com o link e acessavam a pesquisa de forma voluntária. Não houve busca ativa de participantes, uma vez que nada além dos posts em redes sociais e grupos de WhatsApp foi feito. Os participantes eram encorajados a divulgar a pesquisa, caso quisessem. A coleta de dados ocorreu durante o mês de junho de 2020.

Procedimento

O conjunto de questionários foi hospedado pelo software Qualtrics. Nele estavam contidos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), as perguntas sociodemográficas e os questionários que visavam avaliar: os níveis de inflexibilidade psicológica/esquiva experiencial (AAQ-II), sofrimento psicológico (DASS-21), pensamento negativo repetitivo (PTQ) e fusão cognitiva (CFQ-7).

Para garantir que os sujeitos eram maiores de idade – portanto, elegíveis – foi inserida uma questão de múltipla escolha para cada faixa etária. Caso algum sujeito assinalasse a opção “menor de 18 anos”, o questionário era automaticamente encerrado. Como tratou-se de um questionário anônimo,

os resultados dos participantes que não respondessem a todo questionário foram mantidos.

Medidas

Questionário de Aceitação e Ação – II (AAQ-II; (Barbosa & Murta, 2015): Trata-se de uma escala Likert de 7 itens que visa medir a flexibilidade psicológica, sendo (1) *nunca verdadeiro* a (7) *sempre verdadeiro*. Esta é uma medida de um fator em que pontuações mais altas indicam maiores níveis de inflexibilidade psicológica. Este questionário avalia padrões de esquiva experiencial explorando a existência de processos como fuga/evitação de sentimentos e pensamentos e a capacidade de agir na presença de eventos aversivos privados (Bond et al., 2011). Na validação para população brasileira foi demonstrada forte consistência interna neste estudo (α de Cronbach = 0,936). Reconhece-se que a medida tem demonstrado problemas psicométricos relevantes (Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014). Contudo, uma análise recente feita por Ruiz et al. (2024) demonstra que o AAQ-II prevê de forma estável e consistente IP para além dos sintomas de sofrimento psicológico e neuroticismo. Ademais, esse questionário ainda é amplamente utilizado para a avaliação de IP e permite a comparação com outros estudos, inclusive os estudos que embasaram essa aplicação.

Escalas de ansiedade e estresse de depressão – 21 (DASS-21; Antony et al., 1998): Esta é uma escala Likert de 21 itens para medir estados emocionais negativos em uma faixa de (0) *não se aplica a mim* a (3) *se aplica muito a mim*. A versão brasileira é validada (Vignola & Tucci, 2014) e, neste estudo, demonstrou forte consistência interna (α de Cronbach = 0,96). As subescalas também apresentaram forte consistência interna, sendo $\alpha_{\text{DEPRESSÃO}}$ de Cronbach = 0,911, $\alpha_{\text{ANSIEDADE}}$ de Cronbach = 0,898 e α_{ESTRESSE} de Cronbach = 0,906.

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7): Esta é uma escala Likert de 7 itens de (1) *nunca verdadeiro*, a (7) *sempre verdadeiro* (Gillanders et al., 2014). Este questionário teve sua aplicação transcultural validada para a população brasileira (de Paula et

al., 2018). No presente estudo, a versão brasileira do questionário demonstrou forte consistência interna (α de Cronbach = 0,935).

Questionário de Pensamentos Perseverativos (PTQ ; Ehring et al., 2011): Esta escala de 15 itens do tipo Likert varia de (0) *nunca* a (3) *quase sempre* projetada para contemplar os processos assumidos dentro do pensamento negativo repetitivo (ou seja, repetição de pensamento, dificuldade de se desvincular deles, improdutividade e capacidade mental). Quanto mais altas as pontuações, mais intensos são os níveis de PNR. A versão em língua portuguesa foi validada por Chaves et al. (2013). Esse questionário ainda não foi validado na população brasileira, sendo adaptado para fins dessa pesquisa. A escala demonstrou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,964).

Análise de dados:

O tamanho mínimo da amostra para uma confiabilidade de 95% para cada uma das análises foi calculado utilizando o software G*Power 3.1. Todos os dados foram analisados no IBM SPSS versão 26. Foi realizado o teste estatístico de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição da amostra. Espera-se que nem todas os resultados cumpram o critério de normalidade, dado que a literatura aponta que a prevalência de questões de saúde mental tende a não se distribuir normalmente na população (Andrade, 2020). Para corrigir a distribuição e aumentar a confiabilidade da análise, será realizado o teste de *Bootstrapping* com 1000 repetições (95% IC; Haukoos & Lewis, 2005). A análise descritiva foi executada e todos os testes apresentaram consistência interna estatisticamente relevante (α de Cronbach > 0,7). Foi realizada uma análise correlacional bicaudal de Pearson. Utilizando o coeficiente r é possível calcular a medida de associação entre as variáveis ($r^2 \times 100$), a qual representa a porcentagem de variância dos dados que é explicada pela relação entre as duas variáveis.

Além disso, calculou-se o tamanho de efeito das correlações utilizando a ferramenta online “*Testing the signification of correlations*” (Testando

a significância de correlações; tradução livre; disponível em: <https://www.psychometrica.de/correlation.html>). Para isso, foi efetuado do teste r -to- z de transformação de Fisher, utilizando o item 2 da ferramenta, sendo este “*Fisher-Z-Transformation*” (Transformação-Z-de Fisher). Ademais, com a finalidade de observar se a diferença entre as correlações é estatisticamente significativa, lançou-se mão do item 6 da mesma ferramenta: “*Comparison of correlations from dependent samples*” (Comparação de correlações de amostras independentes; tradução livre).

Tendo como base as correlações mais fortes, foi feita a análise de mediação, utilizando o modelo quatro de análise da extensão PROCESS v. 3.5. por Andrew F. Hayes, utilizando o padrão de 5000 repetições. O objetivo dessa análise é avaliar de que forma se dá o impacto dos níveis de IP sobre PNR quando essa relação é mediada pela FC. Esse modelo permite a verificação do efeito total (c ; quando não há mediação de CF), ou seja, impacto direto de IP sobre PNR; do efeito indireto ($a*b$; ou seja, o efeito de IP sobre PNR quando mediado por FC); e do efeito direto (c' ; ou seja, o efeito de IP sobre PNR quando controlado por FC). Tal visualização permite que seja verificado se a relação é mediada por FC e comparar o efeito das relações com e sem essa variável mediadora (Rockwood & Hayes, 2020).

Resultados

Um total de 340 pessoas acessaram a pesquisa online. Os dados de sujeitos que não terminaram alguma das escalas, pularam algum item ou responderam mais de uma vez foram descartados, restando 225 respostas válidas. Destas, apenas 187 completaram o questionário que mensurava estresse psicológico (i.e., DASS-21). Dos 225 participantes, 76% da amostra era do sexo masculino ($n=171$), 23,6% do sexo feminino ($n=53$) e 0,4% ($n=1$) se consideravam não-binários. 30,7% ($n=69$) tinham entre 18-25 anos, 22,7% ($n=51$) tinham entre 26-30 anos, 16% ($n=36$) tinham 31-40 anos, 14% ($n=32$) tinham 41-50 anos, 11,6% tinham 51-60 anos e apenas 4,9% ($n=11$) tinham mais de 60 anos (ver Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de participantes por gênero e idade (n=225).

Frequências				
Idade	Masculino	Feminino	Não-binário	Total
18-25	49	19	1	69
26-30	36	15	0	51
31-40	29	7	0	36
41-50	28	4	0	32
51-60	21	5	0	26
Over 60	8	3	0	11
Total	171	53	1	225

Foi realizada uma análise de confiabilidade para avaliar a consistência interna das escalas. A fim de evitar a ocorrência do erro tipo II, foi feito um cálculo amostral utilizando o software G*Power. O cálculo demonstrou que para que haja poder amostral $((1-b)>0,8; d=0,3)$ na análise de correlação com o valor de p estatisticamente significativo é de $n=132$.

Assim, foi conduzido um teste de normalidade de Shapiro-Wilk, o qual demonstrou que nenhuma distribuição normal foi assumida em nenhuma das escalas ($p<0,001$). Para corrigir a normalidade da amostra e as diferenças numéricas entre o número de participantes que preencheu cada escala, foi realizado *Bootstrapping* (amostra 1000; 95% IC BCa). Esse método de análise de dados permite a análise paramétrica e a maior confiabilidade nos resultados (Haukoos & Lewis, 2005). Foram realizadas duas análises correlacionais distintas. O primeiro braço de análise continha 225 participantes, sem sofrimento psíquico; enquanto o segundo envolveu 187 participantes que responderam à escala de sofrimento psicológico (ou seja, DASS-21).

A Tabela 2 representa os resultados obtidos na primeira análise correlacional ($n=225$), na qual todas as correlações foram consideradas positivas. Os escores do PNR (PTQ) foram fortemente correlacionados com os níveis de IP (AAQ-II; $r=0,800$, $p<0,001$; $r^2=64\%$ ver Tabela 2) com tamanho de efeito $z=1,18$. Uma correlação consideravelmente forte também foi encontrada entre a fusão cognitiva e PNR (CFQ; $r=0,830$, $p<0,001$; $r^2=68,4$), cujo tamanho de efeito foi $z=1,19$. Finalmente, os

Tabela 2. Análise correlacional: IP, PNR e FC (n=225).

	Rho de Pearson	1	2	3
1. CFQ-7	r	--		
	p (bicaudal)			
2. AAQ-II	r	,794**	--	
	p (bicaudal)	0,000		
3. PTQ	r	,827**	,800**	
	p (bicaudal)	0,000	0,000	--

NOTA. CFQ = Questionário de Fusão Cognitiva; AAQ-II= Questionário de aceitação e ação; PTQ= Questionário de Pensamentos Perseverativos; **Correlação significativa no nível 0,01 (2-extremidades).

níveis de IP foram encontrados fortemente correlacionados com a fusão cognitiva (CFQ; $r=0,794$, $p<0,001$; $r^2=63,04$), o qual apresentou tamanho de efeito $z=1,08$.

Como todas as correlações relatadas podem ser consideradas muito fortes (Cohen, 1998), foi realizada uma comparação estatística de magnitude pelo teste *r-to-z* de transformação de Fisher entre as três escalas. A análise mostrou que a diferença de força entre as correlações de PNR com IP e FC não são estatisticamente significativas ($z=1,208$; $p=0,114$; (Lenhard & Lenhard, 2014).

A segunda parte desse braço de análise correlacional dizia respeito à relação entre os níveis de sofrimento psicológico, PI, CF e PNR (ver Tabela 3). A análise apresentou que embora as significâncias sejam estatisticamente relevantes, as correlações entre PNR e SP ($r=0,230$; $p<0,001$; $r^2=5,29\%$; $z=0,234$), depressão ($r=0,181$; $p<0,001$; $r^2=3,27\%$; $z=0,183$), ansiedade ($r=0,211$; $p<0,001$; $r^2=4,45\%$; $z=0,214$) e estresse ($r=0,209$; $p<0,001$; $r^2=4,36\%$; $z=0,212$) são fracas. Os resultados podem ser observados na Tabela 3.

No que diz respeito às demais variáveis, níveis gerais de sofrimento psicológico foram encontrados significativamente correlacionados com FC ($r=0,230$; $p<0,001$; $r^2=5,3\%$; $z=0,234$) e IP ($r=0,230$; $p<0,001$; $r^2=5,3\%$; $z=0,234$). Todas as subescalas também se correlacionaram positiva e significativamente com FC e PI. A comparação do tamanho de efeito entre as relações mostrou-se estatisticamente não significativa ($p=0,5$; $z=0$; ver tabela 3).

Tabela 3 Análise correlacional: Sofrimento psicológico (níveis gerais, depressão, ansiedade e estresse), FC, IP e PNR (n=187).

	Rho de Pearson	1	2	3	4	5	6	7
1. CFQ-7	<i>r</i>	--						
	<i>p</i> (bicaudal)							
2. AAQ-II	<i>r</i>	,803**	--					
	<i>p</i> (bicaudal)	0,000						
3. PTQ	<i>r</i>	,840**	,805**	--				
	<i>p</i> (bicaudal)	0,000	0,000					
4. DASS-21	<i>r</i>	,230**	,230**	,220**	--			
	<i>p</i> (bicaudal)	0,000	0,000	0,000				
5. DASS-21 Depressão	<i>r</i>	,211**	,203**	,181**	,924**	--		
	<i>p</i> (bicaudal)	0,000	0,000	0,000	0,000			
6. DASS-21 Ansiedade	<i>r</i>	,197**	,189**	,211**	,900**	,708**	--	
	<i>p</i> (bicaudal)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
7. DASS-21 Estresse	<i>r</i>	,220**	,238**	,209**	,955**	,855**	,802**	--
	<i>p</i> (bicaudal)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

NOTE: CFQ = Questionário de Fusão Cognitiva; AAQ-II= Questionário de Aceitação e Ação; PTQ= Questionário de Pensamentos Perseverantes; DASS-21= Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - 21; ** Correlação significativa no nível 0,01 (2-extremidades); *Correlação significativa no nível 0,05 (2-extremidades).

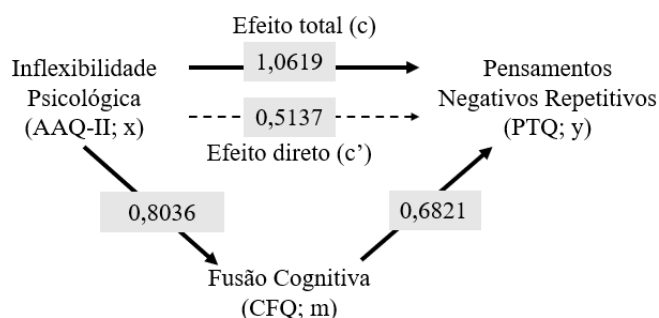
A relação entre sintomas depressivos e IP ($r=,203$; $p<0,001$; $z=0,206$), associa-se com 4,1% dos níveis de IP. A relação com FC ($r=0,211$, $p<0,001$; $z=0,214$) apresentou associação de 4,45%. A diferença entre os tamanhos de efeito entre essas correlações não é estatisticamente relevante ($p=0,43$; $z=0,177$; ver tabela 3).

Além disso, os níveis de ansiedade associam-se em $r^2= 3,9\%$ com FC ($r= 0,197$; $p<0,001$; $z=0,2$); em $r^2= 3,6\%$ quando correlacionado com IP ($r= 0,189$; $p<0,001$; $z=0,191$). Não há relevância estatística na variação dos tamanhos de efeito entre essas correlações ($p=0,43$; $z=0,177$; ver tabela 3).

Os sintomas de estresse demonstraram um tamanho de efeito de $z=0,224$ quando correlacionados com FC ($r= 0,220$; $p<0,001$; $r^2=4,8\%$), $z=0,243$ quando correlacionados com IP ($r= 0,238$; $p<0,001$; $r^2=5,7\%$). A variação nos tamanhos de efeito dessas correlações não apresenta significância estatística ($p=0,344$; $z=-0,401$; ver tabela 3).

Uma vez terminada a análise correlacional, foi realizada uma análise de mediação ($n=225$) envolvendo as variáveis IP, FC e PNR, usando PROCESS v. 3.5. por Andrew. Por tratar-se de uma análise de mediação simples, o modelo 4 foi selecionado, o qual utiliza uma amostra de 5000 *bootstraps*. Este método de análise teve como objetivo interpretar o efeito da inflexibilidade psicológica sobre o pensamento negativo repetitivo quando essa relação é mediada por níveis de fusão cognitiva. Portanto, para essa análise, a variável de sofrimento psicológico foi desconsiderada.

O efeito direto dos modelos (inflexibilidade psicológica sobre PNR, mediada pela fusão cognitiva; $b=0,514$, IC 95% [0,376, 651], $t=7,333$), é estatisticamente relevante ($b=0,8036$, IC 95% [0,7278, 0,8795], $t=20,86$, $p<0,000$; $r^2= 63,06\%$). A fusão cognitiva também apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre o PNR, ($b = 0,682$, IC 95% [0,546, 0,819], $t = 9,85$, $p<0,001$; $r^2 = 73,9\%$).



Efeito indireto (IP sobre PNT mediado por FC) = 0,48

Proporção mediacional (PM) = efeito direto/efeito total
 $PM = 0,5137 / 1,0619 = 0,483756$

Efeito mediado (EM) = 1 - PM
 $EM = 0,516244$

Figura 1. Análise de Mediação: efeitos da FC na relação entre IP e PNR.

Sem o fator de mediação, os níveis de IP explicam 63,92% dos níveis de PNR, enquanto com a mediação essa influência aumenta para 73,9%. Este resultado mostra que a fusão cognitiva desempenha um importante papel de mediação no modelo (ver Figura 1).

A análise constatou que o efeito de mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo ($b=0,548$, 95% BCa IC [0,4243, 0,6776]). Esse achado sugere que 51,62% dos escores em níveis repetitivos de pensamento negativo devido à inflexibilidade psicológica são explicados por níveis de fusão cognitiva (veja a Figura 1):

Portanto, foi possível observar uma relação estatisticamente significativa entre PNR e IP ($p<0,001$), CF ($p<0,001$), o estresse ($p<0,001$), depressão ($p<0,001$) e ansiedade ($p<0,001$). A análise de mediação subsequente demonstrou que os níveis de IP preveem 63,92% dos níveis da PNR. Quando essa relação é mediada pela FC, IP passa a prever 73,9% da pontuação da PNR. Os resultados mostram que 51,62% de níveis de PNR relacionados à IP são resultantes de níveis de FC.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal explorar as correlações existentes entre PNR e inflexibilidade psicológica, sofrimento psicológico e fusão cognitiva na população brasileira. Além disso, seu objetivo secundário foi explorar se FC seria um mediador na relação entre IP e PNR.

A literatura em ACT sugere que a ruminação e a preocupação apresentam uma correlação positiva significativa com os níveis de IP (McCracken et al., 2021; Tavakoli et al., 2019). Portanto, compreende-se que quanto mais intensos são os padrões de PNR, maior a probabilidade de as pessoas se envolverem em seus pensamentos para evitar experiências internas desagradáveis. Assim, com base em achados anteriores nesta população e considerando a aplicabilidade transcultural do modelo de flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012; Hayes & Strosahl, 2004; Woidneck et al., 2012) foi previsto que os níveis de PNR estariam significativamente correlacionados com FC, IP e sofrimento psíquico também na população brasileira (D'souza et al., 2019; Lucena-Santos et al., 2017a; Ruiz et al., 2018; Ruiz et al., 2016). As primeiras correlações exploradas foram entre CF, IP e PNR em 225 participantes e os achados confirmaram a hipótese, uma vez que as correlações foram consideradas fortes e significativas entre PNR e CF e PI, concordando com a literatura. A forte correlação entre PNR e IP ($r=0,8$) aponta uma possível sobreposição entre essas variáveis. Isso possivelmente se dá pelo fato de que esse padrão de pensamentos excessivos tem como função (em grande parte das vezes) a esquiva experiencial (i.e., uma das facetas do modelo de IP; (Gil-Luciano et al., 2019).

A segunda análise correlacional explorou a relação de IP, FC e PNR com níveis gerais de sofrimento psicológico, i.e., depressão, ansiedade e estresse. Foi possível observar que, embora o método *bootstrapping* tenha aumentado a precisão da análise, os achados atuais sobre ansiedade, estresse e depressão apresentaram-se consideravelmente mais fracos do observado em estudos semelhantes (Ruiz et al., 2018; Ruiz et al., 2016), apesar das correlações serem existentes e significativas.

Esperava-se que as relações entre PNR e níveis de sofrimento psicológico fossem mais significativas no nível do r de Pearson, considerando que o PNR está frequentemente presente em quadros de ansiedade e depressão (Aldao et al., 2010; Baxter et al., 2013; Lucena-Santos et al., 2017a; Nolen-Hoeksema et al., 2008). A hipótese levantada para esse achado leva em consideração o momento em que os dados foram coletados (i.e., primeira onda da COVID-19, em julho/2020). É possível que as mudanças nos hábitos de vida causadas pela nova pandemia tenham desempenhado um papel significativo nos níveis de angústia e PNR (para mais ou para menos), como adaptação do trabalho para *homeoffice*, anulação do tempo de deslocamento para o trabalho, por exemplo. Diversos estudos ao redor do mundo apontaram o aumento do sofrimento psicológico durante a pandemia COVID-19, tanto no Brasil (Barros et al., 2020; Pereira et al., 2020), quanto em demais países (Herrera-Añazco et al., 2022; Kim & Jung, 2021; Koch & Park, 2022), porém os achados não concordam com esses dados. Uma segunda hipótese é de que pode ter havido um viés da amostra, de tal forma que a mesma não fosse representativa dos níveis de sofrimento psicológico da população geral. Por isso, conclui-se que tais achados podem ser circunstanciais e, portanto, são necessários mais estudos nesta população sobre as relações entre sofrimento psicológico e PNR.

A análise mediacional, por sua vez, teve como objetivo explorar se a fusão cognitiva desempenha um papel mediador significativo na relação entre PNR e PI. Pesquisas anteriores com população brasileira demonstraram que a relação entre ruminação e depressão são mediadas pela FC (Lucena-Santos, 2017). Por isso, dado que a FC é comumente um mediador na relação entre IP e sintomas do DSM-V que contêm PNR como critério diagnóstico formal, esperava-se encontrar uma mediação válida.

A análise de mediação confirmou que a relação entre IP e PNR foi mais significativa quando apresenta FC como mediador, explicando 73,9% dos níveis de PNR), quando comparado ao modelo sem o mediador (em que o IP explica 63,92% dos níveis de PNR). A FC sozinha explica mais da metade dos escores de pensamento negativo repetitivo (ou seja, 73,9%) quando previsto pela inflexibilidade psicológica. Consequentemente, não é surpresa que as

pessoas que apresentam níveis mais altos de inflexibilidade psicológica tendem a se envolver mais em padrões de PRN, uma vez que se fusionam com o conteúdo de seus pensamentos. Ou seja, quanto menos alguém é capaz de se distanciar de seus pensamentos como produto de seus padrões de pensamento, é mais provável que se preocupe/rumine excessivamente sobre o tema.

Portanto, é possível inferir que, ao trabalhar para diminuir FC – ou seja, promover desfusão cognitiva (DF) – pode colaborar de forma significativa para a diminuição nos níveis de PNR. Compreende-se como desfusão o estado no qual o sujeito percebe seus pensamentos, e, ao invés de agir sob controle dos mesmos, engajam-se em comportamentos coerentes com outras variáveis ambientais (Assaz et al., 2023). É sabido que intervenções que visam promover desfusão cognitiva tendem a aumentar o engajamento em ações valorosas e diminuir evitação de forma significativa (Assaz et al., 2023; Lucena-Santos et al., 2017a; Ritzert et al., 2015) e, portanto, aumentar a flexibilidade psicológica.

Além disso, intervenções breves focadas na diminuição de PNR tem sido amplamente estudadas e apresentam resultados promissores em diversas populações, como adultos com diversos níveis de PNR (Dereix-Calonge et al., 2019; Ruiz et al., 2018; Ruiz et al., 2016), e crianças e adultos com depressão e ansiedade generalizada (Ruiz et al., 2019; Salazar et al., 2020; Wahl et al., 2019). Tais intervenções contam com uma série de exercícios que visam promover DF, tal como engajamento em ações valorosas. Portanto, os achados deste estudo demonstram que é altamente provável que a população brasileira também se beneficie de intervenções semelhantes.

Conclusão

Conclui-se que as correlações encontradas entre PNR com fusão cognitiva, sofrimento psicológico e inflexibilidade psicológica são condizentes com os achados na literatura em outros contextos, apesar da correlação entre PNR e sofrimento serem menos expressivas na população brasileira. A análise de mediação confirmou a FC como um mediador significativo na correlação entre inflexibilidade psi-

cológica e PNR. O presente estudo cumpriu seu objetivo de ser um primeiro mapeamento das relações entre PNR e inflexibilidade psicológica em população brasileira. Por fim, faz-se necessários mais estudos que aprofundem e ampliem o conhecimento sobre o tema nessa população.

Limitações

O presente estudo tem uma série de limitações. A primeira a ser considerada diz respeito ao possível viés de gênero e idade da amostra. 76% da amostra identificou-se como do sexo feminino. A literatura sobre ansiedade apresenta que as mulheres são duas vezes mais propensas a desenvolver sintomas de ansiedade do que os homens (Baxter et al., 2013; Johnson & Whisman, 2013). Portanto, é possível que os resultados obtidos apresentem escores mais elevados em PNR e sofrimento psíquico (i.e., estresse, ansiedade e depressão) do que se a amostra fosse distribuída igualmente entre os gêneros.

No entanto, outro viés potencial diz respeito à faixa etária, uma vez que 52,4% dos dados válidos estão entre 18 e 30 anos. O viés de idade pode ser explicado pela familiaridade que os jovens adultos têm com instrumentos tecnológicos (como questionários em smartphones e computadores), o que pode aumentar as chances de engajamento no preenchimento do questionário até o final. Além disso, os adultos jovens (menos de 30 anos) representam 42,9% da população brasileira. Consequentemente, é possível supor que esses resultados não sejam representativos com precisão quando se trata de distribuição etária. Portanto, recomenda-se que estudos futuros utilizem amostra mais representativa, talvez considerando variáveis sociodemográficas, como escolaridade, classes sociais, emprego, por exemplo.

Finalmente, é importante notar que este estudo foi realizado durante a primeira fase do COVID-19. As correlações entre inflexibilidade psicológica e fusão cognitiva são consistentes com os achados na população brasileira sobre ruminação antes da pandemia de COVID-19, período em que esta pesquisa foi realizada (Barbosa & Murta, 2015; De Paula et al., 2018; Lucena-Santos et al., 2017a; Lucena-Santos et al., 2017b) o que reforça a possibilidade

de que esses achados não se limitem a esse período específico de tempo. Consequentemente, sugere-se replicar esse estudo quando o COVID-19 não for mais uma variável possivelmente influenciadora. Por fim, sabe-se também das limitações das medidas de autorrelato. Por isso, recomenda-se que esses fenômenos sejam endereçados via outros métodos, como por exemplo, através do uso de medidas implícitas ou monitoramento digital.

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association, A. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth, text revision. ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://go.exlibris.link/my7nSqTY>
- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K. B., & Roche, B. (2023). A Process-Based Analysis of Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior therapy*, 54(6), 1020-1035. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico usf*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Barros, M. B. d. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. d., Romero, D., Souza Júnior, P. R. B. d., Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. d. O., Silva, D. R. P. d., Pina, M. d. F. d., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante

- a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 29(4). <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Basharpour, S., Mowlaie, M., & Sarafrazi, L. (2021). The Relationships of Distress Tolerance, Self-compassion to Posttraumatic Growth, the Mediating Role of Cognitive Fusion. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 30(1), 70-81. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1711279>
- Bautista, A. B., Ruiz, F. J., & Suárez-Falcón, J. C. (2023). Acceptance and commitment therapy in parents of children with cancer at psychosocial risk: A randomized multiple baseline evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.004>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Castilho, P. (2019). Pain and Depressive Symptoms: Exploring Cognitive Fusion and Self-Compassion in a Moderated Mediation Model. *The journal of psychology*, 153(2), 173-186. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1507990>
- D'souza, C. V., Prabhudevab, S. S., & Haravec, V. S. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (Act) On Negative Cognition Among Patients with Depression – A Preliminary Analysis.
- De Paula, J. J., Costa, D. S., De Miranda, D. M., & Romano-Silva, M. (2018). Brazilian version of the cognitive failures questionnaire (CFQ): Cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. *Revista brasileira de psiquiatria*, 40(3), 312-315. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2227>
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F., Sierra Martinez, M., Peña-Vargas, A., & Ramírez, E. (2019). Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.005>
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., & Huntley, C. D. (2019). Rumination selectively mediates the association between actual-ideal (but not actual-ought) self-discrepancy and anxious and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 149, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.047>
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., Ntulo, C., Thornicroft, G., & Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9802), 1592-1603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X)
- Gil-Luciano, B., Calderon-Hurtado, T., Tovar, D., Sebastian, B., & Ruiz, F. J. (2019). How are triggers for repetitive negative thinking organized? A relational frame analysis. *Psicothema*, 31(1), 53-59. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.133>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced Statistics: Bootstrapping Confidence Intervals for Statistics with “Difficult” Distributions. *Academic emergency medicine*, 12(4), 360-365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*

- (Vol. 1). Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/1978-0-387-23369-7>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Herrera-Añazco, P., Urrunaga-Pastor, D., Benites-Zapata, V. A., Bendezu-Quispe, G., Toro-Huamanchumo, C. J., & Hernandez, A. V. (2022). Gender Differences in Depressive and Anxiety Symptoms During the First Stage of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Latin America and the Caribbean. *Frontiers in psychiatry*, 13, 727034-727034. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.727034>
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 367-374. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.019>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kim, H. H.-s., & Jung, J. H. (2021). Social Isolation and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: A Cross-National Analysis. *The Gerontologist*, 61(1), 103-113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa168>
- Koch, M., & Park, S. (2022). Do government responses impact the relationship between age, gender and psychological distress during the COVID-19 pandemic? A comparison across 27 European countries. *Social science & medicine* (1982), 292, 114583-114583. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114583>
- Lenhard, W., & Lenhard, A. (2014). *Hypothesis Tests for Comparing Correlations*. Psychometrica. <https://www.psychometrica.de/correlation.html>. Bibergau
- López-Palomo, L. E., Nieto, J. C. V., & Ruiz, F. J. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in fibromyalgia: A randomized multiple-baseline design. *Revista de psicoterapia*, 33(122), 85-104. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1149>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Silva Oliveira, M. (2017a). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S. A., Oliveira, M. d. S., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation. *International journal of clinical and health psychology*, 17(2), 151-160. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.001>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- Medina-Reina, D., & Ruiz, F. J. (2022). Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation. *Revista de psicoterapia*, 33, 67-83. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1149>
- Mental Health Atlas 2020*. (2021). World Health Organization.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31(3), 371-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Pereira, M., Oliveira, L., Costa, C., Bezerra, C., Pereira, M., Dos Santos, C., & Dantas, E. (2020). A pandemia de COVID-19, o isola-

- mento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9, 652974548. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical and health psychology*, 17(3), 282-295. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Berghoff, C. R., Barnes-Holmes, D., & Nicholson, E. (2015). The impact of a cognitive defusion intervention on behavioral and psychological flexibility: An experimental evaluation in a spider fearful non-clinical sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.04.001>
- Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2018). Suicide-Specific Rumination Relates to lifetime suicide attempts above and beyond a variety of other suicide risk factors. *Journal of psychiatric research*, 98, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.12.017>
- Ruiz, F., Garcia, D., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez Falcón, J. C. (2019). Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19.
- Ruiz, F. J., Bianchi, J. M., Bastidas-Suárez, D. M., Ramírez, E. S., & Peña-Hernández, V. (2024). Is the AAQ-II that bad? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100854. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100854>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., Riaño-Hernández, D., Sierra, M. A., Suárez-Falcón, J. C., Cardona-Betancourt, V., & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020). A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *Frontiers in psychology*, 11, 356-356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Ruiz, F. J., Riaño Hernández, D., Suárez Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Salazar, D. M., Ruiz, F. J., Ramírez, E. S., & Cardona-Betancourt, V. (2020). Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Child Depression: A Randomized Multiple-Baseline Evaluation. *The Psychological Record*, 70(3), 373-386. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00362-5>
- Salguero, J. M., Extremera, N., & FernÁNdez-Berrocal, P. (2013). A meta-mood model of rumination and depression: Preliminary test in a non-clinical population. *Scandinavian journal of psychology*, 54(2), 166-172. <https://doi.org/10.1111/sjop.12026>
- Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied & preventive psychology*, 11(2), 95-114. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2004.09.001>
- Sierra, M. A., & Ruiz, F. J. (2022). Content validity and perceived utility of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking. *J Contextual Behav Sci*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.003>
- Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *J Affect Disord*, 241, 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students.

- Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.001>
- Toquica, D., Henao, A., Segura Vargas, M., & Ruiz, F. (2022). A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder. *Revista de psicoterapia*, 33, 47-66. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1148>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Wahl, K., Ehring, T., Kley, H., Lieb, R., Meyer, A., Kordon, A., Heinzl, C. V., Mazanec, M., & Schönfeld, S. (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 64, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.006>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Woidneck, M. R., Pratt, K. M., Gundy, J. M., Nelson, C. R., & Twohig, M. P. (2012). Exploring cultural competence in acceptance and commitment therapy outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 227-233. <https://doi.org/10.1037/a0026235>
- Wolgast, M. (2014). What Does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Really Measure? *Behavior therapy*, 45(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- World Health Organization, W. (2021). *Mental health atlas 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Zucchelli, F., White, P., Williamson, H., Research, V. F. R. T. a. t. C. f. A., & Ctr Appearance, R. (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body image*, 32, 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002>

Histórico do Artigo

Submetido em: 06/10/2023

Aceito em: 24/02/2025

Editora associada: Janaina Pacheco

Exploring repetitive negative thinking (RNT) in the Brazilian population: a correlational analysis*

Explorando pensamentos negativos repetitivos (PNR) na população brasileira: uma análise correlacional

Caroline S. Leão¹, Francisco J. Ruiz², Roberta Kovac³, Louise McHugh¹

[1] University College Dublin (UCD) [2] Fundación Universitaria Konrad Lorenz – Bogotá, Colombia [3] Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento | **Título abreviado:** Repetitive negative thinking (RNT) in the Brazilian population | **Endereço para correspondência:** Belfield, Dublin 4, Irlanda - Eircode: D04 V1W8 | **Email:** caroline.demorais@ucdconnect.ie | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.006EN

Resumo: Repetitive Negative Thinking (RNT) is a maladaptive experiential avoidance strategy triggered by recurrent, aversive, and intrusive thoughts, present in the processes of rumination and worry. Studies in Acceptance and Commitment Therapy (ACT) suggest that high levels of Psychological Inflexibility (PI) intensify RNT patterns and increase psychological distress. However, there are no studies evaluating the application of this assumption in the Brazilian population. This study aims to (1) explore the relationships between RNT, PI, cognitive fusion (CF), and psychological distress (PD); and (2) assess if PI levels influence RNT levels and if CF is a significant mediator between them. Measures of CF, RNT, and PI were filled out by 225 participants, and 187 participants answered a measure of PD. The results indicate that RNT is significantly and positively correlated with all assessed variables, although the correlation strength with PD was weaker compared to other populations. Furthermore, mediation analysis revealed that PI had a significant impact in RNT levels, especially when mediated by CF.

Palavras-chave: Repetitive Negative Thinking; Worry; Rumination; Psychological Flexibility; Mediation Analysis.

* English translation of the paper: Leão, C. S., Ruiz, F. J., Kovac, R., & McHugh, L. (2025). Explorando pensamentos negativos repetitivos (PNR) na população brasileira: uma análise correlacional. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 16(2), 312-325. <http://doi.org/10.18761/PAC.ACT.006>

Abstract: Pensamentos Negativos Repetitivos (PNR) são uma estratégia mal adaptativa de esquiva experiencial desencadeada por pensamentos recorrentes, aversivos e intrusivos; presentes nos processos de ruminação e preocupação. Pesquisas em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) apontam que altos níveis de inflexibilidade psicológica (IP) intensificam os padrões de PNR e aumentam o sofrimento psicológico, contudo não existem estudos que avaliem a aplicação dessa premissa na população brasileira. Os objetivos dessa pesquisa são (1) explorar as relações entre PNR com inflexibilidade psicológica (IP), fusão cognitiva (FC), e sofrimento psicológico (SP); e, (2) avaliar se os níveis de IP influenciam nos níveis de PNR e se FC é um mediador relevante nessa relação. Duzentos e vinte e cinco participantes completaram medidas de FC, PNR, IP e 187 participantes responderam a uma medida de SP. Os resultados indicam que o PNR está significativamente relacionado positivamente com todas as variáveis, apesar da força da correlação com SP ter se mostrado mais fraca do que em outras populações. Além disso, a análise de mediação constatou que o IP desempenha um papel importante nos níveis de PNR, especialmente quando mediado pela FC.

Keywords: Pensamentos Negativos Repetitivos; Preocupação; Ruminação; Flexibilidade Psicológica; Análise de Mediação.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999) is a transdiagnostic psychological therapeutic model that aims to develop Psychological Flexibility (PF; Hayes et al., 2011). PF can be defined as “the ability to contact the present moment more fully as a conscious human being and, based on what the situation affords, to change or persist in behaviour in order to serve valued ends” (Luoma et al., 2017, p. 24). On the other hand, Psychological Inflexibility (PI) is characterized by inflexible attention, rigid verbal control (cognitive fusion and self-as-content), avoidance of unpleasant private experiences (i.e., experiential avoidance; EA), and lack of clarity and disengagement from personal values (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2006).

From ACT’s perspective, Repetitive Negative Thinking (RNT) is an experiential avoidance (EA) strategy characterized by recurrent, aversive, and intrusive thoughts, including the processes of rumination and worry (Ruiz et al., 2016). This pattern has three main functions. The first is EA: avoiding unpleasant internal experiences such as painful thoughts, emotions, physical discomfort, and distressing memories (Salters-Pedneault et al., 2004). Ironically, rigidly engaging in EA strategies often lead to increased psychological distress, such as increased frequency and intensity of RNT (Hayes et al., 1999; Kashdan et al., 2006; Ruiz et al., 2018). This pattern may also serve as an emotion regulation strategy, the second function of RNT (Ruiz et al., 2018; Salgueiro et al., 2013). The third function of RNT is problem-solving, which enables individuals to anticipate problems and prevent potential harm, thus having an important adaptive evolutionary function (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Ruiz et al., 2016; Watkins, 2008).

Like all operant behaviours, RNT is not inherently problematic. However, it becomes an issue when it causes clinically undesirable outcomes, such as interfering with actions aligned with the patient’s chosen goals and values or significantly reducing their quality of life (Gil-Luciano et al., 2019).

Cognitive fusion (CF) is another component of PI that influences counterproductive RNT patterns (Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018). CF is understood as the state in which verbally acquired stimulus functions exert more control over a person’s behaviour than other functions (such as those established

through direct learning processes; Assaz et al., 2023). In other words, when individuals are *fused*, they behave as if their thoughts (covert verbal constructs) were the absolute truth in a given situation. Excessive CF can become a clinical issue when it leads to rigid behavioural patterns, potentially reducing a person’s quality of life (Hayes et al., 2006; Gillanders et al., 2014). Individuals with high levels of RNT are often fused with their thoughts’ distressing content (Ruiz et al., 2018; Watkins, 2008) in an effort to avoid them, regardless of if they are real or not. Furthermore, CF significantly mediates the relationship between PF, psychological distress, EA, rumination, depressive symptoms, and chronic pain, for example (Bardeen & Fergus, 2016; Basharpour et al., 2020; Carvalho et al., 2019; Gillanders et al., 2014; Lucena-Santos et al., 2017; Zucchelli & White, 2019).

RNT is a formal diagnostic criterion for various DSM-5 disorders, including depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder (OCD), phobias, eating disorders, suicidal ideation, and alcohol abuse (Aldao et al., 2010; Dickson et al., 2019; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Perestelo-Perez et al., 2017; Rogers & Joiner, 2018; Spinhoven et al., 2018). Additionally, RNT is associated with increased negative affect (Newman & Llera, 2011; Salters-Pedneault et al., 2004) and strongly correlated with depression and anxiety vulnerability (Gil-Luciano et al., 2018). According to the latest WHO census, anxiety and depression affect 11% of the global population (WHO, 2017). In Brazil, a low- and middle-income country (LMIC), 15.1% of the population, or approximately 30.2 million people, are diagnosed with these disorders (Eaton et al., 2011; WHO, 2017).

Research on RNT and ACT have been conducted with Spanish-speaking populations (Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018; Ruiz et al., 2019; Ruiz et al., 2020; Salazar et al., 2019). However, we weren’t able to find studies that evaluate the correlations between RNT and aspects of PI in the Brazilian population. Considering these points, this study has two objectives. First, to analyse the relationships between RNT and measures of PI, CF, and psychological distress (PD) in a Brazilian sample. Second, to explore if the relationship between levels of psychological inflexibility and repetitive negative thinking is mediated by cognitive fusion.

Method

Participants

Participants were Brazilian adults (at least 18 years old) recruited via social media platforms (i.e., Facebook, Instagram) and WhatsApp, in which they could voluntarily access the survey through a link. No active participant recruitment was conducted beyond these posts in social media and WhatsApp groups. Participants were encouraged to divulge the survey if they wanted. Data collection occurring during June of 2020.

Procedure

The questionnaires were hosted by Qualtrics software. It included an informed consent form, sociodemographic questions, and questionnaires designed to assess psychological inflexibility/experiential avoidance (AAQ-II), psychological distress (DASS-21), repetitive negative thinking (PTQ), and cognitive fusion (CFQ-7). To ensure participants were of legal age—and, thus, eligible—a multiple-choice question was included for age verification. If a participant selected the option “under 18 years old,” the questionnaire was automatically terminated. Since the survey was anonymous, participants that did not complete the full questionnaire.

Measures

Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II; Barbosa & Murta, 2015). Designed to measure Psychological Flexibility, the AAQ-II is a 7-item Likert scale ranging from (1) “never true” to (7) “always true.” It is a one-factor measure in which higher scores indicate greater levels of Psychological Inflexibility. This questionnaire evaluates experiential avoidance patterns, exploring processes such as escape/avoidance of feelings and thoughts and the ability to act in the presence of aversive private events (Bond et al., 2011). The validation for the Brazilian population has demonstrated strong internal consistency and the same was found in this study (Cronbach’s $\alpha = 0.936$). Despite notable psychometric issues (Tyndall & Wolgast, 2019; Wolgast, 2014), the AAQ-II was considered the

best validated option for the Brazilian population when the research was conducted. Moreover, this questionnaire is widely used for assessing PI, allowing comparisons with other studies, including those that inspired this study.

Depression, Anxiety, and Stress Scale – 21 (DASS-21; Antony et al., 1998). Designed to measure emotional distress states using a 21-item Likert scale ranging from (0) “never” to (3) “almost always.” The Brazilian version was validated (Vignola & Tucci, 2014) and demonstrated strong internal consistency in this study (Cronbach’s $\alpha = 0.96$). Its subscales have also shown strong internal consistency, with Cronbach’s α as follows: Depression = 0.911, Anxiety = 0.898, and Stress = 0.906.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7). This 7-item scale that measures levels of cognitive fusion. For each item, the given answer ranges from (1) “completely untrue” to (7) “completely true” (Gillanders et al., 2014). The scale has undergone cross-cultural validation for the Brazilian population (de Paula et al., 2018). In the present study, the Brazilian version of the questionnaire demonstrated strong internal consistency (Cronbach’s $\alpha = 0.935$).

Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehring et al., 2011). Designed to assess the presumed processes of Repetitive Negative Thinking (e.g., thought repetition, difficulty disengaging from them, unproductivity, and mental capacity), it is a 15-item Likert scale ranging from (0) “never” to (3) “almost always.” Higher scores indicate elevated levels of RNT. The Portuguese version was validated by Chaves et al. (2013). Even though it hasn’t been validated for the Brazilian population yet, it was adapted for research. The questionnaire demonstrated good internal consistency (Cronbach’s $\alpha = 0.964$).

Data Analysis

The G*Power 3.1 software analysis calculated the minimum sample size for 95% reliability in each arm of analysis. All data were analysed using IBM SPSS version 26. The Shapiro-Wilk statistical test was performed to assess sample distribution. It was expected that not all results would meet the normality crite-

tion, as the literature indicates that the prevalence of mental health issues tends not to follow a normal distribution in the population (Andrade, 2012). To address distribution issues and increase the reliability of the analysis, bootstrapping with 1,000 repetitions (95% CI; Haukoos & Lewis, 2005) was applied.

The descriptive analysis was conducted, and all tests showed statistically relevant internal consistency (Cronbach's $\alpha > 0.7$). A two-tailed Pearson's correlation analysis was performed. Using the r coefficient, the measure of association between variables was calculated ($r^2 * 100$), representing the percentage of variance in the data explained by the relationship between the two variables.

Additionally, the effect size of the correlations was calculated using the online tool "Testing the Significance of Correlations" (available in: <https://www.psychometrica.de/correlation.html>). For this, the Fisher r -to- z transformation test was conducted using the second item of the tool, "Fisher-Z-Transformation." Furthermore, to determine whether the differences between the correlations were statistically significant, the sixth item, "Comparison of correlations from dependent samples" was used.

Based on the strongest correlations, mediation analysis was performed using Model 4 of the PROCESS extension v. 3.5 by Andrew F. Hayes, with 5,000 repetitions (Hayes, 2018). The objective of this analysis was to evaluate the impact of PI levels on RNT when this relationship is mediated by CF. This model allows the verification of the total effect (c ; when there is no CF mediation), i.e., the direct impact of PI on RNT; the indirect effect ($a*b$; i.e., the impact of PI on RNT when mediated by CF); and the direct effect (c' ; i.e., the effect of PI on RNT when controlled for CF). This approach allows for determining whether the relationship is mediated by CF and comparing the effects of the relationships with and without this mediating variable (Rockwood & Hayes, 2020).

Results

A total of 340 individuals accessed the online survey. Data from participants who did not complete one or more of the scales, skipped any items, or responded multiple times were excluded, resulting in 225 valid participants' responses. Of these, only 187 participants completed the questionnaire to measure psychological distress (i.e., DASS-21). Sociodemographic data was collected from 225 participants, 76% were men ($n = 171$), 23.6% were women ($n = 53$), and 0.4% ($n = 1$) identified as non-binary. Regarding the participants' age, 30.7% ($n = 69$) were between 18 and 25 years old; 22.7% ($n = 51$) between 26 and 30 years old, 16% ($n = 36$) between 31 and 40 years old; 14% ($n = 32$) between 41 and 50 years old; 11.6% ($n = 26$) between 51 and 60 years only; and only 4.9% ($n = 11$) were over 60 years old (see Table 12).

Table 12. Distribution of participants across age and gender ($n=225$).

Age	Male	Female	Non-Binary	Total
18-25	49	19	1	69
26-30	36	15	0	51
31-40	29	7	0	36
41-50	28	4	0	32
51-60	21	5	0	26
Over 60	8	3	0	11
Total	171	53	1	225

A liability analysis was conducted to assess the questionnaires' internal consistency. To avoid Type II errors, sample size was calculated using G*Power software. The results indicated that a sample size of $n = 132$ was required to have sufficient statistical power ($(1-b) > 0.8$; $d = 0.3$) in the correlation analysis with a statistically significant p -value,

Then, a Shapiro-Wilk normality test was conducted, which demonstrated that none of the scales followed a normal distribution ($p < 0.001$). To address the lack of normality in the sample and the numerical differences between the number of participants who completed each questionnaire, *Bootstrapping* was conducted (sample = 1000; 95% CI BCa). This data analysis method allows for parametric analysis and higher result reliability (Haukoos & Lewis, 2005).

Table 13. Correlational analysis of PI, CF and RNT.

	Pearson's rho	1	2	3
1. CFQ-7	<i>r</i>			
	<i>p</i>			
2. AAQ-II	<i>r</i>	.794**		
	<i>p</i>	0.00		
3. PTQ	<i>r</i>	.827**	.800**	
	<i>p</i>	0.00	0.00	

Note. CFQ-7 (Cognitive Fusion Questionnaire); AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire); PTQ (Perseverative Thinking Questionnaire). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 13 presents the results obtained from the first correlational analysis ($n = 225$), where all correlations were found to be positive. RNT

scores (PTQ) were strongly correlated with PI levels (AAQ-II; $r = 0.800$, $p < 0.001$; $r^2 = 64\%$, see Table 13) with an effect size of $z = 1.18$. A similarly strong correlation was found between cognitive fusion and RNT (CFQ; $r = 0.830$, $p < 0.001$; $r^2 = 68.4\%$), with an effect size of $z = 1.19$. Finally, PI levels were strongly correlated with cognitive fusion (CFQ; $r = 0.794$, $p < 0.001$; $r^2 = 63.04\%$), with an effect size of $z = 1.08$.

As all reported correlations can be considered very strong (Cohen, 1998), a statistical comparison of magnitude was conducted using Fisher's r -to- z transformation test across the three scales. The analysis indicated that the difference in strength between the correlations of RNT with PI and CF was not statistically significant ($z = 1.208$; $p = 0.114$; Lenhard & Lenhard, 2014).

Table 14. Correlational analysis of PD, PI, CF and RNT (n=187).

	Peason's rho	1	2	3	4	5	6	7
1. CFQ-7	<i>r</i>	--						
	<i>p</i>							
2. AAQ-II	<i>r</i>	.803**	--					
	<i>P</i>	0.000						
3. PTQ	<i>r</i>	.840**	.805**	--				
	<i>p</i>	0.000	0.000					
4. DASS-21	<i>r</i>	.230**	.230**	.220**	--			
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000				
5. DASS-21 Depression	<i>r</i>	.211**	.203**	.181**	.924**	--		
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000			
6. DASS-21 Anxiety	<i>r</i>	.197**	.189**	.211**	.900**	.708**	--	
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
7. DASS-21 Stress	<i>r</i>	.220**	.238**	.209**	.955**	.855**	.802**	--
	<i>p</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

Note. CFQ-7 (Cognitive Fusion Questionnaire); AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II); PTQ (Perseverative Thinking Questionnaire); DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-21); **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

The second arm of analysis examined the relationship between levels of PD, PI, CF, and RNT via correlational analysis (see Table 14). The results showed that, even though the correlations were statistically significant, the ones between RNT and PD ($r = 0.230$; $p < 0.001$; $r^2 = 5.29\%$; $z = 0.234$), depression ($r = 0.181$; $p < 0.001$; $r^2 = 3.27\%$; $z = 0.183$), anxiety ($r = 0.211$; $p < 0.001$; $r^2 = 4.45\%$; $z = 0.214$), and stress ($r = 0.209$; $p < 0.001$; $r^2 = 4.36\%$; $z = 0.212$) were weak. The results are presented in Table 14.

Regarding other variables, overall levels of PD were significantly correlated with CF ($r = 0.230$; $p < 0.001$; $r^2 = 5.3\%$; $z = 0.234$) and PI ($r = 0.230$; $p < 0.001$; $r^2 = 5.3\%$; $z = 0.234$). All subscales were also positively and significantly correlated with CF and PI. The comparison of the effect size among the correlations was found not statistically significant ($p = 0.5$; $z = 0$; see Table 14).

The relationship between depressive symptoms and PI ($r = 0.203$; $p < 0.001$; $z = 0.206$) explained 4.1% of the variance in PI, while its relationship with CF ($r = 0.211$; $p < 0.001$; $z = 0.214$) accounted for 4.45%. The differences across effect sizes were not statistically significant ($p = 0.43$; $z = 0.177$; see Table 14).

Furthermore, anxiety levels were associated with CF ($r^2 = 3.9\%$; $r = 0.197$; $p < 0.001$; $z = 0.2$) and PI ($r^2 = 3.6\%$; $r = 0.189$; $p < 0.001$; $z = 0.191$). The effect sizes' variation between these correlations was not statistically significant ($p = 0.43$; $z = 0.177$; see Table 14).

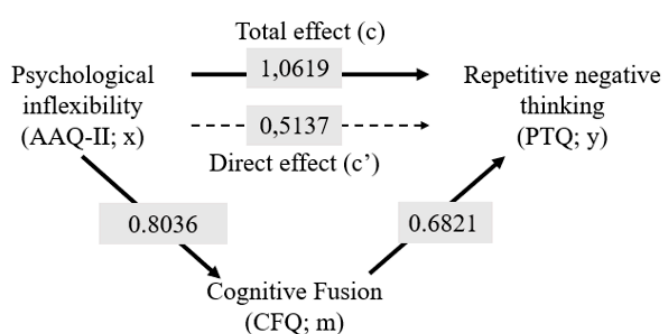
Stress symptoms demonstrated an effect size of $z = 0.224$ when correlated with CF ($r = 0.220$; $p < 0.001$; $r^2 = 4.8\%$) and $z = 0.243$ when correlated with PI ($r = 0.238$; $p < 0.001$; $r^2 = 5.7\%$). The variation in effect sizes between these correlations was not statistically significant ($p = 0.344$; $z = -0.401$; see Table 14).

After completing the correlation analysis, a mediation analysis ($n = 225$) involving PI, CF, and RNT was conducted using PROCESS v. 3.5 by Andrew F. Hayes. Considering that it was a simple mediation analysis, it was used Model 4, with 5000 bootstrap samples. This analysis aimed to evaluate the effects of PI on RNT when mediated by CF. The PD variables were excluded from this analysis.

The model's direct effect (PI on RNT mediated by CF; $b = 0.514$, 95% CI [0.376, 0.651], $t = 7.333$)

was statistically significant ($b = 0.8036$, 95% CI [0.7278, 0.8795], $t = 20.86$, $p < 0.000$; $r^2 = 63.06\%$). Cognitive fusion also showed a statistically significant effect on RNT ($b = 0.682$, 95% CI [0.546, 0.819], $t = 9.85$, $p < 0.001$; $r^2 = 73.9\%$). Without the mediating variable, PI explained 63.92% of RNT levels, whereas this influence increased to 73.9% with the mediator. This result demonstrates that CF plays an important mediating role in the model (see Figure 1).

The mediation effect (indirect effect) was statistically significant ($b = 0.548$, 95% BCa CI [0.4243, 0.6776]). This finding suggests that 51.62% of the RNT scores related to PI were explained by CF levels (see Figure 19).



Indirect effect (PI over RNT mediated by CF) = 0.548

Mediation proportion = direct effect/total effect
MP = 0.5137/1.0619 = 0.483756

Mediated effect (ME) = 1 - MP
ME = 0.516244

Figure 19. Mediation model describing total, direct and indirect effects of PI over RNT when mediated by CF.

A statistically significant relationship was observed between RNT and PI ($p < 0.001$), CF ($p < 0.001$), stress ($p < 0.001$), depression ($p < 0.001$), and anxiety ($p < 0.001$). The subsequent mediation analysis demonstrated that PI levels by itself predicted 63.92% of RNT levels. When this relationship was mediated by CF, PI accounted for 73.9% of RNT scores. The results indicate that 51.62% of the RNT levels related to PI are explained by CF levels.

Discussion

The main objective of this study was to explore the correlations between RNT and psychological inflexibility, psychological distress, and cognitive fusion in the Brazilian population. Additionally, the secondary objective was to investigate whether CF is a mediator in the relationship between PI and RNT.

ACT literature suggests that rumination and worry are significantly and positively correlated with levels of PI (McCracken et al., 2014; Tavakoli et al., 2019). Thus, it is considered that, as RNT patterns increase, there is a higher likelihood that individuals will engage and entangle with their thoughts to avoid unpleasant internal experiences. Based on prior findings with people with high RNT and considering the cross-cultural applicability of the Psychological Flexibility Model (Hayes & Toarmino, 1995; Hayes et al., 2011; Woldneck et al., 2012), it was predicted that RNT levels would be significantly correlated with CF, PI, and PD in the Brazilian population (D'Souza, 2016; Lucena-Santos et al., 2017; Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018).

Initially, it was evaluated the correlations between CF, PI, and RNT for 225 participants. The results corroborated the hypothesis, because the correlations between RNT, CF, and PI were strong and significant, coherent with the literature. The strong correlation between RNT and PI ($r = 0.8$) indicates a potential overlap between these variables. This is probably due to function of excessive thought patterns often being experiential avoidance (i.e., a component of the PI model; Gil-Luciano et al., 2019).

The second correlational analysis examined the relationships between PI, CF, and RNT with overall levels of PD, including depression, anxiety, and stress. Although the bootstrapping method increased analysis precision, the correlations regarding anxiety, stress, and depression were considerably weaker than those observed in similar studies (Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018), although this relation was present and significant.

Considering that RNT is frequently present in cases of anxiety and depression, it was expected that the relationships between RNT and PD levels would

be more significant at the Pearson's r level (Aldao et al., 2010; Baxter et al., 2012; Lucena-Santos et al., 2017; Nolen-Hoeksema et al., 2008). To explain that phenomenon, we must take into account the timing of data collection which occurred during the first wave of COVID-19 in July 2020. A possible hypothesis for these results is that changes in lifestyle habits caused by the pandemic, such as the shift to home-office and absence of commute to work, may have played a significant role in distress and RNT levels (either increasing or decreasing them). Studies around the world have unanimously reported increased PD during the COVID-19 pandemic, including Brazil (De Azevedo Barros et al., 2020; Pereira et al., 2021) and several other countries (Kim & Jung, 2020; Herrera-Añazco, 2022; Koch & Park, 2022). However, the current findings are not aligned with these studies. A second hypothesis considers the sampling bias: the sample may not accurately represent the general population's levels of PD. Thus, these findings may be circumstantial, highlighting the need for further studies on the correlations between PD and RNT in this population.

The mediation analysis aimed to explore whether CF plays a significant mediating role in the relationship between RNT and PI. Previous research on the Brazilian population has shown that the relationship between rumination and depression was mediated by CF (Lucena-Santos et al., 2017). Given that CF is commonly a mediator in the relationship between PI and symptoms of DSM-5 disorders, in which RNT is a formal diagnostic criterion, mediation was expected.

Furthermore, the mediation analysis confirmed that the relationship between PI and RNT was more significant when CF was a mediator, explaining 73.9% of RNT levels compared to the model without the mediating variable (in which PI explained 63.92% of RNT levels). Levels of CF alone explains more than half of the RNT scores (73.9%) when predicted by psychological inflexibility. Therefore, it is not surprising that individuals with higher levels of PI are more likely to engage in RNT patterns, because they fuse with their thoughts' content. In other words, people with reduced capacity to distance from their thoughts as products of their own thinking patterns, are more likely to excessively worry or ruminate.

Thus, it can be inferred that interventions aimed at reducing CF— that is, promoting cognitive defusion (DF)—can significantly help to reduce RNT. DF is conceptualized as a state in which individuals observe their thoughts and, instead of acting in alignment with them, engage in behaviours under the influence of other environmental variables (Assaz et al., 2023). It is well-established that interventions that seek to promote cognitive defusion tend to significantly increase engagement in value-driven actions and reduce maladaptive avoidance (Assaz, 2020; Luciano et al., 2013; Ritzert et al., 2015), thus, increasing psychological flexibility.

Additionally, brief interventions focused on reducing RNT have been widely studied and have shown promising results across various populations, such as adults with different RNT levels (Dereix-Calonge et al., 2020; Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018) and children and adults with depression and generalised anxiety (Ruiz et al., 2020; Salazar et al., 2019; Ruiz et al., 2020). These interventions include a series of exercises aimed at promoting DF, such as engaging in value-driven actions. Therefore, the results of this study suggest that Brazilians with high levels of RNT would likely benefit from similar interventions.

Conclusion

In conclusion, the correlations found between RNT, PI, CF and PD are consistent with other findings in the literature in other contexts, although the correlation between RNT and PD was less pronounced in the Brazilian population. The mediation analysis confirmed that CF is a significant mediating variable in the correlation between PI and RNT. This study successfully achieved its objective of providing an initial evaluation of the relationships between RNT and PI in the Brazilian population. However, further studies are needed to deepen and expand the understanding of this topic within this population.

Limitations and future directions

This study has certain limitations. First, the sample was potentially biased regarding gender and age. Seventy-six percent of the sample identified as fe-

male. According to the scientific literature on anxiety, women are twice as likely to develop anxiety symptoms compared to men (Johnson & Whisman, 2013; Baxter et al., 2012). Consequently, the results of this study may have higher scores in RNT and PD (i.e., stress, anxiety, and depression) than a sample in which gender distribution is representative of the wider population.

Another potential bias pertains to participants' age, as 52.4% of the valid data were from individuals aged between 18 and 30 years. The age bias can be explained by young adults' familiarity with technological tools (such as questionnaires on smartphones and computers), increasing the chances of them participating in the survey. Furthermore, young adults (under 30 years old) represent 42.9% of the Brazilian population. Therefore, it is possible that these results are not fully representative of the country's demography. We recommend that future studies use more representative samples, potentially considering other sociodemographic variables, such as educational level, social class, employment status, etc.

Additionally, mediation findings should be interpreted cautiously for two reasons. Firstly, multicollinearity is likely because PI, CF and RNT are conceptually adjacent. High overlap inflates standard error (indexed by tolerance and variance inflation factor; VIF; Hayes, 2018). Secondly, cross-sectional mediation cannot establish causal ordering, given that mediation are inherently causal relations and require that causes precede events in time; even the randomization of X (i.e., psychological inflexibility) does not guarantee that M (i.e., cognitive fusion) precedes Y (i.e., RNT). Therefore, alternative orderings of X, M and Y remains plausible in single-wave design (Hayes, 2018). Based on this analysis, we recommend future investigations to perform longitudinal or experimental tests to adjacent temporal precedence and bolster internal validity.

Finally, it is important to note that this study was conducted during the first phase of the COVID-19 pandemic. However, the correlations between PI and CF are consistent with findings on rumination in the Brazilian population prior to the COVID-19 pandemic (Barbosa & Murta, 2015; de Paula et al., 2018; Lucena-Santos et al., 2017; Lucena-Santos et al., 2017b). This corroborates the

argument that these results are not limited to this specific period. Consequently, we recommend replicating this study when COVID-19 is possibly no longer a relevant variable.

Lastly, we acknowledge the limitations of self-report measures. We recommend that future studies use alternative methods, such as implicit measures or digital monitoring tools.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., (2010), Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review., *Clinical Psychology Review* 30, pp. 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Andrade, L. H., Wang, Y., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., & Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLOS ONE*, 7(2), e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10 (2), 176. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Assaz, D. A. (2019). *Desfusão cognitiva na terapia de Aceitação e compromisso (ACT): o processo de mudança clínica* [PhD dissertation, Universidade de São Paulo]. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-24122021-113814/publico/assaz_do.pdf
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change? *The Psychological Record*, 68(4), 405-418. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>
- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K. B., & Roche, B. (2023). A Process-Based Analysis of Cognitive Defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1020–1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Atkins, P. W. B., & Styles, R. (2015). Mindfulness, identity and work: Mindfulness training creates a more flexible sense of self. In J. Reb & PWB Atkins (Eds.), *Mindfulness in organizations: Foundations, research, and applications* (pp. 133–162). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107587793.008>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G., (2015). Initial psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire -- II -- Brazilian version. *Psico-USF*, 20 (1), 75. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Basharpoor, S., Mowlaie, M., & Sarafrazi, L. (2020). The Relationships of Distress Tolerance, Self-compassion to Posttraumatic Growth, the Mediating Role of Cognitive Fusion. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1–2. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1711279>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2012). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43 (05), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Castilho, P. (2019). Pain and depressive symptoms: exploring cognitive fusion and self-compassion in a moderated mediation model. *The Journal of Psychology*, 153 (2), 173-186. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1507990>
- Chaves, B., Pereira, A. T., Castro, J., Soares, M. J.,

- Amaral, A. P., & Bos, S. (2013). Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version. *Aten. Prim*, 45, 162.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- D'Souza, C. V. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (Act) On Negative Cognition Among Patients with Depression—A Preliminary Analysis. *International Journal of Nursing*, 5(2).
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 126-134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- De Azevedo Barros, M. B., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., De Azevedo, R. C. S., Romero, D. E., De Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Szwarcwald, C. L., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D., De Fátima De Pina, M., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços De Saúde*, 29(4). <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- de Paula, Jonas J., Costa, Danielle S., Miranda, Débora M. de, & Romano-Silva, Marco, A., (2018). Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40 (3), 312-3. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2227>
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Cardona-Betancourt, V., & Flórez, C. L. (2020). Repetitive negative thinking longitudinally predicts the psychological adjustment of clinical psychology trainees. *Conductual Psychology*, 28 (2), 227-243.
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., & Huntley, C. D. (2019). Rumination selectively mediates the association between actual-ideal (but not actual-ought) self-discrepancy and anxious and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 149, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.047>
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., ... & Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378 (9802), 1592-1603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X)
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gil-Luciano, B., Calderón-Hurtado, T., Trovar D., Sebastián, B., Ruiz, F. (2019) How are triggers for organized repetitive negative thinking? A relational frame analysis., *ISSN Psicothema*, 31(1), 53-59. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.133>
- Global Burden of Disease Study, 2017. (GBD, 2017). *Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, 2018. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12 (4), 360-365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Hayes, S. C., & Toarmino, D. (1995). If behavioral principles are generally applicable, why is it necessary to understand cultural diversity? *The Behavior Therapist*, 18, 21-23.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1 (1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior research and therapy*, 44 (1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Muto, T., & Masuda, A. (2011). Seeking cultural competence from the ground up. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18 (3), 232–237. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01254.x>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Herrera-Añazco, P., Urrunaga-Pastor, D., Benites-Zapata, V. A., Bendejú-Quipe, G., Toro-Huamanchumo, C. J., & Hernández, A. V. (2022). Gender differences in depressive and anxiety symptoms during the first stage of the COVID-19 pandemic: A Cross-Sectional Study in Latin America and the Caribbean. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.727034>
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 367–374. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.019>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44 (9), 1301–1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kim, H. H., & Jung, J. H. (2020). Social isolation and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: A Cross-National Analysis. *The Gerontologist*, 61(1), 103–113. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa168>
- Koch, M., & Park, S. (2022). Do government responses impact the relationship between age, gender and psychological distress during the COVID-19 pandemic? A comparison across 27 European countries. *Social Science & Medicine*, 292, 114583. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114583>
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2014). *Hypothesis Tests for Comparing Correlations*. In: <https://www.psychometrica.de/correlation.html>. Bibergau (Germany): Psychometrica. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.2954.1367>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S. A., Oliveira, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Body-Image Acceptance and Action Questionnaire: Its deleterious influence on binge eating and psychometric validation. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 17(2), 151–160. <https://doi-org.ucd.idm.oclc.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.001>
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders D., & Oliveira, M. S., (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression, *Journal of Contextual Behavioral Science*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Luciano, C., Jiménez, T., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M. A., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., López-López, J. C., Barnes-Holmes, Y., & Gutiérrez-Martínez, O. (2013). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101(1), 94–111. <https://doi.org/10.1002/jeab.68>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press Publication.
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2020). The Role of Psychological Flexibility in the Context of COVID-19: Associations with Depression, Anxiety, and Insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- Mental health atlas 2020*. (2021). Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of re-

- search supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky S., (2008), Rethinking Rumination, *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 3., 3: 400. [https://doi.org/ DOI: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x](https://doi.org/DOI:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x)
- Pereira, M. D., De Oliveira, L. C., Costa, C. F. T., De Oliveira Bezerra, C. M., Pereira, M. D., Santos, C. K. a. D., & Dantas, E. H. M. (2020). The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research Society and Development*, 9(7), e652974548. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
- Perestelo-Perez, L., Barracac, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., Alvarez-Perez, Y., (2017), Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 17, pp. 282-295. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Berghoff, C. R., Barnes-Holmes, D., & Nicholson, E. (2015). The impact of a cognitive defusion intervention on behavioral and psychological flexibility: An experimental evaluation in a spider fearful non-clinical sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.04.001>
- Rockwood, N. J., & Hayes, A. F. (2020). Mediation, moderation, and conditional process analysis: Regression-based approaches for clinical research. In A. G. C. Wright and M. N. Hallquist (Eds.) *Handbook of research methods in clinical psychology*. Cambridge University Press.
- Rogers M. L., & Joiner T. E. (2018), Suicide-Specific Rumination Reports to lifetime suicide attempts above and beyond other suicide risk factors, *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.12.017>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a repetitive acceptance and commitment therapy protocol focused on negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., Monroy-Cifuentes, A., & Suárez-Falcón, J. C. (2019). Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19, 261-276.
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444-456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>
- Ruiz, F. J., Riaño, Hernández, D., Suárez Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16 (3), 213-233.
- Salazar, D., (2019), *Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la Depresión Infantil*, Escuela De Posgrados, [Doctoral dissertation in Psychology, Konrad Lorenz Fundación Universitaria], Escuela De Posgrados. Bogota.
- Salguero, J. M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P., (2013). A meta-mood model of rumination and depression: Preliminary test in a non-clinical population. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54 (2), 166-172. <https://doi.org/10.1111/sjop.12026>
- Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11 (2), 95-114. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2004.01.001>

- doi.org/10.1016/j.appsy.2004.09.001
- Spinoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 216-225. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.001>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Woidneck, M. R., Pratt, K. M., Gundy, J. M., Nelson, C. R., & Twohig, M. P. (2012). Exploring cultural competence in acceptance and commitment therapy outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 227-233. <https://doi.org/10.1037/a0026235>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- World Health Organization (2017), Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: *World Health Organization*; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=81021868AC0EA7441C9959A273DB32AF?sequence=1>
- Zucchelli, F., White, P., Williamson, H., & VTCT Foundation Research Team at the Center for Appearance Research (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body Image*, 32, 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002>

Histórico do Artigo

Submitted: 06/Oct/2023

Accepted: 24/Sept/2025

Editora associada: Janaina Pacheco

Medida da relação terapêutica na Terapia de Aceitação e Compromisso

Measuring the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy

Ana Claudia Rodrigues Ferreira¹, Jocelaine Martins da Silveira¹

[1] Universidade Federal do Paraná (UFPR) | **Título abreviado:** Relação terapêutica e Terapia de Aceitação e Compromisso | **Endereço para correspondência:** |
Email: anaacferreira@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.007

Resumo: Os aspectos intrapessoais da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) são frequentemente destacados na literatura. Entretanto, sabe-se que fatores interpessoais não específicos têm implicações nos resultados de diversos tratamentos. O presente estudo tem o objetivo de ilustrar, com o uso de um instrumento de medida da relação terapêutica desenvolvido em português e amplamente usado no Brasil, como os aspectos interpessoais podem influenciar um tratamento em ACT. O método consistiu em um estudo de caso, do qual participaram duas mulheres idosas (72 e 68 anos) com queixas de desânimo e de diminuição do engajamento em atividades prazerosas, há mais de um ano. Elas foram recrutadas e selecionadas no contexto de uma pesquisa sobre atividades estruturadas na ACT, com foco em valores. Foram realizadas 16 sessões. A primeira e a 16ª foram entrevistas de avaliação e aplicação de instrumentos. Os instrumentos usados foram: Escala de Depressão em Geriatria (GDS) para caracterização e checagem dos critérios de exclusão; Versão adaptada e validada para o Brasil do Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Versão do Questionário de Valores de Vida (VLQ), ambos para caracterização e finalmente, o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT), ao qual foram adicionadas subcategorias para o presente estudo. Quanto aos resultados, são descritas correlações entre verbalizações do terapeuta na interação com uma das participantes, tomando-as como indicativas de processos de flexibilidade psicológica. As medidas da outra participante no SiMCCIT foram desconsideradas para análise, uma vez que o índice kappa de concordância interobservadores foi baixo. Os escores dos demais instrumentos foram analisados para ambas as participantes a fim de caracterizá-las no começo e ao final das 16 sessões. Discute-se como os aspectos interpessoais da ACT podem ajudar a compreender medidas de resultado e lançar luz sobre processos a serem considerados na Terapia Baseada em Processos (TBP). Dentre as limitações do estudo, destaca-se a impossibilidade de determinar o efeito das 16 sessões aplicadas a cada participante, uma vez que não há reversão das condições do estudo ou parâmetros de estabilidade das medidas. O índice kappa baixo também constitui uma limitação para as análises. A falta de validade externa é outra limitação importante. Por outro lado, o caráter exploratório do relato dos atendimentos às duas idosas, relacionando medidas de processo e resultado apresenta valor heurístico.

Palavras-chave: Terapia Baseada em Processos, Terapia de Aceitação e Compromisso; relação terapêutica; fatores comuns; fatores inespecíficos.

Abstract: The intrapersonal aspects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) are frequently highlighted in the literature. However, it is known that non-specific, interpersonal factors also influence treatment outcomes. The present study aims to illustrate, using a therapeutic relationship measurement instrument developed in Portuguese and widely used in Brazil, how interpersonal aspects can influence an ACT treatment. The method employed was a case study, in which two elderly women (72 and 68 years old) participated. Their complaint consisted of discouragement and decreased engagement in pleasurable activities for more than a year. They were recruited and selected in the context of research on structured activities in ACT, focusing on values. For that, 16 sessions were held. The first and 16th consisted of assessment interviews. The instruments used were: Geriatrics Depression Scale (GDS) to characterize and to check exclusion criteria; Adapted and validated version for Brazil of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Version of the Life Values Questionnaire (VLQ), both for characterization and finally, the Multidimensional System for the Categorization of Behavior in Therapeutic Interaction (SiMCCIT), to which subcategories developed for the present study were added. Results: Correlations between therapist's verbalizations in the interaction with one of the participants, taking them as indicative of important processes of psychological flexibility. The SiMCCIT codes of the other participant were disregarded for analysis, since the Kappa index was low. The scores of the other instruments were analyzed for both participants in order to characterize them at the beginning and at the end of the intervention. It is discussed how the interpersonal aspects of ACT can help elucidate outcome measures and shed light on processes to be considered by Process-Based Therapy (PBT). Among the limitations of the study, the impossibility of determining the effect of the 16 sessions applied to each participant stands out, since there is no stability or withdraw in the conditions. The low kappa index also constitutes a limitation for the analyses. The lack of external validity is another important limitation. On the other hand, the exploratory nature of the report on the care provided to the elderly women, relating process and outcome measures, has a heuristic value.

Keywords: Process-Based Therapy; Acceptance and Commitment Therapy; therapeutic relationship; common factors; nonspecific factors

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é frequentemente descrita como um modelo de tratamento com foco intrapessoal (e.g. Callaghan & Follette, 2020), em contraposição ao aspecto interpessoal de outras terapias, como, por exemplo, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Contudo, a literatura sobre processo em psicoterapia indica que os fatores comuns ou não-específicos podem mediar o efeito de diversos tratamentos (Cuijpers et al. 2019; Wampold, 2015). Desse modo, presumivelmente, o entendimento mais detalhado dos aspectos interpessoais da ACT tem potencial para incrementar seus resultados e ajudar a explicá-los, quando são favoráveis ou quando fogem do esperado. Adicionalmente, a compreensão dos aspectos interpessoais de qualquer tratamento pode ter valor heurístico para a Terapia Baseada em Processos (TBP, Hofmann, et al., 2023), ao elucidar as interações terapeuta/cliente, além dos escores nas medidas de resultado.

Relação terapêutica na ACT: pressupostos, dinâmica e postura do terapeuta

Hayes et al., (2021) preconizam que a relação interpessoal ideal nos parâmetros da ACT é o epítome da flexibilidade psicológica. Segundo os autores, uma relação terapêutica forte requer flexibilidade psicológica tanto por parte do terapeuta quanto do cliente. Além disso, ao agir de modo psicologicamente flexível na relação com o cliente, o terapeuta fornece modelo para os processos centrais da mudança clínica. Os autores indicam formas de identificar e usar pontos positivos na sessão para desenvolver flexibilidade psicológica. Este manejo da relação terapêutica está baseado no pressuposto de que terapeuta e cliente estão expostos a muitos dos mesmos dilemas durante o curso de suas vidas e de que as armadilhas da linguagem podem capturar ambos. O terapeuta está sujeito a elas enquanto interage com seu cliente e na sua própria vida cotidiana. Assim, intencionalmente, o manejo da relação terapêutica na ACT faz uso desses dilemas e armadilhas para colocar em movimento a vida dos clientes e, inclusive, a dos terapeutas.

Assim como ocorre na FAP (Tsai et al., 2009), a ACT se vale dos mesmos processos previstos na mudança clínica para análise da relação terapêutica. Depreende-se disso, um complexo modelo de relação terapêutica, esboçado em termos dos processos componentes da flexibilidade psicológica, todos eles refletidos entre terapeuta e cliente (ver Hayes et al., 2021). Por exemplo, a esquivas da experiência por parte do terapeuta (Pierson & Hayes, 2007) pode ter implicação no processo de inflexibilidade do cliente e assim, sucessivamente, em seus processos componentes. Um terapeuta acolhedor, desfusionado, atento ao presente, consciente, baseado em valores estaria em melhores condições de acolher relatos de sofrimento de seu cliente.

De acordo com Hayes et al. (2021), a relação terapêutica na ACT pode ser resumida no acrônimo: “I’m RFT With it”. As letras representam: Instigar, Modelar e Reforçar, Desde (From), Para (Toward) e Com (With it). Quando as verbalizações do cliente são interpretadas literalmente pelo terapeuta, suas próprias avaliações tornam-se literais, interrompendo a direção e o fluxo da sessão. O modelo da relação terapêutica da ACT prevê a habilidade do terapeuta de aceitar seu próprio desconforto em sessão, frente ao cliente e a conteúdos dolorosos de suas falas.

Segundo Hayes et al. (2021), para alavancar a ACT, há determinadas posturas marcantes do terapeuta no relacionamento com o cliente. Na perspectiva de “observador”, o terapeuta prefere estar atento à experiência e observar o que está ocorrendo no aqui e agora da sessão. O terapeuta fornece modelo, ao arriscar-se e ficar vulnerável em sessão, além de demonstrar seu compromisso com valores. As barreiras na vida pessoal e na relação com o cliente são tratadas como formas legítimas de crescimento. O terapeuta convida o cliente a descansar na presença de paradoxos, de modo que as contradições e incertezas não precisem ser resolvidas. O terapeuta prefere aproximações e enfrentamentos à esquivas de experiências. Ainda conforme Hayes et al. (2021), o terapeuta da ACT assume a atitude de apoio e de empatia, podendo fazer autorrevelações seletivas para seu cliente. Outra atitude destacada é a de abertura para a espiritualidade, a qual se traduz por uma visão do mundo que reconhece a qualidade transcendente à experiência humana, seus aspectos universais,

valores e as escolhas do cliente. Por fim, são também atributos do terapeuta da ACT, a postura de respeito radical, centrada no cliente, o respeito à diversidade, o humor oportuno e o monitoramento dos seus diversos contextos de ação.

Por outro lado, segundo os autores, o terapeuta pode exagerar nas estratégias da ACT, focando excessivamente no conteúdo verbal, ao buscar persuadir o cliente intelectualmente. Além disso, o terapeuta pode se equivocar quando apresenta sua própria inflexibilidade psicológica em relação ao cliente ou foca de forma exagerada no processamento emocional, ou ainda, quando enfrenta mal seus próprios conteúdos psicológicos temidos (Hayes et al., 2021, p. 119-129).

ACT e instrumentos de medida da relação terapêutica

Considerando os referidos atributos do terapeuta da ACT, deduz-se que boa parte dos resultados do tratamento poderia ser melhor compreendida por meio do detalhamento de fatores não-específicos ao longo das sessões. Entretanto, uma busca preliminar feita pelas autoras (no período de 2020 a 2022) falhou em identificar um instrumento destinado à avaliação da interação terapeuta/cliente em ACT, em Português do Brasil. Um estudo brasileiro que se aproximou do interesse das autoras avaliou a integridade do tratamento em ACT - Dillenburg et al. (2021). Também se aproximaram do tema de interesse, estudos que se referiram ao emprego de outros instrumentos para medida da relação terapêutica por parte de terapeutas analistas do comportamento brasileiros (e.g. Lepiński & Silveira, 2017; Prado & Meyer, 2004; Zagminani & Meyer, 2011; 2014).

A escala denominada Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS; Callaghan et al., 2008) foi desenvolvida para terapias voltadas interpessoalmente como a FAP e capta, entre outras interações, as de evocação e consequenciação de comportamentos clinicamente relevantes. O Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), é amplamente usado como medida da aliança terapêutica, avaliando esse construto em seus três aspectos: concordância quanto

às tarefas da terapia, seus objetivos e o desenvolvimento de vínculo afetivo entre terapeuta e cliente. As versões originais e curtas do WAI tiveram suas propriedades psicométricas avaliadas para o Brasil (Serralta et al., 2020). O Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT; Zamignani & Meyer, 2014), categoriza, por meio de registros de sessões, verbalizações de terapeutas e clientes, desenvolvido em Português do Brasil. O instrumento é composto por três eixos: 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.

Assim, dentre os instrumentos para medida da relação terapêutica comumente empregados pelos terapeutas analistas do comportamento brasileiros, as autoras supuseram que o SiMCCIT poderia incorporar, com certa parcimônia, uma adaptação para captar verbalizações envolvendo processos de flexibilidade psicológica em um tratamento em ACT. O presente artigo visa ilustrar a relação terapêutica na ACT com duas idosas, mediante o uso de uma versão adaptada do SiMCCIT no caso de uma das participantes.

Método

O presente artigo descreve o caso de duas participantes recrutadas e selecionadas para um estudo sobre uma intervenção com ACT focada em valores, para pessoas idosas. Participaram do estudo original duas mulheres idosas, com nomes fictícios de Célia e Zaira (Ferreira, 2022; Ferreira et al., 2023). As participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 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 estivessem 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) que relatassem boa condição auditiva; g) com capacida-

de usar um computador, tablet ou celular com acesso à internet ou que dispusessem de alguém que pudesse ajudar em seu manuseio; 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 impedisse a compreensão das atividades do tratamento. As idosas selecionadas estavam conscientes do objetivo do estudo, mas não das condições do delineamento. Os nomes são fictícios.

Breve formulação de caso de Célia: A participante tinha 72 anos, era aposentada, tinha cursado parte do ensino fundamental, raça/cor autodeclarada branca, mulher cisgênero, heterossexual, casada, mãe de cinco filhos, residia com marido e um dos filhos. Não fazia uso de medicamentos psicotrópicos. Suas queixas envolveram o sentimento de culpa por decisões do passado, além de pensamentos ruminativos e arrependimentos ligados ao tema. Célia era a filha mais nova de muitos irmãos. Ela relatou que cresceu em uma família feliz, mas que não sentia o mesmo em relação à família que veio a constituir. Célia afirmou que procurava parecer forte para não preocupar os filhos. Disse que se arrependia de haver insistido no casamento, quando descobriu, no passado, que seu marido mantinha um relacionamento extraconjugal. Seus processos de inflexibilidade psicológica consistiram, aparentemente, na Esquiva Experiencial relativa à pensamentos, sentimentos de culpa, arrependimentos, raiva, tristeza e vulnerabilidade. Evitava falar para os filhos como realmente se sentia. Evitava falar sobre o casamento. Evitava lembranças do passado, buscando ouvir músicas alegres e se envolver em atividades religiosas. Além disso, procurava fazer autoafirmações que julgava ser positivas e que, no entanto, pareciam um tipo de fusão com o pensamento: “você que escolheu, agora aguenta, você é forte e vai conseguir” [sic]. Para esse processo, as intervenções focaram na abertura para os sentimentos. Quanto à fusão cognitiva, pareceram importantes as avaliações negativas quanto às decisões que tomou no passado e julgar-se responsável pelo seu sofrimento. A fusão com a história de vida pareceu limitar a visão que a cliente tinha sobre si e suas possibilidades, influen-

ciando na construção de um *self* rigidamente determinado. No caso da Atenção Inflexível, destacava-se seu apego rígido ao passado. Isso interferia na atenção ao momento presente. Quanto aos valores, Célia respondia intensamente a normas socialmente estabelecidas. Na tentativa de parecer forte, tendeu a ficar desconectada das pessoas importantes em sua vida, sendo a amorosidade um valor aparentemente importante, assim como companheirismo, conexão, liberdade, influência, coragem e autenticidade. As ações da cliente pareceram influenciadas pela fusão com normas sociais e também por suas esquivas experiências.

Breve formulação do caso de Zaira: a participante tinha 68 anos, era aposentada, tinha o ensino médio incompleto, raça/cor autodeclarada branca, mulher cisgênero e heterossexual, casada e residia com o marido. Mãe de dois filhos brancos e avó de dois netos brancos. Usava medicação para ansiedade. Suas queixas consistiam em sentimentos e pensamentos desconfortáveis sobre o futuro, insônia, medo de dormir e de pesadelos. A cliente também relatou sentimentos de tristeza por não se sentir compreendida com suas preocupações. Sua infância foi descrita como difícil e tensa, por ter um pai alcoolista e uma mãe muito rígida. Única filha mulher no meio de dois irmãos homens. Teve um primeiro casamento de acordo com o contexto cultural da época. Teve dois filhos. Descreveu seu casamento como difícil e com sofrimento. Havia violência por parceiro íntimo, além de violência do marido em relação aos filhos. Recorreu à ajuda de familiares, mas foi recebida com frases como “homens são assim” e “você deve aguentar”. Mesmo sentindo-se sozinha e julgada, decidiu pela separação. Após essa decisão, sofreu perseguição e violência física do ex-marido. Zaira afirmou que parte do medo que sentia pelo ex-marido cessou com a morte dele. Entretanto, até o momento da pesquisa, ainda tinha pesadelos relacionados a isso. Zaira percebeu o início dos sintomas de ansiedade e depressão em um período em que precisou parar de trabalhar para cuidar sozinha da mãe. Zaira tinha uma relação difícil e distante com os familiares, o filho mais novo era pequeno e exigia mais cuidado. Seu filho mais velho saiu de casa naquele mesmo período. Zaira avaliou com pesar que, por ter passado muito tempo trabalhando, não desenvolveu,

como gostaria, uma relação íntima e de carinho com o filho mais velho. Estava casada há oito anos com o atual marido e descreveu esse relacionamento (removendo a palavra atual aqui para não repeti-la na mesma frase) como totalmente diferente do anterior. Segundo ela, ainda que com divergências, existe respeito, companheirismo e conversa. Não tem amigas próximas, tendo sido sempre assim ao longo dos anos. Costuma sair mais com a família e diz se sentir incomodada quando está com pessoas diferentes, por sentir-se julgada. Relatou ignorar conversas e assuntos que podem levar a discussões, evitar situações e interações que podem gerar conflitos. Do contrário, sente ansiedade. Seus filhos dizem, segundo Zaira, que ela deveria esquecer o passado e interagir mais nas relações atuais. As Esquivas Experienciais se relacionavam com a ansiedade, o medo de dormir e ter pesadelos com o ex-marido, culpa e remorso por ter passado pouco tempo com o filho mais velho. As Fusões Cognitivas se caracterizavam pelas avaliações dos próprios pensamentos e da ansiedade. Além disso, parecia fusionada também às relações que fazia entre seus eventos privados e situações de sua vida. Zaira usava sentimentos como justificativas para não estar vivendo a vida que gostaria. Em relação ao Self Conceitual, Zaira se percebia como culpada, burra, fechada, difícil, inadequada e, como “um problema”. Esforçava-se para não deixar que os outros notassem as referidas características, que julgava ter. A Atenção Inflexível podia ser notada nas tentativas de controle e de resoluções de problemas, tanto do passado, quanto do futuro. Isto a afastava da experiência no presente. Durante as intervenções, a atenção flexível no momento presente foi dificultada pela insistente busca de Zaira de resolver problemas. O mesmo acontecia frente a propostas de aceitação ou reflexão sobre valores. Parecia haver uma perturbação de valores por parte de Zaira. Ela os entendia como obrigações ou necessidades de ação. Ser carinhosa e companheira nas relações familiares, de todo modo, pareciam ações valiosas para ela. As ações comprometidas com a mudança e a clareza de seus valores, entretanto, pareciam improváveis diante das fusões cognitivas e das esquivas experienciais de Zaira, durante o período do tratamento. Isto pareceu mantê-la paralisada.

Colaboraram no estudo um terapeuta - homem, 34 anos, cisgênero, heterossexual, branco, que, na ocasião exercia a prática clínica em seu primeiro ano como formado, cursava especialização em Terapias Comportamentais Contextuais e tinha um repertório básico em ACT, com domínio amplo dos conceitos e diversas técnicas, além de habilidades avançadas para formulação de caso neste modelo terapêutico. Colaboraram também dois transcritores das sessões registradas em vídeo e dois categorizadores das transcrições.

Os instrumentos aplicados foram: Escala de Depressão em Geriatria Escala de Depressão em Geriatria (GDS) (Almeida & Almeida, 1999) foi usada como critério de inclusão das participantes de pesquisa e também para caracterização das participantes; Versão adaptada e validada para o Brasil do Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Barbosa & Murta, 2015), para aferir o nível de flexibilidade psicológica; a Versão do Questionário de Valores de Vida (VLQ) desenvolvido por Wilson et al. (2010), adaptada ao Brasil por Lucena-Santos (manuscrito não publicado), citado por Guedes (2017), para 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 e o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica (SiMCCIT) (Zamignani & Meyer, 2014) para categorizar e mensurar verbalizações entre terapeuta e cliente; tendo sido usadas subcategorias elaboradas para o presente estudo, a partir dos itens dos Eixos – I-1 e I-3.

A adaptação do SiMCCIT para o estudo consistiu no acréscimo de subcategorias às existentes, de modo a torná-las capazes de identificar relatos sobre valores e eventos privados. A tabela 1 descreve todas as categorias e subcategorias referentes ao terapeuta e ao cliente.

Algumas atividades estruturadas foram utilizadas nesse estudo: a metáfora “Comparecendo ao seu Próprio Funeral” (Hayes & Smith, 2005), a Tarefa de Casa de Avaliação de Valores (Hayes et al., 1999) e o baralho “Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito” (BTV), desenvolvido por Karen Vogel (2019), publicado pela Editora Conscientia.

Tabela 1. Descrição das siglas e nome correspondentes do Eixo I.1 - Categorização do comportamento verbal vocal do Terapeuta e do Eixo I-3 - Categorização do comportamento vocal do Cliente.

	Eixo I.1 - Categorização do comportamento verbal vocal do Terapeuta		Eixo I-3 - Categorização do comportamento vocal do Cliente	
Categorias do SiMC-CIT	Sigla	Nome da Categoria	Sigla	Nome da Categoria
	EMP	Terapeuta Demonstra Empatia	MEL	Relata melhora/progresso terapêutico
	INF	Fornecer Informação	MET	Formula Metas
	SRF	Solicita Reflexão	CER	Cliente Estabelece Relações
	REC	Recomenda ou solicita a execução de ações		
	INT	Interpreta		
Subcategorias desenvolvidas para esse estudo com base no SiMCCIT	SRENC	Solicita Relato de Encobertos	RELEP	Relata Eventos Privados
	SRFV	Solicita Reflexão sobre Valores	REL-V	Relata Valores
	INTVAL	Interpreta Valores		

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o número CAAE: 50387621.9.0000.0102 e número de parecer 5.055.518.

Procedimentos

As duas idosas selecionadas foram atendidas com 16 sessões de psicoterapia individual no formato on-line e semanalmente, com duração de 50 minutos. A primeira e última das 16 sessões foram entrevistas de avaliação. Foi feita uma formulação de caso, conforme o modelo de inflexibilidade psicológica, para identificar os déficits comportamentais em cada parte do hexaflex (Hayes et al., 2021). A partir disso, foram traçadas estratégias de intervenções com foco em valores. Assim, após as discussões nas supervisões, seguiu-se um roteiro de intervenções em cada condição do tratamento. Ao fim da pesquisa, foi sugerida a continuidade do tratamento para as duas participantes, sendo que apenas uma (Célia) deu continuidade a partir da décima quarta sessão.

O terapeuta recebeu supervisões/instruções referentes às sessões e um treino sobre manejo da sessão com idosos e ACT, com fornecimento de metáforas que poderiam ser usadas, se necessário, uso de atividades estruturadas e previsão de verbalizações que poderiam ocorrer e seriam assumidas como indicativas de valores. O terapeuta foi super-

visionado e orientado semanalmente em relação aos casos por videoconferência síncrona. As sessões foram gravadas pelo programa de computador OBS Stúdio, com acesso restrito das pesquisadoras e dos colaboradores.

Os dois categorizadores recrutados haviam passado por um treinamento para uso do SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014) em um curso de especialização *Lato Sensu*. A esse repertório, foram adicionadas instruções sobre a ACT, totalizando quatro horas de treino. O treino foi realizado on-line pela primeira autora. O treino incluiu o discernimento do que são valores na ACT. Para isso, foram usados trechos de livros (Hayes et al., 1999, 2021; Hayes & Smith, 2005) e o manual do baralho BTV (Vogel, 2019). Conteve também um incremento do treino para uso do SiMCCIT (Zamignani & Meyer, 2014). Primeiramente, realizou-se a leitura de seu manual. Então, o treino foi dividido em três partes: apresentação e treino do Eixo I.1 e I.3 os quais se referem aos comportamentos verbais vocais do terapeuta e do cliente; apresentação e treino das subcategorias desenvolvidas para o presente estudo - comportamentos verbais vocais do terapeuta e cliente nos Eixos I.1 e I.3. Então, o treino revisou o conceito de valores e intervenções focadas em valores; apresentação das cartas do baralho BTV (Vogel, 2019); exercícios realizados em videoconferência síncrona e assíncrona como tarefa de casa. Além disso, foi treinada a aplicação dos instrumentos AAQ-II e VLQ no formato remoto.

Delineamento de pesquisa

O delineamento do estudo consistiu em 16 encontros, sendo que no primeiro e no último deles foram realizadas entrevistas e foram aplicados o AAQ-II e do VLQ. Para as 14 sessões, que ocorreram entre a primeira e última entrevistas, foram previstas três condições: A-B-A. Na condição A, foi aplicada a intervenção de ACT, com duração de quatro sessões. Na B, foi aplicada a intervenção de ACT com a adição de duas atividades estruturadas: a metáfora “Comparecendo ao seu Próprio Funeral” (Hayes & Smith, 2005) e as cartas do BTV (Vogel, 2019), com duração de quatro sessões. Em seguida, na nova condição A, retirou-se o uso das cartas ao longo das outras quatro sessões.

As sessões registradas em vídeo foram categorizadas por meio do SiMCCIT adaptado para o presente estudo. A aferição de concordância intercategorizadores foi realizada. O categorizador 1 (C1) categorizou as verbalizações das sessões de Célia, e o categorizador 2 (C2), categorizou as sessões de Zaira. 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. Na sequência, os dois categorizadores inverteram as sessões das participantes, em que C1 categorizou as mesmas sessões já categorizadas mas da outra par-

ticipante e, C2 caracterizou as mesmas sessões da participante anterior. Todos de forma independente.

Após essas categorizações, foi calculada a concordância 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 a partir de 0,6 (Cohen, 1960; Kratochwill et al., 2013). O índice de concordância foi calculado por sessão e por categorias de terapeuta e participante de forma separada, e seguiram o índice Kappa de Kohen (Cohen, 1960; Kratochwill et al., 2013).

Análise dos dados

A unidade de análise foi o comportamento verbal vocal do terapeuta e o comportamento verbal vocal do cliente durante as sessões. A unidade de medida foi a correlação das categorias e subcategorias do comportamento verbal vocal do terapeuta com as categorias e subcategorias 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 para fins de caracterização das participantes.

Inicialmente, foi conduzido um teste de correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as categorias descritas na tabela 2, bem como o resultado delas para as duas participantes.

Tabela 2. Resultado das correlações existentes ou não entre as categorias e as subcategorias de terapeuta e cliente das duas participantes.

Categorias e Subcategorias do Comportamento Verbal do terapeuta (Eixo I-1)	Categoria e Subcategorias do Comportamento verbal do cliente (Eixo I-3)	Correlações para as participantes
EMP	RELEP	Sem Correlações
EMP	CER	Sem Correlações
SRENC	CER	Sem Correlações
SRENC	RELEP	Célia e Zaira
INT	CER	Célia e Zaira
INT	RELEP	Sem Correlações
SRF	CER	Célia e Zaira
SRF	RELEP	Sem Correlações
SRFVAL	REL-V	Célia
SRFVAL	CER	Sem Correlações
INTVAL	REL-V	Célia
REC	MET	Célia

As hipóteses de correlações basearam-se 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, apresentaria correlações com 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 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 hipotetizou-se que algumas categorias poderiam sofrer influência mediante o uso das atividades estruturadas: 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. Além disso, poderia aumentar as recomendações com a solicitação de reflexão dos valores, fomentando a formulação de metas pela participante. Isto é, relatos sobre como escolher ações direcionadas aos valores. Após o uso das atividades estruturadas, na segunda condição A, hipotetizou-se que ocorreria uma frequência maior das categorias de estabelecimento de relações, formulação de metas direcionadas às ações com compromisso com valores e relatos de melhoras, quando comparadas à primeira condição sem o uso de atividades estruturadas.

Foi utilizado o Teste T 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. 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 nas três condições do estudo. Então, o Teste T foi conduzido para validar os achados das correlações com o Teste de Pearson. As hipóteses e resultados das análises estatísticas, para ambas as participantes, nas três condições do estudo, encontram-se disponíveis em (Ferreira, 2025).

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

Resultados e Discussão

O presente estudo teve o objetivo de ilustrar a relação terapêutica na ACT, com o uso de uma versão adaptada de um instrumento para medida da relação terapêutica em Português do Brasil. A versão adaptada do SiMCCIT permitiu identificar correlações entre categorias de verbalizações de terapeuta e cliente no contexto de um tratamento em ACT. Notou-se que, nos casos de Célia e Zaira, os processos de flexibilidade psicológica mudaram de modo idiossincrático em relação ao protocolo da ACT previsto no presente estudo. Isto parece corresponder à noção de processos na TBP, a qual prevê que eles sejam dinâmicos, progressivos, contextualmente limitados e modificáveis, que ocorram em múltiplos níveis e que estejam fundamentados teoricamente (Hayes & Hofmann, 2020; Hayes et al., 2020). Observou-se que a dinâmica e a progressão nos processos de Célia e Zaira em relação a valores e ações consistentes com eles percorreram vias distintas e levaram tempos diferentes.

Algumas correlações observadas nas categorias do SiMCCIT já haviam sido reportadas em intervenções com a Terapia Analítico-comportamental, o que sugere a presença de processos terapêuticos relevantes comuns em diferentes modelos terapêuticos. Esses processos podem ser considerados para pesquisas na TBP. Por exemplo, a correlação entre a categoria do terapeuta referente à inter-

pretação com a categoria do cliente referente ao estabelecimento de relações foi observada, assim como a correlação entre a categoria do terapeuta de solicitação de reflexão com a categoria do cliente de estabelecimento de relações. Dados semelhantes foram encontrados por Levatti, Garcia e Bolsoni-Silva (2019), Garcia, Bolsoni-Silva e Galeazzi Nobile (2018).

Para a participante Célia, o índice de concordância interobservadores no SiMCCIT foi *moderado* nas categorias do terapeuta e *considerável* para as categorias da participante. No caso de Zaira, os resultados indicaram índices de concordância *desconsideráveis* ou *ausência de concordância*, tanto nas categorias do terapeuta, quanto de cliente. Portanto, os dados de Zaira não foram considerados para análise da relação terapêutica, mas podem ser disponibilizados, mediante contato com autoras.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a impossibilidade de determinar o efeito das 16 sessões aplicadas a cada participante, uma vez que não há reversão das condições do estudo ou parâmetros de estabilidade das medidas. Conforme mencionado, o índice kappa baixo também constituiu uma limitação para as análises. A falta de validade externa é outra limitação a ser destacada, uma vez que as inferências foram extraídas de dois casos apenas. Por outro lado, nós consideramos que o caráter exploratório do relato dos atendimentos às duas idosas, relacionando medidas de processo e resultado apresenta valor heurístico para pesquisadores e terapeutas.

A relação terapêutica avaliada na versão adaptada do SiMCCIT e possíveis processos de flexibilidade psicológica

As correlações entre categorias/subcategorias de terapeuta e cliente nas sessões com Célia foram: Solicitação de Relato de Eventos Encobertos do terapeuta com Relato de Eventos Privados do cliente; Interpretação do terapeuta com Cliente Estabelece Relações; Solicitação de Reflexão do terapeuta com Estabelecimento de Relações do cliente; Solicitação de Reflexão de Valores do terapeuta com Relato de Valores do cliente; Recomendação do terapeuta com

Estabelecimento de Metas do cliente. Portanto, no presente estudo, as solicitações de relato de eventos encobertos, por parte do terapeuta, tiveram correlação com relatos de eventos privados da cliente. Essas correlações provavelmente fomentaram, dentre outros, o processo de desfusão cognitiva de Célia. Houve também correlações entre a interpretação do terapeuta com o estabelecimento de relações, por parte da cliente, assim como as correlações entre a solicitação de reflexão, por parte do terapeuta, com o estabelecimento de relações, por parte de Célia. Ambas podem indicar aumento da flexibilização da atenção (processo de atenção flexível). As correlações entre solicitação de reflexão sobre valores pelo terapeuta, com relatos sobre valores, por parte da cliente, podem indicar influência da terapia no esclarecimento de valores de Célia. Além disso, houve correlação entre a recomendação, por parte do terapeuta, quanto à execução de ações, tarefas ou técnicas, com a formulação de metas, por parte da cliente, indicando um possível processo de ação voltada para valores. As demais correlações hipotetizadas não foram significantes estatisticamente.

Quanto às subcategorias criadas para esse estudo, buscou-se verificar se as categorias do terapeuta Solicitação de Reflexão de Valores e Interpretação de Valores teriam correlação com as do cliente Relato de Valores e/ou Cliente Estabelece Relações. Os resultados indicaram correlação moderada entre a subcategoria Solicitação de Reflexão de Valores com REL-V. Já as categorias Solicitação de Reflexão de Valores e Cliente Estabelece Relações do cliente, não indicaram correlação.

A Figura 1 indica a variação da correlação entre a subcategoria de solicitação de relato de eventos encobertos por parte do terapeuta e a subcategoria de relato de eventos privados por parte da participante Célia. Na medida em que o terapeuta tem um comportamento de Solicitar Relato de Eventos Encobertos/Privados, a participante apresenta Relato de Eventos Privados. É possível observar que nas sessões em que o terapeuta aumenta a Solicitação de Eventos Encobertos, Célia aumenta o Relato de Eventos Privados. O mesmo acontece para as sessões em que o terapeuta diminuiu a solicitação de eventos encobertos - Célia então relatou menos eventos encobertos.

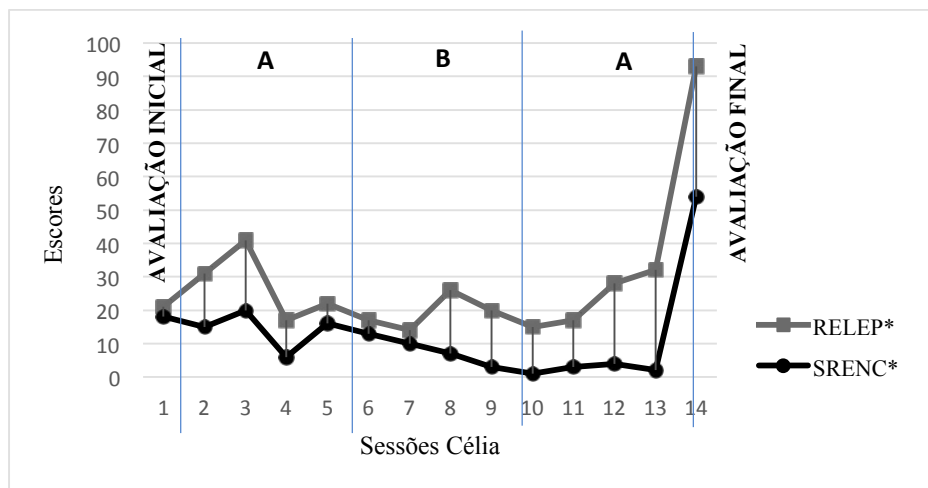


Figura 1. Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRENC e da subcategoria do cliente RELEP durante as intervenções.

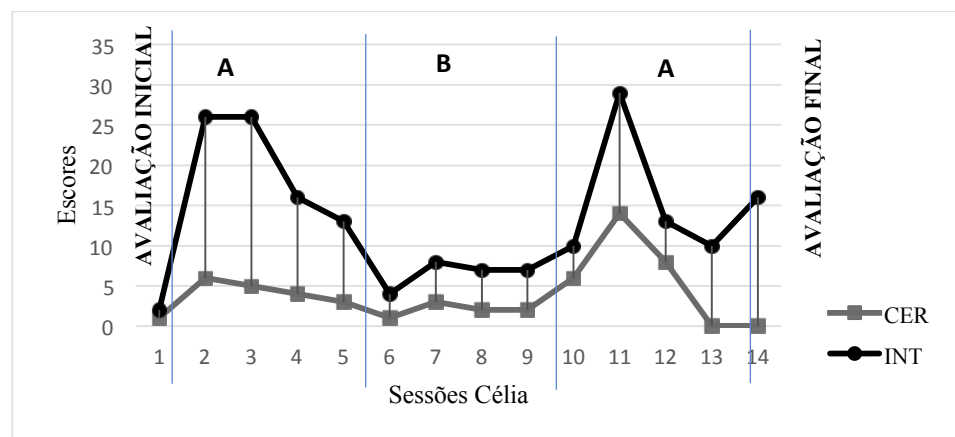


Figura 2. Variação da correlação entre a categoria do terapeuta INT e da categoria do cliente CER durante as sessões.

A Figura 2 indica a variação da correlação da categoria do terapeuta de interpretação (INT) e a categoria da cliente de estabelecer relações (CER). Na Figura 2, é possível observar que o terapeuta usou mais da habilidade terapêutica da interpretação durante as sessões, principalmente durante as condições A do delineamento e, ainda que a participante Célia tenha correspondido com Estabelecimento de Relações, é possível observar que foi em quantidade menor, quando comparada à do terapeuta.

A Figura 3 indica a variação nas correlações das categorias SRF e CER ao longo das sessões com Célia. O Terapeuta inicia as intervenções com um maior número de SRF, diminuindo na condição B, mas com

um aumento considerável na 11ª sessão. Além do mais, é possível observar que a participante acompanha fazendo o Estabelecimento de Relações entre os Eventos, e na 10ª sessão, ela Estabelece mais Relações que as Solicitações de Reflexões do terapeuta.

No que diz respeito à solicitação de relato voltado a valores e aos relatos de valores por parte de Célia, a Figura 4 apresenta a variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRFVAL e da subcategoria do cliente REL-V ao longo das 14 sessões. É possível observar a sintonia do Comportamento Verbal do Terapeuta de Solicitar Reflexão de Valores com o Comportamento verbal da participante de Relatar Valores.

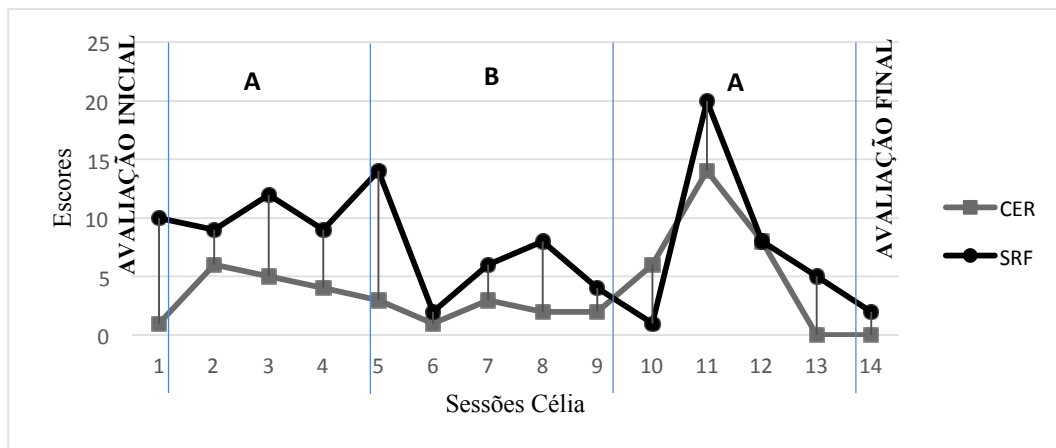


Figura 3. Correlação entre a categoria do terapeuta SRF e da categoria do cliente CER durante as intervenções com Célia.

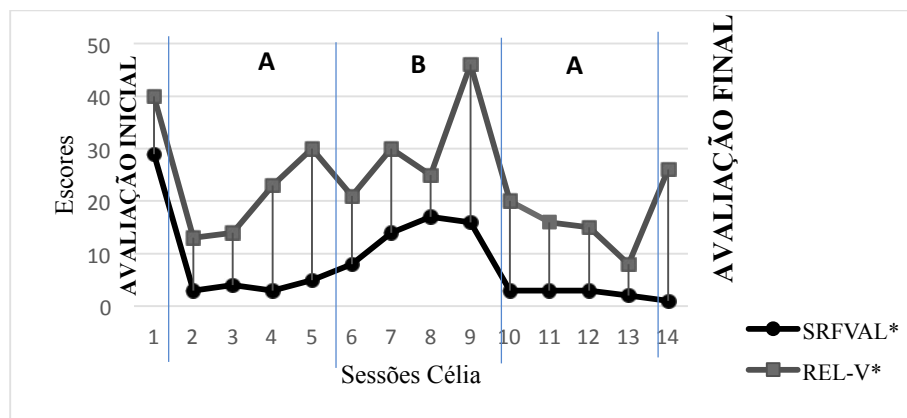


Figura 4. Variação da correlação entre a subcategoria do terapeuta SRFVAL e da subcategoria do cliente REL-V durante as intervenções com a participante Célia.

A Figura 5 indica a variação da correlação entre a categoria do terapeuta REC e da categoria do cliente MET da cliente, ao longo das sessões. É possível observar que o aumento das Recomendações do Terapeuta aconteceu na condição B, que consistiu no uso das atividades estruturadas, e foram seguidas do aumento do estabelecimento de Metas pela participante. Durante toda a primeira condição A, não houve a apresentação da categoria REC (recomendação). Após o retorno à segunda Condição A, o terapeuta diminuiu a Recomendação e a participante se manteve apresentando verbalizações de Metas, ainda que em menor quantidade, quando comparada à Condição B.

A estimulação suplementar ou evocação de respostas, processos introduzidos arbitrariamente mediante aplicação das atividades estruturadas, puderam ser notadas nas categorias REL-V (sessões durante uso das atividades) CER e MET (sessões durante e depois do uso das atividades). As categorias MEL, SRFV, INTVAL, REC E INF não apresentaram diferenças significativas em sessões durante e/ou posteriores ao uso de atividades estruturadas.

O terapeuta solicitou relato de eventos encobertos (SRENC) e Célia continuou a relatar eventos privados, mesmo quando o terapeuta já não os solicitava com tanta frequência. Pode-se inferir que

este procedimento na relação terapêutica facilita o emolduramento de um self observador.

Embora os dados do SiMICCIT adaptado, no caso de Zaira tenham sido desconsiderados para análise, algumas observações parecem importantes. Zaira demonstrou abertura pouco flexível ao pro-

cesso terapêutico, assim como pouca clareza sobre seus valores. Isto dificultou a formação do vínculo terapêutico, descrito pelo terapeuta no momento da supervisão, como desconfortável. O terapeuta tentou então, a interpretar com mais frequência Zaira, se comparado às intervenções com Célia.

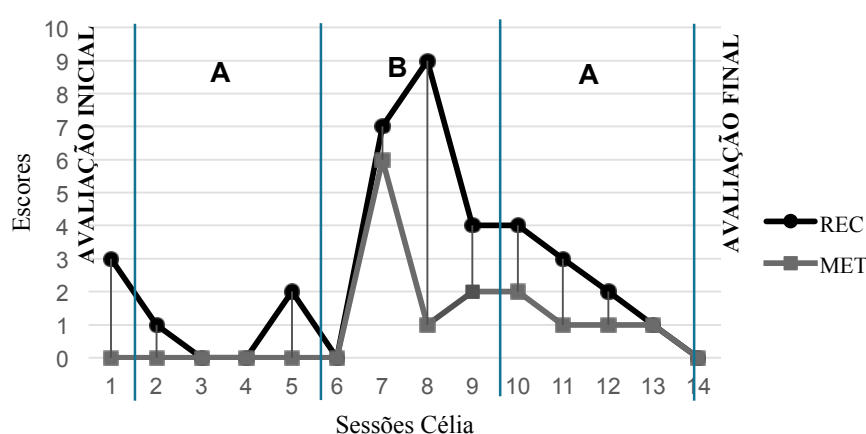


Figura 5. Variação da correlação entre a categoria do terapeuta REC e da categoria do cliente MET durante as intervenções com a participante Célia.

Dados de caracterização de Célia e Zaira antes e depois das 14 sessões

Os escores de Célia no GDS antes e depois da intervenção foram 6 e 7, respectivamente.

Os de Zaira, respectivamente, 7 e 8. Quanto aos escores de Célia no AAQ-II foram 20 e 27 respectiva-

mente. Os de Zaira, foram 43 e 42, respectivamente. Quanto ao VLQ de ambas, indicaram mudanças importantes em ações mais ajustadas com valores após as 14 sessões. Em conjunto, aparentemente, os escores de caracterização das clientes podem sugerir que a mudança nos processos de flexibilidade psicológica para Célia e Zaira requereria mais de 14 sessões.

