

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**ANTÔNIO GABRIEL ARAÚJO PIMENTEL DE MEDEIROS**

**TESE DE DOUTORADO**

**FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA EM IDOSOS: UMA PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO *ON-LINE* EM GRUPO**

**RECIFE, OUTUBRO DE 2023**

**ANTÔNIO GABRIEL ARAÚJO PIMENTEL DE MEDEIROS**

**FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA EM IDOSOS: UMA PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO *ON-LINE* EM GRUPO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, na linha de pesquisa Família, Interação Social e Saúde, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely de Melo Santana

**RECIFE, OUTUBRO DE 2023**

M488f Medeiros, Antônio Gabriel Araújo Pimentel de  
Flexibilidade psicológica em idosos : uma  
proposta de intervenção on-line em grupo / Antônio  
Gabriel Araújo Pimentel de Medeiros, 2023.  
186 f. : il.

Orientadora: Suely de Melo Santana  
Tese (Doutorado) – Universidade Católica de  
Pernambuco. Programa de Pós-graduação em  
Psicologia Clínica. Doutorado em Psicologia  
Clínica, 2023.

1. Psicologia cognitiva. 2. Idosos - Psicologia.  
3. Terapia cognitiva - Inovações tecnológicas.  
4. Psicologia clínica. 5. Internet na Psicoterapia.  
I. Título.

CDU 159.9

Luciana Vidal - CRB-4/1338

CDU 159.9

Luciana Vidal - CRB-4/1338

**ANTÔNIO GABRIEL ARAÚJO PIMENTEL DE MEDEIROS**

**FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA EM IDOSOS: UMA PROPOSTA DE  
INTERVENÇÃO ON-LINE EM GRUPO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco e aprovada após arguição da banca examinadora, como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor em Psicologia Clínica.

Data da defesa pública: 20/10/2023

**BANCA EXAMINADORA**

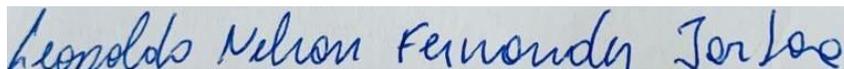


Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely de Melo Santana (Orientadora e Presidente da Banca)  
Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP



Prof. Dr. José Antônio Spencer Hartmann Júnior  
Universidade de Pernambuco – UPE

Prof. Dr. José Antônio Spencer Hartmann Júnior (1<sup>a</sup> Titular Externo)  
Universidade de Pernambuco – UPE



Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (2<sup>a</sup> Titular Externo)  
Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cirlene Francisca Sales (1<sup>a</sup> Titular Interna)  
Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP



Prof. Dr. Tailson Evangelista Mariano (2<sup>a</sup> Titular Interno)  
Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Bola de meia, bola de gude  
O solidário não quer solidão  
Toda vez que a tristeza me alcança  
O menino me dá a mão  
Há um menino  
Há um moleque  
Morando sempre no meu coração  
Toda vez que o adulto fraqueja  
Ele vem pra me dar a mão

(Bola de Meia, Bola de Gude – Fernando Brant e Milton Nascimento)

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus cinco avós: Solange, Raquel (*in memorian*), Ester (*in memorian*), Gentil (*in memorian*) e Carlos (*in memorian*)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à minha companheira, Daniela Batista, que navega comigo no mesmo barco e no mesmo mar, pela rara postura de apoio e compreensão incondicionais.

À minha mãe, Valéria Araújo, pela autoridade exercida em parceria com a liberdade. A disciplina e a autonomia só são conquistadas quando se é livre. Este agradecimento se estende a todos os meus familiares, em especial ao meu pai, Antônio Eduardo, meu irmão Carlos Eduardo, minha avó Solange Medeiros, e meus sogros, Cleide e Daniel Batista.

À minha orientadora, Suely Santana, por aceitar este desafio e trilha-lo comigo ao longo de quatro longos anos, enfrentando a pandemia da Covid-19, e seguindo firme ao meu lado.

Ao professor Luiz Evandro, pelo acompanhamento no estágio de docência, no qual pude experienciar a riqueza do ensino com doçura e rigor.

Aos meus amigos, em especial Osana Alexia, Davi Ítalo e Pedro Carvalho, pelo apoio prestado e pelo carinho e afeto dispensados.

Aos meus professores, em especial Claudimara Chisté e Spencer Júnior, que plantaram em mim a semente da pesquisa, do rigor e da paixão pela ciência, filosofia e todo e qualquer conhecimento que floresce o mundo.

Por fim, agradeço aos participantes que se dispuseram a contribuir não só com a minha titulação, mas com todo um campo de conhecimento mais importante que qualquer nome ou ego. A vocês minha eterna gratidão e admiração!

## RESUMO

Medeiros, A. G. A. P. (2023). *Flexibilidade Psicológica em Idosos: uma proposta de intervenção on-line em grupo* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de Pernambuco.

O presente estudo investigou os efeitos de uma intervenção em grupo, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para a flexibilidade psicológica de pessoas idosas, tendo como hipótese a sua contribuição para o desenvolvimento deste processo. Este foi um estudo misto, com delineamento quase-experimental e descritivo e qualitativo, com uma população de 10 pessoas idosas com idades entre 66 e 73 anos. Para participação na pesquisa, respondeu-se a um Questionário Biossociodemográfico, ao Mini-Exame do Estado Mental e à Escala de Depressão Geriátrica Adaptada. Os selecionados foram divididos em dois grupos com cinco integrantes cada e então ingressaram em um Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica com dez encontros. Foram realizados pré-teste, pós-teste e *follow-up* de três meses, sendo utilizados o Questionário de Aceitação e Ação Comprometida (AAQ-II) e o Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7). Ao final dos encontros, oito dos 10 participantes aceitaram responder a uma Entrevista Semiestruturada com seis itens. Para a análise quantitativa, foram realizadas Anovas de Friedman e testes *post hoc* Wilcoxon Signed Ranks para investigar as diferenças temporais nos níveis da AAQ-II e CFQ-7 entre os três períodos avaliados ( $p < 0,05$ ). Também foram realizados testes de correlação de Kendall tau-*b* com as duas medidas. Uma análise de conteúdo temática foi utilizada na compreensão de núcleos temáticos dos relatos dos participantes sobre as suas experiências com a intervenção. Os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $\chi^2(2) = 10,7; p = 0,005$ ). Mais especificamente, houve diferenças entre os tempos 1 e 2 ( $p = 0,010$ ; tamanho do efeito = 0,81) e entre os tempos 1 e 3 ( $p = 0,005$ ; tamanho do efeito = 0,88). Foram encontradas correlações positivas nos tempos 2 ( $\tau = 0,707, p < 0,01$ ) 3 ( $\tau = 0,847, p = 0,001$ ). A análise de conteúdo resultou em três núcleos de sentido e cinco categorias: Ganhos (ganhos percebidos, troca de experiências, aprendizagem conceitual e autonomia), Protocolo de Intervenção (sugestões, dificuldades e intervenção), e TDICs. Os resultados apontam que houve aumento da flexibilidade psicológica a partir do aumento nos níveis de aceitação e ação comprometida e fusão cognitiva. Em consonância com o modelo ACT, a correlação positiva encontrada entre os instrumentos sugere a influência mútua entre os processos de flexibilidade psicológica do modelo. As entrevistas levantaram qualitativamente os ganhos percebidos nas testagens, bem como a experiência *on-line* e sugestões e dificuldades apresentadas pelos participantes. Os trechos analisados apontaram satisfação geral com a intervenção, levando à ganhos percebidos pelos participantes, bem como trocas de experiências, inserção digital e percepção de ações autônomas. Em conclusão, considera-se que o objetivo fora alcançado, apresentando limitações para generalização dos dados e importantes apontamentos para pesquisas futuras, nas quais o levantamento de evidências a partir de pesquisas experimentais focadas em desfechos específicos, sejam processos gerais de intervenções clínicas ou particulares de uma abordagem, como os de flexibilidade psicológica, pode gerar maior segurança para o trabalho de profissionais de psicologia nos próximos anos.

**Palavras-chave:** Terapia de Aceitação e Compromisso, Pessoas Idosas, Intervenção em Grupo, Intervenção *On-line*, Flexibilidade Psicológica, Psicoterapias Cognitivas.

## ABSTRACT

Medeiros, A. G. A. P. (2023). *Flexibilidade Psicológica em Idosos: uma proposta de intervenção on-line em grupo* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de Pernambuco.

The present study investigated the effects of a group intervention, based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), on the psychological flexibility of elderly people, hypothesizing its contribution to the development of this process. We chose a mixed study, with a quasi-experimental and descriptive and qualitative design, with a population of 10 elderly people aged between 66 and 73 years. To participate in the research, a Bio-Sociodemographic Questionnaire, the Mini Mental State Examination and the Adapted Geriatric Depression Scale were completed. Those selected were divided into two groups with five members each and then entered a Group Intervention Protocol for Psychological Flexibility with ten meetings. A pre-test, post-test and three-month follow-up were carried out, using the Acceptance and Committed Action Questionnaire (AAQ-II) and the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7). At the end of the meetings, eight of the 10 participants agreed to respond to a Semi-structured Interview with six items. For quantitative analysis, Friedman ANOVAs and Wilcoxon Signed Ranks *post hoc* were performed to investigate temporal differences in AAQ-II and CFQ-7 levels between the three periods evaluated ( $p < 0.05$ ). Kendall tau-b correlation tests were also performed with the two measurements. A thematic content analysis was used to understand the thematic cores of participants' reports about their experiences with the intervention. The results indicated a statistically significant difference between the groups ( $\chi^2(2) = 10.7$ ;  $p = 0.005$ ). More specifically, there were differences between times 1 and 2 ( $p = 0.010$ ; effect size = 0.81) and between times 1 and 3 ( $p = 0.005$ ; effect size = 0.88). Positive correlations were found at times 2 ( $\tau = 0.707$ ,  $p < 0.01$ ) 3 ( $\tau = 0.847$ ,  $p = 0.001$ ). The content analysis resulted in three meaning cores and five categories: Gains (perceived gains, exchange of experiences, conceptual learning and autonomy), Intervention Protocol (suggestions, difficulties and intervention), and TDICs. The results indicate that there was an increase in psychological flexibility from the increase in levels of acceptance and committed action and cognitive fusion. In line with the ACT model, the positive correlation found between the instruments suggests the mutual influence between the model's psychological flexibility processes. The interviews qualitatively surveyed the gains perceived in the testing, as well as the online experience and suggestions and difficulties presented by the participants. The excerpts analyzed showed general satisfaction with the intervention, leading to gains perceived by the participants, as well as exchanges of experiences, digital insertion and perception of autonomous actions. In conclusion, it is considered that the objective was achieved, presenting limitations for the generalization of data and important notes for future research, in which the collection of evidence from experimental research focused on specific outcomes, whether general processes of clinical interventions or particular processes of an approach, such as psychological flexibility, can generate greater job security for psychology professionals for the next years.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Elderly, Group Intervention, Online Intervention, Psychological Flexibility, Cognitive Psychotherapies.

## RESUMEN

Medeiros, A. G. A. P. (2023). *Flexibilidade Psicológica em Idosos: uma proposta de intervenção on-line em grupo* (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de Pernambuco.

El presente estudio investigó los efectos de una intervención grupal, basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), sobre la flexibilidad psicológica de las personas mayores, planteando la hipótesis de su contribución al desarrollo de este proceso. Se optó por un estudio mixto, con diseño cuasiexperimental y descriptivo y cualitativo, con una población de 10 ancianos con edades entre 66 y 73 años. Para participar de la investigación se completó un Cuestionario Biosociodemográfico, el Mini-Examen del Estado Mental y la Escala de Depresión Geriátrica Adaptada. Los seleccionados fueron divididos en dos grupos de cinco integrantes cada uno y luego ingresaron a un Protocolo de Intervención Grupal para la Flexibilidad Psicológica con diez reuniones. Se realizó un pretest, postest y seguimiento a tres meses, utilizando el Cuestionario de Aceptación y Acción Comprometida (AAQ-II) y el Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ-7). Al final de las reuniones, ocho de los 10 participantes acordaron responder a una Entrevista Semiestructurada con seis ítems. Para el análisis cuantitativo, se realizaron ANOVA de rangos con signo de Friedman y *Wilcoxon post hoc* para investigar las diferencias temporales en los niveles de AAQ-II y CFQ-7 entre los tres períodos evaluados ( $p < 0,05$ ). También se realizaron pruebas de correlación Kendall tau-b con las dos mediciones. Se utilizó un análisis de contenido temático para comprender los núcleos temáticos de los informes de los participantes sobre sus experiencias con la intervención. Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ( $\chi^2(2) = 10,7; p = 0,005$ ). Más específicamente, hubo diferencias entre los tiempos 1 y 2 ( $p = 0,010$ ; tamaño del efecto = 0,81) y entre los tiempos 1 y 3 ( $p = 0,005$ ; tamaño del efecto = 0,88). Se encontraron correlaciones positivas en los tiempos 2 ( $\tau = 0,707, p < 0,01$ ) 3 ( $\tau = 0,847, p = 0,001$ ). El análisis de contenido resultó en tres núcleos de significado y cinco categorías: Ganancias (ganancias percibidas, intercambio de experiencias, aprendizaje conceptual y autonomía), Protocolo de Intervención (sugerencias, dificultades e intervención) y TDIC. Los resultados indican que hubo un aumento en la flexibilidad psicológica a partir del aumento en los niveles de aceptación y acción comprometida y fusión cognitiva. En línea con el modelo ACT, la correlación positiva encontrada entre los instrumentos sugiere la influencia mutua entre los procesos de flexibilidad psicológica del modelo. Las entrevistas examinaron cualitativamente los beneficios percibidos en las pruebas, así como la experiencia en línea y las sugerencias y dificultades presentadas por los participantes. Los extractos analizados mostraron satisfacción general con la intervención, generando ganancias percibidas por los participantes, así como intercambios de experiencias, inserción digital y percepción de acciones autónomas. En conclusión, se considera que se logró el objetivo, presentando limitaciones para la generalización de datos y notas importantes para futuras investigaciones, en las que la recolección de evidencia de investigaciones experimentales se centró en resultados específicos, ya sean procesos generales de intervenciones clínicas o procesos particulares de Un enfoque, como la flexibilidad psicológica, puede generar una mayor seguridad laboral para los profesionales de la psicología en los próximos años.

**Palabras clave:** Terapia de Aceptación y Compromiso, Ancianos, Intervención grupal, Intervención en Línea, Flexibilidad Psicológica, Psicoterapias cognitivas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Modelo de psicopatologia ACT

**Figura 2** – Hexagrama de inflexibilidade psicológica

**Figura 3** – Modelo de enfrentamento a psicopatologia

**Figura 4** – Hexagrama de flexibilidade psicológica

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

**Quadro 1** – Alterações normativas do envelhecimento humano

**Quadro 2** – Dimensões contextuais

**Quadro 3** – Competências clínicas para o atendimento a pessoas idosas

**Quadro 4** – Intervenções baseadas em evidências para pessoas idosas

**Quadro 5** – Indicações para a pesquisa e prática em ACT com pessoas idosas

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos participantes

**Tabela 2** – Dados autorrelatados sobre saúde física e mental

**Tabela 3** – Resultados do teste de diferença nos níveis de aceitação e ação comprometida antes (pré-teste), após a intervenção (pós-teste) e *follow-up*

**Tabela 4** – Resultados do teste de diferença nos níveis de fusão/desfusão cognitiva antes (pré-teste), após a intervenção (pós-teste) e *follow-up*

**Tabela 5** – Resultado do teste de correlação de Kendall tau-*b* para aceitação e ação comprometida e fusão/desfusão cognitiva

**Tabela 6** – Núcleos temáticos e categorias de sentido

## LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

AAQ-II – Questionário de Aceitação e Ação Comprometida  
ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso  
APA – Associação Americana de Psicologia  
APA – Associação Americana de Psiquiatria  
BASE – *Berlin Aging Study*  
CF – Contextualismo Funcional  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CoPGTP – *The Council of Professional Geropsychology Training Programs*  
DP – Desvio Padrão.  
DSM – Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais  
EDG-15 – Escala de Depressão Geriátrica  
GAI – Inventário de Ansiedade Geriátrica  
iACT - *Internet-based Acceptance and Commitment Therapy*  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciária  
LGBTQIAP+ – Lésbicas, Gays, Transexuais, Transgêneros, Travestis, *Queer*, Intersexos, Assexuais e Pansexuais  
MBSR – Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness  
MEEM – Mini-Exame do Estado Mental  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PNS – Política Nacional de Saúde do Idoso  
RDoC – *Research Domain Criteria*  
RFT – Teoria das Molduras Relacionais  
SAI – Serviço de Atenção à Pessoa Idosa  
SICC – Serviço Integrado Cognitivo-Comportamental  
SOC – Teoria da Seleção, Otimização e Compensação  
TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada  
TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental  
TCCi – Terapia Cognitivo-Comportamental mediada por internet  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo  
TDICs – Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação

TPB – Terapia Baseada em Processos

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Group*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Group Old*

## SUMÁRIO

<b>INTRDODUÇÃO</b>	15
<b>CAPÍTULO 1 - VISÃO GERAL DO ENVELHECIMENTO HUMANO E SEU ATUAL CENÁRIO NO BRASIL</b>	18
<b>CAPÍTULO 2 - TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO: UMA PROPOSTA PARA A FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA</b>	35
<b>CAPÍTULO 3 - PARADIGMA DE DESENVOLVIMENTO AO LONGO DA VIDA: CONSTRUINDO UM DIÁLOGO</b>	64
<b>CAPÍTULO 4 - A TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COM PESSOAS IDOSAS: ACHADOS, DESAFIOS E APONTAMENTOS</b>	88
<b>CAPÍTULO 5 - OBJETIVOS</b>	119
5.1 OBJETIVO GERAL	119
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	119
<b>CAPÍTULO 6 - MÉTODO</b>	120
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	120
6.2 PARTICIPANTES	120
6.3 INSTRUMENTOS	120
<b>6.3.1 Instrumentos de triagem (fase 1)</b>	120
6.3.1.1 Questionário Biossociodemográfico	120
6.3.1.2 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado	121
6.3.1.3 Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) adaptada	122
<b>6.3.2 Instrumentos de coleta dados (fases 2 e 3)</b>	122
6.3.2.1 Questionário de Aceitação e Ação Comprometida (AAQ-II)	122
6.3.2.2 Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7)	123
6.3.2.3 Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica	123
6.3.2.4 Entrevista Semiestruturada	124
6.4 PROCEDIMENTOS	124
<b>6.4.1 Fase 1 – Triagem</b>	126
<b>6.4.2 Fase 2 – Intervenção</b>	126
<b>6.4.3 Fase 3 - follow-up</b>	127
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	127
<b>CAPÍTULO 7 - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	130
<b>CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	158
<b>REFERÊNCIAS</b>	161
<b>APÊNDICES</b>	178
<b>ANEXOS</b>	183

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como ponto de partida e justificativa as demandas que advém do fenômeno do envelhecimento populacional. Já em curso, e com estimativas de que em até quatro décadas o número total de pessoas idosas no mundo atinja aproximadamente dois bilhões (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020). No Brasil os índices mostram que mais de 30% da população terá 60 ou mais anos de vida (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022b).