Tabela 3. Resultados da participante Célia referentes ao instrumento VLO, na condição inicial e final do delineamento.

Participante Célia		
Parte I: Importância atribuída a cada uma das áreas de vida		
Áreas	Antes da intervenção	Depois da intervenção
Relações Familiares	9	9
Casamento/relacionamento afetivo	10	5
Ser pai/mãe	10	10
Amizades/relações sociais	8	10
Trabalho	10	10
Educação/aprendizagem	10	10
Lazer/ bem-estar	8	9
Espiritualidade	10	10
Vida em sociedade	8	8
Autocuidado	10	10

Parte II: Grau de concordância das ações na última semana com a importância de cada área de vida		
Relações Familiares	9	9
Casamento/relacionamento afetivo	8	10
Ser pai/mãe	10	10
Amizades/relações sociais	7	10
Trabalho	6	8
Educação/aprendizagem	7	10
Lazer/ bem-estar	6	9
Espiritualidade	9	10
Vida em sociedade	8	8
Autocuidado	10	10

Tabela 4. 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	Antes da intervenção	Depois da intervenção
Relações Familiares	10	10
Casamento/relacionamento afetivo	10	10
Ser pai/mãe	10	10
Amizades/relações sociais	10	7
Trabalho	10	4
Educação/aprendizagem	10	10
Lazer/ bem-estar	10	9
Espiritualidade	5	7
Vida em sociedade	10	10
Autocuidado	10	10
Parte II: Grau de concordância das ações na última semana com a importância de cada área de vida		
Relações Familiares	10	10
Casamento/relacionamento afetivo	1	6
Ser pai/mãe	10	8
Amizades/relações sociais	5	7
Trabalho	4	4
Educação/aprendizagem	5	5
Lazer/ bem-estar	1	4
Espiritualidade	1	5
Vida em sociedade	1	4
Autocuidado	5	7

A versão adaptada do SiMCCIT esclareceu como alguns processos de flexibilidade psicológica foram fomentados no caso de Célia. Estudos futuros poderiam se concentrar no desenvolvimento de categorias da relação terapêutica próprias da ACT (Hayes et al., 2021) seja em português do Brasil ou outro idioma. Hayes et al. (2021) destacaram a lacuna de estudos que indiquem os processos de inflexibilidade psicológica em outras terapias, além da ACT. A mensuração desses processos na interação terapeuta/cliente em outros modelos de terapia deixaria importantes pistas para estudos da TBP.

Considerações finais

O presente estudo ilustrou como correlações entre categorias de verbalizações de um terapeuta e uma cliente, aferidas por um instrumento brasileiro (SiMCCIT) para medida da relação terapêutica poderiam indicar processos de flexibilidade psicológica em sessões de ACT. As subcategorias adicionadas ao instrumento indicaram correlação moderada entre as verbalizações de solicitação de reflexão sobre valores feita pelo terapeuta e o relato de valores, por parte da cliente, não havendo correlação com o estabelecimento de relações.

O desenvolvimento de instrumentos de medida de processo em psicoterapia, especialmente voltados para a ACT permitiriam identificar, com mais exatidão, como os processos de flexibilidade psicológica aventados no caso de Célia estariam relacionados ao manejo do terapeuta. O presente estudo deixa, portanto, pelo menos duas indicações para estudos futuros. A primeira é a criação e avaliação de um instrumento de medida de processo próprio para a ACT. A segunda consiste na avaliação de processos frequentemente observados na interação terapeuta/cliente em uma sessão de ACT, como a solicitação de reflexão sobre valores e melhora na clareza sobre valores.

Referências

- 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.
- Barbosa, L. M., & S. G. Murta (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20, 1, 75-85.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2020). Interpersonal behavior therapy (IBT), functional assessment, and the value of principle-driven behavioral case conceptualizations. *The Psychological Record*, 70,4, 625–635. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00395-1>
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., & Linnerooth, P. J. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The behavior analyst today*, 9, 98-116.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 1, 37–46.
- Cuijpers, P., Reijnders M., & Huibers, M. J. H. (2019). *The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes*. *Annu Rev Clin Psychol*, 7;15, 207-231.
- Dillenburg, M. S., Ludwig, M. W. B., Garicochêa, P. R., Boff, N., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2021). Aderência e competência de terapeutas a um programa para redução de estresse baseado na terapia de aceitação e compromisso. *Contextos Clínicos*, 14, 2, 360-385. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2021.142.0>
- 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, A. C. R. (2022). *Atividades Estruturadas na Terapia de Ação e Compromisso com duas idosas: uma análise da interação terapeuta/cliente*. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Paraná: Curitiba PR.
- Ferreira, A. C. R. (2022). *Atividades Estruturadas na Terapia de Ação e Compromisso com duas*

- idosas: uma análise da interação terapeuta/cliente. *Dissertação de Mestrado*. Programa de pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Paraná: Curitiba PR.
- Ferreira, A. C. R., Gomes Junior, C., & Silveira, J. M. (2023). *Lótus e o sentimento de culpa pelas ações do passado: Terapia de Aceitação e Compromisso focada em valores*. Em: Heloísa Gonçalves Ferreira (Org.). Casos clínicos com pessoas idosas nas abordagens comportamental e cognitivo-comportamental. Sinopsys.
- Ferreira, A. C. R. (2025). *Hipóteses e resultados das análises estatísticas*. doi 10.17605/OSF.IO/8UMYP disponível em: https://osf.io/8umyp/?view_only=c8fb527dd952447ea1dbd80e66614318
- Garcia, V. A., Bolsoni-Silva, A. T., & Nobile, G. F. G. (2018). Interação terapeuta-cliente e tema da sessão no transtorno de ansiedade social. *Revista Interamericana de Psicologia*, 52, 1, 80-92.
- 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., Hofmann, S. G., & Stanton, C. E. (2020). Process based functional analysis can help behavioral Science step up to novel challenges: COVID-19 as an example. *Journal of Contextual behavioral Science*, 18, 128-45.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente*. Artmed.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: treinamento de habilidades para mudança psicológica na prática clínica*. Artmed.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34, 1, 26-38.
- Lepienski, A., & Silveira, J. M. (2016). Relações Entre uma Supervisão em Psicoterapia Analítica Funcional e as Respostas de uma Terapeuta e sua Cliente em Sessão. *Acta Comportamentalia*, 25, 3, 347-363.
- Levatti, G. E., Victuri, A. A., Garcia, V. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2019). Terapia analítico-comportamental para mulheres com ansiedade e depressão: comportamentos e procedimentos na interação terapêutica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 9, 2, 164-182.
- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 205-228). Routledge
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2004). Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6,2, 201-209.
- Serralta, F. B., Benetti, S. P. C., Laskoski, P. B., & Abs, D. (2020). The Brazilian-adapted Working Alliance Inventory: preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions Trends. *Psychiatry Psychother.*42, 3, <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0099>
- Tsai, M., Callaghan, G. M., Kohlenberg, R. J., Follette, W. C., & Darrow, S. M. (2009). *Supervision and therapist self-development*. Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Orgs.), *A guide to functional analytic psychotherapy* (pp 167-198). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9_8
- Vandenberghe, L., & Silveira, J. M. (2013). Therapist Self-as-Context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 159-167. DOI 10.1007/s10879-012-9230-8
- Voguel, K. (2019). *Trabalhando Valores: por uma vida com mais significado e propósito*. Conscientia.
- Walser, R. D., O'Connell, M., & Coulter, C. (2019) *The Heart of ACT: Developing a Flexible, Process-Based, and Client-Centered Practice*

Using Acceptance and Commitment Therapy.
Context Press.

Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3):270-7. doi: 10.1002/wps.20238. PMID: 26407772; PMCID: PMC4592639.

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. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica*(SiMCCIT). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 25-45.

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)*. Paradigma Núcleo da Análise do Comportamento.

Histórico do Artigo

Submetido em: 17/10/2023

Aceito em: 02/11/2024

Editora associada: Roberta Kovac

Adaptação e evidência de validade de conteúdo do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* para o Brasil

Adaptation and evidence of content validity of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire for Brazil

Franciele Cristiane Peloso¹, Rebeca Veras de Andrade Vieira¹, Murilo Ricardo Zibetti¹

[1] Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) | **Título abreviado:** Adaptação do CPAQ para o Brasil | **Endereço para correspondência:** | **Email:** francielepeloso@outlook.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.025

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem sido explorada para diferentes condições clínicas, incluindo dor crônica. O objetivo do estudo foi adaptar para população brasileira e buscar evidência de validade de conteúdo do instrumento *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) na sua versão completa (20 itens) e breve (8 itens). O processo de adaptação transcultural do CPAQ para o Brasil foi realizada através de seis etapas: tradução, síntese, tradução reversa, avaliação de juízas especialistas, avaliação da população alvo e avaliação do autor original do instrumento. Após o processo de adaptação finalizado avaliou-se a evidência de validade de conteúdo através do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para clareza, pertinência e relevância. O Questionário de Aceitação da Dor Crônica (CPAQ-Br) foi adaptado para o português brasileiro. Tanto o conjunto de itens do CPAQ-20Br quanto do CPAQ-8br resultaram, em sua maioria, em CVC acima de 0,90, o que aponta validade de conteúdo adequada. Apenas o item 18 obteve um CVC menor do que 0,80 na dimensão clareza. O CPAQ-Br encontra-se adaptado e com evidências de validade preliminares para uso na população de dor crônica no país.

Palavras-chave: Dor crônica; Terapia de aceitação e compromisso; Avaliação de processos; Questionários.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been explored for different clinical conditions, including chronic pain. In Brazil, there are still few materials based on ACT for this population. The objective of the study was to adapt it to the Brazilian population and seek evidence of content validity of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) instrument in its full (20 items) and brief (8 items) versions. The process of cross-cultural adaptation of the CPAQ to Brazil was carried out through six stages: translation, synthesis, reverse translation, evaluation by expert judges, evaluation of the target population and evaluation of the original author of the instrument. After the adaptation process was completed, the evidence of content validity was evaluated using the Content Validity Coefficient (CVC) for clarity, pertinence and relevance. The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-Br) was adapted into Brazilian Portuguese. Both the CPAQ-20Br and CPAQ-8br set of items resulted, for the most part, in CVC above 0.90, which indicates content validity. Only item 18 obtained a CVC lower than 0.80 in the clarity dimension. The CPAQ-Br has been adapted and has preliminary evidence of validity for use in the chronic pain population in the country.

Keywords: Chronic pain; Acceptance and commitment therapy; Process Assessment; Questionnaires.

Notas dos autores:

Esse trabalho é fruto de uma dissertação de mestrado. Essa dissertação foi realizada através de uma bolsa PROSUC financiada pela CAPES Brasil.

A prevalência de dor crônica no Brasil é de aproximadamente 20% (SBED, 2018), estatística similar a estimativa mundial (McCracken et al., 2022; Treede et al., 2015). A dor crônica pode ser definida como uma dor persistente que dura mais de três meses e, portanto, não apresenta mais uma função adaptativa de alerta para o corpo (Treede et al., 2015). Essa condição é associada com altas taxas de sofrimento (depressão, ansiedade e alto risco de suicídio), má qualidade de vida e prejuízos econômicos (Lin et al., 2019; McCracken et al., 2022; SBED, 2018).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem realizado intervenções baseadas na aceitação como uma maneira de produzir respostas mais adaptativas diante da dor crônica (Gloster et al., 2020; Lin et al., 2019; McCracken et al., 2013; Veehof et al., 2016). O processo de esquiva experiencial da dor, processo divergente ao da aceitação, é muito associado ao aumento do estresse, depressão, ansiedade e complicações nas dores crônicas (Lin et al., 2019; McCracken et al., 2022). Por isso, esse processo tem sido um dos principais alvos das intervenções psicológicas da ACT com o objetivo de promover a exposição e aceitação da dor (Lin et al., 2019; McCracken et al., 1999; McCracken, 1998). McCracken (1998) definiu esse processo, como “reconhecer a dor, desistindo de tentativas improdutivas de controlar a dor, agir como se a dor não implicasse necessariamente em incapacidade e ser capaz de comprometer seus esforços para viver uma vida satisfatória apesar da dor” (McCracken, 1998, p. 22).

Uma revisão sistemática sobre psicoterapias e dor crônica concluiu que intervenções baseadas na aceitação tem impacto na redução da interferência da dor em atividades diárias e no aumento da qualidade de vida dos pacientes (McCracken et al., 2022). Para afirmar que a ACT é superior aos demais tratamentos psicoterápicos ainda é necessário maiores evidências (McCracken et al., 2022). Outra revisão sobre o tema, publicada pela Cochrane (Williams et al., 2020) teve como objetivo determinar a eficácia clínica e a segurança de intervenções psicológicas para dor crônica em adultos (idade > 18 anos) em comparação com grupo controle ou lista de espera/tratamento usual. A partir de 59 estudos, essa revisão apontou que a terapia cognitivo-comportamental tem efeitos de baixo a moderados sobre

a qualidade de vida desses pacientes. No mesmo estudo, num recorte de cinco estudos que usaram a ACT, a qualidade de evidências foi considerada baixa. O estudo recomenda que a TCC, pelo número maior de estudos e a qualidade, seria a primeira opção de tratamento não medicamentoso para dor crônica. Entretanto, a ACT também pode ser utilizada como uma opção secundária adequada. Ambas as revisões apontam que apesar de não ter dados de eficácia tão coerentes ainda em pesquisas, a ACT apresenta processos centrais para efetividade do tratamento. Os dados dessas revisões também apontam que a ACT ainda é uma abordagem recente e precisa aumentar e melhorar a qualidade de seus estudos nessas amostras de dor crônica e para isso são necessários instrumentos que mensuram esse fenômeno com confiabilidade.

Nas últimas décadas, intervenções baseadas no modelo de flexibilidade psicológica da ACT têm sido pesquisadas e demonstrado evidências de eficácia tanto para promoção de saúde e bem-estar na população em geral, quanto para condições clínicas, como para a dor crônica (Gloster et al., 2020; Lin et al., 2019; McCracken et al., 2013; Veehof et al., 2016). Entretanto, os autores não identificaram a existência de instrumentos voltados especificamente para medir a aceitação da dor crônica no Brasil. Instrumentos com adequada adaptação e evidências de validade são importantes para o avanço das pesquisas empíricas e das práticas clínicas no contexto brasileiro.

O *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) (McCracken et al., 2004) foi o primeiro questionário desenvolvido com base no modelo da ACT para o contexto da dor crônica. O CPAQ tem sido usado em mais de 90 estudos para investigar o processo de aceitação da dor crônica, apresenta boa qualidade psicométrica e acumula extenso número de evidências de validade de conteúdo e validade interna ao longo dos anos (Kim & Kratz, 2021; Reneman et al., 2010). A primeira versão do CPAQ contava com 34 itens e foi baseada no *Acceptance and Action Questionnaire* (Geiser, 1992; Hayes et al., 2004). A versão final do CPAQ conta com 20 itens em sua versão total e com dois fatores: envolvimento em atividade (11 itens) e disposição à dor (9 itens) (McCracken et al., 2004). O primeiro fator avalia a disposição para participar de atividades

diárias enquanto a dor está presente e o segundo, avalia o grau em que a dor é permitida na experiência sem esforços para evitá-la ou controlá-la (McCracken et al., 2004).

Cada item do CPAQ é mensurado por uma escala tipo *Likert* de 0, “*never true*” a 6, “*always true*”, podendo atingir uma pontuação máxima de 120 pontos no instrumento total, sendo 66 pontos no fator envolvimento em atividades e 54 pontos em disposição para dor. O fator disposição para dor é composto integralmente de itens de pontuação reversa. O escore do instrumento é feito a partir da soma de todos os itens do fator envolvimento e a soma de todos os itens reversos da disposição para a dor. Não existe consenso sobre o ponto de corte do instrumento, mas quanto mais alta a pontuação, maior a aceitação da dor (Kim & Kratz, 2021). A escala apresenta um alfa de Cronbach de 0,72 para o fator de disposição à dor e 0,91 para envolvimento em atividade no seu estudo original em inglês de evidências psicométricas (Vowles et al., 2008).

Uma revisão conduzida por Kim e Kratz (2021) sobre as propriedades psicométricas do CPAQ destaca esse instrumento como consistente em sua psicomетria e amplamente utilizado em diferentes tipos de dor crônica, como por exemplo, câncer, fibromialgia, esclerose múltipla, artrite, síndrome do intestino irritável, dor musculoesquelética, lesões na medula espinhal. Atualmente existe uma versão abreviada do instrumento de 20 itens para 8 itens (CPAQ-8) (Fish et al., 2010, 2013), que mantém a mesma estrutura fatorial e uma adequada consistência interna. No CPAQ-8 o fator envolvimento em atividades é composto por quatro itens e o fator disposição para a dor por outros quatro itens. Esses itens foram escolhidos por serem os que mais explicavam (em termos de variância) cada fator do instrumento. Fish et al. (2010) encontraram consistência interna de $\alpha = 0,80$ para o instrumento total, $\alpha = 0,89$ para o fator envolvimento em atividades e $\alpha = 0,77$ no fator disposição à dor.

Compreende-se que fazer apenas a tradução do instrumento original para outra língua pode colocar a confiabilidade e a validade do instrumento em risco, pois cada língua tem suas características semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais (Borsa et al., 2012). Ainda, torna-se necessário um instrumento que mensu-

re o processo de aceitação da dor crônica para o Brasil, como uma possibilidade de continuar estudando sobre a ACT nessa população. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo adaptar para população brasileira e buscar evidências de validade de conteúdo do instrumento *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) na sua versão completa e breve.

Método

Adaptação transcultural do CPAQ

O contato inicial e a autorização pelo autor original do instrumento foi recebida em outubro de 2021, a partir desse aceite foi iniciada a primeira etapa de adaptação transcultural através de sete passos (Borsa et al., 2012). As primeiras traduções (1) do inglês para o português brasileiro foram realizadas por três tradutores independentes fluentes em inglês e nativos do Brasil. Um dos tradutores tinha proximidade com os construtos psicológicos avaliados e os outros dois eram professores de inglês, o que auxiliou para uma tradução mais livre. Pequenos ajustes foram realizados na síntese das traduções (2) para corrigir discrepâncias idiomáticas entre os responsáveis pela adaptação para chegar em uma versão única. A avaliação do comitê de especialistas (3) foi realizada por três psicólogas, especialistas em Terapias Comportamentais Contextuais e/ou com experiência em tradução e adaptação transcultural de medidas psicológicas. Poucas sugestões de modificação dos itens foram feitas pelas juízas e todas foram consideradas. As avaliadoras forneceram uma avaliação em uma escala *Likert* de 5 pontos para cada item traduzido de acordo com: a) clareza da linguagem, b) pertinência para a cultura alvo e c) relevância teórica (Cassepp-Borges et al., 2010). Posteriormente o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) foi calculado para a evidência de validade de conteúdo. O CVC varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, mais forte a validade de conteúdo do item. As juízas também forneceram um *feedback* em relação ao *layout* do instrumento.

A avaliação da população-alvo (4), que teve um caráter qualitativo de compreensão verbal e análise de conteúdo, foi realizada por um homem de 64 anos de idade com diagnóstico de dor crônica,

uma mulher de 26 anos com diagnóstico de dor crônica, um homem de 25 anos e uma mulher de 57 anos, ambos sem diagnóstico. Os quatro forneceram uma avaliação em escala *Likert* de 5 pontos para cada item traduzido de acordo com: a) clareza da linguagem, b) pertinência para a cultura alvo e c) relevância teórica (Cassepp-Borges et al., 2010). Entretanto, a análise qualitativa da população -alvo em relação aos itens e essas dimensões foi o principal interesse dessa etapa. Poucas sugestões de modificação dos itens foram feitas pela população alvo e todas foram consideradas.

A tradução reversa (5) foi realizada por dois tradutores fluentes em inglês. Posteriormente, foi realizada a síntese da tradução reversa (6), que foi enviada ao autor original (7). O autor original sugeriu modificações de alguns itens com o objetivo de manter a qualidade e a semelhança semântica com o instrumento original. Nessa etapa, as juízas especialistas e os participantes do público alvo assinaram o TCLE. Para os juízas foi enviada uma versão de termo específica.

Procedimento ético

O presente estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o número CAAE: 59066722.7.0000.5344. As diretrizes das resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012; 2016) foram seguidas. As juízas especialistas e os participantes do público-alvo assinaram o TCLE. Para as juízas foi enviada uma versão de termo específica.

Análise de dados

As evidências de validade de conteúdo foram calculadas através do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), obtido pela média dos escores atribuídos aos itens por especialistas. A validade de conteúdo refere-se à medida em que um instrumento realmente avalia o que se propõe a avaliar, ou seja, se ele abrange de forma adequada e representativa o conteúdo que se deseja medir. Foram considerados adequados itens com escores acima de 0,80 no CVC (Cassepp-Borges et al., 2010).

Resultados

Adaptação transcultural do CPAQ

A etapa de tradução (1) do instrumento do inglês para o português brasileiro foi realizada sem discrepâncias entre os três tradutores. O instrumento no Brasil foi intitulado de Questionário de Aceitação da Dor Crônica (CPAQ-Br) tendo a versão de oito itens (CPAQ-8Br) e vinte itens (CPAQ-20Br). Na etapa de síntese das traduções (2), apenas alguns pequenos ajustes foram realizados, como por exemplo, no item 1 (*I am getting on with the business of living no matter what my level of pain is*) o termo “*getting on with the business of living*” foi traduzido para “continuo com a minha vida”. No item 3 (*It's OK to experience pain*) o termo OK despertou dúvidas entre ‘tudo bem’ e ‘normal’. Em um primeiro momento, optou-se por “Está tudo bem sentir dor”.

No momento de avaliação dos juízes especialistas (3), as juízas avaliaram a clareza do *layout* e instruções do instrumento em sua versão estendida e não sugeriram nenhuma modificação. Em relação ao conteúdo dos itens, para melhor compreensão, as juízas sugeriram modificações nos itens: 1, 3, 4, 8, 9 e 18. No item 1 (*I am getting on with the business of living no matter what my level of pain is*), as juízas sugeriram trocar o termo “continuo com a minha vida” para “eu sigo minha vida”. No item 3 (*It's OK to experience pain*) ocorreu a discussão sobre a tradução “Está tudo bem sentir dor”, pois havia muito risco de interpretações divergentes da proposta, como a ideia de invalidação da dor. Diante disso, três alternativas foram apontadas por uma das juízas: “É normal sentir dor”, “Sentir dor faz parte da vida” e “Faz parte sentir dor”. As três opções foram levadas para a etapa de avaliação qualitativa do público-alvo para as considerações de qual seria a opção mais adequada. O item 4 (*I would gladly sacrifice important things in my life to control this pain better*) a expressão “*I would gladly sacrifice*” foi traduzida inicialmente por “eu teria o prazer de sacrificar” e foi modificada para “eu facilmente sacrificaria”.

No item 8 (*There are many activities I do when I feel pain*) as juízas apontaram a ambivalência da frase traduzida para “Há muitas atividades que

posso fazer quando sinto dor”, podendo significar que quando eu sinto dor eu me envolvo em muitas atividades para fugir da dor (esquiva experiencial) ou no sentido de quando eu estou com dor ainda assim consigo fazer muitas atividades (aceitação). Diante disso, essa dúvida foi apresentada ao autor da versão original na final de adaptação. No item 9 (*I lead a full life even though I have chronic pain*) a expressão “full life” primeiramente traduzido como “vida significativa” foi alterada para “vida plena”. No item 18 (*My worries and fears about what pain will do to me are true*) as juízas sugeriram adaptar a expressão “are true”, primeiramente traduzida para “são verdadeiros” para “são reais”. O item 18 foi o único item que ficou abaixo do esperado no CVC realizado pelas juízas. Nenhuma juíza apontou modificações em relação ao layout do instrumento para o Brasil.

Na etapa de avaliação qualitativa do público-alvo (4) algumas sugestões também foram realizadas, como por exemplo, modificar as traduções do plural “dores crônicas” para o singular “dor crônica”. O item 3 foi discutido com a população-alvo que indicaram a tradução “Sentir dor faz parte da vida” como a mais adequada, pois não está “tudo bem” sentir dor e nem é “normal” ter uma dor crônica. Entretanto, para manter a maior semelhança com o instrumento original foi acordado discutir com o autor original esse item na última etapa.

O item 8 (*There are many activities I do when I feel pain*) foi apontado por um dos avaliadores da população-alvo como ambíguo, assim como uma das juízas já havia mencionado. Reforçando a necessidade de discutir o item 8 com o autor original do instrumento. O item 6 (*Although things have changed, I am living a normal life despite my chronic pain*) primeiramente traduzido para “Embora as coisas tenham mudado, eu estou vivendo uma vida normal apesar da minha dor crônica” foi apontado como confuso pela população-alvo por apresentar duas conjunções adverbiais concessivas: embora e apesar. Diante disso, o item foi modificado para “Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal”.

Foi realizada a tradução reversa (5) e a síntese dessas traduções (6) para o envio ao autor original (7) (McCracken et al., 2004). Na última etapa,

foi discutido com o autor original o item 3 e 18 que haviam surgidos dúvidas nas etapas anteriores. Em relação ao item 3 (*It's OK to experience pain*) traduzido para “Sentir dor faz parte da vida”, o autor original discordou da tradução feita por entender que não significa a mesma coisa que o item original. O autor sugeriu um sinônimo que mantém o significado para a expressão “Ok”, como aceitável ou permissível. Diante disso, o item 3 foi reformulado e a versão final é “Sentir dor é aceitável”. No item 8 (*There are many activities I do when I feel pain*) traduzido para “Há muitas atividades que posso fazer quando sinto dor” o autor concordou que é um item ambíguo mesmo no idioma original em inglês, pois é a descrição de um comportamento, podendo ter a função de evitação ou aceitação da dor. O item foi mantido da maneira que foi traduzido.

Por fim, no item 18 (*My worries and fears about what pain will do to me are true*) o autor original sugeriu a troca da expressão “são reais” para “são verdadeiros”, pois o significado não seria o mesmo. Logo, para manter a o significado do conteúdo com o original, o item 18 final foi “Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros”. Em relação aos outros itens o autor original não fez considerações e os aprovou. A versão final do instrumento encontra-se no Anexo I para a versão de 20 itens (CPAQ-20Br) e no Anexo II a versão de 8 itens (CPAQ-8Br).

Evidência baseada no conteúdo

Após a etapa de adaptação transcultural do CPAQ ocorreu a coleta com as juízas especialistas para avaliar cada item em relação a sua clareza, pertinência e relevância. Os dados coletados foram organizados em uma tabela e realizou-se o cálculo do CVC para cada item (Cassepp-Borges et al., 2010). A Tabela 1 apresenta os escores, finais do CVC para cada item e o escore total do conjunto de itens ao final em relação a clareza de linguagem, pertinência prática dos itens e relevância teórica do conjunto de itens.

Tabela 1. Cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) do conjunto de itens do instrumento CPAQ para o Brasil.

Itens versão breve		Item final	Clareza	Pertinência	Relevância
✓	1	Eu sigo minha vida, não importa qual seja o meu nível de dor	0,90	0,96	0,96
	2	Minha vida está indo bem, embora eu tenha dor crônica	0,90	0,96	0,96
	3	Sentir dor é aceitável	0,83	0,96	0,96
	4	Eu facilmente sacrificaria coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor	0,90	0,96	0,96
	5	Não é necessário que eu controle minha dor para lidar bem com minha vida	0,96	0,96	0,96
✓	6	Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal	0,96	0,96	0,96
	7	Eu preciso me concentrar em me livrar da minha dor	0,96	0,96	0,96
	8	Há muitas coisas que eu posso fazer quando eu sinto dor	0,90	0,96	0,96
✓	9	Eu levo uma vida plena, mesmo tendo dor crônica	0,90	0,90	0,96
	10	Controlar a dor é menos importante do que outros objetivos em minha vida	0,96	0,96	0,96
	11	Meus pensamentos e sentimentos sobre a dor precisam mudar antes que eu possa dar passos importantes em minha vida	0,96	0,96	0,96
	12	Apesar da dor, agora estou seguindo um certo rumo em minha vida	0,90	0,83	0,83
✓	13	Manter o meu nível de dor sob controle é prioridade quando estou fazendo algo	0,90	0,96	0,96
✓	14	Antes de fazer qualquer plano importante, eu preciso ter algum controle sobre minha dor	0,96	0,96	0,96
✓	15	Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades	0,96	0,96	0,96
	16	Eu terei melhor controle sobre minha vida se eu puder controlar meus pensamentos negativos sobre a dor	0,90	0,96	0,96
✓	17	Eu evito me colocar em situações em que a dor possa aumentar	0,90	0,96	0,96
✓	18	Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros	0,70	0,83	0,96
	19	É um alívio perceber que eu não preciso mudar a minha dor para seguir em frente com a minha vida	0,96	0,96	0,96
	20	Eu tenho que lutar para fazer as coisas quando eu sinto dor	0,96	0,96	0,96
Valor do CVC total do conjunto de 20 itens			0,92	0,95	0,95
Valor do CVC total do conjunto de 8 itens			0,94	0,95	0,96

Nota. Os itens com o símbolo ✓ ao lado significam que são os itens da versão breve do instrumento.

O conjunto total dos itens obtiveram CVC adequado, sendo que a maioria dos itens pontuaram acima de 0,90 nas três dimensões. O item 3, discutido e revisitado em diferentes etapas da fase de adaptação transcultural, obteve um CVC na dimensão clareza próximo ao limite estabelecido (CVC Clareza = 0,83). O item 12 obteve um CVC dentro do adequado, mas próximo ao limite nas dimensões pertinência e relevância com CVC=0,83. Por fim, o único item que obteve uma dimensão abaixo do limite esperado foi o item 18 na dimensão clareza com CVC = 0,70. Ainda, a dimensão pertinência do item 18 foi próximo ao limite estabelecido, obtendo CVC=0,83. O valor de CVC total tanto do CPAQ-20 itens quanto do CPAQ-8 itens ficou acima do esperado, o que representa adequadas evidências de validade de conteúdo do conjunto de itens para o Brasil.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo primário adaptar a *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) e buscar evidências de validade de conteúdo do instrumento por meio do CVC em relação a clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. A adaptação transcultural do instrumento seguiu a diretrizes recomendados para adaptação de instrumentos psicológicos no Brasil (Borsa et al., 2012). Nesse estudo a versão CPAQ-20Br e CPAQ-8Br foram traduzidas para o português brasileiro e apresentaram adequada evidência de validade de conteúdo.

Na etapa de tradução e síntese da tradução não ocorreram maiores conflitos ou dificuldades. A fase seguinte, de avaliação com as juízas, foi a que ocorreram maiores ajustes nos itens e discussões acerca destes para adaptação transcultural. Entretanto, ao considerar as mudanças, nota-se que apenas algumas palavras e expressões foram alteradas para os itens ficarem mais adequados ao contexto brasileiro. Logo, a estrutura geral dos itens foi preservada na versão brasileira do CPAQ.

Após a etapa de adaptação transcultural do instrumento CPAQ para o Brasil, utilizou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para calcular a validade de conteúdo de instrumen-

to (Cassepp-Borges et al., 2010). O CVC é uma medida importante, pois ajuda a determinar se o instrumento é adequado para medir o construto desejado, nesse caso, para medir aceitação da dor crônica em duas dimensões: disposição para dor e envolvimento em atividades. Os resultados encontrados demonstraram adequado CVC para os itens individualmente, a maioria obtendo escores acima de 0,90. O item 18 da escala, que compõe o fator disposição para dor, foi o único que obteve a dimensão clareza abaixo do esperado no CVC. Diante desse resultado, recomenda-se a explicação do item ao respondente caso ocorram dúvidas na sua interpretação no momento da aplicação do CPAQ-Br em sua versão completa ou breve, já que esse item está presente em ambas as versões.

O conjunto total dos itens pontuou CVC acima de 0,90 para clareza da linguagem, pertinência para a cultura alvo e relevância teórica tanto no CPAQ-20Br itens quanto no CPAQ-8Br itens. Os resultados semelhantes entre as duas versões podem indicar que, apesar da redução de doze itens, a versão breve mantém e melhora a validade de conteúdo do instrumento. O menor tempo de aplicação do CPAQ-8Br pode representar uma vantagem, tornando-o uma opção interessante para contextos que exigem avaliações mais rápidas. Pode-se afirmar que a adaptação transcultural de ambas as versões do instrumento CPAQ foi realizada e que o instrumento cumpre com a sua função de avaliar o conteúdo de aceitação da dor crônica em suas duas dimensões para o Brasil. Assim, o pesquisador tem flexibilidade para escolher a versão que melhor se adapta ao seu objetivo de aplicação.

A integração dos princípios da ACT na abordagem terapêutica da dor crônica oferece uma promissora alternativa para pacientes que enfrentam desafios diários e emocionais consideráveis (Gloster et al., 2020; Lin et al., 2019; McCracken et al., 2013; Veehof et al., 2016). A adaptação do instrumento CAPQ fundamentado no modelo da ACT para dor crônica ao contexto brasileiro representa um caminho para a realização de novos estudos que possam fornecer outras evidências de validade do instrumento e, posteriormente, contribuir para a investigação da dor crônica e abordagens psicoterápicas no Brasil.

Embora as evidências de validade de conteúdo sejam fundamentais, elas representam apenas uma

etapa no processo de evidências de validade, sendo essencial que futuros estudos investiguem também a validade de construto e de critério do CPAQ-Br. Ainda que este estudo tenha incluído participantes de diferentes idades, com e sem dor crônica, a representatividade ainda é uma limitação, pois apenas quatro avaliadores da população-alvo foram envolvidos, todos da região sul do país. Esses aspectos ressaltam a importância de mais estudos em contextos variados para assegurar a aplicabilidade e precisão do instrumento em distintas realidades culturais brasileiras. Acreditamos que esta adaptação e evidências de validade de conteúdo do CPAQ-Br representa um passo importante na direção de seguir investigando a proposta de intervenção da ACT e seus benefícios para aqueles que sofrem com a dor crônica em nosso país.

A versão brasileira do CPAQ-20Br e do CPAQ-8Br foi adaptada e demonstrou evidências adequadas de validade de conteúdo, validando seu uso no contexto brasileiro. Com base nos resultados, recomenda-se o uso do CPAQ, em ambas as versões, para medir a aceitação da dor crônica em pesquisas no Brasil, cabendo ao pesquisador a escolha da versão mais apropriada para o seu estudo. Essas adaptações, ainda que preliminares, representam um avanço significativo na avaliação da aceitação da dor crônica no país, possibilitando o uso de uma ferramenta confiável que pode ser aprimorada com estudos futuros.

Referências

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506–520). Artmed Editora.
- Fish, R. A., Hogan, M. J., Morrison, T. G., Stewart, I., & McGuire, B. E. (2013). Willing and Able: A Closer Look at Pain Willingness and Activity Engagement on the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8). *The Journal of Pain*, 14(3), 233–245. <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2012.11.004>
- Fish, R. A., McGuire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain*, 149(3), 435–443. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.12.016>
- Geiser, D. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. [Unpublished dissertation]. University of Nevada-Reno.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status

- of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2020.09.009>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Kim, S., & Kratz, A. L. (2021). A review of the use and psychometric properties of the chronic pain acceptance questionnaires. *Rehabilitation Psychology*, 66(1), 102–105. <https://doi.org/10.1037/rep0000342>
- Lin, J., Scott, W., Carpenter, L., Norton, S., Domhardt, M., Baumeister, H., & Mccracken, L. M. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Systematic Reviews*, 8(140). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>
- Mccracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain : Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–27. https://doi.org/10.15064/jjpm.38.6_441
- Mccracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *Journal of Pain*, 14(11), 1398–1406. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.06.011>
- Mccracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A. S., Sinclair, D., & Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance. *Pain*, 80(1–2), 283–289. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00219-X](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00219-X)
- Mccracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- Mccracken, L. M., Yu, L., & Vowles, K. E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ*, 376. <https://doi.org/10.1136/BJM-2021-057212>
- Reneman, M. F., Dijkstra, A., Geertzen, J. H. B., & Dijkstra, P. U. (2010). Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. *European Journal of Pain*, 14, 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.08.003>
- SBED. (2018). Dor no Brasil. In *Sociedade Brasileira de Estudos da Dor*. <https://sbed.org.br/duvidas-frequentes-2/dor-no-brasil/>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Vowles, K. E., Mccracken, L. M., McLeod, C., & Eccleston, C. (2008). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire: Confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain*, 140(2), 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.08.012>
- Williams, A. C. d. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.PUB4>

Histórico do Artigo

Submetido em: 16/10/2023

Aceito em: 15/12/2024

Anexo I – Questionário de Aceitação da dor crônica (CPAQ-20Br)**CPAQ-20Br**

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalia a veracidade de cada afirmação de acordo com o que se aplica a você, escolhendo somente um número. Use a escala de classificação a seguir para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “sempre verdadeiro”, circule o número 6 na mesma linha dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu sigo minha vida, não importa qual seja o meu nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
2	Minha vida está indo bem, embora eu tenha dor crônica	0	1	2	3	4	5	6
3	Sentir dor é aceitável	0	1	2	3	4	5	6
4	Eu facilmente sacrificaria coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor	0	1	2	3	4	5	6
5	Não é necessário que eu controle minha dor para lidar bem com minha vida	0	1	2	3	4	5	6
6	Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu preciso me concentrar em me livrar da minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8	Há muitas coisas que eu posso fazer quando eu sinto dor	0	1	2	3	4	5	6
9	Eu levo uma vida plena, mesmo tendo dor crônica	0	1	2	3	4	5	6
10	Controlar a dor é menos importante do que outros objetivos em minha vida	0	1	2	3	4	5	6
11	Meus pensamentos e sentimentos sobre a dor precisam mudar antes que eu possa dar passos importantes em minha vida	0	1	2	3	4	5	6
12	Apesar da dor, agora estou seguindo um certo rumo em minha vida	0	1	2	3	4	5	6
13	Manter o meu nível de dor sob controle é prioridade quando estou fazendo algo	0	1	2	3	4	5	6
14	Antes de fazer qualquer plano importante, eu preciso ter algum controle sobre minha dor	0	1	2	3	4	5	6
15	Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
16	Eu terei melhor controle sobre minha vida se eu puder controlar meus pensamentos negativos sobre a dor	0	1	2	3	4	5	6
17	Eu evito me colocar em situações em que a dor possa aumentar	0	1	2	3	4	5	6
18	Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6
19	É um alívio perceber que eu não preciso mudar a minha dor para seguir em frente com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
20	Eu tenho que lutar para fazer as coisas quando eu sinto dor	0	1	2	3	4	5	6

Anexo II – Questionário de Aceitação da dor crônica breve (CPAQ-8Br)

CPAQ-8Br

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalia a veracidade de cada afirmação de acordo com o que se aplica a você, escolhendo somente um número. Use a escala de classificação a seguir para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “sempre verdadeiro”, circule o número 6 na mesma linha dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu sigo minha vida, não importa qual seja o meu nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
2	Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal	0	1	2	3	4	5	6
3	Eu levo uma vida plena, mesmo tendo dor crônica	0	1	2	3	4	5	6
4	Manter o meu nível de dor sob controle é prioridade quando estou fazendo algo	0	1	2	3	4	5	6
5	Antes de fazer qualquer plano importante, eu preciso ter algum controle sobre minha dor	0	1	2	3	4	5	6
6	Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu evito me colocar em situações em que a dor possa aumentar	0	1	2	3	4	5	6
8	Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6

Construindo diretrizes clínicas para promover desfusão cognitiva efetivamente: uma análise de tarefa parcial e preliminar

Building clinical guidelines to promote cognitive defusion effectively: a partial and preliminary task analysis"

Daniel Afonso Assaz¹, Claudia Kami Bastos Oshiro¹

[1] Universidade de São Paulo (USP) | Título abreviado: Construção de modelo racional-empírico preliminar para promover desfusão cognitiva | Endereço para correspondência: | Email: assaz.daniel@gmail.com | doi: doi.org/10.18761/PAC.ACT.021

Resumo: A desfusão cognitiva é um componente central da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), cujo objetivo é reduzir o controle de pensamentos do cliente sobre seu comportamento, quando esta relação está causando sofrimento psicológico. Apesar da literatura da ACT estar repleto de procedimentos para promover a desfusão cognitiva, conhecer essas técnicas não é suficiente para conduzir um processo terapêutico efetivo. Diretrizes de tomada de decisão clínica podem auxiliar terapeutas a se tornarem mais efetivos na produção da desfusão cognitiva. Para isto, foi utilizada a metodologia parcial da Análise de Tarefa para desenvolver um modelo racional inicial de etapas sequenciais nas quais clientes e terapeutas podem colaborar juntos a fim de alcançar a desfusão cognitiva. Em seguida, três participantes com Transtorno de Ansiedade Generalizada passaram por sessões de terapia com o objetivo de promover desfusão cognitiva. Questionários de autorrelato, frequências e sequências de falas categorizadas em sessão e relatos qualitativos do terapeuta do cliente foram usados como medidas. Estes dados empíricos foram utilizados para reexaminar o modelo racional e construir um modelo racional-empírico preliminar de diretrizes clínicas para promover desfusão cognitiva. São discutidas as limitações e futuras direções de pesquisa para refinar a análise da tarefa de desfusão cognitiva.

Palavras-chave: desfusão cognitiva; terapia de aceitação e compromisso; análise de tarefa; task analysis; tomada de decisão clínica

Abstract: Cognitive defusion is a central component of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) that aims to reduce the control of the client's thoughts over their behavior, when this is causing psychological suffering. Despite the fact that ACT literature is filled with procedures to promote cognitive defusion, to master these techniques is not sufficient to conduct an effective therapeutic process. Guidelines for clinical decision-making can aid therapists in becoming more effective in producing cognitive defusion, especially those without extensive experience. To this end, the methodology of a partial task analysis was used to, first, develop a rational model of sequential steps clients and therapists can proceed together in order to reach cognitive defusion. Then, three participants with Generalized Anxiety Disorder went through therapy sessions designed to promote cognitive defusion. Throughout the therapeutic processes, self-report questionnaires, in-session coded speech's frequency and sequences and client and therapist qualitative reports were used as measures. These sets of empirical data were used to re-examine the rational model and construct a preliminary rational-empirical model that can offer clinical guidelines and inform therapeutic practice. Research limitations and further directions of research in refining the cognitive defusion task analysis are discussed

Keywords: cognitive defusion; acceptance and commitment therapy; task analysis; clinical decision-making

Notas dos autores:

Os autores agradecem à colaboração de Gabriela Alves Rodrigues dos Santos na aferição de concordância; à colaboração de Henrique Melo, Melissa Guirelli, Petra Grünheid e Terumy Reybaud na transcrição de sessões; e a confiança e disposição dos participantes Heitor, Luísa e Camila (nomes fictícios) em contribuir com a construção do conhecimento científico em psicologia.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma modalidade de terapia comportamental contextual que almeja aliviar o sofrimento psicológico e promover uma vida com qualidade e significado para pessoas que apresentam uma grande variedade de problemas de saúde física e psicológica (Hayes et al., 2012). Ao longo de mais de três décadas, a ACT tem buscado demonstrar sua eficácia, atualmente tendo uma forte base de evidências empíricas no tratamento de transtornos diversos, como Dor Crônica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia (Division 12 of the American Psychological Association, 2016; Gloster et al., 2020).

A proposta da ACT é comumente apresentada por meio do Modelo de Flexibilidade Psicológica e seus seis componentes: aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, senso de self-como-contexto, valores e ação comprometida (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017). A desfusão cognitiva torna-se um objetivo clinicamente relevante quando (1) pensamentos estão exercendo forte controle verbal sobre o comportamento do cliente a ponto de se sobrepor sobre outras possíveis fontes de influência e (2) as respostas evocadas pelo controle verbal são rígidas e incongruentes com os valores pessoais do cliente (Assaz et al., 2018; Blackledge, 2007). Assim, o problema não está em ter determinados pensamentos em si, mas na influência que eles têm sobre outras respostas do indivíduo. No modelo da ACT, este estado é denominado de fusão cognitiva (Hayes et al., 2012).

Em contrapartida, no estado de desfusão cognitiva há uma alteração e ampliação do controle de estímulos, no qual o controle exercido pelas funções verbalmente adquiridas (i.e. o pensar) é reduzido e outras fontes de influência adquirem maior saliência, como aquelas ressaltadas por outros componentes do modelo da ACT, como contato com o momento presente e os valores clarificados (Assaz et al., 2023). Entretanto, esta transformação ocorre sem que haja uma mudança nas relações simbólicas entre estímulos ou, em outras palavras, no conteúdo do pensamento (Assaz et al., 2023). Neste sentido, os clientes são encorajados a adotar uma postura mais leve e distanciada diante de seus pensamentos, não os levando tão a sério ou os obedecendo automaticamente.

Uma grande variedade de procedimentos para promover desfusão cognitiva estão descritos na literatura. Estes incluem atividades e exercícios para estabelecer consciência metacognitiva sobre o fluxo de pensar; brincar com palavras que descrevem o conteúdo de pensamentos; objetificar pensamentos, transformando-os em coisas físicas; avaliar utilidade e funcionalidade de obedecer a pensamentos; encorajar a desobediência ativa de pensamentos; distinguir entre os pensamentos e o Eu pensador; e salientar a função do pensar (Assaz et al., 2018; 2023; Blackledge, 2007; Luoma & Hayes, 2009). Alguns destes procedimentos tiveram sua eficácia avaliada em pesquisas de componente ou estudos análogos (Assaz et al., 2020; Levin et al., 2012).

Embora estas evidências sejam encorajadoras sobre a capacidade destes procedimentos em promover desfusão cognitiva, na prática elas não se traduzem automaticamente em desfechos clínicos positivos e significativos. Ainda que o terapeuta faça uma boa formulação de caso clínico na qual a fusão cognitiva é um problema central, tenha objetivos terapêuticos bem definidos que incluem a desfusão cognitiva e possua uma experiência extensa sobre como aplicar estas técnicas de forma estruturada, isto pode não ser o suficiente. Afinal, conduzir uma terapia efetiva e eficiente requer uma tomada de decisão clínica momento-a-momento na interação com o cliente. Para isso, é necessário que o terapeuta considere qual procedimento escolher para cada caso, qual o melhor momento para introduzi-lo, quais os pré-requisitos necessários para maximizar o seu efeito e como superar eventuais barreiras para o tratamento (cf. Callaghan & Darrow, 2014; Hofmann & Hayes, 2019; Rosen & Davison, 2003).

Levar todos estes elementos em consideração pode parecer uma tarefa árdua, especialmente para terapeutas com menor experiência prática ou com o modelo da ACT. Porém, esse processo pode ser facilitado ao serem introduzidas diretrizes práticas para a tomada de decisão. Estas podem ser vistas como análogas a um mapa. No começo de uma viagem, a pessoa sabe onde está e onde gostaria de ir. Com a ajuda do mapa, ela é capaz de identificar possíveis rotas, incluindo locais que ela deveria passar para chegar no destino final e o que esperar em cada caminho. Para alguém familiarizado com a jornada, o mapa pode ser de pouca serventia, mas

para alguém que está trilhando o percurso pela primeira vez, ele pode ser indispensável para orientar e ajudar. Entretanto, o mapa não provê regras rígidas do que deve ser feito, mas fornece informações que permitem uma tomada de decisão flexível, com a escolha da rota que melhor se adequa à pessoa (e.g., estrada com melhor asfalto) ou às condições atuais (e.g., estrada temporariamente fechada).

De modo similar, as diretrizes clínicas podem ajudar terapeutas iniciantes a promover desfusão cognitiva com seus clientes ao sinalizar possíveis caminhos para o objetivo terapêutico, incluindo as habilidades pré-requisito necessárias para o cliente, obstáculos comuns que tendem a aparecer no processo e podem ser superados e, de forma geral, guiar a tomada de decisão clínica, aumentando sua efetividade e eficiência.

Um mapa preliminar foi elaborado para outra terapia comportamental contextual: a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Na estrutura lógica da FAP, Weeks et al. (2011) propõem uma estrutura para modelar os comportamentos clinicamente relevantes dos clientes em sessão e generalizar as melhores para outros contextos. Embora as intenções dos autores eram de que este modelo seria, com o tempo, submetido a validação empírica, até o momento isto ainda não foi feito. No âmbito da ACT, existem esforços de apontar obstáculos comuns e formas de superá-los (Westrup, 2014), evidenciar sinais que o clínico deve se atentar (Luoma et al., 2017) e explicitar estratégias para tornar o processo mais eficiente (Strosahl et al., 2012). Porém, ainda não há um mapa com diretrizes claras sobre como promover desfusão cognitiva.

Uma metodologia que permite a construção de diretrizes clínicas a partir da integração entre análises teóricas e dados empíricos é a Análise da Tarefa (do inglês, *Task Analysis*). Proposta por Greenberg (1984) e refinada desde então (Greenberg, 2007; Pascual-Leone et al., 2014), ela tem sido utilizada para criar modelos terapêuticos sobre como resolver problemas em aberto por meio da técnica da cadeira vazia (Greenberg & Foerster, 1996) e reparar rupturas na aliança terapêutica (Safran et al., 1994), por exemplo. O objetivo final da Análise da Tarefa é construir e validar um modelo racional-empírico sobre como solucionar uma tarefa específica, concebida como um objetivo terapêutico.

Este artigo apresenta uma Análise da Tarefa preliminar e parcial sobre como promover desfusão cognitiva. Para fins didáticos, esta pesquisa foi dividida em dois estudos, sendo um teórico e outro empírico. Porém, é importante considerá-los como braços de um único projeto, de modo que cada um complementa o outro; ao fim, ambos são integrados em um modelo racional-empírico preliminar. O objetivo final é favorecer a promoção de desfusão cognitiva em sessão por meio de diretrizes de tomada de decisão clínica idiográfica, analítico-funcional e momento-a-momento durante a interação terapeuta-cliente.

Método (Estudo 1)

Procedimento

O procedimento foi baseado nas recomendações de Greenberg (2007) para conduzir uma Análise da Tarefa, distinguindo duas fases, denominadas descobrimento e validação. Greenberg (2007) subdivide a fase de descobrimento em sete etapas. O Estudo 1 consiste nas etapas 1 a 4 e o Estudo 2 aborda as etapas 5 e 6 da fase de descobrimento. Portanto, esta pesquisa é considerada uma Análise da Tarefa parcial.

A primeira etapa envolveu especificar com precisão os estados iniciais e finais que caracterizam a tarefa a ser estudada, incluindo marcadores que sinalizam a ocorrência destes comportamentos em sessão. Em outras palavras, definir o comportamento-problema e o comportamento-alvo. Na segunda etapa, os pressupostos filosóficos e teóricos dos pesquisadores, que orientaram suas análises e interpretações, foram explicitados. O terceiro passo foi o estudo da performance de experts resolvendo a tarefa especificada com diversos clientes. Para embasar as primeiras três etapas foram utilizadas as experiências clínicas dos autores e manuais de ACT que continham transcrições de sessões (e.g., Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017; Twohig & Hayes, 2008; Westrup, 2014) e vídeos de *role-play* de livre acesso disponibilizados em plataformas online.

Na sequência, o primeiro autor (terapeuta comportamental com cinco anos de experiência clínica) elaborou um modelo racional preliminar,

ilustrado por meio de um diagrama, com a sequência de comportamentos do terapeuta e do cliente necessários para promover desfusão cognitiva. A primeira versão do modelo racional foi discutida criticamente com a segunda autora (terapeuta comportamental com dezoito anos de experiência clínica), demais membros do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo e dois colaboradores externos (com mais de dez anos de experiência clínica). Os feedbacks fornecidos foram integrados em uma segunda versão do modelo racional, concluindo a quarta etapa da Análise da Tarefa.

Por fim, de modo que o modelo racional pudesse ser empiricamente avaliado no segundo estudo, foi construído um sistema de categorização das falas do terapeuta e do cliente às cognições do cliente. O Sistema de Categorização das Respostas às Cognições do Cliente (SICARECC) foi baseado nos comportamentos descritos no modelo racional. Embora um novo sistema de categorização tenha limitações importantes relativas à sua validade, esta decisão foi tomada após não serem encontrados outros sistemas de categorização na literatura que fossem sensíveis à tarefa de desfusão cognitiva (cf. Bakeman & Quera, 2011). As categorias do terapeuta e do cliente foram criadas e um manual foi elaborado, onde cada categoria possuía um código, breve descrição, exemplos e contraexemplos. Depois de um teste preliminar em um estudo-piloto, o manual foi refinado para o uso no Estudo 2.

Resultados (Estudo 1)

Especificação da Tarefa (Etapa 1)

A tarefa especificada foi operacionalizada como o processo de mudança do estado de fusão para o estado de desfusão cognitiva. Ademais, foram sinalizados cinco tipos de marcadores de discurso do cliente em sessão que frequentemente estão associados à fusão cognitiva: responsabilização, preocupação, fatalismo, ruminação e generalização.

Responsabilização se refere ao comportamento verbal caracterizado por rígidas regras de conduta, usualmente sinalizadas por frases de obrigação, como “devo”, “preciso”, “tenho que” e “não posso” (Salkovskis & Forrester, 2002). Por exemplo: “Eu

preciso ajudar ele, não posso simplesmente dizer não para meu pai”. Preocupação consiste em momentos nos quais o cliente descreve cenários futuros negativos possíveis (ainda que improváveis) e se engaja em resolução de problemas para impedir ou influenciar estes resultados (Borkovec et al., 1983). À título de ilustração: “Ela não respondeu minha mensagem, deve estar chateada comigo. Será que eu deveria pedir desculpas? Ou ficar na minha e dar espaço? Não sei o que fazer”.

Fatalismo é similar à preocupação na medida em que também consiste em imaginar cenários negativos futuros. Porém, neste caso eles não são vistos como somente possíveis, mas inevitáveis, fora do controle da pessoa. Assim, eles tendem a ocorrer em conjunto com verbalizações de autodepreciação e de desvalorização (Abramson et al., 2000). Por exemplo: “Por que tentar sair para encontrar alguém? Nunca dá certo, ninguém quer ficar comigo. Eu vou ficar sozinho, tenho que aceitar isso”. Na ruminação, o indivíduo relaciona o seu estado atual com eventos ou ações passadas (frequentemente associados à autodepreciações), sem que esta consciência leve a uma resolução de problemas efetiva (Nolen-Hoeksema et al., 2008): “Que besteira que eu fiz, não acredito que eu disse isso. Por que eu sempre falo as coisas erradas?”

Por fim, generalização engloba frases nas quais a pessoa descreve o mundo ou si mesmo em termos desproporcionais ou absolutos, seja em termos de frequência (sempre, nunca), prevalência (todos, ninguém) ou natureza essencial (eu sou, eu não sou). Por exemplo: “Eu nunca dou conta das coisas. Eu sou fraco. Por isso ninguém gosta de mim”.

Explicitação de pressupostos (Etapa 2)

Ao longo do estudo, o comportamento dos pesquisadores foi embasado filosoficamente pelo Behaviorismo Radical (Skinner, 1974). Clinicamente, a pesquisa foi orientada pela abordagem das terapias comportamentais contextuais, que favorecem a construção de repertórios amplos e flexíveis por meio de intervenções experienciais na relação terapeuta-cliente; e enfatizam a funcionalidade do comportamento dos clientes assim como das intervenções do terapeuta, em congruência com um critério de verdade pragmático (Hayes, 2004).

Modelo Racional (Etapas 3 e 4)

Os componentes do modelo racional são as possíveis classes de respostas do terapeuta e do cliente aos pensamentos do cliente. Dez classes foram delineadas: obediente, exploratória, controladora, metacognitiva, avaliativa, analítica, validante, concreta, dialógica e desobediente, descritas na Tabela 1. O modelo propõe uma sequência lógica para a ocorrência destas classes ao longo do progresso da terapia (Figura 1).

A classe obediente (OBE) é a única exclusivamente relacionada ao comportamento do cliente. Ela consiste em respostas do cliente que indicam que seu comportamento está sob forte controle verbal, em um estado de fusão cognitiva problemático. Portanto, ele é sinalizado pelos marcadores identificados na etapa 1 (responsabilização, preocupação, fatalismo, ruminação e generalização), indicando o início da tarefa em sessão.

Quando o cliente está se engajando na classe obediente, o terapeuta pode redirecioná-lo para a classe exploratória (EXP), evocando e fortalecendo respostas de observação e descrição de determinados pensamentos do cliente que estão acontecendo em sessão ou já ocorreram. O terapeuta também pode auxiliar o cliente a ser mais acurado ou preciso na sua exploração, incluindo fazendo inferências, parafraseando ou resumindo os pensamentos relatados pelo cliente.

Porém, o conteúdo de alguns pensamentos pode ser aversivo para alguns clientes. De modo que, ao serem encorajados pelo terapeuta a se engajarem na classe exploratória, eles podem, alternativamente, buscar controlar, fugir ou evitar estas experiências. Este padrão de esquiva experiencial (Hayes et al., 1996) é descrito pela classe controladora (CONT). Como este comportamento é contraproducente para a promoção de desfusão cognitiva, o terapeuta buscaria não se engajar no mesmo comportamento do cliente e redirecioná-lo para a classe exploratória. Caso o padrão de esquiva experiencial seja muito forte, o terapeuta pode decidir realizar um trabalho mais específico de aceitação, outro componente do modelo da ACT, adentrando outra tarefa.

Uma vez que o cliente seja capaz de observar e descrever pensamentos específicos, o terapeuta pode ajudá-lo a observar e descrever regularida-

des e padrões em seu processo de pensar, prosseguindo assim para a classe metacognitiva (MET) (cf. Bernstein et al., 2015). Estes padrões podem estar relacionados ao conteúdo recorrente de pensamentos; dinâmicas de pensamento, como a repetição de uma ideia central, espiralando em direção a pensamentos mais abstratos e voltados para o futuro, ramificação interminável de uma escolha, levando a consequências e escolhas adicionais indefinidamente ou alternância entre duas ideias opostas; velocidade do fluxo de pensamento; (falta de) correspondência entre o conteúdo do pensamento e contingências atuais; ou ações e contextos associados a pensamentos específicos. Esse processo tem semelhanças parciais com a identificação de gatilhos hierárquicos para preocupação e ruminação usados na pesquisa do protocolo breve da ACT para pensamento negativo repetitivo (Ruiz et al., 2016; 2018).

A autoconsciência trazida pela classe metacognitiva pode evocar julgamentos e avaliações negativas por parte do cliente (Hayes & Wilson, 1994; Soriano et al, 2004). A classe avaliativa (AVA) consiste em respostas que classificam os pensamentos como “bons” ou “ruins”, minimizam sua importância ou validade ou tentam alterar seu conteúdo para se tornar mais “positivo” ou “racional”. Assim como na classe de controle, o terapeuta idealmente não se envolverá nessa classe com o cliente, mas o redirecionará para a classe metacognitiva ou analítica.

Com base nas regularidades descobertas durante a classe metacognitiva, o terapeuta pode evocar ou modelar interpretações analítico-funcionais (cf. Haynes & O'Brien, 2000) dos padrões de pensamento do cliente na classe analítica (ANA). Especialmente relevante é a ligação causal entre pensamentos e respostas subsequentes e suas consequências; e a história de aprendizado que moldou esses padrões de pensamento. É importante observar que alguns clientes podem ter dificuldade em se envolver no raciocínio analítico-funcional, por ser contraintuitivo ou antagônico às interpretações culturalmente vigentes, por vezes argumentando que os pensamentos são aleatórios ou sinais de que estão “quebrados” ou “loucos” (classe avaliativa). Neste caso, eles necessitarão de uma postura mais ativa do terapeuta.

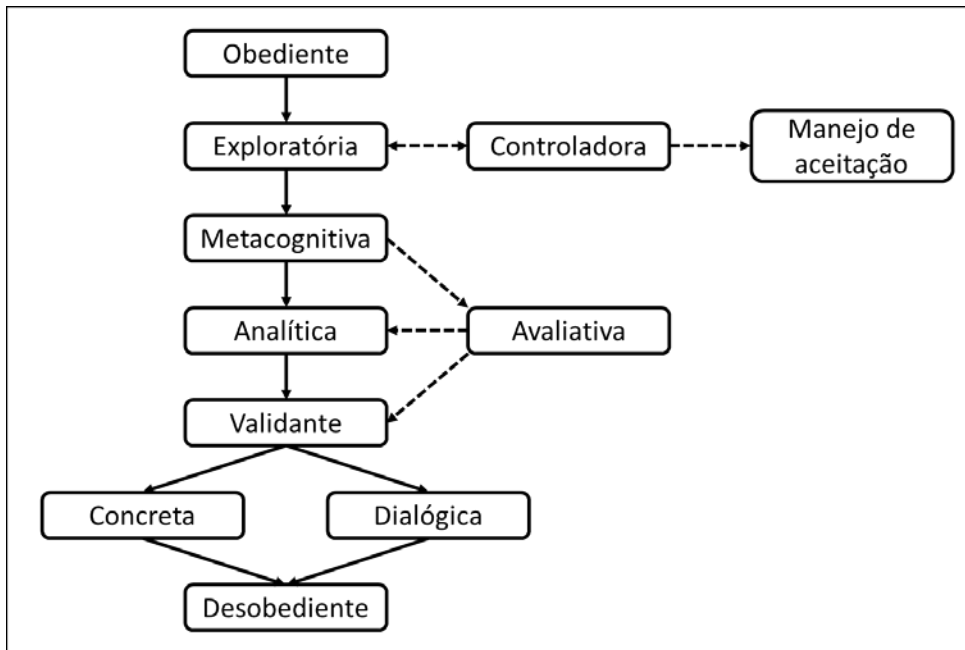


Figura 1. Modelo Racional para Produzir Desfusão Cognitiva.

Nota: Setas tracejadas indicam caminhos alternativos possíveis em função de barreiras ao tratamento.

Após a análise de por que o cliente pensa da maneira que o faz, torna-se mais provável que a díade se envolva na classe de validação (VAL), não só analisando, mas também normalizando esse comportamento e entendendo-o como compreensível (cf. Linehan, 1997). Afinal, o cliente é mais propenso a aceitar validação externa do terapeuta e se envolver na autovalidação se houver uma relação causal coerente entre seu comportamento e a situação atual, contingências históricas e/ou princípios gerais do comportamento humano.

Até o momento, o modelo racional descreveu o processo percorrido pelo terapeuta e pelo cliente a partir da classe obediente (comportamento-problema de fusão cognitiva) para observar os pensamentos que o cliente está tendo e construir redes relacionais coerentes em torno deles: nomeando, descrevendo padrões recorrentes, analisando em seu contexto e validando. Todo este trabalho aumentará a autoconsciência, o autoconhecimento e a autocompaixão do cliente, criando um contexto favorável para intervenções mais comumente associadas à desfusão cognitiva. Afinal, à primeira vista, elas podem parecer estranhas para a maioria dos clientes e serem interpretadas erroneamente como atos invalidação ou ironia do terapeuta com

o sofrimento do cliente. Construir um contexto cooperativo de exploração, compreensão e validação minimiza este risco.

Após a classe de validação, o terapeuta pode optar por se engajar com o cliente na classe concreta (CONC) ou dialógica (DIA). Na classe concreta, o terapeuta tentará salientar as propriedades formais do pensamento sobre suas funções adquiridas simbolicamente, alterando o controle de estímulos (cf. Assaz et al., 2023). Isso pode ser feito por meio de exercícios lúdicos, como Repetição de Palavras, Vozes Engraçadas ou Fala Lenta, que aumentam a saliência dos movimentos corporais necessários para pronunciar a palavra ou os fonemas separados enunciados; ou atribuindo arbitrariamente propriedades formais a um pensamento, como ao objetificá-lo.

A classe dialógica é marcada por uma distinção entre os pensamentos que uma pessoa está tendo e o indivíduo que os está pensando (Luciano et al., 2023); e com uma postura cética a respeito da veracidade e utilidade dos pensamentos, salientando que o pensar é uma estratégia de resolução de problemas de um indivíduo influenciado e enviesado por seu contexto histórico e atual (Assaz et al., 2023). Nesta situação, é possível que o terapeuta “dialogue com o pensador”, agradecendo a função do pensar, reco-

nhecendo sua coerência, complexidade e criatividade, ou adotando uma postura irreverente sobre os custos e limites decorrentes de obedecer esta linha de pensamento (Assaz et al., 2023)

Por fim, após a classe dialógica ou concreta, o terapeuta e o cliente podem se envolver na classe desobediente (DES). Esta classe consiste em esforços do terapeuta para salientar, evocar e reforçar os esforços do cliente para agir de maneira incongruente com o conteúdo de seus pensamentos e congruente com seus objetivos e valores; e os atos do cliente de “desobediência cognitiva”, no qual ele age de modo incompatível com o conteúdo de seus pensamentos e percebe que seus pensamentos não precisam ditar suas ações, especialmente quando não são úteis para atingir seus objetivos ou congruentes com seus valores.

Sistema de Categorização das Respostas as Cognições do Cliente (SICARECC)

O SICARECC é um sistema de categorização elaborado para o presente estudo. Ele se propõe a analisar as verbalizações do terapeuta e do cliente em sessão relacionadas aos pensamentos do cliente. Assim, ele não é um sistema compreensivo, deixando de abordar falas não relacionadas aos pensamentos e os comportamentos não-vocais (como gestos ou expressões faciais), enfatizando somente alguns episódios da interação terapêutica.

No total, o SICARECC consiste em 23 categorias, doze relativas ao comportamento do cliente e 11 relacionadas ao comportamento do terapeuta. Dez das categorias do cliente são as classes des-

critas no modelo racional: obediente (C-OBE), exploratória (C-EXP), controladora (C-CONT), metacognitiva (C-MET), avaliativa (C-AVA), analítica (C-ANA), validante (C-VAL), concreta (C-CONC), dialógica (C-DIA) e desobediente (C-DES). As duas restantes são verbalizações do cliente que ocorrem entre as demais categorias, servindo para facilitar o progresso da conversa, com compreensão e aprovação (C-FAC); ou dificultar essa dinâmica, com incompreensão e desaprovação (C-DIF). Com exceção da categoria obediente, as categorias do terapeuta são as mesmas do cliente (substituindo “C” por “T” no código). Todas as 23 categorias estão sumarizadas na Tabela 1 com seu respectivo nome, código, descrição geral e exemplo clínico. Maiores detalhes sobre as categorias podem ser encontrados em Assaz (2020).

Para favorecer a confiabilidade e a concordância entre aferidores, foram tomadas algumas decisões metodológicas. Em primeiro lugar, a unidade de análise do SICARECC é o turno, que começa no início da fala de uma pessoa e finaliza quando o outro membro da díade passa a falar. Em segundo lugar, somente uma única categoria pode ser atribuída a cada turno. Em terceiro lugar, quando uma fala é ambígua ou apresenta elementos de duas ou mais categorias, a categorização deve respeitar a hierarquia entre as classes, que privilegia pequenas melhoras do cliente no modelo teórico. Em ordem crescente de prioridade na categorização estão as categorias obediente, exploratória, metacognitiva, analítica, validante e, então, sem distinção, concreta, dialógica e desobediente.

Tabela 1. Categorias do cliente e do terapeuta no SICARECC.

Classe	Código	Função comum	Respostas frequentes	Exemplo
Obediente	C-OBE	Autorregulação verbal ou coerência simbólica	Preocupar, fatalizar, ruminar, responsabilizar e generalizar	C: “Eu preciso fazer isso, não tenho escolha! Se eu não fizer, ninguém vai fazer”
Exploratória	C-EXP T-EXP	Aumentar a saliência de pensamentos específicos	Observar; descrever	T: “O que você está pensando agora?” C: “Estou pensando tudo que vou ter que fazer quando chegar em casa”
Controladora	C-CONT T-CONT	Reduzir a magnitude ou o contato com pensamentos indesejáveis	Evitar; controlar	C: “Eu não quero pensar nisso, como que eu me livro desses pensamentos?” T: “Vamos tentar um exercício de respiração, para você ficar presente e tirar esses pensamentos da sua mente”

Classe	Código	Função comum	Respostas frequentes	Exemplo
Metacognitiva	C-MET T-MET	Aumentar a saliência de padrões e regularidades do pensar	Categorizar; descrever regularidades; comparar com contingências	T: "Parece que este senso de dever, que você é responsável por tudo, está aparecendo agora..." C: "Verdade...ele sempre aparece quando eu tenho um projeto grande para entregar"
Avaliativa	C-AVA T-AVA	Modificar conteúdo de pensamentos indesejáveis	Julgar; minimizar; modificar conteúdo	T: "Será que se você não fizer tudo, outras pessoas não irão fazer? Parece que você está exagerando um pouco" C: "Verdade, eu sempre faço isso...eu exagerei tudo que nem um idiota, não devia ficar fazendo tempestade em um copo de água"
Analítica	C-ANA T-ANA	Modificar função de pensamentos como respostas que tem causas	Relacionar temporalmente e causalmente com outras variáveis	T: "Por que você acha que esses pensamentos de dever surgem com tanta força?" C: "Ah, meu chefe está me colocando uma pressão enorme. Ele fica falando todo dia que a gente tem que entregar o projeto, que vai dar ruim se não cumprimos o prazo"
Validante	C-VAL T-VAL	Modificar função de pensamentos como experiências normais e compreensíveis	Relacionar com contexto atual ou histórico, categorizar como experiência humana normal	C: "Realmente, não tem como não enlouquecer e se cobrar muito nesta empresa. Todo mundo está surtando lá" T: "De fato, se estivesse no seu lugar estaria surtando também! Eu fico ansioso só de ouvir você falar sobre o seu chefe"
Concreta	C-CONC T-CONC	Aumentar a saliência das propriedades formais naturais ou arbitrariamente atribuídas a pensamentos	Brincar com palavras; objetificar	T: "Se esse senso de dever fosse um objeto, qual objeto ele seria?" C: "Hmm...acho que uma mala. daquelas bem grandes e de costas, que pesam muito..."
Dialógica	C-DIA T-DIA	Salientar e responder ao indivíduo que está pensando	Distinguir pensador de pensamentos; agradecer; reconhecer ou ironizar narrativa	T: "Parece que seu cérebro está fazendo o papel dele de pensar em tudo que você pode ser cobrado. Mas, daí falta criatividade para ele, coitado. As histórias sempre acabam no mesmo lugar trágico de você sendo demitida e voltando a morar com seus pais (risos)!" C: "(risos) É verdade, parece filme de sessão da tarde, você sempre sabe que todo mundo vai sobreviver e os protagonistas vão se beijar no final (risos)"
Desobediente	C-DES T-DES	Aumentar probabilidade de ações incongruentes com conteúdo do pensamento	Salientar momentos de desobediência; relacionar desobediência com consequências; agir de modo incongruente com o conteúdo de pensamentos	T: "O senso de dever está aqui e você pode escutar ele, chegar em casa do trabalho e se matar ainda mais de trabalhar. Você pode escolher fazer isso. Mas, você já está bem cansado. Quais outras opções você tem?" C: "Ah, eu posso ver aquela série que queria assistir. Acho que me faria bem, vou tentar fazer isso"
Facilita progresso	C-FAC T-FAC	Continuar dinâmica existente na interação, porém não relacionado aos pensamentos do cliente	Facilitação Compreensão	T: "Nesse momento você já estava na casa nova?" C: "Sim, isso mesmo"
Dificulta progresso	C-DIF T-DIF	Modificar ou interromper dinâmica existente na interação, porém não relacionado aos pensamentos do cliente	Incompreensão Desaprovação Mudança de tema (se mudança não for esquivar de tema desconfortável)	T: "Não entendi direito, onde você estava?" C: "Você não estava prestando atenção?!"

Método (Estudo 2)

Na sequência, a Análise da Tarefa prosseguiu para as etapas 5 e 6 da fase de descobrimento, descritas no Estudo 2. A etapa 5 corresponde à obtenção de dados empíricos sobre a resolução da tarefa na prática. Greenberg (2007) sugere que isso seja feito com episódios de sessão que demonstram a resolução bem e malsucedida da tarefa em questão. Entretanto, devido à falta de acesso a transcrições de sessões que haviam buscado promover desfusão cognitiva, foi escolhido realizar novos processos clínicos cujas demandas indicam que a desfusão cognitiva seria um dos objetivos terapêuticos prováveis. Já a etapa 6 envolve comparar os dados empíricos obtidos com o modelo racional, integrando-os em um novo modelo racional-empírico (Greenberg, 2007).

Participantes

Foram selecionados três participantes entre 18 e 65 anos, alfabetizados e com sintomas compatíveis com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Foram excluídos participantes que já estavam em processo de psicoterapia ou tinham o diagnóstico de TAG como comorbidade a um diagnóstico principal. Participantes em farmacoterapia não foram excluídos, mas foram solicitados a informar quaisquer mudanças na medicação. Ao fim, foram selecionados três adultos jovens, estudantes universitários, com média de 22,67 anos (desvio padrão de 1,89), sendo dois do gênero feminino e um do gênero masculino.

O primeiro autor atuou como psicoterapeuta nos três casos, sendo supervisionado pela segunda autora. Todas as sessões foram transcritas pelo primeiro autor com o auxílio de quatro assistentes de pesquisa da graduação. Todas as transcrições foram categorizadas pelo primeiro autor. A aferição de concordância foi realizada por uma terapeuta comportamental com oito anos de experiência clínica.

Ambiente

Todas as sessões foram conduzidas em salas do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LTC-USP).

Materiais

Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (GAD-7). Questionário com sete questões para avaliar sintomas de TAG, com escores entre 0 e 28 pontos (Spitzer et al., 2006). Possui tradução para o português e validação para a população brasileira (Moreno et al., 2016).

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ). Questionário com sete questões para avaliar fusão cognitiva, com escores entre 0 e 49 pontos (Gillanders et al., 2014). Possui tradução para o português e validação para a população brasileira (Lucena-Santos et al., 2017).

Questionário de Valoração (VQ). Questionário com duas subescalas para avaliar engajamento em ações valorizadas e obstáculos para estas ações, com escores entre 0 e 30 em cada subescala (Smout et al., 2014). Foi traduzido para o português para a presente pesquisa de acordo com as recomendações de Borsa et al. (2012).

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica (EMP). Entrevista semiestruturada com nove perguntas abertas sobre a experiência do cliente do processo terapêutico, as mudanças clínicas observadas e as razões atribuídas pelo cliente à estas transformações (Elliott et al., 2001).

Sistema de Categorização das Respostas as Cognições do Cliente (SICARECC). Sistema de categorização desenvolvido no Estudo 1. Também foram utilizados um gravador digital de áudio e o software *Inqscribe*, para transcrição de áudio. O software Excel foi utilizado para análise e organização de dados.

Procedimento

Quatro participantes em potencial foram selecionados da lista de espera do atendimento clínico do Instituto de Psicologia da USP. Eles foram convidados para uma entrevista de triagem e avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Um participante foi excluído por já estar fazendo psicoterapia. Os outros três preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e iniciaram um processo de

psicoterapia individual com o primeiro autor, com sessões semanais de 50 a 60 minutos. Antes de cada atendimento, os participantes preencheram os questionários de autorrelato: CFQ e VQ (semanalmente) e GAD-7 (semanas alternadas em função das instruções da escala).

O processo terapêutico teve duas fases. Na Fase A, o terapeuta buscou desenvolver uma forte aliança terapêutica com o participante, clarificar seus objetivos e valores e construir uma formulação de caso idiográfica analítico-comportamental por meio do Modelo de Caso Clínico Analítico-Funcional (FACCM; Haynes & O'Brien, 2000); porém, evitou ações que promoveriam desfusão cognitiva diretamente. A transição de fase ocorreu após um mínimo de cinco sessões e a obtenção de estabilidade dos escores do CFQ, obedecendo o critério de variabilidade inferior a 10% nas médias das últimas cinco sessões (cf. Costa & Cançado, 2012). Então, na Fase A+B, todos os participantes passaram por quinze sessões na qual o terapeuta continuou as ações da fase anterior e passou a incluir tentativas diretas de promover desfusão cognitiva, com tomada de decisão clínica flexível.

Logo após o final da Fase A+B, os participantes foram entrevistados por meio da EMP. Três meses depois foi feito um encontro de *follow-up* com o preenchimento das escalas de autorrelato e uma descrição qualitativa dos participantes sobre seu estado.

O áudio de todas as sessões das Fases A e A+B foi gravado e posteriormente transcrito com o InqScribe, distinguindo entre os turnos do terapeuta e do cliente. Então, foram separados os episódios das sessões a serem categorizados, que começavam com um dos marcadores delineados na Etapa 1 ou quando terapeuta e/ou cliente estavam respondendo aos pensamentos do cliente; e encerrados quando havia uma mudança de assunto ou a díade se engajava em três turnos de classes de facilitação ou progresso. Na sequência, o pesquisador atribuiu uma única categoria do SICARECC a cada um dos turnos do terapeuta e do cliente nos episódios selecionados.

Para cada participante, uma sessão foi aleatoriamente selecionada de cada fase para ser categorizada por uma aferidora de concordância (totalizando 6 sessões ou cerca de 10%). A aferidora foi informada sobre a formulação dos casos, mas era cega à fase de cada sessão. Ela também foi treinada

na categorização com o SICARECC por meio de uma sessão de prática seguida de feedback com o primeiro autor.

Análise de Dados

Embora Greenberg (2007) priorize o uso de análises qualitativas, a pluralidade metodológica, especialmente na obtenção de dados distintos e complementares, é uma estratégia defendida por pesquisadores de processo-resultado em psicoterapia (Elliott, 2010; Kazdin, 2007). Neste estudo, para todos os três participantes foram obtidos dados quantitativos de autorrelato (escalas e questionários) e das verbalizações do cliente e do terapeuta em sessão (SICARECC); e dados qualitativos oriundos do terapeuta (prontuários dos atendimentos) e do cliente (EMP).

Os principais dados coletados foram advindos das categorizações por meio do SICARECC, utilizado para realizar uma microanálise sequencial de processo (Elliott, 2010). Em cada sessão foram calculadas as frequências absoluta e relativa de todas as categorias, permitindo avaliar quais tipos de verbalizações foram mais ou menos presentes e a variação nesta frequência ao longo do processo terapêutico.

Ademais, foi feita uma análise sequencial da interação terapeuta-cliente e terapeuta-cliente (Bakeman & Quera, 2011). Considerando uma sessão de psicoterapia como uma sequência de turnos alternados entre terapeuta e cliente, é possível avaliar a frequência com que cada uma das categorias do cliente ocorreu diante de uma categoria específica do terapeuta. Por exemplo, podemos determinar com que frequência as categorias C-OBE, C-EXP, C-CONT, C-MET, C-AVA, C-ANA, C-VAL, C-CONC, C-DIA, C-DES, C-FAC, C-DIF foram emitidas logo após o terapeuta se engajar em T-EXP; e fazer o mesmo processo para todas as outras categorias do terapeuta.

Foram mensuradas as frequências das categorias de resposta do cliente no turno logo após determinada resposta do terapeuta (*lag 1*) e em seu próximo turno (*lag 3*). A partir da análise sequencial, foram calculadas as probabilidades de transição: a frequência relativa de cada categoria do cliente diante de uma determinada categoria do terapeuta (Bakeman & Quera, 2011).

As mesmas análises também foram realizadas em relação às categorias de comportamentos do terapeuta diante de falas específicas do cliente: frequência absoluta e probabilidade de transição em *lag* 1 e 3. A aferição de concordância das categorizações foi feita por meio do coeficiente Kappa de Cohen.

Já os questionários de autorrelato foram avaliados por meio da análise visual do gráfico (Lane & Gast, 2014). Todos os dados quantitativos foram analisados por meio do Microsoft Excel.

Por fim, seguindo a sugestão de Elliott e colaboradores (2001), os dados da EMP foram analisados por meio da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), com ênfase na categorização aberta e axial (Strauss & Corbin, 1990). Para isso, o discurso dos participantes foi decomposto em unidades de análise discreta, comparadas em termos de suas semelhanças e diferenças. Por sua vez, esta comparação permite a construção de classes de sentido progressivamente maiores e hierarquicamente organizadas.

Resultados (Estudo 2)

Análise Empírica (Etapa 5)

Categorização das sessões

No total, foram feitas 65 sessões de psicoterapia já que a estabilidade no CFQ (critério para mudança de fase) foi atingida na sessão 6 para os participantes Luísa e Camila, porém somente na sessão 8 para Heitor¹. Após a transcrição do áudio e separação de episódios, 9098 turnos foram categorizados com o SICARECC.

O índice de concordância entre observadores foi de 0,528 utilizando o coeficiente de Kappa de Cohen, um valor considerado moderado pelas diretrizes de Landis e Koch (1977) e entre satisfatório e bom de acordo com as sugestões de Fleiss (1981).

A Figura 2 mostra a frequência relativa as categorias do SICARECC do comportamento do terapeuta e do cliente ao longo de todas as sessões para os casos Heitor, Luísa e Camila. Nos dados seguintes, as categorias de facilitar e dificultar o progresso

(C-FAC, C-DIF, T-FAC e T-DIF) não foram incluídas para facilitar a visualização dos dados, já que elas não são contempladas pelo modelo racional e não estão diretamente relacionadas à promoção de desfusão cognitiva.

A Tabela 2 mostra a probabilidade de transição em sequências de interação cliente-terapeuta em *lag* 1 para os três participantes. Já a Tabela 3 mostra os mesmos dados, mas para sequências de interação terapeuta-cliente. As análises sequenciais em *lag* 3 não demonstraram um padrão significativamente diferente de *lag* 1 e, portanto, não serão mostradas².

Questionários de autorrelato

A Tabela 4 apresenta os resultados dos questionários de autorrelato (CFQ, VQ e GAD-7) ao longo das sessões para cada um dos participantes.

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica

Os relatos dos três participantes foram categorizados em três eixos. O primeiro eixo descreve os principais temas abordados pelas perguntas do EMP: as mudanças clínicas percebidas, os fatores aos quais eles atribuíam estas mudanças (relacionados ou não à terapia), aspectos negativos do processo terapêutico e experiência de participação na pesquisa.

Já o segundo eixo é caracterizado pelas respostas mais gerais dos participantes aos temas abordados na entrevista. Heitor afirmou ter percebido mudanças positivas em termos de autoconhecimento, autocompaixão, aceitação das experiências psicológicas e capacidade de estar presente. Ele atribuiu estas mudanças à categorização de tipos de pensamentos, a personificação destas classes, a possibilidade de refletir em voz alta sobre sua vida e de entrar em contato com momentos emocionalmente carregados do seu passado. Porém, afirmou ter tido dificuldade de compreender o processo terapêutico no início e ainda perceber a procrastinação afetando sua vida. Em relação a pesquisa, relatou tranquilidade com a exposição e que sua compreensão sobre as perguntas dos questionários mudou ao longo do tempo.

Já Luísa observou mudanças positivas em termos de autoconhecimento, aceitação das experiên-

1 Foram usados nomes fictícios para respeitar o sigilo dos participantes

2 A frequência absoluta de categorias do SICARECC e a análise sequencial em *lag* 3 está disponível em Assaz (2020).

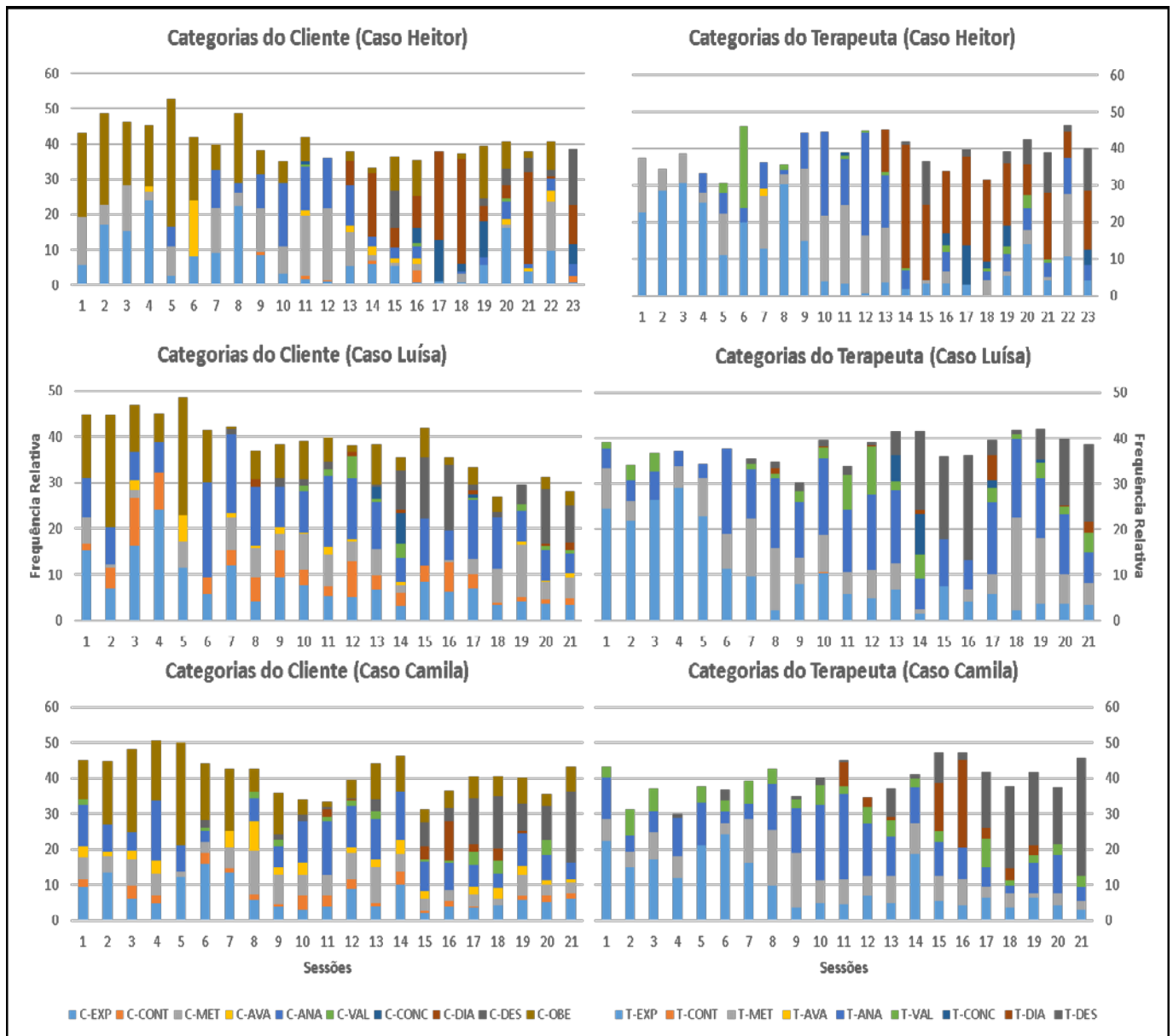


Figura 2. Frequência Relativa de Verbalizações do Cliente e do Terapeuta em Sessão.

Nota: EXP = exploratória. CONT = controladora. MET = metacognitiva. AVA = avaliativa. ANA = analítica. VAL = validante. CONC = concreta. DIA = dialógica. DES = desobediente. OBE = obediente.

Tabela 2. Probabilidade de transição em seqüências de interação cliente-terapeuta em lag 1.

Caso Heitor									
	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DES
C-OBE	0,38	0	0,08	0	0,08	0,02	0	0,06	0,04
C-EXP	0,40	0	0,11	0,01	0,06	0,03	0	0,07	0,01
C-CONT	0	0	0,18	0	0,09	0,09	0	0	0,09
C-MET	0,03	0	0,67	0	0,08	0	0	0,03	0,01
C-AVA	0,11	0	0,11	0	0,11	0,41	0	0,15	0
C-ANA	0,05	0	0,12	0	0,55	0,01	0	0,03	0,01
C-VAL	0,33	0	0	0	0,33	0,33	0	0	0
C-CONC	0	0	0,05	0	0	0	0,46	0,17	0
C-DIA	0,02	0	0,03	0	0,03	0	0,02	0,59	0,02
C-DES	0,05	0	0	0	0,05	0	0,02	0,14	0,55
Caso Luísa									
	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DES
C-OBE	0,28	0,01	0,13	0	0,10	0,01	0	0,01	0,06
C-EXP	0,39	0	0,08	0	0,10	0,03	0	0	0,03
C-CONT	0,19	0	0,07	0	0,18	0,11	0	0,01	0,06
C-MET	0,03	0	0,45	0	0,17	0,05	0	0,01	0,01
C-AVA	0,18	0	0,18	0	0,12	0,24	0	0	0,12
C-ANA	0,05	0	0,09	0	0,45	0,05	0,01	0,01	0,04
C-VAL	0,10	0	0,03	0	0,17	0,28	0	0	0,10
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0,63	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0,08	0	0	0,58	0
C-DES	0,07	0	0,03	0	0,04	0,03	0,01	0,01	0,46
Caso Camila									
	T-EXP	T-CONT	T-MET	T-AVA	T-ANA	T-VAL	T-CONC	T-DIA	T-DES
C-OBE	0,28	0	0,09	0	0,11	0,04	0	0,01	0,09
C-EXP	0,33	0	0,11	0	0,10	0,06	0	0,02	0,05
C-CONT	0,28	0	0,20	0	0,17	0,09	0	0,05	0,05
C-MET	0,08	0	0,39	0,04	0,12	0,03	0	0,03	0,05
C-AVA	0,16	0	0,16	0	0,17	0,22	0	0,04	0,04
C-ANA	0,08	0	0,05	0	0,50	0,05	0	0,05	0,07
C-VAL	0,06	0	0,04	0	0,18	0,45	0	0,04	0,04
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0,05	0	0	0,80	0,05
C-DES	0,04	0	0,01	0	0,03	0,03	0	0,04	0,52

Nota: Valores maiores do que 0,15 foram destacados em negrito. C-OBE = cliente obediente. C-EXP = cliente exploratória. C-CONT = cliente controladora. C-MET = cliente metacognitiva. C-AVA = cliente avaliativa. C-ANA = cliente analítica. C-VAL = cliente validante. C-CONC = cliente concreta. C-DIA = cliente dialógica. C-DES = cliente desobediente. T-EXP = terapeuta exploratória. T-CONT = terapeuta controladora. T-MET = terapeuta metacognitiva. T-AVA = terapeuta avaliativa. T-ANA = terapeuta analítica. T-VAL = terapeuta validante. T-CONC = terapeuta concreta. T-DIA = terapeuta dialógica. T-DES = terapeuta desobediente.

Tabela 3. Probabilidade de transição em sequências de interação terapeuta-cliente em lag 1.

Caso Heitor										
	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DRU
T-EXP	0,26	0,42	0,01	0,03	0,02	0,02	0	0	0,03	0,02
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	0,05	0,03	0,01	0,55	0,02	0,07	0	0,01	0,03	0
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0,08	0,03	0	0,04	0,02	0,49	0	0	0,02	0,01
T-VAL	0,17	0,17	0,07	0,07	0,24	0,03	0,07	0	0	0
T-CONC	0	0,03	0	0	0	0	0,03	0,75	0,03	0
T-DIA	0,05	0,06	0,01	0,02	0,02	0,02	0	0,01	0,49	0
T-DRU	0,08	0	0	0	0,02	0,02	0	0,02	0,04	0,58
Caso Luísa										
	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DES
T-EXP	0,11	0,47	0,07	0,03	0,01	0,05	0,01	0,01	0	0,02
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	0,05	0,04	0,03	0,30	0,01	0,11	0	0	0	0,02
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0,04	0,03	0,05	0,04	0	0,45	0,01	0	0,01	0,02
T-VAL	0,05	0,04	0,07	0,02	0,02	0,16	0,21	0	0	0,03
T-CONC	0,04	0	0	0	0	0,07	0	0,46	0	0
T-DIA	0	0,13	0	0,08	0	0,17	0	0	0,25	0
T-DES	0,08	0,02	0,05	0,04	0,01	0,06	0	0	0	0,33
Caso Camila										
	C-OBE	C-EXP	C-CONT	C-MET	C-AVA	C-ANA	C-VAL	C-CONC	C-DIA	C-DES
T-EXP	0,18	0,40	0,06	0,06	0,04	0,04	0,02	0	0	0,02
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	0,10	0,05	0,03	0,34	0,07	0,09	0,02	0	0	0,01
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0,07	0,03	0,05	0,06	0,04	0,39	0,02	0	0,01	0,02
T-VAL	0,10	0,05	0,02	0,10	0,08	0,15	0,17	0	0,01	0
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-DIA	0,01	0,03	0,01	0,06	0,01	0,12	0	0	0,30	0,04
T-DES	0,11	0,06	0,01	0,02	0,02	0,09	0	0	0,01	0,36

Nota: Valores iguais ou maiores do que 0,15 foram destacados em negrito. T-EXP = terapeuta exploratória. T-CONT = terapeuta controladora. T-MET = terapeuta metacognitiva. T-AVA = terapeuta avaliativa. T-ANA = terapeuta analítica. T-VAL = terapeuta validante. T-CONC = terapeuta concreta. T-DIA = terapeuta dialógica. T-DES = terapeuta desobediente. C-OBE = cliente obediente. C-EXP = cliente exploratória. C-CONT = cliente controladora. C-MET = cliente metacognitiva. C-AVA = cliente avaliativa. C-ANA = cliente analítica. C-VAL = cliente validante. C-CONC = cliente concreta. C-DIA = cliente dialógica. C-DES = cliente desobediente.

Tabela 4. Escores dos Questionários de Autorrelato.

	Heitor				Luísa				Camila			
Sessão	CFQ	VQ-p	VQ-o	GAD-7	CFQ	VQ-p	VQ-o	GAD-7	CFQ	VQ-p	VQ-o	GAD-7
T	41	x	x	20	35	x	x	10	43	x	x	10
1	35	10	16	20	32	23	29	10	45	12	20	13
2	36	23	9	x	35	18	18	x	46	10	18	x
3	37	22	15	15	33	19	15	11	42	12	24	8
4	29	4	19	x	32	18	16	x	41	16	22	x
5	29	16	9	8	32	17	16	11	44	18	21	9
6	28	11	17	x	35	17	17	x	44	20	19	x
7	29	11	10	11	35	18	19	8	42	14	28	10
8	27	12	18	x	34	18	17	x	41	16	24	x
9	30	18	14	9	29	17	18	13	43	8	25	9
10	24	25	7	x	28	17	18	x	44	13	23	x
11	25	18	11	11	32	17	21	7	43	17	18	9
12	19	18	9	x	33	20	21	x	42	14	21	x
13	24	13	13	12	34	19	17	15	37	17	18	8
14	19	24	6	x	30	16	17	x	44	9	26	x
15	20	12	8	10	32	17	16	7	40	16	21	10
16	29	9	14	x	32	17	17	x	41	18	13	x
17	23	14	12	12	34	19	14	7	40	19	17	10
18	17	14	9	x	42	20	8	x	41	16	16	x
19	16	9	15	8	30	18	18	7	39	16	18	15
20	28	5	12	x	28	20	13	x	37	15	15	x
21	15	19	6	15	33	16	18	8	44	13	18	11
22	28	4	19	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23	9	21	2	6	x	x	x	x	x	x	x	x
EMP	16	9	9	x	28	20	12	x	40	15	21	x
F-UP	24	17	11	9	30	22	16	3	38	19	23	10

Nota: CFQ = Questionário de Fusão Cognitiva. VQ-P = Questionário de Valoração subescala progresso. VQ-O = Questionário de Valoração subescala obstrução. GAD-7 = Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada 7. T = Triagem. EMP = Entrevista de Mudança Psicoterapêutica. F-UP = Follow-up. X = questionário não administrado

cias psicológicas, assertividade nas interações sociais, valorização das próprias melhoras e mudança nas expectativas do processo de terapia como um espaço para além de conselhos. Ela atribuiu estas alterações ao ritmo gradual do processo; à dinâmica de diálogo reflexivo com sínteses das análises; às sugestões de pausas no fluxo de pensamentos; aos insights entre sessões; ao uso dos aprendizados em terapia para ajudar outras pessoas; e às mudanças em seus relacionamentos. Porém, ela também apontou ter tido dificuldades de compreender o processo no começo e sentiu falta de aprofundamento em um tema importante de seu passa-

do. Sobre a pesquisa, disse que suas respostas aos questionários foram feitas a seu *self* e não à semana específica (apesar das orientações) e diz ter sentido mudanças no CFQ e no VQ, mas não no GAD-7.

Camila afirma ter percebido mudanças positivas em relação a seu autoconhecimento, auto-compaixão, aceitação de experiências psicológicas, autoexpressão de sentimentos e pensamentos; engajamentos em atividades que procrastinava, melhoras de saúde física e mudança de expectativa de terapia como um espaço para além de conselhos. Ela atribuiu estas mudanças à credibilidade e confiança no terapeuta, ritmo gradual do processo, bai-

xa pressão do terapeuta para realização de tarefas, uso de analogias e metáforas para interpretações, aprender a avaliar a utilidade de pensamentos, desobedecer aos pensamentos, explicar os aprendizados de terapia para outras pessoas e sair da casa dos pais. Sobre os aspectos negativos, ela destacou a descontinuação do trabalho inicial de clarificação de valores e afirmou ainda perceber a procrastinação presente. Em relação a pesquisa, abordou ter se sentido tranquila com a exposição e que suas respostas aos questionários foram feitas a seu *self* e não à semana específica (apesar das orientações) e de forma mais extremada.

Por fim, o terceiro eixo inclui situações e momentos concretos que ilustram ou exemplificam os pontos levantados no eixo 2 e não serão descritas em detalhes aqui.

Discussão

Efetividade do Processo Terapêutico

Para avaliar os resultados de efetividade dos três processos terapêuticos, é importante integrar as quatro fontes de dados obtidas: os questionários de autorrelato, a frequência de categorias do cliente em sessão, os relatos na EMP e o prontuário do terapeuta sobre a formulação de caso e as sessões³. Afinal, a integração de dados quantitativos e qualitativos, oriundos de métodos e observadores diferentes irá enriquecer a compreensão do processo de mudança clínica.

Em primeiro lugar, é possível considerar que as categorias do cliente C-OBE, C-CONT e C-AVA são comportamentos problema que ocorrem em sessão, indícios de fusão cognitiva e obstáculos ao tratamento; e que as categorias C-CONC, C-DIA e C-DES como comportamentos de melhora clínica em sessão, indicativos de desfusão cognitiva. Em congruência com a nomenclatura da FAP, o primeiro grupo será chamado de comportamentos clinicamente relevantes problema (CCR1) e o segundo de comportamentos clinicamente relevantes de melhora (CCR2) (cf. Kohlenberg & Tsai, 1991).

Os dados da Figura 2 mostram que, para todos os participantes, a frequência das categorias compreendidas como CCRs1 foi relativamente alta na Fase A (alcançando máxima de 36,11%, 31,42% e 29,63% nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente); e sofreu uma redução significativa na Fase A+B (atingindo mínimas de 0%, 1,56% e 4,84% nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Inversamente, a frequência de categorias compreendidas como CCRs2 foi basicamente nula na Fase A (somente presente na sessão 6 do caso Camila) e muito presente na Fase A+B (com máxima de 36,89%, 15,91% e 20,16% nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Esses dados indicam uma mudança positiva significativa no comportamento dos participantes em sessão.

Estes dados são coerentes com o comportamento do terapeuta em sessão, que mostrou alta adesão ao procedimento, mensurado por meio da frequência das categorias do terapeuta mais associadas à desfusão cognitiva (T-CONC, T-DIA e T-DES). Os resultados mostram que durante a Fase A o terapeuta se engajou somente quatro vezes nestes comportamentos, porém o fez com alta frequência na Fase A+B (902 instâncias).

Em segundo lugar, os relatos obtidos pelo EMP e analisados por meio da *Grounded Theory* sugere que os participantes perceberam os processos terapêuticos como predominantemente positivos, especialmente em relação a mudanças na forma que respondiam ao seu próprio comportamento (por exemplo, autoconhecimento, autocompaixão e aceitação), embora alterações na interação com o mundo externo e social tenham sido descritas (por exemplo, assertividade, autoexpressão e engajamento em atividades). Estas observações foram, em grande medida, corroboradas pelo relato qualitativo nos prontuários do terapeuta (cf. Assaz, 2020).

A única fonte de dados que divergiu desse cenário indicativo de melhora clínica foram os questionários de autorrelato. Embora Heitor tenha mostrado uma redução nos escores de fusão cognitiva e ansiedade, esta tendência não foi observada na escala de ações baseadas em valores. Luísa somente demonstrou uma leve tendência de melhora nos questionários CFQ, GAD-7 e VQ-obstrução. Já Camila não apresentou mudanças significativas nestas medidas. Uma possível expli-

3 Estes dados do prontuário sobre o processo de terapia estão disponíveis em Assaz (2020) e não foram incluídos na seção acima em função do escopo do manuscrito.

cação para esta incongruência entre as fontes de dados são as dificuldades relatadas pelos participantes na EMP em compreender os questionários e respondê-los de uma maneira sensível à sua experiência na semana anterior.

Modelo Racional-Empírico (Etapa 6)

Comparação entre o modelo racional e os dados empíricos

O modelo racional, construído no Estudo 1, propunha uma série de hipóteses em relação (1) à frequência de classes de comportamentos do cliente e do terapeuta em sessão com maior ou menor prevalência ao longo do processo da terapia e (2) à sequências recorrentes de interações entre o comportamento do terapeuta e do cliente. Com os dados empíricos obtidos no Estudo II, é possível comparar os resultados obtidos com as hipóteses feitas, avaliando se elas são corroboradas ou não.

A primeira previsão do modelo racional era que em momentos no qual o cliente se engajasse na classe obediente (C-OBE), o terapeuta iria redirecioná-lo para a classe exploratória (T-EXP). Esta hipótese é corroborada pelas probabilidades de transição. Nos três casos, após a ocorrência da categoria C-OBE, a categoria mais provável com grande margem para as demais era T-EXP, com probabilidade de transição de 0,38, 0,28 e 0,28 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente (Tabela 2).

Também foi hipotetizado que a díade se envolveria, em sequência, nas classes exploratória, metacognitiva, analítica e validante. Com exceção da classe validante (discutida mais adiante), esta tendência foi observada no comportamento do terapeuta em todos os três casos (Figura 3). Nas primeiras sessões, a classe exploratória tendeu a predominar sobre as demais. Com o tempo, a classe metacognitiva foi se tornando mais prevalente e a classe exploratória foi decaindo até o ponto de invertê-las em termos de frequência (observado nas sessões 9, 7 e 8 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Então, progressivamente a classe metacognitiva tornou-se menos frequente enquanto a analítica mais presente, até haver uma inversão nos dados (obser-

vado nas sessões 10, 8 e 10 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Na sequência, estas três categorias tiveram uma frequência acumulada mais baixa; porém, elas se mantiveram presente e até tiveram novos picos em sessões pontuais a depender do caso.

A mesma tendência pode ser observada no comportamento do cliente, com certas “ondas” consecutivas das categorias exploratória, metacognitiva e analítica demonstrando maior prevalência (Figura 3). Porém, este dado aparenta ser menos “limpo”, especialmente porque alguns picos são mais ou menos pronunciados em relação aos dados do terapeuta.

Embora a Figura 3 aponte certa sintonia entre os comportamentos do terapeuta e do cliente no engajamento nas categorias exploratória, metacognitiva e analítica, com picos e vales correspondentes em muitos momentos, isto é mais nítido nos dados da análise sequencial. Como pode ser visto na Tabela 2, em todos os três casos, quando o cliente se engajava nas categorias C-EXP, C-MET, C-ANA ou C-VAL, no turno seguinte, o mais provável era que o terapeuta se engajasse na mesma categoria (T-EXP, T-MET, T-ANA ou T-VAL, respectivamente). O inverso também se mostrou verdadeiro. Como ilustrado na Tabela 3, em todos os três casos, quando o terapeuta se engajava nas categorias T-EXP, T-MET, T-ANA ou T-VAL, o mais provável era que o cliente se engajasse na mesma categoria no turno seguinte. A única exceção foi o comportamento de Heitor após T-VAL. Estes dados sugerem a existência de *loopings* entre terapeuta e cliente, no qual ambos se engajam em uma mesma categoria durante o episódio, com cada membro da díade aumentando a chance do outro continuar se engajando na mesma categoria.

A classe validante não seguiu as previsões do modelo racional. A frequência geral foi relativamente, especialmente no caso de Heitor, e pareceu ocorrer em sessões específicas ao longo do processo terapêutico (sessão 6 para Heitor, 11 e 12 para Luísa e 7, 10, 12 e 17 para Camila). Os prontuários sugerem que essas sessões foram caracterizadas por respostas frequentes de avaliação ou controle pelo cliente ou marcadas por análises funcionais que vinculavam a história do cliente ao seu pensamento atual, validando esses comportamentos

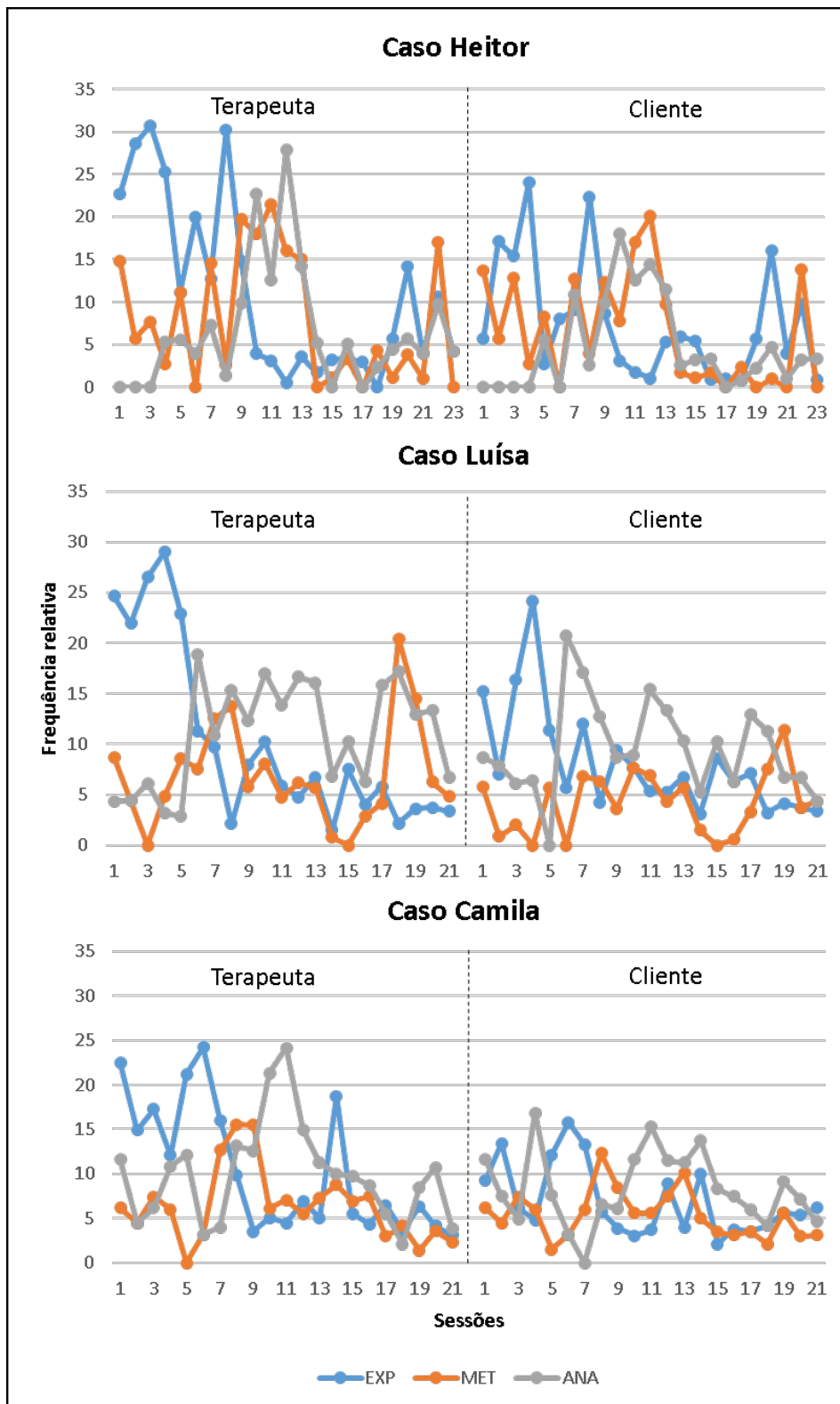


Figura 3. Frequência relativa das categorias exploratória, metacognitiva e analítica do terapeuta e do cliente

Nota: EXP = exploratória. MET = metacognitiva. ANA = analítica.

no processo. Uma possível hipótese é que pode ter havido uma confluência entre as classes analítica e validante, o que coloca em xeque a existência de uma distinção entre compreender o comportamento funcionalmente em seu contexto atual e histórico e explicitar que este comportamento é compreensível dado este contexto.

O modelo racional também descreveu as classes controladora e avaliativa como duas barreiras ao tratamento, com o cliente se engajando nelas na ordem acima e o terapeuta evitando fazê-lo. De fato, o terapeuta teve uma frequência mínima dessas classes, com duas ocorrências em todos os três processos terapêuticos. No entanto, os dados dos clientes foram mais heterogêneos: Heitor teve uma frequência absoluta de 11 instâncias de controladora e 27 instâncias de avaliativa; Luísa teve 113 de controladora e 18 de avaliativa; e Camila teve 60 de controladora e 71 de avaliativa. Além disso, essas categorias de clientes não eram particularmente prováveis após determinados comportamentos do terapeuta, com a exceção da sequência T-VAL/C-AVA no caso Heitor (Tabela 3). Ademais, diante das classes avaliativa e controladora do cliente, diversas categorias do terapeuta tinham alta probabilidade de ocorrência, a depender do caso, como exploratória (T-EXP), metacognitiva (T-MET), analítica (T-ANA) e validante (T-VAL), mas sem uma sequência preferível (Tabela 2).

Integrando as análises acima com a formulação de caso e descrição do processo terapêutico feitas pelo clínico, o comportamento dos participantes parece ser congruente com o uso de diferentes topografias pelos participantes para se engajar em esquiva experiencial. Heitor parava de falar, evitava contato visual e adotava uma postura fechada, comportamentos não-vocais não categorizados pelo SICARECC (a exceção foram algumas falas autodepreciativas, categorizadas com C-AVA). Já Luísa ria de forma nervosa em situações emocionalmente incongruentes, comportamento categorizado como C-CONT). Por fim, Camila ria de nervoso em situações emocionalmente incongruentes, mas também se julgava abertamente por ter alguns pensamentos, categorizando-os como ruins e afirmando tentar con-

trolá-los (comportamentos categorizados como C-CONT e C-AVA). Portanto, funcionalmente talvez fosse mais apropriado não distinguir entre as classes controladora e avaliativa, mas simplesmente considerá-la topografias diferentes de esquiva experiencial (Hayes et al., 1996).

Após a classe validante, o modelo racional propunha que o cliente e o terapeuta se engajariam primeiramente na classe concreta ou dialógica e somente então na classe desobediente. De fato, estas três classes, mais associadas à desfusão cognitiva, começam a aparecer com uma frequência relevante no comportamento do cliente e do terapeuta somente na segunda metade dos processos terapêuticos, usualmente acompanhado de um decréscimo nas categorias metacognitiva e analítica (notavelmente nas sessões 13, 14 e 15 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente).

É interessante notar a variabilidade entre os casos a respeito destas três classes (Figura 4). No caso Heitor, a categoria dialógica é a primeira a surgir e também a mais presente das três (para terapeuta e cliente). Porém, as categorias concreta e desobediente apresentam frequências importantes, com picos em sessões específicas. No caso Luísa, a categoria desobediente é a com maior presença, apresentando certa prevalência desde a sessão 7, mas atingindo alta frequência a partir da sessão 13. Este início é concomitante com um pico na categoria concreta, que só ocorre com frequência significativa nas sessões 13, 14 e 17. Já a categoria dialógica tem uma presença mais pontual. Por fim, no caso Camila não houve ocorrências da categoria concreta. Por outro lado, as categorias dialógica e desobediente possuem um pico inicial concomitante, a partir da sessão 15, mas mais duradouro no caso da última.

Em relação às classes concreta, dialógica e desobediente, é possivelmente novamente observar a ocorrência de *loopings* entre o comportamento do cliente e do terapeuta (Tabelas 2 e 3). Isto é, quando o terapeuta se engajava em uma destas classes, o mais provável é que, no turno seguinte, o cliente se engajasse na mesma classe. O contrário também foi verdade: o terapeuta tendia a seguir o cliente quando este se engajava em uma destas três classes.

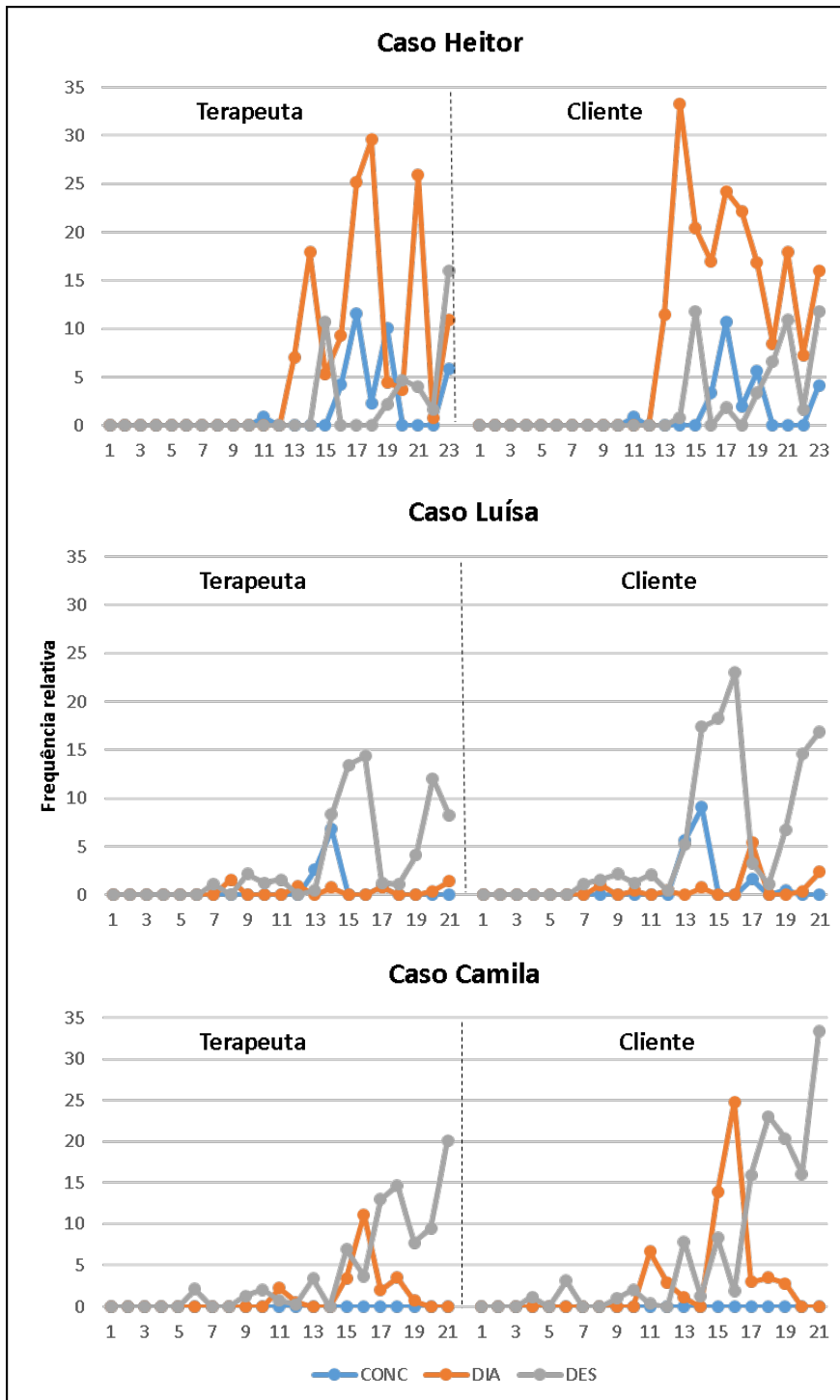


Figura 4. Frequência relativa das categorias concreta, dialógica e desobediente do terapeuta e do cliente.

Nota. CONC = concreta. DIA = dialógica. DES = desobediente

Construção do modelo racional-empírico

A comparação entre o modelo racional e a análise empírica levou a algumas alterações no modelo anterior. Considerando que ainda existem diversos aspectos a serem explorados em futuras análises empíricas, este será considerado um modelo racional-empírico preliminar (Figura 5).

Foram feitas quatro principais mudanças no modelo racional para a construção do modelo racional-empírico. Em primeiro lugar, a assimilação

da classe avaliativa pela classe controladora, que passa a ser um obstáculo à promoção da desfusão cognitiva que pode ocorrer nas etapas iniciais da tarefa. Em segundo lugar, a integração das classes analítica e validante em uma única, denominada compreensiva. Em terceiro lugar, a criação de um caminho alternativo para a classe desobediente que não passa pela classe concreta ou dialógica. Em quarto lugar, os *loopings* na interação entre terapeuta e cliente em cada classe, exceto obediente e controladora, ganharam destaque e proeminência para compreender a dinâmica do modelo.

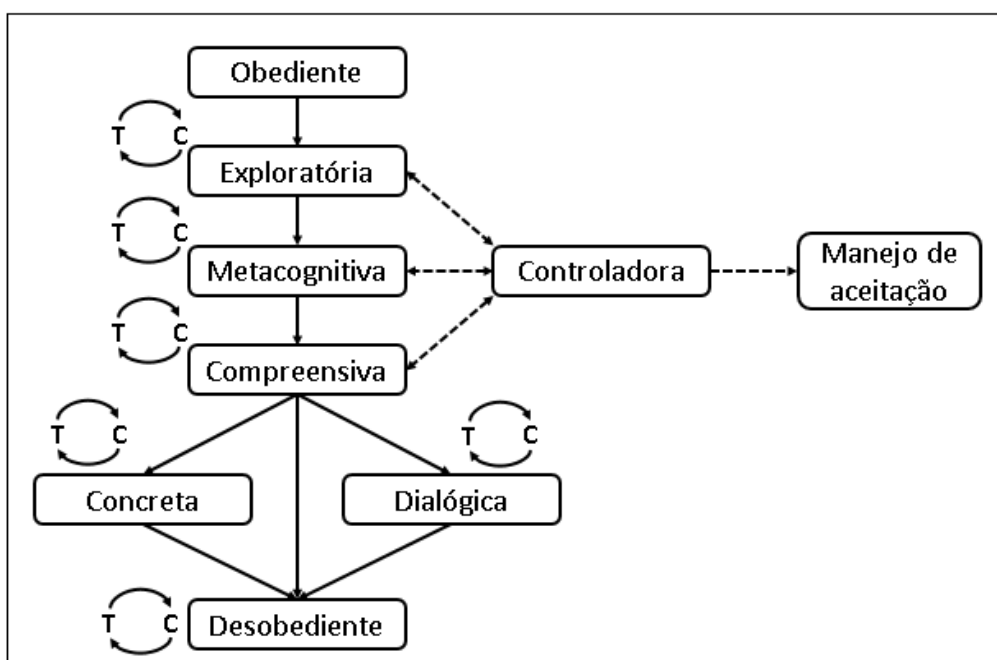


Figura 5. Modelo Racional-Empírico para Produzir Desfusão Cognitiva.

Nota: Setas tracejadas indicam caminhos alternativos possíveis em função de barreiras ao tratamento.

T = terapeuta. C = cliente.

Limitações e Futuras Pesquisas

Este estudo possui algumas limitações que reduzem sua validade interna e externa. Em relação à validade interna, a confusão dos papéis do pesquisador principal, terapeuta e categorizador traz diversos vieses. Embora isso tenha sido feito neste estudo por conveniência e disponibilidade limitada de terapeutas com formação em ACT, pesquisas futuras deveriam tentar separar esses papéis em indivíduos diferentes. Além disso, os três processos terapêuticos analisados foram conduzidos pelo mesmo terapeuta,

com clientes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e ocupações e idades semelhantes. Isso significa que se deve ter cuidado generalizar esses dados para outras populações e terapeutas. Esta linha de investigação é encorajada a fim de avaliar a possível variabilidade entre terapeutas e clientes (cf. Rochael, 2024).

Ademais, outras metodologias podem ser empregadas, trazendo consigo vantagens sobre a adotada neste estudo. Dentre elas estão a análise mais

aprofundada de episódios específicos ou o contraste entre resoluções da tarefa com alta ou baixa efetividade (Greenberg, 2007).

Como mencionado anteriormente, o modelo racional-empírico não pretende ser definitivo. Qualquer aspecto dele pode e deve ser revisado quando novas evidências surgirem. Por exemplo, a proposta de incluir a classe avaliativa na controladora faz sentido? Integrar as classes analítica e validante em uma única classe compreensiva é a melhor opção? Dados os três caminhos da classe compreensiva para a classe desobediente, qual é o mais efetivo e eficiente para cada paciente?

Conforme novas evidências empíricas sejam acumuladas de modo a refinar o modelo racional-empírico, a Análise da Tarefa pode prosseguir para a etapa 7. Nesta, são descritos os processos psicológicos envolvidos em cada classe do modelo e a transição entre elas. Este trabalho já foi iniciado aqui na descrição das categorias, mas deve ser refinado e expandido. Então, a Análise da Tarefa de desfusão cognitiva poderia sair da fase de descobrimento e entrar sua fase de validação (Greenberg, 2007).

Conclusão

A presente pesquisa se propôs a elaborar uma Análise da Tarefa parcial e sobre como terapeutas promovem desfusão cognitiva em seus clientes que se encontram em um estado de fusão cognitiva. O objetivo é contribuir para a construção de diretrizes que orientem e guiem a tomada de decisão clínica, de modo a aumentar a efetividade e eficiência da intervenção.

Embora as evidências empíricas obtidas permitissem refinar o modelo teórico e construir um modelo racional-empírico, este deve ser visto como preliminar. Assim, ele pode, no momento, ter sua utilidade, mas deve ser refinado por estudos empíricos que resolvam as limitações deste estudo e explorem outros terapeutas, populações e metodologias de pesquisa.

Referências

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2000). The hopelessness theory of suicidality. In: T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding boundaries* (pp. 17-32). Springer.
- Assaz, D. A. (2020). Desfusão cognitiva na terapia de aceitação e compromisso (ACT): O processo de mudança clínica [Tese de doutorado; Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change?. *The Psychological Record*, 68(4), 405-418. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>
- Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K., & Roche, B. (2023). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 54(6), 1020-1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEnteggart, C. (2017). From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for analyzing the dynamics of arbitrarily applicable relational responding. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 434-445. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.001>
- Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. M. (2015). Decentering and related constructs: A critical review and metacognitive processes model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 599-617. <https://doi.org/10.1177/1745691615594577>
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57(4), 555-576. <https://doi.org/10.1007/BF03395595>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration

- of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005>
- Costa, C. E., & Cançado, C. R. X. (2012). Stability check: A program for calculating the stability of behavior. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 38(1), 61–71.
- Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments*. Retrieved from: www.div12.org/psychological-treatments/
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69–111.
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2^a ed.). John Wiley & Sons.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Greenberg, L. S. (1984). Task analysis: The general approach. In: L. N. Rice & L. S. Greenberg, *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124–148). Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15–30. <https://doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439–446. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.439>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289–303. <https://doi.org/10.1007/BF03392677>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Kluwer Academic Publishers.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical

- data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In: A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). American Psychological Association.
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M. S. (2017). Cognitive fusion questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Luciano, C., Törneke, N., & Ruiz, F. J. (2023). Clinical behavior analysis and RFT: Conceptualizing psychopathology and its treatment. Em: M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.) *Oxford handbook of acceptance and commitment therapy* (p. 109-144). Oxford University Press.
- Luoma, J. & Hayes, S. C. (2009). Cognitive defusion. In: W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.), *Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy: A step by step guide for clinicians (2nd edition)* (pp. 181-188). John Wiley & Sons.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists (2nd version)*. New Harbinger Publications.
- Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L. & Crippa, J. A. D. S. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, 24(1), 367-376. <http://doi.org/10.9788/TP2016>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2014). Task analysis: New developments for programmatic research on the process of change. In: W. Lutz & S. Knox (Eds.), *Explorations in mental health: Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research* (pp. 249-273). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rochaël, L. P. M. (2024). *Análise da eficácia da ACT associada à compaixão na flexibilidade psicológica e no autoestigma de mulheres acima do peso*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUC Goiás.
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312. <https://doi.org/10.1177/0145445503027003003>
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In: A. O. Hovarth & L. S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 225-255). John Wiley & Sons.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In: R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 45-61). Pergamon.

- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Vintage Books.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the valuing questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>
- Soriano, M. C. L., Valverde, M. R., & Martínez, O. G., (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 377-396.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.
- Strosahl, K., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change*. New Harbinger.
- Twohig, M. P., & Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression & anxiety: Annotated transcripts for learning acceptance & commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36(1), 87-119. <https://doi.org/10.1177/0145445511422830>
- Westrup, D. (2014). *Advanced acceptance and commitment therapy: The experienced practitioner's guide to optimizing delivery*. New Harbinger Publications.

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 15/12/2024

Efeitos de um workshop introdutório de Terapia de Aceitação e Compromisso na aquisição de competências terapêuticas: um estudo quase-experimental de caso único

Effects of an introductory Acceptance and Commitment Therapy workshop on the acquisition of therapeutic competencies: a single-case quasi-experimental study

Raul Vaz Manzione¹, Roberta Kovac¹

[1] Instituto Par | **Título abreviado:** Workshop introdutório em ACT e competências terapêuticas | **Endereço para correspondência:** | **Email:** raul.manzione@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.038

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma intervenção psicoterapêutica contextual com robusta evidência empírica para diferentes condições clínicas. Apesar disso, o treinamento de terapeutas em competências específicas de ACT ainda carece de maior investigação empírica. O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de um workshop introdutório de ACT, com duração de dois dias, sobre a aquisição de habilidades terapêuticas em psicólogos iniciantes. Utilizou-se um delineamento quase-experimental de caso único, com dois participantes sem treinamento prévio em ACT. As competências foram avaliadas por meio de role-plays observados e mensurados pela ACT Fidelity Measure (ACT-FM), além de um questionário de conhecimentos em ACT (AKQ). Os resultados indicaram que ambos os participantes apresentaram melhora nos repertórios consistentes com ACT em comparação à linha de base, embora tenham ocorrido variações individuais ao longo das sessões. O questionário de conhecimentos não demonstrou mudanças significativas entre pré e pós-workshop. Esses achados sugerem que workshops breves podem promover ganhos iniciais em competências clínicas em ACT, funcionando como uma porta de entrada para a abordagem, mas que o desenvolvimento consistente dessas habilidades requer treinamento continuado e supervisão. As implicações para programas de formação de terapeutas e as limitações de amostras reduzidas e ausência de follow-up são discutidas.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; treinamento de terapeutas; workshop; competências clínicas.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a contextual psychotherapeutic intervention with robust empirical evidence across a range of clinical conditions. Despite this, the training of therapists in specific ACT skills remains insufficiently investigated empirically. The present study aimed to evaluate the effects of a two-day introductory ACT workshop on the acquisition of therapeutic skills in novice psychologists. A single-case, quasi-experimental design was used, with two participants who had no prior ACT training. Competencies were assessed through observed role-plays measured by the ACT Fidelity Measure (ACT-FM), as well as the ACT knowledge questionnaire (AKQ). The results indicated that both participants showed improvement in ACT-consistent repertoires compared with baseline, although individual variation occurred across sessions. The knowledge questionnaire did not show significant changes between pre- and post-workshop. These findings suggest that brief workshops may promote initial gains in ACT clinical competencies, functioning as an entry point to the approach, but that the consistent development of these skills requires ongoing training and supervision. Implications for therapist training and the limitations of small samples and the absence of follow-up are discussed.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; therapist training; workshop; clinical competencies.

Nota dos autores

Este artigo é derivado da dissertação de mestrado de Raul Vaz Manzione, defendida no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu do Instituto Par.

O avanço da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT - Hayes et al., 2021) como prática clínica depende não apenas da robustez de sua base empírica, mas também da qualidade do treinamento oferecido aos profissionais que a utilizam (Walser et al., 2013). A consolidação da ACT no cenário internacional tem mostrado que a disseminação de evidências precisa vir acompanhada de estratégias formativas que favoreçam o desenvolvimento de terapeutas competentes (Pakenham, 2014).

Aprender ACT, no entanto, envolve desafios específicos. Por ser uma abordagem fundamentada em princípios analítico-comportamentais e em uma filosofia contextual, a prática efetiva não se reduz ao uso de protocolos, metáforas ou técnicas isoladas (Walser, 2019; Westrup, 2014). O risco de uma aplicação topográfica, descolada da função clínica, é recorrente. Para além do conhecimento declarativo, a ACT exige repertórios relacionais que integrem postura, sensibilidade e flexibilidade no encontro terapêutico (Twohig & Hayes, 2008; Luciano et al., 2016).

Nesse sentido, cresce a atenção ao modo como os terapeutas aprendem a aplicar ACT. É necessário criar contextos de aprendizagem que favoreçam a vivência dos processos da ACT, a prática deliberada em role-plays e o suporte contínuo da supervisão (Walser & Wharton, 2023). Esses elementos são considerados fundamentais para a construção de competências clínicas centrais, como a promoção de flexibilidade psicológica no cliente e o uso funcional dos processos da ACT na sessão (Luoma & Vilardaga, 2013).

Entre as estratégias de formação, os workshops presenciais ou online têm se consolidado como porta de entrada para profissionais interessados na ACT. Estudos sugerem que esse formato pode gerar ganhos em conhecimento e, em alguns casos, em habilidades clínicas (Walser et al., 2013). Contudo, ainda há uma lacuna importante: a escassez de delineamentos que avaliem mudanças observáveis na prática dos terapeutas, seja em contextos simulados, seja em atendimentos reais (Richards et al., 2011; Trompetter et al., 2014).

O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de um workshop introdutório de ACT, com duração de dois dias, na aprendizagem de psicólogos em formação. Buscou-se identificar mu-

danças em habilidades clínicas consistentes com ACT durante role-plays através da *Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure* (ACT-FM; O'Neill et al., 2019)¹, bem como possíveis avanços no conhecimento teórico da abordagem pelo *Acceptance and Commitment Therapy Knowledge Questionnaire* (AKQ; Luoma & Vilardaga, 2013).

Método

Delineamento

O presente estudo adota um delineamento quase-experimental de sujeito único.

Variáveis

No presente estudo, as variáveis dependentes corresponderam aos escores obtidos na ACT-FM, derivados da observação do desempenho dos participantes em role-plays clínicos simulados. Esses role-plays foram realizados ao longo do workshop, gravados integralmente via plataforma Zoom e posteriormente avaliados por dois observadores independentes. As avaliações não foram feitas ao vivo: cada observador assistia a cada gravação uma única vez, sem interrupções, e somente após o término atribuíam os escores da ACT-FM. O pesquisador principal também avaliou todos os vídeos com o objetivo de calcular a concordância interavaliadores. Os escores da ACT-FM incluíram tanto o valor total de comportamentos consistentes e inconsistentes com ACT quanto os domínios específicos (Postura Terapêutica, Abertura, Consciência e Compromisso).

Como variável dependente adicional, foi utilizado o AKQ, aplicado antes e após a intervenção para avaliar possíveis mudanças no conhecimento declarativo dos participantes sobre ACT.

A variável independente foi o próprio workshop introdutório de ACT, com carga horária total de 12 horas, distribuídas em dois dias consecutivos de seis horas cada, combinando exposições teóricas, exercícios experienciais e role-plays clínicos supervisionados.

1 A ACT-FM foi traduzida e adaptada para o presente estudo com a autorização de seus autores.

Questões éticas

Este estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa e somente foram incluídos após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE explicitava a garantia dos princípios de dignidade, confidencialidade, segurança e voluntariedade dos participantes. O projeto e o TCLE foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado pela Plataforma Brasil (protocolo CAAE: 40959620.0.0000.8447).

Participantes

Para o presente estudo foi necessário o recrutamento de participantes que preenchessem os critérios de inclusão: (1) psicólogos(as) com atuação na clínica com no máximo dois anos de formação ou (2) estudantes de último ano de graduação em Psicologia que já tenham iniciado seus atendimentos clínicos. Tiveram como critérios de exclusão, participantes: (1) com mais de dois anos de formação em Psicologia; (2) que estivessem no quarto ano ou anterior do curso de Psicologia; (3) que já tivessem feito algum treinamento em ACT (ex.: formação, workshop experiencial); (4) que trabalhassem com ACT. O critério “ter realizado leituras em ACT” não foi considerado um critério de exclusão, pois considera-se que a leitura de um manual dificilmente se traduz em habilidade clínica.

Como forma de recrutamento, foi desenvolvido um *flyer* virtual com divulgação nas redes sociais e foi elaborado um questionário via Formulários Google. Houve 246 respondentes no total. Destes, 183 preenchiam critérios para a participação no estudo. Dos 183 participantes, foram selecionados aleatoriamente 12 (doze) participantes numerados de 1 a 183 pelo site <https://sorteador.com.br>. Estes 12 (doze) participantes foram os participantes que compuseram o *workshop*. Como sujeitos-alvo de interesse, dois ($n = 2$) participantes foram selecionados pelo mesmo site para terem seu comportamento avaliado para os propósitos do presente estudo. Todos os participantes receberam a mesma intervenção e todos foram contatados com uma semana de antecedência em relação ao início do estudo para confirmar a participação via WhatsApp.

O Sujeito 1 é psicólogo, com um ano de formação e atuação clínica, e já realizou algumas leituras sobre ACT, mas nunca participou de treinamentos na área. A Sujeito 2 é psicóloga, com dois anos de formação e atuação clínica, e apenas ouviu falar sobre a ACT.

Observadores

Foi conduzido um teste de fidedignidade da classificação das interações por três observadores independentes: o pesquisador deste estudo e outros dois observadores experientes em ACT.

Treino de Observadores. Embora os observadores independentes sejam experientes em ACT, nenhum deles possui familiaridade com a ACT-FM. Para tanto, foi feito um treino de observação conforme as instruções delineadas na elaboração da ACT-FM. Junto do pesquisador na plataforma Zoom, em sessões separadas com cada observador, foi mostrado o instrumento em minuciosos detalhes e eventuais dúvidas sobre o seu preenchimento foram esclarecidas.

Para o treino de observação, o pesquisador deste estudo exibiu um vídeo de *role-play* em ACT, legendado em português, desempenhado pela Profa. Dra. Robyn Walser, terapeuta e treinadora experiente em ACT, autora de diversos manuais clínicos (e.g., Luoma et al., 2022). Os observadores foram instruídos da seguinte maneira:

Você irá assistir a uma interação terapêutica de role-play. Neste momento, você deve apenas assistir à interação. Ao final desta, quando solicitado por mim, você fará sua avaliação do que foi assistido por meio dos itens da ACT-FM. Alguma dúvida?

Instrumentos

Foi entregue aos participantes, para preenchimento no início do workshop, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) desta pesquisa e um questionário de conhecimentos em ACT conforme utilizado no estudo de Luoma e Vilardaga (2013).

Questionário de conhecimentos em ACT (AKQ - Acceptance and Commitment Therapy Knowledge Questionnaire) é uma medida pré e pós adotada para avaliação do impacto do aprendizado teórico de um workshop que consiste em 16 itens com respostas de múltipla escolha (itens a, b, c e d) com apenas uma afirmativa correta em cada.

ACT Fidelity Measure (ACT-FM) é um instrumento elaborado por metodologia Delphi com a finalidade de categorizar comportamentos de terapeutas em ACT. A ACT-FM é dividida em 25 comportamentos, operacionalizados, divididos entre repertórios consistentes com ACT e inconsistentes com ACT, seguidos de uma pontuação para cada comportamento de 0 a 3, sendo: 0 = este comportamento nunca ocorreu; 1 = o terapeuta raramente demonstra este comportamento; 2 = o terapeuta às vezes demonstra este comportamento; 3 = o terapeuta demonstra consistentemente este comportamento. Ao final da mensuração, é realizada uma somatória de 0 a 9 para cada categoria (e. g., Postura Terapêutica ACT Consistente versus inconsistente) e de 0 a 36 (0-36) para as categorias totais ACT Consistente e ACT Inconsistente entre os repertórios.

Procedimento Geral

Os participantes foram informados de que o workshop seria gravado em sua duração total. O treinador entregou, então, o TCLE e o questionário de conhecimentos em ACT para os participantes. Em seguida, o treinador iniciou a explicação da avaliação da linha de base dos participantes: o pesquisador solicitava um role-play em que instrua um participante do workshop (não sendo os participantes-alvo do estudo) a realizar o papel de cliente, enquanto os outros participantes do estudo se alternavam de forma a se comportar de maneira a mostrar seu repertório terapêutico.

Medida Pré

Inicialmente, eram dadas as boas-vindas aos participantes. Eles eram então avisados de que o workshop seria gravado em sua totalidade, e eram solicitados a preencher o AKQ.

Avaliação de Linha de Base

Finalizado o preenchimento, os participantes recebiam a seguinte instrução, de forma vocal e escrita, em um slide para os role-plays: *“Iniciaremos com um role-play para avaliarmos a habilidade terapêutica de vocês neste momento do workshop. Faremos alguns role-plays ao longo dos dois dias. Um role-play, como o termo do inglês diz, é uma encenação onde um de vocês irá definir um papel (role) para*

atuar (play) sobre. Neste nosso contexto de treino, um exemplo seria um de vocês participarem de um role-play falando sobre questões como se fossem suas. É esperado que vocês tragam as características pessoais de vocês nestes exemplos, portanto, não avaliaremos as habilidades cênicas de vocês. Farão em duplas: um atuará como paciente e o outro como terapeuta. Ambos terão oportunidade de estar nos dois papéis, então vocês terão a oportunidade de trocar quando sinalizado para tal. Todo mundo irá praticar. Cada momento de role-play tem a previsão de levar em torno de 20 minutos, sendo 10 minutos para cada um de vocês e uma discussão breve de 5 minutos após. Alguma dúvida?”

Os participantes, em seguida, eram divididos em salas do Zoom (*breakout rooms*) e o pesquisador colocava o timer de 10 minutos para cada um, limitando o tempo de prática. Ao final dos 10 minutos, os participantes eram removidos de suas salas, avisados sobre a troca de papéis, e adicionados às mesmas salas do Zoom novamente.

Exposição Didática de Conteúdo

Ao longo dos dois dias de workshop, os participantes foram introduzidos à ACT através do seguinte percurso em ordem: (1) Contextualismo Funcional, Análise do Comportamento e RFT, (2) ACT, Flexibilidade Psicológica e os Seis Processos, (3) Relação Terapêutica, (4) Desesperança Criativa, (5) Abertura (Aceitação e Desfusão), (6) Consciência (Momento Presente e Self) e (7) Compromisso (Valores e Ações com Compromisso). No primeiro dia, os pacientes foram expostos aos conteúdos de (1) a (4). No segundo dia, aos conteúdos de (5) a (7).

Role-plays

Finalizada uma sequência de conteúdo, os participantes eram expostos às situações de role-play. Para tanto, levando em conta a competência a ser treinada, o treinador apresentava uma definição desta [competência] e realizava uma demonstração com um dos participantes que não fossem os sujeitos-alvo através de uma descrição hipotética de caso clínico. Os participantes, todos, eram instruídos a prestar atenção na interação treinador-participante e, na sequência, eram adicionados aos *breakout rooms* do Zoom.

Medida Pós

Ao final do segundo dia do workshop, os participantes foram solicitados a preencher novamente o AKQ, foram agradecidos e dispensados.

Resultados

Ambos os participantes completaram os dois dias de workshop. A Figura 1 representa o gráfico do desempenho dos Sujeitos 1 e 2, respectivamente, referente a repertórios Consistentes e Inconsistentes com ACT segundo o escore da ACT-FM. A porção esquerda (Sessão 1) faz referência ao escore na *Linha de Base* para cada sujeito; nesta fase, o Sujeito 1 pontuou 7 (sete) para Consistente e 20 (vinte) para Inconsistente, enquanto o Sujeito 2 pontuou 14 (catorze) para Consistente e 9 para Inconsistente. A porção direita do gráfico (Sessões 2 a 5) se refe-

re ao desempenho dos participantes após a implementação da intervenção do workshop. Na sessão 2, o Sujeito 1 pontuou 11 (onze) para Consistente e 15 (quinze) para Inconsistente, enquanto o Sujeito 2 pontuou 15 (quinze) para Consistente e 6 (seis) para Inconsistente. Na sessão 3, Sujeito 1 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 17 (dezessete) para Inconsistente enquanto Sujeito 2 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 8 (oito) para Inconsistente. Na sessão 4, Sujeito 1 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 5 (cinco) para Inconsistente e Sujeito 2 pontuou 20 (vinte) para Consistente e 19 (dezenove) para Inconsistente. Por fim, na sessão 5, Sujeito 1 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 14 (catorze) para Inconsistente enquanto Sujeito 2 pontuou 11 para Consistente e 11 para Inconsistente.

Os resultados apresentados são referentes ao escore ACT-FM avaliados pelo pesquisador.

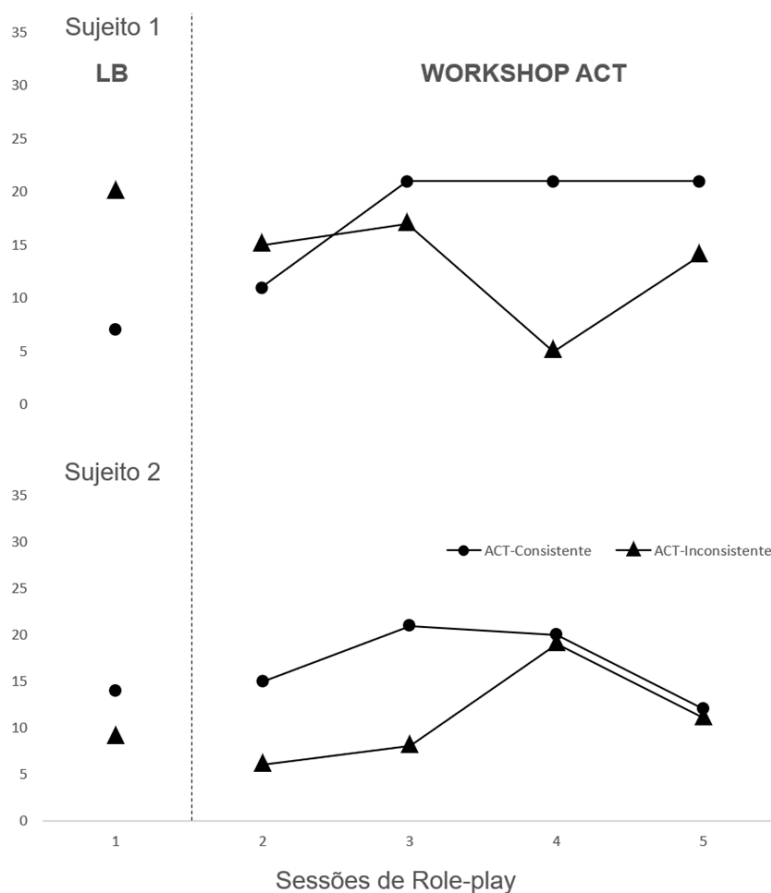


Figura 1. Resultados do Escore Consistente X Inconsistente de acordo com a ACT-FM para Sujeitos 1 e 2, respectivamente, ao longo de 5 sessões. A pontuação se dá pela somatória total de cada repertório avaliado. A pontuação ACT-Consistente é representada por um círculo e ACT-Inconsistente por um triângulo.

A concordância média, em porcentagem, para Observador 1 foi de 80% (oitenta por cento) para Sujeito 1 na avaliação ACT-Consistente e 47% (quarenta e sete por cento) para o mesmo sujeito na avaliação ACT-Inconsistente. Para Sujeito 2, a concordância média, em porcentagem, foi de 72% (setenta e dois por cento) na avaliação ACT-Consistente e 60% (sessenta por cento) para o mesmo sujeito na avaliação ACT-Inconsistente. Para Observador 2, a concordância média em porcentagem foi de 51% (cinquenta e um por cento) para Sujeito 1 na avaliação ACT-Consistente e 56% (cinquenta e seis por cento) para o mesmo sujeito na avaliação ACT-Inconsistente. Para Sujeito 2, a concordância média em porcentagem foi de 70% (setenta por cento) na avaliação ACT-Consistente e 21% (vinte e um por cento) na avaliação ACT-Inconsistente.

A Figura 3 representa o gráfico dos resultados por cada habilidade ACT-Consistente desenvolvida em cada fase do experimento: Postura Terapêutica (PT), Abertura (Abt), Consciência (Cons) e Compromisso (Comp). Na sessão de *Linha de Base* (LB): Sujeito 1 apresentou avaliação de 2 (dois) pontos para Postura Terapêutica, 1 (um) para Abertura, 0 (zero) para Consciência e 4 (quatro) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 3 (três) pontos para Postura Terapêutica, 3 (três) para Abertura, 3 (três) para Consciência e 5 (cinco) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Postura Terapêutica* (PT), Sujeito 1 apresentou avaliação de 3 (três) pontos para Postura Terapêutica, 4 (quatro) para Abertura, 2 (dois) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 6 (seis) pontos para Postura Terapêutica, 3 (três) para Abertura, 4 (quatro) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Abertura* (Abt), Sujeito 1 apresentou avaliação de 6 (seis) pontos para Postura Terapêutica, 7 (sete) para Abertura, 6 (seis) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 5 (cinco) pontos para Postura Terapêutica, 6 (seis) para Abertura, 7 (sete) para Consciência e 3 (três) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Consciência* (Cons), Sujeito 1 apresentou avaliação de 5 (cinco) pontos para Postura

Terapêutica, 7 (sete) para Abertura, 7 (sete) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 3 (três) pontos para Postura Terapêutica, 9 (nove) para Abertura, 6 (seis) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Compromisso* (Comp), Sujeito 1 apresentou avaliação de 5 (cinco) pontos para Postura Terapêutica, 5 (cinco) para Abertura, 4 (quatro) para Consciência e 7 (sete) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 2 (dois) pontos para Postura Terapêutica, 2 (dois) para Abertura, 2 (dois) para Consciência e 6 (seis) para Compromisso. Um ponto importante de apontar referente a este escore é

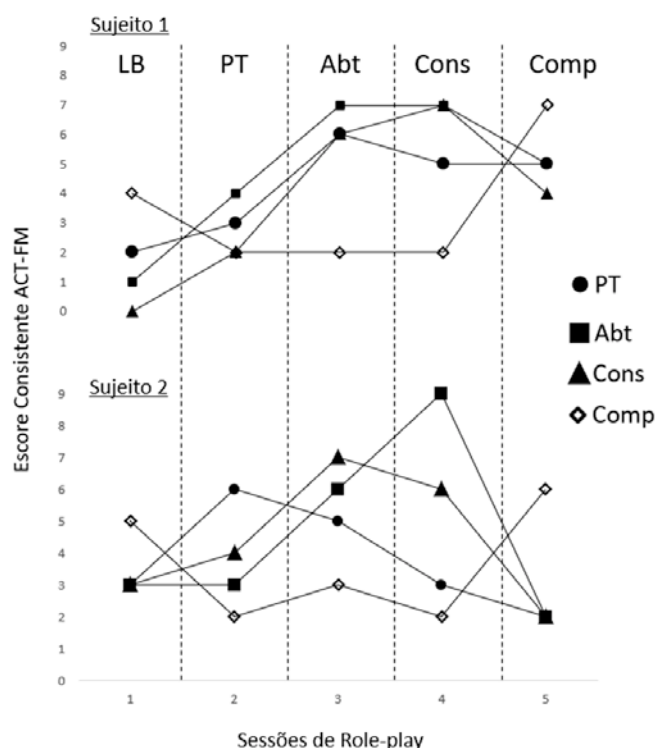


Figura 2. Gráfico destacando a habilidade treinada em cada fase (sessão de role-play) do workshop. Os dados são de ambos os sujeitos para as habilidades ACT-Consistente. A Postura Terapêutica (PT) é representada por um círculo, a Abertura (Abt) por um quadrado, a Consciência (Cons) por um triângulo e Compromisso (Comp) por um losango.

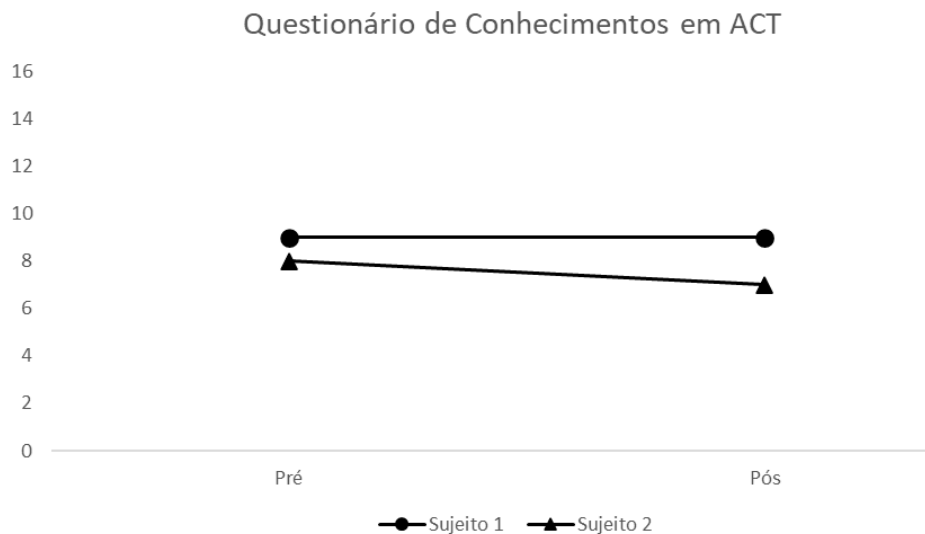


Figura 3. Resultados do questionário de conhecimentos em ACT pré-workshop e pós-workshop para cada sujeito. A pontuação pré-pós do Sujeito 1 é representada por um círculo e a pontuação pré-pós de Sujeito 2 é representada por um triângulo.

que a medida adotada avalia todos os comportamentos ocorridos em uma sessão, mesmo que a habilidade não tenha sido expressamente treinada.

A Figura 3 representa os resultados Pré-workshop e Pós-workshop sobre conhecimentos em ACT mensurados pelo Questionário de Conhecimentos em ACT. O Sujeito 1 obteve pontuação 9 (nove) Pré-workshop e 9 (nove) Pós-workshop. A Sujeito 2 obteve pontuação 8 (oito) Pré-workshop e 7 (sete) Pós-workshop.

Discussão

O presente estudo investigou os efeitos de um workshop introdutório de ACT, de curta duração, sobre a aquisição de competências clínicas em psicólogos iniciantes. Os resultados indicaram que a intervenção promoveu ganhos em repertórios consistentes com ACT, embora esses efeitos tenham variado entre os participantes. A análise dos componentes específicos da ACT-FM revelou padrões distintos de aquisição de competências. Para o Sujeito 1, observou-se uma trajetória de progressão estável e sustentada nos domínios de Postura

Terapêutica (PT), Abertura (Abt), Consciência (Cons) e Compromisso (Comp), com ganhos particularmente notórios nos componentes de Abertura, Consciência e Compromisso de maneira contingente à condição.

Em contraste, o Sujeito 2 apresentou um padrão oscilatório mais acentuado, caracterizado por melhora inicial seguida de declínio em vários domínios, com exceção do domínio de Compromisso que teve um ganho na última sessão de role-play. Esta variabilidade na performance pode refletir tanto a natureza desafiadora da integração desses repertórios quanto possíveis dificuldades na generalização dos aprendizados. A análise fragmentada por domínios demonstra que os componentes relacionados a processos de Compromisso apresentaram maior sensibilidade à variação, sugerindo que estes constituem alvos particularmente sensíveis para intervenções de treinamento.

Também foi observado que o conhecimento teórico, avaliado pelo AKQ, não apresentou mudanças significativas e manteve-se dentro do desvio padrão esperado (Luoma & Vilardaga, 2013). Esse resultado pode refletir que os participantes já possuíam um repertório teórico inicial sobre ACT antes do workshop — seja por leituras prévias ou

interesse pessoal — e que a intervenção funcionou mais como uma revisão e aprofundamento experiencial do que como ensino conceitual.

Mesmo em um treinamento breve, observaram-se mudanças no desempenho em *role-plays*. Esses achados sugerem que workshops introdutórios podem gerar repertórios clínicos iniciais, mas que sua consolidação depende de outros contextos de prática, tais como a própria prática clínica continuada e a supervisão focada em competências do terapeuta. É crucial lembrar que a competência demonstrada em ambientes controlados não é um preditor direto ou forte do resultado do paciente na prática clínica real (Branson et al., 2015). Esse padrão converge com achados da literatura que apontam a utilidade de workshops na introdução à ACT, mas também suas limitações quando usados de forma isolada (Richards et al., 2011; Trompetter et al., 2014; Walser, 2019). Esta conclusão é reforçada por evidências de que mesmo treinamentos extensos (e.g., de um ano) nem sempre garantem uma competência clínica que se traduza de forma generalizada em melhores resultados para os pacientes (Branson et al., 2015; Walser et al., 2013), sugerindo que intervenções curtas são um primeiro passo, mas insuficientes para o desenvolvimento de competências robustas.

Esta conclusão é corroborada por uma análise mais ampla do estado das competências em terapias ligadas à ciência comportamental contextual (CBS), que identifica que o formato típico de treinamento, frequentemente limitado a workshops breves, é insuficiente para estabelecer habilidades confiáveis sem supervisão e consultoria (Gillanders, Lucas et al., submetido). Diretrizes internacionais recentes para formação em terapias comportamentais contextuais reforçam esta perspectiva ao estabelecer que, para terapeutas já formados, alguns dias de treinamento intensivo em workshop podem constituir um ponto de partida, mas que os estágios iniciais de desenvolvimento devem ser considerados “emergentes” e não competência plena (Gillanders, Walser et al., 2025).

Um ponto de relevância metodológica foi o uso da ACT-FM como medida de fidelidade. O presente estudo encontrou variações na confiabilidade entre avaliadores. Esse resultado ecoa os achados recentes de Collins et al. (2025), que investigaram as propriedades psicométricas da ACT-FM em condições controladas. Nesse estudo, a ACT-FM demonstrou

discriminar adequadamente entre sessões de ACT de alta, mista e baixa fidelidade, mas apresentou apenas confiabilidade moderada entre avaliadores, com intervalos de confiança amplos. Assim, tanto o presente estudo quanto o de Collins et al. (2025) apontam para um mesmo desafio: embora a ACT-FM seja promissora como ferramenta de avaliação de competências em ACT, há limites quanto à precisão de suas estimativas de confiabilidade.

Limitações

O presente estudo conta com limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira refere-se à comparação dos dados, uma vez que a literatura sobre treinamento em ACT predominantemente utiliza delineamentos de grupo, impossibilitando comparações diretas. Embora o estudo de Fonseca (2016) sobre FAP em sujeito único ofereça um paralelo, futuras investigações em ACT poderiam beneficiar-se utilizando esta metodologia.

Uma limitação importante do presente estudo diz respeito ao número reduzido de participantes avaliados sistematicamente, o que restringe a generalização dos resultados e dificulta a identificação de padrões mais robustos de mudança. Estudos futuros poderiam ampliar o número de participantes e empregar delineamentos como linha de base múltipla entre diferentes grupos de terapeutas. Esse tipo de arranjo fortaleceria o controle experimental e permitiria avaliar com maior precisão se as mudanças observadas nas competências clínicas estão de fato relacionadas à intervenção.

Uma limitação significativa concerne às medidas utilizadas. A ACT-FM, embora reconhecida por sua confiabilidade (O'Neill et al., 2019), mostrou-se potencialmente suscetível a desvios de concordância em delineamentos de sujeito único (Reeve et al., 2021), possivelmente por ser uma medida funcional e não topográfica. Medidas de mensuração com alto foco funcional tendem a gerar maior discordância entre observadores (Zamignani, 2007; Roth et al., 2019). O treino dos observadores também se mostrou limitado, com apenas uma sessão de treinamento realizada. Ainda, as avaliações conduzidas na ausência do pesquisador resultaram em uma concordância entre observadores que não atingiram os padrões recomendados para pesquisas

de sujeito único (Kratochwill et al., 2012). Medidas corretivas para estudos futuros incluem treinamento extensivo, avaliações simultâneas e a correlação das classificações com medidas de resultado.

Questões de validade interna também foram identificadas. O relato de cansaço pelos participantes ao final do workshop, coincidindo com o pico de performance na terceira sessão e subsequente declínio ou estabilização com aumento de comportamentos inconsistentes (especialmente em S2), sugere a influência de fadiga acumulada. Este efeito tornou-se evidente no segundo dia de workshop, onde se observou o declínio da performance (Sujeito 2) e a subsequente estabilização (Sujeito 2) nos role-plays 4 e 5 (últimos dois). O relato espontâneo pelos participantes ao final das atividades corrobora essa interpretação, sugerindo que o desgaste natural ao longo do evento comprometeu o desempenho nas sessões finais. O planejamento do estudo sofreu uma redução não prevista nos pontos de medida (de 6 para 5 *role-plays*) devido ao tempo despendido no preenchimento de questionários, sugerindo que futuras aplicações realizem esta etapa em momento separado.

Em relação à validade externa, a reatividade à avaliação foi um fator relevante, com participantes relatando inibição devido às gravações. Adicionalmente, a presença de apenas uma fase de linha de base limita a previsibilidade do comportamento na condição basal, sendo aconselhável múltiplas fases em investigações futuras. Por fim, a generalização dos resultados para outras populações, como terapeutas experientes, permanece em aberto.

Considerações Finais

Apesar das limitações, o presente estudo oferece uma contribuição inicial valiosa ao investigar o treinamento em ACT através de um delineamento de sujeito único. Os resultados sugerem que workshops breves podem ser um primeiro passo efetivo no desenvolvimento de competências, mas que a proficiência clínica sustentada requer supervisão contínua e prática deliberada, conforme destacado por diretrizes internacionais (Gillanders, Walser et al., 2025) e por pesquisas anteriores (Walser et al., 2013). O campo das terapias baseadas em evidências enfrenta o desafio contínuo de definir e medir a competência terapêutica de forma funcional e contextualmente sensível (Gillanders, Lucas et al., submetido). Este trabalho se alinha a esse esforço, destacando a necessidade de métodos de avaliação de treinamento que sejam não apenas rigorosos, mas também viáveis e significativos em contextos diversos, como o brasileiro. Pesquisas futuras estão direcionadas a refinar medidas, explorar diferentes arranjos de treinamento e investigar os mecanismos de aprendizagem terapêutica que efetivamente se correlacionam com melhores desfechos para os clientes.

Referências

- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002>
- Collins, D., Vowles, K. E., Norton, S., McCracken, L. M., Curran, D., & Graham, C. D. (2025). “How do you know you know that you’re doing ACT?” An experimental study of simulated therapy sessions to explore the measurement properties of the Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure (ACT-FM). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 37, 100926. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100926>
- Fonseca, N. (2016). *Efeitos de workshop de psicoterapia analítica funcional sobre habilidades terapêuticas* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Gillanders, D., Lucas, J., Manzione, R. V., Presti, G., Wright, S. P., Tani, S., & Walser, R. D. (submetido). *The current state of competency development and dissemination in CBS therapies*. Manuscrito submetido para publicação.
- Gillanders, D., Walser, R. D., Presti, G., & Gloster, A. T. (2025). *International Standards of Training and Supervision in Psychological Therapies Based on Contextual Behavioural Science*. Association for Contextual Behavioral Science. <https://dx.doi.org/10.7488/era/6470>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Jamison, K., Curran, D., White, R., & Samuel, V. (2025). Applied knowledge of Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Developing and assessing the utility of a situational judgement test (SJT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 38, 100949. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100949>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2012). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26–38. <https://doi.org/10.1177/0741932512452794>
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B., & Ruiz-Sánchez, L. J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta em el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) [Difficulties and therapist’s barriers while learning ACT]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 357–374.
- Luoma, J. B., & Vilaradaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.701662>
- Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para terapeutas* (2ª ed.). Sinopsys Editora.
- O’Neill, L., Latchford, G., McCracken, L. M., & Graham, C. D. (2019). The development of the Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure (ACT-FM): A delphi study and field test. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.008>
- Pakenham K. I. (2015). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training on Clinical Psychology Trainee Stress, Therapist Skills and Attributes, and ACT Processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 647–655. <https://doi.org/10.1002/cpp.1924>
- Reeve, A., Moghaddam, N., Tickle, A., & Young, D. (2021). A brief acceptance and commitment intervention for work-related stress and burnout amongst frontline homelessness staff: A single case experimental design series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1001–1019. <https://doi.org/10.1002/cpp.2555>
- Richards, R., Oliver, J. E., Morris, E., Aherne, K., Iervolino, A. C., & Wingrove, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy training for clinicians: an evaluation. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 4(3), 114–121. <https://doi.org/10.1017/S1754470X11000043>
- Roth, A. D., Myles-Hooton, P., & Branson, A. (2019). Judging clinical competence using structured observation tools: A cautionary tale. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(6), 736–744. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000316>

- Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., Heuts, P. H. T. G., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2014). The systematic implementation of acceptance & commitment therapy (ACT) in Dutch multidisciplinary chronic pain rehabilitation. *Patient Education & Counseling*, 96(2), 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.019>
- Twohig, M., & Hayes, S. C. (2008). *ACT Verbatim for Depression and Anxiety: Annotated transcripts for learning Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Walser, R. D. (2019). *The Heart of ACT: Developing a Flexible, Process-Based, and Client-Centered Practice Using Acceptance and Commitment Therapy*. Context Press.
- Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Barr Taylor, C. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 555–563. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.009>
- Walser, R. D., & Wharton, E. R. (2023). Effective training and delivery of ACT: The dissemination and implementation issues. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford handbook of acceptance and commitment therapy* (pp. 537–563). Oxford University Press.
- Westrup, D. (2014). *Advanced Acceptance and Commitment Therapy: The Experienced Practitioner's Guide to Optimizing Delivery*. New Harbinger Publications.
- Zamignani, D. (2007) O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (Tese de Doutorado) *Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*.

Histórico do Artigo

Submetido em: 21/10/2025

Aceito em: 10/10/2025

Treinamento baseado em ACT para profissionais da Atenção Básica: um estudo pré-experimental

ACT-based training for primary care professionals: a pre-experimental study

Leonardo Romeira Salati¹, Breno Irigoyen de Freitas², Jennifer Mendes Soares³

[1] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul [2] Universidade Federal do Rio Grande do Sul [3] Universidade Católica de Pelotas | **Título abreviado:** Treinamento ACT para profissionais da Atenção Básica | **Endereço para correspondência:** | **Email:** | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.028

Resumo: A Atenção Básica constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e desempenha papel central no atendimento às demandas em saúde mental. Contudo, diversas barreiras limitam a efetividade dos cuidados prestados. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um treinamento experiencial semiestruturado, fundamentado nos princípios da Terapia de Aceitação e Compromisso, aplicado a profissionais de saúde atuantes na rede de Atenção Básica de um município do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento pré-experimental, com avaliação pré e pós-teste, sem grupo controle. Participaram 11 profissionais da Atenção Básica (idade média = 45,9 anos), majoritariamente do sexo feminino (90,9%) e, em sua maioria, no cargo de Agente Comunitário de Saúde (81,8%). As análises pós-treinamento evidenciaram mudanças positivas nas médias de flexibilidade psicológica, sofrimento psicológico e disposição para o cuidado em saúde mental. Além disso, observou-se maior clareza de valores e aumento da flexibilidade psicológica no trabalho, aspectos possivelmente relacionados ao incremento na disposição para os cuidados em saúde mental. Considera-se que os achados preliminares indicam a viabilidade e os efeitos promissores da aplicação desse treinamento, fornecendo subsídios para futuras investigações mais robustas.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde

Abstract: Primary Care constitutes the principal gateway to Brazil's Unified Health System and plays a pivotal role in meeting mental health demands. Nonetheless, several barriers hinder the effectiveness of care delivery. This study aimed to evaluate the impact of a semi-structured, experiential training grounded in the principles of Acceptance and Commitment Therapy, administered to healthcare professionals operating within the Primary Care network of a municipality in Rio Grande do Sul. A quantitative, pre-experimental intervention design was employed, incorporating pre-test and post-test assessments without a control group. Eleven Primary Care professionals participated (mean age = 45.9 years; 90.9% female; 81.8% working as Community Health Agents). Post-training analyses revealed positive changes in mean scores for psychological flexibility, psychological distress, and willingness to provide mental health care. Additionally, the intervention enhanced clarity of personal values and increased work-related psychological flexibility, factors that are likely associated with the observed rise in mental health care engagement. These preliminary findings support the feasibility and positively oriented outcomes of this training intervention and offer a foundation for future rigorous investigations.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Mental Health; Primary Health Care; Health Education.

A Saúde Mental (SM) nas Américas tem sido negligenciada na área de saúde pública há anos, sofrendo impactos durante e após a pandemia nas demandas relacionadas ao sofrimento psicológico e exacerbando uma crise nesse contexto (Tausch et al., 2022). Buscando mitigar esta crise, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado a expansão de serviços de SM comunitários com foco em fortalecimento e empoderamento de indivíduos, práticas baseadas em evidências, centrados na pessoa, multissetoriais e baseados em direitos humanos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; World Health Organization, 2021). Nessa direção, abordagens norteadas pela Ciência Comportamental Contextual (CBS) podem fortalecer intervenções em SM voltadas para a comunidade e saúde mental global, embasando os profissionais para uma atuação ampliada para além da clínica individual e focada em uma perspectiva transdiagnóstica de sofrimento psicológico e bem-estar, a Flexibilidade Psicológica (Kohrt et al., 2023; White et al., 2017).

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é uma das portas de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e articula o cuidado em SM no sistema, com foco na autonomia, desinstitucionalização e despatologização do sofrimento psicológico, visando o cuidado em liberdade e realizado na comunidade (Ministério da Saúde, 2013; 2017). Pesquisas constataram níveis consideráveis de sofrimento psicológico e busca por cuidados em SM nesse contexto, destacando a importância do cuidado em SM na AB para que o SUS funcione de forma ampliada (Gonçalves et al., 2014).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy – ACT; Hayes et al., 2012) se mostra coerente com as premissas da AB. Trata-se de uma abordagem comportamental fundamentada na CBS que tem como foco central a Flexibilidade Psicológica, entendida como processo-chave para promover mudanças nos repertórios comportamentais, ao invés de restringir-se à redução de sintomas ou ao tratamento de um transtorno específico. Essa característica torna o modelo aplicável a diferentes formas de sofrimento e a variadas condições de saúde física ou mental (Dindo et al., 2017; Hayes et al., 2006). A Flexibilidade Psicológica não apenas orienta a compreensão dos processos

psicológicos relevantes a serem avaliados e direcionados, como também tem sido consistentemente apontada como o principal mediador dos resultados clínicos (Hayes et al., 2022). A ACT é direcionada ao cuidado integral e situa-se em uma base ampla da CBS para além do contexto de consultório, podendo ser utilizada em intervenções padrão, breves, como a Terapia de Aceitação e Compromisso Focada (Focused Acceptance and Commitment Therapy – FACT; Strosahl et al., 2012), em grupos, treinamentos, workshops e abordagens comunitárias, tanto com usuários da AB quanto com profissionais da saúde e membros da comunidade (Luoma et al., 2022; Robson, 2019; Stewart et al., 2016). Diversos estudos realizados em diferentes países evidenciam resultados positivos de treinamentos baseados em ACT oferecidos a profissionais da saúde, como o aumento da Flexibilidade Psicológica, a diminuição do sofrimento psicológico e a aquisição de habilidades que auxiliam na redução da carga de estresse e na melhora do desempenho laboral (Gaupp et al., 2020; Prudenzi et al., 2022; Stewart et al., 2016; Waters et al., 2017).

Mesmo com a possibilidade de integração da ACT nos cuidados em SM na AB, no Brasil a literatura acerca da ACT neste contexto é escassa. Nesse sentido, compreendendo a importância dos cuidados em SM na AB e a possibilidade de fortalecimento destes por meio da ACT, esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o efeito de um treinamento experiencial semiestruturado baseado nos princípios da ACT entregue a profissionais da saúde atuantes na rede de AB de um município do Rio Grande do Sul.

Método

Trata-se de estudo de delineamento quantitativo, pré-experimental, com desenho de intervenção com pré-teste, pós-teste e sem grupo controle. De caráter intervencionista, seguiu-se as hipóteses: 1) de que um treinamento experiencial baseado em ACT pode promover Flexibilidade Psicológica para profissionais da saúde, 2) os profissionais que participarem do treinamento apresentarão redução do grau de sofrimento mental e 3) que o aumento da Flexibilidade Psicológica irá promover abertura para cuidados em Saúde Mental a profissionais da AB.

Participantes

Profissionais da AB do município de São Lourenço do Sul/RS foram convidados a participar do estudo. Obteve-se uma amostra não probabilística, por conveniência e não randomizada, considerando a disponibilidade dos profissionais e as características da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. Durante o período de intervenção, vinte e três (N=23) profissionais da AB aceitaram participar da pesquisa e 12 profissionais não participaram das três sessões de treinamento por conta do funcionamento do local de atuação. Os critérios para inclusão dos participantes foram: (a) ser profissional da saúde atuante na rede de AB do município de São Lourenço do Sul; e (b) ter idade igual ou superior a 18 anos, (c) ter interesse em participar de um treinamento baseado em ACT. Os critérios para exclusão foram (a) profissionais que atuem em outro nível de atenção à saúde da RAS e (b) profissionais afastados do serviço por férias ou licenças. Os profissionais foram convidados por meio de contatos telefônicos, e-mail, memorandos e mídias sociais. Os profissionais interessados foram contatados pessoalmente para esclarecimento do projeto, descrição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceite deste.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes questionários e instrumentos, aplicados por meio do Formulários do Google:

Questionário de Características Sociodemográficas. Questionário contendo variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, etnia e apoio familiar), econômicas (renda individual, renda familiar, satisfação subjetiva com o rendimento mensal), saúde (transtornos mentais, prática de atividade física e lazer) e profissionais (cargo/função, tempo de trabalho, vínculo empregatício, outro emprego, sistema de atuação, carga horária diária).

Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II). Um questionário de sete itens destinado a avaliar a Flexibilidade Psicológica. Este instrumento foi desenvolvido por Bond et al. (2011) e traduzido e validado para a população brasileira por Barbosa (2013), demonstrando boa adequação e proprieda-

des psicométricas satisfatórias ($\alpha = 0,87$) (Barbosa & Murta, 2015). O AAQ - II é respondido em uma escala *Likert* de sete pontos, sendo que 1 corresponde com a afirmação “nunca verdadeira” e 7 a “sempre verdadeira”, podendo gerar escores finais entre 10 a 70 pontos. Pontuações baixas correspondem à maior Flexibilidade Psicológica e vice-versa.

Questionário de Valores de Vida (VLQ). Um instrumento composto por 20 itens, subdivididos em duas partes, onde 10 itens referem-se à importância atribuída ao domínios de valores e outros 10 à coerência das ações em cada domínio. O VLQ, desenvolvido por Wilson et al. (2010), apresenta $\alpha = 0,77$ e foi traduzido e adaptado por Lucena-Santos e colaboradores em 2014 (Lucena-Santos et al., 2015).

Escala de Flexibilidade Psicológica no Trabalho (EFPT). Escala composta por sete itens, respondidos em escala *Likert* de sete pontos, sendo que 1 se refere à “Nunca verdadeiro” e 7 “Sempre verdadeiro”, indicando o grau de disposição no trabalho. O instrumento foi proposto por Bond et al. (2013) como Escala de Avaliação da Flexibilidade Psicológica no Ambiente do Trabalho (WAAQ) e traduzido e validado por Pinto et al. (2015) como Escala de Flexibilidade Psicológica no Trabalho, apresentando consistência interna satisfatória ($\alpha = 0,78$).

Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Um instrumento de domínio público destinado a avaliar os sintomas de *burnout*, considerando a fadiga e a exaustão como construtos centrais. Desenvolvido por Kristensen et al. (2005), é composto por 19 itens, divididos em três subdimensões (pessoal, relacionada ao trabalho e relacionada ao cliente) e respondido em escala *Likert* de cinco pontos. O resultado do CBI é obtido pela soma dos itens em cada subdimensão e no escore total, resultando em nível baixo (<50) e nível alto (>50) de *burnout*. O CBI foi adaptado e validado para a população brasileira por Xavier et al. (2020), tendo boa confiabilidade e consistência interna (KMO = 0,95 e TEB <0,001). Moser et al. (2020) realizaram a tradução e validação do CBI para o português do Brasil em profissionais de saúde, constando que o instrumento é válido e confiável (Split-half correlation = >0.8) para medir níveis de *burnout* nesta população.

Self Reporting Questionnaire (SRQ - 20). Um instrumento composto por 20 itens destinado a avaliar sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Desenvolvido por Harding et al. (1980) com incentivo da OMS, o SRQ-20 tem duas opções de respostas, SIM ou NÃO, indicando possíveis casos de TMC para pontuações acima de sete. O instrumento foi traduzido e validado para utilização no Brasil por Mari e William (1986) e apresenta boa consistência interna ($\alpha \Rightarrow 0,80$) (Santos, Carvalho, & Araújo, 2016).

Formulário de Disposição para os Cuidados em Saúde Mental. Desenvolvido pelo autor para avaliar a percepção dos profissionais acerca dos cuidados em saúde e sua disposição para tal. Composto por cinco itens, o formulário é respondido em escala Likert de cinco pontos. Para correção, cada item resulta em 10 pontos, gerando um máximo de 50 pontos com a soma, sendo calculado a média pos-

teriormente. Quanto maior o valor da média, maior a disposição para cuidados em SM.

Procedimentos de intervenção e coleta de dados

Os participantes participaram de três sessões de treinamento experiencial baseadas nos princípios da ACT, com duração de aproximadamente 90 minutos e espaçamento de 15 dias entre cada sessão, seguindo recomendações de referências no tema (Flaxman et al., 2013; Walser & Pistorello, 2004), ocorrendo entre os meses de agosto e outubro de 2023. O protocolo semiestruturado para condução da intervenção foi estruturado com base nos protocolos de Flaxman et al. (2013) e Prudenzi et al. (2022). As intervenções ocorreram nas unidades de saúde nos turnos destinados às reuniões de equipe. Os procedimentos de avaliação e intervenção ocorreram concomitantemente. Antes da primeira sessão foi realizada a avaliação pré-intervenção com o

Tabela 1. Descrição das intervenções chave em cada sessão de treinamento.

Sessão	Intervenção-chave
1	Avaliação das expectativas; Exercícios “aniversário de 80 anos”
	Apresentação do diagrama de duas habilidades (Mindfulness e Ações com Compromisso)
	Psicoeducação sobre mindfulness e exercício das passas
	Psicoeducação sobre valores; Metáfora da bússola
	Técnica de duas folha de papel (Valores X Conteúdo inútil)
	Tarefa de casa: preenchimento do Formulário de Valores
2	Mindfulness da respiração, pensamentos e sentimentos
	Discussão sobre tarefa de casa e retorno do diagrama de duas habilidades
	Metáfora “Passageiros no ônibus”
	Introdução à Matrix; Prática de utilização da Matrix entre pares
	Tradução de valores em palavras-chaves; Construção de planos de ações baseados em valores
	Tarefa de casa: lembretes ambientais com valores; Notar ações que afastam e aproximam (Matrix)
3	Retorno no diagrama de duas habilidades
	Mindfulness em três etapas
	Reflexão sobre ações consistentes com valores durante a semana
	Treino de formulação e uso da Matrix em grupo
	Exercício de pensamentos como nuvens; Perspectiva do eu observador
	Definição de objetivos baseados em valores, Mapa de ações baseadas em valores
	Dicas para construir uma vida valorosa e reflexões finais

Fonte: Protocolo elaborado com base em Flaxman et al. (2013) e Prudenzi et al. (2022).

questionário sociodemográfico e formulário com os questionários. Após a terceira sessão, foi realizada a avaliação pós-intervenção com a reaplicação do formulário com os questionários. O profissional residente que conduziu as sessões possui mais de 500 horas de treinamento em terapias comportamentais contextuais, mais especificamente em ACT, e experiência em atendimento clínico e condução de grupos.

A descrição da estrutura básica da intervenção em cada sessão é apresentada na Tabela 1. As sessões de treinamento contaram com uma estrutura base, tendo uma sequência de tópicos a serem abordados ao longo do treinamento.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados provenientes das avaliações pré e pós-intervenção foram primeiramente inseridos em uma planilha de Excel e processados no software IBM SPSS v. 29 (*Statistical Package for the Social Sciences*). A análise dos dados obtidos por meio do formulário ocorreu por medidas de tendência central, medida de dispersão e de variabilidade entre avaliação pré e pós-intervenção por meio do Teste T Pareado.

Aspectos éticos

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE – nº 69131823.0.0000.5312) e atende à Resolução nº 510/2016, referente à pesquisa com seres humanos. Os participantes preencheram o TCLE concordando com a participação no estudo de forma voluntária, com descrição dos riscos e benefícios da pesquisa.

Resultados

Dos 23 profissionais da saúde, onze profissionais concluíram o treinamento e realizaram a avaliação pré e pós-intervenção. Conforme apresenta a Tabela 2, a amostra foi composta majoritariamente por participantes do sexo feminino, com idade média de 45,9 anos e atuantes no cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além disso, os participantes trabalham na AB em média há 127 meses (DP=40), todos em carga horária diária de oito horas, em maioria com vínculo de contrato CLT e

apenas uma participante informou ter outro emprego concomitante.

Tabela 2. Características sociodemográficas, formação e atuação profissional.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	10	90,9
Masculino	1	9,1
Idade	11	
Etnia		
Branca	10	90,9
Preta	1	9,1
Grau de formação		
Nível médio	5	45,5
Nível técnico	1	9,1
Graduação	3	27,3
Especialização	2	18,2
Cargo na AB		
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	9	81,8
Enfermeira	1	9,1
Médica	1	9,1
Vínculo empregatício		
Contrato CLT	10	90,9
Terceirizado	1	9,1

Dos 11 participantes, três (27,3%) informaram ter algum transtorno mental, sendo que destes, todos marcaram sofrer de transtorno de ansiedade e dois fazem uso de psicofármaco para redução dos sintomas, ambos antidepressivos. Cinco participantes (45,5%) informaram praticar algum tipo de atividade física, além disso, 90,9% (N=10) da amostra alegaram ter momentos de lazer durante a semana. Todos os participantes informaram considerar receber apoio familiar e ter renda satisfatória.

A Tabela 3 apresenta os escores de Flexibilidade Psicológica (AAQ-II, VLW e EFPT), *Burnout* (CBI) e sintomas de TMC (SRQ-20) obtidos nas avaliações pré e pós-intervenção. Por meio da análise dos dados, observou-se que os resultados pós-intervenção indicam que houve melhora nas médias na maioria dos instrumentos, porém, apenas o Composto de Vida Valorizada e o fator Concordância do VLQ não apresentaram mudança, tendo inclusive redução na média.

Os escores relacionados com a Flexibilidade Psicológica indicaram que ocorreu alterações nesse construto nos resultados pós-intervenção. Os resul-

Tabela 3. Análise comparativa dos resultados avaliados pré e pós-intervenção referente à Flexibilidade Psicológica (AAQ-II; VLQ, EFPT), Burnout (CBI), sintomas de TMC (SRQ-20) e Disposição para cuidados em SM.

Variáveis (N=11)	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p**
	Média (DP)	Média (DP)	
AAQ-II	32,1 (10,8)	31,5 (4,2)	0,42
VLQ (N=10)*			
Importância	81,3 (22,7)	87,4 (6,6)	0,21
Concordância	79,1 (23,8)	78,7 (15,9)	0,48
Composto de Vida Valorizada	69,9 (8,4)	65,1 (4,3)	0,30
EFPT	34,6 (12,1)	37,1 (7,2)	0,26
CBI			
<i>Burnout</i> pessoal	39,7 (16,6)	37,5 (14,7)	0,36
<i>Burnout</i> relacionado ao trabalho	32,2 (21,9)	29,5 (21,8)	0,36
<i>Burnout</i> relacionado aos pacientes	26,1 (30,8)	26,1 (20,5)	0,50
SRQ-20	3,1 (2,8)	2 (1,8)	0,06
Disposição para cuidados em SM	38,1 (11,6)	43,6 (6,7)	0,06

Nota: * Um participante não completou o preenchimento do instrumento VLQ; ** Teste T Pareado.

tados do AAQ-II apresentaram diferença média de 0,63(11), ou seja, pequena redução na Inflexibilidade Psicológica. O instrumento EFPT, que avalia a Flexibilidade Psicológica no Trabalho, apresentou aumento de 2,54(13) na média, indicando aumento em um pequeno grau de Flexibilidade Psicológica. Já o VLQ, interpretado em três componentes, indicou aumento na média (6,1, DP=23) apenas na Importância que os participantes atribuem às 10 áreas de vida indicadas no instrumento. Quanto à consistência da ação nas áreas de vida (Consistência) e o Composto de Vida Valorizada, obtido pela multiplicação dos valores dos itens de Importância e Consistência, indicaram redução nos escores. Dessa forma, é possível interpretar que houve maior clareza quanto aos valores após o treinamento, resultando em aumento das pontuações de Importância e reavaliação da coerência com ações nas áreas valorizadas ou não, interferindo nas médias de Consistência e Composto de Vida Valorizada.

Analisando os resultados do VLQ, as áreas que receberam maior Importância no pós-intervenção foram: relações familiares, relação afetiva, relações sociais e espiritualidade. Já no pós-intervenção as áreas de relações familiares, relação afetiva e espiritualidade tiveram diminuição nas pontuações de Consistência, sendo que apenas relações sociais teve aumento.

Quanto aos escores de *Burnout* obtidos por meio do CBI, a média nas três subescalas indicaram nível baixo de *Burnout* e apenas o *Burnout* pessoal e o *Burnout* relacionado com o trabalho indicaram melhora nos resultados pós-intervenção, tendo redução na média, respectivamente, de 2,2(20,7) e 2,7(26,1). Já o fator *Burnout* relacionado com o cliente, ou seja, a exaustão relacionada ao trabalho com clientes, resultou na menor média (26,1, DP=30) e não demonstrou alteração após a intervenção. Com base nessas alterações nas médias, é possível observar uma pequena redução no grau de exaustão experimentada pessoalmente e no grau de exaustão relacionada com o trabalho (Kristensen et al., 2005).

Referente aos escores do SRQ-20, por meio da coleta de pré-avaliação, não houve indicação de presença de TMC, já que a pontuação média foi 3,1(2,8). Mesmo assim, houve redução de 1,18(2,2) pontos na média na avaliação pós-intervenção. Esses dados indicam que após a intervenção os participantes reportaram menos sintomas relacionados com TMC.

Os escores referentes à disposição para cuidados em SM, obtidos por meio do formulário criado para esta pesquisa demonstraram que houve aumento de 5,4(10,3) na média após a intervenção. Composto por cinco itens, o formulário teve como perguntas “Considero importante que exista cui-

dados em saúde mental na atenção básica”, “Sinto-me segura(o) para acolher usuários em sofrimento psicológico”, “Considero ter capacidade de prestar cuidados em saúde mental em minha atuação na Atenção Básica”, “Me disponho a acolher usuários em sofrimento mental” e “Presto cuidados em saúde mental para os usuários que atendo na Atenção Básica”. Este foi o fator com maior diferença entre as médias entre avaliação pré e pós-intervenção, além de valor mais próximo de uma significância estatística ($p = 0,06$). Dessa forma, por meio da interpretação dos dados, entende-se que após o treinamento os participantes apresentaram maior disposição para prestar cuidados em SM.

Discussão

Este estudo teve o objetivo de avaliar os efeitos de um treinamento experiencial baseado em ACT destinado a profissionais da saúde atuantes na AB, a fim de investigar se o aumento da Flexibilidade Psicológica se relaciona com a disposição para cuidados em SM. Este cuidado está presente em ações de saúde, acolhimento, atendimentos, atividades coletivas como grupos e ações em saúde, práticas integrativas e complementares e intervenções psicossociais avançadas (Ministério da Saúde, 2013). Porém, existem déficits que impactam o acesso ao SUS e a qualidade da atenção em SM prestada pelo sistema (Lima, 2021), motivando a realização desta pesquisa.

O protocolo utilizado foi estruturado com base no protocolo de Flaxman et al. (2013) e nas modificações feitas por Prudenzi et al. (2022). Optou-se por seguir o modelo de três sessões proposto por Flaxman et al. (2013), por conta da organização dos serviços de saúde alvos da intervenção, porém, foi dada maior ênfase na utilização da ferramenta Matrix como no estudo de Prudenzi et al. (2022). A Matrix foi desenvolvida por Polk et al. (2016) como uma ferramenta que permite apresentar e vivenciar os processos da ACT de forma mais acessível, facilitando a sua compreensão e utilização (Olaz, 2015). Além disso, ela integra a visualização de ações movidas pela Esquiva Experiencial e as ações valorosas, trazendo possibilidades de intervenção em contextos fora do consultório e abordagens coletivas (Olaz, 2015).

Dessa forma, a Matrix foi uma ferramenta central na intervenção, traduzindo os conteúdos abordados nas práticas em ações dos próprios participantes, tornando a reflexão sobre comportamentos e suas reações uma prática experiencial.

Por tratar-se de um pré-experimento, com número pequeno de participantes e sendo um estudo exploratório, com a primeira aplicação do protocolo no Brasil, buscou-se avaliar as mudanças nas médias dos scores, considerando a possibilidade de não apresentar diferença estatisticamente significativa (Muñoz-Martínez et al., 2022). A partir dos resultados, pode-se supor que o protocolo resultou em redução da Inflexibilidade Psicológica e consequentemente aumento da Flexibilidade Psicológica no Trabalho pelo aumento das médias. A Flexibilidade Psicológica é um modelo unificado de compreensão de bem estar psicológico, sendo compreendida em seis processos, e também um modelo de psicopatologia, a Inflexibilidade Psicológica (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2022). Esta última, é compreendida como o domínio rígido das experiências internas e reações psicológicas sobre os valores e as ações escolhidas pelo indivíduo (Bond et al., 2011). Corroborando com tais apontamentos, promover ações que visem a Flexibilidade Psicológica no trabalho pode propiciar aos profissionais maior capacidade de lidar com barreiras sem se envolver em esquiva experiencial, ocasionando maior bem-estar e engajamento no trabalho (Bond et al., 2013).

Um dos resultados do estudo foi o aumento da média de Importância do instrumento VLQ, indicando que houve maior clareza sobre valores após o treinamento. Conforme Flaxman et al. (2013), este treinamento é estruturado de forma a aumentar o contato com valores e que estes sirvam como guias significativos para metas e ações. O dado sobre o aumento da Importância em quatro áreas do Composto de Vida Valorizada e a redução da Consistência em três destas dialoga com a literatura sobre o instrumento e sobre a Flexibilidade Psicológica. A maior clareza sobre os valores, ou seja, a capacidade de identificar os valores nas diferentes áreas da vida e a motivação para alcançá-los é uma etapa que precede as ações comprometidas com valores (Barney et al., 2019; Hayes et al., 2013). Dessa forma, entende-se que o aumento nas médias de Importância demonstram um resultado positi-

vo para a promoção de ações comprometidas, pois pode estar relacionada com construção de valores, ou seja, o reconhecimento do que é importante em suas vidas (Barney et al., 2019). Além disso, existem alguns fatores que podem interferir na avaliação dos valores, como características do instrumento utilizado de forma qualitativa ou para viés clínico (Barney et al., 2019; Wilson et al., 2010) e a possibilidade de não compreensão suficiente sobre valores na avaliação inicial (Stewart et al., 2016).

O presente estudo investigou a disposição para cuidados em SM e encontrou uma mudança na média da escala após o treinamento. Diversos estudos indicaram que os profissionais de saúde relatam falta de qualificação e insegurança frente aos cuidados em SM de usuários em sofrimento psicológico, tornando-se barreiras para a sua atuação (Almeida et al., 2020; Gusmão et al., 2022; Nunes et al., 2020; Pupo et al., 2020). Os achados neste estudo corroboram com Flaxman et al. (2013), já que a abordagem do treinamento, ao promover maior Flexibilidade Psicológica, auxilia os profissionais a agirem de forma mais eficaz, ou seja, consistente com valores, mesmo na presença de experiências internas desagradáveis ou indesejáveis, como pensamentos, sentimentos e sensações. Prudenzi et al. (2022) relacionaram o aprendizado das competências relacionadas com a Flexibilidade Psicológica com a utilização destas na prática clínica. Os autores relataram que a intervenção esteve associada com diminuição do sofrimento psicológico na amostra, mediada principalmente pela aquisição de habilidades de *mindfulness* e comportamentos comprometidos com valores. Nesse sentido, é possível supor que o aumento da Importância no VLQ e na Flexibilidade Psicológica podem estar relacionados com a aquisição de habilidades citadas e com o aumento da disposição para cuidados em SM.

Considera-se que a ACT-Matrix assume um lugar importante nesses resultados. Além de possibilitar a visualização dos conteúdos dos treinamentos, a ferramenta é interativa e permite a compreensão de forma ativa de situações vivenciadas pelos participantes (Polk et al., 2016). Para isso, realizaram a formulação de Matrix em cartolinas, onde refletiram sobre situações de suas vidas, seus valores, experiências mentais internas, e a funcionalidade de seus comportamentos, permitindo perceber

ações de esquivar e pensar em ações consistentes com seus valores (Polk et al., 2016). Dessa forma, ACT-Matrix sintetizou as metáforas e práticas experimentais em uma atividade prática e possibilitou reflexões, espaço para trocas entre os participantes e possibilidade de compartilhar dúvidas, além tornar o conteúdo acessível e relacionado com a realidade dos participantes.

Por meio dos instrumentos CBI e SRQ-20, constatou-se que a amostra não apresentava adoecimento psicológico relacionado com *Burnout* ou SMC. Embora não se tenha encontrado indicativo de adoecimento, após o treinamento houve redução nas escores das escalas, podendo indicar redução em algum grau de sofrimento psicológico por parte da amostra. Estudos realizados com profissionais da AB indicaram que o sofrimento psicológico e a sobrecarga da equipe de saúde, o que tem se intensificado a partir da pandemia de Covid-19, são variáveis que se somam às barreiras do cuidado em SM (Gusmão et al., 2022; Nazar et al., 2022). Além disso, é válido levar em consideração as características da amostra. Os achados de Prudenzi et al. (2022) sobre os efeitos deste tipo de intervenção ACT, constataram que pessoas com maiores níveis de sofrimento tendem a responder melhor ao treinamento. Porém, no presente estudo ocorreu o inverso. Os participantes que afirmaram ter algum diagnóstico de transtornos mentais e/ou realizar tratamento psiquiátrico apresentaram menores pontuações nas medidas pós-intervenção, indicando a necessidade de pesquisas com mais profissionais.

Assim como os achados nestes estudos, outros autores relataram resultados positivos após treinamentos baseados em ACT. Stewart et al. (2016) realizaram oficinas de treinamento em ACT destinadas a trabalhadores e profissionais de ONGs locais da Serra Leoa, observando que tais treinamentos estiveram associados com redução da Inflexibilidade Psicológica e melhora da satisfação com a vida dos participantes. Conforme os autores, os participantes relataram feedback positivo sobre os treinamentos e que utilizaram o aprendizado em sua prática profissional. Waters et al. (2017) promoveram um workshop de um dia entregue para profissionais de saúde do País de Gales, constatando diminuição do sofrimento psicológico e promoção da Flexibilidade Psicológica dos participantes.

Gaupp et al. (2020) realizaram um workshop de ACT de dois dias entregue para profissionais de quatro enfermarias psiquiátricas, constatando que ACT é uma abordagem apropriada para treinamentos em contexto de saúde. Neste estudo os autores associaram o workshop de ACT com a redução da carga de estresse, aquisição de habilidades relacionadas com a atuação prática, aumento da presença no trabalho, da qualidade e da eficácia na atuação dos participantes.

Pesquisas sobre treinamentos baseados em ACT em ambiente de trabalho e entregue para profissionais da saúde são escassas no Brasil. Dessa forma, esta pesquisa buscou preencher lacunas no que tange o treinamento de profissionais da AB para cuidados em SM. Mesmo com amostra incipiente, esta pesquisa conseguiu encontrar resultados positivos na Flexibilidade Psicológica, redução de sofrimento e aumento da disposição para cuidados em SM por meio do aumento nas médias, sem resultar em significância estatística. Sendo assim, esta pesquisa é atravessada por limitações, sendo reforçada a importância de cautela para a interpretação dos dados e a necessidade de novas pesquisas.

Um aspecto relevante a ser considerado refere-se ao elevado índice de desistência (dropout) observado no estudo, em que pouco mais da metade dos profissionais que aceitaram participar conseguiu concluir todas as etapas do treinamento. Esse dado pode estar relacionado a diferentes fatores contextuais da AB, como a sobrecarga de trabalho, a dificuldade de liberação dos profissionais para atividades de capacitação durante o expediente, a alta rotatividade das equipes e a precarização dos vínculos trabalhistas (Lima, 2021; Ribeiro et al., 2022; Soratto et al., 2017). Tais aspectos já foram apontados em outras pesquisas como barreiras significativas para a implementação de ações em saúde mental no âmbito da AB (Almeida et al., 2020; Pupo et al., 2020). Assim, o dropout encontrado não necessariamente reflete falta de interesse dos profissionais, mas pode ser compreendido como consequência das condições estruturais e organizacionais do serviço. Esse dado reforça a importância de, em estudos futuros, planejar estratégias de engajamento e retenção, como o agendamento em horários institucionais protegidos ou a inclusão do treinamento como parte das atividades oficiais da equipe.

Por se tratar de um pré-experimento, esta pesquisa não teve grupo controle, configurando-se como outra limitação para interpretações dos dados. Dessa forma, os dados deste estudo são preliminares e podem contribuir para a condução de novas pesquisas, demonstrando que o treinamento baseado em ACT utilizado fornece resultados positivos na população de profissionais de saúde. Como recomendação para estudos futuros, sugere-se que sejam realizadas organizações com setores responsáveis para que os treinamentos tenham uma agenda oficial nos serviços, podendo dessa forma reduzir a perda de amostra no estudo. Também recomenda-se que as próximas pesquisas busquem amostras maiores, com grupo controle, com foco maior em medidas alternativas às psicométricas, ou complementares a estas, como medidas comportamentais e idiográficas (Hayes et al., 2012).

Considerações Finais

Este estudo pautou-se na adaptação e execução de um treinamento baseado em ACT destinado a profissionais da saúde atuantes na AB. Além disso, avaliou os efeitos do treinamento na amostra, como a promoção de Flexibilidade Psicológica e disposição para cuidados em saúde mental. Os resultados deste estudo indicam que o treinamento promoveu aquisição de habilidades relacionadas com a Flexibilidade Psicológica para a maioria dos participantes, principalmente no quesito de clareza de valores e Flexibilidade Psicológica no Trabalho. No mesmo sentido, os resultados indicam que a intervenção proporcionou aumento na disposição para cuidados em saúde mental nos profissionais da AB, dando subsídios para relacionar este dado com o aumento da Flexibilidade Psicológica. Ao passo que os profissionais compreendem as suas experiências internas, seus valores e suas reações, com repertório comportamental para buscar ações comprometidas com valores, estes apresentam maior disposição para cuidados em saúde mental, eu seja, maior capacidade de prestar estes cuidados mesmo na presença de pensamentos ou sentimentos desagradáveis. Este achado corrobora com a literatura utilizada para a estruturação do protocolo do treinamento (Flaxman et al., 2013; Prudenzi et

al., 2022), sendo possível interpretar que a intervenção teve resultados positivos.

Como constatado na literatura sobre a organização do trabalho na AB e as dificuldades que existem para a realização dos cuidados em saúde mental, esta pesquisa foi atravessada por barreiras para sua realização. Dessa forma, a amostra com poucos participantes é um fator importante apontado como limitação deste estudo. Pensando na importância e na necessidade de ações em saúde mental na AB, esta pesquisa demonstra preliminarmente que o treinamento baseado em ACT utilizado é eficaz para os profissionais, sendo recomendado que novas pesquisas sejam realizadas.

Referências

- Almeida, D. R., Soares, J. N. C., Dias, M. G., Rocha, F. C., Neto, G. R. A., & Andrade, D. L. B. (2020). El cuidado a los portadores de sufrimiento mental en la atención primaria: Una práctica interdisciplinar y multiprofesionales. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12(1), 454–459. <https://ciberindex.com/c/ps/P454459>
- Barbosa, L. M. (2013). *Terapia de aceitação e compromisso e validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições para avaliação de processo em psicoterapia* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional UnB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15425>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75–85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Barney, J. L., Lillis, J., Haynos, A. F., Forman, E., & Juarascio, A. S. (2019). Assessing the valuing process in Acceptance and Commitment Therapy: Experts' review of the current status and recommendations for future measure development. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.002>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3), 331–347. <https://doi.org/10.1111/joop.12001>
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Flaxman, P. E., Bond, F. W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An Acceptance and Commitment Therapy training manual for improving well-being and performance*. New Harbinger.
- Gaupp, R., Walter, M., Bader, K., Benoy, C., & Lang, U. E. (2020). A two-day Acceptance and Commitment Therapy (ACT) workshop increases presence and work functioning in health-care workers. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 861. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00861>
- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: Rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623–632. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- Gusmão, R. O. M., Viana, T. M., Araújo, D. D., Torres, J. D. P., & Silva, R. F. (2022). Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Journal of Health and Biological Sciences*, 10(1), 1–6. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3721.p1-6.2022>
- Harding, T. W., de Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H., Ladrido-Ignacio, L., Murthy, R. S., & Wig, N. N. (1980).

- Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10(2), 231–241. <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M. R., Fung, K. P.-L., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kohrt, B. A., Miller, B. F., & Patel, V. (2023). Community initiated care: A blueprint for the practical realization of contextual behavioral science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.11.008>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Lima, A. M. J., Andrade, E. I. G., Machado, A. T. G. M., & Santos, A. F. (2021). Why does mental health care not follow the structuring of primary care? *Revista de Saúde Pública*, 55, 99. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003344>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais*. Sinopsys.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (2ª ed.). Sinopsys.
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23–26. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- Moser, C. M., Tietbohl-Santos, B., Arenas, D. L., Xavier, A., Ornell, F., Borges, R. B., Gabbard, G. O., Laskoski, P. B., & Hauck, S. (2023). Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in healthcare professionals. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 45, e20210362. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0362>
- Muñoz-Martínez, A. M., Otto-Scheiber, C. S., Zuluaga-Jassir, S., Medina-Díaz, A., Pulido-Rozo, J., Venegas-Ramírez, M., & Igua-Jojoa, A. (2022). Scalability of an ACT-based strategy for improving well-being in health care providers: A mix-method and preliminary evaluation of efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.07.005>
- Nazar, T. C. G., Jacondino, E. V., Ramos, G. G. G., da Silva, Á. I. P., & Silva, G. B. (2022). Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental de profissionais da saúde frente à pandemia do Covid-19. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(1), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.11.008>

- org/10.25110/arqsaude.v26i1.2022.8306
- Nunes, V. V., Feitosa, L. G. G. C., Fernandes, M. A., Almeida, C. A. P. L., & Ramos, C. V. (2020). Primary care mental health: Nurses' activities in the psychosocial care network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190104. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>
- Olaz, F. O. (2015). Promoção da saúde mental através do treinamento em flexibilidade psicológica utilizando a ACT-Matriz. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 778–803). Sinopsys.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: Promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*. OPAS.
- Pinto, V. N., Ferreira, M. C., & Valentini, F. (2015). Evidências de validade da Escala de Flexibilidade Psicológica no Trabalho em amostras brasileiras. *Psico*, 46(3), 362–373. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.3.18679>
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT matrix: A step-by-step approach to using the ACT matrix model in clinical practice*. New Harbinger.
- Prudenzi, A., Graham, C. D., Flaxman, P. E., Wilding, S., Day, F., & O'Connor, D. B. (2022). A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 17(4), e0266357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266357>
- Pupo, L. R., Rosa, T. E. C., Sala, A., Feffermann, M., Alves, M. C. G. P., & Morais, M. L. S. (2020). Saúde mental na Atenção Básica: Identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 107–127. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311>
- Ribeiro, A. A., Giviziez, C. R., Coimbra, E. A. R., Santos, J. D. D., Pontes, J. E. M., Luz, N. F., Rocha, R. O., & Costa, W. L. G. (2022). Interprofissionalidade na atenção primária: Intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Escola Anna Nery*, 26, e20210141. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>
- Robson, P. J. (2019). *Basics of behavior change in primary care*. Springer.
- Santos, K. O. B., Carvalho, F. M., & Araújo, T. M. (2016). Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Revista de Saúde Pública*, 50, 6. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100>
- Soratto, J., Pires, D. E. P., Trindade, L. L., Oliveira, J. S. A., Forte, E. C. N., & Melo, T. P. (2017). Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), e2500016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
- Sousa, C. C., Araújo, T. M., Lua, I., Gomes, M. R., & Freitas, K. S. (2021). Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(7), e00246320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>
- Stewart, C., White, R. G., Ebert, B., Mays, I., Nardozzi, J., & Bockarie, H. (2016). A preliminary evaluation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training in Sierra Leone. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.01.001>
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles & practice of focused Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger.
- Tausch, A., Souza, R. O., Viciania, C. M., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. J. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Regional Health – Americas*, 5, 100118. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Walser, R. D., & Pistorello, J. (2004). ACT in group format. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 347–372). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
- Waters, C. S., Frude, N., Flaxman, P. E., & Boyd, J. (2018). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for clinically distressed health care workers: Waitlist-controlled evaluation of an

- ACT workshop in a routine practice setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 82–98. <https://doi.org/10.1111/bjc.12155>
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249–272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- White, R. G., Gregg, J., Batten, S., Hayes, L. L., & Kasujja, R. (2017). Contextual Behavioral Science and Global Mental Health: Synergies and opportunities. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.001>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization.

Histórico do Artigo

Submetido em: 28/03/2025

Aceito em: 25/08/2025

Map of Life: effects of this ACT-based brief intervention tool on healthcare professionals during COVID-19

Mapa da vida: efeitos dessa intervenção baseada na ACT em profissionais de saúde durante COVID-19

Tiago Alfredo Ferreira¹, Catiele Paixão², Gisele Ferreira¹, Fabrício de Souza²

[1] Instituto Contexto [2] Universidade Federal da Bahia (UFBA) | **Título abreviado:** Map of Life for healthcare professionals | **Endereço para correspondência:** Email: tiagothr@gmail.com | doi:doi.org/10.18761/PAC.ACT.022

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem consistentemente demonstrado benefícios para a saúde mental e o bem-estar em diversas populações. Todavia, as investigações realizadas com base nesta abordagem sobre como a história de vida afeta a subjetividade dos indivíduos permanecem escassas. Este estudo apresenta o Mapa da Vida, uma ferramenta de intervenção baseada na ACT, desenvolvida no Brasil, que visa promover a flexibilidade psicológica através da análise funcional molar com ênfase na história de vida, e avalia seus efeitos em profissionais de saúde que trataram pacientes com COVID-19. A intervenção em grupo, conduzida remotamente por especialistas em ACT ao longo de seis semanas, envolveu quatro profissionais de saúde de diferentes especialidades com prejuízos na saúde mental e na qualidade de vida relacionados à pandemia. As avaliações pré e pós-intervenção, juntamente com o follow-up, investigaram sintomas de depressão, estresse e qualidade de vida. Os resultados revelaram uma redução expressiva dos sintomas de depressão e estresse, e um aumento na qualidade de vida dos profissionais após a intervenção. As implicações desses benefícios são discutidas em relação às diferentes fases da pandemia no Brasil, destacando a relevância do Mapa da Vida como uma ferramenta promissora para intervenções em saúde mental de profissionais de saúde durante crises sanitárias.

Palavras-chave: Mapa da Vida; Terapia de Aceitação e Compromisso; COVID-19; saúde mental; qualidade de vida.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) consistently demonstrates mental health and well-being benefits across various populations. Nonetheless, ACT-based research on how an individual's life history affects subjectivity remains limited. This study introduces the 'Map of Life', an ACT-based intervention tool developed in Brazil, designed to enhance psychological flexibility through functional molar analysis with an emphasis on life history. It assesses its effects on healthcare professionals who treated COVID-19 patients. The group intervention, led remotely by ACT experts over six weeks, involved four healthcare professionals from different specialties, all of whom faced mental health and quality of life challenges related to the pandemic. Pre- and post-intervention assessments, along with a follow-up, measured depression, stress symptoms, and quality of life. The results indicated an expressive reduction in depression and stress symptoms, as well as an improvement in quality of life among the professionals after the intervention. The implications of these benefits are discussed concerning the various phases of the pandemic in Brazil, highlighting the relevance of the 'Map of Life' as a promising tool for mental health interventions for healthcare professionals during public health crises.

Keywords: Map of Life; Acceptance and Commitment Therapy; COVID-19; mental health; quality of life.

COVID-19 is a disease linked to the acute respiratory syndrome generated by the SARS-CoV-2 coronavirus, transmitted via close person-to-person contact. Since March 2020, the World Health Organization has categorized the escalating disease as a pandemic (WHO, 2020). Despite the physical consequences of the disease, widely discussed internationally, the pandemic presents mental health impacts that are still relatively unpredictable and that demand urgent psychological intervention proposals (Pakenham et al., 2020; Zhang et al., 2021).

A systematic review has already been produced to synthesize the literature on the psychological effects of COVID-19 in the general population (Xiong et al., 2020). In this period, high rates of anxiety, depression, post-traumatic stress, and psychological distress were detected in China, Spain, Italy, Iran, the USA, Turkey, Nepal, and Denmark. Furthermore, it is important to note that people who already had anxiety disorders and various mood disorders were impacted more intensely by the pandemic than people who had no previous mental disorders (Asmundson et al., 2020).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a process-based therapy that aims to promote a meaningful life that is consistent with individual values. It currently has over 1000 randomized controlled trials in major mental health areas (e.g., anxiety, depression, substance abuse, chronic pain and transdiagnostic groups) and over 500 meta-analyses and systematic or narrative reviews of the ACT evidence base (Hayes & King, 2024). An analysis of the evidence from 20 meta-analyses revealed the effectiveness of ACT across various diagnoses of mental disorders and chronic health conditions, as well as in transdiagnostic groups, showing larger effect sizes for ACT compared to usual treatments or no treatment (such as waitlist or placebo) (Gloster et al., 2020). ACT interventions work by modifying psychological flexibility processes and, once such processes are mobilized, produce long-term consequences in traditional psychopathological areas and in physical health habits, relationships, work performance, etc.

As a process-based therapy, ACT interventions are not limited to specific protocols but involve identifying specific psychological processes and evidence-based procedures for impacting such

processes (Hayes & Hoffmann, 2018, 2019, 2020). Because of this comprehensive characteristic, ACT is not reduced to coping with mental disorders described based on syndromes (e.g., DSM-V) but is apt for coping with diverse situations in which it proposes to help people develop health and achieve their goals (Hayes, 2019a; Hayes, et al., 2023).

Psychological flexibility, the process by which ACT interventions set out to develop their goals, can be conceptualized as the ability to feel and think openly, with keen attention to the experience of the present moment; moving one's life in valued directions; and building habits that allow one to live life following such values and aspirations (Hayes, 2019b). Reduced psychological flexibility is predictive of trauma and mental health problems in crisis contexts such as firearm attacks in schools, storms with high environmental impact, or violent crime; because of this, the World Health Organization has found that ACT-based programs are relevant to, for example, care for war refugees (Presti et al., 2020).

At the beginning of the pandemic, some theoretical research was developed to provide guidelines for ACT interventions in the current context. For example, Stapleton (2020) presented interpretations of rule-following and its impact on implementing public health policies to reduce the spread of COVID-19. More broadly, Hayes et al. (2020) used the psychological flexibility model applied to the pandemic context as an example to help health professionals deal with new health challenges. Some authors (e.g., Presti et al., 2020; Szabo et al., 2020) have proposed theoretical analyses of fear mechanisms, learning processes, and change of daily habits in the pandemic context from a contextual sciences perspective, which are the scientific research base of ACT.

Empirical research on the role of psychological flexibility in the population's reaction to the present moment has also been developed. For example, psychological flexibility was positively associated with well-being and inversely related to anxiety, depression, and COVID-19-related distress (Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020). In this same vein, it was also negatively associated with insomnia and found to be an important factor of psychological resilience against mental distress during the pandemic (McCracken et al., 2021).

Beyond an individual perspective, pandemic coping strategies became an important context for interpersonal conflict (especially for families with children) and the negative effects of social isolation. In this direction, psychological flexibility was associated with greater family cohesion, reduced discord among family members, and improved parenting strategy construction (Daks et al., 2020). Moreover, greater psychological flexibility also softened the effects of social isolation and amplified the benefits of social connectedness (Smith et al., 2020). These data make the need for procedures for mobilizing flexibility as a health promotion strategy in the pandemic context increasingly pressing.

In this sense, some ACT-based procedures have already been proposed in the international literature for coping with the psychological consequences of the COVID-19 pandemic (e.g., Arnold et al., 2020; Presti et al., 2020). Such interventions have been conducted in European and North American contexts but have not been found in developing country contexts (e.g., South American countries).

While the psychological impact of the pandemic is pervasive to the entire population, there is a special emphasis on healthcare professionals who work directly caring for patients with COVID-19. Past experiences with pandemics have indicated that, for example, during the SARS quarantine, healthcare professionals showed more severe post-traumatic stress disorder symptoms, more avoidance, and more negative emotions such as guilt, worry, and helplessness compared to the general population (Borloti et al., 2020). Throughout the current experience, the literature already presents data on the impact of COVID-19 on healthcare professionals concerning psychological distress, depression, and anxiety, among others (e.g., Lai et al., 2020; Zhang et al., 2021).

The current study employed a single-case design to explore the effects of the Map of Life, an ACT-based brief intervention tool, on healthcare professionals working on the frontline of patient care for individuals diagnosed with COVID-19 in the Brazilian context. The Map of Life, developed specifically for the Brazilian population, uses the individual's life story to mobilize the six clinical change processes of ACT. This study is the first to evaluate the preliminary findings of this intervention tool,

which has been used for various clinical needs, and will be described in more detail in the section below. The study's hypothesis predicts that healthcare professionals will demonstrate decreased levels of depression and stress symptoms, as well as enhanced quality of life, following their participation in the ACT-based brief intervention group.

Method

Participants

Participants in this study were recruited on demand through websites and social networks. Eligible participants were healthcare professionals who were actively working with patients diagnosed with COVID-19. While 24 individuals initially consented to participate, data from 16 participants were excluded due to incomplete completion of all assessment phases. Figure 1 provides a detailed breakdown of dropout rates and reasons for exclusion during each study phase.

The final sample consisted of four healthcare professionals providing care to patients with suspected or confirmed COVID-19 in Brazil, comprising two psychologists, one nurse, and one social worker. All participants (100% female) had an average age of 35 years ($SD = 14.36$) and self-identified as white (25%), brown (50%), or black (25%). The majority were single (75%) or in a romantic relationship (25%), and most had one child (75%). Two participants reported living with their child only, one lived with her birth family, and one resided with her romantic partner's family. Reported family income ranged from one to six minimum wages, as applicable in Brazil in 2020.

Procedures

After obtaining approval from the National Research Ethics Committee (CEP-CONEP/Brazil - process no. 4.166.847), the study was extensively promoted on various websites and social networks using posters containing the enrollment link for voluntary participation. Participants accessed the link and provided informed consent along with their socio-demographic information. To comply with the physical distancing requirements during the COVID-19 pandemic, all stages of the study were conducted online.

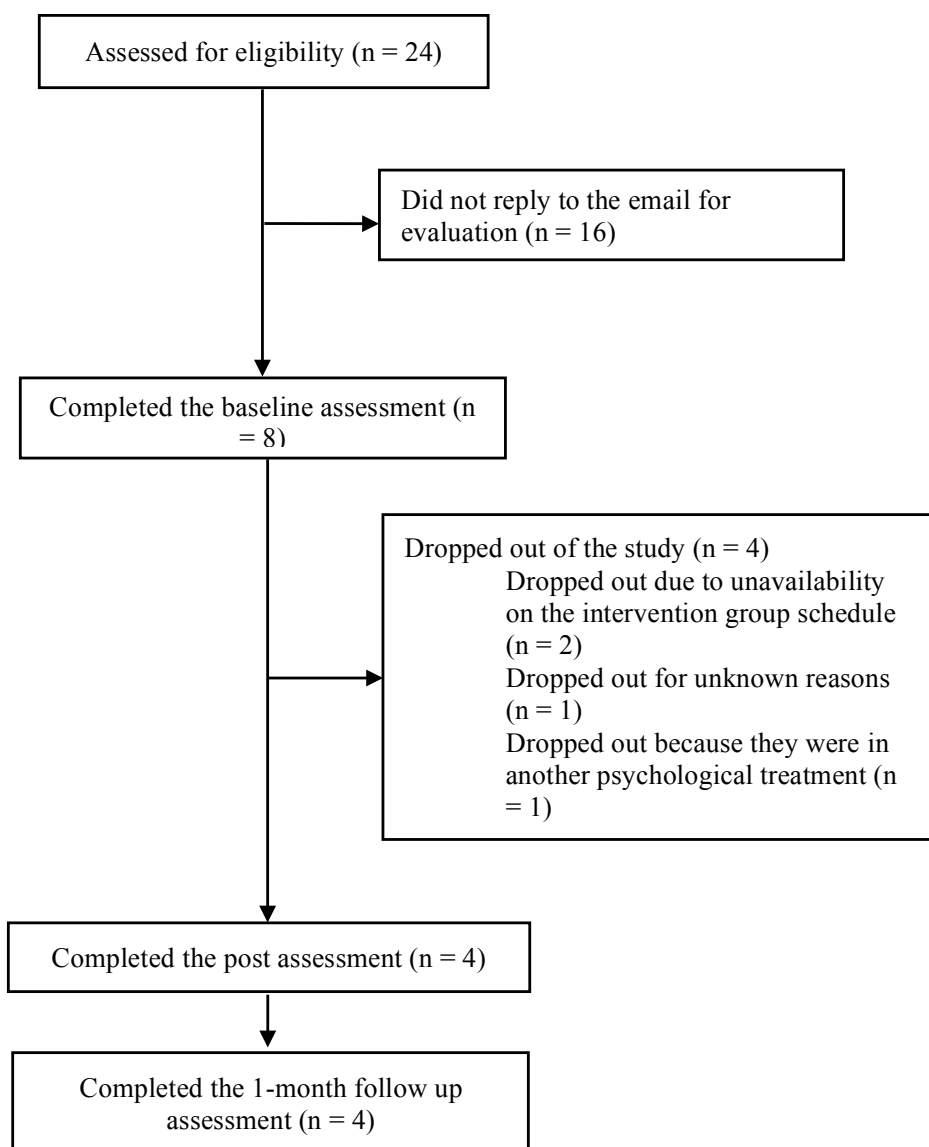


Figure 1. Participant flow diagram.

The pre-treatment assessment took place one week before the intervention's commencement. Each participant completed measures of depression symptoms, stress level, and quality of life through an individual interview conducted on an online platform. The group intervention lasted six consecutive weeks, delivered in an online format, immediately following the initial evaluation. All intervention sessions were recorded for subsequent analysis. The post-treatment evaluation occurred approximately one week after the final intervention session, and the follow-up took place approximately one month later. Both post-treat-

ment and follow-up assessments were conducted individually, using an Internet platform, with participants responding to the same measures as the pre-treatment assessment. Additionally, at the follow-up, participants completed the Client Satisfaction Questionnaire.

Map of Life

It is possible to find in the literature many intervention protocols based on ACT for delivery in groups or individually (Gloster et al., 2020). Such interventions aim to promote psychological flexibility through the mobilization of six clinical change pro-

cesses: acceptance, defusion, self as context, contact with the present moment, values clarity, and committed action.

The procedures presented for mobilizing such processes are quite diverse (e.g., Hayes et al., 1999), involving a plurality of mindfulness exercises, worksheets, metaphors, as well as elements of the therapeutic relationship. However, a time-limited ACT intervention program has at least two main challenges to become feasible in research situations and everyday clinical practice: (1) to organize around practices that coherently mobilize all six flexibility processes and (2) that are meaningful to patients.

Map of Life is an ACT-based intervention program that aims to mobilize psychological flexibility processes using the patient's life-history narrative as the main procedure. In this sense, instead of proposing a series of diverse practices to mobilize each flexibility process individually, the Map of Life uses the narrative of the life story as a verbal context for a new relationship of the patients with their private and public experiences. This strategy aims to promote each of the processes in an integrated way, starting with something meaningful to all participants, that is, their own story.

The use of life story, through the functional analysis of this history, has proven relevant in the authors' clinical practice, in both individual therapy and group intervention. This personal and professional experience of the authors led to the systematization of these practices into a clinical proposal that can be used for groups and individuals. In the present research, the group version was used as the main tool of the intervention, containing six online meetings of approximately one and a half hours, with a weekly frequency. Each of the meetings is described in Figure 2.

Measures

Becks Depression Inventory-II (BDI-II)

The BDI-II is a self-report scale comprising 21 symptomatic items, each with four response alternatives, designed to assess an individual's feeling over the past two weeks. This measure evaluates the intensity of various levels of depression symptoms in individuals aged 13 to senior citizens. The items

include statements such as "My appetite is much less than usual" and "I get irritable all the time". The sum of individual item scores provides a total score, ranging from zero to 63 points, which represents a dimensional score indicating the intensity of depression symptoms. Higher score indicate more significant depression symptoms, categorized into four levels: non-clinical (up to 13 points), mild (between 14 and 19 points), moderate (between 20 and 28 points), or severe (29 points and above). For this study, we utilized the Portuguese version (Gomes-Oliveira et al., 2012), which demonstrated a high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.93).

Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (LSSI)

The LSSI (Lipp, 2000) is a standardized scale that assesses physical and psychological symptoms, providing information based on three stress phases. Stage 1 comprises 15 items that measure physical and psychological symptoms experienced in the past 24 hours. Stage 2 includes 15 items that assess physical and psychological symptoms experienced over the past week. Finally, stage 3 consists of 23 items that measure physical and psychological symptoms experienced in the last month. In total, there are 37 somatic items and 19 psychological items. For each phase, participants must indicate the symptoms experienced during the specified time period. Higher scores indicate a higher likelihood of significant stress symptoms, leading to a more advanced classification. Stress presence is verified when any of the raw scores exceed the established limits for each phase (greater than 6 in the first, greater than 3 in the second, and greater than 8 in the third).

Quality of Life Scale (QLS)

The QLS (Soares et al., 2019) assesses the quality of life in adults and consists of 23 items distributed across two domains: behavioral and psychological. The internal consistency indices (Cronbach's alpha) for each factor are 0.85, with explained variance of 30.24% and 10.20%, respectively. All items are statements that indicate potential impairments in quality of life. The behavioral domain comprises nine items, such as "I want to isolate myself from friends and family" or "My life is meaningless."

Session	Purpose	Method
1	Establishment of the therapeutic contract and rapport building	Therapists are introduced, and participants are asked to share their the most prominent complaints in the current context.
	Identification of challenging psychological experiences and current coping strategies	A mindfulness exercise about “ <i>ocean waves</i> ” is conducted, and participants’ feelings and thoughts are contextualized during the exercise.
2	Identification and labeling of Survival Mode	Reflective questions are posed to explore the participants’ roles within their birth families. Participants are asked to name their Survival Mode. Presentation of a model (fictional case) for identifying the Survival Mode.
	Providing warmth and self-care concerning Survival Mode	An experiential exercise is conducted, where participants are asked, “If you could say something to this child who had to learn this way to survive, what would you say?”
3	Identification of emotional barriers	Reflective questions are asked about the most challenging psychological experiences that the Survival Mode has brought to the present moment.
	Identifying experiential avoidance	Reflective questions, such as “What do I do to get away from what hurts?”, are asked.
	Identifying the effects of experiential avoidance	Participants watch a video titled “Passengers on the bus” and apply its concepts to their own reality.
4	Values clarity	Completing the “What and who matters to me” section of the Map of Life. Direct modeling of the distinction between goals and values based on the answers.
	Identification of committed action	Participants complete and share with the group the sections “What I do to get closer to what matters” and “How I want to be remembered” in the Map of Life.
	Commitment to the group	Request for a commitment for the upcoming week. Request for foresight regarding possible emotional barriers that may arise when performing the committed action.
5	Modeling of committed action	Request to share successes and challenges in relation to the commitment made the previous week. Direct modeling of acceptance of the feelings and thoughts arising from the experience.
6	Program feedback	Review and consolidation of the developed processes. Request for a report on the experiences in the program.

Figure 2. Sessions of Map of Life.

The psychological domain includes 14 additional items, such as “I feel intense loneliness” or “I get angry easily”. The participants respond using a five-point scale ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree. The total score ranges from 23 to 115, with higher scores indicating greater impairment in quality of life.

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)

The CSQ is a 13-question measure assessing treatment satisfaction and treatment outcomes. Additionally, participants were asked whether they had experienced changes in their way of coping with everyday adversities and in the way they think, feel, or behave in their work environment and other social settings (yes/no). For positive responses, participants were asked to describe these changes.

Data analysis

In pilot preliminary effects studies, data are frequently subjected to visual analysis procedures. For this purpose, the data should be graphically presented to enable the assessment of the magnitude of changes that occurred after the intervention (Anderson & Kim, 2003). Pre-treatment, post-treatment, and follow-up measures are compared on separate graphs, and the magnitude of change is examined through visual analysis of the data, indicating an increase or decrease in the properties of the variables under investigation.

Results

All participants who initiated the intervention successfully completed the Map of Life treatment and attended both the post-treatment and 1-month follow-up assessments. Participants who had completed the baseline assessment but did not participate in the intervention dropped out either due to being engaged in another psychological treatment (12.5%) or due to unavailability during the intervention group schedule (25%). Attendance at the intervention sessions ranged from 91.67% to 100%. Throughout the 6-week treatment, two participants were absent from a single intervention session (on separate days) due to other commitments. The healthcare professionals actively engaged in the

proposed exercises during the group treatment, accomplished approximately 95.84% of the agreed homework between sessions.

On a 5-point scale (1=very dissatisfied to 5=very satisfied), participants reported being very satisfied (100%) with the treatment and either satisfied (33.3%) or very satisfied (66.7%) with the clarity of the content. Regarding the perceived benefits in the work environment and daily life, health workers highlighted experiencing less distress when dealing with challenging situations, a reduction of workload, and a greater openness to self-compassion and self-care. No participants reported any treatment-related harms or adverse effects. Furthermore, participants reported that identifying the Survival Mode was crucial in establishing a new relationship with threatening internal events, recognizing their values, and planning committed actions.

Figure 3 displays the results of depression symptoms assessed during the pre-treatment, post-treatment, and follow-up phases. In the pre-treatment evaluation, only one participant had a depression symptom score classified as non-clinical (A=12), while the others had scores classified as moderate (B=21; C=22; D=28). In the post-treatment phase, three participants showed a reduction in depression symptoms, with classifications varying between non-clinical (A=7; D=10) and mild (C=16), and one participant showed a slight increase in the score (B=25), but the classification remained moderate. At follow-up, three participants exhibited non-clinical depression symptoms (A=4; B=12; C=8), and one participant showed increased symptoms of depression, with the score (D=15) is classified as mild. When considering the changes observed from pre-treatment evaluation to follow-up, a significant reduction in depression symptoms was evident in all participants.