No campo da saúde mental, a carência de práticas baseadas em evidências direcionadas a essas pessoas, ainda mais grupais ou *on-line*, evidencia a possível falta de preparação e interesse em utilizar dos conhecimentos já obtidos ao longo dos anos para construção de intervenções efetivas e localizadas para pessoas que deixam de ser a exceção. A dificuldade em encontrar a aplicação das chamadas evidências gerontológicas para compreensão de fatores de potencialização dos tratamentos e quais processos levam à compreensão e facilitam desfechos clínicos esperados (Holsting et al., 2017; Kishita & Laidlaw, 2017).

Quando este olhar é voltado ao Brasil, outros pontos entram na pauta da discussão. O envelhecimento é, por si só, heterogêneo. Seja por aspectos biológicos, psicológicos ou sociais. Os dados do envelhecimento no Brasil não ajudam a desenhar como será este processo nas próximas décadas, o que causa insegurança nas pessoas idosas de hoje e da próxima geração. Mais especificamente no campo da saúde, questões financeiras e estruturais precisarão ser cada vez mais realocadas se adaptar à nova pirâmide etária, como discutido no capítulo 1. Por isto, o desenvolvimento de práticas que mobilizem o mínimo de recursos e possam beneficiar de fato o maior número de pessoas, sem desrespeitar suas individualidades, faz-se necessário. Este argumento do autor é reforçado ao longo da tese.

Este cenário abre à possibilidade de uma maior discussão sobre práticas no envelhecimento que levem em consideração, de fato, modelos clínicos bem estabelecidos e empiricamente sustentados que dialoguem com dados que já são levantados há décadas (Baltes, 1987), mas pouco considerados ao intervir com pessoas idosas. Estas serão levadas a necessitarem manter por mais tempo níveis mais altos de funcionalidade global, saúde mental e produtividade. Não é incomum o sofrimento psicoemocional de pessoas idosas estarem atreladas a questões geracionais em relações de trabalho e aposentadoria, família, e baixa percepção de suporte social, pertencimento e saúde (Hayasida et al., 2020).

A partir disto, levanta-se a hipótese de uma intervenção *on-line* em grupo contribui para a flexibilidade psicológica em pessoas idosas saudáveis. Em estudos com esta população, devido a sua heterogeneidade, é comum diferenciar diferentes grupos representativos, como institucionalizados e residentes na comunidade, urbanos e rurais, bem como saudáveis ou que apresentem declínio físico e/ou cognitivo significativo. A Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 2021) foi a abordagem escolhida para a intervenção. Utilizou-se para compreensão do desenvolvimento de pessoas idosas os modelos que compõem o paradigma *lifespan*, ou de desenvolvimento ao longo da vida, por sua segurança empírica (Neri, 2013). Em complemento, a reunião de competências e adequações para atendimento com idosos foram levados em consideração (Hayasida et al., 2020), incluindo no âmbito *on-line* (Vieira et al., 2022).

A escolha por uma intervenção *on-line* e em grupo se deveu à necessidade de investigação de práticas que possam beneficiar um maior número de pessoas com menor custo, a oportunidade de contemplar pessoas com algum impedimento para deslocamento, possibilidade de inserção digital e os benefícios de intervenções grupais com pessoas

idosas. Soma-se a isto o fato de que o início dos encontros grupais ocorreu pouco tempo após o fim da pandemia da Covid-19, proporcionando maior segurança à um público vulnerável ao vírus.

Com o objetivo de investigar os efeitos de uma intervenção em grupo, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, para a flexibilidade psicológica de idosos, a tese foi estruturada em quatro capítulos teóricos, objetivos, método, análise dos resultados, discussão e considerações finais.

O capítulo 1 monta um panorama geral do envelhecer e um recorte deste processo desenvolvimental no Brasil. O capítulo 2 proporciona uma discussão do modelo teórico e interventivo da ACT. O capítulo 3 traz o paradigma *lifespan* e um diálogo com a ACT, buscando viabilizar a integração responsável entre os modelos. O capítulo 4 aproxima e assinala os desafios da prática clínica da ACT com pessoas idosas a partir de dados da literatura. Após os objetivos, no capítulo 6 o método escolhido para a pesquisa é detalhado. O capítulo 7 apresenta os resultados e a discussão da análise dos dados. Por fim, o capítulo 8 traz as considerações finais, apontando limites, indicações para pesquisas futuras e alcance dos achados.

## **CAPÍTULO 1 - VISÃO GERAL DO ENVELHECIMENTO HUMANO E SEU ATUAL CENÁRIO NO BRASIL**

Historicamente, o envelhecimento humano fora representado socialmente de formas distintas em diferentes culturas. As teorias de desenvolvimento ao longo da vida possibilitaram uma mudança de visão sobre o envelhecimento e a velhice, até então representados unicamente pelo declínio. Entre décadas de 1930 e 1970, as teorias clássicas, que trabalhavam com o paradigma de ciclo de vida, compreendiam o envelhecimento biológico como único marcador desenvolvimental. Além de uma desconsideração dos marcadores socioculturais, os estudos em neurociências ainda não haviam descoberto a capacidade de reserva do cérebro, bem como a possibilidade de plasticidade (Neri, 2013).

Com o desenvolvimento científico, em especial no campo da saúde, a expectativa de vida começou a aumentar em todo o mundo e as teorias do desenvolvimento, até então concentradas nos estudos da infância e adolescência, passaram a atentar-se ao processo de envelhecimento. Vive-se mais, com maior qualidade de vida e melhores condições de saúde. Com isso, doenças até então desconhecidas ganham atenção, em especial as crônicas e neurodegenerativas. As antigas teorias e práticas precisaram ser reformuladas, novas investigações foram empreendidas e a necessidade de construção de políticas públicas de saúde, seguridade e trabalho foram discutidas (Veras & Oliveira, 2018).

Com o envelhecimento se tornando também um processo social, gradativamente mais ativo, algumas teorias passam a discutir o papel do idoso, ligando-o ao status de alguém com experiência, capaz de repassar conhecimentos aos mais jovens. Aqui, de modo ainda tímido, inicia-se uma discussão a respeito do envelhecer não ser, via de regra, ligado a perdas. Ainda assim, a imagem da terceira idade enquanto uma fase ligada à sabedoria conectava-se ao fim da vida e pouco se discutia de um ponto de vista da

capacidade produtiva. A visão de ciclo da vida que associava o envelhecimento a um período de inatividade e decrepitude dava lugar ao entendimento da vida enquanto um curso. Nascimento, desenvolvimento, reprodução, velhice e morte passavam a serem vistas com menor rigidez (Neri, 2013).

A mudança do paradigma de ciclo para o de curso de vida, que se inicia ainda na década de 1960, abriu o caminho dos estudos da senescência para uma perspectiva psicossocial, (Neri, 2013). Uma teoria que ilustra este segundo paradigma é a da gerotranscendência, de Erik Erikson. Ela está alocada em sua teoria da personalidade e representa a capacidade de mudança de atitude a partir de metas e objetivos, que requerem um novo olhar sobre si e sobre o mundo ao nosso redor (Erikson, 1998).

A teoria apresenta, em três dimensões, ampla compreensão do envelhecimento. A primeira, *cósmica*, trata de uma ressignificação do tempo e do espaço, trazendo um maior sentido em conectar-se com outras gerações, com o sentido da vida e da morte e da reflexão do que já foi vivido, desenvolvendo o hábito de aproveitar em profundidade cada nova experiência. A segunda, *relacional*, engloba o autoconhecimento. Relações materiais são menos importantes, ao contrário de atitudes altruístas. A terceira e última, *temporoespacial*, qualifica as relações e desenvolve uma nova compreensão de si, passando a evitar os julgamentos, oferecer conselhos e ver a vida de modo reconfortante, sentindo necessidade de proporcionar tal visão aos outros. A gerotranscendência, que visa a integridade do eu, desenvolve a sabedoria como qualidade central. Na teoria de Erikson, resta ao idoso desenvolver essa característica a fim de deixar uma herança positiva após sua partida, preparando-se para a morte (Yount, 2009).

Buscando a integração entre aspectos biológicos, culturais e da personalidade, o psicólogo Paul Baltes apresenta um paradigma que se consolida atualmente. O desenvolvimento ao longo da vida, ou *lifespan*, compreende todo o processo

desenvolvimental atravessado em uma perspectiva biopsicossocial. O diferencial, além de abordar o envelhecimento enquanto uma fase não linear, é o de possibilitar estudos e intervenções que visem a aprendizagem e os ganhos da pessoa idosa, além de prevenir e tratar quadros neurológicos, psiquiátricos e de declínio físico (Carpentieri et al., 2016; Robinson et al., 2016). A partir das primeiras proposições, várias outras teorias e modelos teóricos foram desenvolvidos.

Além dos avanços nas ciências da saúde e tecnologia, o período pós segunda grande guerra contribuiu para que a expectativa de vida ao redor do globo crescesse, mas de forma dessincronizada. Importantes achados sobre o funcionamento humano, como a plasticidade e a capacidade de reserva, abriu portas para o desenvolvimento de intervenções, medicamentos, políticas e condições de vida que “esticassem” cada vez mais o tempo de vida da população (Arcos-Burgos et al., 2019; Grundy, 2004; Vernaglia, 2019). A solução ou atenuação de alguns problemas acaba por desenvolver novas demandas sociais, psicológicas e biológicas. Viver mais, em más ou boas condições, traz novos desafios para os profissionais de saúde.

As projeções demográficas anunciam há mais de 10 anos o fenômeno do envelhecimento mundial. Mas especificamente no Brasil, os dados apresentados pelo IBGE apontam um salto de 20,6 milhões de pessoas idosas, equivalente a 7% da população à época, para pouco mais de 31 milhões em 2021, chegando a 14,7% da população (2018; 2022a).