The results of stress symptoms from the three assessment phases are presented in Figure 4. In the pre-treatment phase, participants exhibited high clinically relevant percentage scores for stress diagnosis (A=50%; B=58%; C=33%; D=50%). Stress symptoms were predominantly manifested in the psychological dimension for all participants (A=100%; B=100%; C=80%; D=60%). Following the post-treatment, an important reduction in

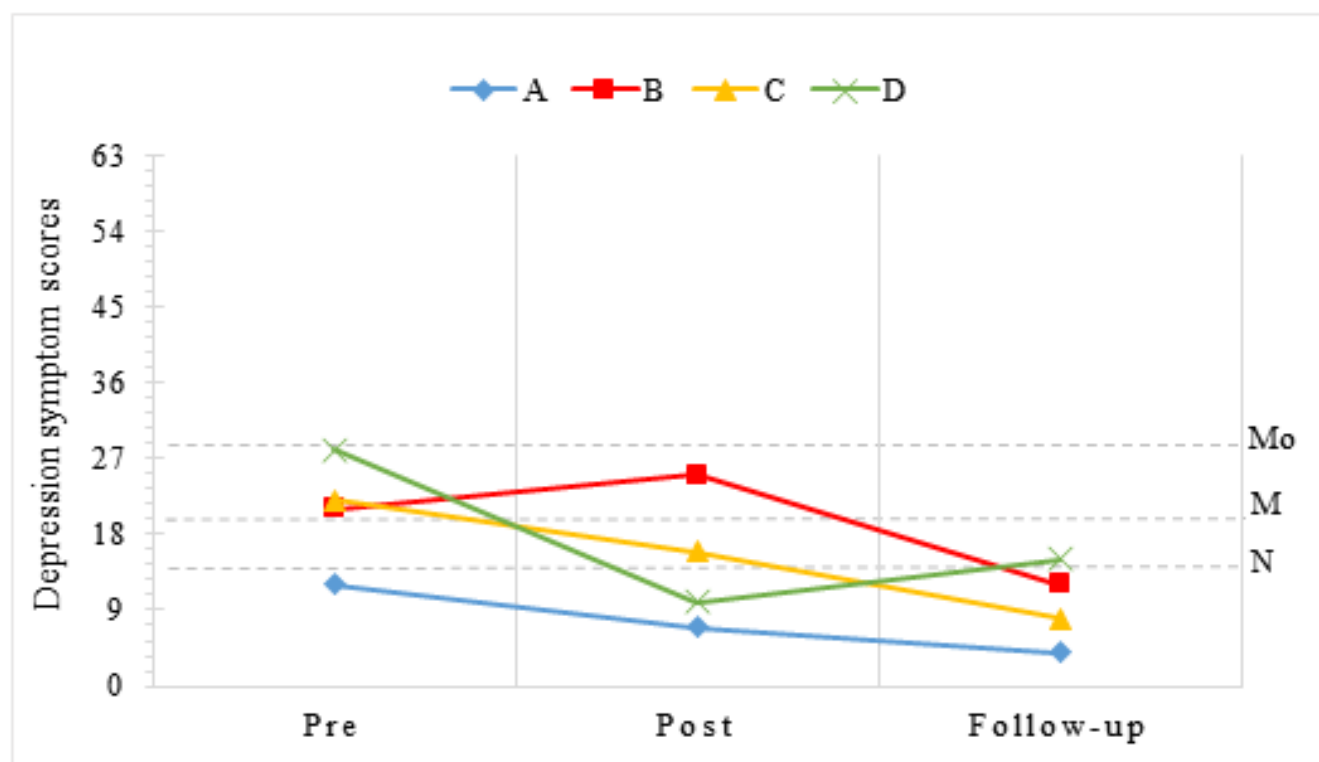


Figure 3. Depression symptom scores at pre-treatment, post-treatment, and follow-up. A, B, C, and D represent each of the participants.

N= non-clinical; M= mild; Mo= moderate

stress symptoms, both physical and psychological, was observed. One participant achieved a score of zero (A), while the others achieved scores of 33%, 17%, and 25% (B, C, and D, respectively). During the follow-up, two participants still exhibited clinically relevant total stress scores (B=50% and D=17%), while the other two achieved scores of zero (A and C). A comparison between the post-treatment and follow-up phases reveals that participant D displayed a decrease in total stress symptoms and no clinically relevant score for psychological stress symptoms. Conversely, participant B showed an increase in these symptoms in both physical (B=50%) and psychological (B=80%) stress dimensions. Nevertheless, when considering the pre-treatment and follow-up phases, there was a significant reduction in stress symptoms for all participants.

Figure 5 depicts the results of quality of life assessment during the pre-treatment, post-treatment, and follow-up phases. Throughout all evaluation phases, impairments in quality of life were primarily observed in the psychological dimension, with common items in the behavioral dimension relating to the use of controlled medication, the desire to isolate from social life, and the perception of a meaningless life. Reduction in quality of life impairments were observed in all participants, with more pronounced improvements generally noted from pre-treatment (A=62; B=70; C=70; D=55) to post-treatment (A=50; B=61; C=50; D=37). At follow-up, the quality of life impairments remained reduced for three participants (A=31; B=55; C=46) and increased for one participant (D=45). Nonetheless, when comparing the pre-treatment and follow-up evaluations, a noticeable reduction in quality of life impairments was evident all participants, with a minimum decrease of 10 points in the total score.

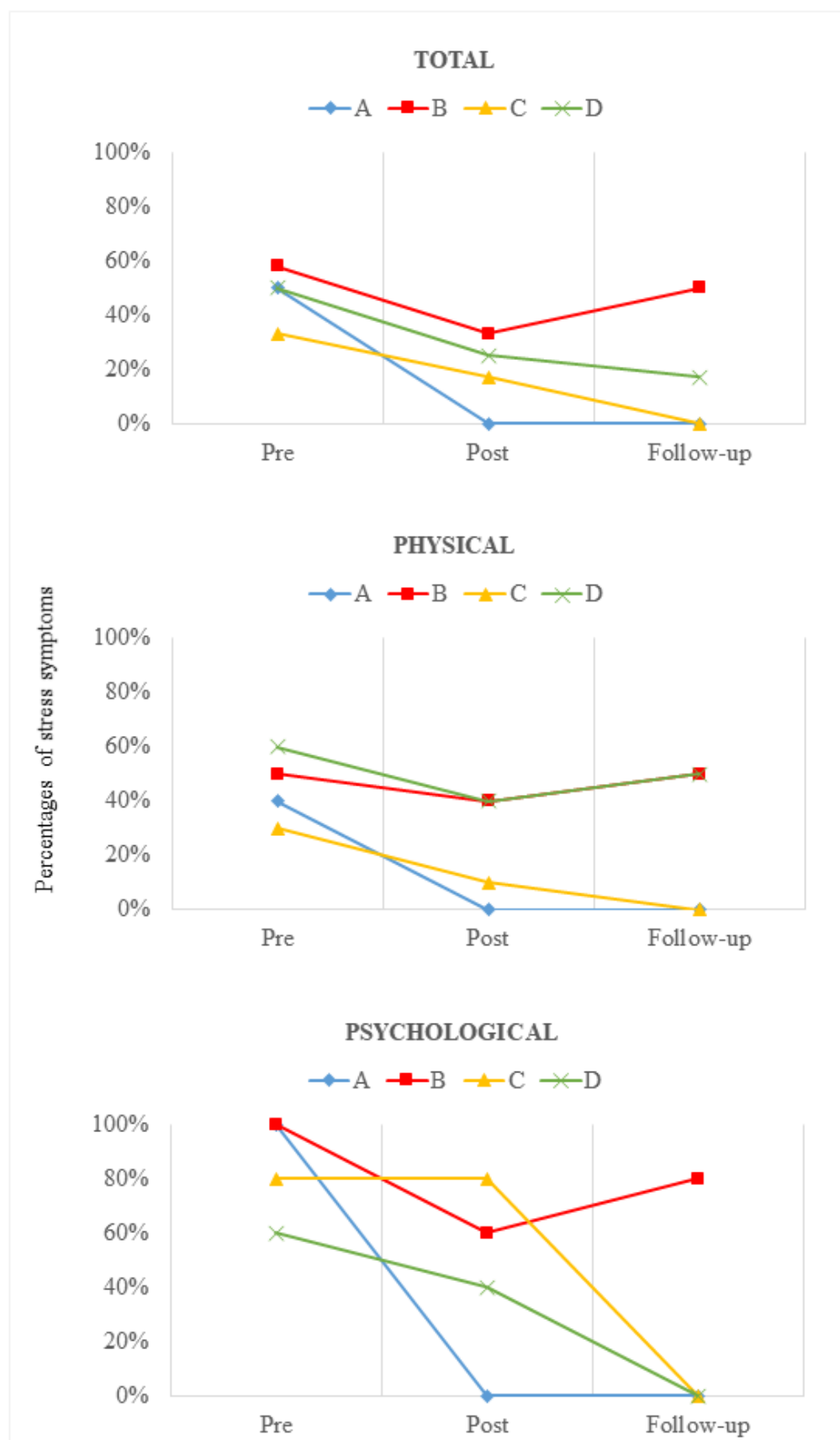


Figure 4. Percentages of stress symptoms in the pre-treatment, post-treatment, and follow-up. A, B, C, and D represent each of the participants.

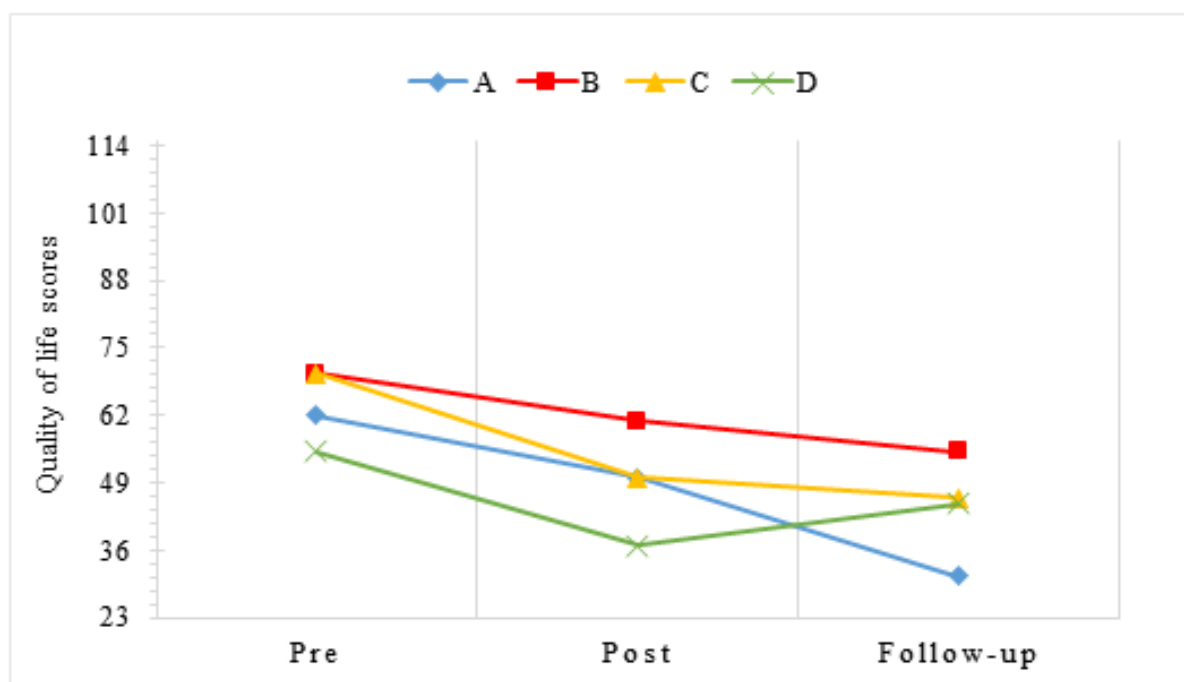


Figure 5. Quality-of-life scores in the pre-treatment, post-treatment, and follow-up. A, B, C, and D represent each of the participants.

Discussion

The current study investigated the effects of an ACT intervention on depression symptoms, stress, and quality of life of healthcare professionals working in the care of patients with COVID-19 in the Brazilian context. The hypothesis tested was confirmed. These findings align with the literature that highlights the benefits of ACT interventions on mental health and quality of life (Gloster et al., 2020; Hayes & King, 2024).

For a better understanding of the data obtained during the follow-up, some qualitative considerations regarding the evaluation period are necessary. The follow-up period coincided with what was considered the beginning of a “second wave” of COVID-19 cases in Brazil, particularly in the participants’ residential areas. Throughout the intervention period, the incidence of cases in the region significantly decreased, leading to the closure of health units that had been established as emergency facilities due to the pandemic. However, by the time of the follow-up, health institutions were experiencing a notable increase in cases, resulting in the reopening of previously closed units.

The contingency of relapse, combined with the approach of the end of the year and the participants’ work breaks, was evident in reports of fatigue and heightened stress during the follow-up. These qualitative insights are significant as they might have substantially impacted the increased distress experienced by participants B and D during the follow-up compared to the post-intervention period. Despite the overall reduction in stress scores for all participants, this information provides context that makes the variations between post-intervention and follow-up more comprehensible.

The success of the results of this study also needs to be discussed from another perspective, namely, the cultural sensitivity of intervention procedures. ACT protocols are, in general, developed in North America and Europe, which implies a specific cultural perspective when designing procedures. In this sense, Griner and Smith (2006) advocate the need for improving the study of outcomes associated with mental health interventions adapted to the cultural context of the client. It is possible to consider that while clinical

change processes (e.g., psychological flexibility) have universal characteristics (e.g., verbal regulation based on literalness), clinical procedures need to be adapted to the target population (Hayes et al., 2023). In this regard, the Map of Life employed strategies based on the participants' life narrative so that the mobilization of clinical processes occurred contextualized to the participants' cultural, social, and economic reality. It is noteworthy that this strategy was successful in the cases analyzed, which suggests that future adaptations for diverse cultural contexts can be made based on the utilization of participants' life story narratives.

On the other hand, it is also important to consider the limitations inherent to the design of this study. Although the acceptability of the proposed treatment was assessed and confirmed, this study did not include a measure of treatment integrity. The Map of Life is not a highly structured intervention tool, allowing for the use of various procedures that can be adapted to the needs of each case. However, it would be important for future studies to assess whether the therapist implemented the intervention as planned. Given the small sample size, these findings are preliminary and require further replication. In future research, different intervention groups may allow comparisons between groups, including the control group, making the findings more robust and generalizable. Moreover, the participants in this study were all female, and this seems to reinforce the relevance of the observed findings, as in this pandemic context, women tend to be at higher risk for impairments in mental functioning (Lai et al., 2020). However, delivering this intervention program to a wider variety of health professionals, including males, will enable greater consistency in evaluating the strategies used throughout the Map of Life, especially if regression analyses with demographic data are considered.

Finally, we conclude that, in addition to presenting an innovative proposal for the promotion of psychological flexibility, based on the individual's life story, the findings of the current study show promise for the feasibility of providing care for the main actors in the fight against COVID-19. Given the current conjuncture of an unprecedented pandemic, which arouses deep feelings of fear and

uncertainty (Presti et al., 2020; Smith et al. 2020), promoting the mental health and quality of life of the healthcare team becomes as essential as caring for patients affected by SARS-CoV-2. The Map of Life was delivered in a virtual format, ensuring the physical distance necessary in the current pandemic context, and has demonstrated ample effectiveness in favoring increased quality of life and the reduction of clinical indicators of depression and stress in healthcare professionals who work directly in the treatment of patients with COVID-19.

References

- Anderson, C. M., & Kim, C. (2003). Evaluating treatment efficacy with single-case designs. In M. C. Roberts & S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (1st ed., pp. 73–91). https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605_20
- Arnold, T., Rogers, B. G., Norris, A. L., Scherr, A. S., Haubrick, K., Renna, M. E., Sun, S., Danforth, M. M., Chu, C. T., Silva, E. S., Whiteley, L. B., & Pinkston, M. (2020). A brief transdiagnostic pandemic mental health maintenance intervention. *Counselling Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769026>
- Asmundson, G., Paluszek, M., Landry, C., Rachor, G., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102271. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102271>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Borloti, E., Haydu, V., Kienen, N., & Zacarin, M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas durante a pandemia da COVID-19: Um panorama. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 16(1), p. 21-30. <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.8885>
- Cherry, K., Hoeven, E., Patterson, T., & Lumley, M. (2021). Defining and measuring “psychological

- flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychological Review*, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973>
- Daks, J., Peltz, J., & Rogge, R. (2020). Psychological flexibility and inflexibility as sources of resiliency and risk during a pandemic: Modeling the cascade of COVID-19 stress on family systems with a contextual behavioral science lens. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.003>
- Dawson, D., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *17*, 126-134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the beck depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(4), 389-394. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o structured clinical interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*, 380-390. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10183/49591>
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, *43*(4), 531-548. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2019a). Acceptance and Commitment Therapy: Towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, *18*(2), 226-227. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20626>
- Hayes, S. C. (2019b). *A liberated mind: How to pivot toward what matters*. NY: Avery.
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2019). Focusing on the correct level of analysis in process-based therapy. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *7*(2), 189-190.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*. CA: Context Press.
- Hayes, S., Hofmann, S., & Stanton, C. (2020). Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID-19 as an example. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 128-145.
- Hayes, S., Hofmann, S., Ciarrochi, J. (2023). The Idionomic Future of Cognitive Behavioral Therapy: What Stands Out From Criticisms of ACT Development. *Behavior Therapy*, *54*, 1036-1063. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.011>.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: Understanding and treating human suffering*. New York, NY: Guilford Press
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lipp, M. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- McCracken, L., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28-35.
- Paixão, C., Souza, F., Ferreira, G., & Ferreira, T. A. (2021). Intervenções focadas em grupo: ACT com profissionais de saúde em contextos ansiogênicos. In C. K. B. Oshiro & T. A. Ferreira (Eds.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 184-200). São Paulo: Manole
- Pakenham, K. I., Landi, G., Boccolini, G., Furlani, A., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003>
- Presti, G., McHugh, L., Gloster, A., Karekla, M., Hayes, S. C. (2020). The dynamics of fear at the time of COVID-19: A contextual behavioral science perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 65-71. <https://doi.org/10.36131/CN20200206>
- Smith, B., Twohy, A., & Smith, G. (2020). Psychological inflexibility and intolerance of uncertainty moderate the relationship between social isolation and mental health outcomes during COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 162-174.
- Soares, I., Silva, A., Chariglione, I., Formiga, N., & Melo, G. F. D. (2019). Escala de qualidade de vida (EQV): Evidências psicométricas de medida em adultos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(2), 328-347. <http://doi.org/10.15309/19psd200205>
- Stapleton, A. (2020). Choosing not to follow rules that will reduce the spread of COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.002>
- Szabo, T., Richling, S., Embry, D., Biglan, A., & Wilson, K. (2020). From helpless to hero: Promoting values-based behavior and positive family interaction in the midst of COVID-19. *Behavior Analysis in Practice*, 13(3), 568-576. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00431-0>
- WHO. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Accessed March 8, 2021
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zhang, C. Q., Zhang, R., Lu, Y., Liu, H., Kong, S., Baker, J. S., & Zhang, H. (2021). Occupational stressors, mental health, and sleep difficulty among nurses during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of cognitive fusion and cognitive reappraisal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.12.004>

Histórico do Artigo

Submetido em: 31/10/2023

Aceito tem: 21/05/2025

Eficácia da ACT e ACT associada à compaixão: análise comparativa em mulheres acima do peso

Efficacy of ACT and ACT associated with compassion: comparative analysis in overweight women

Luciana Pacheco Miranda Rochoael¹, Sônia Maria Mello Neves¹, Fernanda Posch Rios¹, Ellen Ferreira de Castro¹, Maria Luiza de Lima Vasconcelos², Yuri Kozima Pacheco²

[1] Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO) [2] Consultório particular | **Título abreviado:** ACT para mulheres acima do peso | **Endereço para correspondência:** Av. Universitária, 1440, Setor Universitário, Campus I PUC/GO, área IV, bloco A (1 andar). CEP: 74.810-210 | **Email:** lucianapachecomr@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.013

Resumo: O autoestigma relacionado a obesidade e sobrepeso tem sido investigado como um dos fatores que prejudicam a adesão ao tratamento e o engajamento no desenvolvimento de hábitos saudáveis. Objetivou-se, com este estudo, investigar os desfechos de dois tipos de intervenções com foco na redução do autoestigma do peso, sendo elas: (1) intervenção com Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT); (2) intervenção com ACT e direcionamento explícito para autocompaixão. Participaram do estudo 20 mulheres, com sobrepeso e obesidade, idade entre 29 e 49 anos e indicativos de autoestigma do peso. Foram realizadas, para cada intervenção, 10 sessões em grupo on-line com periodicidade semanal. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre os grupos. Ambos apresentaram melhoras significativas com tamanho de efeito grande a médio para o autoestigma do peso, autocompaixão, flexibilidade psicológica para o peso e imagem corporal. Nos dois grupos a flexibilidade psicológica apresentou correlações fortes e moderadas com a imagem corporal e compulsão alimentar e a flexibilidade psicológica para o peso correlacionou-se fortemente com compulsão alimentar. Os dados sugerem que intervenções baseadas na ACT e na compaixão podem ser promissoras para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, melhoras no autoestigma do peso, na imagem corporal e na compulsão alimentar.

Palavras-chave: ACT; autocompaixão; autoestigma do peso; imagem corporal; compulsão alimentar.

Abstract: Self-stigma related to obesity and overweight has been investigated as one of the factors that hinder adherence to treatment and engagement in the development of healthy habits. The aim of this study was to investigate the outcomes of two types of interventions focused on reducing weight self-stigma, namely: (1) intervention with Acceptance and Commitment Therapy (ACT); (2) intervention with ACT and explicit targeting of self-compassion. Twenty overweight and obese women, aged between 29 and 49 years old with indicative of weight self-stigma, participated in the study. For each intervention, 10 online group sessions were held weekly. The results indicated that there was no significant difference between the groups. Both showed significant improvements with large to medium effect sizes for weight self-stigma, self-compassion, psychological weight flexibility and body image. In both groups, psychological flexibility showed strong and moderate correlations with body image and binge eating and psychological flexibility for weight was strongly correlated with binge eating. Data suggest that interventions based on ACT and compassion may be promising for developing psychological flexibility, improvements in weight self-stigma, body image and binge eating.

Keywords: ACT; self-compassion; weight self-stigma; body image; binge eating.

Notas dos autores:

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pela bolsa de mestrado concedida à autora Luciana Pacheco Miranda Rochael.

O peso corporal é uma identidade social sujeita a estigmatização e discriminação. Embora seja menos estudado, o estigma do peso é mais socialmente aceitável, severo e, em alguns casos, mais prevalente do que o racismo, sexismo e outras formas de preconceito (Tomiya et al., 2014). Evidências têm mostrado que pessoas com sobrepeso ou obesidade enfrentam desvalorização social e maus-tratos/hostilidade e explicitam que essa desvalorização social por causa do peso corporal é referida como estigma de peso, o qual alimenta estereótipos negativos que atribuem aos indivíduos marcas pejorativas (Goffman, 1984; Puhl & Heuer, 2009; Puhl et al., 2020;).

Segundo Lillis et al. (2009), é comum que indivíduos obesos estejam cientes das atribuições negativas a eles direcionadas e, para evitar o desprezo social percebido, tendem a estreitar seu mundo consideravelmente. Frequentemente relatam diminuição das atividades físicas e sociais, diminuição do funcionamento sexual e prejuízos na autoimagem. Esses fatores contribuem para o aumento do autoestigma, a menor intenção em buscar ajuda, a baixa adesão a tratamentos e o agravamento de condições de saúde física e mental (Wong et al., 2019).

Lillis et al. (2020) investigaram se dois aspectos do autoestigma, o medo do estigma público e a autoavaliação negativa, estariam associados à mudança de peso e envolvimento com o tratamento. Participaram da pesquisa 188 indivíduos, participantes de um programa para perda de peso on-line, com duração de três meses. O medo de ser estigmatizado foi associado a menor perda de peso, a um menor engajamento no programa; já a auto-desvalorização não foi associada com menor perda de peso. Tanto a autodesvalorização quanto o medo do estigma público foram fortemente associados aos sintomas de ansiedade e depressão.

Outra particularidade relevante e que se relaciona com a experiência do autoestigma, refere-se às questões de insatisfação com a imagem corporal e compulsão alimentar, este último caracterizado por uma recorrência de ingestão de grandes quantidades de alimento, de uma só vez, com sensação de perda de controle, experimentando sofrimento acentuado (Hill et al., 2015). A insatisfação da imagem corporal, por sua vez, envolve o autojulgamento associado a pensamentos que representam

estereótipos negativos a respeito do próprio corpo e, assim como o autoestigma, estão relacionados a indesejáveis resultados de saúde física e psicológica, incluindo sentimentos de isolamento, questões de desordem alimentar, compulsão alimentar, depressão e outros sintomas psiquiátricos (Carels et al., 2010; Griffiths et al., 2018; Marshall et al., 2020; Wott & Carels, 2010).

Além da autoavaliação negativa, também faz parte do autoestigma do peso a experiência pessoal de vergonha (Lillis et al., 2009). Luoma et al. (2012) indicam que a vergonha é o núcleo emocional da vivência do estigma que tende a envolver a identificação com pensamentos de ser defeituoso e não digno de ser amado ou aceito relacionados à construção de um autoconceito negativo (Tangney et al., 2007). Prejuízos no envolvimento social, desconexão interpessoal e interferência na resolução de problemas interpessoais podem ser observados em pessoas estigmatizadas (Dickerson et al., 2004).

O autoestigma do peso pode estar associado a estratégias de mudanças pautadas pela aversão por si mesmo e autocritica depreciativa, o que pode resultar em rápidas mudanças de comportamento, as quais não se sustentam a longo prazo, além de adicionar mais sentimentos de vergonha, inadequação ou desgosto. Por outro lado, construir um repertório de relacionamento consigo mesmo pautado na bondade, apoio e encorajamento tem se mostrado um caminho mais promissor na direção de mudanças mais bem sustentadas a longo prazo (Lillis et al., 2016).

Congruente com essa perspectiva, a compaixão vem sendo estudada como um aspecto importante a ser desenvolvido por envolver um senso básico de cuidado, sensibilidade e abertura ao próprio sofrimento e ao dos outros e a intenção genuína de tentar aliviá-lo e preveni-lo (Gilbert, 2009; 2022). Autocompaixão, por sua vez, seria a compaixão dirigida a si mesmo. Luoma e Platt (2015) evidenciam que, em contraste com os efeitos de distanciamento e isolamento social provenientes da vergonha e autocritica, altamente prevalentes no autoestigma, a autocompaixão tende a evocar formas mais flexíveis de resposta, incluindo repertórios comportamentais envolvendo o cuidado e relacionamento consigo mesmo e com os outros associados a emoções afiliativas, como calor interpessoal, interesse, alegria, e valorização própria (Goetz et al., 2010).

Hilbert et al. (2015) encontraram, em uma amostra de 1.158 indivíduos com sobrepeso e obesidade, que o efeito protetor da autocompaixão no estigma do peso foi baseado nos baixos níveis de atitudes de autoisolamento e autojulgamento, bem como na baixa superidentificação com pensamentos e sentimentos negativos. Assim, intervenções clínicas que têm como alvo a vergonha e a autocrítica têm se concentrado em promover a autocompaixão (Gilbert, 2009; 2014; Gilbert & Procter, 2006).

Carter et al. (2021a), em uma revisão sistemática, indicam que o uso de intervenções baseadas na compaixão aponta na direção de ajudar a reduzir a vergonha do peso corporal e aumentar os níveis de compaixão. Um estudo piloto (Carter et al., 2021b) forneceu 12 sessões, de 2 horas, em um programa direcionado para atingir diretamente a vergonha do peso corporal cultivando a compaixão em um grupo de 5 mulheres, com IMC maior que 30. Os resultados indicaram impacto positivo na redução da vergonha do peso corporal, aumentando a compaixão e melhorando os comportamentos de engajamento com a saúde relacionados à alimentação e ao exercício. O feedback qualitativo indicou a importância de a intervenção ser em grupo para auxiliar na desestigmatização da aparência corporal dos indivíduos.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um modelo psicoterapêutico analítico-comportamental (Hayes et al., 1999), que coevoluiu com a Teoria das Molduras Relacionais (RFT) e que se utiliza de seus fundamentos para a explicação da linguagem e seus impactos no sofrimento humano (Hayes et al., 2001). Na ACT, a compaixão não aparece como componente formal do modelo. No entanto, pesquisadores e clínicos atuantes na perspectiva da ACT têm discutido e explorado empiricamente o papel da compaixão nessa psicoterapia (Neff & Tirch, 2013; Skinta et al., 2015; Tirch et al., 2014; Yadavaia et al., 2014). A autocompaixão seria um mecanismo subjacente, inerente aos processos centrais da ACT (Hayes, 2008a; Luoma & Platt, 2015).

Na ACT, associa-se processos de aceitação e atenção à processos de compromisso e mudança de comportamento para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica, definida como a habilidade de desfusão de pensamentos difíceis e aceitação de sentimentos desagradáveis enquanto

persiste-se em ações baseadas em valores (Hayes et al., 2008b; 2021). Seu principal objetivo é promover o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, que, no contexto das questões relacionadas ao peso, se refere à abertura para experimentar eventos privados, como angústia, anseio por comida, sensação de cansaço ou pensamentos autoestigmatizantes, ao mesmo tempo em que se persiste em comportamentos orientados por valores (Wallin et al., 2018).

A sobreposição dos conceitos dos processos da ACT e compaixão vem sendo discutida na literatura, ainda que não esteja claro o papel da compaixão, seja como um mecanismo de mudança ou efeito de intervenções. Dahl et al. (2009) descreveram como os processos da ACT afetam diretamente a compaixão por si mesmo e pelos outros. Em seu modelo, a autocompaixão envolveria a capacidade de experimentar, com boa vontade, emoções difíceis; observar atentamente os pensamentos de autoavaliação, angústia e vergonha, sem permitir que o emaranhamento nessas narrativas influencie o comportamento; para que o indivíduo possa se envolver mais plenamente nas buscas de sua vida, com bondade e autovalidação; e para mudar com flexibilidade sua perspectiva em direção a um senso de identidade mais amplo e transcendente (Hayes, 2008a).

A autocompaixão, na ACT, estaria relacionada aos processos de aceitação experiencial, tomada de perspectiva e ação comprometida com valores. Ao desenvolver habilidades para ser menos dominado por autoavaliações categóricas e julgadoras, a pessoa poderá se engajar menos prontamente em condenações e julgamentos ao seu próprio respeito ou em relação aos outros e agir direcionada por seus valores. À medida que a compaixão é cultivada, elementos centrais da flexibilidade psicológica também são desenvolvidos (Hayes et al., 2021; Tirch et al., 2014).

Segundo Palmeira et al. (2017) a ACT e intervenções baseadas em *mindfulness* e compaixão compartilham aspectos comuns por se concentrarem na promoção de uma relação mais consciente, gentil, de aceitação e sem julgamentos das experiências, incluindo a relação da pessoa consigo mesma (Neff & Tirch, 2013). Luoma e Platt (2015), assim como, Neff e Tirch (2013) argumentam que os protocolos ACT podem se beneficiar do dire-

cionamento explícito para autocompaixão, uma vez que há evidências que indicam melhora na capacidade de seguir práticas relacionadas a comportamentos saudáveis e diminuição do estigma, vergonha e autocritica.

Palmeira et al. (2017), em um ensaio clínico randomizado, desenvolveram uma intervenção em grupo com 12 sessões, de 2h 30 minutos cada, para 73 mulheres com sobrepeso e obesidade integrando ACT, *mindfulness* e componentes de autocompaixão. A intervenção foi elaborada para promover a qualidade de vida e redução do autoestigma de peso e comportamentos alimentares pouco saudáveis (alimentação emocional), visando a evitação experiencial relacionada ao peso e a autocritica. Os resultados revelaram aumento significativo da qualidade de vida relacionada à saúde e exercício físico e redução do autoestigma de peso, alimentação emocional, alimentação descontrolada, IMC, autocritica, esquivas experiencial relacionada ao peso, sintomas psicopatológicos no pós-tratamento; e autocompaixão com tendência à significância, enquanto não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para *mindfulness*.

Intervenções baseadas na aceitação, *mindfulness* e compaixão tem se mostrado promissoras no desenvolvimento da autocompaixão e aliadas na redução do estigma (Hilbert et al., 2015). No entanto, até o momento, poucos estudos empíricos foram desenvolvidos para investigar o autoestigma do peso e o papel da compaixão nesse processo e se o foco mais explícito na autocompaixão poderia estar associado a redução do autoestigma.

Os estudos com intervenção em ACT para estigma do peso utilizaram protocolos padrões, como o de Lillis et al. (2007). Skinta et al. (2015) obtiveram resultados de diminuição de estigma em pessoas com HIV, em estudo piloto com protocolo ACT associado a elementos da TFC para compaixão. Exclusivamente com protocolos de compaixão para estigma do peso encontrou-se o estudo de Forbes et al. (2020) e para vergonha corporal o de Cartes et al. (2021b).

Dessa forma, com o propósito de ampliar as investigações nessa área, o presente estudo, teve como objetivo principal investigar de que forma os processos de flexibilidade psicológica e auto-

compaixão influenciaram os desfechos em dois tipos de intervenções com foco na redução do autoestigma do peso, sendo elas: (1) Intervenção com ACT; (2) Intervenção com ACT com direcionamento explícito para autocompaixão. Dentre os objetivos específicos, pretendeu-se: identificar se houve diferença entre os grupos nas medidas de processo ACT, autoestigma, autocompaixão, imagem corporal, compulsão alimentar e IMC; avaliar o impacto das intervenções nos processos ACT de aceitação, desfusão cognitiva, self e valores; e identificar se mudanças nos processos ACT estão relacionadas a mudanças na imagem corporal, compulsão alimentar e IMC.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo quase-experimental, longitudinal, aplicado, descritivo e correlacional para verificação dos efeitos de duas intervenções clínicas. O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) e aprovado com parecer nº 5.351.454, conforme as diretrizes da Resolução CNS nº 466, de 2012(41).

Participantes

Participaram do estudo 20 voluntárias do sexo feminino que foram alocadas em dois grupos, denominados de grupo protocolo ACT e grupo protocolo ACT-Compaixão. A amostra foi não probabilística e formada por conveniência.

Os critérios de inclusão foram: mulheres acima de 18 anos com sobrepeso e obesidade, classificado pelo IMC ≥ 25 kg/m². Obtenção de score: ≥ 39 ao responder o Questionário de autoestigma de peso (WSSQ) e ≤ 3 ao responder a Escala de Autocompaixão (SCS). Em relação aos critérios de exclusão, para esse estudo foram: participar de outro grupo ou intervenção para perda de peso durante a intervenção; gestantes; diagnósticos de Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno Bipolar (em um episódio ativo), Transtorno Depressivo Maior (em um episódio ativo) e Transtornos por Uso de Substâncias, avaliados em uma entrevista clínica inicial.

Local

As sessões terapêuticas em ambos os grupos aconteceram no ambiente virtual *Zoom Meetings*.

Instrumentos

Para obtenção dos dados demográficos e história de vida foi utilizado:

Questionário Multimodal de História Vital (Lázarus, 1975/1980). Utilizado para para obtenção dos dados demográficos e história de vida. Tradução organizada por U. C. Arantes. Foi adaptado para ser utilizado como facilitador para a composição dos dados sobre a história comportamental da participante. Este questionário é composto com os dados pessoais, descrição dos problemas, dados laborativos, dados familiares, informações adicionais, avaliação sumária, informações se o indivíduo está tendo atendimentos com outros profissionais e avaliação física.

Questionário de autoestigma de peso (WSSQ. Weight self-stigma Questionnaire; Lillis et al., 2010). Utilizado como medida de autoestigma do peso em pessoas com sobrepeso e obesidade. Os 12 itens são avaliados em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), com pontuações variando de 12 a 60, sendo que scores mais altos refletem a presença de mais autoestigma do peso. A versão original do WSSQ mostrou boas propriedades psicométricas ($\alpha = 0,88$), semelhantes às encontradas na versão portuguesa (Oliveira, 2014). Rodrigues et al. (2022) finalizaram a versão do WSSQ em português brasileiro que será utilizada nesse estudo, mostrando consistência interna por Alpha de Cronbach de 0,79.

As medidas dos efeitos da intervenção nos processos ACT foram:

Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II. Acceptance and Action Questionnaire; Bond et al., 2011). Foi traduzido e validado para a população brasileira por Barbosa e Murta (2015). É um questionário de sete itens e objetiva mensurar a esquivas experiencial. As respostas estão dispostas em uma escala de sete pontos, na qual 1 corresponde a “nunca verdadeira” e 7 a “sempre verdadeira”. Os

escores finais variam de 10 a 70 pontos, sendo as baixas pontuações correspondentes à maior aceitação e habilidade de agir na presença de pensamento emoções difíceis. O questionário possui boa validade convergente e divergente ($\alpha=0,84$).

Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W. Acceptance and Action Questionnaire for Weight; Lillis & Hayes, 2008). Foi traduzido, adaptado e validado por Lucena-Santos et al. (2015a). Trata-se de um questionário de 22 itens que objetiva mensurar a esquivas experiencial no contexto de redução ou manutenção do peso. O instrumento é composto por um total de 22 itens, divididos em duas etapas. Na primeira etapa, composta por 10 itens, os participantes devem classificar a frequência em que a situação expressada por cada item é verdadeira para eles, por meio de uma escala de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). A segunda etapa é composta por 12 itens onde é solicitado que os respondentes digam o quanto eles acreditam nesses pensamentos (1 = nada acreditável; 7 = completamente acreditável). Alguns itens são cotados de forma inversa (1, 6, 7, 14 e 18) e, em seguida, o escore total, com variação de 22 a 154, pode ser calculado, sendo menores pontuações representando maior flexibilidade psicológica. O estudo de validação original da escala apontou boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de $\alpha=0,88$.

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7. Cognitive Fusion Questionnaire; Gillanders et al., 2014). Este questionário que visa avaliar o processo de fusão cognitiva com uma escala de 7 itens (1 = “nunca verdadeira”; 7 = “sempre verdadeira”). Adaptado e validado por Lucena-Santos et al. (2015b). Dentre os 6 processos de inflexibilidade psicológica abordados pela ACT, a fusão cognitiva diz respeito ao emaranhamento psicológico do indivíduo com o conteúdo ou a forma dos seus pensamentos. O escore total é calculado através do somatório dos itens, que pode variar de 7 a 49, indicando que quanto maior o escore, maior a fusão cognitiva. A versão brasileira apresenta elevada consistência interna ($\alpha=0,93$).

Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal (CFQ-BI. Cognitive Fusion

Questionnaire; Ferreira et al., 2015). Foi validado por Lucena-Santos et al. (2015). O CFQ-BI é um questionário que pretende avaliar a fusão cognitiva em relação à imagem corporal. Esta é uma medida de autorresposta breve, composta por 10 itens respondidos numa escala de 1 (“Nunca verdadeiro”) a 7 (“Sempre verdadeiro”), cuja variação dos scores vão de 10 a 70. No estudo original a escala apresentou boa validade convergente, divergente, temporal e discriminante e boa consistência interna ($\alpha = .97$).

Questionário de Valores de Vida (VLQ. Valued Living Questionnaire; Wilson et al., 2010). A versão brasileira foi validada por Lucena-Santos et al. (2015a). O questionário é composto por 20 itens subdivididos em duas partes (contendo 10 itens cada, sendo que cada item avalia um domínio de vida). A primeira parte (subescala importância) se destina a avaliar o grau de importância que cada indivíduo atribui a diferentes domínios de vida em que cada item deve ser respondido com base em uma escala de 10 pontos (0 = nada importante; 10 = extremamente importante). A segunda parte (subescala consistência) visa mensurar o quanto as ações da semana anterior foram condizentes com cada um dos domínios, em que cada item também deve ser respondido com base em uma escala de 10 pontos (0 = nada consistentes com meus valores; 10 = completamente consistentes com meus valores). Os scores variam de 100 a 1000. No estudo original, Alpha de Cronbach de 0,77 e 0,75 para as subescalas de Importância e Consistência, respectivamente).

Inventário Reno de Autoperspectiva (RISP. Reno Inventory of Self-Perspective; Jeffcoat (2015)). Foi validado no Brasil por Peixoto et al. (2019). O RISP tem por objetivo avaliar a habilidade de tomada de perspectiva (do inglês *perspective taking*). O instrumento é composto por 13 itens que são estruturados em três diferentes fatores: *Entangled* (enredado), *Centered* (centrado) e *Transcendent* (transcendente) e respondidos por escala de 7 pontos, de 1 (nunca) a 7 (sempre). Os scores variam de 13 a 91. No estudo original a escala apresentou boa consistência interna ($\alpha = .89$).

A medida utilizada para avaliar a autocompaixão foi:

Escala de Autocompaixão (SCS. Self-Compassion Scale; Neff., 2003). A versão brasileira de Souza e Hutz (2016) é um questionário de 26 itens que avalia a atitude do indivíduo consigo mesmo em momentos difíceis e de sofrimento. O instrumento é composto por seis subescalas que medem três componentes de autocompaixão: (1) bondade/autojulgamento; (2) humanidade compartilhada/isolamento; (3) *mindfulness* (atenção plena) /superidentificação. Os itens são avaliados em uma escala de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Os scores variam de 26 a 130 ou quando divididos pela quantidade de itens (26), variam de 1 a 5. No estudo original e versão brasileira, o SCS mostrou boa consistência interna ($\alpha = 0,92$).

Os seguintes instrumentos foram utilizados para acessar a insatisfação da imagem corporal e compulsão alimentar:

Questionário da Imagem Corporal (BSQ. Body Shape Questionnaire; Cooper et al., 1987). Foi traduzido e adaptado para versão brasileira por Di Pietro e Silveira (2009), tem o objetivo de avaliar a insatisfação com a imagem corporal. O questionário é composto por 34 itens e utiliza uma escala de 6 pontos com opções entre “nunca” e “sempre”. Os scores variam de 34 a 204. O resultado é obtido através da soma total dos pontos e da classificação em distorção da imagem corporal normal (até 110 pontos), leve (de 111 a 138), moderada (139 a 167) e grave (maior que 167). Na versão brasileira, o estudo de validação apresentou alta consistência interna ($\alpha = .97$).

Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP. Binge Eating Scale (BES); Gormally et al., 1982). Foi traduzida e validada por Freitas et al. (2001). Composta por 16 itens, com scores variando de 0 a 41, a escala classifica a compulsão alimentar por níveis, como, sem compulsão ($x < 18$), compulsão moderada ($17 < 27$) e compulsão alimentar severa ($x > 26$). A escala apresentou consistência interna de 0,85.

Foram utilizadas medidas autorrelatadas para cálculo do IMC: peso, altura.

Procedimento

As participantes do estudo foram recrutadas por meio físico e virtual. Folders foram fixados em locais estratégicos em uma instituição de ensino superior. O mesmo folder, em formato virtual, foi divulgado em redes sociais e enviado para grupos de profissionais da saúde pelo aplicativo de mensagem *WhatsApp* convidando mulheres com sobrepeso e obesidade para participar de uma intervenção psicológica em formato de grupo on-line.

Fizeram contato 98 mulheres. Dessas, 75 preenchiam os critérios de inclusão e realizaram uma primeira entrevista com a pesquisadora pela plataforma *Google Meet*, com duração aproximada de 30 minutos, ocasião em que foi explicado o projeto de pesquisa com informações detalhadas do estudo. Após a confirmação do interesse em participar da pesquisa, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pela Plataforma Brasil (nº 5.351.454). Prosseguia-se com envio de link eletrônico para aceite do termo. Imediatamente, ao receber a concordância do TCLE, a pesquisadora enviava pelo *WhatsApp* o Questionário de autoestigma de peso (WSSQ) e a Escala de Autocompaixão (SCS).

Aquelas que atenderam aos scores do WSSQ, SCS e IMC definidos nos critérios de inclusão e tinham disponibilidade para participar das sessões em grupo on-line no horário previsto participaram de uma segunda entrevista pela plataforma *Google Meet*, com duração aproximada de 60 minutos. Nessa ocasião, responderam à versão adaptada do questionário de Lazarus (1975/1980) no formato de entrevista semiestruturada com a pesquisadora que, a partir dos critérios de inclusão e exclusão selecionou 30 participantes para os dois grupos terapêuticos. Uma semana anteriormente ao início dos grupos, os instrumentos elencados para o estudo, foram enviados pelo *WhatsApp* para as participantes selecionadas para o estudo e respondidos via formulário do *Google Forms*. Essas medidas de avaliação foram replicadas, ao final da intervenção e *follow-up* de 3 meses.

As participantes foram distribuídas, por compatibilidade com os horários, entre os dois grupos de intervenção, ficando 15 participantes em cada grupo. As intervenções em grupo nas duas modalidades

tiveram 10 sessões, com periodicidade semanal de 2h 30 min cada. As sessões foram conduzidas pela pesquisadora, psicóloga com pós-graduação em ACT e formações em Terapia Focada na Compaixão (TFC) e *Teacher Trained* do Programa *Mindful Self Compassion* (MSC) e que contou com uma aluna de graduação e Iniciação Científica como apoio terapêutico, cuja função era estar atenta às nuances que pudessem passar despercebidas pela terapeuta e oferecer suporte de escuta individual, caso necessário, durante a ocorrência das sessões terapêuticas. Supervisões periódicas com a orientadora foram mantidas durante todo o processo.

Os encontros ocorreram pelo aplicativo *Zoom Meetings*. Inicialmente, foram enfatizadas orientações sobre: o uso do aplicativo *Zoom Meetings*, os dispositivos eletrônicos adequados, etiqueta on-line que incluiu informações em relação aos cuidados com o local em que a participante assistiria aos encontros e que deveria ser apropriado para garantir a privacidade e o sigilo das informações, com uso de fone de ouvido, em ambiente sem circulação de outras pessoas. As sessões foram gravadas seguindo procedimentos de segurança na transferência e no armazenamento adequado dos dados.

Intervenção

O grupo ACT teve como subsídio teórico e técnico a adaptação do protocolo *Obesity Stigma and Weight Management Acceptance and Commitment Therapy Treatment Manual* (Lillis et al., 2007), o qual baseou-se nas obras *Acceptance and commitment therapy* (Hayes et al., 1999) e *Get out of your mind & into your life* (Hayes & Smith, 2005).

Para o grupo ACT-Compaixão, adaptou-se o protocolo *Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial* (Palmeira et al., 2017), o qual baseou-se, no que se refere à ACT, no protocolo *Obesity Stigma and Weight Management Acceptance and Commitment Therapy Treatment Manual* (Lillis et al., 2007) e inclui exercícios de autocompaixão adaptados da TFC (Gilbert, 2010; Goss, 2011). Ademais, foram integradas práticas de autocompaixão do protocolo *Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma* (Skinta et al., 2015).

Em ambos os grupos, o conteúdo foi trabalhado de forma expositiva, dialogada e vivencial, por meio de metáforas, exercícios e práticas. Os principais temas abordados foram: o autoestigma; os processos da ACT (aceitação, desfusão, momento-presente, self-como-contexto, valores e ação comprometida) e autocompaixão, exclusivamente para o protocolo ACT-Compaixão. Todas as sessões iniciaram com: a) um momento denominado de aterrissagem suave com uma prática de *mindfulness* para o desenvolvimento gradual das habilidades de *mindfulness* requeridas nos dois programas; b) uma verificação do estado emocional das participantes no momento e de como a semana havia transcorrido, com o objetivo de promover autopercepção em relação ao processo em que estavam envolvidas, e c) o processamento da atividade para casa com o propósito de checar as habilidades desenvolvidas, dúvidas e promover o compartilhamento em grupo.

Na primeira sessão, nas duas modalidades de intervenção, ocorreu uma introdução com as boas-vindas às participantes, apresentação da proposta do grupo, justificativa da intervenção e metodologia. Assim como foram discutidas as diretrizes dos grupos e o contrato terapêutico para garantia da confiabilidade, segurança e sigilo das informações partilhadas. As demais sessões, nos dois grupos, tiveram em comum temas relacionados ao autoestigma e aos princípios da ACT e são descritas a seguir.

A sessão 2 teve como objetivo desenvolver a perspectiva da desesperança criativa e compreensão sobre a linguagem (o bom e o ruim). A sessão 3 o foco foi na aceitação e flexibilidade psicológica por meio de reflexões e vivências sobre “Podemos controlar nossos pensamentos e sentimentos?” e “Observar que o controle é o problema.”. A sessão 4 explorou a fusão e desfusão cognitiva e aspectos de estigmatizar a si mesmo. A sessão 5 trabalhou com o foco no momento presente, disposição à abertura para estar com desconforto e sofrimento e como aplicá-las às preocupações e medos em re-

lação ao peso. A sessão 6 visou o self-como-contexto ao explorar questões sobre “Quem somos nós e como podemos ter uma perspectiva diferente dos rótulos e conceitos rígidos a respeito de nós mesmos?”. A sessão 7 propôs o trabalho com clarificação de valores e introdução do processo de ação com compromisso. A sessão 8 dedicou-se ao processo de ação com compromisso por meio da deliberação sobre a escolha de ações direcionadas à construção de uma vida significativa, apoiada em valores, mesmo quando isso for difícil. A sessão 9, exclusivamente para o protocolo-ACT, revisou as habilidades aprendidas no programa com a proposta “Interligando tudo”. Na sessão 10 ocorreu o fechamento do programa com o compartilhamento de experiências e reflexões sobre as sessões anteriores e discussão e planejamentos para consolidar as mudanças a longo prazo.

O protocolo ACT-Compaixão, além dos temas relacionados ao autoestigma e aos processos da ACT, contou com elementos específicos para o desenvolvimento de autocompaixão. Na sessão 3 iniciou-se a conceituação sobre compaixão e o incentivo ao uso de uma linguagem compassiva em contraponto a uma linguagem autocrítica. A sessão 4 continuou a explorar os conceitos de compaixão e autocompaixão e como esses aspectos se relacionam com o autoestigma. As sessões 5, 7, 8 e 10 incluíram uma abordagem apoiada na motivação compassiva do manejo do sofrimento. A sessão 9 discorreu sobre o papel da vergonha e do autocrítica no autoestigma apresentando a autocompaixão e os sistemas de regulação de afeto, na perspectiva da Terapia Focada na Compaixão, como recurso de enfrentamento.

Nos dois grupos, todas as sessões foram concluídas com um encerramento que incluía o esclarecimento de dúvidas, a explicação da atividade para a semana e o compartilhamento de uma palavra que representasse como as participantes estavam saindo da sessão. Os temas e objetivos das sessões dos dois grupos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Protocolo ACT e Protocolo ACT-Compaixão com descrição das sessões e objetivos.

Sessão	Protocolos ACT e ACT-Compaixão	Apenas protocolo ACT-Compaixão
	Objetivos	Objetivos
1. Introdução	Boas-vindas, apresentação da proposta do grupo, justificativa da intervenção e metodologia.	
2. Desesperança criativa e linguagem	Desenvolver a perspectiva da Desesperança Criativa e compreensão sobre a Linguagem (o bom e o ruim).	
3. Aceitação e flexibilidade psicológica.	Refletir se “podemos controlar os pensamentos e sentimentos? “Observar que controle é o problema”	Sessão 3 - Iniciou-se a conceituação sobre compaixão e o incentivo ao uso de uma linguagem compassiva em contraponto a uma linguagem autocrítica.
4. Fusão e autoestigma do peso	Explorar os aspectos de estigmatizar a si mesmo e aos outros.	Sessão 4 - Continuou a explorar os conceitos de compaixão e autocompaixão e como esses aspectos se relacionam com o autoestigma.
5. Momento presente e disposição à abertura	Explorar sobre a abertura para estar com o desconforto e sofrimento e como aplicá-las às preocupações e medos em relação ao peso.	
6. Self-cómo-contexto	Explorar questões sobre: “Quem somos nós e como podemos ter uma perspectiva diferente dos rótulos e conceitos rígidos a respeito de nós mesmos?”	Sessões 5 a 8 Incluíram uma abordagem apoiada na motivação compassiva do manejo do sofrimento.
7. Valores	Clarificação de valores e introdução da ideia de ação com compromisso	
8. Ação Comprometida.	Deliberar sobre a escolha de ações direcionadas à construção de uma vida significativa, apoiada em valores, mesmo quando isso for difícil.	
9. Protocolo ACT: Interligando tudo Protocolo ACT-Compaixão: Autocompaixão e vergonha: os dois lados da mesma moeda	Interligando tudo: revisar as habilidades aprendidas no programa	Sessão 9 – Discorreu sobre o papel da vergonha e do autocriticismo no autoestigma apresentando a autocompaixão e os sistemas de regulação de afeto, na perspectiva da TFC, como recurso de enfrentamento.
10. Fechamento e feedback das participantes	Compartilhamento de experiências com reflexões sobre as sessões anteriores e discutir ou planejar mudanças a longo prazo.	

Avaliação de integridade e competência

As sessões gravadas em vídeo e áudio foram avaliadas por três juízas convidadas com conhecimento prévio em ACT. Das 10 sessões de cada grupo, foram excluídas a primeira e a última, por se referirem à introdução e ao encerramento, momentos em que as atividades interventivas não foram aplicadas. A segunda sessão foi utilizada para o treinamento das aferidoras, sendo mantido até que fosse alcançada a confiabilidade interavaliadores de 0,80 (Stemler, 2004; Kottner et al., 2011). As sessões três a nove foram analisadas segundo os protocolos adaptados de integridade e competência das inter-

venções ACT (Plumb & Vilardaga, 2016) e ACT-Compaixão (Horwood et al., 2020; Thorne, 2020). A aferição ocorreu em 20% das sessões, conforme indicado na literatura (Perepletchikova et al., 2009; Plumb & Vilardaga, 2016).

Análise de dados

A caracterização do perfil sociodemográfico foi realizada por meio da frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk* e a distribuição do perfil sociodemográfico entre os grupos foi testada aplicando

o teste do Qui-quadrado de *Pearson*. A comparação dos instrumentos ao longo das avaliações até o *follow-up*, nos grupos, foi realizada aplicando a ANOVA de *Friedman* seguido da análise *Post Hoc* pelo método *Pairwise* com correção de *Bonferroni*. A partir dos deltas dos instrumentos, foi ainda realizada a comparação direta entre os grupos por meio do teste de *Mann-Whitney*. A relação entre a variação observada no questionário de autoestigma do peso (WSSQ) e na escala de autocompaixão (SCS) com os demais instrumentos, e destes entre si, foi testada por meio da correlação de *Spearman*. Para a avaliação de integridade e competência foi realizada a análise de fidedignidade por meio do Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) (modelo de efeitos mistos bidirecionais; tipo de concordância absoluta). Os dados foram analisados com o auxílio do Statistical Package for Social Science, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

A análise de fidedignidade revelou alta concordância entre as avaliadoras para os protocolos ACT e ACT-Compaixão. Para o protocolo ACT, o ICC foi de 0,894 (IC 95% = 0,849 - 0,927; $F(87, 174) = 9,424$; $p < 0,001$) e para o protocolo ACT-Compaixão, o ICC foi de 0,833 (IC 95% = 0,766 - 0,882; $F(111, 222) = 6,397$; $p < 0,001$). Ambos os valores indicam alta confiabilidade (Koo & Li, 2016). As avaliações atingiram pontuação de 5 em 5 pontos possíveis e evidenciaram adesão ao manual das intervenções e competência da terapeuta, demonstrando que as intervenções foram conduzidas de forma consistente e alinhada aos critérios de integridade e competência (Perepletchikova et al., 2009; Plumb & Vilardaga, 2016; Waltz et al., 1993).

Em relação a taxa de adesão, das 30 participantes que iniciaram a intervenção, 20 concluíram as 10 sessões, com frequência igual ou maior que 70% das sessões, e 19 responderam ao *follow-up*, o que configura uma taxa de adesão geral de 66,5% no pós-teste e de 63% no *follow-up*. Os dois grupos iniciaram com 15 participantes cada um, sendo que o grupo do protocolo ACT concluiu com 11 participantes e o grupo do protocolo ACT-Compaixão concluiu com

9 participantes. Portanto, para o protocolo ACT a taxa de adesão foi de 73,33% no pós-teste e 66,66% no *follow-up* e para o protocolo ACT-Compaixão foi de 60% em ambos os momentos.

Os dados demográficos da amostra total mostram que a idade das participantes se encontrava entre 23 e 49 anos, com média de 35,4 (DP = 7,42); IMC com média de 37,61 (DP = 6,90), sendo que 90% das participantes apresentavam obesidade; 60% eram de Goiânia; 40% se declararam branca; 55% eram casadas. 70% da amostra tinha pós-graduação ou ensino superior completo e 45% apresentavam renda familiar de 04 a 10 salários-mínimos. Por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* verificou-se a homogeneidade entre os grupos que comprovou não haver diferença estatisticamente significativa entre eles em relação aos dados demográficos ($p > 0,05$). A comparação dos instrumentos entre os grupos no pré-teste demonstrou haver diferença significativa para o grupo do protocolo ACT-Compaixão no AAQ-II ($p = 0,002$), CFQ-7 ($p = 0,02$) e RISP ($p = 0,001$).

A fim de comparar os escores obtidos nos grupos nos três momentos avaliados, pré-teste, pós-teste e *follow-up*, foi realizado o teste ANOVA de *Friedman* e *Post Hoc Pairwise* para uma análise exploratória dos resultados, considerando-se $p < 0,05$ para significância estatística, sendo esses dados vistos na Tabela 2.

No protocolo ACT, observou-se, entre o pré-teste e pós-teste e entre o pré-teste e *follow-up*, diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito grande para o autoestigma do peso (WSSQ), autocompaixão (SCS), flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) e imagem corporal (BSQ).

Para o protocolo ACT-Compaixão, entre pré-teste e pós-teste, observou-se diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito grande para o autoestigma do peso (WSSQ) e autocompaixão (SCS); tamanho de efeito médio para flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) e imagem corporal (BSQ). Entre o pré-teste e *follow-up*, observou-se diferença estatisticamente significativa e tamanho de efeito grande para o autoestigma do peso (WSSQ) e autocompaixão (SCS); tamanho de efeito médio para fusão cognitiva (CFQ-7), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e imagem corporal

Tabela 2. Resultado da comparação dos instrumentos ao longo da avaliação até o follo-up nos grupos.

Proto- colo	Média ± DP	Avaliação			p*	D de Cohen	Pré vs Pós**	Pré vs follow- up**	Pós vs follow- up
		Pré	Pós	Follow-up					
ACT (n = 11)	WSSQ	47.00 ± 5.31	34.00 ± 10.46	35.95 ± 10.49	0,003	1,108	0,001	0,011	0,522
	SCS	2.24 ± 0.42	3.18 ± 0.61	3.15 ± 0.60	0,001	1,323	0,001	0,001	1,000
	AAQ-II	38.18 ± 4.38	30.45 ± 5.07	30.58 ± 8.23	0,076	1,265	na	na	na
	AAQ-W	115.64 ± 12.82	85.55 ± 19.19	90.00 ± 27.43	0,004	1,335	0,003	0,006	0,831
	CFQ-7	38.45 ± 4.59	33.18 ± 11.32	31.63 ± 8.07	0,060	0,227	na	na	na
	CFQ-BI	53.64 ± 8.23	39.82 ± 13.61	42.12 ± 14.38	0,086	0,317	na	na	na
	RISP	65.45 ± 4.11	57.18 ± 8.62	60.11 ± 7.34	0,060	0,194	na	na	na
	VLQ	502.00 ± 172.58	487.45 ± 173.86	511.01 ± 160.76	0,178	0,061	na	na	na
	BSQ	160.18 ± 19.40	124.00 ± 40.76	129.11 ± 41.53	0,035	0,813	0,033	0,019	0,831
	ECAP	27.18 ± 9.14	21.55 ± 12.18	21.62 ± 12.86	0,486	0,400	na	na	na
	Peso	101.32 ± 18.03	98.47 ± 18.58	100.74 ± 18.35	0,811	0,118	na	na	na
	IMC	38.66 ± 7.64	37.59 ± 7.86	38.92 ± 7.53	0,811	0,101	na	na	na
ACT- Com- paixão (n = 9)	WSSQ	48.00 ± 5.00	39.33 ± 7.81	37.00 ± 13.40	0,016	1,046	0,018	0,010	0,814
	SCS	2.43 ± 0.27	3.32 ± 0.67	3.29 ± 0.90	0,016	1,423	0,010	0,018	0,814
	AAQ-II	30.44 ± 4.77	29.00 ± 6.50	25.78 ± 8.44	0,166	0,139	na	na	na
	AAQ-W	104.56 ± 17.04	87.22 ± 21.85	85.67 ± 28.79	0,016	0,629	0,018	0,010	0,814
	CFQ-7	30.44 ± 6.80	25.78 ± 5.85	23.44 ± 7.45	0,032	0,640	0,346	0,010	0,099
	CFQ-BI	45.00 ± 9.81	37.78 ± 8.23	33.67 ± 13.12	0,008	0,664	0,059	0,002	0,239
	RISP	58.33 ± 2.92	55.11 ± 5.53	51.56 ± 8.41	0,058	0,401	na	na	na
	VLQ	628.33 ± 162.86	709.56 ± 133.14	706.89 ± 179.74	0,641	0,386	na	na	na
	BSQ	148.00 ± 27.04	117.89 ± 38.38	116.00 ± 46.22	0,004	0,665	0,003	0,007	0,814
	ECAP	21.78 ± 10.32	14.78 ± 9.47	33.22 ± 11.67	0,004	0,520	0,099	0,099	0,001
	Peso	94.12 ± 18.53	92.56 ± 18.29	93.67 ± 19.27	0,210	0,079	na	na	na
	IMC	36.34 ± 6.06	35.73 ± 5.97	36.18 ± 6.49	0,210	0,118	na	na	na

Nota: *Teste ANOVA de *Friedman*; **Post Hoc *Pairwise*; DP, desvio padrão; na, não se aplica. WSSQ = Questionário de autoestigma do peso; SCS = Escala de autocompaixão; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação; AAQ-W = Questionário de Aceitação e Ação para o Peso; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva; CFQ-BI = Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal; RISP = Questionário de autoperspectiva; VLQ = Questionário de Valores de Vida; BSQ = Questionário da Imagem Corporal; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; IMC = Índice de Massa Corporal.

(BSQ). Entre o pós-teste e *follow-up*, observou-se diferença estatisticamente significativa e tamanho de efeito médio para compulsão alimentar (ECAP), contudo, como houve aumento dos scores, esse é um indicativo de piora nessa medida.

Nos dois grupos, as demais variáveis não apresentaram diferenças significativas do ponto de vista estatístico. No entanto, é importante considerar que as pontuações obtidas nos questionários a elas correspondentes, variaram na direção esperada, indicando, portanto, melhora das condições avaliadas.

A comparação entre os grupos, visualizada na Tabela 3, foi realizada com o teste de *Mann-Whitney* que constatou não haver diferença significativa da comparação dos instrumentos entre os grupos ao longo dos diferentes momentos de avaliação, exceto para a compulsão alimentar (ECAP). Esse resultado indica uma tendência de melhora no protocolo ACT e piora no protocolo ACT-Compaixão, no *follow-up*, o que é congruente com os dados mostrados anteriormente para essa medida, na Tabela 2.

Tabela 3. Resultado da comparação dos instrumentos entre os grupos nos três momentos avaliados.

Mediana (Mínimo - Máximo)	Grupos		p*
	GT1	GT2	
SCS (Pré vs Pós)	1,16 (0,04 - 1,58)	0,70 (-0,19 - 2,54)	0,518
SCS (Pré vs <i>follow-up</i>)	1,05 (-0,84 - 1,89)	0,70 (-0,54 - 3,00)	0,569
SCS (Pós vs <i>follow-up</i>)	0,08 (-1,42 - 0,98)	-0,04 (-0,66 - 0,46)	0,909
WSSQ (Pré vs Pós)	-13,00 (-27,00 - 1,00)	-6,00 (-20,00 - 2,00)	0,401
WSSQ (Pré vs <i>follow-up</i>)	-7,00 (-30,00 - 3,00)	-6,00 (-29,00 - 1,00)	0,703
WSSQ (Pós vs <i>follow-up</i>)	3,00 (-12,00 - 17,00)	-1,00 (-25,00 - 9,00)	0,402
AAQ-II (Pré vs Pós)	-11,00 (-16,00 - 2,00)	-2,00 (-10,00 - 11,00)	0,062
AAQ-II (Pré vs <i>follow-up</i>)	-7,00 (-24,00 - 5,00)	-2,00 (-21,00 - 5,00)	0,358
AAQ-II (Pós vs <i>follow-up</i>)	-2,00 (-12,00 - 19,00)	-1,00 (-12,00 - 3,00)	0,594
AAQ-W (Pré vs Pós)	-32,00 (-49,00 - -8,00)	-14,00 (-55,00 - 7,00)	0,068
AAQ-W (Pré vs <i>follow-up</i>)	-17,00 (-61,00 - 6,00)	-13,00 (-77,00 - 13,00)	0,424
AAQ-W (Pós vs <i>follow-up</i>)	-2,95 (-16,00 - 46,00)	-2,00 (-22,00 - 10,00)	0,879
CFQ-7 (Pré vs Pós)	-7,00 (-20,00 - 11,00)	-7,00 (-15,00 - 14,00)	0,594
CFQ-7 (Pré vs <i>follow-up</i>)	-8,00 (-18,05 - 12,00)	-5,00 (-19,00 - 9,00)	0,970
CFQ-7 (Pós vs <i>follow-up</i>)	-2,00 (-19,00 - 15,00)	-3,00 (-7,00 - 8,00)	0,703
CFQ-BI (Pré vs Pós)	-14,00 (-32,00 - 17,00)	-6,00 (-21,00 - 11,00)	0,094
CFQ-BI (Pré vs <i>follow-up</i>)	-8,00 (-37,00 - 8,00)	-11,00 (-33,00 - 16,00)	0,909
CFQ-BI (Pós vs <i>follow-up</i>)	-3,00 (-15,00 - 23,00)	-5,00 (-14,00 - 8,00)	0,424
RISP (Pré vs Pós)	-10,00 (-17,00 - 5,00)	-3,00 (-9,00 - 1,00)	0,195
RISP (Pré vs <i>follow-up</i>)	-4,00 (-15,00 - 5,00)	-3,00 (-20,00 - 1,00)	0,939
RISP (Pós vs <i>follow-up</i>)	2,00 (-9,00 - 16,00)	-1,00 (-17,00 - 5,00)	0,119
BSQ (Pré vs Pós)	-46,00 (-78,00 - 10,00)	-24,00 (-70,00 - -3,00)	0,939
BSQ (Pré vs <i>follow-up</i>)	-26,00 (-88,00 - 12,00)	-27,00 (-103,00 - 19,00)	0,849
BSQ (Pós vs <i>follow-up</i>)	-4,00 (-42,00 - 66,00)	0,00 (-35,00 - 22,00)	0,939
ECAP (Pré vs Pós)	-7,00 (-23,00 - 10,00)	-7,00 (-20,00 - 7,00)	0,819
ECAP (Pré vs <i>follow-up</i>)	-9,00 (-31,00 - 14,00)	15,00 (-6,00 - 34,00)	0,007
ECAP (Pós vs <i>follow-up</i>)	-1,00 (-12,16 - 20,00)	17,00 (12,00 - 28,00)	0,002
Peso (Pré vs Pós)	-0,50 (-11,00 - 5,00)	-0,60 (-5,00 - 1,00)	0,849
Peso (Pré vs <i>follow-up</i>)	-2,00 (-21,00 - 17,56)	0,00 (-9,00 - 7,00)	0,909
Peso (Pós vs <i>follow-up</i>)	2,00 (-10,00 - 25,36)	2,00 (-6,00 - 6,00)	0,909
IMC (Pré vs Pós)	-0,18 (-4,14 - 1,95)	-0,25 (-1,93 - 0,38)	0,819
IMC (Pré vs <i>follow-up</i>)	-0,69 (-7,90 - 8,30)	0,00 (-3,52 - 2,67)	0,970
IMC (Pós vs <i>follow-up</i>)	0,78 (-3,76 - 11,17)	0,75 (-2,34 - 2,29)	0,849
VLQ (Pré vs Pós)	-57,00 (-190,00 - 311,00)	71,00 (-288,00 - 263,00)	0,210
VLQ (Pré vs <i>follow-up</i>)	-11,00 (-202,00 - 266,00)	-23,00 (-91,00 - 307,00)	0,447
VLQ (Pós vs <i>follow-up</i>)	28,00 (-322,00 - 271,16)	54,00 (-288,00 - 235,00)	0,790

Nota: *Teste de Mann-Whitney. WSSQ = Questionário de autoestigma do peso; SCS = Escala de autocompaixão; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação; AAQ-W = Questionário de Aceitação e Ação para o Peso; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva; CFQ-BI = Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal; RISP = Questionário de autoperspectiva; VLQ = Questionário de Valores de Vida; BSQ = Questionário da Imagem Corporal; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; IMC = Índice de Massa Corporal.

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos, ao analisarmos o pré-teste e pós-teste pode-se observar que no protocolo ACT houve uma variação maior do que no protocolo ACT-Compaixão para o autoestigma do peso (WSSQ), flexibilidade psicológica (AAQ-II), flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), self (RISP) e imagem corporal (BSQ).

Coefficientes de correlação *Rho de Spearman* indicaram a relação de coevolução entre as variáveis que obtiveram resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$) nos diferentes momentos avaliados. Entre o pré-teste e pós-teste, encontrou-

-se no protocolo ACT, correlação forte e negativa entre autocompaixão (SCS) e self (RISP) ($r = -0,71$). Correlações fortes a moderadas e positivas foram encontradas entre: flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) e compulsão alimentar (ECAP) ($r = 0,66$); fusão cognitiva (CFQ-7) e imagem corporal (BSQ) ($r = 0,68$) e, também, com compulsão alimentar (ECAP) ($r = 0,68$); fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e imagem corporal (BSQ) ($r = 0,75$) e, também, com self (RISP) ($r = 0,63$). O self (RISP) com imagem corporal (BSQ) ($r = 0,66$) e valores (VLQ) correlacionou-se forte e negativamente com compulsão alimentar (ECAP) ($r = -0,81$).

Tabela 4. Matriz de correlação de Spearman testando a relação do delta (Pré vs Follow-up) nos instrumentos de pesquisa do estudo.

Protocolo		WSSQ	SCS	AAQ-II	AAQ-W	CFQ-7	CFQ-BI	RISP	VLQ	BSQ	ECAP	Peso
ACT (n = 11)	SCS	-0,54										
	AAQ-II	0,92*	-0,60									
	AAQ-W	0,90*	-0,64*	0,85*								
	CFQ-7	0,69*	-0,63*	0,83*	0,62*							
	CFQ-BI	0,73*	-0,85*	0,72*	0,85*	0,62*						
	RISP	0,54	-0,61	0,50	0,65*	0,27	0,63*					
	VLQ	-0,32	0,60	-0,36	-0,43	-0,18	-0,72*	-0,47				
	BSQ	0,78*	-0,83*	0,76*	0,89*	0,66*	0,86*	0,59	-0,38			
	ECAP	0,61	-0,71*	0,67*	0,76*	0,38	0,838	0,75*	-0,78*			
	Peso	0,42	-0,32	0,41	0,64*	0,18	0,34	0,47	0,07	0,59	0,42	
	IMC	0,50	-0,25	0,45	0,68*	0,12	0,34	0,48	-0,02	0,55	0,46	0,96*
ACT- Compaixão (n = 9)	SCS	-0,80*										
	AAQ-II	0,56	-0,69*									
	AAQ-W	0,68*	-0,68*	0,81*								
	CFQ-7	0,63	-0,71*	0,71*	0,85*							
	CFQ-BI	0,64	-0,61	0,95*	0,87*	0,74*						
	RISP	0,66	-0,66	0,79*	0,71*	0,48	0,80*					
	VLQ	-0,31	0,25	-0,63	-0,42	-0,21	-0,73*	-0,72*				
	BSQ	0,64	-0,62	0,74*	0,52	0,54	0,71*	0,54	-0,42			
	ECAP	0,76*	-0,76*	0,76*	0,97*	0,81*	0,80*	0,71*	-0,32	0,54		
	Peso	0,25	-0,30	0,46	0,56	0,46	0,41	0,60	-0,06	0,13	0,54	
	IMC	0,25	-0,30	0,46	0,56	0,46	0,41	0,60	-0,06	0,13	0,54	0,96*

Nota: * $p < 0.05$. WSSQ = Questionário de autoestigma do peso; SCS = Escala de autocompaixão; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação; AAQ-W = Questionário de Aceitação e Ação para o Peso; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva; CFQ-BI = Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal; RISP = Questionário de autoperspectiva; VLQ = Questionário de Valores de Vida; BSQ = Questionário da Imagem Corporal; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; IMC = Índice de Massa Corporal

No protocolo ACT-Compaixão, correlacionaram-se fortemente e positivamente o autoestigma do peso (WSSQ) e flexibilidade psicológica (AAQ-II) ($r = 0,73$) e a flexibilidade psicológica (AAQ-II) com a fusão cognitiva (CFQ-7) ($r = 0,74$) e com a imagem corporal (BSQ) ($r = 0,85$). A flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) apresentou correlações variando de muito forte a moderada e positiva com fusão cognitiva (CFQ-7) ($r = 0,93$), imagem corporal (BSQ) ($r = 0,72$), compulsão alimentar (ECAP) ($r = 0,74$), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) ($r = 0,68$), peso ($r = 0,68$) e IMC ($r = 0,68$).

A fusão cognitiva (CFQ-7) apresentou correlação forte e positiva com a imagem corporal (BSQ) ($r = 0,74$) e a fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) apresentou correlações muito forte, moderada e positiva com imagem corporal (BSQ) ($r = 0,90$) e compulsão alimentar (ECAP) ($r = 0,76$). A imagem corporal (BSQ) correlacionou-se moderadamente com compulsão alimentar (ECAP) ($r = 0,68$).

No *follow-up* de 3 meses, comparado ao pré-teste, observa-se na Tabela 4 que no protocolo ACT o autoestigma do peso (WSSQ) apresentou correlações variando de muito fortes a moderadas e positivas com flexibilidade psicológica (AAQ-II), flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ) e fusão cognitiva (CFQ-BI). A autocompaixão (SCS) apresentou correlações de fortes a moderadas e negativas com fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ), compulsão alimentar (ECAP), flexibilidade psicológica (AAQ-II) e fusão cognitiva (CFQ-7).

A flexibilidade psicológica (AAQ-II) apresentou correlações de fortes a moderadas e positivas com flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) fusão cognitiva (CFQ-7), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ) e compulsão alimentar (ECAP). A flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) apresentou correlações fortes a moderadas e positivas com fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ), compulsão alimentar (ECAP), fusão cognitiva (CFQ-7), self (RISP), peso e IMC.

A fusão cognitiva (CFQ-7) apresentou correlações moderadas e positivas com a fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e com a ima-

gem corporal (BSQ). A fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) apresentou correlações fortes a moderadas e positivas com imagem corporal (BSQ), compulsão alimentar, self (RISP) e negativa com valores (VLQ). Correlações fortes e positivas foram encontradas entre self (RISP) e compulsão alimentar (ECAP) e negativa entre valores (VLQ) e compulsão alimentar (ECAP).

Em relação ao protocolo ACT-Compaixão, o autoestigma do peso (WSSQ) apresentou correlações fortes, moderadas e negativa com autocompaixão (SCS) e positivas com flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) e compulsão alimentar (ECAP). A autocompaixão (SCS) apresentou correlações fortes e moderadas e negativas com fusão cognitiva (CFQ-7), compulsão alimentar (ECAP), flexibilidade psicológica (AAQ-II) e com a flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W).

A flexibilidade psicológica (AAQ-II) apresentou correlações muito fortes a fortes e positivas com fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), flexibilidade psicológica para o peso (AAQ), fusão cognitiva (CFQ-7), self (RISP), imagem corporal (BSQ) e compulsão alimentar (ECAP). A flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) apresentou correlações muito fortes a fortes e positivas com compulsão alimentar (ECAP), fusão cognitiva (CFQ-7), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e inventário de autoperspetiva (RISP).

A fusão cognitiva (CFQ-7) apresentou correlações fortes e positivas com a fusão cognitiva para o peso (CFQ-BI) e com a compulsão alimentar (ECAP). A fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) apresentou correlações fortes e negativa com valores (VLQ) e positivas com self (RISP), imagem corporal (BSQ) e compulsão alimentar (ECAP). O self (RISP) apresentou correlações fortes e negativa com valores (VLQ) e positiva com compulsão alimentar (ECAP).

Discussão

O presente estudo realizou a aplicação de dois protocolos: ACT e ACT-Compaixão em mulheres com sobrepeso e obesidade e que apresentavam indicativos de autoestigma do peso e baixos scores em autocompaixão que foram as principais variáveis alvo

das intervenções. Os resultados dos dois grupos indicam que o autoestigma do peso reduziu após as intervenções propostas e que melhoras nos processos ACT estão relacionadas a melhoras no autoestigma do peso e autocompaixão. Esses dados corroboram os achados de Lillis et al. (2009) que mostraram melhoras significativas no estigma relacionado à obesidade, qualidade de vida, sofrimento psicológico, IMC, na tolerância ao sofrimento, na aceitação geral e específica do peso e flexibilidade psicológica. No presente estudo, não houve mudança significativa em relação ao IMC, assim como nas pesquisas de Forbes et al. (2020) e Potts et al. (2022).

No entanto, é importante salientar que mudanças nas variáveis peso e IMC são esperadas pelas participantes, ainda que o foco da intervenção não seja a perda de peso. Esse é um aspecto importante de se ressaltar e que vem sendo discutido pela literatura sobre como manejar as expectativas das participantes em relação a perda de peso, sem desconsiderar os aspectos clínicos relacionados à saúde que podem estar associados à demanda de emagrecimento. Na perspectiva da ACT, a agenda com foco na perda de peso em si e pautada no controle leva ao estreitamento da vida do indivíduo e ao sofrimento. A sua proposta perpassa pelo foco na promoção de valores em vez da perda de peso, visando um aumento global da saúde e da qualidade de vida (Lillis & Kendra, 2014).

Dessa forma, a perda de peso pode ocorrer como reflexo do engajamento da pessoa em ações comprometidas aos valores, como ocorreu no estudo de Levin et al. (2018) cujos resultados de uma intervenção ACT, com 13 participantes com IMC 27,5 ou superior e autoestigma relacionado ao peso, mostraram redução de peso médio de 1,8 kg, em 7 semanas, embora esse não fosse um objetivo do estudo. Ademais, houve melhora significativa no autoestigma relacionado ao peso, reduções significativas na inflexibilidade psicológica relacionada ao peso e diminuição das barreiras que atrapalham a ação com compromisso e aumento do progresso em direção às ações baseadas em valores.

O presente estudo, diferentemente, do estudo de Levin et al. (2018) não apresentou melhoras significativas na medida de valores (VLQ) o que se pode relacionar ao fato de que os processos de valores e ação comprometida foram trabalhados

ao final das intervenções, na sétima e oitava sessão respectivamente. Infere-se que o trabalho com clarificação de valores e ação comprometida poderia ser melhor desenvolvido e consolidado pelas participantes caso ocorresse ao longo das sessões, podendo refletir, assim, nos resultados do IMC. Essa perspectiva é sustentada por evidências de que o engajamento em ações comprometidas com valores está associado a melhorias clínicas em intervenções de ACT (Lillis et al., 2021).

Os dados não mostraram diferenças significativas entre os grupos do protocolo ACT e protocolo ACT-Compaixão. Segundo Kirby e Gilbert (2019) e Palmeira et al. (2017), é possível que o desenvolvimento de autocompaixão requeira mais tempo e prática e que seja necessário que os conteúdos de autocompaixão tenham maior presença desde o início das sessões. Dessa forma, infere-se que intervenções mais longas poderiam apontar diferenças entre os grupos que apresentassem maior quantidade de conteúdos de compaixão de forma mais explícita desde o início dos encontros.

Por outro lado, estudos (Ong et al., 2019a; 2019b; Yadavaia et al., 2014) sugerem que a ACT pode ser usada para aumentar a autocompaixão, o que ocorreu de forma significativa nos dois grupos do presente estudo. Segundo Yadavaia et al. (2014) ao incentivar a observação sem julgamento de pensamentos autocríticos, a auto empatia por meio do fortalecimento da tomada de perspectiva e a aceitação, a ACT aumenta a probabilidade de os indivíduos serem capazes de melhorar o seu bem-estar ao adotarem intencionalmente uma postura compassiva em relação às suas próprias experiências difíceis, reconhecendo tais experiências como parte de ser humano (Neff & Tirch, 2013).

Os dois protocolos apresentaram diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito variando de grande a médio no autoestigma do peso, na autocompaixão, na flexibilidade psicológica para o peso e na imagem corporal, acrescentando, para o protocolo ACT-Compaixão, a melhora na fusão cognitiva e na fusão cognitiva para o peso. Assim como no estudo de Palmeira et al. (2017), há indicativos de que as intervenções apoiaram o desenvolvimento de uma postura mais receptiva em relação ao próprio corpo e peso e diminuição da tendência de ser duro e crítico consi-

go mesmo, especialmente diante do que considera ser erros e fracassos, o que pode levar à diminuição do autoestigma.

A análise correlacional, que indica o quanto a mudança em uma variável está associada a outra, demonstrou que, nos dois grupos, melhoras na flexibilidade psicológica estão relacionadas a melhoras na imagem corporal e compulsão alimentar. No protocolo ACT, houve correlação moderada entre a flexibilidade psicológica para o peso e IMC. Esses dados são consistentes com os de Lillis et al. (2010) que em um workshop ACT para o autoestigma relacionado ao peso alcançou baixos níveis de autoestigma, melhoras na flexibilidade psicológica e flexibilidade psicológica relacionada ao peso. Ademais, na direção dos dados encontrados no presente estudo, Lillis et al. (2020) observaram associações entre o autoestigma, atitudes alimentares desordenadas, além de ansiedade e depressão e Pearson et al. (2012) encontraram, após uma intervenção ACT, redução da ansiedade corporal e angústia relacionada a pensamentos sobre imagem corporal e alimentação e medidas de evitação experiencial ($p=0,02$).

Em ambos os protocolos, a flexibilidade psicológica em relação ao peso correlacionou-se com o autoestigma e a autocompaixão. No protocolo ACT, o autoestigma e a autocompaixão também se correlacionam com fusão cognitiva, fusão cognitiva para o peso e imagem corporal. Além disso, o autoestigma está relacionado à flexibilidade psicológica e a autocompaixão à compulsão alimentar. Forbes et al. (2020) forneceram evidências da autocompaixão como uma estratégia promissora que ajuda os indivíduos a lidar melhor com os efeitos dolorosos do estigma de peso durante a aplicação de um protocolo de autocompaixão. Os resultados demonstraram melhoras significativas para autocompaixão, estigma de peso internalizado, além de melhoras significativas nas medidas de sofrimento psicológico, satisfação com a vida, solidão, autoeficácia alimentar e insatisfação corporal.

No protocolo ACT, os dois processos de fusão cognitiva estão correlacionados com a imagem corporal, sendo que a fusão cognitiva da imagem corporal também se correlaciona com compulsão alimentar. No protocolo ACT-Compaixão, fusão cognitiva e fusão cognitiva da imagem corporal es-

tão associados à compulsão alimentar. Essas informações encontram respaldo no estudo de Berman et al. (2022) que avaliaram a eficácia da intervenção ACT para depressão e autoestigma com o objetivo de promover bem-estar, saúde física e mental, hábitos saudáveis. Os resultados indicaram melhora na depressão, distúrbios alimentares, bem-estar relacionado à alimentação, imagem corporal e peso.

Por sua vez, Marshall et al. (2020) trouxeram evidências de que o autoestigma do peso, por eles nominado de viés de peso internalizado, estava positivamente correlacionado com a alimentação desordenada, busca por magreza e esquiva da imagem corporal e IMC. Adicionalmente, a alimentação desordenada mostrou-se positivamente associado às três últimas variáveis mencionadas anteriormente. Os resultados indicaram uma mediação da relação entre o autoestigma e a alimentação desordenada pela busca por magreza e pela esquiva da imagem corporal.

Portanto, conhecer os fatores que mantêm a relação entre o autoestigma e os transtornos alimentares favorece a criação de intervenções que abordem variáveis que vêm mostrando resultados promissores, como o desenvolvimento de flexibilidade psicológica e autocompaixão. No entanto, intervenções para o autoestigma do peso são escassas, ainda que as evidências de sofrimento e impactos deletérios envolvidos nessa experiência apontem para a importância do desenvolvimento de programas com foco no autoestigma para essa população (Hilbert et al., 2015; Puhl et al., 2020; Puhl & Heuer, 2009).

As limitações deste estudo abrangem aspectos metodológicos e fatores relacionados ao contexto da pesquisa. Primeiramente, destaca-se a amostra reduzida e a não aleatoriedade na alocação das participantes. Além disso, os grupos foram conduzidos pela mesma terapeuta, que também é a pesquisadora. Sugere-se que futuros estudos sejam realizados com amostras ampliadas e metodologias mais robustas, como ensaios clínicos randomizados, para garantir maior precisão e confiabilidade nos resultados obtidos.

Outra limitação é o uso de medidas de autorrelato para obtenção de dados como peso e altura, utilizados no cálculo do IMC. Embora frequentemente adotadas em estudos clínicos, essas medi-

das estão sujeitas a vieses de memória, percepção corporal e desejabilidade social. No contexto on-line deste estudo, com participantes distribuídas por diferentes regiões do país, a aferição direta desses dados não foi viável. Apesar de não terem sido observadas mudanças significativas no IMC em ambos os grupos, é necessário considerar que possíveis variações podem ter sido subestimadas ou superestimadas pelas próprias participantes, o que impacta a precisão das análises.

Adicionalmente, as diferenças significativas nos escores do AAQ-II, CFQ-7 e RISP entre os grupos ACT e ACT-Compaixão no pré-teste representa uma limitação na interpretação dos efeitos da intervenção, pois essas diferenças podem ter influenciado os desfechos. É importante considerar a necessidade de análises futuras que controlem essas diferenças iniciais e forneçam maior robustez aos resultados.

No contexto das medidas psicológicas utilizadas, ressalta-se que pesquisas como as de Wolgast (2014) e Tyndall et al. (2019) identificaram limitações importantes no uso do AAQ-II. Os dados desses estudos indicam que esse instrumento mede não apenas flexibilidade psicológica, mas também aspectos relacionados ao neuroticismo, desconforto emocional e psicopatologia, o que compromete sua validade discriminante e pode superestimar correlações com outras variáveis clínicas. Como alternativa, o Psy-Flex, recentemente adaptado para a população brasileira por Neto et al. (2024), apresenta maior alinhamento teórico e validade convergente, capturando os processos centrais da flexibilidade psicológica propostos pela ACT. A adoção de instrumentos como o Psy-Flex reflete uma tendência em direção a medições mais precisas e alinhadas ao modelo teórico subjacente, reforçando a importância de que pesquisas futuras utilizem medidas de flexibilidade psicológica mais atualizadas.

O presente estudo, ao desenvolver intervenções com foco no autoestigma do peso, oferece contribuições para a investigação dessa área. Além disso, apresentou resultados que sugerem que desenvolver flexibilidade psicológica e autocompaixão podem apoiar o processo de redução do autoestigma do peso, da distorção da imagem corporal e da compulsão alimentar, adicionando dados ao conjunto de evidências sobre o tema.

Referências

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire-II-versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Berman, M. I., Park, J., Kragenbrink, M. E., & Hegel, M. T. (2022). Accept yourself! A pilot randomized controlled trial of a self-acceptance-based treatment for large-bodied women with depression. *Behavior Therapy*, 53(5), 913-926. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.03.002>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carels, R. A., Wott, C. B., Young, K. M., Gumble, A., Koball, A., & Oehlhof, M. W. (2010). Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eating behaviors*, 11(3), 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.eat-beh.2010.03.002>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021a). A systematic review of compassion-based interventions for individuals struggling with body weight shame. *Psychology & Health*, 38(1), 94-124. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1955118>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021b). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 93-108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6(4), 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). *The Art and Science of Valuing in*

- Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of personality*, 72(6), 1191-1216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x>
- Di Pietro, M., & Silveira, D. X. D. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(1), 21-24. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
- Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 304-316. <https://doi.org/10.1111/papt.12047>
- Forbes, Y. N., Moffitt, R. L., Van Bokkel, M., & Donovan, C. L. (2020). Unburdening the weight of stigma: Findings from a compassion-focused group program for women with overweight and obesity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 336-357. doi: 10.1891/JCPSY-D-20-00015
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2022). Setting the scene: psychotherapy at a crossroads and a compassionate way forward. In P. Gilbert, & G. Simons (Eds.), *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications* (pp. 36-81). Routledge.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goffman, E. (1984). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Riardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 41-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Goss, K. (2011). *The compassionate mind approach to beating overeating: Using compassion focused therapy*. Robinson.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48, 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-skinne-rian. Account of human language and cognition*. Plenum: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C. & Smith. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C. (2008a, June 7). The roots of compassion. Chicago: Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute. [Slides de PowerPoint]. https://contextualscience.org/blog/act_si_4_workshop
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008b). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 10(1), 81-104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obesity facts*, 8(5), 293-301. <https://doi.org/10.1159/000438681>
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed with Binge Eating Disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 22(3), 367-378. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.005>
- Horwood, V., Allan, S., Goss, K., & Gilbert, P. (2020). The development of the compassion focused therapy therapist competence rating scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 387-407. <https://doi.org/10.1111/papt.12230>
- Jeffcoat, T. R. (2015). *Development of the reno inventory of self-perspective* [Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno].
- Kirby, J. N., & Gilbert, P. (2019). Commentary regarding Wilson et al.(2018)“Effectiveness of ‘self-compassion’related therapies: A systematic review and meta-analysis.” All is not as it seems. *Mindfulness*, 10, 1006-1016. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1088-8>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., ... & Streiner, D. L. (2011). Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.002>
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia multimodal do comportamento*. (U. C. Arantes, Trad.). Manole. (Trabalho original publicado em 1975).
- Levin, M. E., Potts, S., Haeger, J., & Lillis, J. (2018). Delivering Acceptance and Commitment Therapy for Weight Self-Stigma Through Guided Self-Help: Results From an Open Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 87-104. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.02.002>
- Lillis, J., Hayes, S., & Bunting, K. (2007). Obesity stigma and weight management acceptance and commitment therapy treatment manual. *Não publicado*. University of Nevada, Reno. https://contextualscience.org/weight_maintenance
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 30-40 <https://doi.org/10.1037/h0100829>
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching Acceptance and Mindfulness to Improve the Lives of the Obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9083-x>
- Lillis, J., Luoma, J., Levin, M., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self stigma: The Weight Stigma Questionnaire. *Obesity*, 18, 971-976. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2016). *A Armadilha das Dietas*. Cultrix
- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Lillis, J., Thomas, J. G., Levin, M. E., & Wing, R. R. (2020). Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *Journal of health psychology*, 25(7), 922-930. <https://doi.org/10.1177/1359105317739101>

- Lillis, J., Dunsiger, S., Thomas, J. G., Ross, K. M., & Wing, R. R. (2021). Novel behavioral interventions to improve long-term weight loss: A randomized trial of acceptance and commitment therapy or self-regulation for weight loss maintenance. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(4), 527–540. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00215-z>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Estudo de invariância fatorial do Questionário de Fusão Cognitiva relacionada a Imagem Corporal (CFQ-BI). *Resumos de comunicação científica da 45 reunião anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. ISSN: 2176–5243
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015a). Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil. In P. Lucena- Santos, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais* (pp. 273- 309). Sinopsys Editora.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015b). Propriedades psicométricas da versão brasileira do Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7): Um estudo com análise multigrupos de invariância fatorial. In *Programa e resumo do X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas*. ISBN (pp. 978085-66867).
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 43-53. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026070>
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychology*, 2, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Marshall, R. D., Latner, J. D., & Masuda, A. (2020). Internalized weight bias and disordered eating: the mediating role of body image avoidance and drive for thinness. *Frontiers in Psychology*, 10, 2999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02999>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K., & Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. In T. B. Kashdan, & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*, 78-106. New Harbinger Publication
- Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., da Silva, A. N., Gloster, A. T., & Perez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: The Brazil-Portugal transcultural adaptation of PsyFlex. *Current Psychology*, 43, 25595–25603. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06241-9>
- Oliveira, S. M. (2014). *Quando o estigma leva ao comportamento alimentar desajustado* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/27365>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019a). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100444. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444>
- Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, 112, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.027>
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S.C. (2012). A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>

- Peixoto, E. M., Gagnon, J., & Jeffcoat, T. R. (2019). Inventário Reno de Autoperspectiva RISP: Adaptação Transcultural e Evidência de Validade. *Psico-USF*, 24, 233-244. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240202>
- Pereplechikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2009). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841. <https://doi.org/10.1037/a0018588>
- Plumb, J. C., & Vilardaga, R. (2016). Assessing treatment integrity in acceptance and commitment therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 94-102. <https://doi.org/10.1037/h0100992>
- Potts, S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy guided self-help for overweight and obese adults high in weight self-stigma. *Behavior Modification*, 46(1), 178-201. <https://doi.org/10.1177/0145445520975112>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*, 75(2), 274. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000538>
- Rodrigues, A. C. M., Barbosa, E. S., Neves, S. M. M. & Zanini, D. S. (2022, June 16th to 19th) Adaptation and Initial Validity Evidence of the Weight Self-stigma Questionnaire. [Apresentação de trabalho]. *Annals of ACBS World Conference 2022*. <https://contextualscience.org/files/WC2022%20Poster%20Details%206.14.pdf>
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481-490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells. *Acceptance and compassion-based group therapy to decrease HIV stigma among HIV-positive gay and bisexual men. Session Handbook*. https://contextualscience.org/act_for_hivrelated_stigma_and_shame
- Souza, L. K. de, & Hutz, C. S. (2016). Adaptação da escala de autocompaixão para uso no Brasil: Evidências de validade de construto. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159-172. <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-11>
- Stemler, S. E. (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 9(4), 1-11. <https://doi.org/10.7275/96jp-xz07>
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 345-372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. New Harbinger Publications.
- Thorne, G. (2020). *The Compassion Focused Therapy Therapist Rating Scale: Psychometric properties and expert opinion* (Doctoral dissertation). University of Leicester. <https://doi.org/10.25392/leicester.data.13317815.v1>
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.001>
- Wallin, E., Parling, T., Weineland, S., & Dahl, J. (2018). Acceptance and commitment therapy to promote value attainment among individuals with overweight: A multiple baseline evaluation. *Journal of contextual behavioral science*, 10, 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.007>
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620-630. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.620>

- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. *Mindfulness*, 10(3), 415-433. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0984-2>
- Wott, C. B., & Carels, R. A. (2010). Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *Journal of Health Psychology*, 15, 608-614. <https://doi.org/10.1177/1359105309355339>
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>

Histórico do Artigo

Submetido em: 29/10/2023

Aceito em: 22/12/2024

Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o Transtorno do Humor Bipolar: um estudo de revisão

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Bipolar Mood Disorder: a review

Tatiana Cohab Khafif¹, William Ferreira Perez^{2,3}, Renatha El-Rafihi Ferreira^{1,4}, Beny Lafer¹

(ORCID 0000-0003-0806-1249), (ORCID 0000-0001-8365-1439), (ORCID 0000-0002-2212-4608), (ORCID 0000-0002-6132-9999)

[1] Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP) [2] Instituto Par [3] Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE) [4] Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo | **Título abreviado:** ACT e Transtorno Bipolar | **Endereço para correspondência:** | **Email:** tatianakhafif@usp.br | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.031

Resumo: O Transtorno do Humor Bipolar (TB) é um transtorno psiquiátrico grave caracterizado por episódios de mania e depressão, associado a alta morbidade e mortalidade. Embora tratamentos farmacológicos e psicoterapias tradicionais apresentem eficácia, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) surge como uma abordagem promissora, ainda pouco explorada nessa população. O presente estudo apresenta uma revisão narrativa com busca dirigida de artigos no PubMed, focada em ensaios clínicos publicados sobre o uso da ACT em indivíduos com TB, avaliando sua eficácia, desafios e aplicabilidade. Foram identificados 14 artigos, dos quais 7 atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos foram analisados quanto à metodologia, desfechos avaliados e intervenções realizadas. Dos sete estudos incluídos nesta revisão, cinco utilizaram intervenções autoguiadas por aplicativo móvel, enquanto apenas dois estudos descreveram intervenções realizadas diretamente por psicoterapeutas. A maioria das intervenções focou em condições comórbidas, principalmente o tabagismo e ansiedade, e não nos sintomas centrais do TB, como depressão e mania. Ademais, os estudos utilizando intervenções digitais assíncronas destacaram principalmente aspectos relacionados à aceitabilidade e à aplicabilidade dos aplicativos, apresentando poucos resultados sobre a eficácia clínica dessas intervenções. Nenhum estudo trouxe evidências sobre superioridade de um formato de intervenção sobre outro, sendo necessários ensaios futuros mais específicos e controlados para esclarecer essa questão. Embora os estudos ofereçam um panorama inicial, a heterogeneidade dos estudos limita a obtenção de conclusões consistentes sobre a eficácia da ACT no tratamento do TB. Estudos futuros devem priorizar desenhos metodológicos maiores, incluindo intervenções específicas para o TB, conduzidas por psicoterapeutas treinados, com medidas padronizadas de desfechos e comparação entre diferentes formatos terapêuticos.

Palavras-chave: ACT, transtorno do humor bipolar, mania, depressão, revisão

Abstract: Bipolar Mood Disorder (TB) is a severe psychiatric disorder characterized by episodes of mania and depression, associated with high morbidity and mortality. Although pharmacological treatments and traditional psychotherapies are effective, the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) appears as a promising approach, still little explored in this population. The present study presents a narrative review with a directed search of articles in PubMed, focused on published clinical trials that implemented ACT in individuals with TB, evaluating its effectiveness, challenges, and applicability. Fourteen articles were identified, of which seven met the inclusion criteria. The studies were analyzed for their methodological rigor, evaluated for their outcomes, and assessed for the interventions employed. Of the seven studies included in this review, five employed self-guided interventions via mobile applications, while only two studies described interventions performed directly by psychotherapists. Most interventions focused on comorbid conditions, especially smoking and anxiety, rather than the central symptoms of TB, such as depression and mania. In addition, studies using asynchronous digital interventions have highlighted aspects related mainly to the acceptability and applicability of these applications, presenting few results on the clinical efficacy of these interventions. No study has provided evidence on the superiority of one intervention format over another, and more specific and controlled future trials are needed to clarify this issue. Although the studies provide an initial overview, the heterogeneity of the studies limits the ability to draw consistent conclusions about the effectiveness of ACT in treating TB. Future studies should prioritize larger methodological designs, including TB-specific interventions conducted by trained psychotherapists, with standardized measures of outcomes and comparisons between different therapeutic formats.

Keywords: ACT, bipolar mood disorder, mania, depression, review.

O Transtorno do Humor Bipolar (TB) é um transtorno psiquiátrico grave, caracterizado por episódios recorrentes de hipomania/mania e depressão. O TB possui uma prevalência entre 1 e 2,4% na população global e apresenta o nível mais elevado de mortalidade por suicídio entre os transtornos psiquiátricos (Biazus et al., 2023; Merikangas et al., 2011; Miller & Black, 2020). O TB pode ser dividido em dois principais subtipos: (1) o tipo I, quando há histórico de um ou mais episódios de mania; (2) o tipo II, quando há histórico de episódios recorrentes de depressão e hipomania.

As manifestações clínicas do TB costumam ter início ao final da adolescência e durante o início da vida adulta (Baldessarini et al., 2012; Goldstein et al., 2017). Os principais sintomas da mania incluem elevação do humor e euforia exacerbada, aumento na energia e atividade, pensamentos acelerados, alterações na capacidade de julgamento, aumento na impulsividade e outros comportamentos sociais inadequados (Gitlin & Mikowitz, 2017). A depressão, por outro lado, é caracterizada por sintomas como humor depressivo ou irritável, anedonia, falta de concentração, perda de libido e diminuição da energia e motivação (Gitlin & Mikowitz, 2017). Apesar do espectro da mania ser popularmente conhecido como a característica mais marcante e definidora do TB, estudos apontam que indivíduos com TB tipo I passam aproximadamente três vezes mais tempo, ao longo da vida, no espectro depressivo do transtorno e, no tipo II, 30 vezes mais tempo (Forte et al., 2015; Judd et al., 2003).

Atualmente, o tratamento para TB inclui uma combinação de fármacos e de psicoterapia, de modo a garantir o cuidado com os episódios agudos assim como prevenir recorrências (Yatham et al., 2018). Entre os principais fármacos disponíveis para o tratamento do TB, destacam-se os estabilizadores de humor, antipsicóticos atípicos e anticonvulsivantes (Carvalho et al., 2020). Em relação a tratamentos psicoterápicos (sempre adjuntos a medicação), evidências positivas foram encontradas para a psicoeducação, terapia cognitiva comportamental (TCC) e terapia focada na família (TFF) (Miklowitz et al., 2021; Yatham et al., 2018).

Ao longo das últimas décadas, diferentes protocolos de psicoterapia foram avaliados como tratamento adjunto à farmacoterapia para o tratamento

do TB. Uma recente meta-análise, conduzida por Miklowitz et al. (2021), buscou compreender a efetividade de diferentes protocolos de psicoterapia para o TB. Dos 39 ensaios clínicos randomizados incluídos neste estudo, totalizando com 3863 participantes, foram encontradas evidências significativas da eficácia das seguintes abordagens psicoterapêuticas: Psicoeducação, TCC, TFF e TIRS (Miklowitz et al., 2021). Evidências dos ensaios clínicos randomizados indicam que a combinação da farmacoterapia com protocolos de psicoterapia (incluindo TCC, TFF, TIRS e Psicoeducação em grupo) é mais efetiva do que apenas a farmacoterapia na redução de recorrência em pacientes com TB, apesar das evidências não serem robustas para as fases agudas (Goodwin et al., 2016; Salcedo et al., 2016).

Estudos mais recentes no TB corroboram esses achados indicando que a combinação da farmacoterapia com protocolos de psicoterapia é associada à maior efetividade na redução de recorrência, em comparação ao tratamento medicamentoso padrão (Miklowitz et al., 2021). Desta forma, é evidente a importância da associação da psicoterapia para tratamentos que tenham como objetivo a prevenção de recorrência e redução na gravidade dos quadros de depressão no TB (Miklowitz et al., 2021).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma modalidade de psicoterapia baseada em evidências, relativamente nova, e parte das terapias contextuais, ou de “terceira onda”, dentro das terapias cognitivas e comportamentais (Hayes et al., 2004). A ACT é fortemente influenciada por uma visão filosófica sobre o comportamento humano, o contextualismo funcional (Biglan & Hayes, 1996), bem como por um programa de pesquisa conceitual, experimental e aplicado sobre a linguagem e a cognição humana, a Teoria das Molduras Relacionais (RFT – do inglês *Relational Frame Theory*) (Hayes et al., 2001; Perez et al., 2022).

Da perspectiva da ACT e da RFT, a fonte primária do sofrimento psicológico e da psicopatologia é a inflexibilidade psicológica; ou seja, a forma pela qual a linguagem e a cognição interagem com as contingências diretas de maneira a reduzir a variação saudável e eventual seleção e retenção de novos comportamentos (Hayes et al., 2006). Isso acaba por diminuir a capacidade de alteração comportamental a serviço de fins valorosos a longo

prazo, bem como a aceitação de eventos privados aversivos (pensamentos, sentimentos, sensações desagradáveis). A inflexibilidade psicológica é, assim, caracterizada por padrões rígidos de comportamento, focados em controlar (fuga/esquiva) eventos aversivos, públicos ou privados, mesmo quando tal estratégia é contraproducente a longo prazo, produzindo restrição do repertório comportamental e afastando o indivíduo de ações comprometidas com seus valores (Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2006).

Nos últimos trinta anos, desde a publicação do primeiro estudo em ACT, mais de 1000 ensaios clínicos randomizados foram conduzidos, ao redor do mundo, apontando primordialmente para a eficácia da ACT em diversos quadros clínicos (Gloster et al., 2020; Hayes et al., 2019; Hayes & King, 2024; Zettle & Hayes, 1986). Gloster et al. (2020) revisou 133 estudos de meta-análise publicados em ACT, totalizando 12,277 participantes. Foram encontrados tamanhos de efeito significativos, favorecendo a ACT como intervenção para diversos quadros psiquiátricos tais como: depressão, transtornos ansiosos, transtorno de uso de substâncias, dor crônica (para um senão, ver Williams et al., 2020) e grupos transdiagnósticos. Além disso, a ACT mostrou-se eficaz para outros desfechos como melhora na qualidade de vida e da flexibilidade psicológica (Gloster et al., 2020).

Apesar de haver ampla evidência da eficácia da ACT para diversos transtornos psiquiátricos, a literatura da ACT para o TB parece ser incipiente. Assim, este estudo apresenta uma revisão narrativa com busca dirigida no PubMed, tendo como alvo ensaios clínicos publicados de ACT para o TB, de modo a compreender a sua eficácia e aplicabilidade, assim como os desafios da aplicação da ACT para esta população.

Método

A base de dados PubMed foi utilizada para uma busca dirigida de artigos utilizando os termos “(Bipolar Disorder) AND (Acceptance and Commitment Therapy)”. O resultado total da busca, sem qualquer filtro, resultou em 14 artigos, dos quais 7 foram selecionados para análise.

Os critérios de inclusão dos estudos foram definidos para abranger qualquer pesquisa que abordasse a aplicação da ACT na população com TB. Foram excluídos: (1) protocolos sem resultados e (2) estudos cuja intervenção não era ACT ou (3) cuja população não tinha diagnóstico de TB ou (4) estudos que não separaram em sua análise a amostra com TB de outras populações psiquiátricas (como depressão ou esquizofrenia). Não houve restrições quanto ao ano de publicação, delineamento de estudo ou língua de publicação, permitindo a consideração de estudos desde o início das abordagens terapêuticas até o dia 17 de janeiro de 2025.

Foi realizada uma verificação adicional do status das publicações para assegurar a inclusão apenas de estudos publicados, excluindo trabalhos não publicados ou em fase de pré-publicação. O objetivo principal foi reunir e sintetizar o conhecimento disponível na literatura, visando contribuir para o avanço da compreensão e prática clínica nesta área complexa da psicologia, psiquiatria e saúde mental.

Resultados

Dos 14 artigos encontrados na busca no PubMed, 7 artigos foram excluídos (ver artigos marcados com * na lista de referências) pelos seguintes motivos: (1) não utilização da a ACT como intervenção (Borgeat et al., 2004; Schaefer et al., 2021); (2) falta de diagnóstico de TB (Grau et al., 2023); (3) ausência de diferenciação entre diagnóstico de depressão unipolar e TB (Thekiso et al., 2015); (4) ausência de diferenciação entre pacientes com TB e outros transtornos psiquiátricos grave (Anthenelli, 2024); (5) publicação apenas do protocolo de pesquisa (O'Donoghue et al., 2018; Kroska et al., 2020).

A Tabela 1 apresenta uma análise dos 7 estudos incluídos (ver artigos marcados com ** na lista de referências) que abordam diferentes aspectos da aplicação da ACT em pacientes com TB, buscando compreender sua eficácia, segurança e viabilidade em diferentes contextos e subpopulações.

1º Autor, Ano, País	Delineamento	Amostra (N, Gênero, Idade Média)	Número de sessões e duração da terapia	Tempo de Seguimento	Formato da Intervenção	Desfecho Principal	Medidas / Instrumentos	Resultados
Heffner et al. (2015), EUA	Ensaio Piloto Aberto	NPres (10) 80% fem. I.M. 42.1	8 a 10 sessões (presencial ou por telefone) Duração de 2 meses a 2.5 meses com manutenção pós-tratamento	N/A	- Intervenção combinada: ACT (presencial ou por telefone) + adesivo de nicotina (NRT).	Tabagismo	- Abstinência tabágica avaliada por autorrelato + verificação de CO exalado - Sintomas de depressão (MADRS) - Sintomas de mania (YMRS). - Medidas de adesão e satisfação com o tratamento - Mecanismos de mudança: aceitação (AIS)	- Resultados sugerem eficácia preliminar de ACT + NRT para redução/cessação do tabagismo em BD. - Suporte telefônico promoveu boa adesão. - Conclusão: viável, mas estudos controlados maiores são necessários para confirmar eficácia e examinar manutenção a longo prazo.
Heffner et al. (2018a), EUA	Ensaio Clínico Randomizado	NTB (221) 63% fem. I.M. 40.3	- Sem número fixo de sessões - 12 meses de intervenção/monitoramento, com avaliações de abstinência e manutenção ao longo desse período	12 meses	- Programa de cessação tabágica via telefone - Intervenção Baseada em Mindfulness (treino de atenção plena por telefone) versus Cuidados Usuais (tratamento telefônico padrão para parar de fumar)	Tabagismo	- Abstinência tabágica avaliada por autorrelato via telefone + verificação de CO exalado	- Não houve diferença significativa de abstinência entre o grupo mindfulness e cuidados usuais no geral. - Participantes com TB apresentaram taxas menores de sucesso na cessação em comparação à participantes sem transtornos psiquiátricos ou com outros transtornos afetivos.
Heffner et al. (2018b), EUA	Estudo Qualitativo (entrevistas ou grupos focais)	N(16) N/A N/A	N/A	N/A	Entrevistas em profundidade	Relato dos participantes	- Sintomas de depressão (MADRS) - Sintomas de mania (YMRS) - Análise qualitativa das falas dos participantes. - Categorias de barreiras (ex.: automedicação de humor, crenças negativas sobre si) e facilitadores (apoio social, estratégias de enfrentamento).	- Identificou crenças de que fumar "alivia falhas de caráter" e autoestigma relacionado ao TB. - Ressalta necessidade de intervenções que abordem saúde mental e cessação simultaneamente. - Fornece insights para adequar programas de cessação à população com bipolaridade.
Hoel et al. (2022), EUA	Estudo de Métodos Mistos	N (24) 67% fem. I.M. 41.3	Não há sessões fixas, acesso contínuo ao app e atividades a serem completadas	N/A	Aplicativo Móvel	Relato dos participantes	- Sintomas de depressão (HDRS) - Sintomas de mania (YMRS). - Relatos qualitativos - Dados de uso do app (frequência de login, exercícios completados).	- Adesão moderada e feedback positivo sobre relevância do conteúdo ACT. - Barreiras principais: tempo, motivação, problemas técnicos. - Facilitadores: conveniência, suporte, lembretes úteis. - Conclusão: ACT móvel pode ajudar no bem-estar, mas requer personalização e estratégias para manter engajamento.

Heffner et al. (2020), EUA	Ensaio Clínico Randomizado	N (51) 45% fem. I.M. 49	Não há sessões fixas, usa-se módulos	1, 3 e 6 meses	Aplicativo Móvel	Tabagismo	- Taxas de abstinência (7 dias sem fumar) + validação bioquímica (CO exalado, se disponível). - Sintomas de depressão (PHQ-9) - Sintomas de mania (ASMR). - Mecanismos de mudança: aceitação (AIS) e compromisso (CQS)	- O grupo ACT web mostrou tendência de maior taxa de cessação e satisfação, mas sem significância estatística robusta (amostra pequena). - Boa aceitabilidade e factibilidade da abordagem online para o TB
Pankowski et al. (2017), SE	Estudo Piloto Aberto	N (26) 69% fem. I.M. 44	- 8 a 12 sessões - 2 a 3 meses	- Entre 1.5 e 42 meses (acom. de novos episódios)	Terapia em Grupo	Sintomas de Ansiedade	- Sintomas de ansiedade (BAI) - Sintomas de depressão (BDI-II), - - Sintomas de mania (YMRS). - Qualidade de Vida (QOLI) - Flexibilidade Psicológica (AAQ-2)	- Diminuição dos níveis de ansiedade e relatos de melhora no humor. - Boa aceitabilidade
Cochran et al. (2023), EUA	Ensaio Clínico Microrandomizado	N(30) 60% fem. I.M. 42.7	- Não há sessões fixas (intervenções, exercícios, lembretes são entregues em momentos variados ao longo do dia) - Duração de 4-6 semanas		Aplicativo Móvel	Viabilidade da intervenção e adesão ao aplicativo	- Sintomas de depressão (HRSD) - Sintomas de mania (YMRS) - Adesão ao aplicativo (compleção das atividades) - ACT Activity Survey	- Boa viabilidade e adesão do formato - Índices de redução de sintomas depressivos e maior ação guiada por valores.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos.

YMRS: Young Mania Rating Scale (Young et al., 1978); MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale (Montgomery et al., 1979); PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9 (Kroenke et al., 2001); ASMR: Altman Self-Rating Mania Scale (Altman et al., 1997); HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton et al., 1960); AIS: Avoidant and Inflexibility Scale (Gifford et al., 2004); AAQ-2 Acceptance and Action Questionnaire-2 (Bond et al., 2011); QOLI: Quality of Life Inventory (Frisch, 1994).