A projeção estima que em 2060 haverá uma população acima dos 60 anos equivalente a 32,2% dos brasileiros (IBGE, 2022b). Segundo a ONU (2020), o número global será de 1,9 bilhão dez anos antes, em 2050. Os números, que impressionam, ganham ainda mais expressão na compreensão do que é ser idoso e as condições em que o fenômeno do envelhecimento humano está acontecendo, em especial no Brasil.

A definição mais básica do que é ser idoso está contida no Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003). Considera-se pessoa idosa todo e qualquer um que possua 60 ou mais anos de vida. Os países considerados desenvolvidos expandem a idade mínima para 65 anos, devido aos índices de qualidade de vida e desenvolvimento humano. Este período é atravessado por mudanças cada mais perceptíveis no funcionamento global de uma pessoa, acarretando alterações estéticas, cognitivas, comportamentais, funcionais e culturais marcantes.

Entretanto, o envelhecimento é um processo definitivamente heterogêneo, ainda não totalmente passível de predição do curso e prognóstico. A estratificação por idade, sendo pessoas de até 79 anos idosas “jovens”, até 99 longevas e acima disto centenárias é importante para diversos fins, incluindo direitos em pastas como securidade social e políticas de saúde, mas traz marcadores insuficientes (Brasil, 2003; Haysaida et al., 2020).

Em algumas dimensões, como a cognitiva e a sensorial, é possível demarcar pela idade algumas alterações previstas, chamadas de normativas. Apesar disso, a complexidade do envelhecer torna a intensidade de tais mudanças e o grau de diminuição na funcionalidade dependente de outras variáveis (Papalia & Feldman, 2013). Hayasida et al. (2020) apontam que diferenças na genética, estilo de vida e saúde geral para definir as reais condições do envelhecimento de determinada pessoa, a fim de diminuir as limitações do olhar cronológico. O Quadro 1 compila algumas das principais alterações.

Quadro 1

## Alterações normativas do envelhecimento humano

<b>Tipo</b>	<b>Alterações</b>
Sensoriais	Dificuldade com sons de alta frequência, progredindo para dificuldade de compreensão em ambientes ruidosos (atenção seletiva), e finalmente afetando a audição de sons médios e graves (presbiacusia); Perda da plasticidade e ressecamento do cristalino (presbiopia) e dificuldade na adaptação a ambientes escuros
Motoras	Marcha lentificada e risco de queda e perda da motricidade fina; desregulação no processo de renovação óssea, diminuindo sua densidade; perda da força muscular e o aumento de tecido adiposo; e a diminuição dos reflexos e do movimento fino preciso
Cognitivas	Declínio da cognição mecânica (fluída) e aumento da pragmática (cristalizada); diminuição da velocidade do processamento da informação; dificuldade no reconhecimento de expressões faciais negativas, desorientação temporoespacial momentânea; declínio no processamento léxico-semântico em tarefas explícita com manutenção parcial nas tarefa implícitas; declínio nas funções executivas: categorização, organização, planejamento, solução de problemas e memória de trabalho e tomada de decisão; alterações na memória de longo prazo com dificuldade de recordação livre.
Comportamentais	Seletividade socioemocional; Seleção, Otimização e Compensação de recursos; Aumento no controle secundário; redução na independência.

Fonte: Adaptado de Malloy-Diniz et al. (Orgs.) (2013).

Como um processo multifatorial que considera questões cronológicas, biológicas e sociais, o envelhecer também é subjetivo. A visão sobre si diante dessas variáveis interfere em como se envelhece. O *self* idoso é diretamente atravessado pela vivência e percepção daquilo que socialmente se estabelece como marcador de envelhecimento humano (Bastioni & Namba, 2010). Percepção de saúde e do corpo são constantemente referenciadas como relevantes em pessoas idosas. A chamada “idade subjetiva” (Bastioni

& Namba, 2010) é apresentada como um conceito que abrange a diferença entre a idade real e percebida.

A idade subjetiva tende a ser menor em pessoas idosas ativas. Essas pessoas tendem a relatar maior qualidade de vida, propósito e controle sobre a própria vida (Teixeira et al., 2021). Apesar de um dado que corre risco de viés, pode ser levado em consideração ao analisar o envelhecimento de uma pessoa (Bastioni & Namba, 2010). Para idosos acima dos 90 anos, saúde física e mental, convívio familiar, lazer e perdas e limitações são temas ainda mais sensíveis para esta experiência (Murakami et al., 2014). Em contrapartida, baixa percepção de saúde, suporte social e pertencimento podem prejudicar a experiência subjetiva da pessoa idosa, diminuindo o nível de atividade e aumentando o risco de desenvolvimento de déficits cognitivos e transtornos mentais (Ambrosi et al., 2019; Hartmann Júnior et al., 2018; Teixeira et al., 2020).

Há uma complexa relação entre idade subjetiva e adesão ao estereótipo da imagem ideal na velhice. As forças de industrialização e a modernização foram as principais causas de exclusão social de pessoas idosas desde o século XVII. Desde lá, a família extensa passa a dar lugar à nuclear. Cada vez menores e com seus membros mais atarefados, o cuidado é menos referenciado aos familiares e isto deixa de ser uma obrigação passível de reprovação e censura (Vauclair & Rudnev, 2021).

Esta tese, levantada pela teoria da modernização, se embasa na ideia de que, na medida em que as sociedades ocidentais se modernizam as pessoas mais velhas passam a gerar custos por serem menos produtivas e impedirem que os mais jovens produzam (Vauclair & Rudnev, 2021). Esta teoria fora inicialmente proposta na década de 1940 e formalizada em 1974. O paradigma *lifespan*, discutido no capítulo 3, apresenta uma perspectiva de longevidade, ou seja, a possibilidade de um envelhecimento saudável e

ativo, que enfraquece a visão geral de uma pessoa idosa como dependente (Baltes, 1987; Neri, 2013).

Diante disso, caracterizar uma pessoa enquanto idosa é um desafio. A heterogeneidade do processo de envelhecimento somado às rápidas mudanças sociais põe em xeque a visão, o papel e as formas de compreensão e cuidado da pessoa idosa. Esta população agora vive mais e é chamada a ser ativa por mais tempo. Qual seria, então, o limiar entre o envelhecer bem e quais as condições do envelhecimento no Brasil para proporcioná-lo. Na psicologia, as teorias fundamentadas no paradigma *lifespan* somadas às intervenções baseadas em evidências ajudam a responder essas questões.

Por fim, ao longo deste estudo os envelhecimentos, e não o envelhecimento, serão apresentados e discutidos, considerando e detalhando as variáveis acima discutidas. Não há erro em definir uma pessoa idosa como aquela que chega ou ultrapassa os 60 anos. Erro está em considerar que todas que chegam a esta fase apresentam as mesmas demandas e dilemas.

O envelhecimento populacional, por vezes visto e comemorado como um marcador do desenvolvimento de uma nação, pode revelar uma série de problemáticas que denunciam questões atuais, aumentando a preocupação com o futuro. A partir dos dados aqui listados, vê-se a necessidade de melhor preparo estrutural para arcar com o envelhecimento em seus aspectos biológicos e psicológicos, diretamente afetados pela sociedade que os abriga.

Com uma população idosa pouco superior a 31 milhões, a expectativa de vida no Brasil gira em torno dos 76,6 anos, sendo 80,1 para mulheres e 73,1 para homens, ambos ciscgênero (IBGE, 2020). Neste panorama, cerca de 23% alegam alguma limitação funcional e indica a necessidade de algum tipo de auxílio para realização das atividades diárias.

Apesar de uma população negra em sua maioria (56%), apenas 48% da população idosa se considera preta ou parda (IBGE 2022b; 2023). Questões como mortalidade, baixo acesso a serviços de saúde e vulnerabilidade social são levantadas enquanto hipóteses para esses dados. Seguindo, cerca de 7,2% ainda estão formalmente no mercado de trabalho, número que poderá crescer com longevidade e as novas regras para aposentadoria. Quando se considera trabalho informal e agricultores, estima-se um número até três vezes maior. Pode ser reflexo da manutenção no mercado de trabalho, mesmo que informalmente, a necessidade de sustentar o ambiente doméstico. Mais de 39% das pessoas idosas estão endividadas. Apenas pouco menos de 5% apresentam alto padrão de vida (IBGE, 2019; Kantar IBOPE Media, 2021; Serasa Experian, 2018; Serviço de Proteção ao Crédito, 2021).

O perfil populacional das pessoas acima dos 60 anos também está mais próximo das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs). Neste caso, a pandemia da Covid-19 foi a grande responsável pela aceleração da inserção digital deste grupo. Se em 2016 apenas 24,7% das pessoas idosas tinha acesso à rede mundial de computadores, em 2022 este número chegou a 57,5% (IBGE, 2021; 2022a). Em 2019, 67% possuíam celular de uso pessoal. Além do uso de redes sociais e comunicação com família, as compras *on-line* estiveram entre as atividades de 75% de idosos conectados ainda em 2021 (Kantar IBOPE Media, 2021).

A consecução de fenômenos que marcam o envelhecimento no Brasil, consequências de um ainda maior, o aumento populacional de pessoas idosas à nível mundial, tornam o envelhecer cada vez mais um processo heterogêneo. Entre comemorações e temores, novas demandas biopsicossociais surgem e necessitam da atenção de profissionais de saúde, representantes políticos e demais interessados. Os efeitos e a carga são sentidos desde o nível micro, incluindo pessoas idosas e seus

familiares, até o macro com problemas estruturais no conjunto de direitos que assegurem um envelhecimento bem sucedido.

Com o aumento na possibilidade de viver mais, estereótipos sobre o envelhecimento são reforçados, enquanto outros passam a surgir. A pessoa idosa vive em um limiar composto por um lado de falas que generalizam comportamentos como “coisa de velho”, passando a desconsiderar opiniões, desejos, experiências, por vezes tratando de forma infantilizada (Medeiros & Hartmann Júnior, 2021).