O primeiro estudo, realizado por Heffner et al. (2015), avaliou uma intervenção de ACT para cessação do tabagismo em sessões presenciais e por telefone com fumantes adultos com sintomas leves de TB. Ambos os formatos demonstraram ser viáveis, com taxas moderadas de abstinência e aumento na aceitação dos desejos de fumar, embora a adesão aos adesivos de nicotina tenha sido baixa. Os resultados preliminares indicam potencial da intervenção, sugerindo a necessidade de um ensaio clínico randomizado para validar sua eficácia.

O segundo estudo, realizado por Heffner et al. (2018a), comparou intervenções online baseadas em ACT e TCC para cessação do tabagismo entre fumantes com TB, outros transtornos de ansiedade e sem transtornos psiquiátricos. Os fumantes com TB apresentaram características distintas e menores taxas de cessação após 12 meses em comparação ao grupo de controles saudáveis, mas semelhantes aos com transtorno de ansiedade. Apesar das taxas mais baixas, os resultados sugerem que intervenções online podem ser promissoras para apoiar fumantes com TB e ansiedade.

O terceiro estudo, também realizado por Heffner et al. (2018b), trata-se de um estudo qualitativo, que avaliou uma intervenção de 10 semanas combinando ACT e adesivos de nicotina em fumantes adultos com TB, utilizando entrevistas para identificar desafios e facilitadores do processo de parar de fumar. São apontados como principais desafios ao tratamento as barreiras sociais, falta de consciência, evitação, crenças disfuncionais, ambivalência, benefícios do fumo e dificuldades com a reposição de nicotina. Já os facilitadores envolveram efeitos positivos do tratamento, mudanças na autoimagem, razões para parar de fumar, benefícios sociais e estratégias para lidar com estados internos adversos, destacando a importância da relação terapêutica e dos alvos teóricos da ACT.

No quarto estudo, feito por Hoel et al. (2020), foram analisados a compreensão e o envolvimento com ACT através de um aplicativo móvel em duas coortes distintas, mostrando altos níveis de envolvimento com a intervenção. Os resultados sugerem que a ACT foi eficaz em promover uma maior conscientização, flexibilidade psicológica e compromisso com comportamentos alinhados aos valores dos participantes.

No quinto estudo, também realizado por Heffner et al. (2020), foi realizado um estudo piloto de um ensaio clínico randomizado, combinando ACT online (*WebQuit Plus*), em comparação com o programa do site do governo americano, *smokefree.gov*, para a cessação de tabagismo em pacientes com TB. A intervenção teve duração total de 10 semanas. Durante 8 semanas, os participantes fizeram uso associado de adesivos de nicotina. Resultados deste estudo apontaram para uma igual retenção dos participantes em ambas as intervenções, com uma percepção de utilidade maior na intervenção baseada em ACT. A abstinência confirmada bioquimicamente foi 1/3 maior no grupo ACT 7 dias após a intervenção, mas sem diferença entre os grupos no seguimento.

No sexto estudo, realizado por Pankowski et al. (2017), foi realizado um estudo piloto aberto, de ACT em grupo para pacientes com TB e comorbidade de ansiedade. Neste estudo, foi realizado um protocolo manualizado de 12 sessões de ACT em grupo, que incluiu módulos de psicoeducação, *mindfulness*, ações comprometidas com valores, desfusão cognitiva, aceitação e prevenção de recaída. Resultados deste estudo apontaram para melhoras significativas nos desfechos medidos (sintomas de depressão e ansiedade, qualidade de vida e flexibilidade psicológica) no pós-tratamento, o que demonstrou a relevância da realização de estudos maiores e randomizados para a população com TB com comorbidade de ansiedade.

Por fim, no último estudo, feito por Cochran et al. (2023), foi realizada uma micro-intervenção randomizada de 6 semanas, baseada na ACT e via aplicativo, em pacientes com TB. A intervenção foi realizada com 30 participantes, que foram diariamente randomizados para receber (ou não) uma intervenção baseada em ACT. Segundo os autores, o estudo se mostrou viável e teve boa adesão, apontando para indícios de redução da sintomatologia depressiva e aumento de ações guiadas por valores.

Discussão

Os estudos revisados que utilizaram a ACT para tratar o TB permitem traçar um panorama inicial da literatura neste campo. Em primeiro lugar, é possível notar que a aplicação da ACT em coortes

com diagnóstico de TB é algo recente na literatura, uma vez que, apesar de não haver sido utilizado qualquer filtro para ano de publicação, não foram encontrados estudos anteriores a 2015.

Além disso, é possível observar que, apesar de todos os estudos incluídos nesta revisão serem ensaios clínicos de ACT para a população com diagnóstico de TB, há heterogeneidade tanto no que diz respeito aos desfechos visados, quanto à intervenção realizada. Desta forma, cabe um olhar minucioso acerca dos tipos de estudos incluídos.

Nota-se que, dos sete estudos incluídos, cinco não têm como desfecho principal desfechos próprios do TB, como diminuição de sintomas de depressão ou mania, prevenção de recaída ou prevenção de re-hospitalização. Quatro estudos têm como desfecho principal a cessação do tabagismo (Heffner et al., 2015; Heffner et al., 2018a; Heffner et al., 2018b; Heffner et al., 2020) e um tem como desfecho principal a diminuição da ansiedade comórbida com o TB (Pankowski et al., 2017). Apesar destes estudos avaliarem uma população com TB, não é possível considerar as intervenções realizadas como intervenções específicas de ACT para tratar o TB, uma vez que o foco e objetivo principal destas intervenções foi o de tratar o tabagismo ou a ansiedade comórbidos nesta população.

Dos dois estudos restantes, um busca avaliar intervenções em ACT com duas populações diferentes, tendo uma dessas coortes o diagnóstico de TB não sendo especificamente criada tendo em vista o tratamento de indivíduos com TB (Hoel et al., 2022). O segundo e último estudo, por sua vez, é o único ensaio onde foi desenvolvida e realizada uma intervenção digital terapêutica visando as necessidades específicas da população com TB (Cochran et al., 2023). Ainda assim, este estudo avalia uma micro intervenção autoguiada via aplicativo, se diferenciando de modelos tradicionais de psicoterapia – seja em formato remoto ou presencial – e não traz resultados estatisticamente significantes quanto à eficácia da intervenção desenvolvida (Cochran et al., 2023).

Todos os estudos incluídos nesta revisão foram realizados em países do hemisfério norte, com participantes do sexo feminino (variando de 80% a 45% da amostra) e com idade média variando em uma faixa estreita entre 40.3 e 51 anos. Tais

características da amostra limitam a generalidade dos resultados para populações com características sociodemográficas diferentes. Estudos futuros, realizados em contextos culturais diversos, com maior diversidade etária e maior equilíbrio de gênero, são necessários para ampliar o entendimento sobre a aplicabilidade e eficácia dessas intervenções no tratamento do TB.

Dos sete estudos incluídos nesta revisão, cinco utilizam intervenções autoguiadas via aplicativo de celular e apenas dois (Heffner et al., 2015; Pankowski et al., 2017) descrevem intervenções de psicoterapia realizadas com o intermédio de um psicoterapeuta. Ao passo que terapias digitais apresentam promessa para a psiquiatria, com vantagens como a democratização, aumento do acesso e da escalabilidade das intervenções, estudos publicados de terapias digitais assíncronas para o TB têm como foco principal a aplicabilidade e aceitação do aplicativo e não a eficácia da intervenção (Orsolini et al., 2024). Adicionalmente, diferente da depressão unipolar, não existem estudos no TB comparando intervenções síncronas e assíncronas, bem como intervenções síncronas presenciais ou remotas (Andersson et al., 2013). Dessa forma, não há evidências disponíveis até o momento que permitam afirmar se intervenções realizadas em formatos diferentes daqueles apresentados nesta revisão poderiam ser mais eficazes.

Em relação aos resultados, os estudos descritos acima ilustram uma importante distinção entre investigações voltadas ao processo terapêutico e aquelas focadas nos resultados clínicos. No contexto das intervenções baseadas em ACT para o TB, nota-se que grande parte da literatura atual se concentra predominantemente em aspectos relacionados ao processo terapêutico, tais como aceitabilidade, adesão e engajamento nas intervenções digitais, em detrimento da avaliação objetiva da eficácia na melhora de sintomas específicos do transtorno. Embora estudos focados no processo sejam essenciais, especialmente em terapias inovadoras ou emergentes como aquelas mediadas por aplicativos móveis, a ausência de uma avaliação robusta dos resultados clínicos dificulta a validação dessa abordagem como tratamento eficaz para o TB. Futuras pesquisas devem equilibrar a atenção dedicada aos processos envolvidos nas intervenções

com uma avaliação sistemática e rigorosa dos resultados clínicos relevantes ao TB, incluindo melhora sintomática, prevenção de episódios agudos e impacto funcional a longo prazo.

Com frequência, estudos de farmacoterapia e psicoterapia encontram-se mais avançados na população com depressão unipolar, em comparação a população com TB (Baldessarini et al., 2020). Bai et al. (2020) realizou uma meta-análise que avaliou a eficácia da ACT na redução de sintomas depressivos em indivíduos com depressão unipolar. Foram incluídos 18 estudos, totalizando 1088 participantes, considerando diferentes períodos de acompanhamento, graus de depressão e faixas etárias. Uma vez que os estudos incluídos na meta-análise eram ensaios clínicos de ACT para o tratamento da depressão unipolar, foi possível concluir que a ACT foi significativamente mais eficaz do que as intervenções controles, especialmente em adultos, em casos de depressão leve e no seguimento de três meses após a intervenção (Bai et al., 2020).

Diferente do estudo de meta-análise de ACT para depressão unipolar supracitado, a atual revisão não permite tirar conclusões específicas acerca da eficácia desta abordagem para a população com TB, uma vez que os ensaios encontrados são incipientes e demasiadamente heterogêneos em termos de metodologia e desfecho. No entanto, esta revisão permite identificar lacunas importantes na literatura atual, destacando áreas ainda pouco exploradas, como a necessidade de estudos clínicos rigorosos, com intervenções especificamente desenhadas para o TB, além de apontar caminhos relevantes para futuras pesquisas, incluindo a padronização metodológica e o desenvolvimento de protocolos estruturados e replicáveis para avaliar a eficácia da ACT nessa população.

Por fim, é importante destacar algumas limitações metodológicas da presente revisão. Primeiramente, não foram realizadas buscas sistemáticas em múltiplas bases de dados, restringindo-se apenas ao PubMed, o que pode ter limitado a abrangência dos estudos incluídos e potencialmente excluído estudos relevantes publicados em outras plataformas. Adicionalmente, não houve aplicação de critérios rigorosos para avaliação quantitativa do risco de viés ou da qualidade metodológica dos ensaios clínicos identificados, bem como não foi

utilizado um protocolo pré-definido seguindo as diretrizes de revisões sistemáticas recomendadas internacionalmente (e.g., PRISMA). Tais fatores podem afetar a robustez e a generalização dos achados, indicando que os resultados apresentados devem ser interpretados com cautela. Estudos futuros, utilizando estratégias metodológicas mais rigorosas e abrangentes, poderão fornecer conclusões mais sólidas sobre a eficácia da ACT para o TB.

Os resultados desta revisão evidenciam importantes lacunas na literatura atual e ressaltam a necessidade urgente de protocolos estruturados e específicos para intervenções baseadas em ACT direcionadas à população com TB. Frente a essas limitações, os autores desenvolveram um protocolo específico de ACT para o TB (Khafif et al., 2025), cujo objetivo é fornecer tratamento manualizado, replicável e rigorosamente avaliado, capaz de gerar evidências robustas quanto à eficácia dessa terapia.

Futuras investigações devem priorizar a aplicação uniforme das intervenções, utilizar medidas padronizadas e contar com amostras amplas e representativas, permitindo conclusões mais claras sobre o impacto clínico da ACT em desfechos relevantes para pacientes com TB, tanto a curto quanto a longo prazo. Tal esforço contribuirá significativamente para o avanço científico da área, fortalecendo a base empírica necessária para orientar decisões clínicas e políticas públicas relacionadas ao tratamento do TB.

Referências

- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., ... & Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 986-994. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.022>. S0165-0327(13)00656-3
- *Anthenelli, R. M., McKenna, B. S., Giannini, J., Attaluri, S. V., Rubin, M., O’Crowley, E., Miller, S., & Heffner, J. L. (2023). Combining varenicline preloading with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in persons with serious mental illness who smoke: The rando-

- mized ACTS Low pilot feasibility trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 253, 111012. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111012>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vazquez, G. H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A., Khalsa, H. M. K., Lai, M., Lepri, B., Lolich, M., Maffei, P. M., Salvatore, P., Faedda, G. L., Vieta, E., & Mauricio, T. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, 11, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.006>
- Biazus, T. B., Beraldi, G. H., Tokeshi, L., Rotenberg, L. S., Dragioti, E., Carvalho, A. F., Solmi, M., & Lafer, B. (2023). All-cause and cause-specific mortality among people with bipolar disorder: A large-scale systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 28(6), 2508–2524. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02109-9>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)
- *Borgeat, F., & Zullino, D. (2004). Attitudes concerning involuntary treatment of mania: Results of a survey within self-help organizations. *European Psychiatry*, 19(3), 155–158. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.08.002>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58–66. <http://doi.org/10.1056/NEJMr1906193>
- **Cochran, A., Maronge, J. M., Victory, A., Hoel, S., McInnis, M. G., & Thomas, E. B. (2023). Mobile Acceptance and Commitment Therapy in Bipolar Disorder: Microrandomized Trial. *JMIR Mental Health*, 10, e43164. <https://doi.org/10.2196/43164>
- Forte, A., Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Pompili, M., & Girardi, P. (2015). Long-term morbidity in bipolar-I, bipolar-II, and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 178, 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.011>
- Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 209, 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.021>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Goldstein, B. I., Birmaher, B., Carlson, G. A., DelBello, M. P., Findling, R. L., Fristad, M., Kowatch, R. A., Miklowitz, D. J., Nery, F. G., Perez-Algorta, G., Van Meter, A., Zeni, C. P., Correll, C. U., Kim, H. W., Wozniak, J., Chang, K. D., Hillegers, M., & Youngstrom, E. A. (2017). The International Society for Bipolar Disorders Task Force report on pediatric bipolar disorder: Knowledge to date and directions for future research. *Bipolar Disorders*, 19(7), 524–543. <https://doi.org/10.1111/bdi.12556>
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T., Cipriani, A., Coghill, D. R., Fazel, S., Geddes, J. R., Grunze, H., Holmes, E. A., Howes, O., Hudson, S., Hunt, N., Jones, I., Macmillan, I. C., McAllister-Williams, H., Miklowitz, D. R., Morriss, R., Munafò, M., ... Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 30(6), 495–553. <https://doi.org/10.1177/0269881116636545>
- *Grau, P. P., Sripada, R. K., Ganoczy, D., Weinstein, J. H., & Pfeiffer, P. N. (2023). Outcomes of Acceptance and Commitment Therapy for depression and predictors of treatment response in Veterans Health Administration patients. *Journal of Affective Disorders*, 323, 826–833. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.025>

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C. (2019). *State of the ACT evidence*. Association for Contextual Behavioral Science. Retrieved January 29, 2020.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- **Heffner, J. L., Kelly, M. M., Waxmonsky, J., Mattocks, K., Serfozo, E., Bricker, J. B., Mull, K. E., Watson, N. L., & Ostacher, M. (2020). Pilot randomized controlled trial of web-delivered Acceptance and Commitment Therapy versus Smokefree.gov for smokers with bipolar disorder. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(9), 1543–1552. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz242>
- **Heffner, J. L., McClure, J. B., Mull, K. E., Anthenelli, R. M., & Bricker, J. B. (2015). Acceptance and Commitment Therapy and nicotine patch for smokers with bipolar disorder: Preliminary evaluation of in-person and telephone-delivered treatment. *Bipolar Disorders*, 17(5), 560–566. <https://doi.org/10.1111/bdi.12300>
- **Heffner, J. L., Mull, K. E., Watson, N. L., McClure, J. B., & Bricker, J. B. (2018a). Smokers with bipolar disorder, other affective disorders, and no mental health conditions: Comparison of baseline characteristics and success at quitting in a large 12-month behavioral intervention randomized trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.034>
- **Heffner, J. L., Watson, N. L., McClure, J. B., Anthenelli, R. M., Hohl, S., & Bricker, J. B. (2018b). “I Smoke Like This to Suppress These Issues That Are Flaws of My Character”: Challenges and facilitators of cessation among smokers with bipolar disorder. *Journal of Dual Diagnosis*, 14(1), 32–39. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1390278>
- **Hoel, S., Victory, A., Sagorac Gruichich, T., Stowe, Z. N., McInnis, M. G., Cochran, A., & Thomas, E. B. K. (2022). A mixed-methods analysis of mobile ACT responses from two cohorts. *Frontiers in Digital Health*, 4, 869143. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.869143>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Maser, J., Rice, J. A., Solomon, D. A., & Keller, M. B. (2003). The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: A clinical spectrum or distinct disorders? *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 19–32. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00324-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00324-5)
- Khafif, T. C., Perez, W. F., Sofia, H., Nardini, C., Biazus, T., Dayan, S., Matthias, K. A., Kleinman, A., El Rafihi-Ferreira, R., & Lafer, B. (2025). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) as a stand-alone treatment for bipolar disorder: Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 36(1), 100545. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2025.100545>
- *Kroska, E. B., Hoel, S., Victory, A., Murphy, S. A., McInnis, M. G., Stowe, Z. N., & Cochran, A. (2020). Optimizing an Acceptance and Commitment Therapy microintervention via a mobile app with two cohorts: Protocol for micro-randomized trials. *JMIR Research Protocols*, 9(9), e17086. <https://doi.org/10.2196/17086>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>

- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for Bipolar Disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141–150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Gyulai, L., Araga, M., Gonzalez, J. M., Shirley, E. R., Thase, M. E., & Sachs, G. S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 419–426. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.4.419>
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: A review. *Current Psychiatry Reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- *O'Donoghue, E., Clark, A., Richardson, M., Hodson, J., Nandha, S., Morris, E., Kane, F., O'Keeffe, D., Butler, L., & Jolley, S. (2018). Balancing ACT: Evaluating the effectiveness of psychoeducation and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) groups for people with bipolar disorder: Study protocol for pilot randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 436. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2789-y>
- Orsolini, L., Longo, G., & Volpe, U. (2024). Practical application of digital therapeutics in people with mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(1), 9–17. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000906>
- **Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N., & Svanborg, C. (2017). Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety: An open pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 114–128. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231218>
- Perez, W. F., Kovac, R., de Almeida, J. H., & de Rose, J. C. (2022). *Teoria das molduras relacionais: conceitos, pesquisa e aplicações*. Paradigma.
- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T., & Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*, 201, 203–214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.018>
- *Schaefer, M., Selo, M., Stehlin, N., Wagenblast, B., & Bock, T. (2021). Development and structures of triadology for bipolar disorders in Germany and guidelines of the German Society for Bipolar Disorders. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(11), 1213. <https://doi.org/10.3390/medicina57111213>
- *Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 717–728. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.005>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4(1), 30–38. <https://doi.org/10.1007/bf03392813>

Histórico do Artigo

Submetido em: 15/08/2025

Aceito em: 01/10/2025

Editora associada: Roberta Kovac

Flexibilidade psicológica e intervenções para estresse, depressão e ansiedade: uma revisão sistemática

Psychological flexibility and stress, depression and anxiety interventions: a systematic review

Júnnia Maria Moreira^{1,2}, Graziela Antonia Fortaleza Santos¹

[1] Clínica particular [2] Universidade Federal do Vale do São Francisco | **Título abreviado:** Flexibilidade psicológica, estresse, depressão e ansiedade: revisão | **Endereço para correspondência:** | **Email:** junnia.moreira@univasf.edu.br | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.019

Resumo: A terapia de aceitação e compromisso (ACT) tem ganhado notoriedade nos últimos anos. Um dos principais mecanismos de mudança dessa terapia é a flexibilidade psicológica (FP), que diz respeito à habilidade de estar em contato com o momento presente, incluindo experiências internas, comportando-se de acordo com valores pessoais. A FP pode ser aprimorada por meio de intervenções com foco na aceitação de estados internos desagradáveis, como o estresse, ansiedade e depressão. Intervenções desse tipo podem produzir melhoras clínicas. O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática sobre FP e intervenções psicológicas para estresse, depressão e ansiedade. Foram analisados 22 estudos. Evidências favoráveis à superioridade de intervenções ACT foram encontradas em 12 estudos que utilizaram ensaio clínico randomizado, dentre os quais 10 apresentaram manutenção dos efeitos em follow ups. Dentre as intervenções avaliadas, encontram-se formatos reduzidos, online e autoguiados, além dos tradicionais (em grupo e presenciais). Apesar de cinco estudos avaliarem como a FP atua na produção dos resultados a partir de análises estatísticas de regressão, mediação e moderação, nenhum dos estudos avaliaram processos comportamentais básicos envolvidos na FP. Sugere-se que futuras pesquisas abarquem tais deficiências.

Palavras-chave: Flexibilidade psicológica, estresse, depressão, ansiedade, revisão.

Abstract: Acceptance and commitment therapy (ACT) has gained notoriety in recent years. One of the main mechanisms of change in this therapy is psychological flexibility (PF), which concerns the ability to be in contact with the present moment, including internal experiences, and behave according to personal values. PF can be improved through interventions focused on accepting unpleasant internal states, such as stress, anxiety and depression. Interventions of this type can produce clinical improvements. The present study aimed to carry out a systematic review on PF and psychological interventions for stress, depression and anxiety. 22 studies were analyzed. Evidence in favor of the superiority of ACT interventions was found in 12 studies that used randomized clinical trials, among which 10 showed maintenance of effects in follow-ups. Among the interventions evaluated, there are short-form, online and self-guided formats, in addition to traditional ones (group and face-to-face). Although five studies evaluate how PF acts in producing results based on statistical analysis of regression, mediation and moderation, none of the studies evaluated basic behavioral processes involved in PF. We suggest that future research addresses these deficiencies.

Keywords: Psychological flexibility, stress, depression, anxiety, review.

Nota das Autoras:

As autoras agradecem à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela disponibilização de bolsa de Iniciação Científica, garantindo a possibilidade de execução dessa pesquisa. E ainda à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pela disponibilização de curso online sobre a execução de revisões sistemáticas e meta-análise, crucial para execução do presente trabalho.

A terapia de aceitação e compromisso (Acceptance and commitment therapy – ACT) é uma terapia comportamental de terceira onda que tem ganhado notoriedade nos últimos anos, principalmente como alternativa para lidar com as limitações da terapia comportamental (Barbosa & Murta, 2014). Criada por Steven Hayes e colaboradores na década de 1980, a premissa dessa abordagem psicoterápica é a promoção de flexibilidade psicológica (FP; Hayes et al., 2022). Esse construto diz respeito à habilidade de estar em contato com o momento presente, incluindo experiências internas, comportando-se de acordo com valores pessoais (Hayes et al., 2006). Ser flexível psicologicamente envolve compreender que emoções desagradáveis são adaptativas e importantes de serem vivenciadas em algumas situações, o que está relacionado com saúde psicológica (Kashdan & Rottenberg, 2010). A flexibilidade acontece quando a pessoa consegue diferenciar, por meio da prática da auto-observação, suas experiências dos sentidos (fatos percebidos pelos cinco sentidos) das suas experiências da mente (pensamentos, emoções, impulsos e memórias) (Finger, 2015).

A FP é desenvolvida por meio de seis processos de mudanças, sendo eles: aceitação, desfusão, self-como-contexto, ação comprometida, valores e atenção ao momento presente. A união desses processos é conhecida como hexaflex e as intervenções em ACT giram em torno de promover cada um desses processos (Hayes et al., 2012/2021).

Levando em consideração os processos de mudança descritos, é possível perceber que a ACT visa a flexibilização dos processos cognitivos, aumentando o contato do sujeito com o momento presente por meio de uma vida orientada por valores (Barbosa & Murta, 2014). Na ACT, o terapeuta ajuda a pessoa a observar seus estados internos desagradáveis e os comportamentos emitidos ao invés de tentar evitá-los ou controlá-los, alterando reações comuns, automáticas, impulsivas e que podem ser geradoras de mais sofrimento. O terapeuta também auxilia a separar as experiências da mente das experiências dos sentidos e a avaliar e direcionar as ações em torno dos valores da pessoa (Finger, 2015; Hayes et al., 2003).

A FP pode ser aprimorada por meio de intervenções com foco na aceitação de estados internos

desagradáveis, como o estresse, ansiedade e depressão. Intervenções com foco na aceitação do desconforto e do sofrimento como parte da experiência humana podem produzir melhoras clínicas na medida em que a pessoa aprende, na prática, que pode conviver com esses estados internos (Kashdan & Rottenberg, 2010).

No extremo oposto da FP está a inflexibilidade psicológica, que diz respeito ao comportamento controlado excessivamente pela linguagem e com uma orientação fraca para direções valorizadas de vida (Hayes et al., 2011). Assim como existem processos de FP, também são encontrados processos de inflexibilidade que intensificam o sofrimento humano, são eles a esquiva experiencial, fusão cognitiva, self-conceitualizado, atenção inflexível, falta de contato com valores e a dificuldade de estabelecer ações comprometidas com direções valorizadas. Ressalta-se aqui a esquiva ou evitação experiencial que consiste na evitação de emoções e pensamentos desagradáveis (Hayes et al., 1996) e envolve um padrão de comportamentos aparentemente presente em psicopatologias como depressão e ansiedade (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Além da esquiva experiencial, o estresse psicológico também é um fator de risco para o aparecimento de transtornos depressivos e ansiosos (Bezerra & Constantino, 2016). Devido às características da vida moderna, tem sido cada vez mais comum os sujeitos reportarem altos níveis de estresse no que diz respeito à execução de suas atividades cotidianas. O estresse é uma reação normal a uma situação perturbadora, porém, quando excessiva gera um grande sofrimento psíquico, com uma série de reações físicas e emocionais (Lu et al., 2021; Selye, 1975).

Estudos sobre a FP têm produzido evidências sobre os processos responsáveis pela ligação deste construto com a diminuição do sofrimento psíquico. Existem dois focos de estudo, o primeiro deles hipotetiza que a inflexibilidade psicológica é um precursor ou fator de risco para o desenvolvimento de doenças psicológicas. Nesse caso, os estudos consideram a FP, um conceito composto por termos intermediários, cada um dos quais reúne diversos processos comportamentais básicos, enquanto variável de interesse e avalia essa medida basicamente por meio de escalas e instrumentos de

autorrelato (Assaz et al., 2022; Harte et al., 2022). O segundo foco de pesquisa atribui à FP o status de um importante processo de mudança, dentro da ACT, que promove saúde mental (Fledderus et al., 2013). Enquanto um construto composto por termos intermediários, a flexibilidade psicológica envolveria processos comportamentais básicos presentes em aprendizagens indiretas investigadas mais aprofundadamente pela teoria das molduras relacionais ou RFT (da sigla em inglês *Relational Frame Theory*; Hayes et al., 2001).

A ACT tem sido utilizada como intervenção principal em uma série de desfechos clínicos. Em uma revisão de meta-análises realizada por Gloster et al. (2020), tal modalidade de tratamento encontrou evidências favoráveis de superioridade, quando comparada com as intervenções usuais, placebo e condições de controle ativo, para uma variedade de diagnósticos, como tratamento de depressão, ansiedade, uso de substâncias e dor crônica, além da promoção de impactos positivos em desfechos como qualidade de vida e estresse.

Em outro estudo recente, foram avaliados 990 ensaios clínicos randomizados de intervenções baseadas em ACT de diferentes países e idiomas. Tal pesquisa verificou que os estudos não buscam avaliar a efetividade da ACT somente para a intervenção em questões de saúde mental, havendo uma grande incidência de estudos avaliando a eficácia para problemas de saúde física, além de outros desfechos relacionados ao bem-estar. Ademais, tal pesquisa demonstra como a ACT tem sido estudada e implementada em uma série de países e com diferentes tipos de população, demonstrando resultados positivos (Hayes & King, 2024).

Levando em conta as evidências atuais que demonstram a efetividade das intervenções em ACT, é crucial compreender como a FP está envolvida na melhora de diferentes quadros clínicos. Além disso, a ACT cresceu de forma excepcional nos últimos anos (Zhang et al., 2018), o que influencia diretamente no aumento da produção acadêmica e torna relevante a realização de novos estudos de revisão. Outro ponto que também justifica a realização do presente trabalho reside na necessidade de identificar os processos pelos quais a FP atuaria.

Levando em consideração esse cenário e buscando prover maior suporte para a aplicação de

tratamentos baseados na ACT, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão sistemática sobre FP e intervenções psicológicas para estresse, depressão e ansiedade.

Método

Procedimento

Para verificar se intervenções que buscam promover aumentos na FP seriam eficazes em diminuir estresse, depressão e ansiedade, foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, PsychInfo, Science Direct, Pepsic, IndexPsi e PubMed. Os descritores utilizados foram: “psychological flexibility”, “psychological intervention”, “distress”, “stress”, “depression” e “anxiety”.

Foram excluídos estudos que não descreviam intervenções para os problemas citados; não avaliavam a FP e que eram apenas descrições de protocolos. Além disso, foram excluídos estudos piloto, estudos de correlação ou descrição e estudos de caso. Além disso, só foram selecionados artigos escritos em inglês ou português, que estivessem disponíveis para visualização completa e que foram publicados entre 2015-2022.

Ao final, conforme a Figura 1, foram analisados 22 artigos, dos quais foram retiradas as seguintes informações: tipo de delineamento, amostra, descrição da intervenção, tempo de follow-up, instrumentos utilizados e principais resultados encontrados.

Resultados e Discussão

Na Tabela 1 encontram-se os estudos selecionados e os dados extraídos de cada um deles. Com relação ao tipo de delineamento, 15 estudos classificaram-se como ensaio clínico randomizado (ECR), em que a seleção dos participantes é mediada por instrumentos clínicos para avaliação e classificação diagnóstica, além de eventual exclusão de indivíduos com comorbidades (Asl, 2021; Eilenberg et al., 2017; Gloster et al., 2017; Hofer et al., 2018; Khoramnia et al., 2020; Kroska et al., 2020; Lappalainen et al., 2021; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Macías et al., 2019; Muller et al., 2022; Puolakanaho et al., 2019; Sairanen et al., 2020; Usubini et al., 2018;

Wersebe et al., 2018). Nesses estudos, o seguimento de manuais ou protocolos de intervenção é uma característica predominante, apesar das críticas quanto à produção de evidências em psicologia maciçamente a partir de intervenções com reduzida possibilidade de ajustes mediante idiosincrasias de cada participante (Leonardi, 2016).

Com relação aos participantes dos estudos avaliados, a seleção geralmente ocorria por meio de serviços de saúde de diversos tipos ou por conveniência, com estudantes universitários (Asl, 2021; Cartwright & Hooper, 2017; Eilenberg et al., 2017; Gloster et al., 2017; Hofer et al., 2018; Lappalainen et al., 2021; Larsson et al., 2022; Macías et al., 2019; Pang et al., 2022; Puolakanaho et al., 2020). Alguns estudos delimitaram a amostra para uma população específica como pacien-

tes com sintomas depressivos elevados (Kroska et al., 2020), sujeitos com estresse elevado relacionado ao trabalho (Wersebe et al., 2018), crianças e adultos com condições crônicas (Brassington et al., 2016; Hofer et al., 2018), pacientes com carcinoma hepatocelular (Liu et al., 2022), obesos ou sobrepesados (Mueller et al., 2022; Usubini et al., 2022), cuidadores de crianças com condições específicas (Fung et al., 2018; Sairanen et al., 2020), veteranos de guerra (Glover et al., 2016; Jacobs et al., 2017), estudantes universitários com transtornos de ansiedade social (Khoramnia et al., 2020) e pacientes ambulatoriais de um hospital psiquiátrico (Pinto et al., 2015). A delimitação para populações específicas é importante para validar a eficácia das intervenções adaptadas a diferentes públicos e contextos.

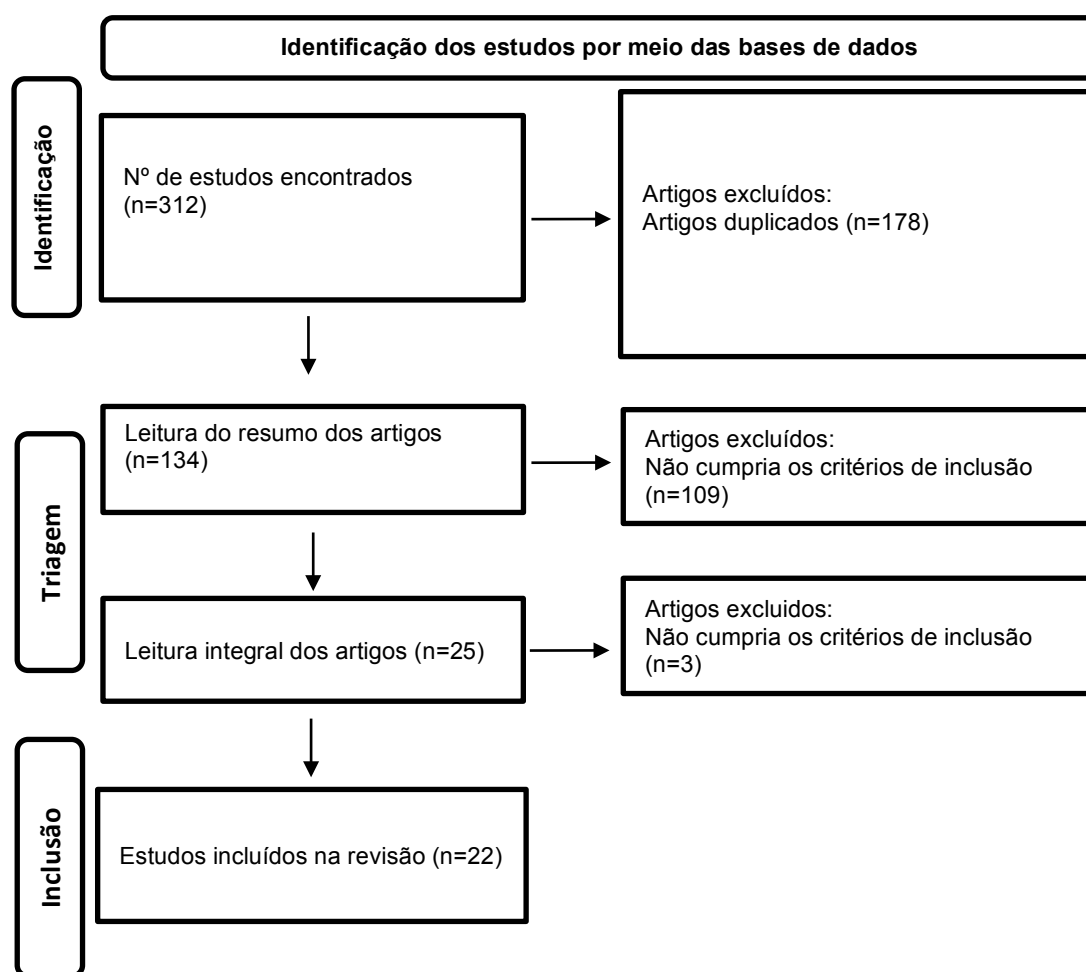


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos.

Tabela 1. Estudos selecionados, delineamento, amostra, descrição da intervenção, realização e tempo de follow up, instrumentos utilizados e principais resultados.

Estudo	Delineamento	Amostra	Descrição da Intervenção	Follow-up	Instrumentos	Resultados
Asl, 2021	ECR	49 assistentes sociais atuando no enfrentamento da pandemia de covid-19	Quatro sessões semanais de treino de meditação de atenção plena, com duração de 70 minutos cada. Atividade extra-sessão: 10 a 20 minutos de prática de meditação diária.	Um mês	DASS-21 SCS AAQ-II	Maiores aumentos nos escores de FP e autocompaixão e também maiores reduções nos escores de depressão no GE comparado ao GC.
Brassington et al., 2016	Intervenção sem GC	53 pacientes com doenças crônicas	Seis sessões grupais semanais de duas horas e meia com foco na convivência com doenças crônicas. Uso de atividades extra sessão com apostilas e CD.	Um e três meses	HADS SF-36 BIPQ AAQ-II VQ	Melhoras na ansiedade, depressão, limitações físicas e emocionais, valores, fadiga e funcionamento social após a intervenção, mantidos no follow-up.
Cartwright & Hooper, 2017	Intervenção sem GC	243 usuários de serviços de saúde	Intervenção psicoeducativa de quatro sessões semanais de duas horas cada. Uso de atividades extra sessão e folhetos com resumos do conteúdo.	Não	PHQ-8 GAD-7 Rosenberg Self-Esteem Questionnaire MSES-R AAQ-II	Melhoras na depressão, ansiedade, FP, autoestima, satisfação com a vida, atenção plena e autoeficácia.
Eilenberg et al., 2017	ECR	126 participantes encaminhados para um serviço de saúde	10 sessões grupais de três horas cada. Uso de atividades extra sessão em CD.	Quatro e seis meses	WI-7 AAQ-II FFMQ	Tanto a flexibilidade psicológica como o mindfulness melhorou significativamente durante o tratamento para o GE com relação ao GC. Tal fato se manteve no follow-up. Flexibilidade psicológica e subescala não reatividade mediarão preocupação com doença no GE no follow-up de seis meses.
Fung et al., 2018	Intervenção sem GC	33 mães de crianças com TEA	Workshop em grupo com exercícios experienciais, seguidos de debate	Um e três meses	AAQ-II CFQ VLQ DASS-21	Melhora na FP, fusão cognitiva e consistência dos valores de vida. Fusão cognitiva e valores de vida mediarão efeitos nos escores de estresse. Valores de vida mediou efeitos nos escores de depressão. Efeitos mantidos no follow-up.
Gloster et al., 2017	ECR	44 estudantes universitário	Dois encontros semanais de seis horas cada, com foco em gerenciamento de estresse	Um mês	TSST PASA STAI PSS AAQ-II OESQ	Os níveis de ansiedade e estresse não mudaram significativamente ao longo do tempo para o grupo ACT. FP moderou os resultados.
Glover et al., 2016	Intervenção sem GC	51 veteranos de guerra	Quatro sessões semanais grupais de 90 minutos	Não	WBI-5 DASS-21 AAQ-II SF-12v2	Melhoras na qualidade de vida, saúde mental e saúde física, estresse e depressão após a intervenção, além de tendência à diminuição dos sintomas de ansiedade. Não houve efeito sobre a FP.

Estudo	Delineamento	Amostra	Descrição da Intervenção	Follow-up	Instrumentos	Resultados
Hofer et al., 2018	ECR	119 participantes recrutados por meio de um boletim informativo de plano de saúde	Intervenção autoguiada online sobre sintomas de burnout e estresse, com uso de manual por seis semanas	Três meses	PSS MBI-GS BDI-II MHC-SF DERS AAQ-II OESQ CFQ KIMS	Melhoras em todas as medidas, exceto algumas subescalas de atenção plena, após a intervenção e mantidas no follow-up
Jacobs et al., 2017	Intervenção sem GC	17 idosos veteranos de guerra	12 sessões grupais de uma hora com tarefas de casa	Não	GDS-15 GAD-7 AAQ-II	Redução nos sintomas depressivos e nos escores de ansiedade.
Khoramnia et al., 2020	ECR	24 estudantes universitários com transtorno de ansiedade social	12 sessões grupais de 90 minutos cada com foco nos transtornos de ansiedade	Dois meses	ADIS-IV SCS DERS ESS AAQ-II SPIN	Melhoras na vergonha externa, ansiedade social, dificuldade de regulação emocional e na autocompaixão após a intervenção. Aumentos na FP após a intervenção e no follow-up.
Kroska et al., 2020	ECR	271 pacientes com sintomas depressivos elevados	Sessão única grupal com durações diferentes (90 minutos, três e seis horas)	Um, três e seis meses	PHQ-9 BDI-II AAQ-II FFMQ PROMIS	Sintomas depressivos diminuíram para todos os grupos no pós teste e em todos os follow ups, independentemente da duração da intervenção.
Lappalainen et al., 2021	ECR	243 adolescentes	Cinco semanas de intervenção com feedback semanal por escrito via WhatsApp GE: contato face a face e por whatsapp com profissional; instruções orais e escritas sobre a intervenção. GC: instruções orais e escritas sobre a intervenção durante a avaliação pré-intervenção, além de calendário com tarefas semanais.	Não	DEPS SWLS AFQ-Y	Ambos os grupos apresentaram melhoras nos sintomas depressivos e satisfação com a vida, mas apenas para os que cumpriram mais da meta-de da intervenção. Intervenção face a face produziu efeitos diferentes entre garotas e garotos. Adolescentes com maior esquivia experiencial e fusão cognitiva relataram mais sintomas depressivos e menos satisfação com a vida; associação maior para garotas do que para garotos.
Larsson et al., 2022	ECR	113 estudantes universitários	Intervenção online breve e autoguiada: GE: três áudios semanais com exercícios ACT. GC: lista de espera.	Três semanas	DASS-21 AAQ-II GHQ-12	Melhoras na saúde mental mais expressivas para o GE do que para GC, com tamanho de efeito moderado. Resultados mantidos no follow-up.
Liu et al., 2022	ECR	122 pacientes com carcinoma hepatocelular	GE: seis semanas utilizando oito áudios de exercícios de mindfulness adaptados para o quadro médico dos pacientes. GC: cuidados de rotina.	Um e três meses	PSQI FACT-Hep PSS AAQ-II	Melhoras na FP, estresse percebido, sofrimento psicológico e qualidade de sono apenas no GE. FP e estresse percebido apresentaram papel mediador nos resultados. Resultados mantidos no follow-up.

Estudo	Delineamento	Amostra	Descrição da Intervenção	Follow-up	Instrumentos	Resultados
Macías et al., 2019	ECR	42 funcionários de uma administração municipal espanhola	Três sessões individuais de 90 minutos; as duas primeiras semanais e a última com intervalo de 10 dias.	Não	GHQ-12 MBI-GS AAQ-II WAAQ DASS-21	Melhoras na exaustão emocional, eficácia profissional, esquivas experiencial, aceitação e compromisso no trabalho, ansiedade e saúde mental para o GE e sem efeitos clinicamente significativos observados no GC.
Mueller et al., 2022	ECR	370 adultos com sobrepeso e obesidade durante a pandemia de COVID-19	Intervenção online autoguiada com 12 sessões semanais com uso de lembretes automáticos. GC: lista de espera recebia aconselhamento padrão	Quatro meses	TFEQ-R21 AAQ-II AAQW-R IPAQ PHQ-8 GAD-7 PSS-4 ICECAP-A	Melhoras na ingestão sem controle, restrição cognitiva, esquivas experiencial e no bem estar após a intervenção.
Pang et al., 2022	Delineamento quase-experimental	82 estudantes universitários	GE: sessão única online de uma hora de duração com profissional mediador. GC: lista de espera.	Não	FCV-19S DASS-21 AAQ-II MAAS	Não houve diferença significativa entre GC e GE para as medidas de depressão, estresse e atenção plena. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas medidas de ansiedade e flexibilidade psicológica entre os grupos.
Pinto et al., 2015	Intervenção sem GC	55 pacientes ambulatoriais de um hospital psiquiátrico	10 sessões semanais grupais de cinco horas cada, com intervalos para refeições	Não	MAAS VLQ CFQ AAQ-II DASS-21 SDS PWI-A CSQ-8	Melhora na esquivas experiencial, valores, fusão cognitiva, depressão, ansiedade, estresse, incapacidade funcional, satisfação com a vida e bem-estar pessoal após a intervenção
Puolakanaho et al., 2020	ECR	168 participantes recrutados por meio de jornais locais, divulgação online e cartazes em unidades de saúde	Oito sessões grupais semanais de duas horas cada. Uso de atividades extra sessão.	Seis e 12 meses	BBI-15 PSS WAAQ SCL-90 DASS LSQ RYFF KEYES FFMQ ATQ AAQ-II	Melhoras no bem-estar associado ao trabalho, burnout, estresse, incapacidade relacionada ao trabalho, sintomas psicológicos, satisfação com a vida, bem-estar psicológico e social, atenção plena, FP, frequência e credibilidade dos pensamentos após a intervenção, com manutenção no follow-up. Efeitos no bem-estar, sintomas psicológicos e qualidade de vida foram quase completamente explicados por mudanças nas habilidades de FP.
Sairanen et al., 2020	ECR	74 pais de crianças com condições crônicas	Intervenção online para pais de crianças com condições crônicas composta por cinco módulos distribuídos em 10 semanas. Uso de atividades assíncronas: textos, vídeos, exercícios com áudios, questionários, tarefas de casa com feedback do treinador e fórum de discussão.	Quatro meses	SMBQ DASS-21 AAQ-II FFMQ CFQ	Melhora nos sintomas de burnout, depressão e atenção plena após a intervenção. Atenção plena mediou todos os resultados, exceto ansiedade.

Estudo	Delineamento	Amostra	Descrição da Intervenção	Follow-up	Instrumentos	Resultados
Usubini et al., 2022	ECR	34 adolescentes obesos internados	Três semanas de intervenção GE: intervenção ACT (três sessões semanais) + tratamento padrão multidisciplinar (médico, dietético, físico e psicológico) GC: apenas tratamento padrão.	Não	PWB DASS-21 DERS AFQ-Y DEBQ	O comer emocional reduziu para ambos os grupos. Aumento na ansiedade em ambos os grupos, porém mais expressivo no GE (possivelmente em função da internação, ou do aumento na consciência emocional). Apenas no GC, esquivas e fusão cognitiva moderaram os efeitos sobre o comer emocional.
Wersebe et al., 2018	ECR	133 participantes com níveis elevados de estresse relacionado ao trabalho	Intervenção autoguiada de seis semanas com orientações de leitura e exercícios práticos sem intermédio de profissional.	Três meses	PSS BDI-II MHC-SF OESQ	Redução no estresse e aumento na FP e no bem estar após a intervenção. Apenas no pós teste, FP relacionada negativamente a estresse e positivamente a bem estar.

AAQ-II: Acceptance and Action in Social Anxiety Questionnaire, 2nd edition; AAQW-R: Acceptance and Action Questionnaire Weight Related-Revised; ADIS-IV: the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; AFQ-Y: Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth; ATQ: The Automatic Thoughts Questionnaire; BBI-15: Bergen Burnout Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory; BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire; CFQ: Cognitive Fusion Questionnaire; CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire; DASS: Depression, Anxiety and Stress Questionnaire, Anxiety sub-scale; DASS-21: The Depression Anxiety Stress Scales; DEBQ: Dutch Eating Behavior Questionnaire; DEPS: Depression Scale; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; ESS: External Shame Scale; FACT-Hep: Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary Carcinoma; FCV-19S: Fear of Covid-19 Scale; FFMQ: (The Five Facet Mindfulness Questionnaire; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; GDS-15: Geriatric Depression Scale-Short Form; GHQ-12: General Health Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; ICECAP-A: The ICEpop CAPability measure for Adults; IPAQ: International Physical Activity Questionnaire; KEYES: Scales of Social Well-Being; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; LSQ: Life Satisfaction Questionnaire; MAAS: Mindfulness, Attention, and Awareness Scale; MBI-GS: the Maslach Burnout Inventory – General Survey; MHC-SF: Mental Health Continuum – Short Form; MSSES-R: Mindfulness-based Self Efficacy Scale Revised; OESQ: Open and Engaged State Questionnaire; PASA: Primary Appraisal Secondary Appraisal; PHQ-8: Patient Health Questionnaire; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PROMIS: Patient Reported Outcome Measurement Information Systems; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; PSS/ PSS-4: Perceived Stress Scale; PWB: Psychological Well-Being Scale; PWI-A: The Satisfaction with Life as a Whole and Personal Wellbeing Index; RYFF: (Scales of Psychological Well-Being; SCL-90: (Symptom Check List; SCS: Self-compassion scale; SDS: Sheehan Disability Scale; SF-12v2: SF-12 Health Survey, Version 2; SF-36: RAND 36-item Health Survey 1.0; SMBQ: Shirom-Melamed Burnout Questionnaire; SPIN: Social Phobia Inventory; STAI: The State-Trait Anxiety Inventory; SWLS: Satisfaction with Life Scale; TFEQ-R21: Three-Factor Eating Questionnaire; TSST: Trier Social Stress Test; VLQ: Valued Living Questionnaire; VQ: Valuing Questionnaire; WAAQ: Work-Related Acceptance and Action Questionnaire; WAQ: Workability Questionnaire; WBI-5: WHO-5 Well Being Index; WI-7: Whiteley Index 7-item version.

Com relação à mortalidade experimental, alguns estudos tiveram quantidades expressivas de sujeitos que abandonaram o estudo (Cartwright & Hooper, 2017; Kroska et al., 2020; Mueller et al., 2022; Lappalainen et al., 2021; Pinto et al., 2015; Puolakanaho et al., 2019; Usubini et al., 2022). Entretanto, somente três estudos (Cartwright & Hooper, 2017; Larsson et al., 2022; Puolakanaho et al., 2020) contaram com a análise por intenção de tratar, a qual identifica viés de seleção ou variável não controlada que possa impactar na permanência do participante no estudo.

Com relação aos instrumentos utilizados, o *Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II)*, utilizado em 19 dos 22 estudos (Asl, 2021; Brassington et al., 2016; Cartwright & Hooper, 2017; Eilenberg et al., 2017; Fung et al., 2018; Gloster et al., 2017; Glover et al., 2016; Hofer et al.,

2018; Jacobs et al., 2017; Khoramnia et al., 2020; Kroska et al., 2020; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Macías et al., 2019; Mueller et al., 2022; Pang et al., 2022; Pinto et al., 2015; Puolakanaho et al., 2019; Sairanen et al., 2020), foi o instrumento mais utilizado para avaliação da FP. Para avaliar os sintomas de estresse, ansiedade e depressão, a *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS/DASS-21)*, ministrada em 10 dos 22 estudos, foi a medida mais utilizada (Asl, 2021; Fung et al., 2018; Glover et al., 2016; Larsson et al., 2022; Macías et al., 2019; Pang et al., 2022; Pinto et al., 2015; Puolakanaho et al., 2019; Sairanen et al., 2020; Usubini et al., 2022). É possível perceber que a maior parte dos estudos avaliados utilizou somente medidas de autorrelato; apenas o estudo de Gloster et al. (2017) utilizou medidas fisiológicas para verificar os níveis de estresse.

Dentre os estudos que realizaram ECR e compararam uma intervenção ACT com outra intervenção ou com grupo controle sem intervenção, 12 demonstraram efeitos superiores da ACT (Asl, 2021; Eilenberg et al., 2017; Hofer et al., 2018; Khoramnia et al., 2020; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Macías et al., 2019; Mueller et al., 2022; Pinto et al., 2015; Puolakanaho et al., 2019; Sairanen et al., 2020; Wersebe et al., 2018). Outros cinco estudos (Gloster et al., 2017; Kroska et al., 2020; Lappalainen et al., 2021; Pang et al., 2022; Usubini et al., 2022) não obtiveram resultados superiores com a intervenção ACT. Portanto, as evidências disponíveis ainda carecem de robustez e qualidade, principalmente se considerarmos os instrumentos utilizados para avaliar as intervenções. Em sua maioria, as medidas de autorrelato utilizadas para verificar construtos e sintomas envolvidos nos resultados exigem que o participante tenha um autoconhecimento mínimo, além da possibilidade de desejabilidade social. Dito de outra forma, as mudanças produzidas pelas intervenções podem estar sendo super ou subestimadas.

Levando-se isso em consideração, no estudo de Gloster et al. (2017) não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo controle e o grupo experimental no que diz respeito à melhora de estresse agudo após intervenções com foco na FP. Apesar da relevância da obtenção de medidas fisiológicas, elas podem não acompanhar melhoras clínicas relevantes. No estudo de Luciano et al. (2014), por exemplo, um exercício de desfusão e aceitação típico da ACT, foi capaz de alterar respostas de esquiva de eventos aversivos e, portanto, aumentou a tolerância emocional, porém não reduziu a resposta galvânica da pele, indicador fisiológico de medo e da função aversiva do estímulo. Portanto, é preciso levar em consideração que os preceitos da ACT dizem respeito a uma alteração na forma de resposta a sensações e sentimentos. Ou seja, é possível que as mudanças empreendidas pela ACT, embora vissem a melhora dos quadros clínicos, a faça não por meio da extinção de estados internos presentes em quadros de estresse, depressão ou ansiedade, mas por meio da modificação da forma de responder a eles (Hayes et al., 2006; Harte et al., 2022; Luciano et al., 2014). Assim, é essencial que mais pesquisas sejam realizadas nesse sentido, aumentando a segurança dos efeitos de tratamentos baseados em

ACT por meio da compreensão de seus processos comportamentais básicos de mudança. Nesse ponto é importante mencionar ainda a contribuição de Ferreira e Souza (2019) quanto aos critérios para se avaliar as evidências nas terapias analítico-comportamentais, os quais podem destoar da avaliação de evidências na área médica, na qual se origina a concepção de práticas baseadas em evidências. Nas terapias analítico-comportamentais, é fundamental que as evidências estejam em consonância com os objetivos da intervenção. Em outros termos, considerando os objetivos da ACT, seria mais coerente considerar que lidar com experiências internas aversivas, indubitavelmente presentes na vida, seja uma evidência de eficácia mais relevante do que a redução nas medidas fisiológicas que acompanham tais experiências.

Além disso, considerando a FP como um termo intermediário complexo e analisado por meio de diversas escalas, apenas cinco estudos (Eilenberg et al., 2017; Gloster et al., 2017; Liu et al., 2022; Puolakanaho et al., 2020; Usubini et al., 2022) incluídos na presente revisão realizaram análises estatísticas que possibilitam avaliar o papel da FP nas mudanças encontradas, como análises de regressão e análises de moderação e mediação. Nenhum dos estudos analisados avaliou processos comportamentais básicos envolvidos na FP. Ou seja, apesar da maioria dos estudos ter encontrado evidências de que a intervenção baseada em ACT, até mesmo por meios não convencionais, como por exemplo nos formatos autoguiado e online, promove melhora nos quadros de estresse, depressão e ansiedade, a maior parte deles não avalia qual construto é responsável pela mediação desse resultado, ou, e ainda mais importante, quais processos comportamentais básicos estariam envolvidos (Harte et al., 2022). Assim, muito pouco se acrescenta à discussão do papel que a FP teria para a mudança dos comportamentos. É preciso, então, que os estudos adotem análises estatísticas mais elaboradas, que possibilitem avaliar melhor a função que a FP possui na manutenção ou alteração de aspectos psicológicos, além de incluírem medidas de processos comportamentais, por exemplo, por meio da utilização do *Implicit Relational Assessment Procedure* (IRAP; Harte et al., 2022).

Além disso, com relação aos delineamentos experimentais, a maioria dos estudos (15) realizou ECR (Asl, 2021; Eilenberg et al., 2017; Gloster et al., 2017; Hofer et al., 2018; Khoramnia et al., 2020; Kroska et al., 2020; Lappalainen et al., 2021; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Macías et al., 2019; Muller et al., 2022; Puolakanaho et al., 2019; Sairanen et al., 2020; Usubini et al., 2018; Wersebe et al., 2018), porém seis estudos não incluíram GC (Brassington et al., 2016; Cartwright & Hooper, 2017; Fung et al., 2018; Glover et al., 2016; Jacobs et al., 2017; Pinto et al., 2015). Os ensaios clínicos randomizados são considerados o padrão ouro de desenho de pesquisa, sendo responsáveis pela produção de evidências sólidas a respeito de fenômenos diversos. Esse tipo de estudo presume a existência de um grupo controle, onde os sujeitos alocados nessa condição não têm acesso à intervenção ministrada. Assim, os indivíduos que receberam a intervenção são comparados com esses sujeitos para verificar a eficácia da intervenção (Amatuzzi et al., 2006). Considerando a dependência do GC para a produção de evidências com controle experimental de variáveis ao se utilizar protocolos de intervenção em delineamentos de grupo, é importante que esse tipo de recurso seja utilizado.

No entanto, é importante mencionar, que evoluções nas discussões sobre a produção de evidências em intervenções psicológicas (Leonardi & Meyer, 2015) têm apontado para a melhor adequação de outros delineamentos que permitam a investigação dos já mencionados processos comportamentais básicos envolvidos nessas intervenções. Nessa linha, a PBBT, Terapia Comportamental Baseada em Processos, destaca-se enquanto uma atualização nas terapias comportamentais por meio dos dados produzidos pela RFT (Barnes-Holmes & Harte, 2022).

Outro ponto a ser destacado são questões relacionadas ao follow-up dos estudos analisados. A maior parte deles (14 estudos) realizou esse tipo de medida (Asl, 2021; Brassington et al., 2016; Eilenberg et al., 2017; Fung et al., 2018; Gloster et al., 2017; Hofer et al., 2018; Khoramnia et al., 2020; Kroska et al., 2020; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Mueller et al., 2022; Puolakanaho et al., 2020; Sairanen et al., 2020; Wersebe et al., 2018), sendo que oito realizaram apenas um follow-up (Asl, 2021; Gloster et al., 2017; Hofer et al., 2018; Khoramnia et

al., 2020; Larsson et al., 2022; Mueller et al., 2022; Sairanen et al., 2020; Wersebe et al., 2018) e seis realizaram mais de um (Brassington et al., 2016; Eilenberg et al., 2017; Fung et al., 2018; Kroska et al., 2020; Liu et al., 2022; Puolakanaho et al., 2019). Porém, sete estudos não realizaram nenhum tipo de medida de acompanhamento (Cartwright & Hooper, 2017; Glover et al., 2016; Jacobs et al., 2017; Lappalainen et al., 2021; Macías et al., 2019; Pang et al., 2022; Pinto et al., 2015). Além disso, o maior tempo de follow-up foi de 12 meses, em geral o tempo de follow-up foi de 3, 4 e 6 meses. É crucial que estudos futuros verifiquem se as melhorias adquiridas pelas intervenções analisadas permanecem ou se modificam no longo prazo por meio de medidas de acompanhamento. Ainda, dentre os estudos que realizaram ECR e verificaram efeitos diferenciais da intervenção avaliada, dez (Asl, 2021; Eilenberg et al., 2017; Hofer et al., 2018; Khoramnia et al., 2020; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Mueller et al., 2022; Puolakanaho et al., 2020; Sairanen et al., 2020; Wersebe et al., 2018) realizaram follow up e verificaram manutenção dos efeitos.

Apesar das limitações aqui mencionadas, pouco mais da metade dos estudos (12) encontrou resultados favoráveis à adoção de intervenções baseadas em ACT, as quais buscam promover a flexibilidade psicológica, na redução de sintomas de estresse, depressão e ansiedade (Cartwright & Hooper, 2017; Fung et al., 2018; Hofer et al., 2018; Jacobs et al., 2017; Kroska et al., 2020; Lappalainen et al., 2021; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Macías et al., 2019; Pinto et al., 2015; Puolakanaho et al., 2020; Wersebe et al., 2018), todos os estudos informaram as médias encontradas em cada um dos instrumentos utilizados pré-intervenção e pós-intervenção, além do follow-up, quando realizado. Além disso, 15 artigos (Brassington et al., 2016; Cartwright, J. & Hooper Nic, 2017; Eilenberg et al., 2017; Glover et al., 2016; Hofer et al., 2018; Khoramnia et al., 2020; Kroska et al., 2020; Lappalainen et al., 2021; Larsson et al., 2022; Liu et al., 2022; Macías et al., 2019; Pang et al., 2022; Puolakanaho et al., 2020; Sairanen et al., 2020; Usubini et al., 2022) informaram o tamanho do efeito, resultando em valores de moderado a fraco.

Dentre os estudos que mostraram evidências de eficácia das intervenções encontram-se, além de formatos mais tradicionais de sessões gru-

pais presenciais, o uso de atividades extra-sessão (Eilenberg et al., 2017; Puolakanaho et al., 2020) e intervenção autoguiada online (Hofer et al., 2018; Larsson et al., 2022; Wersebe et al., 2018). No caso das intervenções autoguiadas online, essas evidências são especialmente importantes, pois avaliam a possibilidade de otimização de intervenções. Ou seja, os resultados encontrados mostram que, seja por meio de mecanismos online ou por meio de intervenções presenciais com tempo reduzido, é possível obter resultados positivos. Os achados apresentados sinalizam a possibilidade de execução de programas de intervenção com menos custos que podem proporcionar melhorias em sintomas de burnout e depressão.

Esses achados são importantes levando-se em consideração as potenciais vantagens que o acompanhamento online pode apresentar. Intervenções online auxiliam na facilidade de acesso aos serviços, onde pessoas de diferentes localidades e realidades podem usufruir de serviços psicológicos de qualidade, levando-se em consideração que as dificuldades de deslocamento são diminuídas nessa modalidade. Além disso, intervenções desse tipo têm um menor custo para realização, proporcionando que indivíduos com menor poder aquisitivo também tenham possibilidade de acesso, abrangendo mais pessoas.

Conclusão

Foram analisados 22 estudos nesta revisão, todos envolvendo a avaliação de intervenções que buscavam promover flexibilidade psicológica, com utilização de medidas de estresse, ansiedade e depressão. Pouco mais da metade dos estudos (12) encontraram resultados favoráveis após as intervenções realizadas, porém apenas dez demonstraram a manutenção desses efeitos no follow up. De uma forma geral, foram obtidas melhoras nos sintomas de estresse, ansiedade e depressão, até mesmo quando a intervenção não era realizada de forma convencional. Os resultados encontrados, no entanto, não permitem afirmar com clareza os mecanismos pelos quais a flexibilidade psicológica atua na produção desses resultados, pois apenas cinco estudos verificaram efeitos moderadores e media-

dores, ou ainda, quantificaram a influência da FP nos resultados por meio de análises de regressão. Ainda, nenhum dos estudos analisados utilizou medidas que permitam acessar os processos básicos de comportamento envolvidos na FP.

Os estudos avaliados também contam com uma série de limitações que devem ser consideradas. A primeira delas diz respeito ao uso de instrumentos de autorrelato. Somente um dos artigos analisados utilizou um instrumento que não se encaixava nessa categoria, para analisar o estresse. É preciso que se considere os limites desse tipo de instrumento, pois requer autocohecimento por parte dos participantes, além de considerar a desejabilidade social de alguém que recebeu uma intervenção psicológica de forma gratuita. Porém, uma ampla discussão realizada por Leonardi et al. (2023) aponta não apenas as limitações dos instrumentos de autorrelato, mas também evidências de que essas medidas estiveram associadas a outros comportamentos clinicamente relevantes. Diante disso, é importante que, conforme esses autores sugerem, medidas de autorrelato sejam utilizadas quando forem adequadas no sentido de serem aquelas que melhor avaliam o desfecho de interesse em termos de validade, confiabilidade, relevância logística e ética, principalmente naqueles casos em que a observação indireta é impossível ou antiética.

Ainda, é importante mencionar o esforço da Associação para a Ciência Comportamental Contextual (ACBS, *Association for Contextual Behavioral Science*) em uma força tarefa para delimitar estratégias para o progresso da pesquisa em ciências comportamentais contextuais (Hayes et al., 2021). Neste trabalho, Hayes et al. (2021) mencionam a importância do desenvolvimento de medidas alternativas às de autorrelato e que ao mesmo tempo sejam válidas para análises ideográficas, mais alinhadas com os princípios das ciências comportamentais, além de sensíveis ao contexto, apropriadas para aplicações repetidas e frequentes, e ainda que incluam alterações comportamentais e biofisiológicas observáveis e que, assim, possam complementar as medidas de autorrelato.

Portanto, é essencial que a adequação do instrumento seja avaliada empiricamente. Considerando o instrumento mais utilizado nos estudos avaliados,

o AAQII, existem diversos indícios de associação de escores mais altos e a presença de transtornos ou sintomas psicológicos (Hayes et al., 2006), porém, em sua maior parte, as avaliações de ambas as variáveis são realizadas por meio de escalas. Sugere-se, portanto, para futuras pesquisas que avaliem as associações entre os escores de instrumentos com outros comportamentos clinicamente relevantes.

Também é preciso considerar a quantidade razoável de estudos que não utilizou grupo controle, não realizando assim a comparação que permitiria afirmar com mais segurança se os efeitos observados se devem à realização da intervenção de fato. Além disso, a maior parte dos estudos não realizou análises com intenção de tratar, não sendo possível avaliar se existiu ou não algum viés de seleção que influenciou na participação. Ademais, nenhum dos estudos realizou follow-up superior a 12 meses; no geral, esse tempo foi de seis meses.

Ainda assim, os resultados encontrados pelos estudos revisados fortalecem e evidenciam o crescimento da ACT nos últimos anos. Para estudos futuros recomenda-se a utilização de avaliações dos processos comportamentais básicos envolvidos na flexibilidade psicológica, além de instrumentos de medição fisiológicos, como exames hormonais, de neuroimagem e ainda a resposta galvânica da pele, a fim de ampliar a discussão proposta anteriormente no presente texto sobre evidências de diferentes naturezas e a pertinência destas diante dos objetivos da intervenção realizada. Além disso, recomenda-se a realização de análises com intenção de tratar, o que amenizará vieses de seleção. Outrossim, é importante que se investigue a manutenção dos efeitos das intervenções, assim, estudos com períodos de follow-up superiores a um ano seriam importantes.

Por fim, é importante ressaltar as limitações da presente revisão. A recomendação PRISMA, Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises (Galvão et al., 2015) estabelece uma metodologia a ser seguida em estudos de revisão sistemática que abarcam desde aspectos formais do trabalho, como a apresentação dos resultados e até a elaboração do título e demais seções, até aspectos mais técnicos, como a realização das buscas, extração e análise de dados dos artigos. No presente trabalho, foram considerados diver-

sos itens dessa recomendação, como os aspectos formais, além dos técnicos no que diz respeito ao método de busca e seleção por artigos e ainda à extração de dados e apresentação dos resultados. Porém, o risco de viés dos estudos e entre os estudos, e ainda análises quantitativas, como metanálises e metarregressões, não foram realizadas.

Referências

- Alzueta, E., Perrin, P., Baker, F. C., Caffarra, S., Ramos-Usuga, D., Yuksel, D., & Arango-Lasprilla, J. C. (2021). How the COVID-19 pandemic has changed our lives: A study of psychological correlates across 59 countries. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 556-570. <https://doi.org/10.1002/jclp.23082>
- Assaz, D., Tyndall, I., Oshiro, C. K. B., & Roche, B. (2022). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 54, 1020-1035. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003>
- Asl, N. R. (2021). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention in social workers working during the COVID-19 crisis. *Current Psychology*, 41(11), 8192-8199. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02150-3>
- Amatuzzi, M. L. L., Barreto, M. D. C. C., Litvoc, J., & Leme, L. E. G. (2006). Linguagem metodológica: Parte 2. *Acta Ortopédica Brasileira*, 14, 108-112. <https://doi.org/10.1590/S1413-78522006000200012>
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34-49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>

- Barnes-Holmes, D. & Harte, C. (2022). Relational frame theory 20 years on: The odyssey voyage and beyond. *Journal of the Experimental Analysis Behavior*, 117, 240-266. <https://doi.org/10.1002/jeab.733>
- Bezerra, C. D. M., Assis, S. G. D., & Constantino, P. (2016). Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2135-2146. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.00502016>
- Brassington, L., Ferreira, N. B., Yates, S., Fearn, J., Lanza, P., Kemp, K., & Gillanders, D. (2016). Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.09.001>
- Cartwright, J., & Hooper, N. (2017). Evaluating a transdiagnostic acceptance and commitment therapy psychoeducation intervention. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10. <https://doi.org/10.1017/S1754470X17000125>
- Confederation, N. H. S. (2012). Investing in emotional and psychological wellbeing for patients with long-term conditions. *London, UK: NHS Confederation Mental Health Network*. <https://www.choiceforum.org/docs/epw.pdf>
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholt, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.009>
- Ferreira, T. A. S. & Souza, M. M. (2019). Considerações éticas sobre a natureza das evidências nas terapias analítico-comportamentais. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(1), 16-26. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.012>
- Finger, I. R. (2015). O modelo matriz de flexibilidade psicológica. Em P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais*. Sinopsys, pp. 250-272.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(3), 142-151. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>
- Fung, K., Lake, J., Steel, L., Bryce, K., & Lunsy, Y. (2018). ACT processes in group intervention for mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(8), 2740-2747. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3525-x>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817-818. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Aggeler, T., Geisser, N., Juillerat, G., Schmidlin, N., ... & Gaab, J. (2017). Psychoneuroendocrine evaluation of an acceptance and commitment based stress management training. *Psychotherapy Research*, 29(4), 503-513. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1380862>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of contextual behavioral science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J., Plumb-Villardaga, J. C., Bonow, J. T. & Jakupcak, M. (2016). The efficacy of focused acceptance and commitment therapy in VA primary care. *Psychological services*, 13(2), 156-161. <https://doi.org/10.1037/ser0000062>
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Harte, C., Barnes-Holmes, D., de Rose, J. C., Perez, W. F. & de Almeida, J. H. (2022). Grappling with the complexity of behavioral processes in human psychological suffering: Some potential insights from relational frame theory.

- Perspectives on Behavioral Science*, 46, 237-259. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00363-w>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behavior Research and Therapy*, 156. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>.
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B. & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. (A. B. C. Machado, M. S. Dillenburg, N. Boff, Trad.; 2a ed.). Synopsys Editora. (Trabalho original publicado em 2007).
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G., Ruiz, F. J., ... & McCracken, L. M. (2021). Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172-183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. (S. M. M. Rosa, Trad.; 2a ed.). Artmed. (Trabalho original publicado em 2012).
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hofer, P. D., Waadt, M., Aschwanden, R., Milidou, M., Acker, J., Meyer, A. H., Lieb, R. & Gloster, A. T. (2018). Self-help for stress and burnout without therapist contact: An online randomized controlled trial. *Work & Stress*, 32(2), 189-208. <https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1402389>
- Jacobs, M. L., Luci, K., & Hagemann, L. (2017). Group-based acceptance and commitment therapy (ACT) for older veterans: Findings from a quality improvement project. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 458-467. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1391917>
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Khoramnia, S., Bavafa, A., Jaberghaderi, N., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, M., & Amiri, S. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42, 30-38. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0003>
- Kroska, E. B., Roche, A. I., & O'Hara, M. W. (2020). How much is enough in brief Acceptance and Commitment Therapy? A randomized trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 235-244. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.009>
- Lappalainen, R., Lappalainen, P., Puolakanaho, A., Hirvonen, R., Eklund, K., Ahonen, T., ... & Kiuru, N. (2021). The Youth Compass-the effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program to promote adolescent mental health: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.007>
- Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based

- acceptance and commitment therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.005>
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).
- Leonardi, J. L., Máximo, T., Bacchi, A. D., Josua, D. (2023). Ciência, análise do comportamento e a prática baseada em evidências em psicologia. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 14(1), 97-119. <https://doi.org/10.18761/PACCha0a1>
- Leonardi, J. L. & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35, 1139-1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Liu, Z., Li, M., Jia, Y., Wang, S., Zheng, L., Wang, C., & Chen, L. (2022). A randomized clinical trial of guided self-help intervention based on mindfulness for patients with hepatocellular carcinoma: Effects and mechanisms. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 52(3), 227-236. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyab198>
- Lindström, C., Åman, J., & Norberg, A. L. (2010). Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Pediátrica*, 99(3), 427-432. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x>
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76-85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>
- Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., López-López, J. C., Barnes-Holmes, Y., & Gutierrez-Martínez, O. (2014). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101, 94-111. <https://doi.org/10.1002/jeab.68>
- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W., & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24-29. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.202>
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- Moreira, D. D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1559-1568. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/14.pdf>
- Mueller, J., Richards, R., Jones, R. A., Whittle, F., Woolston, J., Stubbings, M., Sharp, S. J., Griffin, S.J., Bostock, J., Hughes, C. A., Hill, A. J. & Ahern, A. L. (2022). Supporting weight management during COVID-19: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based, ACT-Based, Guided Self-Help Intervention. *Obesity Facts*, 15(4), 550-559. <https://doi.org/10.1159/000524031>
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 2020. Tópicos - Depressão. <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>
- Pang, N. T. P., Tio, V. C. S., Bhupendar Singh, A. S., Tseu, M. W. L., Shoesmith, W. D., Abd Rahim, M. A., & Mohd Kassim, M. A. (2022). Efficacy of a single-session online ACT-based mindfulness intervention among undergraduates in lockdown during the COVID-19 pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 44, 1-9. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0172>

- Pinto, R. A., Kienhuis, M., Slevison, M., Chester, A., Sloss, A., & Yap, K. (2015). The effectiveness of an outpatient Acceptance and Commitment Therapy Group programme for a transdiagnostic population. *Clinical Psychologist*, 21(1), 33-43. <https://doi.org/10.1111/cp.12057>
- Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 24, 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679>
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M., & Lappalainen, R. (2020). A psychological flexibility-based intervention for Burnout: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 52-67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.007>
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lappalainen, P., & Hiltunen, A. (2020). Mediators of change in online acceptance and commitment therapy for psychological symptoms of parents of children with chronic conditions: An investigation of change processes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.010>
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37-44. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940406>
- Silva, A. D., Carvalho, A. C. D., Francisco, M., Fernandes, V., Oliveira, M. C. D., Porto, F., & Nassar, P. (2018). Transtorno de estresse pós-traumático em veteranos de guerra: Uma revisão integrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 628-643. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190313>
- Silva, R. A. D. D. (2016). *A perspectiva transdiagnóstica pela voz de psicoterapeutas e supervisores: Um estudo qualitativo pela variedade de fatores* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/27949>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Usubini, A., Cattivelli, R., Radaelli, A., Bottacchi, M., Landi, G., Tossani, E., ... & Sartorio, A. (2022). Preliminary results from the ACTyourCHANGE in teens protocol: a randomized controlled trial evaluating acceptance and commitment therapy for adolescents with obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Artigo 5635. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095635>
- Veras, R. P. (2011). Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: Um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 779-786. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400017>
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
- Warwick, HM, & Salkovskis, PM (1990). Hipocondria. *Behavior Research and Therapy*, 28 (2), 105-117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, M. & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 15/11/2024

Editora associada: Nazaré Costa

Inflexibilidade e flexibilidade psicológica são associadas com insônia e qualidade do sono: uma revisão sistemática

Psychological inflexibility and flexibility are associated with insomnia and sleep quality: a systematic review

Léo Paulos-Guarnieri¹, Ila Marques Porto Linares¹, Renatha El Rafihi-Ferreira¹

[1] Universidade de São Paulo (USP) | **Título abreviado:** Associações entre (in)flexibilidade e insônia | **Endereço para correspondência:** Léo Paulos-Guarnieri – Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 785, São Paulo/SP CEP 05403-903 | **Email:** guarnieri.leo@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.011

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso lida com a inflexibilidade psicológica promovendo flexibilidade psicológica, sendo eficaz para diferentes transtornos inclusive a insônia. No entanto, pouco se sabe sobre a natureza da relação entre a inflexibilidade e flexibilidade psicológica com a insônia e qualidade do sono. Desta forma, buscando avaliar quais processos da inflexibilidade e flexibilidade podem ser mais proeminentes na relação com o sono, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para caracterizar a natureza dessa relação. Na revisão foram incluídos 19 artigos, todos encontrando algum tipo de relação de comparação, correlação, predição ou mediação. Desse modo, a inflexibilidade psicológica e a flexibilidade psicológica parecem ser associadas com a insônia e qualidade do sono, com destaque para os processos de aceitação/esquiva experiencial, desfusão/fusão cognitiva e ações baseadas em valores/inação. Portanto, a flexibilidade psicológica pode ser um fator protetivo, enquanto a inflexibilidade psicológica um fator de predisposição e de perpetuação para a severidade da insônia e qualidade do sono.

Palavras-chave: Inflexibilidade psicológica; Flexibilidade psicológica; Insônia; Sono; Terapia de Aceitação e Compromisso

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy deals with psychological inflexibility by promoting psychological flexibility, and is effective for different disorders including insomnia. However, little is known about the nature of the relationship between psychological inflexibility and flexibility with insomnia and sleep quality. In order to assess which processes of inflexibility and flexibility may be most prominent in the relationship with sleep, a systematic review of the literature was carried out to characterize the nature of this relationship. The review included 19 articles, all of which found some kind of comparative, correlative, predictive or mediating relationship. Thus, psychological inflexibility and psychological flexibility seem to be associated with insomnia and sleep quality, with emphasis on the processes of acceptance/experiential avoidance, defusion/fusion and value-based actions/inaction. Therefore, psychological flexibility may be a protective factor, while psychological inflexibility a predisposing and perpetuating factor for insomnia severity and sleep quality.

Keywords: Psychological inflexibility; Psychological flexibility; Insomnia; Sleep; Acceptance and Commitment Therapy

Nota dos autores:

Os autores declaram não ter conflitos de interesse. Léo Paulos Guarnieri recebe fomento à pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) [processo número 2023/06859-5]. Renatha El Rafihi-Ferreira recebe fomento à pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) [processo número 2018/19506-5].

Léo Paulos Guarnieri agradece a Silvana Paulos, Luca, Julia e Mario Guarnieri, Simba e Koda por todo apoio; e a FAPESP pelo fomento.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; *Acceptance and Commitment Therapy*) busca lidar com a inflexibilidade psicológica e promover a flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012). A inflexibilidade psicológica pode ser definida pela dificuldade de entrar em contato com eventos privados aversivos e pelo controle verbal excessivo, gerando uma noção de “eu” rígida e dificuldade de entrar em contato com o contexto ambiental presente, o que atrapalha no contato com os valores e comportamentos que levem nessa direção (Dixon et al., 2023). A inflexibilidade psicológica envolve os processos da esquiva experiencial, fusão cognitiva, self-como-conteúdo, falta de contato com o momento presente, falta de contato com os valores e inação (Hayes et al., 2012). Em contraposição, a flexibilidade psicológica pode ser definida pela habilidade de entrar em contato com os eventos privados que acontecem continuamente, sendo sua função reforçadora ou aversiva, direcionando a atenção de forma intencional e com uma noção flexível do “eu”, permitindo o contato com os valores e execução de comportamentos direcionados aos valores (Dixon et al., 2023). A flexibilidade psicológica envolve os processos de aceitação, desfusão, self-como-contexto, contato com o momento presente, contato com os valores e comportamentos baseados em valores (Hayes et al., 2012).

A ACT é uma terapia eficaz para diferentes transtornos de acordo com metanálises (Gloster et al., 2020) e ensaios clínicos randomizados (Hayes & King, 2024), inclusive para a insônia (Paulos-Guarnieri et al., 2022; Ruan et al., 2022). No contexto da insônia, tanto a ACT como monoterapia (El Rafihi-Ferreira et al., 2023) quanto a ACT em conjunto de componentes comportamentais (El Rafihi-Ferreira et al., 2021), apresentam resultados semelhantes à Terapia Comportamental para a Insônia (TCC-I), que é a terapia de primeira linha para a insônia (Boness et al., 2020). Portanto, tanto a inflexibilidade psicológica como a flexibilidade psicológica parecem estar associadas com o desenvolvimento e manutenção e também com a melhora da insônia e qualidade do sono. Entretanto, com estudos de eficácia não é possível avaliar a natureza dessa associação e quais processos da inflexibilidade ou da flexibilidade podem estar envolvidos.

Desse modo, nosso objetivo foi realizar uma revisão sistemática da literatura de estudos que

avaliassem as associações entre a inflexibilidade e flexibilidade psicológica com a severidade da insônia e qualidade do sono. Além disso, buscamos caracterizar a natureza das associações e avaliar quais processos da inflexibilidade ou flexibilidade psicológica podem ter um papel mais proeminente.

Método

Pesquisa na literatura

Realizou-se uma revisão seguindo as recomendações PRISMA (Page et al., 2021) para revisões sistemáticas nos bancos de dados PubMed, Embase e PsycInfo, até a data de Julho de 2023. Os termos de busca envolveram termos relacionados com a inflexibilidade e flexibilidade psicológicas associando AND com termos relacionados à insônia. Os termos e combinações podem ser vistos no material suplementar (https://osf.io/pxf4e/?view_only=029c9c034e5f49aa9b1bae79186ea481).

CrITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: 1) artigos com que avaliavam alguma relação entre inflexibilidade/flexibilidade psicológica com insônia e 2) artigos publicados em inglês ou português. Foram excluídos estudos de intervenção e registros de literatura cinza. Estudo de intervenção foram excluídos pois avaliavam resultados e não associações de relação entre variáveis. Registros de literatura cinza (e.g., estudos não publicados em periódicos, teses, dissertações) não foram incluídos por serem trabalhos que não foram publicados em revistas e não passaram por avaliação de revisores.

Processo de seleção dos artigos

O processo de seleção dos artigos passou pelas etapas de identificação, escaneamento e elegibilidade. Todas as etapas foram feitas de maneira isolada entre o primeiro e o segundo autor. Ao final os resultados foram comparados e na presença de registros incluídos não compatíveis, os autores decidiram após discussão sobre a inclusão ou exclusão dos artigos. A etapa de identificação consistiu no levantamento dos registros nos bancos de dados e de outras fontes, posteriormente excluindo os registros duplicados. Na etapa escaneamento, os registros

não duplicados foram analisados a partir do título e resumo, no qual os registros compatíveis com os critérios de inclusão seguiram para a próxima etapa. Na elegibilidade, os registros foram recuperados e avaliados em sua integridade, no qual os registros compatíveis com os critérios de inclusão foram incluídos no estudo. Para identificar estudos por meio de outros métodos, as referências dos estudos incluídos foram avaliadas em busca de outros artigos que poderiam atingir os critérios de inclusão.

Extração dos dados dos artigos incluídos

Os estudos foram avaliados a partir do desenho, características da população, instrumentos utilizados para mensuração da inflexibilidade e da flexibilidade psicológica, instrumentos utilizados para medir insônia e qualidade do sono e o tipo de associação encontrado no estudo. O primeiro autor realizou a extração dos dados, e a segunda autora posterior e independentemente conferiu os dados extraídos. Quando dados incompatíveis surgiram, o artigo foi reanalisado pelo primeiro autor e os dados atualizados.

Resultados

Como mostra a Figura 1, foram encontrados 120 artigos nos bancos de dados. Desses, 22 foram para etapa de elegibilidade e 12 foram incluídos. A partir da identificação de estudos por meios de outros métodos, foram identificados 17 registros após checagem das referências e 1 a partir do conhecimento dos autores sobre a literatura da área. Desses, 7 foram incluídos. Desse modo, foram incluídos 19 registros na revisão. No material suplementar (https://osf.io/pxf4e/?view_only=029c9c034e5f49aa9b1bae79186ea481) é possível verificar os levantamentos dos registros nos bancos de dados, os artigos que foram excluídos na etapa de escaneamento e a justificativa para a exclusão.

Na Tabela 1, é possível conferir o resumo dos estudos incluídos. Todos os artigos incluídos identificaram alguma associação entre inflexibilidade ou flexibilidade psicológica e severidade da insônia ou qualidade do sono. Dessa forma, nove estudos realizaram análises de correlação e predição, 6 de correlação e mediação, 3 de comparações e 1 de

predição. Dezesesseis estudos usaram desenho transversal e três usaram desenho longitudinal.

A população dos estudos foi variada, entretanto em sua maioria eram adultos do sexo feminino com queixas ou diagnóstico de insônia. Foram identificados alguns estudos com adolescente ou estudantes universitários ($n = 4$; Kato et al., 2016; Kato, 2020; Peltz et al., 2020b; Ye et al., 2023), com população não clínica ($n = 4$; McCracken et al., 2021; McCracken et al., 2022; Khazaie et al., 2019a; Zakiei et al., 2020) e outros estudos com populações com outras queixas psiquiátricas, como dor crônica ($n = 4$; Daly-Eichenhardt et al., 2016; Kato, 2020; McCracken et al., 2011; McCracken et al., 2023), sintomas depressivos ($n = 4$; Kato, 2016; Kato, 2020; Peltz et al., 2020b; Ye et al., 2023), e sintomas obsessivos compulsivos ($n = 1$; Wang et al., 2023).

Em relação aos instrumentos mais utilizados para medir inflexibilidade, flexibilidade ou seus processos, sete estudos utilizaram o AAQ-II, seis utilizaram o AAQ e cinco utilizaram o MPFI. Em relação aos instrumentos mais utilizados em relação ao sono, 11 estudos utilizaram o ISI e sete utilizaram o PSQI. Nenhum estudo utilizou instrumentos objetivos, como a polissonografia (i.e., avaliação baseada em medidas fisiológicas) ou actigrafia (i.e., avaliação baseada em níveis de movimentos) para avaliar parâmetros do sono. Somente um estudo utilizou o diário do sono (i.e., avaliação subjetiva sobre os parâmetros do sono). Nenhum outro instrumento foi utilizado por mais de duas vezes.

Em relação aos processos da inflexibilidade ou flexibilidade psicológica e suas associações com a insônia ou qualidade do sono, a Tabela 2 mostra o número de associação que cada processos teve ao longo dos estudos. Nessa tabela foram incluídos apenas estudos que utilizaram mais de um instrumento de flexibilidade psicológica ou utilizaram um instrumento multidimensional (e.g., MPFI).

Todos os processos foram associados de alguma maneira. As combinações que mais foram associadas a partir de testes estatísticos feitos nos próprios estudos foram ações baseadas em valores/inação em 23 vezes, desfusão/fusão em 18 vezes e aceitação/esquiva experiencial em 16 vezes.

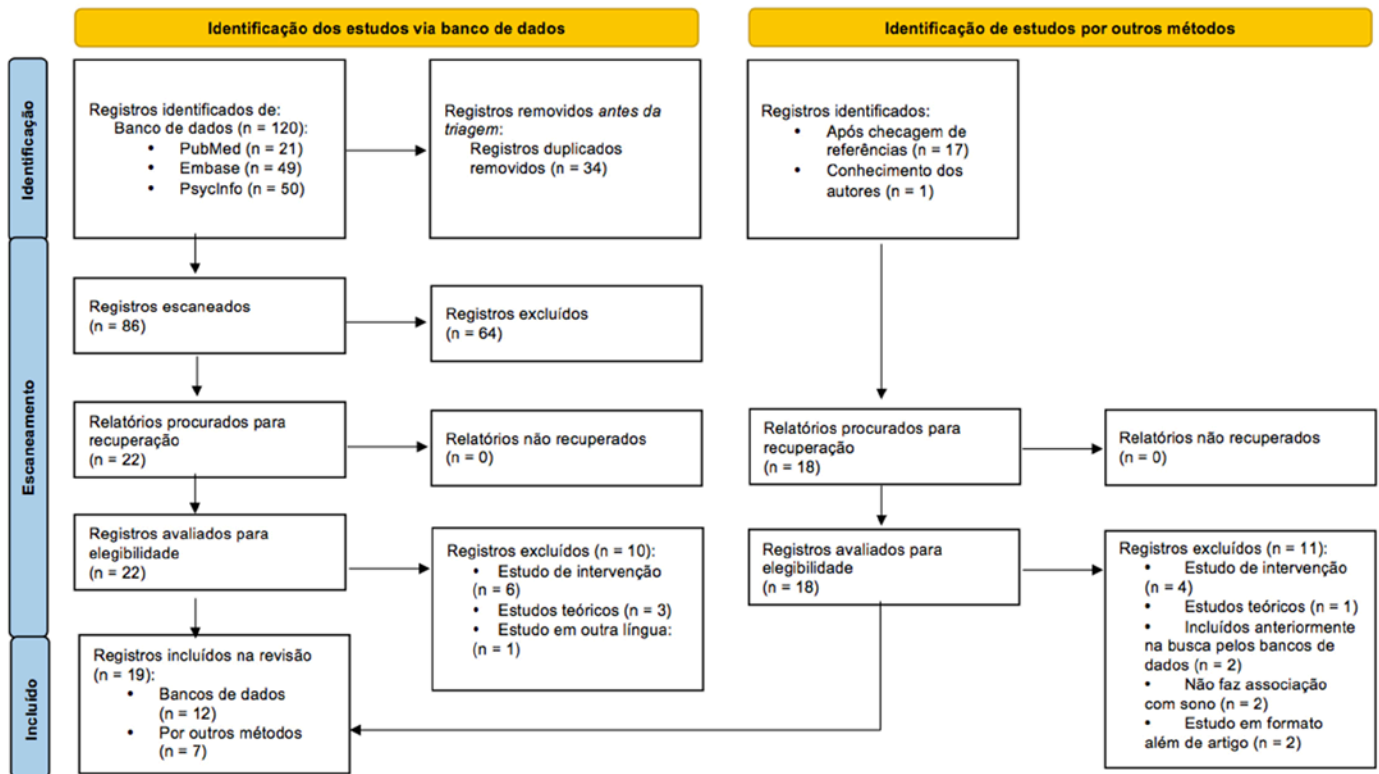


Figura 1. Fluxograma dos estudos.

Tabela 1. Resumo dos artigos incluídos na revisão.

Autor País Ano	Design	Nº de partici- pantes	Caracterís- ticas dos participantes	Grupo comparação/ subgrupos	Instrumento (s) para medir (in) flexibilidade psicológica	Instrumento (s) para me- dir insônia e/ ou qualidade do sono	Tipo(s) de associação(ões) entre (in)flexibilidade psicoló- gica e insôniae/ou qualidade do sono
Bothelius, Suécia, 2015	Trans- versal	820 H: - M:- Grupo A: 372 Grupo B: 215 Grupo C: A+B+233	Idade média: - Adultos com insônia	Sem grupo comparação	AAQ-II SPAQ	DBAS Diário do sono ISI SRBQ	Correlação Baixa aceitação associada com a severidade da insônia, com comportamentos de segurança na insônia, crenças disfuncionais sobre sono e com a latência do sono e tempo desperto após o início do sono. Predição Baixa aceitação foi preditora da severidade da insônia

Daly-Ei-chenhardt, Inglaterra, 2016	Longitudinal	252 H: 66 M: 186	Idade média: 45.34 Pacientes que fizeram tratamento interdisciplinar para dor crônica	Sem grupo comparação	CPAQ-8 CFQ-7 EQ CAQ-8	BPI (item da interferência no sono) Eficiência do sono ISI	Correlação Melhora na flexibilidade psicológica foi correlacionada com melhora na severidade da insônia e na interferência com o sono. Melhoras nos processos de fusão cognitiva, descentramento, e ação comprometida no foram correlacionadas com melhoras na eficiência do sono. Predição Aceitação da dor e fusão cognitiva foram preditores de melhora da severidade da insônia. Aceitação da dor foi preditor de melhoras da interferência do sono
El Rafihi-Ferreira, Brasil, 2022	Transversal	530 H: 0 M: 530	Idade média: 40.5 anos Mulheres com queixas de insônia	Sem grupo comparação	AAQ-II	ISI	Predição Inflexibilidade psicológica foi preditora de severidade da insônia
Habib Asgarabad, Irã, 2023	Transversal	217 H: 20 M: 197	Idade média: 26.67 anos Pessoas acima de 18 anos com insônia crônica	Sem grupo comparação	AAQ-II	ISI	Correlação Severidade da insônia correlacionada com inflexibilidade psicológica Predição Flexibilidade psicológica não foi preditor da severidade da insônia.
Kato, Japão, 2016	Transversal	663 H: 288 M: 375	Idade média: 19.60 Estudantes universitários	Sem grupo comparação	AAQ-II	SDS	Correlação Esquiva experiencial correlacionada com dificuldades de dormir Mediação Sintomas depressivos foram mediadores da relação entre inflexibilidade psicológica e dificuldades de dormir. Dificuldade de dormir foi mediador da relação entre inflexibilidade psicológica e sintomas depressivos
Kato, Japão, 2020	Longitudinal	320 H: 0 M: 320	Idade média: 18.64 Mulheres estudantes universitárias com dor crônica	Grupo comparação: Mulheres sem dor crônica (n = 90)	AAQ-II	ESS	Correlação Inflexibilidade psicológica foi correlacionada com sonolência diurna na população com dor crônica Predição Inflexibilidade psicológica foi preditora de sonolência diurna

Khazaie, Zakiei & Komasi, Irã, 2019	Transversal	999 H: 429 M: 570	Idade média: 30.68 Vítimas de terremoto	Subgrupo: Cluster 1 (386) - Maiores níveis de crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono, esquiva experiencial, traços de neuroticismo e dificuldades na regulação emocional Subgrupo: Cluster 2 (589) - Menores níveis nas mesmas variáveis	AAQ	DBAS ISI PSQI	Comparação Grupo com participantes com crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono, esquiva experiencial, traços de neuroticismo e dificuldades na regulação emocional em maior nível tem maior severidade da insônia e pior qualidade do sono.
Khazaie, Najafi, Zakiei & Komasi, Irã, 2019	Transversal	778 H: 445 M: 333	Idade média: 30.86 Vítimas de terremoto	Subgrupo: Cluster (31) - Baixa qualidade de sono e insônia Subgrupo: Cluster 2 (488) - Boa qualidade de sono e sem insônia Subgrupo: Cluster 3 (171) - Qualidade relativamente baixa de sono e insônia suave Subgrupo: Cluster 4 (88) - Baixa qualidade de sono e insônia moderada	AAQ	ISI PSQI	Comparação Níveis de esquiva experiencial significativamente mais altos nos Clusters não saudáveis (1 e 4), que possuem baixa qualidade de sono e insônia
Khazaie, Zakiei, Rezaeian, Hoseini & Alikhani, Irã, 2019	Transversal	320 H: 43 M: 77	Idade média: 38.75 Adultos com e sem insônia	Subgrupo Clínico: 120 Subgrupo não clínico: 200	AAQ	PSQI	Correlação Esquiva experiencial é correlacionada com qualidade do sono na população clínica e não clínica Mediação Esquiva experiencial não apresenta efeitos diretos na qualidade do sono. A desregulação emocional reduz a qualidade do sono quando os pensamentos repetitivos são altos

McCra- cken, Inglaterra, 2011	Trans- versal	159 H:59 M:100	Idade média: 43.8 Adultos com dor crônica	Sem grupo comparação	AAQ CPAQ CPVI MAAS	ISI SIP (10 itens relacionados com o sono)	Correlação Aceitação da dor, aceitação geral, mindfulness e ações baseadas em valores foram correlacionados com a severidade da insônia. Aceitação da dor, aceitação geral e ação baseada em valores foram correlacionados com problemas de dormir e descansar Aceitação da dor e ação baseada em valores foi correlacionada com eficiência do sono e fadiga. Predição Aceitação da dor foi preditor da severidade da insônia. Ações baseadas nos valores foi preditor da eficiência do sono
McCra- cken, Suécia, 2021	Trans- versal	1102 H: 275 M: 827	Idade média: 36.90 População não clínica na COVID-19	Sem grupo comparação	AAQ-II CAQ-8	ISI	Correlação Ações comprometidas foram associadas negativamente com a da insônia. A inflexibilidade psicológica foi associada com a severidade da insônia. Predição Ações comprometidas foi preditor da severidade da insônia. Inflexibilidade psicológica foi preditora da severidade da insônia
McCra- cken, Suécia, 2022	Trans- versal	1174 H: 107 F: 1062 NB: 5	Idade média: 47.80 População não clínica na COVID-19	Sem grupo comparação	MPFI	ISI	Correlação Flexibilidade e inflexibilidade correlacionadas com a insônia. Exceção da aceitação. Predição Flexibilidade e inflexibilidade, com destaque para desfusão e fusão cognitiva, como preditores de insônia.
McCra- cken, Suécia, 2023	Trans- versal	560 H: 35 M: 522 NB: 3	Idade média: 48.70 Adultos com dor persis- tente durante COVID-19	Sem grupo comparação	MPFI	ISI	Correlação Flexibilidade e inflexibilidade correlacionadas com a insônia. Exceção aceitação, momento presente e esquiva. Predição Flexibilidade e inflexibilidade, com destaque para desfusão e fusão cognitiva, como preditores de insônia.

Peltz, Rogge, Bodenlos, Kingery & Pigeon, EUA, 2020	Longitudinal	385 H: 73 M: 312	Idade média: 20.00 Estudantes universitários	Sem grupo comparação	MPFI	PSQI	Correlação Inflexibilidade e flexibilidade psicológica correlacionada com distúrbios do sono. Mediação Mudanças na inflexibilidade psicológica, foi mediador da relação de mudanças entre distúrbios do sono e sintomas depressivos. Destaque para self como conteúdo, fusão, ausência de contato com valores e inação ajudaram a explicar os links de mudança entre mudanças no distúrbio do sono e sintomas depressivos. Somente mudanças na fusão ajudaram na explicação entre os links de mudança entre distúrbios do sono e ideação suicida.
Peltz, Dalks & Rogge, EUA, 2020	Transversal	1003 H: 265 M: 738	Idade média: 40.9 anos Pais e mães de crianças entre 5 a 18 anos na COVID-19	Sem grupo comparação	MPFI	PROMIS - Sleep Disturbance scale	Correlação Boa qualidade do sono percebida esteve correlacionada com menor inflexibilidade psicológica e maior flexibilidade psicológica Mediação Pioras na qualidade do sono percebidas como mediadora da relação entre os níveis de estresse com saúde e inflexibilidade psicológica. Destques para os componentes self como conteúdo, fusão cognitiva e inação, que foram os componentes da inflexibilidade significativamente relacionados.
Wang, China, 2023	Transversal	496 H: 31 M: 465	Idade média: - Enfermeiras	Sem grupo comparação	MPFI	PSQI	Correlação Flexibilidade psicológica correlacionada com qualidade do sono Mediação Flexibilidade é mediador parcial entre sintomas obsessivos compulsivos e qualidade do sono
Ye, China, 2023	Transversal	996 H: 465 M: 531	Idade média: 16.57 Adolescentes	Sem grupo comparação	PIPS	SQ	Correlação Inflexibilidade Psicológica e má qualidade de sono Mediação Má qualidade de sono correlacionada com inflexibilidade psicológica como mediadores na relação entre experiências adversas na infância e sintomas depressivos
Zakiei, Irã, 2020	Transversal	100 H: 38 M: 62	Idade média: 35.47 Pessoas insone (DSM-V)	Grupo comparação: População não clínica (n = 100)	AAQ	PSQI	Comparação Grupo insone com maiores de esquivia experiencial e desregulação emocional comparado com o grupo não insone

Zakiei, Irã, 2022	Transversal	1094 H:428 M: 666	Idade média: 34.60 Adultos sobreviventes de terremoto	Sem grupo comparação	AAQ CAQ-8 FMI-SF SACS TFI VAS	ISI PSQI	Correlação Todos componentes correlacionados com severidade da insônia e qualidade do sono. Esquiva experiencial correlação forte; ações comprometidas moderada; resto baixa Predição Destaque para esquiva experiencial/aceitação.

Nota. H: homem; M: mulher; NB: não binário. AAQ: Acceptance and Action Questionnaire; AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire – II; CAQ-8: Committed Action Questionnaire – 8 itens; CFQ-7: Cognitive Fusion Questionnaire; CPAQ: Chronic Pain Acceptance Questionnaire; CPAQ-8: Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 8 itens; CPVI: Chronic Pain Values Inventory; DBAS: Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale; EQ: Experiences Questionnaire; FMI-SF: Freiburg Mindfulness Inventory; MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; MPFI: Multidimensional Psychological Flexibility Inventory; PIPS: Psychological Inflexibility in Pain Scale; SACS: Self-as-Context Scale; SPAQ: Sleep Problem Acceptance Questionnaire. TFI: Thought fusion instrument; VAS: Values Assessment Scale. BPI: Brief Pain Interference; ESS: Epworth Sleepiness Scale; ISI: Insomnia Severity Index; PROMIS: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; SIP: Sickness Impact Profile; SDS: Sleep Difficulty Scale; SQ: Sleep Quality Scale; SRBQ: Sleep-Related Behaviours Questionnaire.

Tabela 2. Associações dos processos da inflexibilidade e flexibilidade psicológica com insônia e qualidade do sono

Flexibilidade Psicológica	Números de associações/ Estudos	Inflexibilidade psicológica	Números de associações/ Estudos
Aceitação	15/ Bothelius et al, 2015; Daly-Einchenhardt et al., 2016; McCracken et al., 2011; Zakiei et al., 2022	Esquiva experiencial	1/ McCracken et al., 2022
Desfusão cognitiva	4/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023	Fusão cognitiva	14/ Daly-Einchenhardt et al., 2016; McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Peltz et al., 2020b; Peltz et al., 2020a; Zakiei et al., 2022
Self como contexto	4/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Zakiei et al., 2022	Self como conteúdo	5/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Peltz, Rogge et al., 2020; Peltz, Dalk, & Rogge, 2020
Contato com momento presente	4/ Daly-Einchenhardt et al., 2016; McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2011; Zakiei et al., 2022	Falta de contato com momento presente	2/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023
Valores	4/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Zakiei et al., 2022	Falta de contato com valores	4/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Peltz, Rogge et al., 2020
Ações baseadas em valores	19/ Bothelius, 2015; Daly-Einchenhardt et al., 2016; McCracken et al., 2011; McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2021; McCracken et al., 2023; Zakiei et al., 2022	Inação	4/ McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Peltz et al., 2020b; Peltz et al., 2020a;

Discussão

Foram encontrados 19 artigos que avaliaram associações entre a inflexibilidade e flexibilidade psicológica com a insônia e qualidade do sono. Todos os estudos incluídos encontraram algum tipo de associação, sendo que houve variabilidade na natureza dessas relações. Desse modo, a inflexibilidade e a flexibilidade psicológica são associadas com a insônia e qualidade do sono. Quando investigados os processos da inflexibilidade ou flexibilidade, destaca-se que os processos de aceitação/esquiva experiencial, desfusão/fusão cognitiva e ações baseadas em valores/inação parecem ter um papel proeminente nessa relação. Portanto, a flexibilidade psicológica pode ser um fator protetivo, enquanto a inflexibilidade psicológica um fator de predisposição e/ou de perpetuação para a severidade da insônia e qualidade do sono.

Todos os estudos incluídos encontraram alguma associação, sendo de variadas naturezas. Cada tipos de associação indica alguma característica, sendo que estudos que realizaram comparação compararam perfis de grupos, encontrando que grupos com maiores níveis de inflexibilidade psicológica, dentre outras características, tem maior severidade da insônia e menor qualidade de sono (Khazaie et al., 2019a; Khazaie et al., 2019b; Zakiei et al., 2020).

Estudos que fizeram correlações encontraram que as variáveis estavam associadas de alguma forma, entretanto sem identificar a natureza dessa associação. Esses estudos encontraram que a inflexibilidade psicológica é associada com maior severidade da insônia e menor qualidade do sono, enquanto a flexibilidade psicológica é associada com menor severidade da insônia e maior qualidade do sono (Bothelius et al., 2015; Daly-Eichenhardt et al., 2016; Habib-Asgarabad et al., 2023; Kato, 2016; Kato, 2020; Khazaie et al., 2019c; McCracken et al., 2011; McCracken et al., 2021; McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Peltz et al., 2020a; Peltz et al., 2020b; Wang et al., 2023; Ye et al., 2023; Zakiei et al., 2022).

Estudos que realizaram predição encontraram possíveis interferências que determinada variável pode exercer sobre outra, encontrando que a infle-

xibilidade psicológica prediz maior severidade da insônia e qualidade do sono, enquanto a flexibilidade psicológica prediz menores níveis de severidade da insônia e qualidade do sono (Bothelius et al., 2015; Daly-Eichenhardt et al., 2016; El Rafihi-Ferreira et al., 2022; Kato, 2020; McCracken et al., 2011; McCracken et al., 2021; McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Zakiei et al., 2022). Com exceção de Habib-Asgarabad et al. (2023), que encontrou que a flexibilidade psicológica, avaliada pelo AAQ-II, não foi preditora da severidade da insônia em relação à outras variáveis transdiagnósticas (e.g., preocupações físicas, pensamento negativo repetitivo, neuroticismo).

Estudos que realizaram mediação encontraram potenciais mecanismos de ação entre as variáveis, encontrando que a inflexibilidade psicológica, dificuldades de dormir e sintomas depressivos interagem entre si variando seu papel como mediadoras (Kato, 2016; Khazaie et al., 2019c; Peltz et al., 2020b; Ye et al., 2023). Além disso, outras relações de mediação foram encontradas, sendo a qualidade do sono mediadora entre estresse com saúde e inflexibilidade psicológica (Peltz et al., 2020a) e a inflexibilidade como mediadora entre sintomas obsessivos compulsivos e qualidade do sono (Wang et al., 2023). Sendo assim, destaca-se o potencial papel da inflexibilidade psicológica como mecanismo de ação em particular com dificuldades de dormir e sintomas depressivos.

A inflexibilidade psicológica é relacionada com diferentes transtornos (Levin et al., 2014). O atual estudo encontrou que a inflexibilidade psicológica aparenta estar associada com a insônia e com a qualidade do sono, de modo que pessoas com maiores índices de inflexibilidade demonstram maiores níveis de insônia e pior qualidade do sono, em destaque com a população com dor crônica (Daly-Eichenhardt et al., 2016; Kato, 2020; McCracken et al., 2011; McCracken et al., 2023) e sintomas depressivos (Kato, 2016; Kato, 2020; Peltz et al., 2020b; Ye et al., 2023). Tais achados demonstram a importância de avaliar a inflexibilidade psicológica como alvo de intervenção no contexto da insônia, particularmente em pessoas com dor crônica e depressão.

A ACT tem como proposta a promoção da flexibilidade psicológica, de modo que a ACT é eficaz

para diferentes transtornos (Gloster et al., 2020). O atual estudo encontrou que a flexibilidade psicológica aparenta estar associada com a insônia e com a qualidade de sono. Isso pode significar que pessoas com maiores índices de flexibilidade psicológica tendem a ter menores níveis de severidade da insônia e maiores níveis de qualidade do sono. Além disso, também significa que a promoção da flexibilidade psicológica pode contribuir para a diminuição dos índices de severidade da insônia e aumento na qualidade do sono, o que está de acordo com outros estudos (Salari et al., 2020; Paulos Guarneri et al., 2022).

Dentre os processos da inflexibilidade e flexibilidade psicológica, os conjuntos aceitação/esquiva experiencial, desfusão/fusão cognitiva e ações baseadas em valores/inação foram os mais associados com a insônia ou qualidade do sono. Entretanto, o papel de outros processos pode não ter sido identificado devido à limitação presente em instrumentos utilizados nos estudos incluídos. Grande parte dos estudos utilizaram o AAQ-II, que possui limitações dada sua baixa validade de constructo (Tydall et al., 2019; Wolgast, 2014). Dada as limitações do AAQ-II, outros instrumentos com características psicométricas potencialmente superiores podem ser utilizados com o intuito de discriminar e avaliar o constructo da flexibilidade psicológica, como os instrumentos multidimensionais *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (Rolffs et al., 2016) ou *Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy* (Francis et al., 2016; Machado et al., 2023) e o instrumento unidimensional PsyFlex (Gloster et al., 2021; Neto et al., 2024). Além disso, não houve homogeneidade nos instrumentos utilizados entre os estudos, ora utilizando instrumentos unidimensionais focados em determinados processos (e.g., Daly-Eichenhardt et al., 2016; McCracken et al., 2011; McCracken et al., 2021; Zakiei et al., 2022) ora usando instrumentos multidimensionais (e.g., McCracken et al., 2022; McCracken et al., 2023; Peltz et al., 2020b; Peltz et al., 2020a). Outra característica dos instrumentos, tanto para avaliar a inflexibilidade e flexibilidade quanto para avaliar o sono, é que todos foram de autorrelato, e em nenhum estudo foi utilizada instrumentos objetivos ou avaliação ecológica momentânea. Além disso, destaca-se a importância de investigar os parâmetros do sono, seja por instru-

mentos de auto relato (e.g., diário do sono) ou por instrumentos objetivos (e.g., actigrafia).

Sobre a aceitação/esquiva experiencial, o sono é um processo automático, no qual tentativas de adormecer podem dificultar o início do sono (Espie, 2006). Em decorrência da dificuldade de dormir, ocorre aumento da atividade cognitiva e fisiológica, aumentando o desconforto para adormecer (Lundh & Broman, 2000). Como consequência, acontece o engajamento em comportamentos de enfrentamento que podem dificultar o sono (Harvey, 2002). Nessa descrição, a esquiva experiencial pode atuar como um facilitador para que a pessoa se engaje em comportamentos de enfrentamento, devido ao desconforto em relação ao momento de dormir. Desse modo, pessoas com altos níveis de esquiva experiencial podem ter mais dificuldade em adormecer por se engajarem em comportamentos não condizentes com o adormecer. Em contrapartida, pessoas com níveis mais altos de aceitação podem ser menos impactada, adormecendo com maior facilidade.

Sobre a fusão/desfusão, a maneira como a pessoa interpreta o próprio sono e faz atribuições sobre tempo necessário de sono, sobre a qualidade adequada de sono, sobre características de um sono bom ou ruim e sobre aspectos negativos do funcionamento diurno poderá impactar em diferentes dimensões tanto o sono quanto a vigília (Lundh & Broman, 2000). O controle excessivo à tais interpretações e atribuições podem facilitar a ocorrência de problemas de sono. Desse modo, pessoas com alto níveis de fusão, podem apresentar maior influência dos seus pensamentos e interpretações e ter mais dificuldade para dormir.

Sobre ações baseadas em valores/inação, o sono envolve processos que acontecem ao longo de 24h, como o processo homeostático e circadiano (Borbély, 2022). Para adormecer, é necessário que aconteça pressão do sono (i.e., mecanismo fisiológico regulado pelo hormônio adenosina e pelo nível de atividade em vigília, que atingindo certos níveis induzem à sonolência) suficiente, sendo que a pressão do sono é facilitada com maiores níveis de atividade ao longo do dia (i.e., processo homeostático) (Borbély, 2022). Além disso, para adormecer é necessário a exposição à diferentes marcadores circadianos, com destaque para o marcador luminoso, ou seja, é importante a exposição a luz natural ao

longo do dia e a diminuição dessa exposição próxima ao momento de dormir (i.e., processo circadiano) (Borbély, 2022). Pessoas com altos níveis de ações baseadas em valores podem ter maior facilidade em adormecer por manterem maiores níveis e terem maior regularidade em atividades ao longo do dia, além de ficarem expostas à diferentes marcadores (e.g., sociais, de alimentação) por mais tempo.

Assim, identificar o papel de cada processo no transtorno da insônia possibilita uma abordagem mais ampla que seja baseada em processos e não em protocolos de intervenções. Desse modo, os processos de aceitação/esquiva experiencial, desfusão/fusão cognitiva e ações baseadas em valores/inação podem ser potenciais alvos de intervenção. Saber o papel de cada processo também é importante para avaliar qual perfil de paciente pode se beneficiar de diferentes tipos de intervenção, ou seja, quais características específicas de um paciente podem direcionar para tipos ou componentes da intervenção diferentes.

As intervenções da ACT buscam desenvolver a flexibilidade psicológica, sendo ela um aspecto importante na saúde (Kashdan & Rottenberg, 2010), por se tratar de um fator de proteção e um alvo de intervenção na saúde mental da população geral (Gloster et al., 2017). Além disso, a flexibilidade psicológica possui indícios de ser mediadora de diferentes desfechos clínicos (Hayes et al., 2022), indicando sua importância na promoção de saúde mental. Desse modo, é importante avaliar e planejar intervenções que busquem lidar com a inflexibilidade e promover a flexibilidade psicológica, inclusive no contexto da insônia. Dadas as associações encontradas nessa revisão, a flexibilidade psicológica pode ser um fator de proteção da insônia (i.e., pessoas com altos níveis de flexibilidade psicológica tem menos chances de desenvolver insônia).

Além disso, a insônia pode se desenvolver pela interação de fatores de predisposição, precipitação e de perpetuação (Spileman et al., 1987). Dadas as associações encontradas nessa revisão, a inflexibilidade psicológica pode ser entendida como um fator de predisposição (i.e., pessoas com altos níveis de inflexibilidade tem mais chances de desenvolver insônia) e/ou um fator de perpetuação da insônia (i.e., pessoas com altos níveis de inflexibilidade tem mais chances de se manter em um quadro de

insônia). Desse modo, abordar a inflexibilidade e promover a flexibilidade psicológica no contexto da insônia também se torna um aspecto importante para a saúde.