Com um panorama de longevidade, espera-se que as pessoas idosas preservem sua funcionalidade global por mais tempo, mantendo-se produtivos. Isto interfere na estrutura das transições de papéis sociais comuns na velhice. As mudanças na legislação trabalhista e em outras pastas são, em parte, consequência do envelhecimento populacional e consequência da falta de preparação para o cenário que se desenha. Isto pode causar sofrimento e afetar a experiência do envelhecer em diversas pessoas. Entre o espectro de possibilidades, da aposentadoria planejada, não planejada ou demissão, compulsória ou a não aposentadoria, homens e mulheres experienciam a incerteza de seus papéis sociais e a insegurança com a mudança de *status*. Em especial, homens cisgênero costumam ser mais afetados pela aposentadoria (Hayasida et al., 2020).

No campo da família, a mudança de residência, por questões financeiras ou da necessidade de cuidados, voluntária ou não, pode impactar a pessoa idosa. Novas regras, perda da liberdade de se fazer o que quiser na hora que quiser, restrição de recursos, perda na tomada de decisão são mediadores de um possível adoecimento, representado por fenômenos como desamparo ou dependência aprendida. Essas pessoas, mudando-se ou não, podem ser requeridas para o cuidado com os netos, restringindo o número de atividades possíveis. Isto contribui para a visão da velhice como reclusa, pouco ativa e disposta ao cuidado de terceiros (Hinrichsen, 2019)

Além das transições, como as no campo do trabalho e da família, viver mais incorre no aumento da probabilidade de vivenciar perdas. O luto pode ser uma vivência constante para algumas pessoas idosas. Na literatura, está atrelado a sentimentos de vazio, solidão, vulnerabilidade de perda de sentido (Hinrichsen, 2019). Sendo a seletividade nas relações e atividades um processo natural do envelhecimento, como discutido no capítulo 3, visualizar este limiar nem sempre é uma tarefa fácil.

Na direção da compreensão das demandas advindas da longevidade, o idadismo (*ageism*), ou etarismo, refere-se ao conjunto de crenças e atitudes negativas relativas à idade de uma pessoa. Sendo mais comum na fase idosa, ajuda no enraizamento de ideias sem embasamento científico ou a partir de uma leitura distorcida deste conhecimento (Palmore, 2004). Para Castro (2017), a senescência naturalmente leva a uma progressiva fragilidade, sendo este fato negado por ser um marcador da finitude humana. Essas crenças construídas sobre o ser velho também contribuem para que diferentes iniciativas lucrem com a negação do fim da vida (Medeiros & Hartmann Júnior, 2021).

As consequências do idadismo são sentidas em diferentes setores da sociedade, a começar pela família. Entretanto, este fenômeno não é a causa única das demandas aqui relatadas. Questões como racismo e sexismo também são contributivas. A violência contra a pessoa idosa vem aumentando nos últimos anos. Sendo a negligência o mais comum, é acompanhado de outros tipos mais comuns como física, psicológica, financeira e sexual. Em geral, mais de um tipo de violência é praticada a uma mesma vítima. Um dado preocupante é do agressor médio. Familiares, em especial filhos e netos, ocupam o primeiro lugar (Lino et al., 2019; Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023).

Os dados acima direcionam a atenção para duas outras importantes questões: conflitos intergeracionais e estresse de cuidador. O primeiro se caracteriza pelas dificuldades de comunicação entre pessoas de diferentes gerações. Geralmente ocorre

pelo não entendimento no que diz respeito às tradições familiares, conduta, decisões sobre a organização da casa e sobre o cuidado com os mais velhos.

Apesar de as teorias sobre a comunicação no envelhecimento apontarem que as dificuldades no diálogo não são naturais, possuindo explicações causais de cunho social, por vezes parte da pessoa idosa o movimento de ceder, potencializando assim uma visão etarista pelos familiares mais jovens (Medeiros & Hartmann Júnior, 2021; Nussbaum et al., 2005). A insatisfação com a distância dos netos e filhos, percepção de perda de importância para a família, dependência ou preocupação com dependência financeira e emocional e perdas cognitivas e sensoriais são fatores precipitantes para conflitos intergeracionais. (Hayasida et al., 2020; Hinrichsen, 2019).

O estresse nos cuidadores informais, na maioria familiares, amplamente estudado na literatura. No Brasil, de cultura familista, ainda é comum que parentes de primeiro grau abdicuem de projetos pessoais para se dedicar a parentes idosos em situação de dependência como um dever moral (Santos et al., 2018). Em outros casos, a impossibilidade de pagar por um profissional leva à esta decisão (Vieira et al., 2011). As demências e outros quadros neurológicos são os principais motores desta reconfiguração familiar. Não é incomum encontrar dados na literatura que apontem para transtornos mentais com prejuízos físicos, sociais e emocionais (Cesário et al., 2017). Este adoecimento influencia na qualidade do cuidado, prejudicando a relação.

Além do etarismo, outros atravessadores sociais se somam à vida de uma parcela da população idosa: racismo e questões de gênero. A começar pelo primeiro, os dados anteriormente mencionados apontam a emergência de entender o envelhecimento negro no país. Com relação às questões de gênero, temos uma maioria feminina e adoecida. Mulheres idosas vivem mais, procuram mais os serviços de saúde, mas também são as que mais apresentam transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2018). Este dado se

estende desde o recorte em mulheres mais jovens. Não é incomum que a mulher cisgênero idosa acumule tarefas, aumentando sua carga de trabalho cuidando do companheiro, da casa e dos netos estão entre as principais (Pierobon, 2022).

Expandindo a discussão parte para a população de lésbica, gay, transexual, transgênero, travesti, *Queer*, Intersexo, Assexual, Pansexual (LGBTQAP+) idosa, não existem dados confiáveis que deem a sua real dimensão. A literatura tende a apontar as “velhices LGBTQAP+” como “solitárias” e “escondidas” (Rabellato et al., 2021), ao tempo em que, para os que se assumem em sua sexualidade e gênero, “um caminho para a felicidade” (Salgado et al., 2017). Há quem aponte um caminho de abertura da população brasileira às pessoas idosas que fujam à heteronormatividade (Santos et al., 2020). Ainda um campo recente, a chamada “Gerontologia LBGT” só surge nos anos 1990, quando as ciências sociais e da saúde ultrapassam a noção de “maestria no estigma” e falam ativamente de direitos e conquistas (Henning, 2017).

Por fim, em um último atravessamento o qual vale a menção, há uma população idosa encarcerada em crescimento. Os dados mais recentes indicam que o número de pessoas a partir de 60 anos ultrapassou 10 mil em 2019, representando um aumento de mais de 600% em 14 anos (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [INFOPEN], 2019). Apesar do aumento expressivo, em números absolutos as pessoas idosas continuam sendo minoria em vários segmentos. Isto reflete na invisibilidade do tema nas discussões sobre o sistema prisional no Brasil. Em consequência do não investimento na ressocialização deste público, a falta de espaço no mercado de trabalho e as condições e valores de aposentadoria contribuem para a reincidência (Balbuglia & Silva, 2018; Brandão, 2015; Melo et al., 2016)

Faz-se importante pensar os problemas aqui levantados dentro da dinâmica do envelhecimento humano. Do nível fisiológico (Quadro 1) à experiência subjetiva do

envelhecer, a qualidade deste processo depende diretamente do quanto e em como esses atravessamentos permeiam a vida dos idosos brasileiros. Isto só argumenta a favor do quanto o envelhecimento é multifatorial.

Ao longo dos anos, a comunidade científica interessada no envelhecimento passou a investigar e listar fatores de prevenção e promoção em saúde mental. Conceitos como qualidade de vida e bem estar ganham centralidade na discussão.

Qualidade de vida, o mais amplo dos termos acima mencionados, é um conceito “guarda-chuva” que leva em consideração a percepção das pessoas, para além dos dados concretos, sobre o nível satisfação ou negação de suas necessidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), relaciona ainda a qualidade de vida com felicidade e autorrealização, considerando independência física e socioeconômica como dois importantes fatores.

Qualidade de vida engloba tanto fatores ambientais quanto subjetivos, o que o torna complexo. Isto também se estende quando a discussão aponta para o que é qualidade de vida para diferentes grupos etários. O “*World Health Organization Quality of Life Group*” (WHOQOL), grupo de trabalho responsável pelo desenvolvimento de medidas transculturais de qualidade de vida. Os estudos multicêntricos ocorreram no final da década de 1990 e início dos anos 2000. Após a criação da escala WHOQOL para adultos, fora levantada a hipótese de que pessoas idosas possuem especificidades relevantes que argumentavam para uma medida própria, a exemplo da saúde física (Fleck et al., 2003).

O instrumento, WHOQOL-OLD, auxilia na compreensão do que deve ser observado ao pensar qualidade de vida em pessoas idosas. Os itens são divididos em domínios, a saber: sentimentos, realização e percepção de aptidão para tarefas, satisfação e felicidade e relacionamentos íntimos. Já os itens envolvem reminiscência, realização

peçoal, percepção de futuro, funcionalidade global (independência e autonomia), envelhecimento biológico e finitude (Fleck et al., 1999).

No campo da saúde mental, variáveis subjetivas dependem do autorrelato das pessoas, já que não é possível chegar a conclusões apenas a partir de dados observados e coletados através de exames. Diferentes pessoas podem reagir de formas opostas diante de um fenômeno semelhante. Diante disso, buscam-se indicadores que auxiliem nos determinantes da qualidade de vida. Comumente chamada felicidade, o bem estar subjetivo vem somando um corpo de evidências sobre o seu papel na avaliação da qualidade de vida (Martinelli & Rueda, 2020).

Em revisão de literatura, Martinelli e Rueda (2020) apontam achados que indicam a associação do bem estar subjetivo em pessoas idosas com longevidade, saúde, participação social, autonomia satisfação com a vida, companheirismo e sexualidade, reforçando a necessidade de serem considerados nas avaliações de qualidade de vida desta população. Os dados corroboram com o que preconiza o grupo WHOQOL.