Qualidades e limitações do estudo

A atual revisão possui certas qualidades por fazer a busca em diferentes bancos de dados, fazer uma busca e extração de dados dupla e cega e seguir as recomendações do PRISMA para relatar revisões sistemáticas. Entretanto, não avaliamos a qualidade metodológica e as análises estatísticas utilizadas nos trabalhos.

Futuros estudos

Sugerimos que estudos futuros: a) se debrucem sobre desenhos prospectivos e/ou experimentais para entender melhor a natureza da relação entre inflexibilidade e flexibilidade psicológica e severidade da insônia e qualidade do sono; b) explorem as associações em populações com características diferentes e com comorbidades psiquiátricas; c) utilizem instrumentos com propriedades psicométricas adequadas para avaliar os processos da inflexibilidade e flexibilidade psicológica; d) utilizem instrumentos para avaliar os diferentes parâmetros de sono; e) utilizem avaliações ecológicas momentâneas para inflexibilidade e flexibilidade psicológica e para o sono.

Conclusão

Há indícios que a inflexibilidade psicológica e a flexibilidade psicológica sejam associadas com a insônia e qualidade do sono. Essas associações podem ser de diferentes naturezas, como de correlação, predição ou mediação. Isso representa que pessoas com maiores índices de inflexibilidade demonstram maiores níveis de insônia e pior qualidade do sono, enquanto pessoas com maiores índices de flexibilidade psicológica tendem a ter menores níveis de severidade da insônia e maiores níveis de qualidade do sono. Dentre os processos da inflexibilidade e flexibilidade, os de aceitação/esquiva experiencial, desfusão/fusão cognitiva e ações baseadas em valores/inação podem ser os mais associados com a insônia e qualidade do sono. Desse modo, no contexto da insônia a inflexibilidade psicológica pode ser um fator de predisposição e perpetuação, enquanto a flexibilidade psicológica um fator de proteção.

Referências

- Boness, C. L., Hershenberg, R., Kaye, J., Mackintosh, M.-A., Grasso, D. J., Noser, A., & Raffa, S. D. (2020). An evaluation of cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review and application of Tolin's Criteria for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(4), Article e12348. <https://doi.org/10.1037/h0101780>
- Borbély A. (2022). The two-process model of sleep regulation: Beginnings and outlook. *Journal of sleep research*, 31(4), e13598. <https://doi.org/10.1111/jsr.13598>
- *Bothelius, K., Jernelöv, S., Fredrikson, M., McCracken, L. M., & Kaldo, V. (2015). Measuring Acceptance of Sleep Difficulties: The Development of the Sleep Problem Acceptance Questionnaire. *Sleep*, 38(11), 1815–1822. <https://doi.org/10.5665/sleep.5170>
- *Daly-Eichenhardt, A., Scott, W., Howard-Jones, M., Nicolaou, T., & McCracken, L. M. (2016). Changes in Sleep Problems and Psychological Flexibility following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: An Observational Cohort Study. *Frontiers in psychology*, 7, 1326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01326>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle J. (2023). *Acceptance and commitment therapy for behavior analysts: A practice guide from theory to treatment*. Routledge.
- *El Rafihi-Ferreira, R., do Brasil do Carmo, M. M. I., Bassolli, L., Hasan, R., Aizawa, I. M. N., & Toscanini, A. C. (2022). Cognitive and psychological factors associated with severe insomnia in Brazilian women: a cross-sectional study. *Psicologia, reflexao e critica : revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS*, 35(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00243-x>
- El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Hasan, R., Brasil, I. S., Zago Ribeiro, J. H., Júnior, & Cecília Toscanini, A. (2023). A Pilot Randomized Controlled Trial (RCT) of Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 21(2), 193–207. <https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2071272>
- El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo Neto, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., Borges, D. S., Conway, S. G., & Hasan, R. (2021). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 43(5), 504–509. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947>
- Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K. M., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. *Sleep medicine reviews*, 10(4), 215–245. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2006.03.002>
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003>
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- *Habibi Asgarabad, M., Doos Ali Vand, H., Salehi Yegaei, P., Hooman, F., Ahmadi, R., Baglioni, C., & Moradi, S. (2023). The contribution of transdiagnostic vulnerability factors in patients with chronic insomnia. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1162729. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1162729>
- Harvey A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00061-4)

- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour research and therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S.C. & King, G.A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- *Kato T. (2016). Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. *SpringerPlus*, 5(1), 712. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2393-0>
- *Kato T. (2020). Effect of Psychological Inflexibility on Depressive Symptoms and Sleep Disturbance among Japanese Young Women with Chronic Pain. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7426. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207426>
- *Khazaie, H., Najafi, F., Zakiei, A., & Komasi, S. (2019a). Partitioning the Sleep Quality and Insomnia Severity among Earthquake Victims in the West of Iran: Cluster Prediction Based on Personality and Psychological Factors. *Journal of research in health sciences*, 19(4), e00458.
- *Khazaie, H., Zakiei, A., & Komasi, S. (2019b). A Simultaneous Cluster Analysis of Cognitive, Emotional, and Personality Factors and Insomnia and Sleep Quality Among Earthquake Victims. *Disaster medicine and public health preparedness*, 13(4), 745–752. <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.156>
- *Khazaie, H., Zakiei, A., Rezaeian, M., Hoseini, S. M., & Alikhani, M. (2019c). Emotional dysregulation leads to reduced sleep quality when the level of repetitive negative thoughts is high: Findings of a structural equation model. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(1), e64661. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.64661>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of psychosomatic research*, 49(5), 299–310. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(00\)00150-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00150-1)
- Machado, A. B. C., Souza, L. H., Zancan, R. K., Dillenburg, M. S., & Oliveira, M. S. (2023). Adaptação e Validação do Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT). *Avaliação Psicológica*, 22(1), <https://doi.org/10.15689/ap.2023.2201.22930.08>
- *McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- *McCracken, L. M., Buhrman, M., Badinlou, F., & Brocki, K. C. (2022). Health, well-being, and persisting symptoms in the pandemic: What is the role of psychological flexibility?. *Journal of contextual behavioral science*, 26, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.003>
- *McCracken, L. M., Buhrman, M., & Brocki, K. (2023). COVID-19 and processes of adjustment in people with persistent pain: the role of psychological flexibility. *Scandinavian journal of pain*, 23(3), 539–545. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0138>
- *McCracken, L. M., Williams, J. L., & Tang, N. K. (2011). Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: a preliminary retrospective study. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 12(6), 904–912. <https://doi.org/10.1016/j.painmed.2011.05.003>

- org/10.1111/j.1526-4637.2011.01115.x
- Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., da Silva, A. N., Gloster, A. T., & Perez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: The Brazil-Portugal transcultural adaptation of Psy-Flex. *Current Psychology*, 43(31), 25595–25603. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06241-9>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- *Peltz, J. S., Daks, J. S., & Rogge, R. D. (2020a). Mediators of the association between COVID-19-related stressors and parents' psychological flexibility and inflexibility: The roles of perceived sleep quality and energy. *Journal of contextual behavioral science*, 17, 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.001>
- *Peltz, J. S., Rogge, R. D., Bodenlos, J. S., Kingery, J. N., & Pigeon, W. R. (2020b). Changes in psychological inflexibility as a potential mediator of longitudinal links between college students' sleep problems and depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 110–122. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.003>
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.11.001>
- Rolfs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2016). Disentangling components of flexibility via the hexaflex model: Development and validation of the multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Ruan, J., Chen, S., Liang, J., Mak, Y. W., Yee Ho, F. Y., Chung, K. F., Kwun Tong, A. K., Zhang, X. L., & Yeung, W. F. (2022). Acceptance and commitment therapy for insomnia and sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 139–155. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.09.002>
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC neurology*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01883-1>
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric clinics of North America*, 10(4), 541–553.
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- *Wang, D., Lin, B., Liang, H., Deng, Y., & Zhang, L. (2023). Mediating role of psychological flexibility in the effect of obsessive-compulsive symptoms on sleep quality among nurses during the COVID-19 pandemic. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04546-9>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance And Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831–839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- *Ye, B., Wang, Q., Zhang, Y., & Yang, Q. (2023). Adverse childhood experiences and depressive symptoms among adolescents during the COVID-19 pandemic: mediating roles of poor sleep quality and psychological inflexibility. *Psychology, health & medicine*, 28(8), 2095–2107. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2190986>
- *Zakiei, A., Khazaie, H., Reshadat, S., Rezaei, M., & Komasi, S. (2020). The Comparison of Emotional Dysregulation and Experiential Avoidance in Patients with Insomnia and Non-Clinical Population. *Journal of caring*

sciences, 9(2), 87–92. <https://doi.org/10.34172/JCS.2020.013>

*Zakiei, A., Korani, D., Sahraei, Z., Rostampour, M., & Khazaie, H. (2022). Predicting sleep quality and insomnia severity using the components of the acceptance and commitment therapy (ACT) model: A new perspective. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.006>

Histórico do Artigo

Submetido em: 27/10/2023

Aceito em: 23/10/2024

Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com diabetes tipo 2: uma revisão sistemática

Acceptance and Commitment Therapy for people with type 2 diabetes: a systematic review

Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz¹, Divaldo de Canavarros de Abreu Junior¹, Luziane de Fátima Kirchner¹

[1] Universidade Católica Dom Bosco, MS | **Título abreviado:** Revisão sistemática da act para diabetes | **Endereço para correspondência:** Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco. Av. Tamandaré, 6000. Jardim Seminário, Campo Grande/MS, 79117-900 | **Email:** paulahelenaruiz@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.024

Resumo: Uma quantidade expressiva de estudos empíricos aplicou a ACT para pessoas com diabetes tipo 2, mas estudos que reuniram essas evidências são escassos. Esta revisão sistemática da literatura visou sintetizar e analisar as intervenções, variáveis de desfecho e resultados dos estudos que aplicaram a ACT para pessoas com diabetes tipo 2. As buscas dos artigos foram realizadas entre dezembro/2022 e janeiro/2023, nas bases de dados PubMed, Lilacs e Google Acadêmico, a partir dos descritores “*acceptance and commitment therapy*” AND “*self-care*” AND “*diabetes mellitus*”. Foram selecionados 16 artigos com aplicação presencial para adultos, inclusão de grupo controle e/ou outro tratamento e análises estatísticas inferenciais nas comparações entre os grupos. As intervenções da ACT foram realizadas em grupo, incluíram componentes educativos para o diabetes, e a maior parte citou uma referência de base para a intervenção não específica do diabetes. As principais variáveis de desfecho foram autocuidado, qualidade de vida, hemoglobina glicada e adesão ao tratamento. A ACT foi mais eficaz no autocuidado, hemoglobina glicada, e em outras medidas avaliadas na comparação com o grupo controle e outro tratamento, com resultados sustentados em avaliações de follow-up. Essas evidências podem incentivar a condução de estudos da ACT para diabetes tipo 2 no Brasil.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Diabetes; Autocuidado.

Abstract: A significant amount of empirical studies Applied the ACT to people with diabetes type 2, but that gathered this evidences are scarce. This systematic review of the literature aims to synthesize and analyze interventions, outcome variables and the result of studies that applied the ACT to people with diabetes type 2. The research of the articles was realized between December 2022 and January 2023, in the databases PubMed, Lilacs and Google Academico, using the descriptors “acceptance and commitment therapy” AND “self-care” AND “diabetes mellitus”. Were selected 16 articles with face-to-face application for adults, inclusion of control group and/or other treatment and inferential statistical analyzes in the comparisons between the groups. The ACT interventions were group-delivered, included diabetes educational components, and the most cited a base reference for non-specific diabetes intervention. The main outcome variable were self-care, life’s quality, glycated hemoglobin and treatment adoption. The ACT was more effective in self-care, glycated hemoglobin and in the other evaluated measures in comparison with the control group and other treatment, with results sustained in follow-up evaluations. These evidences may encourage more studies of ACT for type 2 diabetes in Brazil.

Keywords: Acceptance and commitment therapy; Diabetes; Self-care.

A diabetes mellitus é uma doença crônica que consiste em uma disfunção metabólica grave, de evolução lenta e progressiva. O tipo 2 de diabetes mellitus surge quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz ou essa não é produzida de modo suficiente para controlar a taxa de glicemia (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2017). Do total de pessoas com diabetes, cerca de 90% têm o tipo 2, manifestando-se mais frequentemente em adultos (Campos et al., 2016; SBD, 2017).

O principal objetivo do tratamento da diabetes é o controle glicêmico, pois se for mantido descontrolado por muito tempo pode causar sérias complicações (Toljamo & Hentinen, 2001), como retinopatia, nefropatia, neuropatia e doença cardiovascular, o que colabora para o desafio do tratamento dessa doença (SBD, 2017). As complicações de saúde decorrentes do diabetes levam a um alto índice de mortalidade, e os custos com o tratamento, a partir dessas complicações, também são altos (Rowley et al., 2017).

Para o controle do diabetes, as pessoas devem ser incentivadas e orientadas a manterem os cuidados com o tratamento e um estilo de vida saudável (Campos et al., 2016). Tais efeitos podem ser difíceis de serem alcançados quando as lutas emocionais para lidar com as restrições do tratamento, que serão necessárias para o resto da vida, impedem as pessoas de agirem em uma direção que seja benéfica para a sua saúde e para aquilo que lhe importa (Kiliç et al., 2022; Nicholas et al., 2022).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Gregg et al., 2007a) é uma abordagem que visa promover mudanças adaptativas de comportamento, mesmo na presença de pensamentos, sentimentos ou sensações indesejadas e regras ineficazes associadas ao diabetes e ao tratamento (Gregg et al., 2007b). Em outras palavras, o objetivo principal da ACT é reduzir o nível de influência de eventos privados ligados a esquivas experienciais, permitindo-lhe maior escolha sobre o seu comportamento, aumentando assim o potencial de flexibilidade psicológica. A flexibilidade psicológica é descrita como a capacidade do indivíduo estar aberto, consciente e focado no momento presente, com a possibilidade de mudança, quando isso atende aos seus próprios valores e objetivos (Hayes et al., 2006). De

acordo com Hayes et al., (2006) os processos centrais da ACT, que visam promover a flexibilidade psicológica, são: aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, self como contexto, ação comprometida e valores.

Para Shrivastava et al., (2013), o aumento da flexibilidade psicológica pode se relacionar ao aumento de comportamentos de autocuidado em diabetes à medida que, tornando-se mais abertas e focadas em suas experiências, as pessoas passam a atribuir maior importância a si mesmas e aos seus cuidados em saúde. Estudos recentes de revisão sistemática (Jerin & Borak, 2019) e meta-análise (Sakamoto et al., 2022), que investigaram a eficácia de intervenções baseadas na ACT para diabéticos tipo 2, apontaram como resultados predominantes na redução da hemoglobina glicada, aumento do autocuidado e aceitação diante da doença (Sakamoto et al., 2022), assim como em variáveis psicoafetivas (depressão, estresse e bem-estar psicológico). Contudo, algumas limitações apontadas pelos autores desses estudos foram à pequena quantidade de artigos analisados (10 artigos - Jerin & Borak, 2019; 3 artigos - Sakamoto et al., 2022), a diversidade de diagnóstico (participantes com diabetes tipo 1 e 2) e das variáveis avaliadas no desfecho, assim como a ausência de avaliações de *follow-up* (Jerin & Borak, 2019). Destaca-se a necessidade de novos estudos que reúnam evidências de eficácia das intervenções em ACT para diabéticos tipo 2, cujos resultados tenham sido comparados a grupos controle e/ou outros tipos de intervenção. Para atender a algumas dessas lacunas, o presente estudo objetivou sintetizar e analisar as intervenções, variáveis de desfecho e resultados dos estudos de intervenção em ACT para pessoas com diabetes tipo 2.

Métodos

Este trabalho caracteriza-se por uma revisão sistemática da literatura, uma vez que realizou a coleta, síntese e avaliação dos estudos e suas evidências de eficácia, considerando uma modalidade terapêutica aplicada (ACT) a uma população-alvo (diabetes tipo 2) (Gomes et al., 2019; Souza et al., 2010).

A coleta dos materiais bibliográficos foi realizada entre dezembro de 2022 e janeiro de 2023,

por meio de levantamento de artigos disponíveis nas bases de dados: PubMed, Lilacs e Google Acadêmico. Foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: “*acceptance and commitment therapy*” AND “*self-care*” AND “*diabetes mellitus*”, presentes em títulos, resumos ou assunto. Foram incluídos os artigos científicos com texto completo disponível; produto de pesquisas empíricas publicados até 2022, em qualquer idioma; e alinhados à temática da pesquisa.

No que se refere ao contexto da temática, foram considerados apenas os estudos que descreveram e avaliaram os efeitos da intervenção em ACT no formato presencial para adultos, especificamente com diabetes tipo 2, que apresentaram grupo controle/comparação equivalente ao grupo de intervenção, e análises estatísticas inferenciais nas comparações entre os grupos.

Foram excluídos da análise os estudos conduzidos com crianças e adolescentes, ou adultos com outros tipos de diabetes (e.g.: tipo 1 e gestacional), além dos que não apresentaram análises estatísticas inferenciais, comparações entre grupos, os estudos de validação de instrumento, revisões da literatura e cartas aos editores.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos foi utilizado o *checklist* produzido pelo Joanna Briggs Institute (JBI), por dois avaliadores de modo independente. O *checklist* é composto por 13 itens que investigam se os estudos atenderam à randomização, alocação oculta grupos, similaridade entre os grupos no início do estudo, cegamento dos participantes e avaliadores quanto à atribuição do tratamento, similaridade na abordagem aos grupos, similaridade na avaliação dos desfechos, uso de análises estatísticas inferenciais, confiabilidade da avaliação, e avaliação em *follow-up*. Para cada item atendido no estudo foi atribuído um ponto, obtendo-se a pontuação máxima de 13 (JBI, 2014).

Resultados

A partir das buscas nas bases de dados foram identificados 944 artigos, sendo que 910 foram encontrados no Google acadêmico, 31 na Lilacs e 3 na base de dados PubMed. Após a remoção das duplicatas (n=6), os títulos e resumos dos 938 artigos

foram lidos por dois avaliadores independentes, sendo selecionados para a leitura na íntegra apenas 24 estudos que se adequaram aos critérios de inclusão especificados no método.

Após a leitura na íntegra de 24 artigos, as descrições dos motivos de inclusão e exclusão dos artigos foram apresentadas pelos dois avaliadores e comparadas para obtenção de consenso entre eles. Quando necessário, as disputas foram resolvidas por um terceiro avaliador. Nesta etapa oito artigos foram excluídos por estarem incompletos (n=1), incluir outro tipo de diabetes (n=6) ou ser protocolo de revisão sistemática da literatura (n=1). Por fim, foram selecionados 16 estudos para análise (Figura 1).

A Tabela 1 apresenta a descrição dos 16 estudos selecionados para a análise, conforme as categorias: identificação de autores e ano de publicação, objetivos do estudo e identificação das variáveis analisadas, desenho do estudo (identificação dos grupos de análise, modalidade, quantidade e duração das sessões, tipo de intervenção), e principais resultados (comparações dos dados do grupo experimental com os outros grupos, considerando as análises estatísticas inferenciais de cada estudo).

Conforme apontado na Tabela 1, os artigos selecionados para a análise foram publicados entre 2007 a 2022, em sua maioria entre os anos de 2020 a 2022 (n=12). As principais variáveis investigadas foram o autocuidado (n=14), qualidade de vida (n=4), hemoglobina glicada (n=4) e adesão ao tratamento (n=2). Apenas em um estudo os autores mediram as variáveis flexibilidade psicológica e fusão cognitiva, que estão relacionadas aos processos da ACT. Em todos os estudos foram conduzidas entre 5 a 12 sessões em grupo, exceto um dos estudos que descreveu a aplicação de um workshop com duração aproximada de quatro horas.

No que diz respeito às intervenções em ACT, os autores dos estudos apresentaram descrições de intervenções incluindo os seis processos da ACT, como desfusão cognitiva, aceitação, contato com o momento presente, self como contexto, valores e ação comprometida, adaptadas às vivências de pessoas diabetes, com inclusão de uma referência como base (n=10), a exemplo: Hayes et al., (2011), Hayes et al., (2006), Gregg et al., (2007b), sem citação de uma referência de base (n=5), ou apenas com a citação de uma referência, sem descrever

a intervenção (n=1). As referências citadas apresentam os fundamentos essenciais da ACT (Hayes et al., 2012; Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2004; Hayes et al., 1999), mas apenas Gregg et al., (2007b) e Gregg (2004), descreveram modelos de intervenção diretamente aplicados ao diabetes.

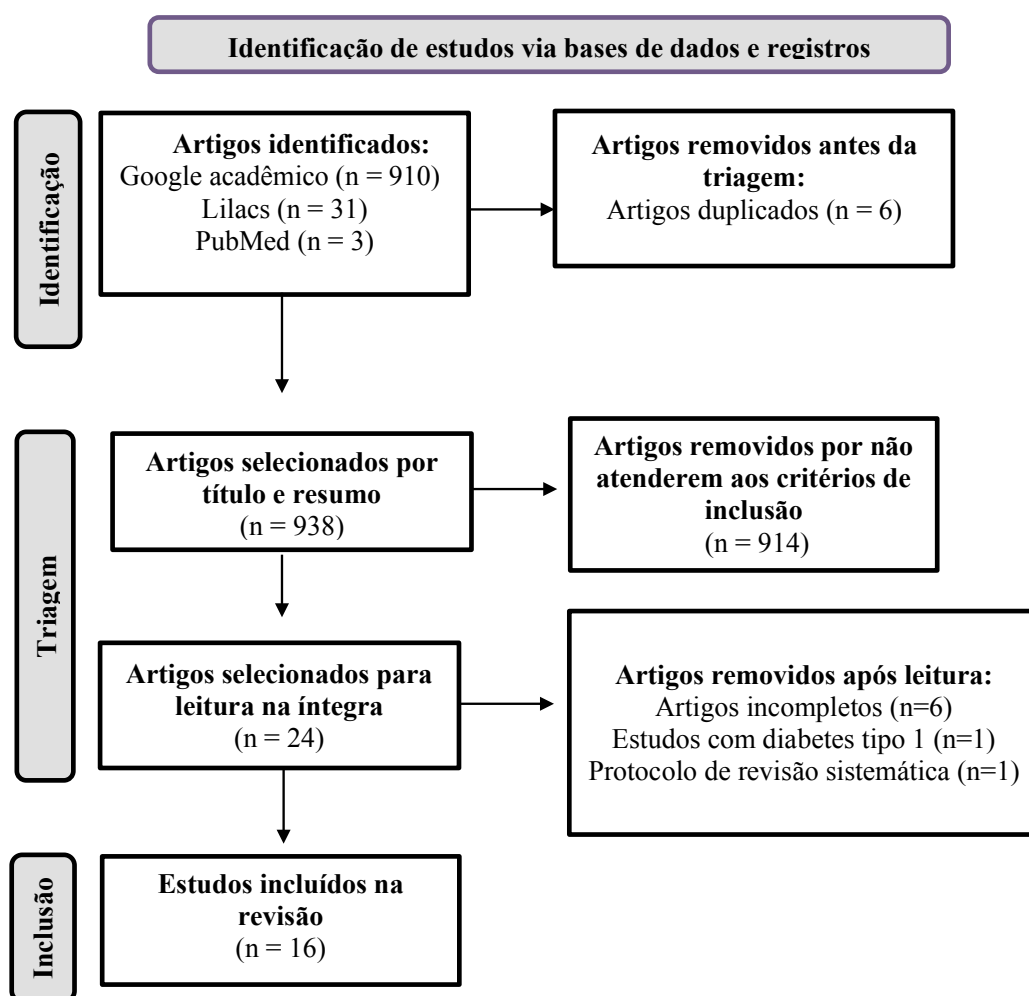


Figura 1. Fluxograma Prisma.

Tabela 1. Descrição dos artigos selecionados.

Artigos	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Principais Resultados
1 Soleimani et al., (2022)	- Comparar a eficácia da ACT vs TBE no autocuidado e qualidade de vida em pacientes com diabetes tipo 2.	GE - 8 sessões em grupo semanais (60 minutos) de ACT. OT - 8 sessões em grupo semanais (60 minutos) de TBE. GC - lista de espera.	Pós-intervenção: GE > OT > GC - qualidade de vida GE = OT = GC - autocuidado Follow-up (3 meses): GE > OT > GC - qualidade de vida GE = OT = GC - autocuidado
2 Fanayi et al., (2022)	- Avaliar a eficácia da ACT no aumento da flexibilidade psicológica , estresse percebido , qualidade de vida , adesão ao tratamento e hemoglobina glicada em pacientes com diabetes tipo 2.	GE - 8 sessões em grupo (60 minutos) de ACT baseadas em Gregg et al., (2007b). GC - Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > GC - flexibilidade psicológica - redução de estresse - qualidade de vida - adesão ao tratamento - redução da hemoglobina glicada Follow-up (6 meses): GE > GC - flexibilidade psicológica - redução estresse - qualidade de vida - adesão ao tratamento - redução da hemoglobina glicada
3 Abroshan et al., (2022)	- Comparar a eficácia da ACT vs TREC no aumento do autocuidado em pessoas com diabetes tipo 2.	GE - 8 sessões em grupo (60 minutos) de ACT baseadas em Hayes et al., (2004). OT - 8 sessões em grupo de (60 minutos) de TREC baseadas em Ellis (1999). GC - lista de espera	Pós-intervenção: GE > OT > GC - autocuidado Follow-up (3 meses): GE > OT > GC - autocuidado
4 Shahnavazi et al., (2022)	- Avaliar a eficácia da ACT no aumento do estilo de vida saudável e indicadores de autocuidados em pacientes diabéticos tipo 2.	GE - 9 sessões em grupo (90 minutos) de ACT baseadas em Hayes et al., (2006). GC - Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > GC - estilo de vida saudável - autocuidado
5 Jabalameli et al., (2021)	- Avaliar a eficácia da ACT no aumento do autocuidado e no capital psicológico em pacientes com diabetes tipo 2.	GE - 8 sessões em grupo (60 minutos) de ACT. GC - Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > GC - autocuidado - capital psicológico Follow-up (3 meses): GE > GC - autocuidado - capital psicológico

6	Saeidi et al., (2021)	- Comparar a eficácia da ACT vs TCC no aumento da qualidade de vida e autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo (60 minutos) de ACT. OT- 9 sessões em grupo de (60 minutos) de TCC. GC- lista de espera.	Pós-intervenção: GE > OT > GC - autocuidado GE = OT = GC - qualidade vida Follow-up (2 meses): GE > OT > GC - autocuidado GE = OT = GC - qualidade vida
7	Lotfi et al., (2021)	- Avaliar a eficácia da ACT na fusão cognitiva e comportamentos de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo (60 minutos) de ACT baseadas em Hayes et al., (2011). GC- lista de espera	Pós-intervenção: GE > GC - autocuidado - redução da fusão cognitiva Follow-up (3 meses): GE > GC - autocuidado - redução da fusão cognitiva
8	Molavi et al., (2020)	- Comparar a eficácia do treinamento em grupo de autocuidado e ACT no bem-estar psicológico e na qualidade de vida de pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo semanais (90 minutos) de ACT de baseadas em Hayes et al., (2006). OT- 5 sessões em grupo semanais de (90 minutos) de treinamento de autocuidado baseadas em Shapiro e Brown (2007). GC- Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > OT > GC - bem-estar psicológico - qualidade de vida Follow-up (3 meses): GE > OT > GC - bem-estar psicológico - qualidade de vida
9	Abdollahi et al., (2020)	- Avaliar a eficácia da ACT no aumento de autocuidado e na adesão ao tratamento em doentes com diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo semanais (60 minutos) baseadas no protocolo ACT de Hayes et al., (1999). GC- lista de espera	Pós-intervenção: GE > GC - autocuidado - adesão ao tratamento Follow-up (3 meses): GE > GC - autocuidado - adesão ao tratamento
10	Nasiri et al., (2020).	- Investigar a eficácia da ACT no autocuidado e hemoglobina glicada em diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo semanais (120 minutos) de ACT baseadas em Gregg et al., (2007b). GC- Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > GC - autocuidado - redução da hemoglobina glicada
11	Abbasi et al., (2020)	- Comparar a eficácia da ACT vs TCC no aumento da resiliência psicológica, autocuidado e estilos de enfrentamento em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo (60 minutos) de ACT baseadas em Hayes et al., (2012) OT- 8 sessões em grupo de (60 minutos) de TCC. GC- lista de espera.	Pós-intervenção: GE < OT > GC - resiliência psicológica - autocuidado GE = OT = GC - estilo de enfrentamento

12	Khalatbari et al., (2020)	- Comparar a eficácia da ACT vs TFC no aumento do autocuidado e na redução da hemoglobina glicada em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 12 sessões em grupo (45 minutos), de ACT, realizadas duas vezes por semana, com intervalo de 3 dias. OT- 12 sessões em grupo (45 minutos) de TFC, realizadas duas vezes por semana com intervalo de 3 dias. GC- lista de espera	Pós-intervenção: GE > OT > GC - autocuidado GE = OT = GC - hemoglobina glicada
13	Shahbeik et al., (2019)	- Avaliar a eficácia da ACT na expressividade emocional e comportamentos de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 8 sessões em grupo semanais de (90 minutos), de ACT baseadas em Hayes et al., (2012). GC- Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > GC - expressividade emocional - autocuidado
14	Hor et al., (2018)	- Comparar os efeitos das intervenções em ACT vs a TBM no autocuidado e na hemoglobina glicada em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 12 sessões em grupo (180 minutos), de ACT. OT- 10 sessões em grupo de (120 minutos) de TBM. GC- Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > OT > GC - autocuidado GE > OT = GC - redução da hemoglobina glicada.
15	Shayeghian et al., (2016)	- Avaliar a eficácia da ACT na redução da hemoglobina glicada e autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2.	GE- 10 sessões em grupo (120 minutos) de ACT baseadas em Gregg et al., (2007b). GC- Lista de espera.	Pós-intervenção: GE > GC - autocuidado - redução da hemoglobina glicada Follow-up (3 meses): GE > GC - autocuidado - redução da hemoglobina glicada
16	Gregg et al., (2007b)	- Avaliar a eficácia da ACT nos comportamentos de autocuidados de pacientes com diabetes tipo 2	GE – Workshop em grupo (240 minutos) de ACT baseadas em Gregg (2004) e Educação sobre diabetes. OT- Workshop em grupo (240 minutos) de Educação sobre Diabetes.	Pós-intervenção: GE > OT - autocuidado

Legenda: GE- Grupo experimental; OT – Outro tratamento; GC- Grupo controle; ACT- Terapia de Aceitação e Compromisso; TBE - Terapia baseada na Esperança; TREC- Terapia Racional Emotiva Comportamental; TCC- Terapia Cognitivo Comportamental; TFC- Terapia Focada na Compaixão; TBM - Terapia baseada em *Mindfulness*.

Conforme indicado nos estudos que descreveram as intervenções (com ou sem referência de base), em sete estudos os autores mencionaram, além da ACT, a inclusão dos componentes educativos, com orientações para o autocuidado e a importância da adesão ao tratamento do diabetes. A exemplo, nos estudos que citaram a aplicação da ACT conforme proposto por Gregg et al., (2007b), a primeira parte da intervenção descreveu o componente de orientação à dieta, exercício, adesão à medicação, administração da insulina e monitoramento da glicemia, bem como possíveis complicações e como evitá-las, e na segunda parte foram descritos os processos da ACT aplicados às dificuldades de pessoas com diabetes. Uma maior conexão entre os processos da ACT e orientações para o cuidado em diabetes foi observada no estudo de Hor et al., (2018), cujos autores mencionaram a integração de cada um dos processos da ACT com o propósito de promoverem um 'estilo de vida saudável com aceitação e compromisso'.

Em relação ao desenho do estudo, oito estudos realizaram a comparação dos dados entre o grupo experimental (GE) com intervenção da ACT e o grupo controle de lista de espera (GC – lista de espera), e oito estudos avaliaram um outro tratamento – OT, com ou sem a inclusão de GC – lista de espera. As análises abaixo foram realizadas considerando o tipo do desenho do estudo (GE e GC; GE e OT + GC).

No aspecto da qualidade metodológica, observou-se que os estudos atenderam entre cinco a oito, dentre os 13 itens do *checklist* (JBI, 2014). A maior parte dos estudos (n=12) atendeu à sete itens. Assim, os principais itens faltantes foram a randomização e alocação secreta entre os grupos, o cegamento de pesquisadores, avaliadores e participantes, e a ausência de avaliações de *follow-up*.

GE e GC

Nos estudos que realizaram as comparações entre GE e GC – lista de espera (n=8), foram observadas diferenças estatisticamente significativas após a intervenção no GE, com aumento do autocuidado (n=8) e todas as outras variáveis medidas (adesão ao tratamento, capital psicológico¹, estilo de vida

saudável, expressividade emocional e qualidade de vida), além de redução da fusão cognitiva, estresse e hemoglobina glicada. Esses resultados foram mantidos no *follow-up* de 2 ou 6 meses, para todos os estudos (GE e GC – lista de espera) que conduziram esta etapa (n=5).

GE e OT + GC

Considerando os estudos que compararam a outro tratamento (n=7) além dos grupos GE e GC – lista de espera, a intervenção da ACT mostrou ser mais eficaz no autocuidado (n=5), qualidade de vida (n=2), bem-estar psicológico (n=1), resiliência psicológica (n=1) e hemoglobina glicada (n=1), em comparação ao outro tratamento e ao GC – lista de espera. Esses resultados foram mantidos nas avaliações de *follow-up* em todos os estudos que conduziram esta etapa (n=4). Em um dos estudos a hemoglobina glicada não apresentou diferença estatisticamente significativa após intervenção entre os três grupos (GE, OT, GC), e em outro estudo tal diferença foi observada para o grupo submetido à ACT (GE).

Discussão

Esta revisão teve como objetivo sintetizar e analisar as intervenções, variáveis de desfecho e resultados dos estudos de intervenção em ACT para pessoas com diabetes tipo 2. Os resultados indicaram uma prevalência de artigos publicados entre os anos de 2020 a 2022, o que poderia ser devido ao crescimento exponencial de casos de diabetes tipo 2 nos últimos anos (Rowley et al., 2017), como também o maior reconhecimento das intervenções comportamentais no manejo de cuidados em diabetes (Cardel et al., 2020; Groot, 2021). Essas intervenções estão direcionadas ao aumento do repertório de comportamentos de cuidado em saúde por parte do paciente com diabetes e manutenção do bem-estar psicológico, visando atingir melhores resultados de saúde e qualidade de vida (Shrivastava et al., 2013). Isso explica o fato da maior parte dos estudos (n=14) terem investigado o autocuidado como medida de resultado primário, ainda que as variáveis relacionadas aos processos da ACT não tenham sido alvo de investigação.

¹ Refere-se a um estado psicológico de desenvolvimento envolvendo eficácia, resiliência" (Luthans et al., 2006).

De acordo com Borus e Laffel (2010), as preocupações em ter que seguir uma dieta, sentimentos de fracasso por não conseguir controlar os níveis glicêmicos, o receio de amigos terem reações negativas ao diabetes, devem ser reconhecidos como algumas das barreiras que podem levar os pacientes com diabetes a se afastarem do tratamento, e somam um conjunto de respostas relacionadas ao sofrimento caracterizadas como inflexibilidade psicológica na ACT (Kiliç et al., 2022; Nicholas et al., 2022). Em outras palavras, as pessoas diabéticas tendem a evitar pensamentos perturbadores sobre a doença e suas complicações ou até mesmo relacionados à morte e, frente a essa tentativa de esquiva experiencial, podem não reconhecer os seus próprios valores relacionados à saúde e bem estar. Assim, a inflexibilidade psicológica pode dificultar a adoção de ações que poderiam ser importantes para o paciente no aspecto do autocuidado, como manter uma rotina de exercícios, seguir um plano alimentar ou monitorar níveis de glicose, uma vez que ele estaria mais focado em evitar o desconforto imediato do que em suas metas de longo prazo (Hofman et al., 2023).

A literatura aponta que as intervenções em ACT para diabetes visam promover a aceitação e atenção plena em relação a pensamentos e sentimentos difíceis sobre a diabetes, explorar valores pessoais direcionadas à doença, com foco na capacidade de agir em uma direção valorizada ao entrar em contato com experiências difíceis (Gregg et al., 2007b). A ação comprometida, um outro processo da ACT, envolve auxiliar o paciente na tomada de atitudes consistentes com os próprios valores, diante da disposição para vivenciar tais emoções e pensamentos desconfortáveis sem tentar mudar ou fugir deles (Asl et al., 2020), o que seria importante para gerenciamento da doença.

Cardel et al., (2020) sugerem que com frequência, o foco da intervenção está em trabalhar os processos da ACT no manejo do sofrimento do paciente com diabetes, sendo adicionados componentes educativos para o desenvolvimento de habilidades relacionadas à administração de insulina, avaliação da glicemia, manutenção da dieta e exercícios, e adesão à medicação. Essa proposta foi observada na maior parte dos estudos que descreveram as intervenções em ACT, o que indica que os componentes

da ACT não foram testados exclusivamente. Além disso, parte desses estudos citou referências fundamentais da ACT (e.g.: Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2012), mas não como modelos de intervenção diretamente aplicados ao diabetes.

No que se refere à modalidade das intervenções, todos os estudos selecionados para a análise realizaram intervenções em grupo, o que foi semelhante aos achados de outros estudos de revisão sistemática que investigaram a eficácia da ACT para pessoas com diabetes tipo 2 (Jerin & Borak, 2019; Sakamoto et al., 2022). As intervenções em grupo são prioritárias entre os serviços oferecidos às pessoas com doenças crônicas, uma vez que os benefícios alcançados nesta modalidade são reconhecidos a medida em que possibilitam o apoio entre pares e propiciam trocas e reflexões entre os usuários e destes com a equipe de saúde, acerca do adoecimento e formas de autocuidado (Brasil, 2013). Ressalta-se que a maioria dos participantes fora recrutados em ambulatorios especializados, onde as intervenções em grupo são incentivadas (Núñez et al, 2006), o que também justifica a frequência dos estudos com intervenção em grupo.

A ACT foi comparada aos grupos controle de lista de espera (GC) e a outras intervenções (OT) com evidências de eficácia da literatura, como a Terapia Cognitiva Comportamental (Ismail et al., 2004), a Terapia Racional Emotiva Comportamental (David et al., 2018), Terapia Focada na Compaixão (Kazemi et al., 2020), e Terapia Baseada em *Mindfulness* (Hamasaki, 2023). Para esses estudos a ACT se mostrou mais eficaz, com tamanho de efeito forte a moderado no autocuidado, e moderado a fraco em todas as outras medidas avaliadas na comparação entre GE e GC, e para a maior parte das medidas nos estudos que compararam GE, OT e GC. As medidas estatísticas inferenciais utilizadas na análise foram teste *t*, análises de variância e análises de covariância multivariada, com intervalos de confiança de 95%, e tamanhos de efeito (*d* de Cohen; eta quadrado parcial).

Além das medidas de autorrelato, a ACT também foi eficaz na redução da hemoglobina glicada, com tamanhos de efeito fraco a moderado, em quatro de cinco estudos que mediram essa variável. Dados de estudos de revisão de literatura, com meta-análise, podem ser apresentados para apoiar a eficácia

da ACT para diabetes tipo 2 (Sakamoto et al., 2022; Wang et al., 2024), porém com algumas limitações. Sakamoto et al. (2022) evidenciaram a eficácia da ACT em sessão única de longa duração (entre 4 a 7 horas, aproximadamente) no autocuidado, hemoglobina glicada e aceitação, enquanto que Wang et al., (2024) evidenciaram resultados da ACT nessas três variáveis, além de resultados na autoeficácia, ansiedade e depressão. Apesar disso, Sakamoto et al. (2022) e Wang et al., (2024) consideraram moderada heterogeneidade entre os estudos levantados, o que sugere que análises comparativas poderão revelar uma baixa qualidade das evidências.

Assim, embora o presente estudo, em conformidade com outros estudos de revisão de literatura e metanálise (Sakamoto et al., 2022; Wang et al., 2024) apontem para as evidências de eficácia da ACT na redução da hemoglobina glicada e no aumento do autocuidado em diabetes tipo 2, com a manutenção desses resultados ao longo do tempo, são necessários mais estudos para apoiar esses dados.

Sobre as limitações dessa revisão, é importante apontar a heterogeneidade dos desenhos dos estudos, bem como a ausência de um cálculo metanálise para comparar os tamanhos de efeito das intervenções investigadas nos desfechos relacionados ao diabetes tipo 2. Em uma análise da qualidade metodológica foi possível observar que os estudos não atingiram mais do que a metade dos itens do checklist (JBI, 2014), destacando-se a ausência de randomização e alocação secreta entre os grupos, o cegamento de pesquisadores, avaliadores e participantes e avaliações de *follow-up*. As intervenções em ACT se apoiaram também em componentes educativos, com orientações para o autocuidado e a importância da adesão ao tratamento do diabetes, de modo que não foi possível identificar a eficácia de componentes exclusivos da ACT. Além disso, para uma parte dos estudos que citaram uma referência como base da intervenção, tais referências apresentam fundamentos essenciais da ACT, mas não descrevem modelos de intervenção diretamente aplicados ao diabetes.

É importante salientar, ainda como limitações, que alguns estudos selecionados para análise estavam escritos em persa, idioma desconhecido pelos

pesquisadores. Para esses estudos, os pesquisadores contaram com a ajuda de tradutores virtuais e uma pessoa com domínio na língua, não especialista na área, que traduziu partes mais importantes dos artigos para o inglês. A busca realizada se restringiu a apenas as bases de dados, Google Acadêmico, PubMed e Lilacs, e não explorou outras bases de dados e outras fontes bibliográficas. Durante a busca nas bases de dados não foram identificados estudos conduzidos por pesquisadores brasileiros, visando avaliar a eficácia da ACT para pacientes com diabetes. É possível que, dadas as diferenças culturais, os resultados não sejam suficientes para esclarecer evidências desta modalidade terapêutica aos pacientes com diabetes tipo 2 no Brasil. Contudo, esta revisão de literatura pode ser um passo inicial para incentivar o desenvolvimento de estudos de intervenção em ACT aplicados à população brasileira, com diagnóstico de diabetes.

Sugere-se, portanto, que futuros pesquisadores brasileiros empreguem intervenções em ACT visando aumentar os resultados em saúde em pacientes diabéticos, e que tais intervenções se direcionem aos contextos e serviços da atenção primária e secundária de saúde, onde este trabalho se faz necessário.

Conclusão

O presente trabalho cumpriu com o objetivo proposto de sintetizar e analisar as intervenções, variáveis de desfecho e resultados das intervenções em ACT para pessoas com diabetes tipo 2. Os dados aqui expostos reuniram evidências capazes de apoiar a eficácia da ACT no aumento do repertório de autocuidado em pacientes com diabetes tipo 2, resultados sustentados ao longo do tempo, em avaliações de 2 e 6 meses. A ACT também foi eficaz na redução da hemoglobina glicada, adesão ao tratamento e qualidade de vida para uma parte dos estudos, mas esses resultados precisam ser melhor investigados em outros estudos de revisão que estabeleçam como critério a investigação dessas variáveis como medida de resultado primário.

Referências

- Abdollahi, S., Hatami, M., Manesh, F. M., & Askari, P. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-care and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *International Archives of Health Sciences*, 7(2), 78. <https://doi.org/10.4103/2383-2568.313501>
- Abroshan, F., Makvand Hosseini, S., Sotodehasl, N., & Sabahi, P. (2022). A Comparison of the Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Improving Self-Care Behaviors (Nutritional Behaviors, Physical Activity, Blood Sugar Control, Foot Care, and Medication Adherence of Patients) in Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(1), 37-55. <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.303585.1187>
- Asl, M. A., Rahmati-Najarkolae, F., & Dowran, B. (2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) on psychological hardiness, caring behavior and coping strategies in patients with type 2 diabetes. *Journal of Military Medicine*, 22(10), 1073-1083. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Mojtaba-Abbasi-Asl/publication/348133018_Comparison_of_the_Effectiveness_of_Acceptance_and_Commitment_Therapy_ACT_and_Cognitive-Behavioral_Therapy_CBT_on_Psychological_Hardiness_Caring_Behavior_and_Coping_Strategies_in_Patients_with_Type_2_D/links/5ff310d092851c13fee933ba/Comparison-of-the-Effectiveness-of-Acceptance-and-Commitment-Therapy-ACT-and-Cognitive-Behavioral-Therapy-CBT-on-Psychological-Hardiness-Caring-Behavior-and-Coping-Strategies-in-Patients-with-Type-2.pdf
- Borus, J. S., & Laffel, L. (2010). Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. *Current opinion in pediatrics*, 22(4), 405. <https://doi.org/10.1097/mop.0b013e32833a46>
- Brasil. (2013) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 28 p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
- Campos, T. S. P., da Silva, D. M. G. V., Romanoski, P. J., Ferreira, C., & Rocha, F. L. (2016). Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. *Journal of Health & Biological Sciences*, 4(4), 251-256. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v4i4.1030.p251-256.2016>
- Cardel, M. I., Ross, K. M., Butryn, M., Donahoo, W. T., Eastman, A., Dillard, J. R., ... & Janicke, D. (2020). Acceptance-based therapy: the potential to augment behavioral interventions in the treatment of type 2 diabetes. *Nutrition & diabetes*, 10(1), 3. <https://doi.org/10.1038/s41387-020-0106-9>
- Cardoso, A. F., Queirós, P., & Ribeiro, C. F. (2015). Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(2), 246-255. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.04.001>
- Coelho, C. R., & do Amaral, V. L. A. R. (2012). Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1), 4-15. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v14i1.488>
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 304-318. <https://doi.org/10.1002/jclp.22514>
- Ellis, A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 154. <https://doi.org/10.1037/h0087680>

- Fanayi, S., Zare, H., Rahmanian, M., & Safariniya, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Cognitive Flexibility, Perceived Stress, Quality of Treatment Adherence and (A1C) in Patients of Diabetes Mellitus Type 2. *Social Cognition*, 10(2), 95-114. <https://doi.org/10.30473/sc.2021.55575.2612>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of contextual behavioral science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gomes, E. R., Iglesias, A., & Constantinidis, T. C. (2019). Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 35-53. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*, 46, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Gregg, J. A. (2004). A randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes self-management. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65(4-B), 2094.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. C. (2007a). *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*. New Harbinger Publications.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007b). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Groot, M. (2021). 50 Years of Behavioral Science in Diabetes: A 2020 Vision of the Future. *Diabetes Care*, 44(3), 633-640. <https://doi.org/10.2337/ds20-0085>
- Hamasaki, H. (2023). The Effects of Mindfulness on Glycemic Control in People with Diabetes: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Medicines*, 10(9), 53. <https://doi.org/10.3390/medicines10090053>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). New York: Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., ... & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior therapy*, 35(4), 667-688. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80014-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80014-5)
- Hofman, S. G., Hayes, S.C. & Lorscheid, D.N. (2023). *Aprendendo a terapia baseada em processos: treinamento de habilidades para a mudança psicológica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Hor, M., Aghaei, A., Abedi, A., & Golparvar, M. (2018). Effect of combined treatment package (ACT-based healthy lifestyle) with mindfulness-based therapy on self-care and Glycated hemoglobin in patients with diabetes mellitus, Type 2. *Islamic Life Journal*, 2(2), 65-70. <http://islamiclifej.com/article-1-181-en.html>
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycemic control in patients with type 2 diabetes. *The Lancet*, 363(9421), 1589-1597. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16202-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16202-8)
- Jabalameli, S., Gorji, Y., & Ebrahimi, A. (2021). Effect of Acceptance and Commitment

- Therapy on Self-care and Psychological Capital of Patients with Diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 9(3), 1633-1647. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-444-en.html>
- Jerin, R., & Borak, Z. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Outcomes. *Bangladesh Journal Psychology*, 22(3), 95-116.
- Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition.[Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute.
- Kazemi, A., Ahadi, H., & Nejat, H. (2020). Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(3), 42-9. <https://doi.org/10.21859/ijrn-06306>
- Khalatbari, A., Ghorbanshiroudi, S., Zarbakhsh, M., & Tizdast, T. (2020). Comparison of the Effectiveness of Compassion-based Therapy and Acceptance-based Therapy and Commitment to Self-care Behavior and Glycosylated Hemoglobin in Patients With Type 2 Diabetes. *Journal of Guilan University of Medical Sciences [online]*, 29(115), 34-49. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.29.3.1584.1>
- Kılıç, A., Hudson, J., Scott, W., McCracken, L. M., & Hughes, L. D. (2022). A 12-month longitudinal study examining the shared and unique contributions of self-compassion and psychological inflexibility to distress and quality of life in people with Type 2 Diabetes. *Journal of psychosomatic research*, 155, 110728. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110728>
- Lotfi, F., Nakhostin Goldoost, A., Mousazadeh, T., & Kazemi, R. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Cognitive Fusion and Self-care Behaviors in Patients with type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 8(1), 80-89. <https://doi.org/10.22034/ijrn.8.1.80>
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2006). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford university press.
- Molavi, A., Afshar-Zanjani, H., & Hajializadeh, K. (2020). Comparison of the Effectiveness of Self-Care Group Training And Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on The Quality of Life and Psychological Well-Being of Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 163-171. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v7i3.220>
- Nasiri, F., Omid, A., Mozaffari, M., Mousavi, S. G. A., & Joekar, S. (2020). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on Self-care and HbA1C in type II diabetic patients. *Feyz Medical Sciences Journal*, 24(2), 209-218. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3782-en.html>
- Nicholas, J. A., Yeap, B. B., Cross, D., & Burkhardt, M. S. (2022). Psychological flexibility is associated with less diabetes distress and lower glycated hemoglobin in adults with type 1 diabetes. *Internal Medicine Journal*, 52(6), 952-958. <https://doi.org/10.1111/imj.15250>
- Núñez R, T; Lorenzo I.V. & Navarrete M.L.V (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&tlng=es.
- Rowley, W. R., Bezold, C., Arikian, Y., Byrne, E., & Krohe, S. (2017). Diabetes 2030: insights from yesterday, today, and future trends. *Population health management*, 20(1), 6-12. <https://doi.org/10.1089/pop.2015.0181>
- Saeidi, A., Jabalameli, S., Gorji, Y., & Ebrahimi, A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes. *Islamic Life Journal*, 4, 89-101. https://islamiclifejournal.com/browse.php?a_id=502&sid=1&slc_lang=en
- Sakamoto, R., Ohtake, Y., Kataoka, Y., Matsuda, Y., Hata, T., Otonari, J., ... & Yoshiuchi, K. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of diabetes investigation*, 13(2), 262-270. <https://doi.org/10.1111/jdi.13658>
- Shahbeik, S., Taghavijurabchi, F., Rohani, N., Mohamadi, M., & Amani, O. (2019). The Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Emotional Expressiveness and Self-Care behaviors in

- Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Health Literacy*, 3(4), 25-35. <https://doi.org/10.22038/JHL.2019.37203.1024>
- Shahnavazi, A., Sedaghat, M., & Sabet, M. (2022). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Healthy Lifestyle and Self-Care Indicators in Type 2 Diabetic Patients. *Hormozgan Medical Journal*, 26(4), 218-222. <https://doi.org/10.34172/hmj.2022.38>
- Shayeghian, Z., Amiri, P., Aguilar-Vafaie, M. E., & Besharat, M. A. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improvement of glycated hemoglobin and self-care activities in patients with type II diabetes. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 10(2), 41-50. http://bjcp.ir/browse.php?a_id=897&sid=1&slc_lang=en
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes & Metabolic disorders*, 12(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2017). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. São Paulo: Clannad. 383p.
- Soleimani, S., Lilabadi, L., & Jafari Roshan, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Hope-Based Therapy and Treatment based on Acceptance and Commitment on Self-Care and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Islamic Life Journal*, 6(1), 173-182. <http://islamiclifej.com/article-1-1098-en.html>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and glycemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 780-786. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01808.x>
- Wang, M., Liu, Q., Zhu, Z., Guo, X., Hu, X., & Cheng, L. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. <https://doi.org/10.1111/wvn.12719>

Histórico do Artigo

Submetido em: 16/10/2023

Aceito em: 26/09/2024

Terapia de Aceitação e Compromisso para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: revisão sistemática de métodos mistos

Acceptance and Commitment Therapy for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: mixed methods systematic review

Mateus Meira Dalkirane¹, Eduardo S. Miyazaki¹, Giovanna Belei-Miyazaki¹, Roberto A. Banaco²

[1] Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) [2] Instituto Par: Ciências do Comportamento **Título abreviado:** Terapia de Aceitação e Compromisso para profissionais da saúde | **Endereço para correspondência:** Mateus Meira Dalkirane – Rua José Urias Fortes, 280, apto. 62, CEP15091-220 | **Email:** m.dalkirane@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.002

Resumo: a pandemia de COVID-19 constitui uma crise sanitária sem precedentes na história moderna. Profissionais da saúde atuantes durante a pandemia estiveram expostos a diversos fatores que proporcionaram risco elevado para a saúde mental. A literatura aponta a efetividade da ACT para profissionais da saúde. Assim, a presente revisão objetivou analisar a efetividade, a aceitabilidade e as características das intervenções baseadas em ACT para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. Foram identificados 472 artigos, dos quais quatro cumpriram os critérios para inclusão. A extração e síntese narrativa dos dados seguiu a metodologia convergente segregada. Estudos incluídos possuíram limitações metodológicas significativas, porém sugerem a efetividade da ACT para a redução de sintomas relacionados a problemas de saúde mental e para o treino de repertórios que favorecem a qualidade de vida (QdV). O componente qualitativo da presente revisão também permitiu identificar a alta aceitabilidade e viabilidade da ACT em formato grupal e online.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Profissionais da Saúde; COVID-19; Revisão Sistemática.

Abstract: the COVID-19 pandemic constitutes an unprecedented health crisis in modern history. Healthcare professionals working during the pandemic were exposed to several factors that provide an elevated risk to mental health. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been discussed by the literature as effective for healthcare workers. Thus, the present review aimed to analyze the effectiveness, acceptability and characteristics of ACT-based interventions for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Of the 472 studies that were identified, four met the eligibility criteria for inclusion. The data extraction and narrative synthesis followed the segregated convergent methodology. The included studies suffered from methodological limitations, although it was suggested that ACT was effective for the reduction of symptoms related to mental health problems and for the training of repertoires that favor quality of life (QoL). The qualitative component shows high acceptability and feasibility of ACT in online group formats.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Healthcare Workers; COVID-19; Systematic Review..

Nota dos autores:

A presente revisão é decorrente da pesquisa de Pós-Doutorado de Miyazaki, E. S., sob orientação de Banaco, R. A., realizado no Instituto Par.

A pandemia causada pelo Sars-Cov-2, vírus responsável pela doença COVID-19 (Corona Virus Disease 2019), foi declarada no dia 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020). Devido à alta transmissibilidade do vírus e às incertezas iniciais quanto à forma de transmissão, letalidade e velocidade de disseminação, algumas medidas não farmacológicas foram estabelecidas com o objetivo de conter a circulação do vírus (Vieira et al., 2022). Hábitos e medidas simples como a higiene das mãos, utilização de máscaras e ventilação de ambientes foram incentivados pela OMS e até hoje são de suma importância para diminuir o contágio. Este cenário configurou-se como uma crise sanitária com profundos impactos sociais, culturais, econômicos e políticos e com a implementação de políticas públicas como o fechamento de fronteiras, o distanciamento e/ou isolamento social e ampla testagem para Covid-19 (Dantas, 2021; Pereira et al., 2020; Prado et al., 2020; Vieira et al., 2022).

O distanciamento social, caracterizado pela manutenção de ao menos um metro e meio de distância entre as pessoas e a proibição de eventos que reúnam grande quantidade de indivíduos tem sido uma das estratégias mais efetivas para conter a disseminação do vírus (Prakash et al., 2022; Pereira et al., 2021). Em casos extremos, o Isolamento Social (IS) foi instituído e é caracterizado pela proibição da circulação livre de pessoas, além da recomendação de que aqueles com suspeitas de infecção permaneçam em quarentena pelo período de incubação do vírus (Pereira et al., 2020).

O Brasil foi um dos países mais resistentes na implementação de medidas de distanciamento ou isolamento social. A demora e a resistência para que tais medidas fossem implementadas pode ter sido fator decisivo para o grande aumento e manutenção de casos no país. Por outro lado, países que foram ágeis em adotar essas medidas apresentaram uma melhor estabilização do número de casos com o tempo (Prakash et al., 2022). Ademais, além da resistência para a implementação destas medidas, a disseminação de crenças negacionistas por parte do próprio governo federal, bem como a desvalorização das medidas para o combate à pandemia (como o uso de máscaras, o distanciamento e isolamento social) fizeram com que o Brasil apre-

sentasse uma das piores curvas epidemiológicas do mundo (Vieira et al., 2022).

Com o aumento da demanda para atendimento em COVID-19, foi realizada a ampliação de serviços em uma tentativa de supri-la. Até setembro de 2020 tinham sido criado 214 Hospitais de Campanha (Schettino & Miranda, 2021). Isso evidenciou um aumento no número dos profissionais que atuavam com a patologia, assim como um aumento da carga de trabalho para os profissionais já atuavam no setor.

Apesar do início das campanhas de vacinação em janeiro de 2021, a crise sanitária se manteve quase inalterada devido à desorganização da estratégia nacional de vacinação (Vieira et al., 2022). Em julho do mesmo ano, o Brasil enfrentou uma segunda onda de casos, sem que sequer a primeira tivesse sido controlada (Vieira et al., 2022). Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que na semana do dia 21 de junho de 2021 foram relatados mais de 500 mil casos. A partir daí observou-se uma diminuição no número de casos até janeiro de 2022, quando foi possível verificar um novo aumento significativo com mais de um milhão de novos casos na semana do dia 24 (OMS, 2022).

Assim, houve a manutenção da mesma sobrecarga de trabalho, praticamente, desde o início da pandemia até o final de 2021 e início de 2022. A manutenção destas demandas, somada a inúmeras outras variáveis, podem impactar de forma negativa a saúde mental e qualidade de vida da população de profissionais que atenderam esses casos. Além de os profissionais de saúde estarem expostos ao maior risco de contágio (Dantas, 2021; Prado et al., 2020), existiam outras variáveis que afetavam o trabalho, como: a desinformação da população, o cenário de instabilidade política, a comunicação inadequada, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e o estigma relacionado à área (Vieira et al., 2022).

Todas estas variáveis podem contribuir para que os profissionais de saúde experienciem sintomas depressivos, ansiosos e uma alta sobrecarga de trabalho (Barrett & Stewart, 2021; Otared et al., 2021). A metanálise realizada por Pappa et al. (2020) mostra que 25% dos profissionais da saúde que atuaram com COVID-19 sofrem com sintomas severos de ansiedade e depressão, enquanto 40% experienciam problemas relacionados ao sono e/ou insônia. As

taxas de ansiedade e depressão são maiores em profissionais do sexo feminino (Vieira et al. 2022). Os profissionais que operam na linha de frente contra a COVID-19 estão expostos a maiores riscos de experienciarem sintomas de estresse pós-traumático (Carmassi et al., 2020; d'Ettorre et al., 2021), *burnout*, distúrbios do sono e demais condições de sofrimento mental (Chirico et al., 2021). Em função disso os autores apontam a necessidade de intervenções focadas em atender às demandas deste grupo.

Estudos recentes (Barrett & Stewart, 2021; Prudenzi et al., 2021) sugerem a efetividade de intervenções baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT, do inglês Acceptance and Commitment Therapy), direcionadas aos profissionais da saúde. Metanálise publicada por Prudenzi et al. (2021) fornece evidências que favorecem a utilização da ACT em grupo para diminuição de estresse geral e estresse relacionado ao trabalho. A metanálise de Reeve et al. (2018) investigou a efetividade da ACT na redução de estresse e *burnout* em profissionais da saúde que atuam em contato direto com o paciente, e concluiu que a redução destes sintomas foi mais expressiva em um subgrupo de participantes que já apresentavam maiores níveis de estresse em linha de base.

A Terapia de Aceitação e Compromisso se trata de um modelo de terapia contextual que enfatiza a atenção plena, a aceitação de eventos privados aversivos e mudanças comportamentais guiadas por valores. A ACT descreve seis conceitos principais relacionados à flexibilidade psicológica: aceitação; defusão cognitiva, contato com o momento presente; self como contexto; ação comprometida e valores (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2011). Esta terapia também descreve seis conceitos relacionados ao sofrimento (inflexibilidade psicológica): esquiva experiencial; fusão cognitiva; atenção inflexível; self como conteúdo; inação e impulsividade, e disrupção de valores (Hayes et al., 2011). O processo terapêutico da ACT envolve enfraquecer os processos relacionados à inflexibilidade psicológica e fortalecer aqueles relacionados à flexibilidade.

Com base nisso, a proposta da presente revisão é verificar a efetividade, a aceitabilidade e as características de intervenções baseadas em ACT para profissionais da saúde que atuaram durante o contexto de crise sanitária imposto pela pande-

mia de COVID-19. Para tal, foi inicialmente conduzida uma busca preliminar nas bases de dados PROSPERO, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews e JBI (Joanna Briggs Institute) Evidence Synthesis e não foram identificadas demais revisões sistemáticas publicadas ou em andamento acerca do tema.

Objetivos e perguntas norteadoras

A presente revisão sistemática da literatura objetivou avaliar e analisar a efetividade das intervenções baseadas em ACT direcionadas aos profissionais da saúde que atuam na linha de frente contra a COVID-19 durante as diversas ondas da doença, determinar os efeitos a curto e a longo prazo destas intervenções e investigar suas características (p. ex., formato, modalidade e duração das intervenções). Para tal finalidade, foram buscadas respostas para as seguintes questões:

1. Qual o efeito da ACT para profissionais da saúde em um contexto de pandemia?
2. Qual a efetividade da ACT em estudos que utilizaram comparação do tratamento com grupos-controle?
3. Qual a aceitabilidade da ACT para esta população, no contexto da pandemia?
4. Quais as características das intervenções baseadas em ACT que produzem os maiores benefícios?

Método

Delineamento do estudo

O presente trabalho se trata de uma revisão sistemática de métodos mistos (MMSR) acerca das intervenções baseadas em ACT direcionadas aos profissionais da saúde que atuaram durante a pandemia de COVID-19 e segue as recomendações e critérios da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para elaboração de revisões sistemáticas (Page et al., 2021). Esta revisão foi conduzida de acordo com a metodologia da JBI para MMSRs (Lizarondo et al., 2020)

Critérios de inclusão

Foram incluídos: 1) estudos de delineamento quantitativo, qualitativo ou mistos; 2) que discutam intervenções baseadas em ACT, realizadas durante a pandemia de COVID-19; 3) realizados com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc) atuantes em contexto hospitalar e 4) publicadas em inglês ou português entre os anos de 2020 e 2022.

Critérios de exclusão

Foram excluídos capítulos de livros, dissertações, literatura cinza, estudos que contaram com a aplicação da ACT para demais populações e estudos publicados após 2020 cujas intervenções foram conduzidas antes do início da pandemia.

Descrição da abordagem planejada para busca, seleção e extração de provas

A consulta foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: National Center for Biotechnology (NCBI/PubMed), American Psychological Association PsycInfo (PsycInfo) e Elsevier Scopus. Google Acadêmico foi utilizado como uma fonte de busca secundária. Os descritores utilizados para a presente revisão foram: “terapia de aceitação e compromisso”; “profissionais da saúde”; “COVID-19”; “pandemia” e seus respectivos termos em inglês: “acceptance and commitment therapy”; “healthcare workers”; “healthcare providers”; “COVID-19” e “pandemic”

Seleção de estudos

Para auxiliar na organização dos achados e no processo de seleção, foi utilizada a plataforma eletrônica Rayyan QCRI® (ref), desenvolvida pelo QCRI (Qatar Computing Research Institute). A plataforma auxilia na elaboração de revisões sistemáticas ao facilitar o processo de seleção dos estudos a serem incluídos. Título e resumo foram importados para a plataforma e avaliados de acordo com os critérios de inclusão.

Análise de qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada através das ferramentas padronizadas para avaliação crítica (*critical appraisal tools*) elaboradas

pela JBI (Aromataris & Munn, 2020). Dois revisores independentes conduziram a avaliação crítica e conflitos foram resolvidos através de discussão. Estudos quantitativos foram avaliados utilizando a checklist de 13 itens para a avaliação de ensaios clínicos randomizados (Tufanaru et al., 2017) ou a checklist de 10 itens para a avaliação de estudos quase-experimentais (Tufanaru et al., 2017), a depender do delineamento do estudo em questão. Tais ferramentas contam com questões referentes à metodologia, tais como se follow-up foi conduzido e como os dados foram analisados. Os estudos qualitativos foram avaliados através da checklist de 10 itens para a avaliação de estudos qualitativos (Lockwood et al., 2015). Esta ferramenta conta com indicadores de qualidade metodológica qualitativa, tais como se os pesquisadores foram identificados culturalmente ou teoricamente e se os participantes e suas vozes foram representadas de forma adequada. As pontuações de qualidade foram baseadas na porcentagem dos critérios atingidos para cada checklist. Pontuações acima de 80% foram consideradas de qualidade alta, pontuações de 70 a 80% foram consideradas moderadas e pontuações abaixo de 70% foram consideradas baixas. Todos os artigos avaliados atingiram pontuações que indicam qualidade metodológica alta ou moderada.

Extração de dados

Dados foram extraídos dos estudos quantitativos e qualitativos por dois revisores independentes através da ferramenta padronizada para extração de dados disponível na plataforma JBI SUMARI. País, contexto, características de participantes, variáveis mensuradas e uma descrição dos resultados principais foram extraídos dos estudos quantitativos. Detalhes sobre a população, contexto, cultura, localização geográfica, métodos do estudo, fenômenos de interesse e os principais resultados foram extraídos dos estudos qualitativos. Além da extração auxiliada pelas ferramentas disponibilizadas pela JBI SUMARI, foram extraídos de todos os estudos os dados referentes às intervenções realizadas. Tais dados foram organizados de acordo com o número e duração das sessões; quem foram os aplicadores, se estes foram ou não previamente treinados e características das intervenções: temas abordados, processos trabalhados e repertórios que foram treinados.

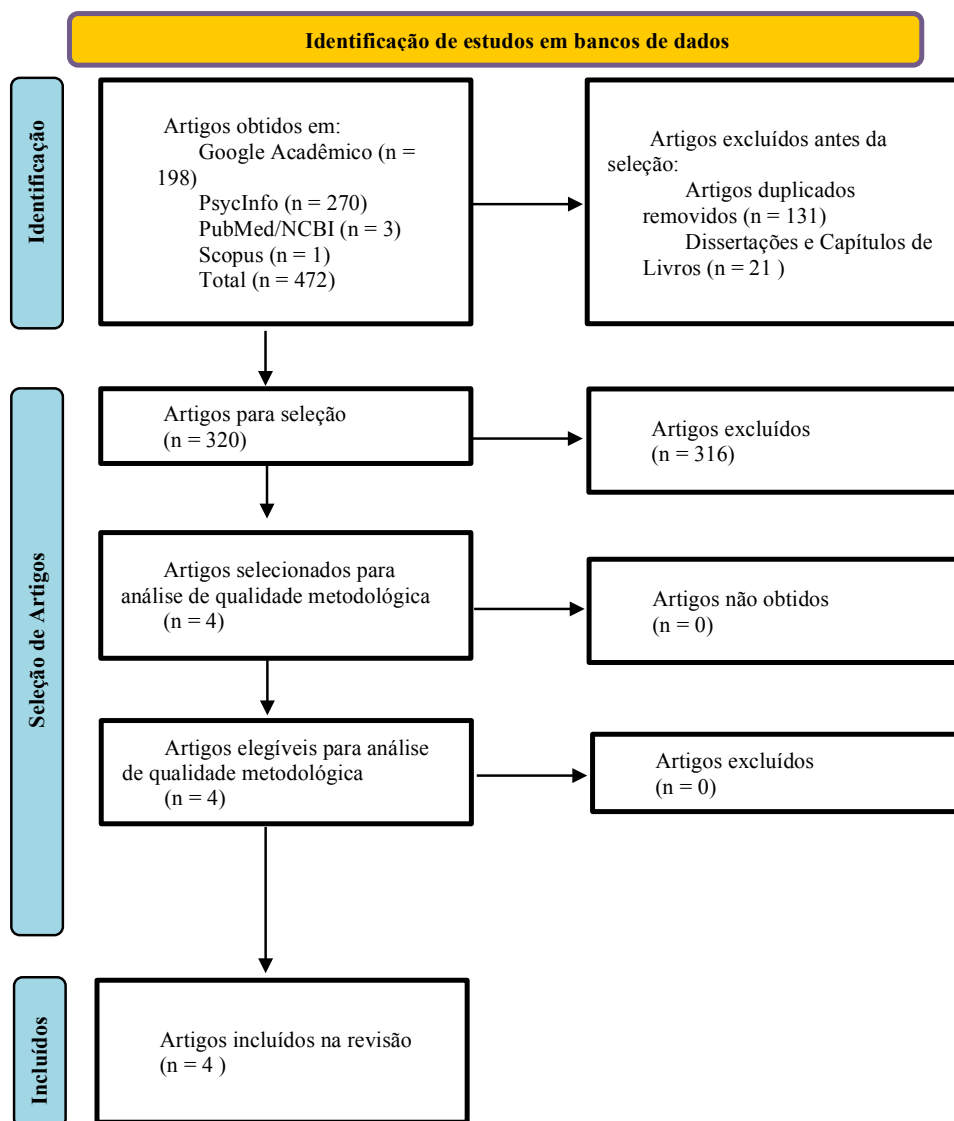


Figura 1: Fluxograma PRISMA.

Síntese de dados

A abordagem convergente segregada para a síntese dos dados foi adotada para a presente revisão de acordo com a metodologia da JBI para MMSRs. Os artigos foram agrupados de acordo com o delineamento dos estudos. Uma síntese narrativa dos dados extraídos foi conduzida com a utilização de tabelas para a organização dos dados em temas.

Resultados

Os procedimentos da estratégia de busca resultaram em 472 artigos distribuídos entre as bases de dados: PsycInfo (n = 270), PubMed/NCBI (n = 3),

Elsevier Scopus (n = 1) e Google Acadêmico (n = 198). Os títulos e resumos destes artigos foram importados para a plataforma Rayyan. Destes, 131 foram identificados como duplicatas e removidos e 21 foram identificados como dissertações e capítulos de livros. Os 320 artigos restantes passaram pela seleção formal. Destes, 220 foram excluídos devido ao delineamento do estudo, 47 foram excluídos devido ao tipo de publicação (teses, capítulos de livro, apresentações em conferências, etc.) e 28 foram excluídos devido à população do estudo não envolver profissionais da saúde. Assim, 25 artigos foram recuperados para a leitura na íntegra. Nesta etapa, 19 artigos foram excluídos por utilizarem intervenções que não são baseadas na ACT, por configurarem

delineamentos de estudo não condizentes com os objetivos da presente revisão (p. ex., estudos descritivos) ou pela população não envolver apenas profissionais da saúde. Por fim, 2 artigos foram excluídos por consistirem em propostas de protocolo. Assim, 4 artigos foram selecionados para a análise de qualidade metodológica. Dos quatro artigos, três obtiveram pontuação maior que 80% e apenas um ficou entre 70 e 80% na análise de qualidade metodológica e os quatro foram incluídos na revisão final (Figura 1).

Descrição dos estudos

Dos 4 estudos incluídos na revisão, 3 adotaram métodos quantitativos de pesquisa, dos quais 2 foram ECRs (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021) e 1 foi um estudo Quase-Experimental (Han et al., 2022). Apenas um estudo adotou uma metodologia de métodos mistos (Smith-MacDonald et al., 2022). Porém, para a presente revisão, apenas o componente qualitativo foi considerado, uma vez que o estudo em questão se trata de um estudo piloto com um tamanho de amostra pequeno objetivando ava-

liar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção grupal e online baseada na ACT, para que um ECR seja posteriormente conduzido pelos autores (Smith-MacDonald et al., 2022).

As intervenções dos estudos contaram com durações que variaram de 7 a 10 sessões. A duração das sessões de cada estudo variou entre 40 e 90 minutos. Todas as intervenções foram conduzidas em um modelo grupal. Dois estudos contaram com intervenções realizadas na modalidade online (Otared et al., 2021; Smith-MacDonald et al., 2022). Em dois dos estudos (Han et al., 2022; Smith-MacDonald, 2022) as intervenções foram aplicadas por profissionais previamente treinados. Nos demais estudos (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021), não há informações referentes aos aplicadores. Todas as intervenções contaram com o treino de repertórios comportamentais baseados nos seis princípios fundamentais da ACT (Han et al., 2022; Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021; Smith-MacDonald et al., 2022). Os dados referentes às intervenções de cada estudo e seus detalhes estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das intervenções.

Artigo	Sessões	Aplicadores	Características das Intervenções
Smith-MacDonald et al., 2022.	7 sessões; 90 min/sessão.	Psicólogos, terapeutas ocupacionais e psicoterapeutas (n = 4). Aplicadores previamente treinados.	Treino de seis processos centrais: 1) aceitação e auto-compaixão relacionada ao sofrimento moral; 2) defusão relacionada a autocrítica e ressentimento; 3) contato com o momento presente, incluindo contato com luto; 4) self como contexto e o papel da intenção-ação, narrativas e <i>story-telling</i> em perpetrar sofrimento moral; 5) entrar em contato com valores relacionados ao sofrimento moral, com foco em valores por trás das lamentações; 6) compromisso com ações guiadas pelos valores de autocompaixão e outras práticas reparativas direcionadas aos relacionamentos consigo mesmo e/ou com os outros.
Han et al., 2022.	10 sessões; 40 min/sessão.	Professor de saúde mental, neuropsicólogo e psicólogos (n = 4). Aplicadores previamente treinados.	Implementados dois módulos (aproveitar o trabalho; vida positiva). Em ambos os módulos, foram trabalhados os seis princípios da ACT relacionados a estes: valores; aceitação; defusão cognitiva, self como contexto, contato com o momento presente e ação comprometida.
Otared et al., 2021.	8 sessões; 75 min/sessão.	*	Psicoeducação acerca de depressão e ansiedade segundo a conceituação da ACT; trabalhados os seis princípios fundamentais da ACT com o encorajamento da prática regular de <i>mindfulness</i> .
Mosazadeh et al., 2021.	8 sessões; 90 min/sessão.	*	Psicoeducação acerca dos princípios da ACT e conceituação dos problemas enfrentados pelos participantes; trabalhados os seis princípios fundamentais da ACT.

*: Informação indisponível no artigo original.

As amostras dos estudos variaram entre oito e 226 participantes. Ambos ECRs contaram com um grupo de intervenção e um grupo-controle alocado em lista de espera (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021). O estudo Quase-Experimental contou com quatro grupos de intervenção sem grupo controle (Han et al., 2022). Os demais dados referentes aos estudos quantitativos estão dispostos na Tabela 2. O estudo de métodos mistos contou com uma amostra de oito participantes (Smith-

MacDonald et al., 2022). Os demais dados referentes ao componente qualitativo do estudo de métodos mistos estão dispostos na Tabela 3.

Todos os estudos incluídos atingiram critérios para alta qualidade metodológica. Os ECRs obtiveram 81,25% (Mosazadeh et al., 2021) e 87,5% (Otared et al., 2021) da pontuação total. O estudo Quase-Experimental obteve 72% (Han et al., 2022). O componente qualitativo do estudo de métodos mistos obteve 89% (Smith-MacDonald et al., 2022).

Tabela 2. Síntese dos dados dos estudos quantitativos.

Artigo	Contexto	Objetivos
Han et al., 2022.	Hospitais gerais na cidade de Xuzhou, China durante a pandemia de COVID-19.	Desenvolver e implementar um protocolo terapêutico em grupo baseado em ACT para enfermeiros com problemas de saúde mental durante a pandemia de COVID-19.
Otared et al., 2021	Profissionais da saúde atuantes durante a pandemia de COVID-19 na cidade de Tabriz, Irã.	Investigar se a ACT promove redução de sintomas de ansiedade e depressão em profissionais da saúde que atuavam durante a pandemia de COVID-19.
Mosazadeh et al., 2021.	Hospital governamental em Teerã durante o ano de 2020, no auge da pandemia de COVID-19.	Avaliar o impacto da ACT sobre o estresse ocupacional e ansiedade de enfermeiros(as) que atuavam durante a pandemia de COVID-19.

Tabela 2. Síntese dos dados dos estudos quantitativos (Continuação).

Artigo	Grupos	Variáveis mensuradas	Principais achados
Han et al., 2022	n = 226. Grupo 1: n = 55 Grupo 2: n = 58 Grupo 3: n = 54 Grupo 4: n = 59 Sem grupo-controle.	Saúde mental (SCL-90); estresse percebido (PSS) e resiliência psicológica (CD-RISC).	Sintomas de saúde mental significativamente menores pós-intervenção ($p < 0.01$) no que se refere à somatização ($t = 3.45$), sintomas obsessivos-compulsivos ($t = 5.07$), hostilidade ($t = 2.76$), ansiedade fóbica ($t = 3.26$), ideação paranóide ($t = 4.12$) e psicoticismo ($t = 4.10$). Houve aumento significativo da sensibilidade interpessoal ($t = -7.54$; $p < 0.001$). Correlações significativas e negativas entre escores de saúde mental e estresse percebido ($p < 0.01$). Correlações significativas e positivas entre escores de saúde mental e resiliência psicológica ($p < 0.001$).
Otared et al., 2021	n = 40. Grupo 1: n = 20 Grupo 2: n = 20. Grupo 2 = grupo controle, alocado em lista de espera.	Depressão (BDI); ansiedade (BAI); qualidade de vida(QOLI); funcionamento global (GAF); aceitação e ação (AAQ-II).	Pós-teste: efetividade significativa ($p < 0.001$) e tamanhos de efeito moderados a grandes para redução de sintomas de ansiedade ($\omega^2 = 0.81$) e depressão ($\omega^2 = 0.52$), assim como aumento da QdV ($\omega^2 = 0.42$) e aceitação e ação ($\omega^2 = 0.55$).
Mosazadeh et al., 2021	n = 30. Grupo 1: n = 15 Grupo 2: n = 15. Grupo 2 = grupo controle, alocado em lista de espera.	Ansiedade (VBAI) e estresse ocupacional (Steinmetz Occupational Stress Questionnaire).	Pós-teste: efetividade significativa ($p < 0.001$) para redução de sintomas de estresse ocupacional ($\eta^2 = 0.513$) e ansiedade ($\eta^2 = 0.663$), em comparação com o grupo-controle.

Tabela 3. Síntese dos dados do componente qualitativo do estudo de métodos mistos.

Artigo	Método de coleta de dados e análise	Fenômeno de interesse
Smith-MacDonald et al., 2022.	Aceitabilidade: avaliada através entrevistas online semi-estruturadas uma semana pós-intervenção. Viabilidade: avaliada através dos critérios de encaminhamento, elegibilidade, adesão e engajamento. Fidelidade: avaliada através dos relatórios semanais das sessões e entrevistas semi-estruturadas com os aplicadores. REDCap utilizada para avaliar variáveis quantitativas. Utilizada análise descritiva para variáveis quantitativas e análise não paramétrica para diferenças pré e pós-intervenção. Os dados qualitativos foram analisados tematicamente com codificação indutiva e dedutiva.	Viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção grupal online baseada em ACT para sofrimento moral em profissionais da saúde. As variáveis secundárias quantitativas envolveram sofrimento moral, suporte social, estresse ocupacional, regulação emocional, enfrentamento, flexibilidade psicológica, crescimento pós-traumático e resiliência.

Tabela 3. Síntese dos dados do componente qualitativo do estudo de métodos mistos (Continuação).

Artigo	Contexto	Participantes e amostra	Principais resultados
Smith-MacDonald et al., 2022	Profissionais da saúde que sentiram exposição a experiências causadoras de sofrimento moral durante a pandemia de COVID-19.	Amostra: 8 participantes, que eram integrantes de equipes de enfermagem ou terapeutas respiratórios que atuaram diretamente com COVID-19.	Viabilidade: dez participantes iniciaram o programa, mas duas não iniciaram a intervenção por razões pessoais e abandonaram o estudo. Em geral, 80% das participantes completaram 71% das sessões. Aceitabilidade: Todas as participantes classificaram a intervenção como “excelente” ou “muito boa”. Análise temática suporta a aceitabilidade da intervenção. Relataram que a intervenção permitiu 1) que se sentissem como “seres humanos” novamente e 2) identificação e validação ao reconhecerem que não eram “os únicos” experienciando sofrimento. As participantes relataram 5 componentes da AMPS-HCP que foram as mais benéficas: 1) permissão para expressar as emoções como resultado da pandemia; 2) espaço seguro para engajar com outros profissionais e desabafar; 3) encorajamento para explorar, experienciar e aceitar memórias e emoções negativas e doloras, as quais previamente haviam tentado suprimir; 4) foco na aplicação das habilidades aprendidas em conjunto com o conteúdo psicoeducacional; 5) diferentes estilos e reflexões referentes aos tópicos da sessão, dada a diversidade dos aplicadores.

Características, efetividade, aceitabilidade e viabilidade das intervenções

Todas as intervenções foram similarmente compostas por psicoeducação referente aos princípios da ACT ou sobre as variáveis mensuradas (p. ex., ansiedade), assim como pelo treino de repertórios comportamentais relacionados aos seis processos centrais da ACT que caracterizam a flexibilidade psicológica (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021; Han et al., 2022; Smith-McDonald et al., 2022). Dois estudos relataram o treino prévio para os aplicadores das intervenções (Han et al., 2022; Smith-McDonald et al., 2022), enquanto tal informação estava indisponível nos outros dois estudos (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021). Em geral, as intervenções foram breves, com o mínimo de 7 sessões (Smith-McDonald et al., 2022) e o máximo de 10 sessões (Han et al., 2022). Todas as intervenções foram realizadas em um formato grupal (Han et al., 2022; Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021; Smith-McDonald et al., 2022), e duas das intervenções foram realizadas na modalidade online (Otared et al., 2021; Smith-McDonald et al., 2021).

Os três estudos quantitativos relataram significância estatística ($p < 0.01$) para a melhora das variáveis mensuradas. No estudo de Han et al. (2022), não houve redução significativa para os escores de estresse percebido e resiliência psicológica. Os autores relataram melhora significativa em todos os domínios avaliados pela SCL-90. Porém, não foram conduzidas análises estatísticas que avaliassem a magnitude do efeito da intervenção. Han et al. (2022) também encontraram correlações significativas, negativas e moderadas entre a taxa de diminuição do escore geral de saúde mental e estresse percebido ($r = -0.501$), correlações positivas e moderadas entre as taxas de diminuição dos escores de saúde mental e de aumento da resiliência ($r = 0.398$) e correlações positivas e moderadas entre as taxas de diminuição do estresse percebido e de aumento da resiliência ($r = 0.512$). No ECR de Otared et al. (2021), os autores relataram tamanhos de efeito significativos para a redução de sintomas de ansiedade ($\omega^2 = 0.81$) e depressão ($\omega^2 = 0.52$), assim como para o aumento da qualidade de vida ($\omega^2 = 0.42$) e dos escores de aceitação e ação ($\omega^2 = 0.55$), em comparações com o grupo controle no pós-intervenção. Para a ANCOVA, os autores confir-

maram os três pressupostos da covariância. No de Mosazadeh et al. (2021), os autores calcularam tamanhos de efeito significativos através de ANOVA, apontando redução do estresse ocupacional ($\eta^2 = 0.513$) e ansiedade ($\eta^2 = 0.663$) pós-intervenção, em comparação com grupo controle. Assim, 51,3% da variação dos sintomas de estresse ocupacional e 66,3% da dos sintomas ansiosos nas comparações realizadas puderam ser atribuídos à ACT.

O estudo publicado por Smith-McDonald et al. (2022) constatou uma viabilidade desejável para a intervenção proposta. A análise temática realizada pelos autores suporta a hipótese de que a intervenção é aceitável (Tabela 3). Os resultados do estudo também favorecem a modalidade online e em grupo, visto que as participantes relataram que participar das intervenções na própria casa permite flexibilidade dentro da rotina de trabalho e do lar, visto que não é necessário gastar tempo com transporte. Também apontaram o formato online como benéfico dado o maior controle sobre o ambiente e a possibilidade de desligar seus microfones e câmeras em momentos em que desejavam garantir uma maior privacidade sem a necessidade de deixar o ambiente da intervenção.

Em geral, a síntese dos dados dos estudos incluídos na presente revisão permitem responder às perguntas norteadoras: a ACT possui o efeito de garantir humanização, identificação, validação dos sentimentos negativos e sua atribuição ao contexto da pandemia, além da sensação de união com os demais profissionais da saúde que experienciam sofrimento psicológico durante a pandemia de COVID-19; a ACT possui uma efetividade significativa para a redução de diversos sintomas relacionados ao sofrimento psicológico, aferida através de comparações com grupo controle (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021); intervenções baseadas em ACT são viáveis e aceitáveis, principalmente nas modalidades grupais e online. Embora o estudo publicado por Han et al. (2022) não tenha realizado comparações com grupo controle, os dados dos ECRs (Mosazadeh et al., 2021; Otared et al., 2021) apontam para a replicabilidade e confiabilidade dos dados relatados por Han et al. (2022) no que se refere à efetividade da ACT para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19.

Discussão

A presente revisão da literatura objetivou avaliar os efeitos das intervenções baseadas em ACT para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19, bem como efetividade, viabilidade, aceitabilidade e as características destas intervenções. Os estudos de Mosazadeh et al. (2021), Otared et al. (2021) e Han et al. (2022) apontam para um cenário promissor, que aponta potencial para as aplicações ACT para a população em questão, no que se refere à diminuição de sintomas relacionados ao sofrimento psicológico e ao fortalecimento de fatores relacionados à saúde e bem-estar, como qualidade de vida, aceitação e ação (Otared et al., 2021).

Visto que diversas variáveis envolvidas no sofrimento de profissionais da saúde são incontroláveis a nível individual, como falta de recursos, alta carga de trabalho, medo de contágio, estigma profissional e afins (Vieira et al., 2022), a efetividade aferida pelos estudos incluídos na presente revisão pode ser explicada pela própria caracterização da ACT. Esta, em geral, visa fortalecer a aceitação de respostas emocionais aversivas, a redução do controle do comportamento por eventos internos e a ação comprometida com valores bem definidos (Hayes et al., 2013). Assim, a ACT promove a aceitação das variáveis incontroláveis e o foco sobre comportamentos que mantêm os indivíduos alinhados com seus valores, mesmo na presença de sofrimento. Conforme apontado pelos dados de Smith-McDonald et al. (2022): a ACT permite a 1) expressão de emoções como resultado da pandemia e seu caráter incontrolável a nível individual no que se refere ao sofrimento experienciado; 2) um espaço que promove a identificação com outros profissionais que experienciam sofrimentos similares, o que favorece a aceitação; 3) explorar, experienciar e aceitar eventos internos aversivos, os quais as participantes anteriormente haviam tentado evitar ou controlar e 4) foco na aplicação das habilidades aprendidas para se comportarem em favor dos valores pessoais, mesmo inseridos no contexto da pandemia e expostos às limitações por esta favorecidas.

Embora os estudos incluídos na presente revisão e a síntese dos dados indiquem a efetividade, a aceitabilidade e viabilidade da ACT para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19,

o estudo publicado por Mosazadeh et al. (2021) contou com uma intervenção realizada enquanto o conhecimento acerca do vírus era mínimo e com uma amostra retirada de um único hospital, de modo que os dados podem não ser generalizáveis (Mosazadeh et al., 2021). O estudo de Han et al. (2021) contou com questionários autoaplicados sem indicadores objetivos, o que pode levar ao viés dos resultados, além de que a falta de um grupo-controle pode comprometer a validade interna do estudo (Han et al., 2022). O estudo de Smith-McDonald et al. (2022), por sua vez, contou com uma amostra extremamente pequena e homogênea, composta exclusivamente por enfermeiras, técnicas de enfermagem ou terapeutas respiratórios do sexo feminino, o que pode levar à pouca generalização dos dados e à impossibilidade de analisar os resultados sob a ótica das diferenças de gênero. Ademais, as participantes terem sido recrutadas por conveniência e por amostragem bola-de-neve implica a seleção de participantes que identificavam o próprio sofrimento moral e que estavam abertos ao tratamento e suporte. Como algumas participantes não completaram todas as sessões de intervenção, somado à amostra pequena, é possível que os resultados quantitativos tenham sido impactados de modo a não se demonstrarem confiáveis ou significativos, conforme apontam os próprios autores (Smith-McDonald et al., 2022). Os questionários utilizados para a avaliação do sofrimento moral, em geral, carecem de confiabilidade, validade e sensibilidade, conforme apontado pela literatura (Litz & Kerig, 2019). As limitações metodológicas dos estudos incluídos na presente revisão referentes às técnicas de amostragem, tamanhos de amostra e condições de controle podem impactar a validade interna dos estudos e dos dados apresentados na presente revisão.

O contexto da pandemia de COVID-19 implica distanciamento ou isolamento social, alta carga de trabalho, potencial falta de recursos e sobrecarga do sistema em todas as esferas da saúde (Dantas et al., 2021; Prakash et al., 2022; Vieira et al., 2022) são variáveis que tornam a realização de intervenções em grupo recursos valiosos para profissionais da saúde. Tais intervenções permitem menos recursos gastos, sejam estes humanos, financeiros ou de tempo, associados à maior possibilidade de ofere-

cer tratamento a grandes números de indivíduos. A modalidade online, adotada por dois dos estudos incluídos na presente revisão (Otared et al., 2021; Smith-McDonald et al., 2022), oferece benefícios significativos por reduzir ainda mais os custos de respostas dos profissionais de saúde para aderirem aos tratamentos.

Tais achados oferecem um panorama acerca da necessidade de modelar intervenções para a população de profissionais da saúde para possíveis eventos epidêmicos ou pandêmicos no futuro, dada a maior vulnerabilidade desta população para o sofrimento psicológico em contextos de crises sanitárias.

Conclusões

A presente revisão permite identificar a ACT como um modelo de terapia promissor para profissionais da saúde inseridos em contextos de crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19. Foi possível identificar dados transculturais que sugerem a efetividade da ACT, em modelos grupais e presenciais ou online, para a redução de sintomas como ansiedade, depressão, estresse ocupacional, sofrimento moral e demais sintomas relacionados a problemas de saúde mental, assim como para o aumento de repertórios comportamentais que beneficiam variáveis como qualidade de vida e promovem flexibilidade psicológica. O modelo de terapia em grupo favorece tais processos, enquanto a modalidade online permite flexibilidade para adesão ao tratamento e beneficia a privacidade dos participantes. Porém, dada as limitações metodológicas dos estudos incluídos, são necessários mais estudos que dispõem de rigor metodológico adequado, a fim de avaliar os efeitos da ACT para profissionais da saúde de maneira confiável, de modo que estes efeitos possam ser seguramente atribuídos à ACT.

Limitações

Algumas limitações da presente revisão devem ser consideradas, sendo uma delas a baixa quantidade de estudos experimentais, quase-experimentais e qualitativos acerca de intervenções baseadas em ACT para profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19, dado o caráter recente desta crise sanitária. Para os estudos quantitativos incluídos,

a síntese narrativa sem metanálise impossibilita determinar e sintetizar dados referentes ao risco de viés de publicação, à diferença média padronizada, ao intervalo de confiança, ao peso das evidências e à heterogeneidade dos estudos, por exemplo. Quanto ao componente qualitativo, a inclusão de um único estudo impossibilita a realização de meta-agregação para a síntese qualitativa e pode comprometer a generalização dos dados sintetizados a partir do componente qualitativo.

Referências

- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Barrett, K., & Stewart, I. (2021). A preliminary comparison of the efficacy of online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) stress management interventions for social and healthcare workers. *Health & Social Care in the Community*, 29(1), 113-126. <https://doi.org/10.1111/hsc.13074>
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 292, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Chirico, F., Ferrari, G., Nucera, G., Szarpak, L., Crescenzo, P., & Ilesanmi, O. (2021). Prevalence of anxiety, depression, burnout syndrome, and mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a rapid umbrella review of systematic reviews. *J Health Soc Sci*, 6(2), 209-220. <https://doi.org/10.19204/2021/prvl7>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- d'Ettorre, G., Ceccarelli, G., Santinelli, L., Vassalini, P., Innocenti, G. P., Alessandri, F., ... & Tarsitani,

- L. (2021). Post-traumatic stress symptoms in healthcare workers dealing with the COVID-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 601. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph18020601>
- Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25. <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
- Fundação Oswaldo Cruz (2021, 04 de Março). Falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus, que já soma mais de quatro mil mortes em 2021. Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida. <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>
- Han, J., Zhang, L., Liu, Y., Zhang, C., Zhang, Y., Tang, R., & Bi, L. (2022). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13696>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Litz, B. T., Kerig, P. K. (2019) Introduction to the special issue on moral injury: conceptual challenges, methodological issues, clinical applications. *J Traumat Stress*. 32:341–9. <https://doi.org/10.1002/jts.22405>
- Lizarondo L, Stern C, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, Apostolo J, Kirkpatrick P, Loveday H. Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-09>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *JBIM Evidence Implementation*, 13(3), 179-187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Mosazadeh, H., Blachnio, A., & Pirnia, B. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on occupational stress and anxiety of nurses caring for patients with COVID-19 in Tehran. *International Clinical Neuroscience Journal*, 8(3), 124-128. <https://doi.org/10.34171/icnj.2021.26>
- Organização Mundial de Saúde. (11 de Março de 2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. World Health Organization. <https://who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organização Mundial de Saúde. (24 de Novembro de 2022). WHO Health Emergency Dashboard. World Health Organization. <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>
- Otared, N., Moharrampour, N. G., Vojoudi, B., & Najafabadi, A. J. (2021). A Group-based Online Acceptance and Commitment Therapy Treatment for Depression, Anxiety Symptoms and Quality of Life in Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial. *International journal of psychology and psychological therapy*, 21(3), 399-411. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8111671>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *bmj*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pereira, M. D., de Oliveira, L. C., Costa, C. F. T., de Oliveira Bezerra, C. M., Pereira, M. D., dos Santos, C. K. A., & Dantas, E. H. M. (2020).

- A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e652974548-e652974548. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4548>
- Prado, A. D., Peixoto, B. C., da Silva, A. M. B., & Scalia, L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128-e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
- Prakash, N., Srivastava, B., Singh, S., Sharma, S., & Jain, S. (2022). Effectiveness of social distancing interventions in containing COVID-19 incidence: International evidence using Kalman filter. *Economics & Human Biology*, 44, 101091. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101091>
- Prudenzi, A., Graham, C. D., Clancy, F., Hill, D., O'Driscoll, R., Day, F., & O'Connor, D. B. (2021). Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.084>
- Reeve, A., Tickle, A., & Moghaddam, N. (2018). Are acceptance and commitment therapy-based interventions effective for reducing burnout in direct-care staff? A systematic review and meta-analysis. *Mental Health Review Journal*. ISSN: 1361-9322
- Schettino, G., & Miranda, R. (2021). Hospitais de campanha para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil. *Acesso Cuidados Especializados*, 124. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid19-volume5.pdf#page=125>
- Smith-MacDonald, L., Lusk, J., Lee-Baggley, D., Bright, K., Laidlaw, A., Voth, M., ... & Bremault-Phillips, S. (2022). Companions in the abyss: a feasibility and acceptability study of an online therapy group for healthcare providers working during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 2500. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.801680>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017). Systematic reviews of effectiveness. In *Joanna Briggs Institute reviewer's manual* (pp. 3-10). Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- Vieira, J., Anido, I., & Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas?. *Saúde em Debate*, 46, 47-62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>

Histórico do Artigo

Submetido em: 19/04/2023

Aceito em: 26/09/2024

Valores sob a ótica contextualista funcional nas intervenções para comportamentos antissociais: uma revisão sistemática

Values from a functional contextualist perspective in interventions for antisocial behaviors: a systematic review

Milena Rodrigues¹, Giovana Veloso Munhoz da Rocha¹

[1] Universidade Tuiuti do Paraná | **Título abreviado:** Revisão sistemática: valores em intervenções para comportamentos antissociais | **Endereço para correspondência:** | **Email:** rodrigues.milenapsi@gmail.com | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.017

Resumo: O objetivo do presente trabalho foi levantar, na literatura científica dos últimos 10 anos, artigos científicos que conduzissem à compreensão de intervenções baseadas em valores, sob a ótica do contextualismo funcional, envolvendo população cuja queixa reside em comportamentos antissociais. Esta revisão sistemática foi realizada segundo o protocolo de pesquisa *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020). A partir da análise por meio dos critérios de inclusão e exclusão, oito artigos permaneceram no estudo. Intervenções pautadas em valores demonstraram resultados promissores quanto a redução de comportamentos de agressividade, impulsividade e esquiva experiencial, assim como remissão de atos criminais, como a violência entre parceiros íntimos. Como limitações, destacam-se a escassez de pesquisas brasileiras e a necessidade de explorar hipóteses em outras populações.

Palavras-chave: revisão sistemática, terapia de aceitação e compromisso, valores, comportamento antissocial.

Abstract: The aim of the present study was to review research articles from the scientific literature of the last 10 years that contribute to the understanding of values-based interventions from the perspective of functional contextualism for populations whose complaints are centered on antisocial behaviors. This systematic review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) research protocol. Based on the analysis using inclusion and exclusion criteria, eight articles were retained for the study. Values-based interventions demonstrated promising results in reducing aggressive behaviors, impulsivity, and experiential avoidance, as well as remission of criminal acts such as Intimate Partner Violence. Some limitations were identified, especially the scarcity of Brazilian research and the need to explore hypotheses in other populations.

Keywords: Systematic review; Acceptance and commitment therapy; Values; Antisocial Behavior.

A ciência comportamental se dedica à descrição, previsão e influência nos fenômenos comportamentais. O contextualismo funcional, proposto por Hayes et al. (2012), pode ser compreendido como uma ampliação dos pilares que fundamentam o Behaviorismo Radical (Hughes, 2018). Para o contextualismo funcional, a predição e influência no comportamento busca ser precisa, com escopo e profundidade. O contextualismo funcional busca interpretar os fenômenos a partir das relações funcionais estabelecidas nos contextos aos quais estas ocorrem. Isso é, uma análise sob o viés contextualista funcional é unificada: o comportamento não ocorre isolado de um contexto situacional e histórico. Assim como a análise ocorre em um único plano, uma vez que os eventos são da mesma natureza, independentemente de serem públicos ou privados (Törneke et al., 2016; Zettle et al., 2016). Essa é a base filosófica para as terapias comportamentais de terceira geração, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que apresenta, por sua vez, um modelo unificado de mudança, ou seja, todo comportamento ocorre em determinado contexto que é parte de uma história. Essa forma de pensar as pessoas visa promover a flexibilidade psicológica, aumentando a habilidade de vivenciar o momento presente de forma consciente e aberta para tal experiência e o contato com as consequências de comportamentos alinhados pelos valores pessoais do indivíduo (Barbosa & Murta, 2015; Hayes et al., 2011; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2022).

Os valores, dentro da ótica contextual na ACT, constituem-se em tópicos de natureza ativa, que não são pré-estabelecidos, mas construídos contínua e verbalmente pelo indivíduo ao longo da vida. Nesse sentido, as intervenções da ACT objetivam a construção e escolha de valores como propósitos. É somente quando o sujeito toma os valores como escolha pessoal, independentemente da imposição social ou da esquiva de sentimentos de culpa, que haverá um caminhar efetivo na direção de uma vida valorosa. Por fim, os valores fornecem os critérios de seleção que vão proporcionar que retenção e variação seletiva atuem como procedimentos causais na evolução do comportamento (Hayes et al., 2021).

O Comportamento Antissocial (CAS) se trata de toda conduta que viola e desrespeita os direitos alheios e regras de um grupo, causando danos e perturbando o ambiente (Costa & Rocha, 2020; Kazdin & Buela-Casal, 1999;). De maneira geral, o CAS é um padrão comportamental que, via de regra, é transmitido intergeracionalmente, resultante de um histórico de aprendizagem principiado nas relações familiares ou primordiais. Entretanto, é importante frisar que seu desenvolvimento é multifatorial, estando relacionado ao desempenho acadêmico, rejeição por pares pró-sociais, associação a pares desviantes, rejeição parental, desvantagem e vulnerabilidade social (Costa & Rocha, 2020). São, por exemplo, padrões comuns de CAS, culpabilizar um terceiro por seus erros, busca da autograti-ficação imediata, interações hostis, dentre outros. Patterson et al. (1992) descreveram quatro estágios do desenvolvimento do CAS no modelo de coerção. O primeiro é composto pelas características da família (uso de substâncias, negligência e/ou cuidadores antissociais), estressores (sociais como pobreza, desemprego etc.) e temperamento abrasivo da criança (hiperatividade, imposição, impulsividade etc.). Tais elementos, junto a práticas parentais ineficazes como violência física, gritos, superproteção, relacionadas à baixa autoestima infantil, tendem a promover comportamentos antissociais no infante. Enquanto o mote do primeiro estágio reside nas relações familiares, o segundo concentra-se em ambiente escolar (lembrando que as variáveis do primeiro estágio não deixam de existir). Nesta etapa, há a rejeição pelos pares relacionada ao baixo desempenho escolar e poucas habilidades sociais, o humor deprimido decorrente da falta de ocasiões para obtenção de reforços e, por fim, a rejeição dos tutores e professores. Aqui, a criança, uma vez tida como fracassada e excluída pelo grupo, tende a associar-se a pares desviantes. Esse é o marco de passagem ao terceiro estágio, no qual o pré-adolescente ou adolescente aprimora seu repertório antissocial junto aos pares, podendo apresentar comportamentos de uso de drogas e atos infracionais. Por fim, o quarto estágio apresenta adolescentes ou jovens adultos que não possuem habilidades sociais, apresentam dificuldades em possuir estabilidade em empregos e envolvem-se em relacionamentos afetivos caóticos. Nessa etapa é comum observar

a ocorrência de encarceramento e aprimoramento do comportamento infracional/criminal. Logo, o modelo de coerção aponta que a progressão do CAS escala de maneira persistente no decorrer do desenvolvimento e que pode resultar em comportamentos antissociais caracterizados como crimes e infrações (Costa & Rocha, 2020; Gomide et al., 2017; Pacheco et al., 2004; Skinner, 1981).

Comportamentos antissociais estão presentes em diversos transtornos psiquiátricos contidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR 2022), tais como: transtorno de conduta, transtorno opositor desafiador, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de personalidade do grupo B- eixo 2, dentre outros. É fundamental a compreensão do tema para um bom manejo clínico e psicoterápico desta demanda. Patterson et al. (1992) consideram o CAS resultado de aspecto desenvolvimentista, de modo que as interações sociais do sujeito, em primeira instância no ambiente familiar, vão sendo selecionadas a partir das demandas ambientais e do desenvolvimento do indivíduo. Deste modo, apesar de compor características diagnósticas de diversos transtornos contidos no DSM-5-TR, o uso do termo “Comportamento Antissocial” implica em um padrão comportamental de função particular que, por sua vez, é comum a estes transtornos (Pacheco et al., 2004). Isso demonstra que o CAS pode ocorrer sem que seja dentro de um diagnóstico específico. Além disso, não seria aceitável compreendê-lo como um comportamento escolhido livremente pelo indivíduo.

Dentro desta temática, a partir da perspectiva em ACT, o *Hexaflex* é tido como um modelo unificado e de análise transdiagnóstica do sofrimento do cliente. A partir deste, é também possível identificar, através dos comportamentos disfuncionais trazidos pelo cliente, quais áreas apresentam necessidade de intervenção, a fim de proporcionar uma maior flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012).

Sob a ótica contextualista funcional o comportamento valoroso é aquele que ocorre em consonância com os valores estabelecidos pela pessoa. No manejo clínico, o terapeuta ACT fica sob controle do objetivo maior de auxiliar o sujeito a viver de acordo com os valores que escolheu. Ou seja, os valores que o indivíduo escolhe é que estabelece-

rão o plano terapêutico, de modo que o processo só fará sentido à luz dos valores livremente escolhidos pelo cliente (Hayes et al. 2021).

Tendo em vista que parece ser relevante entender a questão dos valores para intervenções com pessoas que parecem escolher valores conflitantes com o bem estar de grandes grupos inseridos numa mesma cultura, neste caso indivíduos que apresentam padrões antissociais de comportamento, o objetivo do presente trabalho foi levantar na literatura científica dos últimos 10 anos artigos científicos que conduzissem à compreensão de intervenções baseadas em valores, sob a ótica do contextualismo funcional, para população cuja queixa reside em comportamentos antissociais, assim como, identificar a existência de lacunas na área e propor novas pesquisas.

Método

Esta revisão sistemática foi realizada segundo o protocolo de pesquisa *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* -PRISMA 2020 (Page et al., 2021). A busca foi realizada no período de fevereiro de 2023 a maio de 2023 nas bases de dados Web of Science, PubMed, Scielo, Sage Journals e Science Direct. Objetivou-se encontrar artigos dos últimos dez anos (2013 a 2023) que tratassem da temática dos valores em intervenções ACT para comportamentos antissociais. Foram incluídos artigos em inglês e não foram encontrados artigos em português. Os seguintes descritores e marcadores booleanos presentes nos recursos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) foram utilizados: “act” OR “acceptance and commitment therapy” AND “antisocial behavior” OR “impulsive behavior” OR “deviant behavior” OR “conduct disorder” OR “attention deficit disorder with hyperactivity” OR “borderline personality disorder” OR “narcissistic personality disorder” OR “antisocial personality disorder” OR “histrionic personality disorder” OR “aggressive behavior”.

Com relação aos critérios de inclusão, foram considerados artigos que (1) tratassem de valores nas intervenções para comportamentos antissociais, (2) publicados em inglês ou português, (3)

disponíveis na íntegra, (4) publicados entre os anos de 2013 e 2023, e (5) submetidos à revisão por pares. Foram excluídos da seleção os artigos que não apresentavam algum dos critérios estabelecidos, os que não demonstravam informações sobre os valores nas intervenções e os que não tratavam de comportamentos antissociais. Uma vez que a leitura do título não fosse suficiente para seleção, foi realizada a leitura do resumo e, por fim, do artigo na íntegra.

Resultados

A busca a partir dos descritores resultou em 1.084 artigos, sendo 637 na base de dados Web of Science, 248 no Pubmed, 5 no Scielo, 70 no Sage Journals e 124 na base Science Direct. Dentre esses 14 foram

eliminados por duplicidade e 1049 foram excluídos de acordo com os critérios de exclusão. Por fim, 21 artigos foram avaliados para elegibilidade. Na última etapa, 11 artigos foram excluídos após a leitura do texto completo, cinco por não se aprofundarem sobre o construto de valores na intervenção, e seis por não apresentarem conteúdo sobre comportamento antissocial. Um segundo revisor realizou o mesmo procedimento de busca nas bases de dados, usando os mesmos descritores. Foi calculado o índice de concordância entre os revisores para cada base de dados sob o cálculo da divisão do menor número de artigos encontrados pelo maior, seguido da multiplicação do resultado por 100. O índice médio de concordância entre os revisores nesta fase foi de 96%. Em segundo momento, o segundo revisor analisou 40% dos 1.084 artigos encontra-

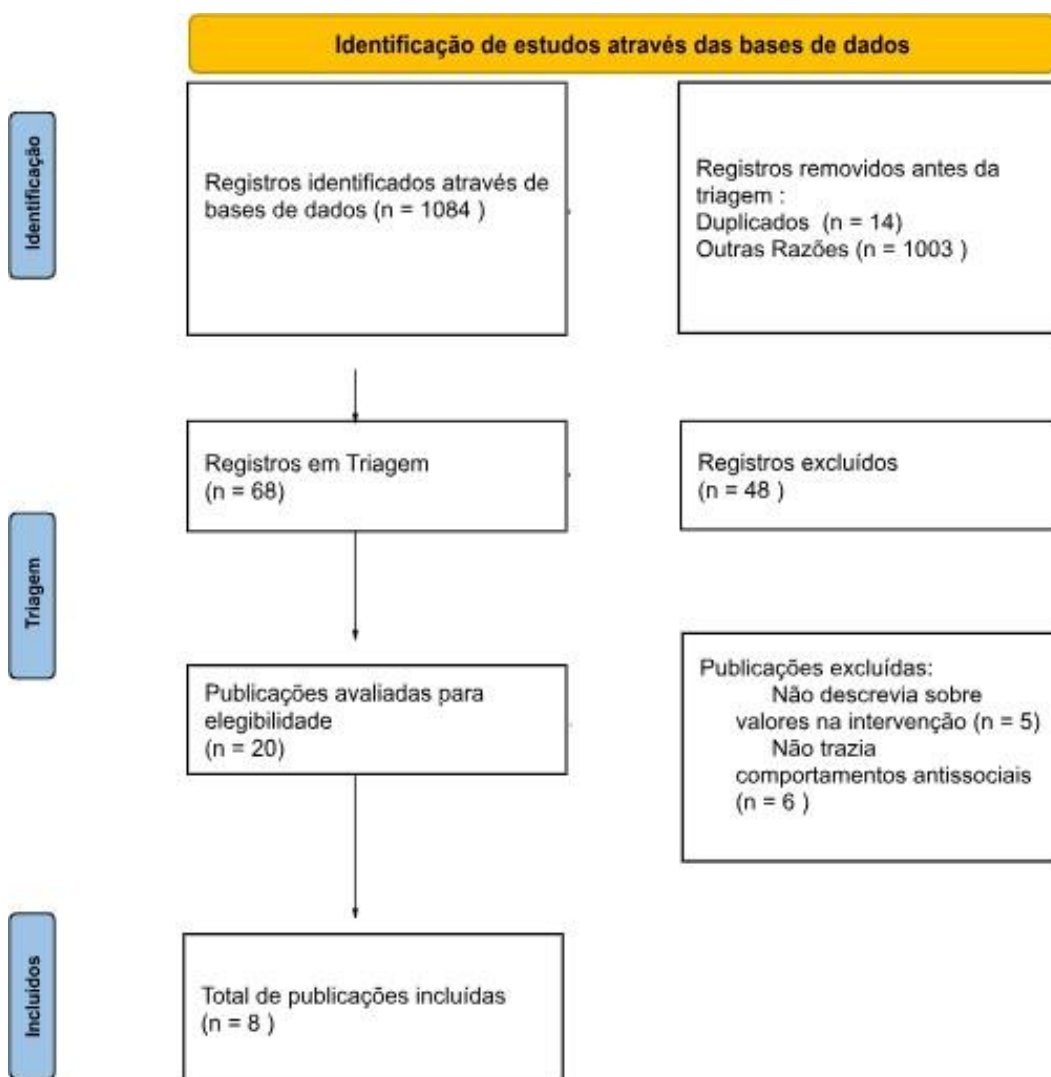


Figura 1. Diagrama PRISMA 2020. Adaptado e traduzido de PRISMA 2020.

Tabela 1: Resultados.