Pessoas idosas tendem a possuir maiores índices de bem estar subjetivo quando comparados a adultos mais jovens. Variáveis como saúde e estado civil controlam e explicam sua manutenção. Mesmo idosos com declínio de saúde em diferentes níveis podem manter maiores índices quando comparados aos da juventude (Jivraj et al., 2014).

O desafio no cuidado à saúde mental da população geronte implica na compreensão da configuração destes fatores no cotidiano, implicados em questões já discutidas como, por exemplo, aposentadoria e conflitos intergeracionais. No campo das aplicações clínicas deste conhecimento, soma-se à necessidade de um maior aprofundamento sobre as implicações das alterações normativas e não normativas, biopsicossociais, no comportamento humano idoso. Acrescenta-se a isto a compreensão de como modelos clínicos podem ser adequados em suas intervenções para a mudança

para padrões adaptativos de comportamento em caráter de prevenção de psicopatologias e promoção de saúde mental, o que será discutido nos capítulos 3 e 4.

A inserção digital da pessoa idosa configura uma nova demanda, em grande parte acelerada pela pandemia da Covid-19 (Petter et al., 2022). O uso de aparelhos conectados à internet possibilitou a transposição de fatores e atividades benéficas para a qualidade de vida e bem estar psicológico para o virtual. Contato com familiares e demais rede de apoio, acesso à informação, entretenimento, compras. Intervenções em saúde e saúde mental síncronas e assíncronas também ganharam espaço durante o período.

Os contatos realizados através de chamadas de vídeos e redes sociais podem, por vezes, ferramentas para diminuir sentimentos de solidão e desamparo, além de favorecer pessoas idosas com recursos ambientais limitados (Kasumota et al., 2022). Os dados apontados anteriormente sobre o crescimento no acesso à internet e na aquisição de aparelhos de celular, além do que aponta a literatura (Diniz et al., 2020; Kasumota et al., 2022), corroboram com a discussão. A internet se tornou um espaço de convivência complementar aos tradicionais centros de convivência e locais públicos, equilibrando e, em parte substituindo, modalidades de comunicação mais tradicionais como chamadas telefônicas, além das que não envolvam o uso de TDICs.

Após a pandemia, a conectividade possibilitada pelas TDICs continuou a favorecer pessoas idosas com alguma limitação funcional ou com baixo nível de suporte para deslocamento. Na prestação de serviços de saúde, as videochamadas se tornaram um ambiente consistente de cuidado e tratamento em diferentes áreas, à exemplo da psicologia clínica.

Experiências como as de Oliveira et al. (2023) e Freitas et al. (2022) apontaram o aumento no interesse, busca e desafios da inserção digital de pessoas idosas e o trabalho para proporcionar um ambiente digital capaz de gerar os benefícios esperados a partir do

desafio das mudanças da educação e trocas sociais presenciais para o *on-line*. Em contrapartida, quando superados os desafios, podem advir ganhos na qualidade de vida, incluindo autonomia, aquisição de conhecimentos específicos e autoeficácia.

No campo das intervenções psicológicas, a literatura já aponta desde intervenções assíncronas através de aplicativos para quadros subclínicos de depressão e ansiedade (Corpas et al., 2020), até psicoterapia individual para quadros clínicos (Xiang et al., 2019), incluindo populações que não residem na comunidade (Ying et al., 2021). Assim como para o uso de redes sociais, contato com familiares e amigos, educação e prestação de serviços em geral, é necessária atenção aos aspectos normativos e socioculturais do envelhecimento para o bom uso da internet nos cuidados à saúde mental.

Por não serem nativos digitais, a ausência de letramento digital prejudica o uso e, conseqüentemente, a saúde mental do idoso. Em estudo realizado no Brasil, o estudo de Kitamura et al. (2022), realizado em 2020, identificou sintomas de depressão (26,1%) e ansiedade generalizada (18,4%) relacionados à exposição às informações veiculadas nas redes sociais e televisão, em uma população de 470 idosos. À nível mundial, ainda antes da pandemia, pessoas idosas já eram as principais propagadoras de *fake News* no *Facebook*, rede social com maior aderência deste público (Guess et al., 2019).

A discussão a entrada e manutenção das pessoas idosas no virtual ocupa o duplo espaço de ser, por sua relevância, uma demanda que traz consigo o teor da novidade, bem como uma nova roupagem aos antigos problemas sobre o lugar dessas pessoas na sociedade. Nisto se inclui a qualidade de sua inserção, o grau de preparo para receber essas pessoas e a disponibilidade em favorecer autonomia, utilidade e protagonismo.

Reforçando e expandindo o argumento de Brashier e Schacter (2020), é inconsistente o posicionamento em limitar aos déficits cognitivos os obstáculos enfrentados por idosos, incluindo o envolvimento com *fake news*. Variáveis sociais

também impactam a autoeficácia, a precisão da comunicação e na aquisição de habilidades como a detecção do nível de confiança da informação. Se, por um lado, tenta-se justificar a partir de déficits a imprecisão ao afirmar onde se coletou a informação devido a variações no processamento cognitivo, o que pode levar à confusão pelo excesso desta, o conhecimento de vida acumulado pode ajudar em respostas mais bem adaptativas.

A heterogeneidade do perfil da população idosa se apresenta enquanto um desafio para as práticas no campo da saúde. Para melhor assistir a esta população, faz-se necessário aprofundamento teórico sobre o envelhecimento humano e a compreensão da viabilidade de diferentes intervenções em distintas modalidades de cuidado.

Este desafio adquire tom emergencial devido à ausência de preparo para o envelhecimento populacional. Os processos de problematização, investigação, apropriação do conhecimento teórico-empírico e a produção de evidências que sustentem intervenções que amparem variáveis biopsicossociais com o fenômeno demográfico já em curso.

A partir disto, o presente trabalho apresenta a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) como uma possibilidade de intervenção psicológica para pessoas idosas o atual paradigma de desenvolvimento humano, responsável por uma visão biopsicossocial ampla do envelhecimento, em diálogo. Por fim, uma discussão sobre o campo das intervenções em ACT para idosos, evidências, competências e especificidades do atendimento, incluindo aspectos das práticas *on-line* e em grupo, a este público a fim de fomentar esta pesquisa.

## **CAPÍTULO 2 - TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO: UMA PROPOSTA PARA A FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA**

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um modelo de psicoterapia que integra as terapias comportamentais contextuais, correspondentes à terceira geração de terapias cognitivas e comportamentais. A ACT ganhou espaço no contexto clínico e de pesquisa na década de 1990 e teve sua obra “inaugural” lançada em 1999, apresentando um modelo direcionado a aceitação das experiências internas e no direcionamento para a mudança a partir das ações comprometidas com base nos valores (Hayes et al., 1999).

A ACT surge como uma proposta iniciada ainda nos anos 70 e 80, visando o desenvolvimento da flexibilidade psicológica como um caminho para se viver uma vida significativa, valorosa e focada no momento presente. Inicialmente chamada “Distanciamento Compreensivo”, nasceu como uma intervenção que visava o distanciamento do sujeito de suas cognições, propondo que este tomasse perspectiva e os observasse como um espectador através de técnicas de desfusão cognitiva e metacognição. Isto poderia diminuir a arbitrariedade da linguagem sobre os pensamentos, seu poder simbólico, bem como vê-los de forma objetiva e como uma resposta ao contexto, não mais a ativação de uma regra verbal absoluta e determinante (Barbosa & Murta, 2014; Hayes et al., 2021).

Iniciando como uma proposta aparentemente alinhada à Terapia Cognitiva, acaba por ser uma das abordagens de protagonismo das chamadas terapias de terceira geração, também chamadas de contextuais, marcadas pelas diversas releituras do Behaviorismo Radical, críticas às intervenções de reestruturação cognitiva e aproximações contextuais com termos mentalistas médios (Barbosa & Murta, 2014).

A proposta, que já nascera em certo ponto transdiagnóstica, hoje se estabelece novamente como de vanguarda para outro movimento, o da Psicoterapia Baseada em

Processos. A ACT fora, desde o início, um protótipo para esse modelo, em detrimento de uma visão tradicional para os protocolos de tratamento amplamente testados e difundidos.

O presente capítulo tem o intuito de apresentar a epistemologia da ACT, seu modelo conceitual básico e como hoje se configura, além de apresentar as primeiras justificativas para o trabalho desta abordagem com pessoas idosas.

Em termos de filosofia da ciência, a ACT é constituída em uma visão de mundo contextualista. Isso não só representa, em parte, um retorno às raízes comportamentalistas, mas também um certo distanciamento das terapias cognitivas, de base racionalista. As terapias contextuais, em geral, se ocupam teórica e filosoficamente de releituras da proposta behaviorista de Skinner. Isto se dá, em parte, por críticas aos modelos cognitivistas, bem como de reaproximar a ciência comportamental de métodos psicoterápicos e do uso de termos médios, facilitando a compreensão e integração a outros modelos psicológicos (Lucena-Santos et al., 2015).

Para o Contextualismo, relações entre objetos e fenômenos não pressupõem uma organização de mundo *a priori*. Aqui, cada evento só pode ser compreendido no contexto no qual exerce alguma função. Nada é interpretado, parte ou chega em algum lugar, sem que seja compreendida a sua função no dado contexto (Viega & Vanderberghe, 2001; Hughes, 2020).

Assim como os pensadores construtivistas, a verdade para o Contextualismo não é coerência nem correspondência, mas aquilo que “funciona”. O Contextualismo é uma postura que parte do raciocínio pragmático. Não exclui o potencial da subjetividade humana, ignorando apenas o conceito de ontologia como uma essência permanente (Hayes et al., 2021). Então, cada ato apenas pode ser julgado “no contexto”. Este varia em amplitude espacial e histórica, podendo abarcar pequenas culturas a grandes nações e

recortes temporais que incluem antecedentes “distantes” ou consequências “tardias” (Hugues, 2020).