Autores/ ano	País	Delineamento	Intervenção	Participantes/ Avaliação da Intervenção/Instrumentos
Livheima et al. (2020)	Suécia	Grupo experimental e grupo controle/ <i>follow up</i> (2 semanas, 1 mês, 8 e 18 meses)	6 sessões de psicoterapia baseadas em ACT	160 Jovens em lares de tratamento residencial/ n=91 para Tratamento Usual (TAU) + ACT e n=69 no grupo de controle (TAU). Pré e pós teste.- BYI-II, AFQ-Y, AFQ-Y8, SDQ e ADAD.
Zarling & Berta (2017)	EUA	Grupo experimental e grupo controle/ <i>follow-up</i> de 3 e 6 meses	12 sessões de psicoterapia baseada em ACT	3474 Homens encarcerados, perpetradores de VPI, sendo n=843 para intervenções em ACTV e n=2631 no grupo de controle em Duluth/CBT
Polat & Karaka. (2021)	EUA	Grupo experimental e de controle	8 sessões de psicoterapia embasadas na ACT	66 Indivíduos sob custódia que estão recebendo cuidados de saúde mental, n=33 para o grupo com intervenções em ACT e n=33 para o grupo controle./ARS, BIS e um formulário para dados pessoais.
Garivani et al. (2021)	Irã	Grupo experimental e grupo controle	8 sessões de psicoterapia embasadas na ACT	24 Crianças e adolescentes Imigrantes, n=12 para o grupo experimental, e n=12 para o grupo de controle/ ARS, Questionário de Agressão e BIS.
Zarling et al. (2015)	EUA	Grupo experimental e grupo controle/ <i>follow-up</i> de 12 meses	12 sessões de psicoterapia baseada em ACT	101 Homens e Mulheres, sob custódia por VPI n=50 para o grupo experimental e n=51 para o grupo de control /MMEA, CTS-2, AAQ-II e DERS.
Gomez et al. (2014)	EUA	Estudo de caso/ <i>follow-up</i> de 12 meses	4 sessões de psicoterapia embasadas na ACT	5 Adolescentes com problemas de conduta/ AAQ-II, EMIC e SCS.
Eisenbeck et al. (2016)	Hungria	Grupo experimental e grupo controle/ <i>follow-up</i> de 3 meses	10 sessões de psicoterapia embasadas na ACT	18 Homens encarcerados sob acusação de violência sendo n=9 para intervenções em ACT e n=9 no grupo de controle em TAU/ AAQ-II, BDI-SF, BDI-SF, BAI e o VLQ.
O'Driscoll et al. (2020)	EUA	Estudo de caso	20 sessões de psicoterapia embasadas na ACT	Um adolescente/ AFQ-Y e BANI-Y.

dos inicialmente para inclusão na pesquisa a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Baseado nos materiais selecionados, uma análise de concordância entre os revisores foi realizada com resultado obtido pela Fórmula: (nº de concordâncias / nº de discordâncias x 100). A porcentagem obtida nesta etapa foi de 99%.

Foram selecionados oito estudos, dos quais cinco foram realizados nos Estados Unidos da América, um no Irã, um na Hungria e um na Suécia. Dentre eles, cinco contaram com *follow-up* após a intervenção. Em termos metodológicos, foram identificados dois estudos de caso, um estudo com grupo experimental, e seis que realizaram comparações entre grupo experimental e controle.

O estudo de Livheim et al. (2020), contou com 160 jovens entre 12-18 anos incluídos em lares de tratamento residencial administrados pelo Conselho Nacional Sueco de Cuidados Institucionais (NBIC).

Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo Tratamento Usual (TAU) (n = 69) e TAU + ACT (n = 71). O estudo teve duração de 18 meses, com 5 momentos para procedimentos (T1-T5), e *follow-ups* em duas semanas, 1 mês, 6 meses e 18 meses após o início do estudo. A pré e pós intervenção foi realizada por meio dos seguintes instrumentos: O Inventário da Juventude de Beck – II (BYI-II), o Questionário de Esquiva Experiencial e Fusão Cognitiva para Jovens (AFQ-Y) (AFQ-Y8), o Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades (SDQ) e por fim, o protocolo de entrevista estruturada de diagnóstico de abuso de drogas na adolescência (ADAD). Os resultados demonstraram melhorias ao grupo que teve intervenções baseadas em ACT. Ocorreram melhorias de pequeno - médio efeito na diminuição da raiva (cohen's $f = 0.27$), comportamento disruptivo ($d = 0.18$), problemas de conduta (cohen's $f = 0.15$) e hiperatividade (cohen's $f =$

0.20). Também foram encontrados mudanças de pequeno efeito na ansiedade (cohen's $f = 0.18$) e depressão (cohen's $f = 0.15$). Foi verificado também o aumento da pró-socialidade e melhor funcionamento psicossocial geral.

O estudo de Zarling & Berta. (2017) examinou o impacto de um programa embasado em ACT e ACTV na redução de reincidência criminal comparado aos métodos tradicionais (Modelo Duluth + TCC), um ano após as intervenções. O Modelo Duluth (Pence & Paymar, 1993) consiste no protocolo de intervenção em grupo mais aplicado em homens progressores de violência contra parceiros íntimos nos Estados Unidos. A premissa deste é que a violência entre homens e mulheres é o resultado da ideologia patriarcal e da aprovação social do domínio masculino sobre as mulheres (Poletto et al., 2018). Os dados foram coletados junto ao diretor de pesquisas do Departamento Correcional de Iowa (Iowa DOC). A amostra ($n = 3.474$) era de homens encarcerados sob a acusação de violência doméstica, participantes compulsórios de um programa de intervenção não randomizado, entre os anos de 2011 e 2013. Tanto a intervenção em ACTV ($N = 843$) quanto a baseada no método Duluth/TCC ($n = 2.631$) consistiram em 24 sessões em periodicidade semanal de 1,5h à 2h cada. Os resultados demonstraram que homens no ACTV tiveram menos acusações e reincidiram menos durante o período de intervenção, assim como menos homens foram presos no ano posterior à intervenção em comparação com os participantes do Duluth/TCC.

O estudo randomizado de Polat & Karakaş (2021) teve o objetivo de investigar os efeitos do treinamento de gerenciamento de raiva e impulsividade baseado em ACT em indivíduos sob custódia que estão recebendo cuidados de saúde mental. Os dados foram coletados entre julho de 2018 e fevereiro de 2019. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Ruminação de Raiva (ARS), Escala de Impulsividade de Barratt (BIS) e um formulário para dados pessoais. 66 pacientes fizeram parte do estudo. As intervenções duraram 8 semanas com sessões semanais em duas partes de 30 minutos, com um intervalo de 15 minutos entre elas, somente com o grupo experimental ($n = 33$). Os resultados foram favoráveis à eficácia da ACT, demonstrando redução nos níveis de ruminação

da raiva, além de menores índices ($p < .001$) em reflexões raivosas, pensamentos de vingança, lembranças raivosas e compreensão das causas. Esses dados afirmam a hipótese inicial do estudo de que treinamento orientado pela ACT afeta a ruminação da raiva em indivíduos sob cuidados de saúde mental em contexto forense. Quanto ao BIS, ($p < .05$) foi demonstrada a melhora nos índices de impulsividade nos indivíduos do grupo experimental, ou seja, o controle da raiva orientado pela ACT reduziu a impulsividade, favorecendo a hipótese de que o treinamento de controle da raiva em ACT afeta a impulsividade de sujeitos em tratamento mental dentro do contexto forense.

Garivani et al. (2021), objetivaram em seu estudo investigar a efetividade da ACT na ruminação de raiva, hostilidade e agressão de crianças e adolescentes imigrantes. O delineamento quase-experimental com pré e pós-teste, foi realizado com crianças e adolescentes imigrantes em Mashhad, Irã ($n = 24$), de 12 à 18 anos, subdivididos de forma randomizada entre os grupos experimental e de controle. Os instrumentos utilizados foram a ARS, Questionário de Agressão, e BIS. Tanto no grupo experimental quanto no grupo controle, 66,7 dos participantes eram do sexo masculino, e 33,3% do feminino. Foram realizadas com o grupo experimental oito sessões de ACT com duração de 90 minutos cada, enquanto o grupo de controle não recebeu tratamento algum. Após as sessões, ambos os grupos responderam a três questionários no pós-teste. Os resultados demonstraram uma redução da ruminação de raiva, hostilidade e variáveis de agressão nos jovens imigrantes do grupo experimental.

Zarling et al., (2015), estudaram sobre a eficácia da ACT em intervenções em casos de VPI. Cento e um participantes, dentre homens e mulheres, com idade média de 31 anos integraram o estudo. Os instrumentos utilizados foram a Multidimensional Measure Emotional Abuse Scale (MMEA), Escala de Táticas de Conflito (CTS-2), Questionário de Evitação e Ação (AAQ-II); e Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS). Os participantes foram distribuídos de forma randomizada dentre os grupos experimental ($N = 50$) e de controle placebo ($N = 51$). Ambas as intervenções consistiram em 12 sessões de duas horas cada, com periodicidade semanal. Houve avaliações pré e pós-

-intervenção, com follow-up de 3 e 6 meses. Os resultados no grupo experimental foram favoráveis e demonstrados em ambos os follow-ups. No primeiro, de três meses, houve o declínio da agressão psicológica (4,56, erro padrão (SE) 1,79, $t(97)$ 6,25, p 0,001) e física (5,24, SE 2,51, $t(97)$ 5,90, p .001); assim como, no de seis meses, agressão psicológica, (5,63, SE 1,82, $t(97)$ 6,41, p 0,001), e agressão física, (5,71, SE 2,34, $t(97)$ 7,35, p .001). À esquiwa experiencial foi reduzida ($\beta = 3.36$, SE 0.54, $t(97)$ 2.80, p .01) em três e em seis meses ($\beta = 3.85$, SE 0.72, $t(97)$ 3.54, p .001). Quanto a desregulação emocional, no follow-up de três meses demonstrou declínio ($\beta = 2.14$, SE 0.86, $t(97)$ 5.03, p .001.) assim como no de seis meses ($\beta = 3.53$, SE 1.26, $t(97)$ 2.91, p .01.).

Gomez et al. (2014) exploraram o efeito de um protocolo breve baseado em ACT aplicado a cinco adolescentes infratores diagnosticados com transtorno de conduta e impulsividade, que apresentaram resistência aos tratamentos psicológicos anteriores. A intervenção aconteceu por meio de quatro sessões individuais de 90 minutos cada, ao decorrer de duas semanas. O follow-up ocorreu pelo período de um ano. Os participantes foram cinco adolescentes de 15-17 anos. Os seguintes instrumentos foram utilizados: AAQ-II, Escala Computadorizada de Impulsividade de Magallanes (EMIC), Cronograma de autocontrole (SCS). Os resultados foram positivos, mesmo que em pouco tempo de intervenção. As mudanças de comportamento não apenas foram mantidas, como escalaram as demais áreas da vida dos adolescentes. Houve, constatado no período de follow-up, a desistência do uso de álcool e drogas, junto à não reincidência em comportamentos delinquentes. Neste período, o número de comportamentos disruptivos foi próximo de zero ($M = 0,40$, $SD = 0,52$). A frequência de comportamentos desejáveis no pós-tratamento foi claramente superior à frequência de comportamentos disruptivos ($t(9) = -17,50$, $p < .001$), demonstrando aumento no repertório social e relações interpessoais mais funcionais.

O estudo de Eisenbeck et al., (2016) teve como objetivo avaliar uma intervenção baseada em ACT, comparando com o tratamento usual (TAU). O procedimento foi 10 sessões administradas por terapeutas novatos na ACT em ambos os grupos sendo ACT ($N = 9$) e TAU ($N = 8$). Os participantes

foram homens encarcerados em uma prisão estadual em Szolnok, Hungria por acusação de crimes violentos. O experimento apresentou pré e pós testes, e um follow-up de 3 meses. Os instrumentos foram o AAQ- II, o Inventário de Depressão de Beck - Formulário Curto (BDI-SF) Inventário de Depressão de Beck - Formulário Curto (BDI-SF) na versão húngara, e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) também em versão húngara, e o Questionário de Valores Pessoais (VLQ). As intervenções tiveram 10 sessões em grupo com periodicidade semanal. Cada sessão teve a duração de 90 minutos. Houve aumento dos comportamentos consistentes com valores no grupo de ACT ($Mdn = 70,45$). As mudanças nas pontuações de consistência e compostas, não atingiram um nível estatisticamente significativo entre a pré-intervenção e três meses de seguimento em nenhum dos grupos, ($p > .05$.) assim como no follow-up ($p > .05$).

O'Driscoll et al., (2020) explorou o uso da intervenção baseada na ACT em um adolescente com dificuldades no comportamento de raiva em ambiente escolar. Os instrumentos utilizados foram o AFQ-Y e o Inventário de Raiva de Beck para Jovens (BANI-Y). A intervenção ocorreu por meio de sessões de psicoterapia baseadas em ACT com periodicidade semanal e com duração de uma hora cada. Os resultados demonstraram melhora na flexibilidade do adolescente, assim como a redução do comportamento de raiva.

Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão foi realizada com base nos instrumentos apropriados ao tipo de delineamento de cada pesquisa. Para os ensaios clínicos randomizados (RCTs), foram utilizados os critérios do CONSORT (Schulz et al., 2010) e da escala de Jadad (Jadad et al., 1996), enquanto os estudos observacionais e quase-experimentais foram avaliados com os itens do STROBE (von Elm et al., 2007) e da Newcastle-Ottawa Scale (Wells et al., 2014). O estudo de caso qualitativo foi examinado por meio das diretrizes do CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018) e do COREQ (Tong et al., 2007). Dois revisores independentes realizaram a análise, e as divergências foram resolvidas por consenso. Cada estudo foi classificado

como de alta, moderada ou baixa qualidade, com base em critérios como clareza metodológica, validade interna, controle de viés, uso de instrumentos validados e replicabilidade.

Entre os estudos classificados como de alta qualidade, destacam-se Zarling et al. (2015), que conduziram um RCT com grupo controle ativo, randomização adequada e análise por intenção de tratar, apresentando sólida estrutura metodológica apesar da limitação de uso exclusivo de auto-relatos. Também foi considerado de alta qualidade o estudo multicêntrico conduzido por Livheim et al. (2020), com delineamento quase-experimental, amostra robusta, seguimento de longo prazo e aplicação em contexto naturalístico. A análise estatística rigorosa e a identificação de mediadores reforçam sua validade ecológica.

Na categoria de qualidade moderada, foram incluídos os estudos de Polat e Karakaş (2021), Zarling & Berta. (2017), Gómez et al. (2014) e Garivani et al. (2021). Polat e Karakaş (2021) desenvolveram um RCT com medidas clínicas confiáveis, randomização clara e delineamento experimental bem definido, mas com cegamento parcial e ausência de registro público de protocolo. O estudo de Zarling & Berta. (2017) apresentou análise longitudinal da reincidência criminal e amostra ampla, embora sem grupo controle puro e com risco de viés de seleção. Gómez et al. (2014) realizaram uma intervenção breve em adolescentes com delineamento estruturado e abordagens vivenciais, mas sem aleatorização ou controle robusto de viés. Já Garivani et al. (2021) conduziram uma intervenção culturalmente contextualizada em crianças imigrantes, porém com amostra reduzida e ausência de grupo controle formal.

Os estudos classificados como de baixa qualidade foram Eisenbeck et al. (2016), e O'Driscoll et al. (2020). O primeiro, embora relevante em sua proposta aplicada por terapeutas iniciantes em contexto prisional, apresentou amostra pequena, ausência de grupo controle e uso exclusivo de autorrelatos, o que limita sua robustez metodológica. O segundo, por se tratar de um estudo de caso qualitativo clínico, oferece descrição rica do processo terapêutico com o modelo DNA-V, mas não inclui triangulação externa, nem acompanhamento longitudinal, o que restringe a generalização dos achados.

Discussão

O presente estudo buscou, a partir de uma revisão sistemática, compreender as intervenções baseadas em valores sob a ótica contextual nos comportamentos antissociais. A literatura é vasta quanto à eficácia em intervenções em ACT para uma vasta gama de questões psicológicas. Hayes e King (2024) observaram nos primeiros 1.000 ensaios clínicos randomizados (RCTs) sobre ACT uma evolução contínua e uma ampliação do escopo da terapia. Os estudos destacaram que a ACT não se limita ao tratamento de transtornos psiquiátricos tradicionais, mas se aplica a uma ampla variedade de questões, incluindo saúde física, desempenho e preocupações sociais. Além disso, notaram uma expansão geográfica significativa, com muitos estudos realizados em países de baixa e média renda, refletindo diferentes prioridades culturais e de pesquisa. Os autores também identificaram uma tendência crescente em direção a intervenções personalizadas e baseadas em processos, sugerindo que o ACT está se movendo para uma nova fase de desenvolvimento que enfatiza a análise funcional personalizada e intervenções mais adaptadas às necessidades individuais. Ainda, Gloster & Walder. (2020) demonstraram, em sua revisão de meta-análises, a efetividade do tratamento em ACT para transtornos mentais e condições de saúde como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e dor crônica. Ong et al. (2019) apontam sobre os satisfatórios resultados das intervenções em ACT para o perfeccionismo clínico, que pode contribuir para o desenvolvimento e intensificação de diversas questões clínicas como a ansiedade e a depressão, assim como interferem e podem preceder negativamente no transtorno obsessivo compulsivo, transtornos alimentares, dentre outros; a busca por artigos que correlacionaram intervenções baseadas em valores na ACT e CAS foi, no entanto, desafiadora, trazendo resultados escassos. Dentre os 1084 artigos encontrados, apenas oito foram selecionados neste estudo.

O número de estudos que têm investigado agressão e raiva sob a ótica da ACT tem crescido expressivamente. Os trabalhos demonstram não somente a relação entre esses comportamentos com a inflexibilidade psicológica, mas também que in-

tervenções na ACT têm se mostrado promissoras. Apesar de estar vastamente interligada a comportamentos disfuncionais na literatura, a raiva é tida como um problema quando excessiva, culminando em agressividade, prejuízo e/ou sofrimento funcional (Berkout et al., 2019).

Quando em descontrole, os prejuízos ocorrem em âmbito tanto individual, quanto social, afetando relacionamentos interpessoais, produtividade em ambiente acadêmico e de trabalho, além de práticas criminais (Garivani et al., 2021, Dean O'Driscoll et al., 2020). Estudos demonstram que a ruminação da raiva aumenta seus níveis, além de ser um preditor significativo para a agressividade, seja esta física ou verbal. O termo “ruminação da raiva” refere-se a repetitivos e persistentes eventos privados dentro da temática da raiva ou de contextos que eliciaram o comportamento que, como consequência, acaba por comprometer o controle da raiva, dando espaço às reações disfuncionais e muitas vezes antissociais, como a agressividade.

A impulsividade, por sua vez, pode ser associada a uma característica disfuncional de um comportamento desadaptativo. Indivíduos em contexto forense que recebem tratamento de saúde mental frequentemente exibem comportamentos de impulsividade, conduta negligente, instabilidade emocional, além de hiperatividade motora e tendência a agir sem planejamento. Tais comportamentos são correlatos, muitas vezes, a consequências agressivas (Berta, 2017, Eisenbeck et al., 2016, Garivani et al., 2021; Zarling & Berta., 2017). Garivani et al. (2021) demonstraram em seu estudo que intervenções em ACT em casos de ruminação da raiva resultantes em comportamentos disfuncionais ensinam o indivíduo a perceber e reconhecer pensamentos que levem à raiva, para então escolher modificá-los comprometendo-se a viver de modo consistente com seus valores de vida, ao invés de emitir respostas agressivas e impulsivas associadas à raiva. Dessa forma, a eficácia das intervenções em ACT no controle da raiva pode, inclusive, de maneira preventiva, auxiliar no controle dos índices de agressividade e violência, consequentemente impactando de maneira positiva nas estatísticas de criminalidade.

A evitação experiencial (Hayes et al., 1996) é um aspecto crucial a ser analisado frente a intervenções guiadas pela perspectiva de valores. Isso

porque ela pode ser usada como uma estratégia para evitar contextos que proporcionem a ocorrência de eventos privados aversivos ao indivíduo. O principal propósito das intervenções propostas pela ACT é promover a flexibilidade psicológica por meio da aplicação de processos que envolvem tanto a aceitação, quanto a modificação de comportamentos (Berta, 2017). A ACT considera a evitação experiencial como um dos fatores contribuintes ao adoecimento psíquico, caracterizantes da inflexibilidade psicológica. Na tentativa de rápido alívio do mal-estar causado pelos pensamentos, memórias, sensações etc., o sujeito tenta se distanciar destas informações o quanto antes, buscando o alívio imediato. Esta estratégia, a longo prazo, além de limitar o repertório comportamental, afasta o sujeito de uma vida valorosa (Luoma et al., 2022; Hayes et al., 2021). Enquanto a inflexibilidade psicológica caracteriza o adoecimento psíquico, a flexibilidade psicológica apresenta-se como a capacidade de percepção e reconhecimento do seu próprio comportamento a fim de guiar suas ações em prol de uma vida valorosa. Em outras palavras, através da flexibilidade psicológica, a esquiva experiencial não se faz mais necessária, uma vez que o indivíduo é capaz de perceber seus eventos privados junto ao contexto que os cerca, e escolher o curso da ação que o aproxima de uma vida de acordo com seus valores. Uma das estratégias centrais para a promoção da flexibilidade psicológica proposta por Törneke e colaboradores (2016) nos leva justamente a auxiliar o cliente a compreender o que é importante para ele, e de maneira ativa em seu processo, decidir qual direção deseja que sua vida tome. A partir desta discriminação, é possível modificar comportamentos que se direcionem a este valor mais reforçadores, de modo a aumentar a probabilidade da recorrência destes, mesmo que para perpetuá-los seja necessário perpassar por eventos que o coloquem em contato com estímulos aversivos. Zarling et al. (2015), assim como Berta (2017) e Zarling & Berta (2017) constataram em seus estudos a correlação entre o comportamento violento, em específico em casos de violência entre parceiros íntimos, e a esquiva experiencial. Quanto às intervenções para comportamentos antissociais de agressão, os autores argumentam que, contrastando os modelos padrões para interven-

ção nos casos de VPI, que focam na mudança do conteúdo da ruminação da raiva ou até mesmo na frequência de pensamentos correlatos ao evento, o objetivo da intervenção em ACT consiste na mudança da relação dos indivíduos com seus eventos privados, auxiliando na impulsividade e reações agressivas, focando em comportamentos em consonância com seus valores.

A Violência entre Parceiros Íntimos é considerada um problema de saúde pública. Com isso, diversos modelos de tratamento são aplicados dentro e fora do contexto forense nos Estados Unidos. Assim como Zarling et al.(2015) e Zarling & Berta,(2017), a tese de mestrado de Berta (2017) tratou também sobre a temática pela ótica de intervenções em ACT. Proposta em 2015 por Zarling et al., a busca pelo alcance da mudança baseada em valores (ACTV) é um programa que objetiva reduzir a reincidência de violência doméstica, enquanto auxilia na construção de um repertório de comportamentos adaptativos funcionais e saudáveis em seus relacionamentos interpessoais. O programa consiste em 24 semanas, com sessões de 90 minutos cada, aplicadas em grupo. A intervenção é aplicada dentro de um contexto forense, mandatado pelo tribunal como conclusão de um Programa de Educação para Agressores, após condenação por violência doméstica. O programa utiliza os princípios da ACT na orientação à mudança do comportamento, utilizando vertentes como o aprendizado de habilidades, tais quais: definir seus valores; verificar eventos privados, como emoções e pensamentos; perceber as consequências de seus comportamentos; e aprender, por fim, a responder funcionalmente aos pensamentos e emoções aversivas.

Os profissionais responsáveis pela condução do programa mantêm postura colaborativa e compassiva, de modo a modelar os comportamentos alvos que tentam ensinar. Notório que não oferecem conselhos, instruções ou sequer se envolvem na resolução dos problemas. A equipe auxilia os indivíduos guiando-os a chegarem às respostas de maneira autônoma, desenvolvendo, assim, insights próprios e reforçados pela mudança. As novas habilidades são instruídas através de metáforas e práticas experienciais no decorrer das sessões. As sessões ocorrem com enfoque em cinco categorias: Panorama Geral, Barreiras à Mudança, Habilidades de Regulação Emocional, Habilidades Cognitivas e Habilidades Comportamentais.

Uma vez que a ACTV é uma intervenção que se baseia na ACT visando o aumento da flexibilidade psicológica por meio da aprendizagem experiencial focada em valores, Zarling & Berta. (2017) consideram a capacidade do programa em reduzir a reincidência de comportamentos violentos não somente na esfera da violência entre parceiros íntimos, baseado nos resultados inesperados de seu estudo, onde a ACTV demonstrou redução significativa da violência em geral comparada ao Duluth/CBT. A redução de comportamentos antissociais violentos compreendeu: agressão doméstica, abuso infantil, assédio, roubo, perseguição, agressão e lesão intencional. Uma hipótese para pesquisas futuras é a eficácia da utilização do programa em outros comportamentos antissociais, que não a agressividade. O treinamento de habilidades da ACTV é flexível, de modo que pode ser aplicado em diversas áreas da vida dos indivíduos, não se limitando ao treinamento com agressores dentro de uma relação íntima. Logo, é possível um campo mais amplo de atuação onde a ACTV tenha um maior impacto nos comportamentos antissociais dos sujeitos, de modo a construir repertório de comportamentos funcionais para as mais diversas situações (Zarling & Berta., 2017).

Algumas limitações neste estudo podem ser apontadas. A primeira delas foi a escassez de pesquisas brasileiras que demonstrassem intervenções ao CAS, pautadas nos valores sob a ótica contextual. Grande parte dos artigos pertencentes a esta revisão (Eisenbeck et al., 2016; Livheim et al., 2020; Garivani et al., 2021; Zarling et al., 2015; Zarling & Berta., 2017), apresentam intervenções aplicadas em grupo. Diferente de outras localidades, como os Estados Unidos, não são igualmente presentes no Brasil, no contexto da saúde, intervenções nesta modalidade. Desta forma, apesar de pesquisas americanas e europeias demonstrarem avanços, é importante que tal temática seja estudada dentro do contexto brasileiro. Outro ponto, se dá na amostra predominantemente masculina, assim como na ausência de estudos com enfoque na população feminina. É importante que novos estudos explorem a eficácia da ACTV e demais intervenções pautadas em valores nesta população, assim como em infantes e adolescentes, de modo a serem fatores de proteção, prevenindo a continuidade do escalonamento do CAS aos atos infracionais/criminais.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(3), 34–49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Berta, M. (2017). *A preliminary trial of achieving change through values-based behavior for incarcerated intimate partner violence offenders* [Tese de doutorado, Iowa State University]. Iowa State University Repository. <https://lib.dr.iastate.edu/etd/15501>
- Berkout, O. V., Tinsley, D., & Flynn, M. K. (2019). A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *Journal of contextual behavioral science*, 11, 34–43.
- Costa, A. I., & Da Rocha, G. V. M. (2020). Functional analytic psychotherapy for an adolescent with antisocial behavioral pattern. *Trends in Psychology*, 28(1), 1–15. <https://doi.org/10.9788/s43076-019-00001-6>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). *CASP Qualitative Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Cunha Gomide, P. I., Mascarenhas, A. B. D., & Munhoz, G. V. (2017). Avaliação de uma intervenção para redução de comportamentos antisociais e aumento da escolarização em adolescentes de uma instituição de acolhimento. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25(1), 25–40.
- Eisenbeck, N., & Sheitz, K. (2016). A brief acceptance and commitment therapy-based intervention among violence-prone male inmates delivered by novice therapists. *Psychology, Society & Education*, 8(3), 187–199. <https://doi.org/10.25115/psyse.v8i3.636>
- Garivani, G., & Taheri, E. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the anger rumination, hostile attribution, and aggression in immigrant children. *Social Determinants of Health*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.22037/sdh.v7i1.35232>
- Gloster, A. T., & Walder, N. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gómez, M. J., Luciano, C., Páez-Blarrina, M., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Gil-Luciano, B. (2014). Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 14(3), 307–332.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1160.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2ª ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Bond, F. W., & Strosahl, K. D. (2012). *Manual de terapia de aceitação e compromisso*. Artmed.
- Hayes, S. C.; Strosahl, K. D.; Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hayes, S. C., & King, D. (2024). The evolution of Acceptance and Commitment Therapy: A bibliometric analysis of the first 1,000 randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.04.001>
- Hughes, S. (2018). The philosophy of science as it applies to clinical psychology. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies*

- of cognitive behavioral therapy (pp. 23-43). Guilford Press.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1-12.
- Kazdin, A. E., & Buela-Casal, G. (1999). *Conducta antisocial: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Livheim, F., Tengström, A., Andersson, G., Dahl, J. A., Björck, C., & Rosendahl, I. (2020). A quasi-experimental, multicenter study of acceptance and commitment therapy for antisocial youth in residential care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.00>
- Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (2ª ed.). Sinopsys Editora.
- O'Driscoll, D., Percy, A., & McAleese, M. (2020). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based intervention for an adolescent experiencing anger difficulties. *DECP Debate*, (175), 32-38. <https://pure.qub.ac.uk/en/publications/an-acceptance-and-commitment-therapy-act-based-intervention-for-a-2>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100444. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2004). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 103-112. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000100011>
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Castalia Publishing Company.
- Polat, H., & Karakaş, S. A. (2021). The effect of acceptance and commitment therapy orientated anger management training on anger ruminations and impulsivity levels in forensic psychiatric patients: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12726>
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Springer Publishing Company.
- Poletto, M. P., Renner, A. M., Rebeschini, C., & Arteche, A. X. (2018). Intervenções psicológicas para homens perpetradores de violência contra a mulher: Uma revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, 11(2), 268-283. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.112.11>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 152(11), 726-732.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501-504. <https://doi.org/10.1126/science.7244649>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, P. M. D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. (pp. 254-272). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch15>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, 4(10), e296.

- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2014). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Ottawa Hospital Research Institute.
- Zarling, A., Lawrence, E., & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199–212. <https://doi.org/10.1037/a0037946>.
- Zarling, A., & Berta, M. (2017). An acceptance and commitment therapy approach for partner aggression. *Partner Abuse*, 8(1), 89–109. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.8.1.89>
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*.

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 25/08/2025

Criatividade na ACT: uma revisão sobre o fenômeno no *Journal of Contextual Behavioral Science*

Creativity in ACT: a review of studies on the phenomenon in the *Journal of Contextual Behavioral Science*

Bruno Teixeira Silva¹, Hernando Borges Neves Filho¹, Raul Vaz Manzione²

[1] Universidade Estadual de Londrina [2] Instituto Par - Ciências do Comportamento | **Título abreviado:** Investigações do papel da criatividade para a ACT | **Endereço para correspondência:** | **Email:** brunotpsico@gmail.com | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.014

Resumo: Teóricos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em diversas oportunidades citam a criatividade como um processo relevante e necessário. Buscando compreender como a literatura da ACT cita e classifica a criatividade, além de investigar se há uma relação entre ela e a Flexibilidade Psicológica, foi realizada uma revisão integrativa no periódico *Journal of Contextual Behavioral Science* com os descritores: (*creative* OR *creativity*). Foram encontrados 85 artigos e selecionados 56 para a análise. Os resultados citam a relevância da criatividade como parte do seu modelo teórico ou como parte do seu processo experimental, contudo, apenas de forma breve e sem uma fundamentação teórica adequada. Por fim, não se encontrou trabalhos que relacionassem a criatividade à Flexibilidade Psicológica de forma direta.

Palavras-chave: Criatividade; Criativo; Flexibilidade Psicológica; Inflexibilidade Psicológica, Terapia de Aceitação e Compromisso.

Abstract: Theorists of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on several occasions cite creativity as a relevant and necessary process. Seeking to understand how the ACT literature cites and classifies creativity, in addition to investigating whether there is a relationship between it and Psychological Flexibility, an integrative review was carried out in the Journal of Contextual Behavioral Science with the descriptors: (creative OR creativity). A total of 85 articles were found and 56 were selected for analysis. The results mention the relevance of creativity as part of its theoretical model or as part of its experimental process, however, only briefly and without an adequate theoretical foundation. Finally, no studies were found that directly related creativity to Psychological Flexibility.

Keywords: Creativity; Creative; Psychological Flexibility; Psychological Inflexibility, Acceptance and Commitment Therapy.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é fundamentada pela Teoria das Molduras Relacionais (RFT) e se insere na Ciência Comportamental Contextual (CBS), que é uma extensão da Análise do Comportamento adotando explicitamente preceitos Contextualistas Funcionais (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2012; Sandoz & Fogle, 2023). Teóricos da área apontam que o sofrimento humano é ocasionado pela Inflexibilidade Psicológica (IP), que é definido como um operante relacional estabelecido por meio do treino de múltiplos exemplares (TME) em coordenação com eventos privados de ordem aversiva de um indivíduo (Törneke et al., 2016). Em outras palavras, o conceito pode ser definido como a dificuldade que se têm de se relacionar de forma flexível aos pensamentos e sentimentos desconfortáveis e, na tentativa imediata de suprimir/controlar tais experiências internas, são emitidas respostas incompatíveis a longo prazo com valores e propósitos de quem assim o faz (Hayes et al., 2010). A função mais comum que controla esse comportamento é a resposta às funções de esquiva que eventos privados desencadeiam, em oposição a fazer coisas com um propósito significativo. Embora, em geral, esse tipo de comportamento seja potente a curto prazo por ter um efeito de reforçamento negativo imediato, ele não considera o que pode ser significativo em médio-longo prazo para um indivíduo. Portanto, esse comportamento não funciona a longo prazo, pois o resultado do conjunto desse TME impede o contato com contingências pessoalmente relevantes. Como resultado, quando esse comportamento domina o repertório de uma pessoa (por exemplo, sendo o comportamento único ou mais frequente), o sofrimento e as limitações passam a dominar a vida (Luciano et al., 2023).

Outras formulações da IP mais tradicionais trazem uma apresentação que costuma ser dividida em seis subprocessos: “esquiva experiencial”, “fusão cognitiva”, “apego rígido a um Eu conceitual”, “atenção inflexível com o momento presente”, “falta de clareza de valores” e a “ação descomprometida com tais valores” que ocorrem de modo inter-relacionados e interdependentes (Wilson et al., 2012). Os subprocessos estão diretamente relacionados com comportamentos verbais e simbólicos (Vilatte et al., 2015). Na tentativa de sistematizá-los foram construídos os modelos *Inhexaflex*

(para a Inflexibilidade Psicológica) e *Hexaflex* (para a Flexibilidade Psicológica).

É válido destacar que os subprocessos que compõem o *Inhexaflex* são repertórios relacionais, baseado na RFT, cuja área oferece um arcabouço robusto para demonstrar o papel da linguagem no sofrimento psicológico (Perez, 2024). Como todo e qualquer repertório relacional, entende-se que as respostas envolvidas nesses subprocessos foram em alguma medida selecionadas em diferentes níveis de seleção de acordo com a sobrevivência da espécie (filogênese) e do indivíduo (ontogênese), porém, elas podem produzir sofrimento a depender do contexto atual em que são emitidas (interface ontogênese e cultura), bem como das consequências que produz (Wilson et al., 2012). Como exemplo, respostas de esquiva não são problemáticas por si, mas podem gerar sofrimento quando estão em desacordo com os modos de vida, exigências sociais ou mesmo valores socialmente construídos que controlam o comportamento do sujeito em forma de regras e autorreglas.

A contraparte da IP é a “Flexibilidade Psicológica” (FP). Promover FP é o objetivo central da ACT (Wilson et al., 2012) e ela pode ser compreendida operacionalmente como o indivíduo responder hierarquicamente sob influência de reforçadores positivos hierárquicos com o Eu-Dêitico (Luciano et al., 2023). Os subprocessos do *Hexaflex* que envolvem a FP são a “aceitação”, a “desfusão cognitiva”, a “atenção flexível/contato com o momento presente”, o “*self* como contexto”, a “clareza de valores” e a “ação comprometida com os valores” (Figura 1) (Wilson et al., 2012).

A criatividade surge aqui como um aspecto relevante para a ACT. Isso fica evidente no conceito de “desesperança criativa” que é fundamental na FP. Desesperança criativa é o engajamento em respostas contrárias à tentativa de controlar os próprios eventos privados além do indivíduo conseguir discriminar as consequências problemáticas do seu comportamento sob controle aversivo (Hayes, 1987; Törneke et al., 2016). Isso porque a tentativa de controlá-los [eventos privados] pode promover a esquiva de experiências valorosas. Contudo, apesar da relevância dada ao comportamento criativo por essa terapia, são poucas as referências em sua literatura que o relaciona com algum processo

da ACT, com a Flexibilidade Psicológica ou que a operacionalize (Epstein, 2014, Hayes et al., 2017, Hughes et al., 2012, Szabo, 2019, Wollach et al., 2020). Possivelmente como exceção, fora da ACT mas dentro da Análise do Comportamento, existe a conceituação de Shahan e Chase (2002) e Neves Filho (2018a), dentre outros, que dizem que novos comportamentos surgem como variabilidade frente a problemas (i.e., condições de extinção ou mesmo aversivas).

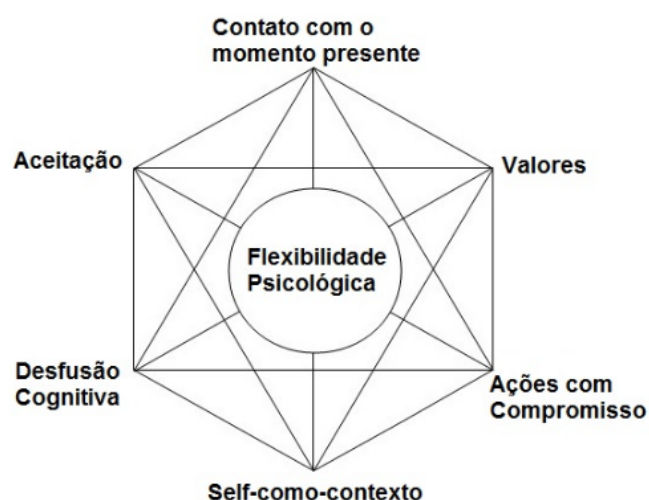


Figura 1. Diagrama dos subprocessos envolvidos na Flexibilidade Psicológica.

Pesquisadores da área (Hayes et al., 2012; Hayes et al., 2017; Hayes et al., 2021) citam a relação da criatividade com a ACT, a RFT e a CBS. Hayes et al., (2012) justificam que a criatividade e a resolução de problemas são necessárias em todas as áreas da complexidade humana. Hayes et al. (2021) recomendam o uso criativo de metodologias científicas para a implementação e o estabelecimento de programas de pesquisa na CBS; assim como para realizar construções empíricas e conceituais da área (Hayes et al., 2017). O mesmo ainda cita a relação da criatividade com a RFT (base teórica e metodológica deste modelo de terapia). Apesar dessa relevância aparente, não é possível concluir qual a concepção da área sobre a temática, ou como ela entende e define a criatividade. Isto não é incomum, na medida em que na literatura mais am-

pla da Análise do Comportamento e da Psicologia Experimental como um todo, não há uma definição única e inequívoca do que é criatividade (Carvalho Neto et al. 2016). Apesar disso, Runco e Jaeger (2012), revisando a literatura da Psicologia sobre criatividade do século XIX, XX e começo do XXI, depuram que o conceito de criatividade tem pelo menos duas características primordiais: originalidade/novidade e efetividade/função.

Ser criativo é fundamental em diversas atividades humanas. A partir do comportamento verbal (relações verbais dos sujeitos consigo e com os eventos do mundo em que interagem), humanos podem resolver criativamente situações relacionadas com os seus próprios sofrimentos psicológicos (Averill, 2005; D'Anselmo, 2022; Orkibi, 2021). Como exemplo, Vincent et al. (2002) concluem que os indivíduos que são encorajados a mostrar pensamentos divergentes apresentam benefícios na resolução criativa de problemas. Além de uma possível relação entre a criatividade e a FP, pois ela pode ser considerada um processo sensível a presença e pode estar em função dos eventos privados, contudo, tal processo é marcado por respostas adaptativas, flexíveis e criativas com respeito a tais eventos (Gould et al., 2018). Compreender operacionalmente o que está sendo chamado de "criatividade", além do procedimento utilizado nos processos da ACT é o passo inicial para se avaliar possíveis aplicações dela e possíveis relações entre o conceito proposto pela ACT e a FP.

Discutir, definir e avaliar o uso do termo faz-se necessário porque amplia a concepção da área sobre fenômenos comportamentais complexos (Dixon et al., 2023; Hayes et al., 2017; Roche et al., 2023). Faz-se relevante, também, por incorporar e/ou transformar os processos e dados empíricos já bem estabelecidos dentro deste modelo de terapia, sistematizar a criatividade dentro dos subprocessos da ACT de forma mais funcional e direcionada em prol dos seus benefícios na aplicação. A partir do que foi apresentado, a presente pesquisa busca saber: Como o fenômeno da criatividade é abordado em pesquisas relacionadas à ACT e à CBS? Como objetivo geral, o trabalho busca saber como o fenômeno da criatividade é definido e utilizado por pesquisadores e terapeutas da ACT e da CBS na promoção da FP. Por fim, como objetivo específico,

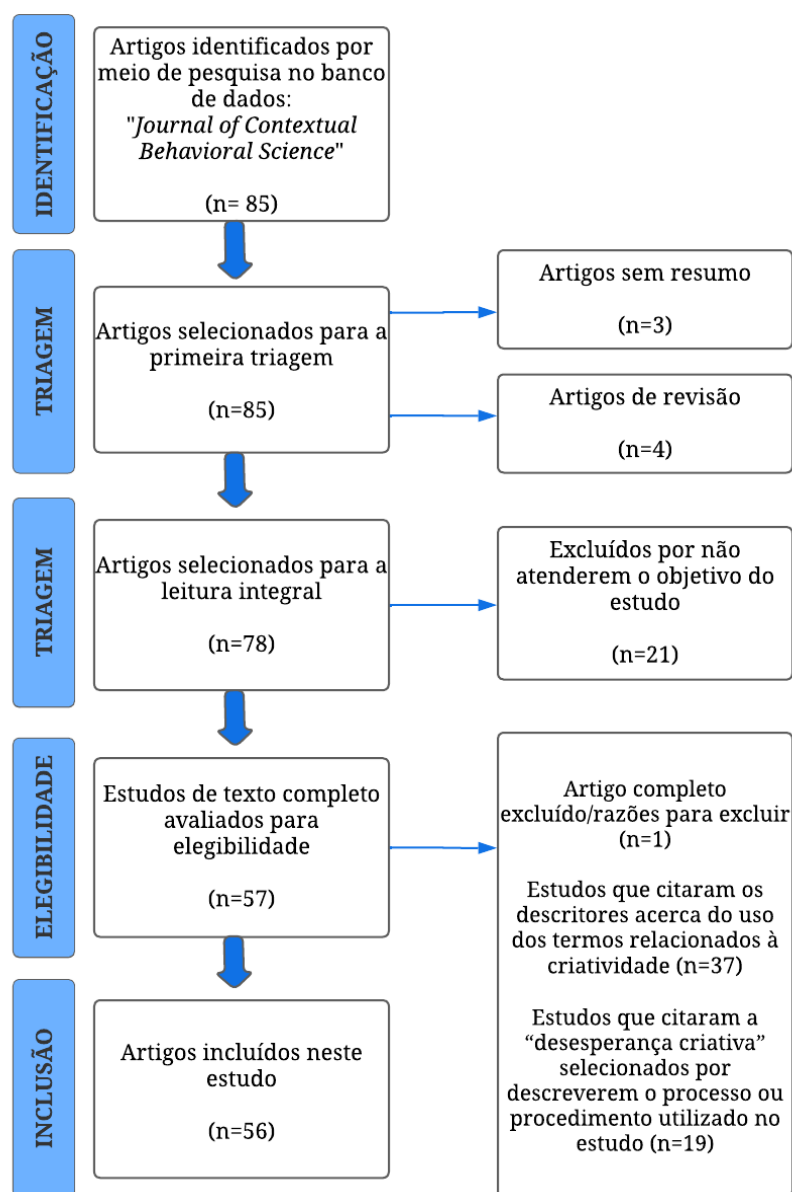


Figura 2. Fluxograma de seleção dos artigos que relacionam ACT e criatividade.

o trabalho busca avaliar e categorizar como o conceito de criatividade é citado na literatura da ACT e da CBS, além de identificar possíveis relações entre a criatividade e os subprocessos da ACT.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa no periódico *"Journal of Contextual Behavioral Science"*. A opção pela utilização apenas deste periódico é por ele ser um referencial da ACT (Hayes, 2021). Os descritores selecionados foram: *"creativity"* e *"creative"* e

a busca foi realizada na base de dados do próprio periódico com o seguinte algoritmo: *creativity* OR *creative*. Após a busca foram recuperados todos os artigos que possuíam, em qualquer lugar do texto, ao menos uma palavra referente aos descritores (exceto nas referências).

Critérios de inclusão

O artigo precisava estar escrito em língua inglesa e ter sido localizado no periódico citado. Foram selecionados artigos conceituais, teóricos, filosóficos e/ou empíricos.

Critérios de exclusão

Foram excluídos artigos que possuíam somente o termo “*creative hopelessness*” ao descrever a criatividade sem fundamentar o processo ou o procedimento; além de artigos de revisão, livros, teses, dissertações e artigos sem resumos (Figura 2).

Procedimento

Após o levantamento dos artigos, os metadados destes foram inseridos em uma planilha do Excel e categorizados por “título do artigo”, “autores(as)”, “ano da publicação”, “instituição de filiação do primeiro autor”, “objetivo do artigo”, “síntese interpretativa de como os autores citaram a criatividade”, “relação da criatividade com a FP e/ou com os outros subprocessos da ACT”, “natureza do artigo” e “sujeitos utilizados na pesquisa” (para os casos das pesquisas empíricas não experimentais e aplicadas). Os artigos selecionados foram lidos em sua totalidade.

Os trabalhos que citaram os descritores ao falar sobre a “desesperança criativa” foram divididos em duas categorias: a) que citam a desesperança criativa a descrevendo somente de uma forma conceitual, e b) que citam a desesperança criativa e relacionam esta ao processo e/ou o procedimento utilizado no estudo. Os trabalhos do primeiro grupo foram descartados por não atenderem aos objetivos; já os trabalhos do segundo grupo foram levados em consideração para a análise.

Os artigos selecionados foram divididos em dois grupos: a) artigos que citaram os descritores acerca do uso dos termos relacionados à criatividade; e b) artigos que citaram a “desesperança criativa” selecionados por descreverem o processo ou procedimento utilizado no estudo. Destaca-se que os metadados do segundo grupo foram tabulados de forma semelhante aos do primeiro, exceto pela categoria “relação da criatividade com a FP ou com outros subprocessos da ACT” que foi substituída pela categoria “descrição do processo/procedimento”. Por fim, o levantamento das obras e a leitura dos artigos foram realizadas no mês de setembro de 2023. O critério de seleção do período buscado no periódico relatado foi sem data limite de início até o mês de setembro de 2023.

Resultados

Foram 85 trabalhos no total que citaram a criatividade de algum modo (Figura 2). Do total, 57 artigos foram incluídos com base nos critérios deste estudo. Destes, um artigo foi excluído porque fez referência ao descritor a partir do nome da empresa do software utilizado no estudo (Grom et al., 2021). No fim, 56 artigos foram selecionados. Do total selecionado, 37 artigos teceram comentários acerca do uso dos termos relacionados à criatividade (Tabela 1) e 19 citaram a “desesperança criativa” explicitando o procedimento ou o processo (Tabela 2). Destes, 14 artigos são de natureza teórica, 19 empírica não experimental, 16 aplicada e 7 experimental. Por fim, 13 artigos foram produzidos (ou possuem como filiação do primeiro autor) em instituições localizadas no continente Europeu, 36 na América do Norte, quatro na Oceania, três na Ásia e nenhum na América do Sul, Central e África.

Em relação ao primeiro grupo de artigos (que mencionam os descritores relacionados ao uso dos termos da criatividade), cinco artigos relacionam (mesmo que indiretamente) a criatividade à FP (Ankney et al., 2022; Gould et al., 2018; Hayes et al., 2017; Szabo, 2019; Weinstein et al., 2021). Em relação aos subprocessos, distinguidos da FP, três artigos relacionam o termo à aceitação (Benoy et al., 2019; Rogge et al., 2019; Thurstone et al., 2017) três à desfusão (Benoy et al., 2019; Weinstein et al., 2021; Wollach et al., 2020), dois à atenção flexível ao momento presente (Landi et al., 2021; Rogge et al., 2019), três ao self como contexto (Davis, 2021; Hill et al., 2020; Weinstein et al., 2021), um à ação comprometida (Hill et al., 2020) e quatro à valores (Borges, 2019; Fitzpatrick et al., 2016; Hill et al., 2020; Viskovich et al., 2021). Do total de 29 artigos, 22 não relacionam (mesmo que indiretamente) a criatividade à FP ou a algum subprocesso do *Hexaflex*.

Dentre o segundo grupo, seis artigos destacaram a desesperança criativa como um processo (Hayes et al., 2020; Herbert et al., 2018; Juarascio et al., 2013; Ramirez et al., 2021; Viskovich et al., 2021) e 13 a destacaram como um procedimento. Dos que a destacaram como procedimento, foram citadas a utilização de 13 metáforas. Destes, quatro estudos utilizaram a metáfora do “homem no bu-

raco” (Cañón et al., 2023; Farnsworth et al., 2017; Hahs et al., 2019; Quinlan et al., 2018), um estudo utilizou a metáfora da “bola na piscina” (Ngan et al., 2023), um “armadilha chinesa” (Hahs et al., 2019), três “metáfora da corda” (Fang & Ding, 2020; Ngan et al., 2023; O’Dells et al., 2020), um “samurai e a mosca” (O’Dells et al., 2020), um “nadando até a costa” (Hochard et al., 2021), um “fantasia do controle” (Fang & Ding, 2020) e um citou a utilização de metáforas, mas não especificou qual (Flujas-Contreras & Gómez, 2018).

Destes, cinco realizaram atividades práticas: um estudo realizou a atividade do “sofrimento primário

versus sofrimento secundário” (Brassington et al., 2016), um “jogo quebra cabeça T” (Han et al., 2019), um “saindo dos nossos mas” (Hahs et al., 2019) um “quais são os números” (Hahs et al., 2019) e um “afastando o papel” (Ngan et al., 2023). Ademais, um estudo realizou exames dos DOTS (O’Dells et al., 2020), um realizou uma atividade, mas não especificou (Hermann et al., 2016) e sete estudos realizaram testes de funcionalidade a fim de avaliar a efetividade das estratégias de controle (Brassington et al., 2016; Cañón et al., 2023; Fang & Ding, 2020; Farnsworth et al., 2017; Flujas-Contreras & Gómez, 2018; O’Dells et al., 2020; Ong et al., 2021).

Tabela 1. Tabela dos dados obtidos a partir dos artigos selecionados relacionados ao uso dos termos relacionados à criatividade.

Título	Ano	Autor(a)	Objetivo	Síntese
<i>Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition</i>	2012	Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G.	O artigo descreveu a natureza, o escopo e a proposta da Ciência Comportamental Contextual.	Cita-se que a CBS é uma tradição viva e que futuros corajosos e criativos profissionais irão disseminar essa ciência. Em seguida, cita-se que a falta de criatividade limita a divisão do fluxo comportamental. Por fim, cita-se que o modelo teórico e prático da CBS é necessário em todas as áreas da complexidade humana (i.e. resolução de problemas e criatividade).
<i>Holding on to our functional roots when exploring new intellectual islands: A voyage through implicit cognition research</i>	2012	Hughes, S., Barnes-Holmes, D., & Vahey, N.	O artigo descreveu orientações para pesquisadores de como realizar pesquisas sobre cognição implícita apesar das diferenças teóricas entre funcionalistas e cognitivistas.	Cita-se a relação entre RFT e criatividade, além de argumentar-se que comportamentos complexos (i.e. criatividade) são implicados por relações de coordenação de altas “derivações”.
<i>Extinction of aversive eliciting functions as an analog of exposure to conditioned fear: Does it alter avoidance responding?</i>	2013	Luciano, C et al.	O estudo testou, com humanos, como a extinção do medo resulta na ruptura de formas limitantes de comportamentos de evitação, tanto treinadas diretamente quanto derivadas/estabelecidos de forma indireta	Ao citar outros autores, defende-se que, em pesquisas futuras, podem-se utilizar maneiras criativas que visam a natureza simbólica dos eventos privados dos participantes.
<i>Functioning in the face of racism: Preliminary findings on the buffering role of values clarification in a Black American sample</i>	2013	West, L. M., Graham, J. R., & Roemer, L.	O estudo investigou os fatores (a partir do esclarecimento de valores) que podem atenuar as consequências psicológicas da discriminação racial percebida numa amostra negra americana.	Cita-se que, como sugestão para estudos futuros, poderia-se considerar formas criativas do uso de tecnologias para essas intervenções longitudinais.
<i>A framework for intentional cultural change</i>	2013	Biglan, A., & Embry, D. D.	O artigo discutiu os avanços da ciência na compreensão do comportamento individual, cultural, além de discutir o mau uso da ciência para uma mudança cultural intencional.	Cita-se o uso da mídia para comunicar de forma criativa dados epidemiológicos de mortes por uso de cigarro.

<i>Value congruence, importance and success and in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners</i>	2014	Veage, S et al.	O estudo explorou os valores da vida pessoal dos profissionais de saúde mental e os valores pessoais relacionados ao trabalho, e suas relações com o bem-estar e o “burnout”.	No questionário sobre valores profissionais, a criatividade somou uma frequência de 42 de 100.
<i>The Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire (FIAT-Q): Initial psychometric properties</i>	2014	Darrow, S. M et al.	O estudo examinou o “ <i>Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire</i> ” (FIAT-Q).	Ao citar um outro estudo, comenta-se que a análise do comportamento encara o sujeito como único e realizar uma análise funcional requer a aplicação criativa de vários princípios básicos como parte de um processo iterativo.
<i>Single case designs in clinical practice: A contemporary CBS perspective on why and how to</i>	2014	Holman, G., & Koerner, K.	O artigo provém uma visão global sobre os problemas relatados para implementação do delineamento de sujeito único na prática clínica, suplementando muitas revisões metodológicas já disponíveis.	No tópico de medidas repetidas, cita-se que alguns instrumentos psicométricos resolvem o problema, contudo, em outros casos a criatividade do clínico será testada, mas esta é outra área em que inovações clínicas podem guiar o caminho para o desenvolvimento de novos instrumentos.
<i>On the orderliness of behavioral variability: insights from generativity theory</i>	2014	Epstein, R.	O artigo abordou, de forma exploratória, a teoria da generatividade a fim de descrever a ocorrência de padrões comportamentais complexos como a criatividade.	O autor realiza uma discussão teórica sobre a teoria da generatividade. Esta teoria é formal e preditiva do comportamento dos organismos que revela a ordem, momento a momento, no comportamento aparentemente desordenado: tipo o criativo.
<i>Challenge, focus inspiration and support: processes of values clarification and congruence</i>	2016	Fitzpatrick, M et al.	O estudo investigou como os trabalhadores empreenderam os processos de articulação ou mudança de um valor e de aumento de comportamentos congruentes com valores.	As referências à criatividade destacam que, para os participantes, a criatividade é um valor importante. A criatividade foi categorizada no valor: “trabalho criativo e sincero a serviço dos outros”.
<i>Showing up for class: Training graduate students in acceptance and commitment therapy</i>	2017	Moyer, D. N et al.	O artigo avaliou o efeito da aplicação de um curso de ACT entre doutorandos do curso de psicologia.	Cita-se que a apresentação dos estudantes foi avaliada com base na criatividade.
<i>Carrying the baton: Evolution science and a contextual behavioral analysis of language and cognition</i>	2017	Hayes, S. C., Sanford, B. T., & Chin, F. T.	O artigo examinou 30 anos de história de pesquisas relacionadas a RFT à luz de modernos conceitos de ciência.	Justifica-se que é necessário estabelecer formas mais criativas de resolver problemas teóricos e empíricos da CBS. A seguir, ao falar sobre a RFT o autor destaca que a área é aparentemente importante para um entendimento da criatividade.
<i>Development of a motivational interviewing/ acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment</i>	2017	Thurstone, C., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, C.	O artigo desenvolveu um manual padronizado de Intervenção Motivacional (MI) fundamentado pela ACT para adolescentes que fazem uso de drogas.	Cita-se que a oportunidade para desenvolver exercícios e metáforas criativas foi apreciado por terapeutas neste novo modelo.
<i>Examining gender-STEM bias among STEM and non-STEM students using the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP)</i>	2017	Farrel, L., & McHugh, L.	O estudo investigou o nível de preconceito e viés de gênero em estudantes (ou não) de ciência, tecnologia, engenharia e matemática (STEM) utilizando o Procedimento de Avaliação Relacional Implícita (IRAP).	Ao referenciar outros estudos, cita-se que lidar com a sub-representação de mulheres nos cursos STEM é a chave para incrementar iniciativas de oportunidades para mulheres e o consequente crescimento econômico, promoção da criatividade, inovação e competitividade.
<i>Empirical advances in studying relational networks</i>	2017	McLoughlin, S., & Stewart, I.	O estudo realizou 2 experimentos a fim de avaliar coordenação e outras derivações do relacionar relações.	Ao citar um outro autor, defende-se que derivar está relacionada com redes relacionais centrais para a generatividade e criatividade do comportamento verbal humano.

<i>Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism</i>	2018	Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L.	O artigo examinou o efeito da ACT sobre comportamentos direcionados a valores em pais de crianças com TEA.	Ao referenciar outro trabalho, cita-se que a Flexibilidade Psicológica pode ser considerada um repertório comportamental que é sensível à presença e em função dos eventos privados, mas que é caracterizado por respostas adaptativas, flexíveis e criativas com respeito a esses eventos privados.
<i>Using conceptual developments in RFT to direct case formulation and clinical intervention: Two case summaries</i>	2018	Barnes-Holmes, Y et al.	O artigo ilustrou como o trabalho terapêutico pode ser conectado à teoria básica e argumenta que será importante expandir essas conexões com os novos trabalhos em andamento da RFT.	Ao comentar sobre a escola, cita-se que o paciente gostou das atividades criativas.
<i>Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire</i>	2019	Benoy, C et al.	O estudo avaliou a estrutura fatorial, validade de construto e valor preditivo do Questionário para Estado de Abertura e Engajamento (OESQ).	Apesar da não correlação entre o OESQ e o traço de personalidade de abertura, cita-se a relação entre “estar aberto” e as experiências externas e construtos como “curiosidade intelectual” e “criatividade”.
<i>It's all about the process: Examining the convergent validity, conceptual coverage, [...]</i>	2019	Rogge, R. D., Daks, J. S., Dubler, B. A., & Saint, K. J.	O estudo objetivou comparar os resultados de 3 diferentes escalas AAQ-II, OESQ e CompACT)	Cita-se a relação da aceitação com a satisfação em expressar a criatividade.
<i>The impact of mindfulness skills on interactions between direct care staff and adults with developmental disabilities</i>	2019	Chancey, C et al.	O estudo avaliou a efetividade da ACT nas interações de cuidadores com seus clientes adultos com deficiência do desenvolvimento.	Ao citar um outro estudo, descreve-se que os envolvidos no treino de mindfulness foram mais responsivos, pacientes, criativos e adaptáveis durante as suas interações de prestação de cuidados.
<i>A Service Member's experience of Acceptance and Commitment Therapy for Moral Injury (ACT-MI) via telehealth: [...]</i>	2019	Borges, L. M.	O artigo apresenta um estudo de caso do primeiro uso do ACT para Injúria Moral (ACT-MI) aplicado a um tratamento para injúria moral de forma remota.	Ao citar os valores do participante, cita-se que o participante identificou 3 importantes valores (aventura, espontaneidade e criatividade).
<i>Acceptance and Commitment Training for reducing inflexible behaviors in children with autism</i>	2019	Szabo, T. G.	O estudo conduziu um treino de análise funcional com base no comportamento inflexível de três crianças com autismo. Em seguida foi conduzido um experimento secundário com base na ACT.	Em uma sessão fechada com o participante jogando um jogo com regras que mudam de tempos em tempos, o experimentador sugere que as crianças ajam de forma criativa para criar novas regras.
<i>A contextual-behavioral perspective on chronic pain during the COVID-19 pandemic and future times of mandated physical distancing</i>	2020	Rhodes, A., Martin, S., Guarna, J., Vowles, K., & Allen, T.	O estudo investigou como a COVID impacta pessoas com dor crônica, além de sugerir a ACT como uma terapia efetiva para ser usada em tempos de isolamento social.	Cita-se os modos criativos que o terapeuta pode utilizar na ACT para intervir em serviços de telessaúde
<i>Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects [...]</i>	2020	Davis, A. K et al.	O artigo avaliou a relação entre psicodélicos e a FP para a redução de sintomas de depressão e ansiedade.	Em um dos itens do questionário utilizado (Psychological Insight Questionnaire) avalia-se a descoberta de soluções criativas para a vida do sujeito.
<i>Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating [...]</i>	2020	Hill, M. L., Schaefer, W., Spencer, S. D., & Masuda, A.	O estudo avaliou a efetividade da compaixão focada na ACT para mulheres com restrição alimentar e problemas de checagem do corpo.	Ao falar da participante 3 (após uma discussão sobre a sua alimentação), cita-se que a flexibilidade da escolha de roupas corresponde aos seus valores de auto expressão, criatividade e saúde física.

<i>Implementing a Web-Based Cognitive Defusion Program to Target Negative Self-Referential [...]</i>	2020	Wollach, C. H et al.	O estudo testou a usabilidade dos estudantes de graduação com o programa D-FUSE. Em seguida, avaliou-se a sua eficácia na melhoria da autocrítica.	Ao falar sobre os objetivos, cita-se que 24 dos participantes praticaram exercícios de criatividade com os pensamentos. Essa estratégia apresentou média boa entre a satisfação dos participantes.
<i>Seeking to be serviceable some reflections on Hayes and Fryling (2019)</i>	2020	Rehfeldt, R. A et al.	O artigo discute as semelhanças entre o Interbehaviorismo e outras perspectivas atualizadas sobre o dualismo.	Ao citar um estudo sobre cultura, descreve-se que o estudo (que investigou o efeito do "status social" no comportamento de calouros) foi realizado de forma criativa.
<i>A mixed-methods evaluation of experiential intervention exercises for values and committed action from an [...]</i>	2021	Viskovich, S., Pakenham, K. I., & Fowler, J. A.	O artigo investigou respostas a valores e a ações comprometidas em estudantes universitários para refinar futuros programas de saúde mental para este público.	Ao citar outro estudo, comenta-se que a criatividade é um valor importante à educação.
<i>Italian validation of the Italian Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI).</i>	2021	Landi et al.	O artigo validou o MPFI para o contexto italiano.	Ao citar um estudo anterior sobre o MPFI, descreveu-se que a subescala "consciência do momento presente" está associada a uma maior satisfação com a vida e satisfação em expressar a criatividade.
<i>Implementation of ACT in correctional and forensic settings</i>	2021	Zarling, A., & Scheffert, R.	O artigo descreveu a experiência de implementação da ACT em um sistema correcional em Iowa, EUA.	Descreve-se o "princípio da necessidade" e defende-se que deve-se priorizar intervenções de modo que o tempo não seja gasto em necessidades não criminosas (i.g. baixa auto-estima, criatividade, necessidades médicas e condicionamento físico).
<i>Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research</i>	2021	Hayes et al.	O artigo descreveu dados de 2,5 anos projetados para promover o consenso entre produtores e consumidores representativos da pesquisa da CBS sobre o melhor caminho estratégico a seguir.	Na recomendação 32, sugere-se o uso criativo para a implementação de metodologias científicas e o estabelecimento de programas de pesquisa de CBS a fim de beneficiar, de forma significativa, vidas humanas.
<i>Integrating storytelling into the theory and practice of contextual behavioral science</i>	2021	Davis, C. H et al.	O artigo discute a narração de histórias, sob a perspectiva da CBS, para integrar métodos narrativos em intervenções clínicas.	Cita-se que, ao trabalhar o desenvolvimento de um self mais flexível, o uso da escrita criativa pode ter uma forte justificativa teórica a favor da construção de narrativas próprias mais flexíveis.
<i>The empowerment plan: Enhancing the safety plan with a CBS approach to repertoire expansion.</i>	2021	Weinstein, J. H.; Kroska, E. B.; Walser, R. D.	O artigo defende a criação de um plano de segurança de sessão única, para veteranos com risco de suicídio, baseado na CBS.	Ao descrever o processo de "moldura analógica", neste contexto descritos como novas relações verbais de self, cita-se que o processo remove a luta do seu contexto tradicional e insere um contexto metafórico de maior sucesso, estabelecendo condições para relações verbais criativas e flexíveis.
<i>Psychometric evaluation of the acceptance and Action Questionnaire-II [...]</i>	2022	Ankney, A. S et al.	O artigo remodelou o Questionário de Aceitação e Ação (AAQ - II)	Ao descrever o I-ADAPT (Medida de Adaptabilidade Individual), descreve-se que uma das dimensões do inventário avalia a resolução criativa dos próprios problemas.
<i>The importance of idiographic and functionally analytic strategies in the unified protocol for trans-diagnostic treatment of emotional disorders</i>	2022	Barlow, D. H., & Eustis, E. H.	O artigo comenta as principais recomendações do relatório de estratégias e táticas de pesquisa na CBS. Destaca-se as estratégias longitudinais e funcionais para o estudo da mudança de comportamento.	Ao comentar sobre "abordagens idiográficas" cita-se, de forma direta, Barlow (2010), justificando que variações de tratamento fazem parte da abordagem, visto a diferença entre indivíduos. Cabendo então ao profissional realizar adaptações criativas para promover um tratamento mais efetivo.

<i>Randomized-controlled trial examining differing content of ABA therapy delivered to autistic children</i>	2023	Dixon, M. R., Yi, Zhihui., Sutton, A., & Píkula, A.	O estudo examinou diferenças relativas ao conteúdo ensinado da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) aplicada a crianças autistas.	Cita-se que o objetivo principal do treino relacional era criar competências de raciocínio indutivo e dedutivo que pudessem servir como um acelerador para a aprendizagem de um modo de pensamento criativo amplo, ao invés de ensinar itens que o BCBA acreditava serem importantes para aprender.
<i>The effect of SMART relational skills training on intelligence quotients: Controlling for individual differences in attentional skills and baseline IQ</i>	2023	Roche, B., Cummins, J., Cassidy, S., Dillon, A., & Moore, L.	O estudo replicou o efeito do SMART em quociente de inteligência enquanto controlava os níveis básicos de inteligência e habilidades de atenção.	Ao citar Hayes et al., (2021), defende-se que é necessário a construção de delineamentos de investigação mais criativos a fim de melhorar a qualidade das intervenções.

Tabela 2. Tabela dos dados obtidos a partir dos artigos selecionados relacionados ao uso do termo **desesperança criativa**.

Título	Ano	Autor(a)	Objetivo	Processo/Procedimento
<i>Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: [...]</i>	2013	Juarascio, A et al.	O estudo desenvolveu um tratamento semi estruturado para Transtornos Alimentares (TA).	A desesperança criativa foi utilizada para que os pacientes percebessem a ineficácia das estratégias de controle no TA; que elas serviam somente a curto prazo.
<i>A functional-contextualist account of locus of control: Generalized control expectancies as derived relational responding</i>	2015	Visdómine-Lozano, J. C.	O artigo revisa brevemente a definição original do conceito de cognição social, além de desenvolver uma proposta alternativa com base na RFT.	Ao citar outro autor, defende-se a alteração de molduras de coordenação entre eventos privados a fim de suscitar expectativas de controle externo sob seu controle, examinando as tentativas fracassadas dos clientes.
<i>Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group [...]</i>	2016	Brassington, L et al.	O artigo avaliou a efetividade da ACT para pacientes com alguma condição de saúde a longo prazo (LTC).	Cita-se alguns exercícios de desesperança criativa (sofrimento primário/secundário e a viabilidade das estratégias de enfrentamento).
<i>Acceptance and commitment therapy for co-occurring PTSD and substance use: A manual development study</i>	2016	Hermann, B. A et al.	O artigo fundamenta teoricamente e empiricamente um manual de tratamento em ACT para TEPT e Transtorno por Uso de Substância (SUD).	Exercícios para avaliar e notar as tentativas de evitar e controlar as experiências internas relacionadas ao TEPT e ao SUD.
<i>A functional approach to understanding and treating military-related moral injury</i>	2017	Farnsworth, J. K et al.	O estudo argumenta que a ACT é viável para tratar injúria, dor e dano moral.	Revisou-se o sofrimento: total de anos em sofrimento, revisão das estratégias de controle e a utilização da metáfora do "homem no buraco."
<i>Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study</i>	2018	Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I.	O artigo descreve um estudo de caso sobre a aplicação da ACT em conflitos familiares.	O procedimento foi realizado através de metáforas para fazê-lo tomar consciência das estratégias de regulação emocional utilizadas que o distanciavam de seus valores.
<i>Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus [...]</i>	2018	Herbert et al.	O artigo replicou um estudo comparando ACT e TCC para tratar Transtorno de Ansiedade Social.	A desesperança criativa foi introduzida para evidenciar a futilidade das tentativas de controlar os eventos privados relacionados à ansiedade social.
<i>Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention [...]</i>	2018	Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T.	O estudo avaliou uma intervenção de ACT em grupo para cuidadores de saúde mental com problemas interpessoais.	Cita-se a realização de metáforas (o homem no buraco).
<i>Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) [...]</i>	2019	Han, J., Liu, J., Su, Y., & Qiu, H.	O estudo objetivou avaliar os efeitos da ACT na cognição de pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia.	Cita-se a discussão de pensamentos e sentimentos relacionados ao câncer e as tentativas de eliminar ou escapar dos sentimentos negativos. Utilizado também o jogo do quebra-cabeça "T"

<i>Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents [...]</i>	2019	Hahs, A. D et al.	O artigo pretendeu avaliar uma intervenção de ACT em pais de pacientes com TEA.	O objetivo foi elucidar a inefetividade das estratégias de controle dos eventos privados. Foram utilizados exercícios de metáfora (pessoa no buraco, armadilha chinesa, saindo dos nossos “mas” e quais são os números).
<i>Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID-19 as an example</i>	2020	Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Stanton, C. E.	O artigo argumenta que o tempo de pandemia da COVID-19 é um momento ideal para revigorar a análise funcional organizando-a sob um metamodelo evolutivo alargado.	Cita-se que a desesperança criativa desestabiliza as redes globais desadaptativas das pessoas, relevante para trabalhos futuros e a consequente promoção da flexibilidade psicológica.
<i>Retrospective cohort study of a novel acceptance and commitment therapy group intervention [...]</i>	2020	O'Dell, S. M et al.	O estudo implementou uma intervenção baseada em ACT na atenção primária para avaliar os seus efeitos na saúde mental.	Utilização de metáforas (Samurai e a mosca, problema de controle/introdução da corda, cabo de guerra, observação de luta e teste de funcionalidade).
<i>The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school [...]</i>	2020	Fang, S., & Ding, D.	O estudo avaliou uma intervenção de ACT em jovens chineses para “capital psicológico” e engajamento escolar.	Realizou-se a metáfora do cabo de guerra; fantasia do controle e foi realizada uma tarefa de casa: avaliar se resolveu o problema e descrever as consequências a longo prazo.
<i>In-person and online-delivered acceptance and commitment therapy [...]</i>	2021	Ong, C. W et al.	O estudo examinou o efeito da ACT em sintomas do Distúrbio de Acumulação.	Destacou-se, na intervenção, a diferença entre a função pretendida das estratégias utilizadas [para o controle dos eventos privados] e o efeito de fato.
<i>A trauma-focused intensive outpatient program integrating elements of exposure therapy with ACT [...]</i>	2021	Ramirez, M. W et al.	O objetivo do estudo foi desenvolver um programa para pacientes com TEPT utilizando Terapia de Exposição e ACT.	O uso da desesperança criativa como um processo para aumentar a consciência das estratégias de evitação. Esse conceito foi destacado como a principal fonte de motivação para permanecer no programa.
<i>Acceptance and values clarification versus cognitive restructuring and relaxation: A randomized controlled trial of ultra-brief non-expert-delivered coaching [...]</i>	2021	Hochard, K. D.; Hulbert-Williams, L.; Ashcroft, S.; McLoughlin, S.	O estudo comparou o resultado de duas intervenções: aceitação baseada em valores ultra breve (1 hora) feita por não especialistas e reestruturação cognitiva e relaxamento para resiliência social.	Utilização de metáforas (nadando até a costa).
<i>Acceptance and Commitment Therapy to Promote Recovery from suicidal crises: A Randomized Controlled Acceptability [...]</i>	2021	Barnes, S. M et al.	O estudo testou a aceitabilidade da “ACT for Life” e avaliou a viabilidade do desenho da pesquisa para a eficácia dele em situações futuras.	Identificar o suicídio como uma tentativa desesperada em controlar emoções indesejadas.
<i>Cultural adaptation of ACT to support caregivers of autistic Latino children: A pilot study</i>	2023	Cañón, L. F et al.	O estudo indica que um protocolo breve de ACT, baseado em grupo e culturalmente adaptado, pode melhorar o bem-estar das mães latinas cuidadoras de filhos com autismo.	Foram realizadas explicações e discussões didáticas, utilização de metáforas (o homem no buraco), além de exercícios experienciais.
<i>Preliminary efficacy of an acceptance-based diabetes education (ACT-DE) programme for people with type 2 diabetes on diabetes distress [...]</i>	2023	Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., Loo, K. M., & Chien, W. T.	O estudo comparou uma intervenção em ACT e um programa de educação em diabetes para avaliar o efeito delas no autocuidado dos participantes em relação à doença.	Foram realizados exercícios de metáforas (cabo de guerra com o monstro, afaste o papel e bola na piscina).

Discussão

Diversos estudos fornecem indicativos sobre a importância da criatividade para a FP. Por exemplo, Gould et al. (2018) destacam que a FP pode ser considerada um repertório sensível à presença e função dos eventos privados, mas que é caracterizado por respostas adaptativas, flexíveis e criativas com respeito a esses eventos privados. Szabo (2019) descreve em sua metodologia a necessidade de o participante variar de forma criativa as estratégias para solucionar o problema proposto. Ankney et al. (2022) ao utilizar o inventário I-ADAPT (Medida de Adaptabilidade Individual) indica que uma das dimensões do inventário avalia a resolução criativa dos próprios problemas (relacionando-o ao AAQ-II [Questionário de Aceitação e Ação]). Há também a relação da criatividade como um valor para os indivíduos (Borges, 2019; Fitzpatrick et al., 2016; Hill et al., 2020; Viskovich et al., 2021) e a relação dela com os outros subprocessos do *Hexaflex* (Benoy et al., 2019; Davis, 2021; Hill et al., 2020; Landi et al., 2021).

A relação entre a criatividade e a ACT é bem evidente não somente com a FP, mas também com aspectos teóricos (Hayes et al., 2012), experimentais (Hayes et al., 2017) e metodológicos (Benoy et al., 2019; Thurstone et al., 2017) da CBS. Os artigos que citaram a criatividade evidenciam bem o propósito de seu uso, que pode ser entendida como um adjetivo, processo ou finalidade positiva, e na mesma medida não descreve comportamentalmente o que o uso do termo descreve de fato.

A exemplo de algumas referências ao uso da palavra “criatividade” sem o devido rigor pragmático metodológico para tal: Moyer et al. (2017) citam que a avaliação dos estudantes foi realizada com base na “criatividade”; já Barnes-Holmes et al. (2018) ao comentarem sobre a escola, cita-se que o paciente gostou das atividades criativas. Landi et al. (2021) ao citar um estudo anterior, descrevem que a subescala “consciência do momento presente” está associada à satisfação em expressar a criatividade. Além dos diversos outros estudos que usam a criatividade para justificar um aspecto positivo do estudo (Rehfeldt et al., 2020) e os estudos que destacam uma limitação metodológica deles e/ou

de outros (além de recomendações para melhorar estudos futuros) a partir da ausência da “criatividade” (Barlow, 2010 apud Barlow & Eustis, 2022; Hayes et al., 2012; Hayes et al., 2017; Hayes et al., 2021; Holman & Koerner, 2014; Luciano et al., 2013; Roche et al., 2023; Rhodes et al., 2020; West et al., 2013). O recorte oferecido pelos autores não possibilita a realização de uma análise clara acerca do que está sendo designado como criativo.

A defesa da criatividade parece ocorrer devido à popularidade de seu uso e não porque o processo envolve inovação e funcionalidade (Runco & Jaeger, 2012). Uma parcela dos artigos que citam a desesperança criativa o faz a partir da função realizando um teste de funcionalidade. Esse teste avalia as estratégias de controle utilizadas para os eventos privados e as suas consequências de curto e longo prazo (Brassington et al., 2016). Tais estratégias evidenciam essas características por estarem associadas à variabilidade, recombinação de repertórios e a (não) resolução de problemas (Neves Filho, 2018a).

Outra parcela dos estudos realizou o procedimento de desesperança criativa utilizando metáforas. Neles foram utilizadas velhas metáforas conhecidas (homem no buraco, cabo de guerra com o monstro, dentre outros) para diferentes contextos e culturas. Esse artefato metodológico não engloba a forma como as diferentes culturas e populações nomeiam e experienciam o mundo interno deles. Construir metáforas específicas para a cultura e o contexto da população do estudo é mais coerente com os preceitos da CBS (Hayes et al., 2012).

Outra pontuação acerca do nome “criativo” no termo decorre do próprio sentido da palavra que é dubio e confuso. O termo “desesperança criativa” pode ser entendido como um conceito, um processo ou um procedimento (Hayes, 1987). Apesar de amplamente difundida e utilizada pela literatura e por terapeutas da ACT, há uma escassez das referências que sistematizam a utilização da palavra no termo e qual a sua efetividade. Ao modo que a palavra parece ser utilizada de forma cíclica, ao acaso e sem propósito: por vezes validando proposições mentalistas (o que difere do próprio corpo teórico da CBS). A forma em que o termo está sendo utilizado promove uma falta de objetividade científica quando não determina a função de tal, dificultando observações e medições do fenômeno. O uso do

termo não define ou operacionaliza as contingências relacionadas com o padrão criativo presentes no processo/procedimento e qual a sua relação comportamental com os fundamentos da ACT.

De acordo com as premissas supracitadas, pode-se afirmar então que não existem diferenças substanciais na utilização ou não do termo e as consequências dela acaba por gerar confusões pragmáticas cujo efeitos podem ser observados nas intervenções clínicas (dificuldade de compreensão, experimentação e intervenção por parte dos terapeutas que utilizam esta modalidade terapêutica). Este cenário confuso sobre o que é e como estudar criatividade já foi indicado como um problema no estudo da criatividade tanto em perspectiva cognitivista (Runco & Jaeger, 2012), quanto comportamental (Carvalho Neto et al., 2016). A CBS, portanto, ao ingressar no estudo do tema da criatividade também sem uma definição formal sobre o que é (e não é) criativo, parece repetir o que ocorre em outras áreas da Psicologia Experimental que se dedicam ao tema.

Dos artigos selecionados para este estudo, apenas um descreve o processo comportamental envolvido na criatividade: uma defesa da regularidade comportamental mesmo em comportamentos considerados irregulares e ao acaso (Epstein, 2014), mas que não se relaciona diretamente com a ACT. O autor deste estudo (Epstein, 2014) foi inclusive um dos últimos alunos de Skinner em Harvard e um pioneiro do estudo da criatividade na Análise do Comportamento (Neves Filho, 2018b). Apesar das diversas citações, as referências são imprecisas quanto a definição do uso do termo “criatividade”.

Destaca-se que os dados recolhidos neste estudo mostraram que a maioria dos artigos selecionados foram produzidos para populações brancas presentes em países da Europa ou da América do Norte (amostra W.E.I.R.D.), demonstrando a necessidade de uma variedade das populações. Essa variedade é relevante devido a generalização dos dados produzidos nesses estudos. A hiper representação de apenas uma parcela da população como pesquisadores e participantes é uma limitação metodológica comumente presente nas pesquisas da psicologia (Oliveria & Baggs, 2023), sendo, portanto, as pesquisas aqui relatadas mais uma parte deste cenário problemático bem estabelecido.

A presente pesquisa se debruçou sobre os dados produzidos até setembro de 2023 e posteriormente mais 24 artigos foram publicados no devido periódico, indicando assim a necessidade de análises futuras para se debruçar de forma mais precisa sobre o fenômeno e também a tendência de maior interesse no tema. Análises preliminares indicam resultados semelhantes aos apresentados aqui. Uma observação adicional é que destes 24 artigos, oito foram produzidos em instituições localizadas na Ásia, indicando um aumento de 400% em comparação ao histórico. Em sua maioria pesquisas aplicadas, os dados indicam uma possível tendência em produções dessa natureza no continente, contribuindo para uma diversificação dos estudos (Chong et al., 2024; Li et al., 2024). Estas são questões para revisões e estudos futuros da área.

Conclusão

Essa revisão mostrou que existem contradições acerca do uso do termo “criatividade” na literatura da ACT e CBS, algo que também ocorre em outras áreas de pesquisa empírica sobre o que se chama de “criatividade” (Runco & Jaeger, 2012; Carvalho Neto et al. 2016). Diversos autores da área estudada nesta revisão defendem a necessidade da criatividade em sua metodologia, procedimento e corpo teórico, contudo, boa parte dessas defesas partem de uma necessidade valorativa, ou seja, justifica-se que o estudo ou o impacto da intervenção é “boa” por ter sido criativa e é “ruim” devido à falta da criatividade, um tipo de uso de valor positivo dado à criatividade que é comum tanto na literatura científica moderna como no senso comum (Weiner, 2000). Alternativamente, defende-se aqui que a utilização do termo se faz necessária devido à sua inovação (selecionada pela sua funcionalidade em resolver problemas, facilitar processos e melhorar a vida das pessoas).

Ainda nesta revisão, foi visto os problemas relacionados ao uso do termo nos trabalhos que citaram os descritores por terem realizado processos/procedimentos de desesperança criativa. Defende-se aqui uma reformulação teórica dele de modo que possa descrever de forma mais contextual, clara e objetiva a fim de torná-los amplos e precisos.

Esse mapeamento inicial se faz relevante para futuros pesquisadores se debruçarem sobre a temática, além de ser um marco para os trabalhos que vissem relacionar a criatividade com outros processos da ACT (como a própria Flexibilidade Psicológica). Ainda em relação a pesquisas futuras, sugere-se que seja realizada uma revisão mais ampla e abrangente acerca do tema, levando em consideração outros periódicos, teses, dissertações e livros, além de outras línguas que não somente a inglesa, incluindo em suas metodologias a utilização do protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Review (PRISMA) não adotado por este trabalho devido a especificidade do tema e do periódico.

Referências

- *Ankney, A. S., Baker, R. T., Pickering, M. A., Carr-Chellman, D. J., Holyoke, L. B., & Larkins, L. W. (2022). Psychometric evaluation of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) with Special Operations Forces soldiers. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 69-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.010>
- Averill, J. R. (2005). Emotions as mediators and as products of creative activity. In J. C. Kaufman & J. Baer (Eds.), *Creativity across domains: Faces of the muse*, (pp. 225-243). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- *Barlow, D. H., & Eutis, E. H. (2022). The importance of idiographic and functionally analytic strategies in the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.001>
- *Barnes-Holmes, Y., Boorman, J., Oliver, J. E., Thompson, M., McEntegart, C., & Coulter, C. (2018). Using conceptual developments in RFT to direct case formulation and clinical intervention: two cases summaries. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.11.005>
- *Benoy, C., Knitter, B., Knellwolf, L., Doering, S., Klotsche, J., & Gloster, A. T. (2019). Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 253-260. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.005>
- *Borges, L. M. (2019). A service member's experience of Acceptance and Commitment Therapy for Moral Injury (ACT-MI) via telehealth: "Learning to accept my pain and injury by reconnecting with my values and starting to live a meaningful life". *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.002>
- *Brassington, L., Ferreira, N. B., Yates, S., Fearn, J., Lanza, P., Kemp, K., & Gillanders, D. (2016). Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 208-214. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.09.001>
- *Cañón, L. F., Gould, E. R., Sandoz, E. K., Moran, O., & Grimaldi, M. A. (2023). Cultural adaptation of ACT to support caregivers of autistic latino children: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.003>
- Carvalho Neto, M. B., Barbosa, J. I., Neves Filho, H. B., Delage, P. E. G. A., & Borges, R. P. (2016). Behavior analysis, creativity and insight. In Todorov, J. C. (Ed.), *Trends in Behavior Analysis: Volume 1* (pp. 49-81). Technopolitik.
- Chong, Y. Y., Lam, W. C., Wong, K. S., Wong, C. Y., Lam, P. C. M., Hsu, S. M., & Chien, W. T. (2024). Focused Acceptance and Commitment Therapy Skills Training (FACT) program for paraprofessionals serving families of children with special health care needs: A service evaluation study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100806>
- *Davis, C. H., Gaudiano, B. A., McHugh, L., & Levin, M. E. (2021). Integrating storytelling into the theory and practice of contextual behavioral science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.004>
- D'Anselmo, A., Agnoli, S., Filardi, M., Pizza, F., Mastria, S., Corazza, G. E., & Plazzi, G. (2021). Being creative during lockdown: the relationship between creative potential and COVID-19 related psychological distress in

- narcolepsy type 1. *Journal of Sleep Research*, 31(2), 1-9. doi: 10.1111/jsr.13461
- *Dixon, M. R., Yi, Z., Sutton, A., & Pikula, A. (2023). Randomized-controlled trial examining differing content of ABA therapy delivered to autistic children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.016>
- *Epstein, R. (2014). On the orderliness of behavioral variability: insights from generativity theory. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 279-290. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.004>
- *Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.005>
- *Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Evans, W., & Walser, R. D. (2017). A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 391-397. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.003>
- *Fitzpatrick, M., Henson, A., Grumet, R., Poolokasingham, G., Foa, C., Comeau, T., & Prendergast, C. (2016). Challenge, focus, inspiration and support: processes of values clarification and congruence. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.001>
- *Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with Acceptance Commitment Therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.006>
- *Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.003>
- *Grom, J. L., Maloney, M. A., Parrott, D. J., & Eckhardt, C. I. (2021). Alcohol, trait anger, and psychological flexibility: A laboratory investigation of intimate partner violence perpetration. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.006>
- *Hahs, A. D., Dixon, M. R., & Paulilunas, D. (2019). Randomized controlled trial of brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.002>
- *Han, J., Liu, J., Su, Y., & Qiu, H. (2019). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on illness cognition in breast cancer patients. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.003>
- Hayes, S. C. (1987). A Contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2021). Contextual Behavioral Science as a distinct form of behavioral research and practice. In Zilio, D., Carrara, K. (eds) *Contemporary Behaviorisms in Debate*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77395-3_16
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *ACT: an experiential approach to behavior change*. Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). *What is Acceptance and Commitment Therapy?* In S. C. Hayes & K.D. Strosahl (Orgs.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-29). Springer.
- *Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16. doi: 10.1016/j.jcbs.2012.09.004
- *Hayes, S. C., Sanford, B. T., & Chin, F. T. (2017). Carrying the baton: Evolution science and a contextual behavioral analysis of language and cognition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(3), 314-328. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.01.002

- *Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Stanton, C. E. (2020). Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID-19 as an example. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 128-145. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.009>
- *Hayes, S. C et al. (2021). Report of the ACBS task force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 172-183. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.007>
- *Herbert, J. D., Forman, E. M., Kaye, J. L., Gershkovich, M., Goetter, E., Yuen, E. K., Glassman, L., Goldstein, S., Hitchcock, P., Tronieri, J. S., Berkowitz, S., & Marando-Blanck, S. (2018). Randomized controlled trial of ACT versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.008>
- *Hermann, B. A., Meyer, E. C., Schnurr, P. P., Batten, S. V., & Walser, R. D. (2016). ACT for co-occurring PTSD and substance use: a manual development study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.07.001>
- *Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Science*, 16, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006>
- *Hochard, K. D., Hulbert-Williams, L., Ashcroft, S., & McLoughlin, S. (2021). Acceptance and values clarification versus cognitive restructuring and relaxation: A randomized controlled trial of ultra-brief non-expert-delivered coaching interventions for social resilience. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.001>
- *Holman, G., & Koerner, K. (2014). Single case designs in clinical practice: A contemporary CBS perspective on why and how to. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.006>
- *Hughes, S., Barnes-Holmes, D., & Vahey, N. (2012). Holding on to our functional roots when exploring new intellectual islands: A voyage through implicit cognition research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 17-38. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.003>
- *Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3-4), 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.001>
- *Landi, G., Pakenham, K., Giovannetti, A. M., Presti, G., Boccolini, G., Cola, A., Grandi, S., & Tossani, E. (2021). Italian validation of the Italian Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.007>
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chong, Y. Y., & Ng, M. S. N. (2024). Effects of acceptance and commitment therapy-based intervention on fatigue interference and health-related quality of life in patients with advanced lung cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100758>
- *Luciano, C., Valdivia-Salas, S., Ruiz, F. J., Rodríguez-Valverde, M., Barnes-Holmes, D., Dougher, M. J., Cabello, F., Sánchez, V., Barnes-Holmes, Y., & Gutierrez, O. (2013). Extinction of aversive eliciting functions as an analog of exposure to conditioned fear: Does it alter avoidance responding? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3-4), 120-134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.05.001>
- *Moyer, D. N., Murrell, A. R., Conanally, M. L., & Steinberg, D. S. (2017). Showing up for class: Training graduate students in acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), p. 114-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.12.001>
- Neves Filho, H. B. (2018a). *Criatividade: suas origens e produtos sob uma perspectiva comportamental*. Imagine Publicações.
- Neves Filho, H. B. (2018b). Columban simulation project: Quando computadores foram substituídos por pombos. *Perspectivas em Análise*

- do Comportamento*, 9(1), 127-140. <https://doi.org/10.18761/PAC.2017.016>
- Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., Loo, K. M., & Chien, W. T. (2023). Preliminary efficacy of an acceptance-based diabetes education (ACT-DE) program for people with type 2 diabetes on diabetes distress and self-care behaviours: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30, 50-60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.09.002>
- *O'Dell, S. M., Hosterman, S. J., Hostutler, C. A., Nordberg, C., Klinger, T., Petts, R. A., Whitehead, M. R., Faulkner, S. A., Garcial, A., & Massura, C. A. (2020). Retrospective cohort study of a novel ACT group intervention for adolescents implemented in integrated primary care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.009>
- Oliveira, G. S., & Baggs, E. (2023). *Psychology's WEIRD Problems*. Cambridge University Press. doi:10.1017/9781009303538
- *Ong, C. W., Krafft, J., Panoussi, F., Petersen, J. M., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2021). In-person and online-delivered acceptance and commitment therapy for hoarding disorder: A multiple baseline study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.02.001>
- Orkibi, H., Ben-Elyahu, A., Reiter-Palmon, R., Testoni, I., Biacalani, G., Murugavel, V., & Gu, F. (2021). Creative adaptability and emotional well-being during the COVID-19 pandemic: An international study. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 18(2), 245-255. <https://doi.org/10.1037/aca0000445>
- Perez, W. F. (2024). Skinner and Relational Frame Theory: Integrating units of analysis on a continuum of complexity. *The Psychological Record*, 74, 349-366. <https://doi.org/10.1007/s40732-023-00559-9>
- *Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T. (2018). Pilot of an Acceptance and Commitment Therapy and schema group intervention for mental health carers interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.006>
- *Ramirez, M. W., Woodworth, C. A., Evans, W. R., Grace, G. A., Schobitz, R. P., Villarreal, S. A., Howells, C. J., Gissendanner, R. D., Katko, N. J., Jones, K. N., McCabe, A. E., & Terrell, D. J. (2021). A trauma-focused intensive outpatient program integrating elements of exposure therapy with ACT: Program development and initial outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.06.002>
- *Rehfeldt, R. A., Root, W. B., Wilson, A. N., & Schmidt, D. C. (2020). Seeking to serviceable some reflection on Hayes and Fryling (2019). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.008>
- *Rhodes, A., Martin, S., Guarna, J., Vowles, K., & Allen, T. (2020). A contextual-behavioral perspective on chronic pain during the COVID-19 pandemic and future times of mandated physical distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.009>
- *Roche, B., Cummins, J., Cassidy, S., Dillon, A., Moore, L., & Grey, I. (2023). The effect of SMART relational skills training on intelligence quotients: controlling for individual differences in attentional skills and baseline IQ. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 185-197. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.012>
- *Rogge, R. D., Daks, J. S., Dubler, B. A., & Saint, K. J. (2019). It's all about the process: examining the convergent validity, conceptual coverage, unique predictive validity, and clinical utility of ACT process measure. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 90-102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.10.001>
- Runco, M. A., & Jaeger, G. J. (2012). The standard definition of creativity. *Creativity Research Journal*, 24(1), 92-96. <https://doi.org/10.1080/10400419.2012.650092>
- Sandoz, E. K. & Fogle, C. (2023) Implementing ACT as contextual behavioral science. In Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (Orgs.), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- *Szabo, T. G. (2019). Acceptance and Commitment Training for reducing inflexible behaviors in

- children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 178-188. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.03.001>
- Skinner, B. F. (2003/1953). *Ciência e Comportamento Humano* (11ª ed., J. C. Todorov, & R. Azzi Trad). Martins Fontes.
- *Thurstone, C., Hull, M., Timmerman, J., & Emrick, C. (2017). Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 375-379. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.005>
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2016). Relational frame theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley-Blackwell, pp. 254-272.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. Guilford.
- Vincent, A. S., Decker, B. P., & Mumford, M. D. (2002). Divergent thinking, intelligence, and expertise: a test of alternative models. *Creativity Research Journal*, 14(2), 163-178. https://doi.org/10.1207/S15326934CRJ1402_4
- *Visdómine-Lozano, J. C. (2015). A functional-contextualist account of locus of control: Generalized control expectancies as derived relational responding. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 312-323. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.06.005>
- *Viskovich, S., Pakenham, K. I., & Fowler, J. A. (2021). A mixed-methods evaluation of experiential intervention exercises for values and committed action from an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) mental health promotion program for university students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.10.001>
- Weiner, R. P. (2000). *Creativity and beyond: Culture, values and change*. State University of New York Press.
- *Weinstein, J. H., Kroska, E. B., & Walser, R. D. (2021). The empowerment plan: enhancing the safety plan with a CBS approach to repertoire expansion. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.03.004>
- *West, L. M., Graham, J. R., & Roemer, L. (2013). Functioning in the face of racism: Preliminary findings on the buffering role of values clarification in a Black American sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.003>
- Wilson, K. G., Strosahl, K. D., & Hayes, S. C. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: the process and practice of mindful change* (2 ed.). Guilford.
- *Wollach, C. H., Cardaciotto, L., Levin, M., & Armstrong, S. L. (2020). Implementing a web-based cognitive defusion program to target negative self-referential thoughts in college students: a pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 189-191. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.007>

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 25/08/2025

Aderência e competência do terapeuta na Terapia de Aceitação e Compromisso: uma revisão sistemática da literatura

Therapist adherence and competence in Acceptance and Commitment Therapy: a systematic review of the literature

Bruna Ferreira¹, Lorrainy Castro¹, Pedro Pires¹

[1] Universidade Federal do Rio de Janeiro | **Título abreviado:** Terapeuta ACT: aderência e competência | **Endereço para correspondência:** Bruna Ferreira, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Av. Pasteur, 250 - Urca, Rio de Janeiro/RJ. CEP 22290-180 | **Email:** bfs@ufrj.br | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.007

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso é uma abordagem psicológica de origem comportamental com foco no contexto, que se propõe a conduzir os clientes a trilharem uma vida com abertura e orientada a valores individualmente adotados. A literatura apresenta vastos resultados sobre a eficácia desta proeminente abordagem e, recomendada pela Organização Mundial de Saúde e a Associação Americana de Psicologia para uma série de questões relacionadas à saúde mental. Desta forma, buscou-se investigar e compreender as recomendações necessárias e existentes que direcionam para o comportamento desejável do terapeuta ACT, por meio de uma revisão sistemática da literatura disponível. Foram encontrados nove artigos que destacam a importância da relação terapêutica como mecanismo de mudança, a relevância da educação com formação e treinamento em ACT, e as especificidades da prática em relação à competência e adesão dos terapeutas. Este estudo produz compreensões sobre percepções e experiências dos atributos necessários e esperados para atuar como terapeuta ACT.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso; aderência; competência; postura terapêutica.

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a psychological approach rooted in behavioral science with a focus on context, aiming to guide clients toward a life characterized by openness and values-driven actions tailored to individual values. The literature provides extensive evidence on the effectiveness of this prominent approach, which is recommended by both the World Health Organization and the American Psychological Association for a range of mental health issues. This study, therefore, sought to investigate and understand the necessary and existing recommendations that guide the desirable behavior of ACT therapists through a systematic review of the available literature. Nine articles were identified that emphasize the importance of the therapeutic relationship as a mechanism for change, the relevance of education involving ACT training, and the practice-specific aspects regarding therapists' competence and adherence. This study contributes insights into perceptions and experiences regarding the attributes necessary and expected for effective ACT practice.

Keywords: acceptance and commitment therapy; adherence; competence; therapeutic posture.

Nota do autor

Este trabalho é fruto parcial da dissertação de mestrado da primeira autora, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Não temos conflitos de interesse a declarar.

A Terapia de Aceitação e Compromisso, também denominada ACT, (Hayes, et al., 1999; 2021) é uma abordagem comportamental e cognitiva inovadora que vem se destacando pelo seu modelo comportamental contextual em uma abordagem terapêutica promissora com mais de 1.099 Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs) e 501 Meta-Análises e Revisões Sistemáticas (ACBS, 2023) em pouco menos de 40 anos de pesquisa (Hayes, 1987). Com uma proposta de abordagem transdiagnóstica, a ACT baseia-se no Contextualismo Funcional como uma filosofia da ciência e visão de mundo, a fim de prever e influenciar eventos com precisão, escopo e profundidade, e desenvolveu-se concomitante à Teoria das Molduras Relacionais (RFT) (Hayes et al., 2001), apresentando uma própria teoria da linguagem e cognição humana (Hayes, 2016). O objetivo terapêutico da ACT é apontado e descrito através da metáfora denominada Hexágono da Flexibilidade Psicológica em seis processos: aceitação, desfusão, self como contexto, contato flexível com o momento presente, valores e ação com compromisso, também frequentemente apresentados por meio do modelo de abertura, presença e engajamento (Hayes et al., 1999; 2021).

Em 2024, Hayes e King conduziram uma análise de conteúdo envolvendo os primeiros 1.000 ensaios clínicos randomizados realizados entre 1986 e 2022. Os autores apontam que as investigações sobre ACT caminham para uma nova fase, marcada por intervenções individualizadas e orientadas por processos, fundamentadas em abordagens “idionômicas” no processo de análise funcional. No mesmo caminho investigativo e dando suporte às pesquisas, Gloster e colaboradores (2020) realizaram um amplo levantamento de 20 meta-análises, confirmando a efetividade da ACT no manejo do tratamento de ansiedade, depressão, dependência de substâncias e dor crônica.

A ACT é uma abordagem psicológica indicada para uma série de questões de saúde mental. No site da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS) é possível identificar o estado de evidência da ACT em seis pontos extremamente relevantes: (1) Organizações que descrevem a ACT, ou áreas da ACT, como baseadas em evidências; (2) Avaliações revisadas por pares da base de evidências do ACT; (3) Análises mediacionais; (4) Pesquisas

Qualitativas; (5) Ensaios ACT randomizados controlados; e, (6) Descobertas negativas. Além da ACBS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lista a ACT como empiricamente comprovada para o tratamento de dor crônica em crianças e adolescentes e a Associação Americana de Psicologia (APA) lista a ACT para tratamento de dor crônica, depressão, ansiedade mista, transtorno obsessivo-compulsivo e psicose (ACBS, 2024). Em 2020 a OMS também disponibilizou gratuitamente um guia autoaplicável baseado na ACT para pessoas que lidam com stress e traumas intitulado *Em Tempos de Estresse Faça o que Importa* (OMS, 2020).

No entanto, apesar da crescente realização pesquisas e de cada vez mais profissionais estarem adeptos ao movimento de abordagens comportamentais contextuais, especificamente a ACT, poucos estudos investigam e apresentam diretrizes para a formação de estudantes ou profissionais de saúde mental qualificados a atuar como terapeutas ACT no que diz respeito à aderência aos conceitos teóricos e competência para realização dos mesmos. Assim, aderência implica o grau de conformidade do terapeuta com a abordagem teórica sugerida, ao passo que a competência se relaciona com a eficácia e habilidade demonstrada pelo terapeuta em sua atuação (Dillenburg et al., 2021; Vilardaga & Hayes, 2009).

Os autores destacam a importância do treinamento de habilidades terapêuticas, tanto em contextos individuais quanto grupais (Luoma et al., 2017). Essa formação possibilita que estudantes e profissionais interessados vivenciem, na prática, os conceitos teóricos da ACT, considerado um requisito primordial para sua aplicação. A proposta vai além do desenvolvimento técnico do terapeuta, buscando promover uma identificação genuína com o modelo e ampliar o repertório clínico.

Tal repertório, por sua vez, inclui o uso e a criação de metáforas no *setting* terapêutico, a prática de exercícios de atenção plena, bem como o fortalecimento da relação terapêutica (Vilardaga & Hayes, 2009). Para tanto, o objetivo do presente estudo é investigar, na literatura existente, as recomendações que orientam o comportamento desejável do terapeuta ACT, contemplando o treinamento de habilidades, a postura profissional, os atributos pessoais e a aquisição de estratégias aplicáveis à prática clínica.

Método

A presente revisão sistemática foi baseada nas recomendações presentes no guia *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page et al., 2022), com enfoque na produção de estudos referente a artigos produzidos sobre a aderência e competência terapêutica à luz da Terapia de Aceitação e Compromisso. A declaração PRISMA foi seguida para rastrear e relatar os resultados da pesquisa desta revisão sistemática. No relato da revisão sistemática e da síntese qualitativa, foram seguidas as diretrizes de *Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research* (ENTREQ) (Tong et al., 2012). A aprovação ética não foi necessária para esta revisão sistemática de pesquisas existentes.

Estratégia de coleta

Como estratégia de busca, foi utilizado nas bases de dados: Pubmed, PsycNET (APA), SciELO (*Scientific Electronic Library On-line*), Science Direct, BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*), Scopus e LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) os descritores “*adherence*”, “*competence*” e “*Acceptance and Commitment Therapy*”. As duas expressões foram combinadas através dos operadores booleanos “OR” e “AND” para que fossem encontrados os campos de interseção entre as mesmas, com a finalidade de localizar registros onde ocorressem de maneira simultânea.

A definição das bases foi realizada a partir da relevância que possuem na indexação de periódicos científicos que estão vinculados a áreas de conhecimento deste trabalho, como saúde e psicologia.

Critério de inclusão

Como critério de inclusão, a busca foi pautada em artigos de revisão e/ou pesquisas empíricas com foco na atuação do terapeuta, onde a) falar sobre aderência terapêutica em ACT; e b) falar sobre competência terapêutica em ACT. Como critério de exclusão, a) ser voltado para pacientes/clientes e b) aderência ou competência na terapia. A data limite de período de busca foi dezembro de 2022.

Crítérios de seleção

Os estudos identificados foram importados para o Microsoft Excel e as duplicatas foram removidas. Os títulos e resumos dos resultados da pesquisa foram avaliados quanto à elegibilidade por dois revisores independentes. Após a triagem dos resumos, foram pesquisados e avaliados os textos completos dos artigos cuja adequação para inclusão com a presença de divergências foram sanadas por meio de discussão a equipe revisora até que um consenso fosse alcançado.

Avaliação de qualidade

A metodologia, o desenho da investigação, a estratégia de recrutamento e os métodos de coleta de dados foram explorados para abordar o problema de investigação. Foi considerado o levantamento de questões éticas, tal como rigor na análise dos dados, clareza da declaração das conclusões e o valor da pesquisa. Todas as discordâncias foram resolvidas por discussão com a equipe de revisão envolvendo um membro com experiência em métodos de pesquisa qualitativa. Cada estudo foi avaliado de forma independente por dois revisores.

Extração de dados

Os dados foram extraídos por um pesquisador e verificados por outro revisor em dois momentos distintos, utilizando um formulário criado pelos autores para a extração de dados predefinido, que incluía principalmente detalhes bibliográficos, país, objetivos do estudo, população, métodos de recrutamento, tipo de intervenção, detalhes da intervenção, método de amostragem (*n*), abordagem metodológica, método de coleta de dados, método de análise de dados e principais resultados/temas. Todo o texto rotulado como “resultados” ou “descobertas” dos estudos incluídos foi impresso e preparado para análise manual (Thomas & Harden, 2008). Quaisquer inconsistências entre as avaliações dos revisores foram resolvidas por discussão entre os dois revisores e/ou a equipe de revisão.

Síntese de dados

Os estudos incluídos foram analisados por meio de síntese temática, um método que se baseia nos princípios da análise temática para integrar resultados de diversas fontes de pesquisa qualitativa original por meio de um processo transparente

(Thomas & Harden, 2008). Inicialmente, houve a codificação manual dos resultados originais e posteriormente o agrupamento dos códigos relacionados a fim de criar temas descritivos baseados em semelhanças e diferenças relevantes. Adiante, os temas analíticos foram desenvolvidos com base nos temas descritivos, onde descober-

tas dos estudos individuais originais representou um nível mais elevado de compreensão conceitual. Este processo foi revisado pela equipe de pesquisa. Discussões subsequentes entre os membros da equipe de pesquisa foram realizadas para chegar a um acordo quando em caso de inconsistências.

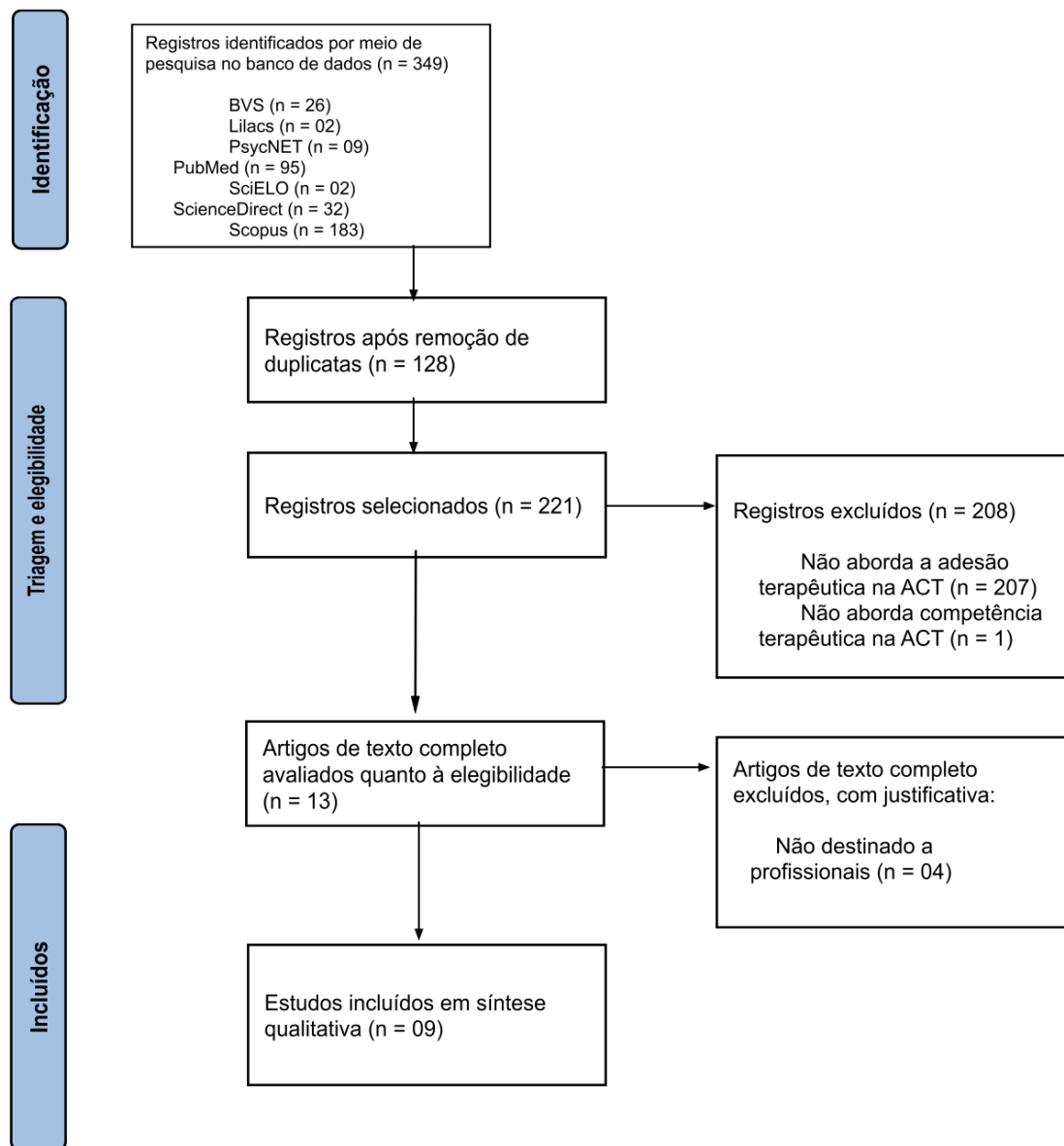


Figura 1. Fluxograma Prisma do processo de identificação do estudo.

Resultados

Seleção dos artigos

Na representação gráfica da Figura 1, é possível observar o fluxo de informações ao longo das diversas fases da revisão. A busca inicial resultou em um total de 349 registros. Após a etapa de exclusão de duplicatas, foram identificados 221 estudos através da análise de título e resumo, dos quais 13 artigos em texto completo foram selecionados para avaliação de elegibilidade. Após a leitura integral desses artigos, 04 estudos foram descartados por não abarcar a figura do terapeuta como aspecto principal. Ao término do processo, 09 estudos foram considerados elegíveis para inclusão nesta revisão sistemática qualitativa.

Características dos artigos selecionados

Entre os 09 estudos incluídos, três são artigos qualitativos e seis são artigos caracterizados como quali-quantitativos. Os estudos foram realizados em sete países: Austrália ($n = 1$), Brasil ($n = 1$), Espanha ($n = 1$), Estados Unidos ($n = 3$), Finlândia ($n = 1$), Holanda ($n = 1$) e Inglaterra ($n = 1$). As pesquisas qualitativas utilizaram do método de análise temática e as pesquisas quantitativas, por sua vez, análise de correlação, regressão linear, testes t pareados, análise descritiva, estatísticas não paramétricas, teste de McNemar, análise de Kruskal-Wallis, análise de conteúdo e temática, ANOVA de Medidas Repetidas, ANOVA unifatorial pós-hoc, cálculo de coeficientes de correlação de Pearson, testes t de amostras independentes e pareadas, modelos de efeitos mistos e análises de regressão.

Conforme dados apresentados na Tabela 1, todos os estudos empíricos incluídos coletaram dados

por meio de entrevistas qualitativas ($n = 6$), adotando como método de coleta de dados entrevistas não-estruturadas ($n = 1$), semiestruturadas ($n = 4$) e estruturadas ($n = 1$). Como apontado, vários métodos foram utilizados para analisar os dados, incluindo análise temática ($n = 6$), Análise de correlação de Spearman ($n = 1$), Regressão linear passo a passo ($n = 1$), Análise de regressão linear simples ($n = 1$), Teste t pareados ($n = 1$), Correlações ($n = 1$), Teste t pareados em subescalas ($n = 1$), Testes t pareados em subescalas ($n = 1$), Análise descritiva ($n = 2$), Estatísticas não paramétricas ($n = 1$), Teste de McNemar ($n = 1$), Análise de Kruskal-Wallis ($n = 1$), Análise de conteúdo ($n = 1$), ANOVA de Medidas Repetidas ($n = 1$), Análise de ANOVA unifatorial pós-hoc ($n = 1$), Cálculo de coeficientes de correlação de Pearson ($n = 1$), Cálculo de médias e desvio padrão ($n = 1$), Testes t de amostras independentes ($n = 1$), Testes t de amostras pareadas ($n = 1$) e Modelos de efeitos mistos ($n = 1$). O método de amostragem para recrutar participantes majoritariamente utilizados foi a amostragem de conveniência ($n = 6$). Um total de 576 participantes da área da saúde estiveram envolvidos nos estudos incluídos, onde 37 estudantes de pós graduação stricto sensu ($n = 1$), 80 estudantes de pós graduação lato sensu ($n = 1$), 29 terapeutas de serviço de saúde voltado a pacientes com câncer ($n = 29$), 1 terapeuta de Serviço de Psicologia Aplicada de estágio clínico em Psicologia voltado a paciente autodeclarada negra ($n = 1$), 94 profissionais de saúde de centros holandeses de reabilitação de dor crônica ($n = 1$) e 334 clínicos de saúde mental para treinamento de protocolo ($n = 1$). Os tipos de intervenção utilizados abarcou a modalidade individual ($n = 1$), individual e grupal ($n = 2$) e grupal ($n = 3$).

Tabela 1. Resumo das características dos estudos incluídos.

Primeiro autor e ano de publicação	País de origem	Objetivo do estudo	População	Método de recrutamento	Tipo de intervenção	Detalhes da intervenção (Frequência, duração, número de encontros)	Método de amostragem (n)	Abordagem metodológica	Método da coleta de dados	Método da análise de dados	Principais temas e resultados
Plumb (2010)	Estados Unidos	Contribuir com o desenvolvimento de um sistema de codificação de integridade em ACT	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Revisão de literatura	Análise temática	Desenvolvimento de um material de instrução para a criação de protocolos com integridade de tratamento. Ao final, é anexado uma escala de classificação de ACT para TOC de autoria de um dos autores do artigo, como modelo.
Keinonen (2020)	Finlândia	Explorar a relação entre competência, adesão e resultado do tratamento para paciente com depressão	Mestrandos em Psicologia	Estudantes de pós graduação sem experiência clínica	Grupal e individual	32h de treinamento ACT; 2h de supervisão semanal em grupo; 06 encontros	Conveniência (n = 37)	Desenho quali-quantitativo	Semi estruturado	Análise de correlação de Spearman, regressão linear passo a passo e análise de regressão linear simples.	Os clientes de terapeutas com maior competência global em ACT relataram melhorias nos sintomas de depressão durante as duas primeiras sessões. Os terapeutas demonstraram níveis satisfatórios de competência em ACT, tendo em vista a curta formação e falta de experiência clínica.
Pakenham (2020)	Austrália	Examinar os efeitos da formação ACT nos estagiários de Psicologia clínica no primeiro ano da pós-graduação	Estudantes de formação em ACT entre 2010 e 2013	Curso disponível para o primeiro ano da pós-graduação em psicologia clínica	Grupal	12 workshops semanais de 2 horas cada	Conveniência (n = 80)	Desenho quali-quantitativo	Estruturada	Testes t pareados, correlações e testes t pareados em subescalas, análise e descritivas	Melhorias em medidas de aconselhamento de autoeficácia, aliança cliente-terapeuta, autocompaixão, aceitação, desfusão, atenção plena e valores, e uma melhoria marginalmente significativa nos sintomas somáticos, apesar de uma tendência para aumento de stress relacionado com o trabalho.

Moschopoulou (2022)	Inglaterra	Investigar a eficácia de um <i>workshop</i> para terapeutas oferecerem a intervenção ACT+ a pacientes com câncer	Terapeutas	Equipes de serviços de saúde	Grupal	Workshop de 2 dias e meio; 17 horas de treinamento	Conveniência (n = 29)	Desenho quali-quantitativo	Semiestruturada	Estatísticas não paramétricas, teste de McNemar, análise de Kruskal-Wallis, análise de conteúdo e análise temática	Resultados quantitativos mostraram que a formação resultou em melhores resultados na capacidade de aplicar o ACT+. A análise qualitativa mostrou que os participantes adquiriram conhecimento da ACT; da natureza prática dos workshops.
Mairal (2009)	Espanha	Habilidades necessárias para prática competente em terapias contextuais; competências são iguais nos modelos ACT, FAP e DBT e se as habilidades tradicionalmente treinadas na TCC são conjunto de habilidades para começar em uma prática competente.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Revisão de literatura	Análise temática	Ênfase na análise da funcionalidade do comportamento; romper com a literalidade e experimentar sentimentos; habilidade de transformação e mudança de técnicas.
Tavares (2019)	Brasil	Apresentar e analisar relato a experiência de atendimento clínico sobre repercussões psicológicas do racismo na perspectiva de ACT e FAP.	Mulheres autodeclaradas negras	Pacientes do Serviço de Psicologia da Universidade onde o estudo foi realizado	Individual	17 a 21 atendimentos clínicos, semanalmente, com duração de 50 minutos cada	Conveniência (n = 2)	Desenho qualitativo	Aberta	Análise temática	Criação do vínculo. Aumento de verbalizações empáticas e demonstrações explícitas de interesse. Evitar abordar a questão racial na terapia pode ser interpretado como punição. Audiência não punitiva. Letramento racial" e disponibilidade para lidar com os sentimentos de raiva e ressentimento.
Trompeter (2014)	Holanda	Formar e avaliar a implementação da ACT para profissionais em centros holandeses de reabilitação de dor crônica	Equipes multidisciplinares de centros de reabilitação holandeses	Profissionais de saúde	Individual e grupal	Média de 11 horas de treinamento em 18 meses	Conveniência (n = 94)	Desenho quali-quantitativo	Semiestruturada	Análise descritiva, ANOVA de Medidas Repetidas, análise de ANOVA unifatorial pós-hoc, cálculo de coeficientes de correlação de Pearson e cálculo de médias e desvio padrão.	Tanto os adotantes iniciais quanto os tardios melhoraram suas competências auto percebidas em todos os seis processos terapêuticos do ACT, avaliando suas habilidades como pelo menos adequadas no final da implementação.

Waiser (2013)	Estados Unidos	Treinar clínicos de saúde mental em ACT-D e examinar o impacto do treinamento e implementação da terapia em terapeutas e pacientes	Clinicos de saúde mental	Processo de candidatura estruturado e coordenado pela liderança regional de saúde mental	Grupal	6 meses de workshops com duração de 60 minutos cada; mínimo de 10 sessões	Conveniência (n = 334)	Desenho quali-quantitativo	Semiestruturada	Testes t de amostras independentes e Testes t de amostras pareadas; Modelos de efeitos mistos; Análises de regressão e descritiva	O comportamento dos terapeutas melhorou significativamente na atuação em ACT
Schoendorff (2012)	Estados Unidos	Treinar terapeutas em habilidades da ACT utilizando ferramentas da FAP	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Revisão de literatura	Análise temática	Proposta de trabalho realizada em grupos de três pessoas, com exercícios estruturados em três pilares: terapeuta, onde todos desempenham os três papéis.

Nota: NA = Não aplicável; FAP = Psicoterapia Analítica Funcional.

Tabela 2. Temas analíticos e temas descritivos identificados nos estudos incluídos.

Temas analíticos	Temas descritivos	Identificado nos seguintes artigos
A importância da Relação Terapêutica	A aliança terapêutica na eficácia do tratamento	04 artigos: Pakenham (2015); Plumb & Vilardaga (2010); Tavares e Karatani (2019); Walser & Taylor (2013)
A relação competência e aderência dos terapeutas	Ênfase na competência e adesão dos terapeutas à ACT como preditores de resultados positivos no tratamento	05 artigos: Keinonen & Lappalainen (2020); Mairal (2009); Pakenham (2015); Plumb & Vilardaga (2010); Trompetter et al. (2014)
Formação e Treinamento em ACT	O impacto do treinamento em ACT na competência e confiança dos terapeutas	06 artigos: Keinonen & Lappalainen (2020); Pakenham (2015); Moschopoulou et al. (2022); Schoendorff & Steinwachs (2012); Trompetter et al. (2014); Walser & Taylor (2013)
Considerações Específicas da Prática	A importância de reconhecer e lidar com questões relacionadas ao racismo na terapia	01 artigo: Tavares e Karatani (2019)

Análise de conteúdo das temáticas

A partir dos dados, foram gerados quatro temas analíticos sobre as percepções e experiências do uso da ACT na perspectiva do terapeuta. Os temas analíticos e temas descritivos identificados nos estudos incluídos são apresentados na Tabela 2.

A importância da Relação Terapêutica

Este tema reflete o destaque de diversos estudos que apontam a importância da relação terapêutica na eficácia do tratamento, enfatizando a relação de abertura entre terapeuta e cliente.

A aliança terapêutica na eficácia do tratamento

A aliança terapêutica atua como uma medida importante da relação de trabalho entre terapeuta e cliente e é corroborado pela adesão do cliente durante o acompanhamento psicológico, onde objetivos terapêuticos mutuamente acordados sugerem uma boa aliança terapêutica (Pakenham, 2015; Plumb & Vilardaga, 2010; Walser & Taylor, 2013). Compaixão, genuinidade, interesse no cliente e respeito pela sua história e processo promovem a disposição do cliente na perspectiva da ACT, sendo habilidades imprescindíveis no relacionamento terapêutico, enfatizadas no protocolo e durante o

treinamento de Walser e Taylor (2013), à partir de uma postura aberta, consciente, receptiva e baseada em valores, observadas na postura do terapeuta.

Tavares e Karatani (2019) apontam em seu estudo pioneiro sobre ACT e racismo que o primeiro objetivo terapêutico estabelecido pela psicóloga foi a criação do vínculo, onde o comprometimento com uma ligação forte e genuína entre cliente e terapeuta é essencial para o sucesso do processo terapêutico. As autoras afirmam que esse vínculo é capaz de criar um ambiente seguro onde o cliente pode expressar seus dilemas e o terapeuta pode observá-los de perto, permitindo intervenções oportunas. Dentro desse espaço terapêutico, há oportunidades para fortalecer o conjunto de habilidades do cliente, especialmente aquelas relacionadas à interação social, já que o vínculo se desenvolve através da interação e da construção de confiança mútua. Dentro dessa perspectiva, a relação terapêutica no contexto da ACT busca avaliar o quanto o terapeuta adota a postura de responder ao cliente com disposição, presença e orientado a valores. Na ACT, o relacionamento terapêutico se desenvolve através da comunicação aberta, direta e participativa com estímulos do terapeuta no desenvolvimento e criação de habilidades específicas, utilizando de exercícios experienciais e criação de metáforas por ambas as partes, buscando responder ao próprio responder de maneira flexível (Plumb & Vilardaga, 2010).

A relação competência e aderência dos terapeutas

Ênfase na competência e adesão dos terapeutas à ACT como preditores de resultados positivos no tratamento

Plumb e Vilardaga (2010) discutem que, não existem recomendações sobre quando certas técnicas ou exercícios devem ser utilizados no acompanhamento em ACT, uma vez que as decisões clínicas precisam ser baseadas na conceitualização funcional individual de cada caso. Em seu estudo, fornecem sugestões para pesquisadores clínicos desenvolverem protocolos de integridade de tratamento ajustadas às suas necessidades de pesquisa e apontam que a adesão aos protocolos ACT deve ser vista de uma perspectiva funcional, focando em comportamentos observáveis promovidos por parte do cliente e advindos do contexto da interação terapêutica. Avaliar o quanto um terapeuta incorpora a postura terapêutica da ACT, no entanto, inclui questionar quem está propondo, para quem, e a serviço de que os comportamentos estão ocorrendo, buscando compreender o que funciona para o indivíduo com curiosidade compassiva e gentileza, e pode ser realizado por meio de exercícios experienciais e metáforas no tratamento.

Keinonen e Lappalainen (2020) descobriram que clientes de terapeutas com maior competência global em ACT relataram melhorias maiores nos sintomas de depressão nas duas primeiras sessões enquanto investigavam se a competência geral dos terapeutas e sua adesão aos processos específicos da ACT estavam associadas a mudanças precoces nos sintomas de depressão e flexibilidade psicológica. No estudo com 37 participantes, houve uma correlação significativa entre a competência geral em ACT e a magnitude das melhorias precoces nos sintomas de depressão. No entanto, as classificações globais de adesão dos terapeutas não foram associadas a mudanças precoces nos sintomas ou na flexibilidade psicológica. Melhorias significativas também foram observadas nas habilidades e atributos dos terapeutas no estudo de Pakenham (2015) com avanços substanciais em todas as medidas dos processos ACT, onde correlações foram realizadas entre os estágios de Tempo 1 e Tempo 2. A mag-

nitude das correlações entre os processos ACT e o estresse na pós-graduação, assim como as habilidades e atributos dos terapeutas, foi moderadamente alta, com uma correlação média de 0,46. Esse estudo corrobora com dados preliminares que, tanto o gerenciamento de estresse quanto o treinamento em ACT, são capazes de proporcionar melhorias nas habilidades e atributos na competência de um terapeuta ACT em um programa de estágio.

Mairal (2009) afirma que a ACT é uma abordagem terapêutica complexa que requer um conjunto específico de habilidades por parte dos terapeutas para ser eficaz, como comunicação e criatividade no uso de metáforas, paradoxos que sejam úteis no tratamento da literalidade para promoção da des-fusão compreendendo a capacidade de abstração do cliente e um trabalho constante de abertura para experiências internas difíceis. Assim como a análise funcional do repertório comportamental de eventos privados e abertos, onde os terapeutas precisam ser capazes de entender e trabalhar com os padrões de pensamento dos clientes de uma maneira que leve em consideração a função desses pensamentos, tal como habilidades para execução de exercícios experienciais, onde a prática experiencial é parte imprescindível do processo terapêutico. Os terapeutas precisam ser capazes de guiar os clientes através de exercícios destinados a ajudá-los a entrar em contato com suas experiências internas de uma maneira mais aberta e flexível. A competência e adesão dos terapeutas a essas habilidades são frequentemente consideradas como fatores importantes na eficácia do tratamento com ACT, onde terapeutas que são habilidosos na aplicação dessas técnicas e que aderem aos princípios fundamentais da abordagem tendem a ter melhores resultados com seus clientes. Além disso, a capacidade do terapeuta de manter uma postura de empatia, enquanto ainda desafia o cliente a crescer e mudar é crucial para o sucesso do tratamento da abordagem.

As competências autopercebidas dos terapeutas no estudo de Trompetter et al. (2014) melhoraram significativamente ao longo do tempo, onde a adesão à ACT pelos profissionais foi avaliada positivamente pelos próprios clientes. Para medir a adesão dos profissionais, os clientes preencheram um questionário de seis itens ao final do acompanhamento e cada item chamado de “habilida-

de do terapeuta”. Houve correlações significativas entre competências autopercebidas e fatores como entusiasmo pela abordagem, adequação às orientações de tratamento e a dificuldade percebida na aplicação de técnicas específicas, onde a formação adequada, o suporte contínuo e a gestão eficaz da carga de trabalho são essenciais para o sucesso na implementação da ACT.

Formação e Treinamento em ACT

Schoendorff e Steinwachs (2012) propuseram treinar terapeutas em habilidades da ACT utilizando ferramentas da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) em um contexto de treinamento funcionalmente semelhante ao relacionamento terapêutico como uma forma eficaz de desenvolver competência terapêutica e adesão ao modelo ACT. A proposta está pautada em complementar o modelo de *workshop* de ACT onde a maior parte do trabalho é realizada em grupos de três pessoas com exercícios estruturados de modo que os todos os participantes experimentem, por sua vez, três posições: compartilhador (funcionalmente semelhante ao cliente), ouvinte (funcionalmente semelhante ao terapeuta) e observador (funcionalmente semelhante ao supervisor). Tal como uma relação terapêutica, pequenos grupos estáveis podem evoluir e evocar uma ligação mais profunda entre os seus membros e compartilhar a experiência ao final.

No estudo de Walser e Taylor (2013), 391 terapeutas se inscreveram no programa de treinamento e 85% dos terapeutas concluíram com êxito todos os componentes do treinamento. A competência dos terapeutas em ACT aumentou significativamente, com a porcentagem de terapeutas classificados como competentes subindo de 21% no início para 96% na fase posterior do treinamento. Houve uma melhoria significativa nas habilidades específicas de ACT para fornecer a terapia, com o aumento substancial de pontuações após o *workshop* e a fase de consulta de formação. As autoras afirmam que, a consultoria contínua e o feedback foram essenciais para o desenvolvimento de competências, destacando que o suporte pós-treinamento é crucial para a eficácia do treinamento. O treinamento atingiu

os objetivos declarados e foi relevante com 99% dos terapeutas participantes indicando a intenção de usar as habilidades ACT aprendidas na prática clínica. Esses pontos indicam que a competência e a adesão dos terapeutas ao ACT são fortemente associadas a resultados positivos no tratamento, sublinhando a importância de um treinamento eficaz e de suporte contínuo para alcançar sucesso na implementação da terapia.

Keinonen e Lappalainen (2020) acentuam que os programas de formação devem enfatizar a construção de competências práticas e técnicas, assegurando que os terapeutas estejam bem preparados para aplicar os princípios da ACT de maneira eficaz desde o início do tratamento. Além disso, a formação deve incorporar mecanismos de avaliação contínua e feedback para garantir que os terapeutas mantenham altos níveis de competência e adesão ao longo do tempo. Os resultados sugerem que, embora um treinamento curto possa ser eficaz para alcançar níveis satisfatórios de competência e adesão, há uma clara necessidade de um desenvolvimento contínuo e uma formação mais aprofundada para melhorar ainda mais os resultados do tratamento.

O estudo de Moschopoulou et al. (2022) demonstrou um aumento significativo na pontuação total de conhecimento dos terapeutas após o *workshop*. As maiores melhorias nas pontuações de conhecimento foram observadas nos itens relacionados aos aspectos centrais da ACT. Isso sugere que o *workshop* foi eficaz em ensinar os componentes essenciais da terapia. Houve um aumento estatisticamente significativo nos escores de confiança dos terapeutas entre o início (Tempo 1) e o fim (Tempo 2) do *workshop*. Os participantes do estudo apresentaram feedbacks positivos sobre os aspectos experienciais e interativos da aprendizagem proposta, como os exercícios de atenção plena e dramatizações. O treinamento foi considerado eficaz em fornecer o conhecimento necessário para a prática de ACT+, com o Manual do Terapeuta ACT+ sendo visto como um recurso valioso para aumentar a confiança dos terapeutas que relataram que o *workshop* os preparou para aplicar a ACT fora do contexto do ensaio e expressaram entusiasmo em começar a usar as técnicas aprendidas em sua prática clínica.

O estudo de Pakenham (2015), por sua vez, promoveu uma disciplina na pós-graduação em Psicologia com uma proposta de “*self-as-laboratory*” com objetivo de aprimorar as habilidades de autocuidado utilizando ACT a partir de exercícios experimentais e dramatizações para prática clínica de estágio curricular e afirma que o treinamento em ACT pode promover atributos positivos do terapeuta e estratégias associadas ao autocuidado com a manutenção de estresse, onde as melhorias observadas neste estudo convergem com a aquisição das competências em ACT, avaliada comportamentalmente por dramatizações, dados qualitativos dos estagiários e percepções dos mesmos. Os resultados demonstraram que os estagiários obtiveram melhorias após o treinamento em medidas de relação terapêutica e nos processos básicos referentes à abordagem, fornecendo evidências preliminares sobre o desenvolvimento do terapeuta e benefícios pessoais relacionados ao treinamento em ACT.

Considerações Específicas da Prática

A importância de reconhecer e lidar com questões relacionadas ao racismo na terapia

O estudo de Tavares e Karatani (2019) apresenta uma compreensão profunda das questões raciais e do racismo estrutural na perspectiva do terapeuta ACT quando decorre acerca de um caso clínico e aborda uma perspectiva antirracista para identificar como o racismo pode estar relacionado ao sofrimento psicológico do cliente. Para tanto, é crucial que o terapeuta seja capaz de ajudar o cliente a reconhecer como o racismo pode influenciar a forma como se relaciona com seus pensamentos e sentimentos. Dentro desta perspectiva, validar e reforçar os relatos de sofrimento por racismo, demonstrando interesse genuíno e a validação da experiência do cliente. Segundo as autoras, o terapeuta deve estar preparado para acolher e manejar sentimentos de raiva e ressentimento a pessoas brancas ou ao próprio terapeuta, compreendendo que a visão de mundo, mediada pela dor da opressão, deve ser respeitada e não interpretada necessariamente como fusão cognitiva. Desta forma, adaptar as estratégias

terapêuticas às necessidades específicas, considerando o momento do cliente em seu processo de “tornar-se negro”.

Discussão e Considerações finais

O estudo de Keinonen e Lappalainen (2020) foi o primeiro estudo, até então identificado, a fornecer associação entre competência e resultados de tratamentos baseados em processos específicos como aceitação e valores e um dos primeiros a investigar o papel da habilidade dos terapeutas na obtenção de bons resultados. Além das classificações gerais de adesão e competência, a magnitude e a frequência com que terapeutas abordaram os processos de desfusão e ação com compromisso foram associadas aos resultados. Estas associações sugerem que abordar a desfusão e ação com compromisso pode ser importante na promoção de mudanças terapêuticas. No estudo de Trompetter et al. (2014) também houve variação nas classificações de competências auto percebidas, apontando diferenças significativas entre terapeutas nos tempos 1 e 2, corroborando o fato de que nem todos os terapeutas sentiram-se capazes de aplicar ACT com competência no final da implementação. Os autores sugerem que próximos estudos investiguem competências usando material ilustrativo como vídeos e esquemas de codificação e afirmam limitações metodológicas no estudo.

Moschopoulou et al. (2022) desenvolveram um programa de treinamento personalizado para terapeutas e os resultados demonstraram que a formação foi bem recebida e gerou resultados significativos após a realização dos *workshops* para os itens relacionados aos processos bases da ACT e da postura do terapeuta. Os autores também apontam necessidade de novos estudos que contemplem um maior número amostral e um período mais longo de formação do programa, conforme solicitado pela maior parte dos participantes, uma vez que o *workshop* melhorou efetivamente o conhecimento e a confiança de terapeutas de diferentes grupos disciplinares.

Mairal (2009) aponta a importância de desenvolver e incorporar às graduações em Psicologia disciplinas relacionadas às Terapias Comportamentais Contextuais e ampliar o tema sobre habilidades te-

rapêuticas com foco em treinamento de técnicas e modelos terapêuticos, tal como fomentar eventos temáticos, *workshops* e seminários específicos que corroborem com a disseminação deste conhecimento. O autor ainda cita a importância de que os interessados busquem supervisão e treinamento em grupo. Neste caminho, Schoendorff e Steinwachs (2012) propõem usar a FAP para treinar a ACT e resgatar princípios analítico comportamentais para o treinamento ACT de formandos, promovendo um modelo que incorpora o *setting* clínico e pode ser administrada em grupos e subgrupos com método potencialmente útil para treinar aspectos relacionados à competência com ênfase no contextualismo funcional clínico.

Outro estudo inovador é abordado por Tavares e Kuratani (2019) e destaca a importância do terapeuta ACT se empenhar em adequar suas intervenções e rever posicionamento social e subjetivo ao atender pessoas negras. No presente estudo, a psicóloga validou e apoiou os sentimentos de insegurança, tristeza e raiva da cliente no mesmo percurso em que reconhecia e se abria a incerteza, insegurança e medos na condução do caso clínico, onde o desenvolvimento da relação terapêutica foi capaz de criar uma relação autêntica e modificadora, com potencial redefinidor para terapeuta e cliente.

Walser e Taylor (2013) corroboram os achados quando afirmam que cerca de 96% dos participantes de seu estudo apenas alcançaram a classificação como competentes na fase posterior da pesquisa, resultado que demonstra a importância do acompanhamento e feedback dos participantes para o desenvolvimento de competência na abordagem. As autoras também afirmam limitações sobre a ausência de grupo controle, ausência de critérios de exclusão para o ingresso dos pacientes acompanhados pelos terapeutas e a ausência de avaliações independentes entre os consultores.

Esta revisão sistemática qualitativa produz compreensões sobre percepções e experiências dos atributos necessários e esperados para atuar como terapeuta ACT. As experiências sintetizadas nesta revisão apresentaram um processo de busca por compreensão sobre os componentes principais para atuar com sucesso nesta abordagem e também mostram a necessidade de explorar o campo de possibilidades da prática do terapeuta e do fomento de mais estudos e pesquisas que abarquem esta

temática. A literatura possui promissores dados sobre o uso da abordagem para o tratamento de uma série de questões de saúde mental, e a maior parte dos materiais produzidos até o momento estão disponíveis para acesso no site da principal associação utilizada para difundir a ACT no mundo, a ACBS.

No entanto, a literatura e, tampouco, a própria ACBS apresentam trabalhos que investigam e corroboram uma investigação aprofundada ou orientação detalhada acerca do cuidado com a atuação do profissional que busca atuar com a abordagem. Considerando as possibilidades de implicações sobre as limitações desta área de pesquisa, no Brasil, é possível destacar a existência de trabalhos acadêmicos realizados e que não são publicados.

Referências

- ACBS. (n.d, June). *State of the ACT Evidence*. Association for Contextual Behavioral Science. https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence
- Barraca Mairal, J. (2024). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. *Clínica Y Salud*, 20(2), 109–117. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200001&lang=pt
- Dillenburg, M. S., Ludwig, M. W. B., Garicochêa, P. R., Boff, N., Zancan, R. K., & Oliveira, M. da S. (2021). Aderência e Competência de Terapeutas a um Programa para Redução de Estresse Baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso. *Contextos Clínicos*, 14(2), 360–385. <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.142.01>
- Moschopoulou, E., Brewin, D., Ridge, D., Donovan, S., Taylor, S., Bourke, L., Eva, G., Khan, I., Chalder, T., Kamaldeep Bhui, Bourke, L., Chalder, T., Eva, G., Gribben, J. G., Harris, M., Jones, L., Ania Korszun, Little, P., McCrone, P., & Morgan, A. (2022). Evaluating an interactive acceptance and commitment therapy (ACT) workshop delivered to trained therapists working with cancer patients in the United Kingdom: a mixed methods approach. *BMC Cancer*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09745-4>
- Hayes, S. C. (2016). 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., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso* (2.ed.). Artmed Editora.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-training Manual for Therapists*. New Harbinger Publications. <https://books.google.com.br/books?id=PiB8rZROo88C&pg=PP14>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2022). A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(2). <https://doi.org/10.1590/s1679-49742022000200033>
- Pakenham, K. I. (2014). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training on Clinical Psychology Trainee Stress, Therapist Skills and Attributes, and ACT Processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 647–655. <https://doi.org/10.1002/cpp.1924>
- Plumb, J. C., & Vilardaga, R. (2010). Assessing treatment integrity in acceptance and commitment therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 263–295. <https://doi.org/10.1037/h0100912>
- Schoendorff, B., & Steinwachs, J. (2012). Using Functional Analytic Therapy to train therapists in Acceptance and Commitment Therapy, a conceptual and practical framework. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 135–137. <https://doi.org/10.1037/h0100948>
- Tavares, J. S. C., & Kuratani, S. M. de A. (2019). Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras.” *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003184764>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 1–10. Biomedcentral. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), Article 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., Heuts, P. H. T. G., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2014). The systematic implementation of Acceptance & Commitment Therapy (ACT) in Dutch multidisciplinary chronic pain rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.019>
- Vilardaga, R., & Hayes, S. (2009). Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationships stance. *European Psychotherapy*, 9(1), 9–21.
- Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Barr Taylor, C. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 555–563. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.009>
- World Health Organization. (2020, April 29). *Doing What Matters in Times of Stress: An illustrated guide*. <https://www.who.int/publications/item/9789240003927>

Histórico do Artigo

Submetido em: 02/11/2024

Aceito em: 26/08/2025

“O show de Truman” como uma metáfora terapêutica ao comprometimento com valores – uma análise de filme

“The Truman Show” as a therapeutic metaphor for commitment to values – a movie analysis

Ana Carolina Rimoldi de Lima¹, Cainã Gomes²

[1] Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) [2] Universidade de São Paulo (USP) | **Título abreviado:** “O Show de Truman” e o comprometimento com valores | **Endereço para correspondência:** | **Email:** ana.lima@uemg.br | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.003

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um modelo de psicoterapia experiencial baseada em processos. A ACT parte de um modelo de sofrimento humano que leva em consideração seis processos que estão na base da inflexibilidade ou flexibilidade psicológica. Utiliza de estratégias interventivas diversas como paradoxos e metáforas, que visam favorecer o abandono de estratégias de controle dos eventos privados aversivos e um engajamento comportamental que conduza o indivíduo a viver uma vida significativa. O(a) terapeuta ACT pode analisar e intervir considerando os seis processos em diferentes arranjos em cada caso para desenvolver estratégias interventivas idiossincráticas contextualmente apropriadas a cada cliente. O estudo propõe o filme “O show de Truman” como uma metáfora terapêutica para ser trabalhada no contexto da ACT, especialmente abordando os processos de aceitação, valores e ações de compromisso. Para tanto, foi realizada uma análise conceitual da obra cinematográfica, associando aspectos específicos do enredo aos processos trabalhados pela ACT. O presente estudo não esgota as possibilidades de análise da obra, mas sugere algumas aproximações entre aspectos do filme com o raciocínio da ACT. Incentiva-se que outras análises sejam feitas a partir desta e de outras obras cinematográficas, visando criar metáforas que sejam úteis aos objetivos terapêuticos.

Palavras-chave: aceitação, valores, terapia de aceitação e compromisso, filmes

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is an experiential process-based model of psychotherapy. Based on a model of human suffering that takes into account six processes that are at the cornerstone of psychological inflexibility or flexibility. It uses a diverse set of intervention strategies such as paradoxes and metaphors. The aim is to favor the abandonment of control strategies of aversive private events and to promote behavioral engagement that leads the individual to live a meaningful life. The ACT therapist can use the six processes in different arrangements in each case to develop idiosyncratic interventional strategies that are contextually fitted for each client. The present study proposes the movie “The Truman Show” as a therapeutic metaphor to be worked on in the context of ACT, especially addressing acceptance processes, values and commitment actions. For that, a conceptual analysis of the cinematographic work was carried out, associating specific aspects of the plot to the processes worked by ACT. This study does not exhaust the possibilities of analysis of the work, but suggests some approximations between aspects of the movie with the reasoning of ACT. It is encouraged that further analysis be made based on this and other cinematographic works, aiming to create metaphors that are useful for therapeutic purposes.

Keywords: acceptance, values, acceptance and commitment therapy, movies.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) foi desenvolvida por Steven Hayes e colaboradores no final da década de 1980 e se inclui entre as terapias comportamentais de terceira geração ou terapias comportamentais contextuais (Saban, 2015). É um modelo de psicoterapia baseada em processos que visa o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, promovendo uma ampliação da variabilidade comportamental do indivíduo. As intervenções norteiam-se com vistas a ajudar a pessoa a aceitar aspectos de sua experiência que não estão sob seu controle, rompendo com estratégias de enfrentamento que não funcionam e comprometendo-se com uma vida significativa, norteada por seus valores (Flaxman et al., 2022).

A ACT fundamenta-se em um modelo unificado do funcionamento humano, considerando seis processos comportamentais responsáveis pela capacidade adaptativa do indivíduo (flexibilidade psicológica) ou, em seu inverso, pelo sofrimento e psicopatologia (inflexibilidade psicológica). Conforme Hayes et al. (2021), a inflexibilidade ou rigidez psicológica prejudica a adaptação, restringindo o repertório e promovendo sofrimento desnecessário. Assim, o modelo da ACT parte de uma suposição de que o sofrimento e a experiência de estresse são partes indissociáveis da vida humana. Contudo, considera que processos verbais/cognitivos usados como estratégias de enfrentamento diante de experiências aversivas estão na base da inflexibilidade psicológica (Flaxman et al., 2022).

Partindo deste pressuposto, o modelo de compreensão do sofrimento psicológico da ACT considera que diante de nossa tentativa de analisar verbalmente e buscar explicações para os problemas, podemos experimentar uma identificação excessiva com regras rígidas ou com nossa experiência privada (sentimentos, sensações, memórias de vida, pensamentos, etc.) – processo chamado de fusão. Por sua vez, buscamos eliminar ou minimizar essa experiência privada aversiva, sob controle de regras sociais aprendidas sobre como temos que nos sentir – processo chamado de esquiva experiencial. No entanto, a esquiva experiencial e a fusão acabam causando um efeito paradoxal, intensificando a experiência privada aversiva. Consequentemente, isso pode sobrecarregar os processos atencionais e restringir o contato com as contingências pre-

sentes. Associadamente, a super identificação com aspectos da experiência privada também envolve conceitos rígidos sobre nós mesmos, de modo que podemos nos comportar de forma coerente com tais conceitos, favorecendo o processo da profecia autorrealizável. Assim, podemos ficar presos em ações que não produzem as consequências que valorizamos, perdendo o contato ou desconhecendo nossos próprios valores, desempenhando ações rígidas ou orientadas por valores de terceiros (Hayes et al., 2021).

Neste sentido, o trabalho terapêutico na ACT é orientado para o desenvolvimento dos seis processos que o compõem a flexibilidade psicológica – modelo chamado de *hexaflex*. Os processos são: aceitação, desfusão, atenção flexível ao momento presente, *self* como contexto, valores, ação de compromisso (Luoma et al., 2022). O hexaflex também pode ser entendido como três estilos de respostas com funções interrelacionadas, sendo elas os estilos aberto, centrado e engajado (Hayes et al., 2021). Em seguida, estes seis processos serão apresentados de forma sucinta.

As respostas do estilo aberto envolvem a aceitação e a desfusão. Aceitar tem relação com “estar disposto a receber”, sendo, portanto, uma ação consciente de escolha sobre como agir diante de determinados estímulos. Especificamente, a ACT foca a aceitação diante de estímulos que não estão sob controle do indivíduo – sua experiência privada aversiva. Hayes e Smith (2022) explicam que aceitação e disposição são ações contrárias a controle com esforço. Os autores ainda argumentam que as ações de aceitação não necessariamente levam a um aumento no bem-estar, mas favorecem maior abertura à experiência e efetividade comportamental. Outro processo diretamente associado à aceitação é a desfusão, o qual consiste em mudar a relação do indivíduo com sua experiência privada aversiva, enfraquecendo as funções da linguagem que favorecem uma experiência de super-identificação com pensamentos, memórias, sentimentos e sensações e reduzindo, assim, o impacto da linguagem sobre os comportamentos (Flaxman et al., 2022).

O estilo de resposta centrado envolve a atenção flexível ao momento presente, processo também chamado de *mindfulness*, e o *self* como contexto. O primeiro processo refere-se à nossa capacidade de

direcionar, voluntariamente e de forma desfusionada, nossa atenção a estímulos do contexto presente, ao invés de ficarmos presos (isto é, fusionados) em rumações sobre o passado e planejamentos sobre o futuro. A flexibilidade neste fluxo de atenção é fundamental ao modelo, uma vez que também podemos ficar fusionados com estímulos do contexto presente e é esta flexibilidade que favorece o engajamento em ações de abertura e aproximação de valores (Hayes et al., 2021).

Já a tomada de perspectiva sobre o self, ou self como contexto, envolve ações de desusão em relação a concepções e conceitos sobre si (self conceitual) que podem ser limitadores de comportamento. Conforme Hayes e Smith (2022), as identificações com aspectos do self nos programam para distorcer o mundo. Por este motivo, a ACT trabalha com o desenvolvimento de dois sentidos de self diferentes do self conceitual: o self como um processo – que envolve um conhecimento fluido e contínuo de nossas experiências no momento presente – e o self observador, ou self como contexto – que não é um senso de eu baseado em conteúdos verbais, mas sim na experiência de si mesmo ao longo do tempo. Tal perspectiva de self permite maior flexibilidade psicológica, uma vez que não é associada à rigidez da linguagem.

Por fim, as respostas do estilo de engajamento envolvem os valores e as ações de compromisso. Valores são definidos como consequências livremente escolhidas e verbalmente construídas de padrões de atividade dinâmicos e em evolução, que estabelecem reforçadores predominantemente intrínsecos ao engajamento no próprio padrão comportamental valorizado (Wilson & DuFrene, 2009, p. 64). Nesse sentido, valores podem ser entendidos como direcionamentos de vida escolhidos, ou seja, reforçadores que o indivíduo busca alcançar para si em diferentes contextos de sua vida, tanto no presente quanto no futuro. Tais direcionamentos motivam o engajamento contínuo e flexível em diferentes ações e o próprio engajamento nessas ações já é por si só reforçador. Logo, valores são indissociáveis de ações e, enquanto essas são concretas e tangíveis, os valores têm função motivadora para cada ação de compromisso. Segundo a perspectiva da ACT, o trabalho com valores traz propósito e significado à vida das pessoas (Luoma et al.,

2022). Wilson e DuFrene (2009) acrescentam que o trabalho com abertura, aceitação e desusão em ACT visa promover o engajamento do indivíduo em ações coerentes com seus valores.

Objetivos e justificativas

Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo analisar uma obra cinematográfica – o filme “O show de Truman” – a partir da perspectiva da ACT, especificamente enfocando os processos de valores e ações de compromisso. Como objetivos específicos, busca-se: (a) elucidar e ilustrar, através de exemplos do filme, o conceito de valores, associando-o aos processos de flexibilidade/inflexibilidade psicológica, e (b) propor a discussão sobre o filme como uma metáfora terapêutica útil para ser utilizada em contexto de psicoterapia sob o viés da ACT. Visando tornar a análise da obra mais próxima à teoria aqui discutida, algumas das autorregras de Truman citadas nas discussões ou desfechos previstos do enredo são inferidos, uma vez que a obra não se propõe a apresentar tal análise teórico-conceitual e permite, pelo seu aspecto artístico, diferentes perspectivas de compreensão.

Tal análise se justifica em termos pragmáticos uma vez que pode, potencialmente, contribuir como um recurso terapêutico útil na atuação clínica sob o viés da ACT, de modo que o(a) clínico(a) possa trabalhar um termo médio¹ de forma facilmente compreensível pelo(a) cliente, favorecendo seu engajamento em ações de compromisso. Por outro lado, apesar do crescimento da área (Luoma, 2019) as publicações sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso em português ainda são escassas. Assim, considerando a barreira linguística e a popularidade do filme, o presente trabalho pretende ser um exemplo de como podemos usar as ferramentas analíticas da ACT para estudantes e profissionais interessados.

1 Termos médios se referem a conceitos considerados mentalistas sob a perspectiva Behaviorista Radical. Contudo na Ciência Comportamental Contextual esses termos são usados desde que sejam comportamentalmente úteis, isto é, são utilizados por sua utilidade tanto na comunicação científica quanto por representarem atalhos para conjuntos coerentes de análises funcionais (Hayes, 2019).

A escolha pela análise cinematográfica se deu uma vez que filmes permitem diversas reflexões que podem ser úteis ao trabalho em psicoterapia, trazendo uma linguagem metafórica que pode ser facilmente compreendida pelo cliente, desde que o cliente conheça as obras que forem abordadas no processo e se interesse por discussões a respeito. Os filmes podem ser tanto abordados em discussões na sessão como propostos como biblioterapia entre uma sessão terapêutica e a próxima. A escolha por este filme em particular foi por identificar claramente algumas reflexões sobre vida baseada em valores a partir da obra. Compreende-se que o processo terapêutico pode envolver a experiência de alguma aversividade pelas temáticas abordadas e emoções evocadas, então, qualquer recurso que permita favorecer o engajamento do cliente no processo clínico e otimizar a linguagem utilizada mostra-se útil.

Descrição do filme "O show de Truman" (Estados Unidos da América, 1998)

O filme "O show de Truman" é uma obra norte americana de 1998, classificada como drama-comédia. É dirigido por Peter Weir, produzido por Scott Rudin e tem roteiro assinado por Andrew Niccol (Rudin & Weir, 1998).

O longa aborda a vida de Truman Burbank, interpretado por Jim Carrey. Sua vida é televisionada em um programa de *reality show* desde antes do seu nascimento, sendo exibida 24 horas por dia, todos os dias da semana para o mundo inteiro. Até o início do filme, Truman não tem conhecimento sobre o programa. Dessa forma, tudo em sua vida é programado e ele segue um roteiro implícito, o qual desconhece. A programação do roteiro é garantida, pois todos os habitantes da cidade cinematográfica, *Seaheaven*, são atores encenando seus papéis na vida cotidiana de Truman, desde seus vizinhos até sua mãe. Este aspecto permite que o diretor do programa, Christof, controle todos os aspectos da vida de Truman. Assim, Truman vive a vida que Christof estabelece, criando contingências que controlam seu comportamento (Wikipédia, 2016).

Para impedir que Truman descubra sua falsa realidade, Christof criou meios de dissuadir seu senso de exploração, incluindo "matar" seu pai em uma tempestade no mar para criar um medo de água, fazer relatos e "anúncios" dos perigos em viajar e transmitir programas de televisão que falam das vantagens de permanecer em casa. Entretanto, apesar do controle, Truman conseguiu se comportar de maneiras inesperadas, em particular se apaixonando por uma figurante, Sylvia, ao invés de Meryl, a atriz que deveria ser sua esposa. Apesar de Sylvia ser retirada do cenário rapidamente, sua memória permanece com Truman, e ele começa a pensar secretamente sobre uma vida com ela fora do casamento com Meryl. Sylvia faz parte da campanha "Liberte Truman", que luta para que Truman seja libertado do programa (Wikipédia, 2016).

Contudo, eventos inesperados começam a acontecer quando Truman completa 30 anos, como um refletor que cai do "céu" da cidade cinematográfica e uma conversa da equipe do programa que é transmitida no rádio enquanto Truman dirigia a caminho do trabalho. O evento inesperado mais notável é a aparição do pai de Truman em uma cena, evento que deixa Truman muito perturbado. "Tudo isso faz Truman começar a questionar sua vida, percebendo que a maior parte da cidade parece girar em sua volta, com as mesmas situações ocorrendo todos os dias" (Wikipédia, 2016).

Análise da obra e discussões

Considerando o contexto do filme, serão analisadas a seguir algumas cenas vinculando-as aos temas de comportamento controlado por regras, aceitação, valores e ações de compromisso. As cenas principais analisadas serão: (1) a aparição do pai de Truman, (2) o interesse de Truman por Sylvia, e (3) o enfrentamento de Truman de seu medo de água nos esforços em ir para Fiji. Cada cena principal analisada considera os desdobramentos sobre o comportamento de Truman, oferecendo uma perspectiva contextual e, conseqüentemente, envolve a análise conjunta de outras cenas subsequentes.

Cena 1 – A aparição do pai de Truman

O pai de Truman não participava do programa desde a infância do protagonista. Ele havia sido dado

como morto quando Truman ainda era criança em um episódio em que o enredo consistia em condicionar o medo de água em Truman, para que, assim, ele nunca tentasse sair da cidade, que é cercada por água. Neste episódio, Truman e seu pai estão velejando e ocorre uma tempestade, a qual leva ao naufrágio e desaparecimento de seu pai (eventos manipulados pela direção do programa).

Quando, no aniversário de 30 anos de Truman, seu pai aparece inesperadamente na rua, Truman logo o reconhece, mesmo não o vendo mais desde a infância. Porém, pessoas da produção criam uma cena improvisada em que seu pai é retirado da cidade, sendo considerado um indigente indesejado. Truman apresenta bastante estranhamento diante deste evento e questiona algumas pessoas de seu vínculo pessoal a respeito, inclusive sua mãe. Mas todos seguem o roteiro do programa tentando dissuadi-lo de suas percepções argumentando que este homem era apenas um indigente e que Truman deveria estar confundindo as coisas. A partir de então, Truman começa a desconfiar das pessoas e passa a notar, com estranhamento, as regularidades dos eventos em sua rotina.

Neste momento, Truman tem uma conversa sobre suas impressões com seu amigo Marlon, o qual lhe diz que “nada é falso, é tudo controlado”. Este contexto é propício para que Truman comece alguns “experimentos comportamentais”, mostrando-se mais sensível às contingências, para verificar se o comportamento das pessoas e sua rotina mudam quando ele próprio muda de comportamento. E o que ele observa é exatamente uma afirmativa a essa questão: ao mudar seu comportamento ele acaba manipulando o roteiro do programa, mesmo que provisoriamente.

A partir desta cena pode-se analisar a distinção entre comportamentos que estão sob controle de regras e comportamentos que estão sensíveis às contingências. Meyer (2007) argumenta que diversas formas de regras controlam nosso comportamento, dentre elas conselhos, orientações, instruções, etc. Assim, o comportamento controlado por regras tem a descrição de contingências como estímulo discriminativo e pode ser de três tipos diferentes: *pliance*, *tracking* e *augmenting* (Zettle & Hayes, 1982).

Conforme Hayes et al. (2021), o seguimento de regras do tipo *pliance* está sob controle não das

consequências diretas do comportamento de seguir as regras, mas sim das consequências sociais advindas deste comportamento. Normalmente comportamentos do tipo *pliance* tendem a ser rígidos e pouco sensíveis às contingências. Consequentemente, são coerentes com valores extrínsecos ao invés de intrínsecos.

O *tracking* caracteriza-se como um comportamento de seguir regras que está sob controle das consequências diretas das regras. Dessa forma, o comportamento é mais flexível e sensível às contingências do que no caso do *pliance*, “possibilitando que as pessoas se adaptem ao ambiente em vez de apenas se curvarem às consequências sociais do cumprimento de regras” (Hayes et al., 2021, p. 43). Em contrapartida, mediante um histórico de reforçamento por seguir regras do tipo *tracking*, este comportamento pode tornar-se uma habilidade generalizada e a pessoa pode tentar seguir regras em contextos em que isso não funciona, por exemplo, tentando seguir regras sobre “como ser mais feliz”.

Por sua vez, o *augmenting* é um tipo de seguimento de regras que se assemelha ao conceito de operações estabelecedoras, isto é, a regra tem a função de modular o efeito reforçador de determinadas consequências sobre o comportamento. Nesse sentido, é um tipo de regra que funciona como incentivo para determinados comportamentos que, se emitidos, serão reforçados. Consequentemente, regras do tipo *augmenting* podem ser descrições de consequências de comportamentos comprometidos com valores (Hayes et al., 2021).

Considerando o contexto do filme, pode-se dizer que até antes do aparecimento de seu pai, grande parte dos comportamentos de Truman – como suas atividades de rotina, atividades laborais e relações sociais – estão sob controle de regras do tipo *pliance*, uma vez que, sempre que segue o roteiro (o que equivaleria a seguir regras) ele é reforçado socialmente, mesmo que não tenha contato com as consequências diretas desses comportamentos. Por exemplo, todos os dias ele repete determinadas ações (exemplo de rigidez comportamental) como ter determinada conversa com seu vizinho, passar na mesma banca de jornais e comprar o mesmo jornal, conversar com os irmãos gêmeos sobre negócios que eles nunca fazem. Esses comportamentos produzem sempre as mesmas consequências refor-

çadoras, a atenção e valorização social, contudo as consequências diretas deles para Truman são irrelevantes em termos do aprimoramento de seu repertório comportamental. Ou seja, se os irmãos gêmeos nunca fazem o negócio sobre o qual Truman questiona, qual é o sentido de fazer essa pergunta a eles todos os dias? Ou, se Truman sempre tem a mesma conversa com seu vizinho, em que essa relação se aprimora ou o que ele passa a conhecer de novo sobre seu vizinho? Essas consequências, que tornariam os comportamentos precedentes efetivos, não são alcançadas.

Importante ressaltar que, conforme Baum (2019), o contato com a regras não precisa ser direto para que elas exerçam controle sobre o comportamento dos indivíduos. Assim, é compreensível que Truman não precise ter sido instruído sobre o roteiro do programa para segui-lo se todas as pessoas do seu contexto já o fazem, ou seja, seu ambiente social é todo controlado por essas regras, consequentemente, os comportamentos de Truman também são. Dessa forma, Truman segue as mesmas regras que lhe são implicitamente apresentadas.

Além disso, Meyer (2007) acrescenta que os seres humanos seguem não apenas as regras apresentadas por outros, como também formulam e seguem suas próprias regras (também chamadas de autorregras). Dessa forma, o contato com o ambiente controlado pelo roteiro do programa pode favorecer que Truman formule e siga suas próprias regras para se adequar (*pliance*) ao seu contexto social.

Contudo, os eventos inesperados que acontecem quando Truman completa 30 anos, especialmente a aparição de seu pai, servem como novos estímulos discriminativos, desfazendo a previsibilidade estabelecida pelas regras do enredo do programa e criando a possibilidade de Truman variar seus comportamentos, tornando-os, assim, mais sensíveis à determinadas contingências. Este é o contexto favorável para Truman começar a seguir autorregras que produzam as consequências que ele espera obter como resultados diretos de seus comportamentos (*tracking*), demonstrando mais efetividade em suas ações. Um exemplo deste argumento pode ser observado na cena em que, enquanto dirigia o carro com sua esposa, Truman muda o trajeto da direção, trafegando por uma via não habitual, para observar se o congestionamento, antes sempre

presente na via em que ele trafegava habitualmente, seria retirado do ambiente. Esta consequência é obtida (reforço negativo) e, então, Truman refaz o trajeto para provar seu argumento (autorregra) à sua esposa. Essa mudança comportamental observada no repertório de Truman representa uma flexibilização de seus padrões de ação, aspecto fundamental para seu engajamento posterior em ações comprometidas com valores.

Ainda sobre as variações nos comportamentos de Truman na sequência da cena em que ele dirigia o carro com sua esposa, Truman conduz o carro para a ponte da cidade, local onde ele nunca havia trafegado antes, por sentir medo de estar próximo à água corrente. Quando Truman para o carro na entrada da ponte, Meryl lhe diz: "você sabe que você não pode dirigir sobre a água, vamos para casa, onde você se sente seguro", verbalizando assim uma regra para que Truman siga o roteiro do programa e não saia de Seaheaven. Contudo, Truman persiste em seu comportamento e coloca as mãos de sua esposa no volante para que ela possa guiar o carro enquanto eles atravessam a ponte. Ao observar a consequência de seu comportamento – estar do outro lado da ponte – Truman claramente expressa emoções agradáveis, gritando, sorrindo, gesticulando euforicamente como efeito do reforçamento positivo obtido. Aqui, pode-se hipotetizar que Truman possa ter seguido autorregras do tipo *tracking* e *augmenting*, pois seu comportamento não estava sob controle do reforço social de consentir com as recomendações de Meryl (*pliance*), mas sim de reforço natural (*tracking*) – chegar do outro lado da ponte que daria acesso à saída da cidade. Além disso, dada a expressão emocional de Truman, estar do outro lado da ponte era uma consequência especialmente reforçadora que ele buscava, transformando a função do comportamento de dirigir sobre a ponte de aversiva para apetitiva (*augmenting*).

Esta última cena analisada também pode ser entendida como uma ação de aceitação. Saban (2015) define aceitação como uma ação consciente e voluntária relativa à forma com que a pessoa se relaciona com seus próprios eventos privados. A autora explica que "aceitar um evento encoberto é estar disposto a tê-lo, é possibilitar sua manifestação e não evitar entrar em contato com ele" (Saban, 2015, p. 69). A

aceitação é útil diante de eventos que não podem ser controlados e mudados, como nossas emoções, pensamentos, sensações, memórias, etc.

Esta cena de atravessar a ponte é um primeiro exemplo de aceitação que Truman demonstra. O protagonista se permite experimentar seu medo de estar próximo à água corrente, rompendo com um padrão de esquivas fortemente estabelecido em seu repertório. Ademais, a cena serve também como uma metáfora sobre as ações comprometidas com valores, uma vez que para seguir em direção aos valores é preciso entrar em contato com o que se teme e se evita, ao passo que, não seguir a direção valorizada, é permanecer no “lugar seguro”, conforme foi expresso por sua esposa na citação mencionada.

Cena 2 – O interesse de Truman por Sylvia

Outro aspecto notável no filme é que Truman nunca se esquece de Sylvia, mulher por quem demonstrou ter se interessado antes de se casar com Meryl. Contudo, Sylvia foi retirada do programa, pois passou a questionar a ética do mesmo, de modo que Truman nunca mais teve contato com ela. Não obstante, ele sempre busca estímulos que possam ajudá-lo a recordar a imagem dela. Através de recortes de partes de faces de mulheres em revistas, Truman tenta reconstruir uma face que se assemelhe à de Sylvia. Além disso, durante todo o filme ele verbaliza seu interesse em viajar para Fiji, cidade mencionada por Sylvia antes de perderem o contato. Truman chega a executar várias tentativas de viajar para esta cidade, seja de avião, de ônibus, de carro ou de barco, as quais são todas impossibilitadas pela produção do programa.

As tentativas de Truman de reconstruir a face de Sylvia através de recortes de jornais e suas diversas investidas em ir para Fiji podem ser entendidas como objetivos relacionados aos seus valores, isto é, seriam diferentes ações de compromisso. Um aspecto que permite esta análise é que reencontrar Sylvia e ir para Fiji, assim como as ações relacionadas, são escolhas livres de Truman ao invés de serem estabelecidas por regras extrínsecas coercitivas, como são as conduções do enredo do programa discutidas na seção anterior. Conforme Luoma et al. (2022) “se definir direções baseadas em valores providencia uma rota a ser seguida, então as ações comprometidas descrevem os passos da jornada” (p. 256).

Hayes et al. (2021) afirmam que ações de compromisso fazem parte da expressão de valores. Envolvem ações específicas em contextos específicos, ao passo que os valores são qualidades de ação livremente escolhidas e verbalmente construídas. Assim, o valor seria como um direcionador, um norteador para as diferentes ações de compromisso, de modo que há coerência entre ambos os processos.

Utilizando a metáfora de uma bússola, valores podem ser entendidos como a direção (Norte, Sul, Leste, etc.) e ações de compromisso seriam os deslocamentos que conduzem a esta direção. Dessa forma, os deslocamentos podem ser diversos, desde que levem à direção esperada. No caso da cena analisada do filme, Fiji é a direção e as diferentes tentativas de Truman para viajar a esta cidade com o objetivo de reencontrar Sylvia seriam os deslocamentos, ou seja, as ações de compromisso.

Conforme Hayes et al. (2021) as ações de compromisso têm características distintivas em relação a outras ações. A principal delas é que as ações de compromisso são motivadas por valores e não por regras do tipo *pliance* ou por esquivas. Outra característica é a flexibilidade, ou seja, as ações de compromisso podem ser diversificadas e emitidas com distintas topografias, desde que se mantenham coerentes com os valores escolhidos. Assim, ações de compromisso envolvem um repertório amplo e longitudinal, sendo tanto praticadas no presente quanto mantidas em longo prazo. São ações intrinsecamente reforçadoras, isto é, a consequência reforçadora (i.e., produto da autobservação do engajamento em respostas verbalmente alinhadas com a qualidade de ação valorosa) é produzida automaticamente pela própria resposta. Vale notar que isso independe de consequências extrínsecas. Contudo, as pessoas podem observar divergência entre suas ações e seus valores e, essa constatação, seguida por uma mudança no curso de ação vinculando-a novamente aos valores, já é uma ação de compromisso. Assim, ações de compromisso não são perfeitas ou constantes. Por fim, ações de compromisso não são apenas comportamentos abertos, mas também envolvem comportamentos encobertos, como o cultivo de determinados pensamentos e o fortalecimento de determinadas emoções.

Analisando, então, as ações de Truman em seus esforços em ir para Fiji, pode-se observar es-

ses aspectos distintivos em relação a outras ações do personagem, como suas ações de rotina que são sempre iguais ou mesmo suas ações em sua relação conjugal, que demonstram ser pouco motivadoras para o personagem. Seus esforços em ir para Fiji são flexíveis, envolvendo, inclusive, ações de aceitação diante de seus medos, quando ele considera ir de barco. Pode-se considerar que essas ações de Truman são intrinsecamente reforçadoras, pois ele persiste engajado nessa classe de ações, mesmo que os resultados imediatos de ações específicas não sejam reforçadores – ou seja, a manutenção de seu engajamento é reforçadora por si mesma. Por exemplo, quando tenta viajar de avião e não consegue, Truman se mantém engajado nas ações de compromisso, considerando outra forma de realizar a viagem.

Pode-se considerar, ainda, aspectos privados das ações de compromisso de Truman, quando ele se esforça por manter viva a memória de Sylvia, sempre tentando recordar como seria seu rosto e, através das ações públicas, tenta reconstruí-lo com recortes de jornais. Ademais, ações de compromisso tendem a ser acompanhadas por experiências privadas, sendo algumas delas aversivas (Luoma et al., 2022). No caso de Truman, é possível notar sua ansiedade quando considera formas de sair de Seaheaven, sua frustração quando suas tentativas de ir para Fiji fracassam e seu medo, quando está tentando ir de barco, na cena final do filme. Mas, por que Fiji seria um valor para Truman? Este aspecto será discutido na seção seguinte.

Cena 3 – O enfrentamento de seu medo de água nos esforços em ir para Fiji

Na parte final do filme, após ser frustrado em todas as tentativas anteriores de sair de Seaheaven, Truman decide enfrentar seu medo de água e velejar sozinho em direção a Fiji. A produção manipula o contexto de várias formas na tentativa de impossibilitá-lo em sua jornada, criando condições climáticas adversas que quase levam à morte de Truman. Mas ele persiste em seu plano de sair da cidade, até que a trama do programa lhe é revelada com o diretor abrindo o áudio para dialogar com ele. O diretor tenta convencê-lo a permanecer em Seaheaven, argumentando que em nenhum lugar ele terá tanta segurança como ali. Ao final deste diálogo, o dire-

tor questiona a Truman qual direção ele irá tomar e Truman o responde com uma frase que repetia todas as manhãs aos seus vizinhos: “em caso de eu não te ver novamente, bom dia, boa tarde e boa noite” e, na sequência, Truman se curva para seu público e, então, passa pela porta, saindo da cidade cinematográfica. Assim encerra-se o filme.

O primeiro aspecto relevante de análise nesta cena é a demonstração de aceitação por parte de Truman ao se permitir entrar em contato com um de seus maiores medos – estar em proximidade à água corrente – a serviço de seguir em sua direção valorizada. Hayes et al. (2021) discutem que há uma íntima relação entre os processos de aceitação, valores e ações de compromisso. Conforme os autores, quanto mais pratica a aceitação, mais a pessoa desenvolve autocompaixão e, conseqüentemente, consegue refletir melhor sobre direções valorizadas de vida e se engajar em ações comprometidas com tais direcionamentos. A aceitação favorece, assim, um maior engajamento com a própria vida e este engajamento, mesmo que resulte em experiências aversivas em alguns contextos, proporciona uma sensação de leveza, vitalidade e potencialidade. Dessa forma, a aceitação é fundamental para o engajamento em ações de compromisso, uma vez que, como mencionado na seção anterior, essas ações podem ser acompanhadas por experiências privadas aversivas.

Observa-se em Truman esta relação entre aceitação, valores e ações de compromisso. O primeiro aspecto de aceitação pode remeter à primeira cena analisada, quando Truman e sua esposa trafegam sobre a ponte, permitindo-se sentir o desconforto emocional que acompanha esta ação vinculando-a à possibilidade de sair de Seaheaven. Ao longo do filme o protagonista verbaliza em algumas cenas que viajar e rodar o mundo seria uma aventura, demonstrando um senso de vitalidade e um possível valor associado às suas tentativas de sair da cidade. Contudo, todas as ações de Truman que são contrárias ao roteiro do programa envolvem o enfrentamento de uma série de percalços estabelecidos pela direção e, conseqüentemente, evocam experiências emocionais aversivas, como frustração, raiva, medo e ansiedade. Porém Truman persiste em seus direcionamentos livre e ativamente escolhidos, permitindo-se experimentar essas experiências aversivas

com abertura (processo de aceitação) e engajamento em ações que o conduzem ao que ele busca para si.

No diálogo final entre Christof, o diretor do programa, e Truman o diretor lhe diz que “aceitamos a realidade do mundo como nos é mostrada” e “no meu mundo você não tem o que temer”. Tais falas demonstram a diferença entre uma vida baseada em conformidade social e baseada em valores. Hayes et al. (2021) discutem sobre como uma vida baseada em valores é uma mudança de perspectiva em relação ao contexto social em que vivemos. Os autores argumentam que

Por mais estranho que pareça, existe um apoio social limitado (na melhor das hipóteses) para que pensemos constantemente em nossos valores, em comparação com a forma como estamos vivendo a vida no momento. Somos encorajados a deixar essa questão de lado porque seria uma ameaça inegável à ordem social contemporânea se as massas se mantivessem “ligadas” e comesçassem a realmente questionar a utilidade de “valores” amplamente promulgados e socialmente construídos. (Hayes et al., 2021, p. 249).

A citação remete ao contexto de controle social apresentado no filme. Nota-se claramente como Truman sempre fora desencorajado a se comprometer com uma vida baseada em seus próprios valores. As falas de Christof, a fala de sua esposa citada na seção anterior o aconselhando a voltar para casa, onde era seu lugar seguro, assim como as notícias veiculadas pela direção nos programas de rádio e TV que falavam sobre os perigos de viajar de avião, são todos exemplos do desestímulo social às ações de compromisso de Truman, uma vez que essas ações ameaçariam a ordem social vigente, no caso, o roteiro do programa.

Contudo, a despeito de tal contexto, Truman segue seu próprio direcionamento – isto é, constrói seu próprio roteiro, explorando o ambiente através de ações diversificadas na tentativa de viajar, de sair de Seaheaven e ir para Fiji, onde poderia encontrar Sylvia. Tanto a ida para Fiji quanto um potencial reencontro com Sylvia são desfechos implícitos, os quais não são apresentados no filme, mas podem ser hipotetizados pelo contexto da obra.

Para compreender por que Fiji pode ser considerada uma direção valorizada para Truman, é preciso antes definir o que são e o que não são valores. De acordo com LeJeune e Luoma (2019), uma definição simples seria que valores são direcionamentos para se viver uma vida significativa. Os autores discutem que valores são comportamentos, formas de viver a vida; são escolhas conscientes a despeito de pressão social ou regras rígidas providas de agências de controle; são direções amplas para a condução da vida de cada indivíduo; dizem respeito àquilo a que cada pessoa quer se aproximar na vida e não ao que quer se afastar.

Hayes e Smith (2022) acrescentam que valores são “vitalizadores, edificantes e empoderadores” (p. 183). Como direções de vida, os valores fornecem um senso de conexão às diferentes ações de compromisso, tornando-as coerentes e significativas para a pessoa que as emite. Por representarem fluxos contínuos de ação (e não as ações em si mesmas), os valores nunca “acabam”, nunca se esgotam, podendo ser experienciados a cada nova ação de compromisso ao longo da vida. Valores, então, associam-se ao processo de desfusão na medida em que não se caracterizam por regras rígidas a serem seguidas, mas seriam mais como uma seleção desfusionada entre alternativas de ação que conduzem aos reforçadores buscados.

Dessa forma, valores, podem ser descritos como verbos e advérbios. Eles descrevem o que você está fazendo (verbo) e como você está fazendo isso (advérbio) (LeJeune & Luoma, 2019, p. 11). Dessa forma, valores não são objetivos, pois esses são eventos concretos e tangíveis, ao passo que os valores não são tangíveis e nunca são plenamente alcançados, mas são o que motivam o engajamento e estruturam os objetivos. Valores também não são sentimentos. Apesar de sentimentos acompanharem as escolhas baseadas em valores, nenhum deles, quer sejam classificados como positivos ou negativos, abarcam os valores em si. Valores também se distinguem de resultados, pois valores são a qualidade escolhida para as ações, ao passo que os resultados envolvem os desfechos dessas ações no tempo e no espaço, parte dos quais não estão sob controle do indivíduo. Por fim, valores relacionam-se ao direcionamento tanto de ações presentes quanto futuras e podem

envolver variação no curso dessas ações ao longo do tempo (Hayes & Smith, 2022).

Aqui nesta análise Fiji é considerada a direção valorizada, a navegação é a metáfora para o caminho em direção aos valores (ação de compromisso), o reencontro com Sylvia seria um objetivo específico a ser alcançado e as condições adversas criadas pela equipe do programa durante a navegação são uma metáfora para as barreiras enfrentadas no caminho em direção aos valores, barreiras essas que podem ser colocadas pelo próprio indivíduo, por exemplo, através da fusão com justificativas para a não ação, ou por terceiros.

Fiji, por ser um lugar específico, não poderia ser uma metáfora precisa sobre valores, já que a chegada em Fiji poderia ser um objetivo concretizável e os valores não são objetivos ou resultados. Mas aqui Fiji é tomada como metáfora para os valores de Truman por seu aspecto "livremente escolhido", isto é, por ser a direção para onde Truman escolhe seguir. Talvez, a função Fiji poderia ser melhor entendida como os valores de "ir em busca de seus sonhos" ou "liberdade". Assim, reencontrar Sylvia em Fiji é um objetivo, mas o valor em (Fiji, ou os sonhos, ou a liberdade) – é a direção. Não há garantias de que o objetivo de reencontrar Sylvia será alcançado, nem de algum resultado específico, como de Truman e Sylvia estabelecerem uma relação afetiva. Além disso, como demonstrado no filme, as emoções experimentadas no caminho em direção aos valores podem ser aversivas e Truman nem sempre experimenta bem-estar. Não obstante a essas questões, Truman parece se sentir "vivo", lutando bravamente por cada ação coerente com seus valores.

LeJeune e Luoma (2019) destacam o fato de que os valores agregam vitalidade às ações e à vida humana. Conforme os autores, uma vida significativa, direcionada por valores, envolve propósito, busca e orientação ao que é importante para cada indivíduo. "Ansiamos por um significado, por um sentir que nossas ações têm um propósito que vai além deste momento, desta pessoa, e esta situação" (LeJeune & Luoma, 2019, p. 14). Assim é possível ver Truman ao final desta cena, encontrando um propósito em sua travessia do mar, encontrando um motivo em seu enfrentamento e no sofrimento e dificuldade a ele associados.

Assim, as ações de ir para Fiji são reforçadas pela conexão com o valor. Fiji, então, poderia representar os valores escolhidos por Truman, que poderiam envolver buscar seus sonhos, ter liberdade para ir e vir, agir de forma independente, aventurar-se, compartilhar afeto. O desfecho do filme, simbolicamente representado por Truman subindo a escada que dá acesso à sua saída de Seaheaven, pode representar o aspecto vitalizador, edificante e empoderador da conexão com valores discutido por Hayes e Smith (2022), pois o que vemos na cena é um Truman livre, conectado com a própria jornada pregressa e motivado à jornada por vir.

Considerações finais

Este estudo não buscou esgotar as possibilidades de análise da obra cinematográfica em questão. Apenas propôs um elo de aproximação entre aspectos do enredo com o raciocínio da Terapia de Aceitação e Compromisso. Conforme menciona Saban (2015), o terapeuta da ACT tem liberdade para criar suas próprias metáforas e utilizá-las no contexto terapêutico, desde que elas sejam úteis para atender aos objetivos comportamentais contextuais de prever e influenciar o comportamento com precisão, escopo e profundidade (Hayes, 2019). Dessa forma, buscou-se aqui atender a estes objetivos, apresentando "O show de Truman" como uma metáfora terapêutica. Muitos outros aspectos podem ser analisados e trabalhados clinicamente a partir do filme, a depender da perspectiva tomada por cada analisador. Assim, outros processos da ACT podem ser enfocados além dos aqui apresentados.

Propôs-se aqui um percurso reflexivo no qual Truman inicia seu processo de engajamento na própria vida a partir do momento em que reconhece as fontes de controle sobre seu comportamento (regras estabelecidas pelo roteiro do programa), estabelece uma variabilidade em suas formas de agir para observar o efeito de suas ações no ambiente (maior sensibilidade às contingências), abre-se para experiências emocionais e contextos que antes evitava (aceitação), estabelece novas direções para sua vida (valores) e age em coerência com essas direções (ações de compromisso). É importante mencionar que algumas das autorregras

de Truman ou desfechos para as ações de compromisso citados anteriormente foram inferidas para fins desta análise.

Importante ressaltar que a escolha pelos trechos específicos que foram analisados é arbitrária, ou seja, foi uma escolha por conveniência norteadada pelo objetivo de construir uma metáfora terapêutica, a qual pode versar sobre diferentes aspectos a depender da perspectiva tomada. Além disso, apenas alguns conceitos e processos da ACT foram abordados e tal escolha se deu por questões didáticas, uma vez que foram selecionados os conceitos e processos que poderiam ser melhor associados à obra, visando apresentar uma análise o mais coerente possível com o modelo da ACT.

Por fim, como a ACT é um modelo experiencial de psicoterapia que busca romper as funções literais da linguagem que geram rigidez comportamental, recomenda-se que mais autores se proponham a criar processos interventivos e metáfora condizentes com os pressupostos do modelo terapêutico e submetê-los à análise crítica de pares e do corpo científico na área. Assim, expandiremos o desenvolvimento da ACT no Brasil, dando ao modelo um estilo de intervenção próprio da nossa cultura, que se aproxime de nossos clientes.

Referências

- Baum, W. M. (2019). *Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. Artmed.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2022). *Acceptance and Commitment Therapy*. Sinopsys.
- Hayes, S. C. (2019). *Contextual Behavioral Science [Ciência Comportamental Contextual]*. In D. Zilio & K. Carrara (Orgs.), *Behaviorismos: Reflexões históricas e conceituais* (pp. 152–172). Centro Paradigma de Ciências do Comportamento.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2022). *Get out of your mind & into your life: The new Acceptance & commitment Therapy*. Sinopsys.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of conscious change*. (2nd ed.). Artmed.
- LeJeune, J., & Luoma, J. B. (2019). *Values in therapy: A clinician's guide to helping clients explore values, increase psychological flexibility & live a more meaningful life*. New Harbinger Publications.
- Luoma, J. (2019, April 16). *A look into the future of acceptance and commitment therapy*. In Praxis Continuing Education and Training. <https://www.praxiscet.com/posts/look-future-acceptance-and-commitment-therapy/>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Learning ACT*. (2nd ed.). Sinopsys.
- Meyer, S. B. (2007). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. In J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211–228). Artmed.
- Rudin, S. (Produtor), & Weir, P. (Diretor). (1998). *O show de Truman* [Filme]. Paramount Pictures.
- Saban, M. T. (2015). *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*. Ed. Artesã.
- The Truman Show. (2016, 19 de maio). In *Wikipédia*. https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=The_Truman_Show&action=history
- Wilson, K. G., & DuFrene, W. T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive behavior therapy. In P. C. Kendall (Org.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (pp. 73–118). Academic.

Histórico do Artigo

Submetido em: 24/04/2023

Aceito em: 09/10/2024

Terapia de Aceitação e Compromisso e Esclerose Múltipla: análise do filme 100 metros

Acceptance and Commitment Therapy and Multiple Sclerosis: analysis of the film 100 meters

Mariana Bandeira Formiga¹, Jorge Luis Quintero Aguirre¹

[1] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) [2] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) | **Título abreviado:** ACT e Esclerose Múltipla: análise de filme | **Endereço para correspondência:** | **Email:** mbandeiraformiga@gmail.com e shimarital@gmail.com | **doi:** 10.18761/PAC.ACT.016

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar o filme “100 metros” utilizando a perspectiva do Hexaflex da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A análise do filme seguiu a ordem cronológica em que as cenas do protagonista são exibidas. Estas foram enumeradas, identificadas em relação ao tempo em que aparecem, descritas e comentadas a partir dos processos da ACT. Identificou-se os seis processos da ACT da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica nas cenas do protagonista. Considera-se que este estudo pode ser utilizado como instrumento para conhecer a ACT por ilustrar os processos desta abordagem, bem como por demonstrar como os processos entrelaçam-se na análise, corroborando que a sua divisão é sobretudo didática.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso; flexibilidade psicológica; esclerose múltipla; Ironman.

Abstract: This article aims to analyze the film “100 meters” using the Hexaflex perspective of psychological flexibility and inflexibility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The analysis of the film followed the chronological order in which the protagonist’s scenes are displayed. These were enumerated, identified in relation to the time in which they appear, described and commented based on the ACT processes. The six ACT processes of psychological flexibility and inflexibility were identified in the protagonist’s scenes. It is considered that this study can be used as an instrument to understand ACT by illustrating the processes of this approach, as well as by demonstrating how the processes are intertwined in the analysis, corroborating that its division is mainly didactic.

Keywords: acceptance and commitment therapy; psychological flexibility; multiple sclerosis; Ironman.

A esclerose múltipla (EM) é uma doença degenerativa do sistema nervoso central (Sheppard et al., 2010), afeta cerca de 2,3 milhões de pessoas em todo o mundo (Multiple Sclerosis International Federation [MSIF], 2019) e é a causa mais comum de incapacidade neurológica entre os adultos jovens (Sheppard et al., 2010). O curso da doença é imprevisível e progressivo, embora a gravidade dos sintomas varie muito ao longo do tempo e se manifestem de forma diferente em cada indivíduo (Sheppard et al., 2010). O período de início geralmente ocorre entre os 20 e 50 anos de idade, sendo mais comum entre os homens (Karimi et al., 2022). Como a EM surge na juventude, as pessoas com este diagnóstico são obrigadas a reconsiderar seus planos de vida, família e trabalho, a enfrentar a recorrência desta doença e a falta de autonomia (Karimi et al., 2022). Neste cenário, estudos indicam que aproximadamente metade dos pacientes com EM têm problemas de saúde mental (Dehghani et al., 2022; Karimi et al., 2022), relatando mais angústia e pensamentos catastróficos sobre o futuro (Marez-Oyens et al., 2020), impactando a participação social (Dehghani et al., 2022; Marez-Oyens et al., 2022) e a qualidade de vida (Dehghani Bidgoli et al., 2022; Marez-Oyens et al., 2022; Sheppard et al., 2010), além de maior comorbidade com depressão e ansiedade (Karimi et al., 2022; Marez-Oyens et al., 2022; Pouyanfard et al., 2020).

Até o momento, não há cura conhecida para a EM, portanto é essencial que os indivíduos aprendam a viver com esta patologia e seus efeitos físicos, psicológicos e emocionais (Sheppard et al., 2010). As pesquisas sugerem que a terapia de aceitação e compromisso (ACT) pode ser útil para muitos dos problemas psicológicos associados à EM e a outras enfermidades crônicas (Hayes et al., 2006). Os estudos indicam que o ACT é um método promissor para melhorar o bem-estar psicológico e o funcionamento na vida cotidiana (Marez-Oyens et al., 2022).

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) foi desenvolvida por Steven Hayes e colaboradores (Hayes et al., 1999), no final dos anos 1980 e é uma intervenção cognitivo-comportamental contextual baseada em evidências (Luoma et al., 2022). Tem como filosofia o contextualismo funcional (Hayes, 2012), ampara-se nos fundamentos da ciência da evolução e nos princípios comportamentais am-

pliados pela teoria das molduras relacionais (RFT) (Hayes et al., 2001; Luoma et al., 2022).

O objetivo geral da ACT é treinar a flexibilidade psicológica, que consiste em agir de maneira consistente com os próprios valores, mesmo na presença de obstáculos psicológicos, que podem ser comportamentos encobertos como pensamentos, sentimentos, memórias e sensações desagradáveis (Hayes et al., 2012). Por outro lado, para a ACT, a psicopatologia ou o sofrimento humano advém da inflexibilidade psicológica, que implica na restrição de repertório comportamental do indivíduo (Lucena-Santos et al., 2015), pois quando apresentados obstáculos psicológicos o indivíduo deixa de agir de maneira consistente com seus valores. A flexibilidade e inflexibilidade psicológica vem sendo conceituadas através de diversos modelos (Hayes et al., 2021; Hayes & Ciarrochi, 2015), sendo o mais difundido um hexágono, denominado Hexaflex (Hayes et al., 2021). Como pode ser visto nesta figura, o Hexaflex interligando todos os processos demonstra o princípio de que ao se intervir em um deles, todos os demais também são impactados.

A flexibilidade psicológica, no Hexaflex, é definida a partir dos processos de aceitação, desfusão, self-como-contexto, atenção flexível no momento presente, valores e ações de compromisso. Para cada um desses processos, há um correspondente no Hexaflex da inflexibilidade psicológica, que corresponde a esquiva experiencial, a fusão cognitiva, ao self-como-conceito, a atenção inflexível, a falta de clareza dos valores e inação (ou impulsividade ou persistência evitativas) (Hayes et al., 2021).

A ACT ensina habilidades para ajudar os indivíduos a deixar de lado lutas desnecessárias, aceitar a si mesmos e aos outros como são, escolher direções valiosas para suas vidas e se comprometer com ações que levem a essas direções (Eifert & Forsyth, 2005). A ênfase da ACT na aceitação, nos valores e em viver uma vida com significado, enquanto o paciente aceita o sofrimento inevitável, tornou esta abordagem um tratamento ideal para pacientes com EM (Karimi et al., 2022; Shameli & Davodi, 2021). Neste sentido, o objetivo deste artigo é analisar o filme “100 metros” utilizando a perspectiva do Hexaflex da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Este filme foi escolhido por se tratar de uma

história baseada em fatos reais, o que pode inspirar várias outras pessoas com condições semelhantes a buscarem ajuda para superar as limitações impostas pela doença. Além disto, pesquisas apontam que a ACT é uma abordagem de psicoterapia eficaz no acompanhamento de pessoas com EM, aumentando a qualidade de vida (Marez-Oyens, 2022; Sheppard et al., 2010), a resiliência (Karimi et al., 2022), e ensinando a lidar com as emoções e os pensamentos (Shameli & Davodi, 2021).

Método

Descrição do filme

O filme *100 metros* (2016), originalmente espanhol, permaneceu com o mesmo título na tradução para o Brasil, onde estreou em 2017. Tem duração de 108 minutos, é classificado como biografia, comédia e drama, sendo recomendado para maiores de 16 anos.

Este filme narra a história de Ramón, um executivo que recebe o diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) e escuta que terá dificuldade para caminhar cem metros. Dedicado ao trabalho e a família, ele é sedentário e não consegue se imaginar dependente de cuidados alheios. O filme retrata de forma clara a dificuldade que a EM acarreta tanto ao paciente como a família, exigindo mudança, adaptações e resiliência. Oscilando entre a negação da patologia, as limitações impostas pela EM e o propósito de desafiá-la, Ramón decide sair do sedentarismo para se preparar para um Ironman, uma competição esportiva composta de 3,8 km de natação, 180 km de bicicleta e 42 km de corrida. Trata-se de um filme comovente mostrando que é preciso encarar os cenários conflituosos para alcançar o que se deseja.

Procedimento

A análise enfatizou as cenas do protagonista, Ramón. Seguiu-se a ordem cronológica em que as cenas aparecem no filme. Estas foram enumeradas, identificadas em relação ao tempo em que aparecem, descritas e comentadas quanto aos processos da ACT.

As cenas foram selecionadas à medida que os autores identificavam algum dos processos da flexibilidade ou da inflexibilidade psicológica. Baseados

na premissa de que nem sempre um processo ocorre isoladamente, os autores optaram por nomear o processo da ACT mais evidente em cada cena e, quando observado a presença de outro processo subjacente, este também foi nomeado.

Definição operacional dos processos da ACT – Categorias de Análise das cenas do filme

Foram utilizadas as seguintes definições dos processos da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica como instrumentos para a identificação dos mesmos nas cenas do filme.

É inevitável ressaltar que estes conceitos são abstratos e um terapeuta iniciante pode ter dificuldade para percebê-los e diferenciá-los, pois trata-se de processos que estão em movimento acontecendo momento a momento com cada ser humano. Por esta razão, optou-se por acrescentar um exemplo prático após cada definição.

1. Aceitação: é uma postura, uma forma de se relacionar com os eventos internos, que consiste em observar o que ocorre dentro da pele, sem tentativas de mudar sua frequência ou forma (Lucena-Santo et al., 2015; Luoma et al., 2022; Saban, 2015). Este processo pode ser identificado quando uma pessoa ao mesmo tempo nota experiências internas desconfortáveis (pensamentos, sentimentos, sensações fisiológicas, memórias, cenas que passavam pela mente) e age em conformidade com os valores. Por exemplo, em uma apresentação em público uma pessoa nota desconfortos como um sentimento (como a ansiedade), sensações fisiológicas (tontura, sudorese, boca seca), pensamentos (“vou fracassar” / “vai dar errado”), cenas (“todos rindo de mim”) e, concomitante, conecta-se aos valores e ao porquê desta apresentação ser importante e, mesmo sentindo o desconforto, faz o trabalho ao qual se dispôs.

2. Esquiva experiencial: é uma postura, uma forma de se relacionar com eventos internos na qual a pessoa se engaja em ações para alterá-los (Hayes et al., 2021). Observa-se este processo quando na presença de alguma experiência interna aversiva há ações na direção de mitigá-la ou eliminá-la e estas ações também podem afastar dos valores. Utilizando o exemplo descrito na aceitação, no caso

da esquiva, a pessoa não faria a apresentação em público na tentativa de não sentir o desconforto oriundo desta tarefa.

3. Desfusão: é uma forma de se relacionar com os pensamentos que consiste em observá-los com uma atitude de curiosidade e imparcialidade, sem se apegar a eles (Luoma et al., 2022) como se fossem verdades inquestionáveis. Quando há desfusão a pessoa pode ter o pensamento “meus colegas de trabalho me rejeitam”, observar este pensamento como um pensamento e se comportar da forma que mais se alinhe aos próprios valores, que pode ser cooperar nos trabalhos de equipe e buscar uma aproximação com os colegas.

4. Fusão: é uma forma de se relacionar com os pensamentos que consiste em uma literalidade, quando se trata os pensamentos como se fossem fatos, e não comportamentos em uma dada situação transitória (Lucena-Santos et al., 2015). Por exemplo, na fusão quando uma pessoa pensa que “meus colegas de trabalho me rejeitam” ela não observa este pensamento como um pensamento, mas como uma verdade absoluta e se comporta coerente com este pensamento, podendo se distanciar dos colegas de trabalho, não cooperar com os colegas em alguma atividade de grupo, recusar convites para sair, etc.

5. Atenção flexível: é a consciência do momento presente (Luoma et al., 2022), que inclui também a percepção dos eventos privados (Lucena-Santos et al., 2015). A atenção flexível significa trazer intencionalmente a consciência para a experiência do aqui e agora, com abertura, receptividade e interesse (Harris, 2011), permitindo-nos observar, momento a momento, tanto as experiências internas como as que acontecem no mundo externo. Por exemplo, quando uma pessoa observa os pensamentos passando pela mente (“todas as pessoas estão me olhando”), nota algum sentimento (“ansiedade”), sensações espalhadas pelo corpo (“boca seca”/ “coração acelerado”) e percebe o mundo externo (“uma brisa que toca o cabelo” / “o cheiro de um ambiente”).

6. Atenção inflexível: a consciência do momento presente é dominada por conteúdo do passado ou do futuro (Luoma et al., 2022). Na atenção inflexí-

vel pensamentos a respeito do futuro ou memórias do passado dominam a atenção e não os percebemos como pensamentos ou memórias e sim como realidades. Por exemplo, quando uma pessoa fica ruminando pensamentos futuros ou do passado (“e se isso acontecer...”; “se isso não tivesse acontecido tudo seria diferente”).

7. Self-como-contexto: é a perspectiva estável a partir da qual todos os processos relevantes ao self podem ser vistos. Este processo ajuda os clientes a verem a si mesmos como os pensadores (e não seus pensamentos) e como aqueles que sentem (e não seus sentimentos). Ou seja, auxilia a observar a perspectiva do “eu/aqui/agora” a partir de onde a pessoa está olhando, em vez de a partir de pensamentos, sentimentos e sensações que está experienciando no momento. Nesse sentido, o self-como-contexto envolve uma tomada de perspectiva flexível (Santos et al., 2023). Por exemplo, quando percebemos os pensamentos (“meus colegas de trabalho me rejeitam”, ou “todas as pessoas estão me olhando”), os sentimentos (“ansiedade”, “tristeza”) e as cenas ou lembranças que passam pela mente (“pessoas me apontando o dedo”) como se fossem nuvens no céu, que estão passando pelo céu, mas não representam a totalidade do céu. Assim são as experiências internas, ocorrem dentro de nós, mas nós não somos essas experiências, nem somos definidos unicamente por elas, somos onde todas estas experiências acontecem.

8. Self-como-conceito: é uma forma de se relacionar com as descrições a respeito de si mesmo (Hayes et al., 2021). Self é a concepção de si, é o estímulo que pode ser chamado de “eu”. O self como conceito consiste em igualar a identidade do eu a outras características, como a adjetivos (Lucena-Santos et al., 2015). Mesmo que sejam características positivas, o self como conceito pode gerar um padrão de comportamento rígido e pouco variado (Lucena-Santos et al., 2015; Hayes et al., 2021). Quando uma pessoa acredita no que a sua mente lhe diz sobre si ou no que os outros lhe dizem a seu respeito (“você é muito determinada”; “você é resiliente”; “você é um fracasso”). Uma pessoa no self-como-conceito agirá de acordo com estas concepções, podendo perder a sensibilidade se estas ações

estão a serviço dos valores ou das auto descrições. Por exemplo, “se eu sou uma pessoa determinada, eu não posso pedir ajuda ou sair deste trabalho”, sem notar que talvez a permanência no trabalho não faça mais sentido. “Eu sou um deficiente físico” e o apego a este rótulo pode limitar a prática de atividades físicas adaptadas a deficiência.

9. Valores: são qualidades escolhidas livremente do ser e do fazer (Luoma et al., 2022) que norteiam as ações de compromisso. Por exemplo, “ser um estudante responsável”. É uma qualidade escolhida que não presume um resultado específico, como tirar sempre notas máximas, mas qualidades que podem estar presentes em quaisquer circunstâncias, é possível ser um estudante responsável e inclusive obter notas abaixo da média escolar. Ser um estudante responsável é um valor, enquanto tirar notas altas é um objetivo.

10. Falta de clareza dos valores: é ocasionada por uma história da vida muito aversiva, que torna aquilo que está relacionado aos valores aversivos também e, nestas condições, o indivíduo não faz construções por defesa; ou por falta de reforçadores positivos, em que o indivíduo não aprende a produzir aquilo que é importante para ele. Nestes casos, quando há sofrimento, indica algo com que o indivíduo se importa e não tem (Saban, 2015). Por exemplo, quando um indivíduo teve um relacionamento amoroso que chegou ao fim de modo traumático e, por medo de sofrer novamente, não se envolve com outra pessoa.

11. Ações de compromisso: significa colocar os valores em prática por meio de comportamentos visíveis (Saban, 2015). Retomando o exemplo descrito nos valores, as ações de compromisso seriam “ser pontual nas aulas”, “escrever as anotações do professor no caderno”, “fazer as atividades escolares”, “ficar em silêncio durante as explicações do professor”.

12. Inação: aquilo que gera a dificuldade de uma pessoa entrar em contato com o que realmente importa em sua vida (Luoma et al., 2022). Supondo que a pessoa reconheça que tem um valor, não agir de acordo com ele pode ser uma inação. Por exemplo, se há o valor de ser um estudante responsável, mas as ações de compromisso já citadas não são colocadas em prática, pelo contrário, o estudante falta as aulas, conversa durante as explicações do professor, não faz as lições de casa. Neste caso, há uma inação na direção dos valores.

Resultados e Discussão

Foram descritas dez cenas do filme, enumeradas e apresentadas da Tabela 1 à Tabela 10. Nas cenas que foram observados mais de um processo, identificou-se o processo principal e o (s) subjacentes. A discussão de cada cena sob a ótica dos processos da ACT está exposta logo após a apresentação da tabela correspondente.

Análise da Cena 1

A Tabela 1 apresenta a análise da Cena 1, na qual o Ramon recebe o diagnóstico de esclerose múltipla (EM)

Tabela 1. Cena 01. (13 minutos e 20 segundos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ao receber diagnostico: Retirar-se da sala da médica abruptamente/ Recusar ligação da esposa/ Embriagar-se/ Discutir com a esposa/ Discutir com o sogro	Esquiva experiencial	Fusão Self como conceito

A ação de embriagar-se foi interpretada como uma tentativa de anestesiar a dor da descoberta do diagnóstico e dos prováveis sentimentos e pensamentos sobre as consequências desta patologia (esquiva experiencial). A dor e a luta causadas pelo esforço para não sentir a dor é referida na literatura da ACT como “sofrimento” (Luoma et al., 2022). As atitudes que fazemos na tentativa de reduzir ou remover nossas emoções, pensamentos, sensações e memórias dolorosas geralmente falham e, paradoxalmente, podem produzir ainda mais sofrimento (Luoma et al., 2022). Portanto, quando Ramon se embriaga, além de não conseguir eliminar as experiências internas desconfortáveis, ele também acaba originando novos problemas, como a discussão com a esposa e o distanciamento de momentos em família.

Outra consideração é que a vida vivida em busca de se sentir bem nem sempre está a serviço dos nossos valores mais profundos (Lilis & Weineland, 2016; Luoma et al., 2022). Fazer o que é importante muitas vezes é doloroso e pode suscitar uma sensação de vulnerabilidade. Essa conexão entre as dores e os valores faz parte do motivo pelo qual a esquiva experiencial tem um custo tão grande (Luoma et al., 2022). Se por um lado Ramon queria se esquivar das experiências internas desagradáveis que surgiram quando ele ouviu sobre a esclerose múltipla, por outro lado estas atitudes de esquiva (“embriagar-se” / “discutir com a esposa”) o distanciavam de construir uma vida significativa. Esse é o dilema da esquiva experiencial: de um lado está a dor, do outro, o valor. Quando nos engajamos na esquiva, uma das consequências pode ser abrir mão dos nossos valores. Esta cena traduz a relação dos

processos de esquiva experiencial com a falta de conexão com os valores.

Ainda sobre esta cena, supõem-se que ao receber o diagnóstico, Ramon teve pensamentos ruminantes sobre o futuro, certamente com teor de preocupações, caracterizando um processo de fusão cognitiva. A fusão ao conteúdo dos pensamentos alimenta a esquiva experiencial, o que pode ser observado quando Ramon estava fusionado às preocupações e teve a ação de embriagar-se. Neste ponto, observa-se a relação da fusão cognitiva com a esquiva experiencial.

Ramon pode ter recebido o diagnóstico de EM como uma descrição de si, um rótulo, que pode ter influenciado na maneira como ele se enxerga e a forma dele se relacionar com ele mesmo, afetando o seu comportamento. Conforme Russ Harris (2011), quando uma pessoa se funde com os autoconceitos, estes se tornam a própria essência de quem nós somos, então nós nos restringimos a estas autodefinições. No entanto, ressalta-se que cada conceito ou característica é apenas um fragmento do todo (Lilis & Weineland, 2016), pois nós somos mais do que qualquer resposta à pergunta “quem sou eu?” (Walser, 2019). Com isto, observa-se como o processo do self como conceito impacta na fusão cognitiva e na esquiva experiencial, pois ao se rotular como “um doente que não pode andar 100 metros”, Ramon se funde ao autoconceito e emite os comportamentos de esquiva (beber/discutir).

Análise Cena 2

A Tabela 2 apresenta a análise da Cena 2, na qual o Ramon conversa com sua esposa.

Tabela 2. Cena 02. (17 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon conversa com a esposa: expõe os pensamentos sobre o futuro/ expressa os sentimentos de medo e ansiedade/ relata as sensações fisiológicas como não sentir o toque dela na mão dele	Atenção flexível ao momento presente	Desfusão Aceitação

Observa-se o contato com o momento presente ao notar os eventos privados (pensamentos, sentimentos, sensações fisiológicas), que repercute no processo de desfusão e aceitação. Ao ter a postura de atenção flexível ao momento presente e descrever os eventos internos, Ramon naturalmente abre espaço para o que está surgindo dentro dele no momento presente, migrando da esquiva experiencial e da fusão para descrição do que emerge (Lucena-Santos et al., 2015; Williams & Penman, 2015), favorecendo o processo de desfusão cognitiva. Descrever os sentimentos e os pensamentos é narrar o que se observa dentro de si, é observar as experiências internas surgindo, sejam elas agradáveis ou desagradáveis. Como a atenção plena é uma atitude específica, de abertura, interesse e receptividade à experiência, e não

de luta, resistência e fuga (Harris, 2011), torna-se, portanto, uma alternativa a esquiva experiencial.

Ao praticar a atenção plena pode-se assumir o ponto de vista de um observador. Imagine que, em vez de afastar as emoções dolorosas como a tristeza e tentar evitá-las, fôssemos capazes de nos abrir para elas, observá-las com curiosidade, respeitá-las como parte das experiências humanas e continuássemos a cumprirmos nossas metas. Essa postura pode exemplificar como apenas um comportamento pode impactar diferentes processos do Hexaflex da flexibilidade psicológica.

Análise da Cena 03

A Tabela 3 apresenta a análise da Cena 3, na qual o Ramon sente-se mal em uma reunião de trabalho.

Tabela 3. Cena 03. (19 minutos e 15 segundos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon sente-se mal em uma reunião de trabalho e não revela aos colegas o diagnóstico da EM: Ramon inicia o tratamento para a EM/ Ramon apresenta um quadro de isolamento (ficar deitado na cama / não responder quando a esposa o chama / passar semanas sem sair do quarto).	Esquiva experiencial	Aceitação

A aceitação e a esquiva experiencial são processos dinâmicos, não estáticos, um movimento contínuo. Este movimento é visível quando Ramon se recusa a conversar com os amigos sobre a EM e em seguida dá início ao tratamento e, logo depois, se isola novamente.

A aceitação na ACT é baseada na regra geral de que quando tentamos nos livrar da dor a tendência é que ela se amplie e nos envolva cada vez mais e se transforme em algo traumático (Hayes & Smith, 2022). Esta é justamente a consequência da esquiva

experiencial, ampliar o sofrimento. Por sua vez, a ACT propõe olhar para a sua dor ao invés de ver o mundo pelo ponto de vista da sua dor (Hayes et al., 2022). Esta proposta implica no fortalecimento do eu como contexto, conduzindo a percepção que “eu sou onde a dor ocorre, mas não sou a dor”, impactando, também, no processo de desfusão.

Análise da Cena 04

A Tabela 4 apresenta a análise da Cena 4, na qual o Ramon tenta andar 100 metros e não consegue.

Tabela 4. Cena 04. (32 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon tenta andar 100 metros e não consegue; Ramon é questionado pelo filho “você nunca irá sarar?”, “isso também vai acontecer comigo?” ao que responde “todos os super heróis tem um ponto fraco” e cita o ponto fraco do personagem iron man, o homem de ferro / Ramon retoma o desafio de caminhar cem metros	Desfusão	Ações de compromisso

Relacionar a EM com um ponto fraco de um super herói pode ser uma estratégia de desfusão, pois fisicalizar ou nomear uma emoção, pensamento ou situação pode ajudar a notar o evento interno sem se prender a ele. Outras técnicas similares sugeridas por Russ Harris (2011) são dar um nome a história, pensamentos musicados, ou acrescentar a frase “estou tendo um pensamento que”. É comum adicionar humor às intervenções de desfusão, pois auxilia o cliente a se relacionar com seus pensamentos como eles são, apenas pensamentos. É importante considerar, no entanto, que a desfusão como procedimento deve ser implementada de modo a não banalizar ou ridicularizar problemas genuínos.

Uma vez que a desfusão ocorre, é possível canalizar a atenção e a energia para atividades valorosas (Harris, 2011), como foi observado nesta cena em

que mesmo com tentativas mal sucedidas de andar cem metros, o protagonista continuou tentando. Neste sentido, a desfusão pode ter impulsionado as ações de compromisso de Ramon. Uma vida rica e significativa é criada a partir de ações. Mas não se trata de qualquer ação. A vida plena acontece pela ação eficaz, orientada e motivada pelos valores. Particularmente, ela acontece por força de uma ação comprometida: empreendida repetidas vezes, não importando quantas vezes falhe ou desvie do rumo (Harris, 2011). Ressalta-se que o compromisso é essencialmente um ato momento a momento (Blackledge, 2015)

Análise da Cena 05

A Tabela 5 apresenta a análise da Cena 5, na qual o Ramon matricula-se na academia.

Tabela 5. Cena 05. (39 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon matricula-se na academia: Vê um panfleto sobre o IronMan / Comunica a esposa “você queria que eu me exercitasse, agora eu serei um IronMan” / Inicia uma rotina de treinos físicos / Rotina de hábitos saudáveis (Alimentação saudável / Não beber vinho)	Ações de compromisso	Valores

As ações de compromisso de Ramon são observadas a partir de comportamentos graduais, começando com pequenos passos, sempre iniciando do mais fácil, além de oscilar entre o sucesso das ações e o fracasso. É visível como os processos são interligados, pois a conexão com os valores naturalmente influenciou para o início e manutenção de comportamentos significativos, que contribuiu no processo de aceitação (das limitações e das incertezas oriundas da EM).

Definir o que é importante para você e escolher efetivamente seguir essa direção é a razão final da ACT. Ainda que as práticas e os exercícios de desfusão, mindfulness e aceitação sejam úteis por si só, elas serão superficiais se não forem usadas a serviço de viver uma vida significativa (Hayes et al., 2022). Viver uma vida significativa é ter comportamentos compatíveis com os próprios valores. Valores definem não somente como você quer ser no dia a dia, mas sobre o que você quer que sua vida seja. De certa forma, o que está em jogo aqui não é uma questão de vida ou morte, mas a dife-

rença entre uma vida vital ou uma vida amortecida (Hayes et al., 2022).

Ramon alcançou a meta de correr os 100 metros. Supondo que o valor do protagonista era “desafiar-se”, ele continuou nesta direção mesmo após concluir este objetivo (“correr 100 metros”) e quando precisou mudar a meta como descrito na cena 08, na qual ele estava avançando nos treinos, mas foi forçado a pausá-los e a fazer uma reabilitação motora. Vale ressaltar que valores não são sentimentos, não são resultados, não significa que nossos caminhos serão sempre retos, valores não estão no futuro (Hayes et al., 2022), estão no aqui e no agora, no que você pode fazer no momento presente, mesmo na presença das limitações que a vida nos impõe.

Vale a pena lembrar que os valores são diferentes dos objetivos. Um valor é uma direção – uma *qualidade* de ação. Por definição, os valores não podem ser adquiridos e mantidos em um estado estático – eles devem ser vividos (Hayes et al., 2021), enquanto os objetivos são mais concretos e suscetíveis à saciação (Saban, 2015), por exemplo, andar 100 metros.

Análise da Cena 06

A Tabela 6 apresenta a análise da Cena 6, na qual o Ramon está na clínica de tratamento de EM.

Tabela 6. Cena 06. (55 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon na clínica de tratamento: Incentiva uma novata a lidar melhor com a doença/ Repete a frase que um colega sempre mencionava "esta doença é como ter uma péssima parceira de dança, tem que prestar atenção para que ela não pise muito no seu pé".	Aceitação Valores Ações de compromisso	Atenção Flexível Desfusão Self como contexto

Conjectura-se que nesta cena estão presentes os seis processos da flexibilidade psicológica. Supõem-se que há aceitação e ações de compromisso quando Ramon dá continuidade ao tratamento e self como contexto por não restringir o seu autoconceito a um diagnóstico. Com isso, ele incentiva e aconselha uma nova paciente com EM a lidar com a doença como se fossem parceiras de danças. Neste ponto, acredita-se que há uma desfusão de pensamentos como “pessoas com EM são apenas um diagnóstico/são inúteis”, conexão com os valores, que para Ramon pode ser “se cuidar” (por isso a continuidade com o tratamento) e “ser empático/ajudar pessoas com EM” (por isso o conselho) e, conseqüentemente, ao ter esses comportamentos ele está tendo ações de compromisso. No momento da interação entre Ramon e a outra personagem, acredita-se que há uma atenção flexível ao notar as experiências internas e externas (inclusive as expressões faciais da personagem que denotavam dor).

Viver a flexibilidade psicológica, ao exercitar cada um dos seus seis processos, nos proporciona as ferramentas que precisamos para fazer escolhas vitais, significativas e inspiradoras para nós mesmos. A flexibilidade nos dá a capacidade real de viver a serviço dos valores que escolhemos. Isso não significa que as circunstâncias permitirão necessariamente que alcançaremos todos os nossos objetivos; isso não é uma garantia quanto aos resultados.

E isso também não significa que temos todas as habilidades necessárias para alcançar os propósitos estabelecidos. Mas significa que temos o que precisamos para escolher uma direção. Ao escolhermos os nossos valores, o próximo passo é começar a andar nessa direção. Isso é praticamente um processo de quatro etapas que se repete infinitamente: entrar em contato com os próprios valores, desenvolver metas que te moverão a uma direção valorizada, implementar ações específicas que te permitirão alcançar seus objetivos e entrar em contato e trabalhar com barreiras internas que vão contra a ação (Hayes et al., 2022).

Ramon não tinha garantia de que conseguiria alcançar a meta de correr 100 metros. Ele tentou. Falhou. Persistiu. Progrediu. Logrou êxito. O êxito outrora alcançado não era (e nunca será) garantia de vitórias futuras. E esta incerteza é mágica, uma vez que se não é necessário ter uma garantia de sucesso, podemos usufruir da liberdade de apenas escolher viver a vida de acordo com os nossos valores. A única certeza é a impermanência da vida e o protagonista, ao aceitar essa premissa, se conectou com os valores a ponto de transbordar e inspirar outras pessoas, como descrito nesta cena.

Análise da Cena 07

A Tabela 7 apresenta a análise da Cena 7, na qual o Ramon comenta sobre planejamentos de rotina.

Tabela 7. Cena 07. (1 hora e 3 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon comenta "antes eu tinha tudo planejado, mas agora não posso mais fazer planos". Posteriormente, há cenas dele nadando, dançando com a esposa, dando continuidade ao tratamento com aplicações venosas e consultas médicas, e encorajando o sogro a voltar a pedalar e a se envolver em um novo relacionamento.	Atenção plena Ações de compromisso	Aceitação Valores

Constata-se os processos de atenção ao presente momento e a aceitação, ao reconhecer as limitações atuais. E conexão com os valores e ações de compromisso, ao se engajar em comportamentos significativos para ele, como os momentos com a esposa/ nadar/tratamento médico.

A atenção plena neste filme não se caracteriza como uma meditação formal, nem com os exercícios com o foco na respiração. O estar presente no longa-metragem é a postura de voltar à atenção deliberadamente aos eventos privados e ao que é importante, ao que está acontecendo aqui e agora, observando os julgamentos que a mente pode apresentar e fazer escolhas orientadas pelos valores. Desta forma, quando Ramon pratica a atenção plena ao se permitir notar os eventos internos, inclusive os desconfortáveis, como o pensamento (“eu tinha tudo planejado, mas agora não posso mais fazer planos”) ele entra em contato com esta experiência interna e com as emoções (como tristeza), essa postura pode favorecer a uma abertura e aceitação do que está surgindo dentro dele. Essa

abertura permite que além de perceber o que dói, ele também consiga notar o que é importante, o seu valor e, com isso, ter ações valorosas.

Acredita-se que, de certa forma, sempre há um pouco de aceitação incluído em qualquer exercício de atenção plena (Hayes et al., 2021). O uso das práticas de mindfulness no contexto de pensamentos e emoções difíceis pode facilitar a aceitação e ajudar o cliente a notar o que mais está presente mesmo quando fortes emoções são sentidas. Mesmo que a atenção plena contribua para o processo de aceitação é indispensável frisar que estes processos não se tratam de uma “receita de bolo” em que a mera repetição leva ao mesmo resultado sempre. Esses processos são contextuais, no caso do filme, a atenção plena funciona a favor da aceitação e conexão com os valores, em outros casos, a atenção plena pode estar a serviço da esquiva experiencial.

Análise da Cena 08

A Tabela 8 apresenta a análise da Cena 1, na qual o Ramon tem uma crise da EM.

Tabela 8. Cena 08. (1 hora e 25 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon tem uma crise da EM durante um treino de natação/ Ramon inicia uma reabilitação motora / Ramon apresenta comportamentos de isolamento (passando a maior parte do tempo no quarto)	Esquiva experiencial	Inação na direção dos valores

Os comportamentos que Ramon emite de isolamento, como passar a maior parte do tempo no quarto, tanto pode exemplificar a esquiva experiencial (ele está tentando “não sentir” a possível frustração ou tristeza em virtude da crise da EM), como também condiz com o processo de inação na direção dos valores (estes comportamentos não o aproximam dos próprios valores).

É importante validar a dor que as pessoas com EM experimentam, especialmente quando há novos surtos da doença, que podem ocasionar consequências irreversíveis, como limitações motoras. Igualmente, vale lembrar que mesmo que alguém pudesse se esconder no próprio quarto e ficasse lá o dia inteiro, todos os dias, provavelmente não conseguiria se livrar de emoções indesejadas. Alguma coisa o incomodaria. Não existe nada que nos pro-

teja efetivamente de sentimentos perturbadores (Lilis & Weineland, 2016).

Por sua vez, a aceitação não consiste em simplesmente se dispor a entrar em contato com pensamentos, memórias e emoções consideradas negativas, mas tem a importante função de contribuir para a identificação e conexão com os valores (Hayes et al., 2003). Portanto, a ACT também visa ajudar os pacientes com EM a aceitar a dor psicológica e manter suas vidas alinhadas com seus valores pessoais, apesar da presença de sintomas algumas vezes irreversíveis (Shameli & Davodi, 2021).

Análise da Cena 09

A Tabela 9 apresenta a análise da Cena 9, na qual o Ramon retoma a prática de atividades físicas.

Tabela 9. Cena 09. (1 hora e 28 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon retoma a prática de exercícios físicos/ Se inscreve para participar da prova IronMan.	Aceitação Ações de compromisso	Valores

Quando Ramon aceita que as limitações e os surtos não estão sob o seu controle, ele pode direcionar a atenção e as ações ao que realmente importa para ele, que é o desafio de treinar para a prova do IronMan. Vale destacar que recomeçar após as crises de EM é um ato de aceitação e que ao retomar os exercícios, ele começa com pequenos objetivos até evoluir para os níveis dos treinos anteriormente alcançados. Dando um passo de cada vez, mesmo na presença de dificuldades físicas, Ramón ilustra como a aceitação está a serviço dos valores. Os valores são reforçadores poderosos o suficiente para manter os comportamentos mesmo nas adversidades. Deste modo, a aceitação não tem a finalidade em si, aceitar por aceitar, mas, para a ACT, deve estar sempre relacionado aos valores.

A aceitação é um processo permanente. Trabalhar a abertura não quer dizer que haverá um

dia em que a fusão nunca mais acontecerá, pelo contrário, a aceitação é uma postura e uma escolha a cada momento, a cada circunstância desafiadora, pois ninguém está livre de dificuldades futuras (Walser, 2019). Essencialmente, a aceitação revela a forma como nos relacionamos com o que acontece no nosso mundo interno, é a disposição em abandonar as tentativas de controlar os pensamentos e sentimentos, a fim de se abrir a todo o leque de experiências humanas e ao nosso próprio potencial. Isso pode parecer desafiante, mas é um pré-requisito para a conexão com os valores e com as ações que conduz a uma vida que vale a pena viver (Lilis & Weineland, 2016).

Análise da Cena 10

A Tabela 10 apresenta a análise da Cena 10, na qual o Ramon conclui a prova de IronMan

Tabela 10. Cena 10. (1 hora e 29 minutos)

Comportamentos	Processos da flexibilidade e inflexibilidade psicológica	Processos Subjacentes
Ramon participa e conclui a prova do IronMan	Ações de compromisso	Valores

O final do filme revela que a pessoa que inspirou esta história concluiu a prova do IronMan, 4 maratonas, 8 triatlons olímpicos, 5 meios-IronMan e 16 meias-maratonas. Ele passou três anos sem recaídas, mas depois elas voltaram. Para Robyn Walser (2019) o desconforto precede o crescimento. Diante da situação que possivelmente foi mais desafiadora na vida de Ramon, ele foi capaz de engajar-se no que provavelmente foi o maior desafio físico de sua vida até aquele momento.

As ações de compromisso orientam nossas vidas para um conjunto de aspirações maiores ligadas à criação de significado pessoal, aos nossos valores (Walser, 2019). Os valores são mais profundos do que um único objetivo ou um conjunto de ob-

jetivos, mesmo que estes estejam relacionados aos nossos valores. Quando cumprimos um objetivo ou um conjunto deles, os nossos valores permanecem e continuam a nos orientar na construção de uma vida que valha a pena viver.

Neste sentido, a consciência é um componente importante - embora não seja o único - que favorece a clareza das escolhas. Se estou ciente, posso fazer escolhas conforme os meus valores (Walser, 2019). Além disso, quando nos conectamos com a vida vivida, nos tornamos conscientes das realidades que ela contém - é repleta de lutas e repleta de maravilhas (Walser, 2019).

Quando Ramon acolhe o imprevisível oriundo da EM e escolhe se desafiar, dedicando-se ao

IronMan, ele demonstra a flexibilidade psicológica. Isto não quer dizer que ele está isento da dor, pois o sofrimento que a fusão e a esquivas experiencial trazem não está errado e não é algo que pode ser consertado de maneira a nunca mais acontecer. A flexibilidade psicológica poderia redirecionar esses processos gentil e lentamente para que a vida com o diagnóstico de EM a médio prazo se torne menos fusionada e mais aprazível.

O desenvolvimento de uma vida plena nunca para. Sempre há algo a ser feito. Não há chegada. Sempre há um novo momento, uma nova compreensão ou percepção, uma ação a ser tomada (Walser, 2019).

Considerações finais

Este artigo analisou o filme “100 metros” utilizando a perspectiva do Hexaflex da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica da Terapia de Aceitação e Compromisso. Identificou-se os seis processos da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica. Pesquisas anteriores sugeriram que a ACT ajuda as pessoas com esclerose múltipla (EM) a aceitarem a doença e a se libertarem de pensamentos passados e futuros que carregam lamentos e preocupações (Shameli & Davodi, 2021).

Para Oliva e colaboradores (2010), o uso de filmes no âmbito terapêutico tem diversas vantagens como ser de fácil adesão para o cliente, promover a reformulação de significados, estimular o alcance de novas e diferentes perspectivas, fornecer modelos comportamentais, evocar emoções, além de sincronizar as experiências do terapeuta e cliente e contribuir para a generalização do conteúdo aprendido. Este artigo proporciona que pessoas interessadas na abordagem da ACT compreendam, com as ilustrações dos exemplos, como os processos ocorrem e se relacionam entre si, além de ser útil na sugestão para pacientes e familiares de pessoas com EM. Recomenda-se, também, este estudo para clientes que apresentam esquivas experiencial. Como limitação elenca-se que a análise deste filme é uma suposição de como a terapia baseada na ACT poderia ter auxiliado o protagonista, não podendo oferecer uma garantia de êxito.

Referencias

- Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing, and supporting change in your client*. New Harbinger Publications.
- Dehghani Bidgoli, T., Mahdian, H., & Shakiba, A. (2022). Comparing the effectiveness of emotion regulation training and acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological pain in patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of Research in Psychopathology*, 3(7).
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications.
- Harris, R. (2011). *Liberte-se: Evitando as armadilhas da procura da felicidade*. Agir.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2012). Contextualism: The world view of behavioral Science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 39-54. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.001>

- Hayes, L. L., & Ciarrochi, J. V. (2015). *The thriving adolescent: Using Acceptance and Commitment Therapy and Positive Psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C., Strosahl, & K.D. Wilson. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso o processo e a prática de mudança consciente*. ArtMed.
- Hayes, S.C., & Smith, S. (2022). *Saia da sua mente e entre na sua vida a nova terapia de aceitação e compromisso*. Sinopsy
- Kabat-Zinn, J. (2017). *Atenção plena para iniciantes: Usando a prática de mindfulness para acalmar a mente e desenvolver o foco no momento presente*. Sextante.
- Karimi, M., Thani, F. N., Naqsh, Z., & Ghazaghi, T. (2022). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Enhancing Resiliency and Quality of Life Among Multiple Sclerosis Patients: A Randomized Clinical Trial Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.107467>
- Lilis, J. Dahl, & J. Weineland, S.M. (2016). *A armadilha das dietas aprenda a lidar com suas emoções e acabe com a batalha contra a balança*. Cultrix.
- Lucena-Santos, P. Pinto-Gouveia, & J. Oliveira, M.S. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração guia para profissionais*. Sinopsys.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2022). *Aprendendo ACT manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. Sinopsys.
- Marez-Oyens, I., Bol, Y., van Heugten, C. M., Geschwind, N., & Winkens, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy for People with Multiple Sclerosis: A Non-Concurrent Multiple Baselines Design. *Neurology and Neurobiology*, 3(2), 1-10. <https://doi.org/10.31487/j.nnb.2020.02.13>
- Multiple Sclerosis International Federation. (2019). What is MS? Accessed from <https://www.msif.org/about-ms/what-is-ms/>
- Oliva, V. H. S, Vianna, A; & Neto, F. L. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(3), 138-144. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000300008>
- Pouyanfard, S., Mohammadpour, M., ParviziFard, A. A., & Sadeghi, K. (2020). Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42, 55-63. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0105>
- Saban, M.T. (2015). *Introdução a terapia de aceitação e compromisso*. Artesã.
- Santos, P.L., Carvalho, S.A., Pinto-Gouveia, J., Oliveira, M.S., & Pistorello, J. (2023). *Manual Internacional de terapia de aceitação e compromisso*. Fenix Sefarad.
- Shameli, L., & Davodi, M. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Reducing Interference and Improving Verbal and Visual Working Memory in Patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(1), 14-19.
- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206. <https://doi.org/10.7224/1537-2073-12.4.200>
- Walser, R. D. (2019). *The heart of ACT: Developing a flexible, process-based, and client-centered practice using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Williams, M., & Penman, D. (2015). *Atenção plena-Mindfulness: Como encontrar a paz em um mundo frenético*. Sextante.

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 26/08/2025