Pensando em suas implicações clínicas, Pérez-Alvarez (2012) categoriza a compreensão de contexto em três dimensões, nas quais as variáveis são passíveis de manipulação para a mudança psicológica: ambiental, relação terapêutica e pessoal. O Quadro 2 apresenta as definições de cada uma delas.

Quadro 2  
Dimensões contextuais

Ambiental	O contexto ambiental (contexto social interpessoal) diz respeito ao meio em que a pessoa vive e denota uma configuração social e cultural que inclui diversas áreas da vida cotidiana, com suas normas e valores.
Relação terapêutica	Relação terapêutica como contexto de aprendizagem experiencial. A relação terapêutica diz respeito ao contexto gerado pela própria psicoterapia
Pessoal	Refere-se à pessoa como um indivíduo socioverbal que incorpora um passado e possui um estilo de enfrentamento. O contexto pessoal se refere às explicações, avaliações e maneiras de compreender os problemas que prevalecem na sociedade de referência e que aquele indivíduo aprendeu a considerar natural

Fonte: Elaborado por Lucena-Santos et al. (2015) a partir de Pérez-Alvarez (2012)

Aproximando-se da ACT, o Contextualismo Funcional (CF) tem por objetivo a predição e a influência sobre comportamento, partindo da ideia de que são necessárias variáveis possíveis de manipulação para propor a análise e a predição do comportamento humano. A solução encontrada foi a de considerar o contexto como fator variável. Mais especificamente, identificar variáveis que predizem o comportamento em determinado contexto e manipular variáveis que influenciem determinados comportamentos no contexto (Biglan & Hayes, 2016).

Para o CF, as variáveis contextuais podem ser analisadas e passíveis de previsão, pois seriam capazes de explicar a causa de um comportamento enquanto estímulo e

resposta a um estímulo anterior. O comportamento em si também não poderia ser elencado como valor variável porque não se explica por si só, mas depende de um contexto que possibilite sua análise funcional.

Aqui, eventos encobertos também não podem ser encarados como variáveis passíveis de predição. Na ACT, pensamentos e emoções dependem do contexto para definir seu conteúdo. Em conjunto com as reações fisiológicas, são variáveis dependentes do comportamento externo, observável (Harris, 2020).

No CF, a causa passa a ser compreendida a partir do modo como o sujeito responde ao contexto. Não se busca a causa como ponto de partida, mas como parte do próprio processo de contextualização. O contexto provoca os comportamentos externos e encobertos. Não seria o pensamento que causaria a mudança do contexto, mas este que influenciaria o processo mental em uma relação dinâmica, pois a própria influência do contexto nos eventos encobertos pode modificar a forma como este é encarado (Barbosa & Murta, 2014; Bennet & Oliver, 2019).

As emoções são, então, tendências à ação. Isto significa dizer que sua caracterização como uma variável independente do comportamento público influencia em sua seleção. Logo, uma emoção pode desencadear uma série de reações pré-relacionadas. Isso se dá, em parte, com base na teoria das molduras relacionais. Uma postura reativa tende a reforçar crenças desaptativas, aqui interpretadas como respostas relacionais arbitrariamente adquiridas (Perez et al., 2013). Com isso, é importante distinguir uma reação entre estímulos emocionais e agir em resposta à emoção. Esta diferença caracteriza a regulação emocional nas terapias contextuais. Os comportamentos privados se diferenciam do termo “ação” pois este é sempre emitido enquanto estímulo ou resposta ao ambiente.

O CF apresenta uma proposta de reinterpretação do pensamento behaviorista por diminuir a influência causal e determinista do ambiente sobre o desenvolvimento humano. Quando é elencado que a aprendizagem vai além da experiência direta, compreende-se que variáveis culturais, evolutivas e individuais estarão atuando de modo equilibrado. Existe uma cultura que molda o nosso repertório comportamental, mas somos dotados de uma intencionalidade que nos impulsiona à possibilidade de mudar a função dos diferentes contextos. Somos agentes ativos no processo de mudança comportamental (Bennet & Oliver, 2019).

Para a ACT, mudar a forma e o conteúdo do que está instituído não é o foco da investigação, mas suas funções. O CF possibilita a compreensão do contexto e a sua mudança, para a ação comprometida, que não são opostas às regras, mas diminuem a sua taxa de determinismo. Pessoas flexíveis podem cumprir regras e serem eficazes em suas obrigações civis (Hayes et al., 2021; Hayes & Smith, 2019).

Hayes também apresenta a Teoria das Molduras Relacionais (RFT) enquanto base teórica da construção desta abordagem e o seu entendimento como necessária para se trabalhar com as intervenções baseadas na aceitação. A RFT é uma análise da formação e da dinâmica da linguagem e da cognição, bem como uma crítica e proposta de expansão da teoria do comportamento verbal de Skinner (Abreu & Hübner, 2012; Barbosa & Murta, 2014).

Aqui, a linguagem é compreendida enquanto comportamento verbal e responsável pela expressão dos eventos encobertos, ou experiências internas (pensamentos, memórias, emoções, reações fisiológicas). Na ACT, deve-se diferenciar eventos externos, ambientais e relacionais, dos encobertos, que são equivalentes aos processos cognitivos, emocionais e fisiológicos (Luoma et al., 2017). A cognição é uma resposta encoberta, compreendida a partir da linguagem e com o papel de organizar e sistematizar as respostas

comportamentais. É fortemente influenciada pelo contexto, assim como as demais (Barbosa & Murta, 2014).

A diferenciação entre eventos públicos e privados, sua influência mútua e consequências e efeitos reforçadores ou punitivos se dá através de ferramentas como a análise funcional e técnicas de vinculadas a cada um dos processos de flexibilidade psicológica. Por ser concebida como linguagem, a cognição só é acessada através do comportamento verbal (Törneke, 2010).

Para a RFT, o funcionamento cognitivo busca equivalência entre estes a fim de facilitar o processo de aprendizagem e formar representações conceituais que reúnam um determinado grupo de estímulos. Se a pessoa aprende a relacionar um estímulo A com um B, e posteriormente com C, há a natural possibilidade de haver uma interrelação entre B e C (Törneke, 2010). Por exemplo, uma palavra falada é relacionada a um objeto. Após a aprendizagem da forma escrita dessa mesma palavra, esta também estará relacionada ao objeto. Pode haver expansão de relações, englobando nomes derivados e objetos semelhantes. Os quadros relacionais são ativados de forma contingencial. O controle, ou influência, é possibilitado através da identificação de estímulos discriminativos (Törneke, 2010).

Diferentes tipos de molduras relacionais são formados ao longo do desenvolvimento humano, sendo formada a partir da equivalência entre estímulos. São respostas relacionais arbitrariamente aplicáveis, base para os modelos de psicopatologia e saúde da ACT. A primeira delas, coordenação, compreende a relação entre o “eu” e o seu conteúdo no aqui e agora. Logo, uma moldura relacional de coordenação diz de uma aprendizagem verbal arbitrária sobre o que “é” e o que “está” em si e no outro, que podem ser mais ou menos rígidas. A partir da coordenação, outras relações são formadas, como as de oposição, distinção, comparação e temporal.

Outras duas categorias, hierarquização e deíctica, também são relevantes (Bennet & Oliver, 2019). Enquanto a primeira relaciona estímulos pela sua amplitude, como um capítulo ser parte de um livro ou um cidadão ser parte de uma sociedade, a segunda é crucial para a compreensão de si. Ela fornece informações para compreensão do contexto. “Eu e você” e “aqui e lá” são exemplos, pois fornecem ao sujeito a capacidade de tomar perspectiva sobre os eventos (Hayes et al., 2001).

A RFT parte do consenso de que comportamentos não são respostas aleatórias, mas sofrem influência direta do ambiente, ou contexto, e de suas modificações. Quando uma pessoa enfrenta determinada situação e é bem sucedida com determinada estratégia, a probabilidade de reprodução é alta, mesmo que alguma variável ambiental se modifique. Isso não é necessariamente ruim. O não questionamento a determinada resposta após sua repetição em diferentes eventos, sua eficácia tende a diminuir e passa a atuar de forma arbitrária, por vezes aversiva, em nossa mente. A relação entre os eventos pode modificar-se de acordo com a relação estabelecida (Barbosa & Murta, 2014).

Por ser alinhada à uma visão filosófica pragmática, quadros relacionais não têm natureza necessariamente boa ou ruim, sendo uma ferramenta de organização mental. O fator social e a forma de agir poderão influenciar na possibilidade de uma relação adaptativa. A RFT compreende regras como situações naturais, sendo a relação com elas passível de um repertório comportamental limitado e evitativo. Hayes et al. (2021) elencam três classes de comportamentos regidos por regras, que são: conformidade (*pliance*), rastreamento (*tracks*) e ampliação (*augment*) (tradução nossa). É sabido que regras são instituídas e o são por quem tem autoridade sobre cada um, como pais ou padrões, possuem consequências sociais, físicas e podem ter caráter motivacional ou formativo. Também existem regras contingenciais, adaptativas ou não, criadas ao longo da vida.

Apesar de os comportamentos regidos por regras estarem inseridos na discussão da aquisição da aprendizagem, não são consideradas a única possibilidade de aprender. Aprende-se, mas não apenas por regras e a partir delas. Porém, para ACT aprender é um processo com eficácia de curto prazo e necessita de uma constante remodelação para que as respostas sejam adaptativas e baseadas em valores pessoais (Hayes & Smith, 2019; Roemer & Orsillo, 2010). É a influência de comportamentos restritivos e limitantes que levam ao adoecimento. Esta é a base da visão psicopatológica desse modelo, discutida neste capítulo.

A ACT se aproxima do entendimento das terapias cognitivas de segunda geração para o processo de aquisição de aprendizagens. Uma primeira possibilidade se dá através da experiência direta, que parte da compreensão behaviorista de condicionamento, clássico e operante. Aprende-se pela associação de dois ou mais estímulos independentes, o que um eliciará uma resposta antes neutra, como também pelo reforçamento visando aumentar a frequência de uma resposta, assim como a punição para diminuí-la (Hayes et al., 2021).

Outra possibilidade é a modelação ou aprendizagem por observação (Roemer & Orsillo, 2010). Esta ocorre com maior frequência e possibilita o aumento de chances de aprender, não resumindo tal missão apenas à experiência direta. A dinâmica da observação se dá pela visualização das consequências da experiência de um terceiro para a nossa realidade.

Como discutido, os comportamentos regidos por regras seriam ainda uma terceira categoria. Trata-se de um estímulo discriminativo verbal que busca o controle através de palavras que causem tensão suficiente para tal. Toda aprendizagem tem, a priori, caráter associativo e adaptativo, pois relaciona diferentes estímulos (RFT) e reflete uma tentativa de adequação do organismo ao ambiente.

Para a ACT, as regras não são, necessariamente, ruins. Quando passam a ser a única forma efetiva de resposta a estímulos, são mal adaptativas e fonte de sofrimento (Hayes et al., 2021). É preciso reforçar que a ACT não propõe uma abordagem amoral, isto é, que prega o abandono de regras como um todo, mas sua flexibilização. O risco dos comportamentos regidos por regras, seja familiares, golpes publicitários, pressões sociais ou leis, é quando não há análise crítica destes. Somente uma atenção consciente é capaz de detectar as possíveis limitações que proporcionam na linguagem e lançam mão de uma postura flexível para lidar da melhor forma com estas.

O modelo ACT propõe uma modelação contextual na qual é necessário adaptar o que já se sabe a cada nova situação enfrentada. A interação com o ambiente proporciona a formação de uma rede de relações que reforçam alguns comportamentos diários. Então, o reforçamento deverá ser em cima dos padrões que possam ser modificados a partir da experiência consciente (Hayes & Smith, 2019). Compreendida como o produto da resposta aos eventos encobertos, a consciência permite que eu me abra à experiência sem julgá-la. Estar consciente diz de uma disposição à aceitação do desconforto e da ação comprometida com valores pessoais (Hayes et al., 2021). As regras, aqui entendidas como os códigos morais, têm sua importância na organização social, mas por si só não contemplam todas as esferas da experiência humana.

A capacidade de contextualização, que só poderá ser alcançada no estímulo à flexibilidade psicológica, fruto da experiência consciente, pode inclusive auxiliar na modificação das regras, a fim de que sejam mais adaptativas e busquem contemplar diferentes formas de comportamento dentro de um espectro ético de possibilidades. As regras por vezes não poderão se adequar a mudança de contexto, por isso precisam ser encaradas como norteadoras, a fim de coibir atos criminosos e que ponham vidas em

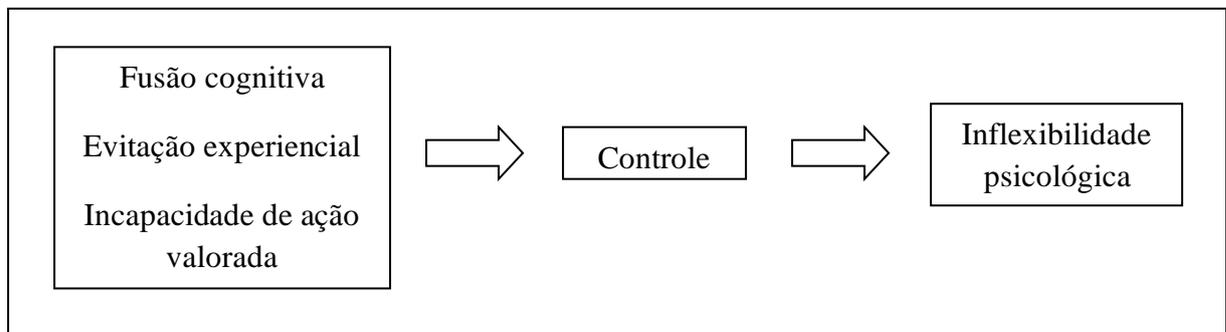
risco, mas se encarada como única possibilidade tende a ser porta para uma linguagem desadaptativa e, conseqüentemente, dos transtornos mentais (Barbosa & Murta, 2014).

Mesmo com função adaptativa, a modelação e a experiência direta também podem ser desadaptativas. O componente relacional da aprendizagem pode levar a inferências relacionais inflexíveis. Sucessivas experiências de fracassos ou a escolha por modelos que não correspondam aos anseios podem levar a quadros relacionais estáticos, conceituais e generalizadores (Luoma et al., 2017). Podem-se relacionar as sucessivas reprovações no exame de habilitação com sentimentos de incapacidade e crises de ansiedade. Após isso, toda experiência considerada como difícil ou crises de ansiedade desvelarão a crença de incapacidade, reduzindo a taxa de sucesso, generalizando um *self* incapaz de suprir qualquer desafio. No caso dos comportamentos regidos por regras, exemplos comuns são crianças proibidas de demonstrar seus sentimentos por ser considerada uma fraqueza, lembradas de que “menino não chora” ou “menina deve se comportar bem” (Bennet & Oliver, 2019).

Chega-se, então, ao modelo de psicopatologia da ACT. À exceção de quadros orgânicos, a ACT refere à psicopatologia a processos comportamentais normais (experiência direta, modelação e regras) que passam a ser vistos como problemáticos, devido à função que exercem, assumindo-se enquanto componentes aversivos (Saban, 2015). Tendo como base a RFT, a psicopatologia deve ser compreendida a partir e pela linguagem. Relações simbólicas conceituais e mal adaptativas tendem a levar à incapacidade de lidar com pensamentos, emoções e reações fisiológicas desagradáveis, tendo como consequência comportamentos inadequados que alimentam uma crença que tem por base a fusão cognitiva, a evitação experiencial e a incapacidade de agir com base nos valores pessoais (Bennet & Oliver, 2019; Hayes et al., 2001). Para a presente teoria,

esses são os três componentes que auxiliam a identificar o comportamento de controle, conforme a Figura 1.

Figura 1  
Modelo de psicopatologia ACT



Fonte: Adaptado de Saban (2015) e Hayes et al. (2021).

A busca por controle é tida como central no desenvolvimento de psicopatologias. O controle, que contempla os três elementos acima mencionados, leva o sujeito a desenvolver a inflexibilidade psicológica (Hayes et al., 2008). A flexibilidade psicológica é o processo clínico que representa o modelo de saúde na ACT, representado por outros seis processos mais à frente apresentados. Ser flexível psicologicamente significa estar aberto a pensamentos, emoções e demais eventos encobertos desconfortáveis, centrado no momento presente e atento às mudanças contextuais, sempre comprometido com os valores pessoais construídos no decorrer da vida (Hayes et al., 2021).

Retomando a RFT e a um dos exemplos, uma pessoa que teve seu desenvolvimento marcado pela punição a respostas emocionais e fisiológicas específicas, como choro e tristeza enquanto fraquezas, a relação arbitrária será a de que se ele chora e/ou se sente triste, logo ele não é uma pessoa forte. Há aí uma tendência a definir-se como alguém “fraco”, resposta encoberta que será utilizada em uma generalidade de contextos. Relações cronológicas, de distinção, oposição e comparação passam a ser cada vez mais utilizadas na tentativa de obter controle sobre os eventos. Quando características

fixas são cada vez mais parte da experiência subjetiva, na maioria das vezes autodepreciativas, há uma fusão ao conteúdo cognitivo. A fusão cognitiva, anteriormente descrita, refere de uma identificação acrítica com o conteúdo mental, ou seja, da relação entre a linguagem e a cognição (Saban, 2015).

Apesar de ser um processo dinâmico e interdependente, a fusão cognitiva pode ser encarada como um comportamento de controle sobre eventos encobertos, controlando verbalmente a experiência privada, manejando cognições como problemas a serem resolvidos. O que a caracteriza é a sua capacidade de literação da linguagem, na qual esta assumirá uma sensibilidade prejudicial, podendo facilitar a evitação experiencial e a incapacidade de ação valorada. Essa superidentificação com a experiência interna passa a ter influência em comportamentos, inclusive verbais, que se tornam estereotipados e ineficazes. O núcleo da fusão cognitiva é a consciência de que as experiências internas são transitórias e o desejo de que passe logo ou de substituir uma emoção dita negativa por uma positiva não tem poder para fazê-lo (Roemer & Orsillo, 2010). Eventos naturais como ansiedade e estresse passam a ser, invariavelmente, interpretados como respostas a eventos dolorosos, levando à “rotulações”, onde a pessoa passa a atribuir culpa, razão ou vitimização por seus eventos encobertos (Saban, 2015).

A evitação experiencial adere à máxima de que não há como fugir de si mesmo. A evitação tem dois influenciadores: busca pelo alívio imediato e o fator social. Evitar experiências devido ao seu grau de desconforto reforça a incapacidade de lidar com este, com efeito reforçador. Quanto mais se evita a experiência, maior será a probabilidade de evitação em um evento futuro (Hayes & Smith, 2019). Se uma dada pessoa acredita ser incapaz de realizar uma tarefa determinada, evitará ao máximo situações que a envolva direta ou indiretamente. O fator social da evitação é o mesmo de todo o modelo de psicopatologia, pois comportamentos regidos por regras influenciam diretamente nas

pressões exercidas a partir das diversas posições assumidas e que nos são impostas, levando em consideração que esse fator não é um conceito encerrado, mas uma variável que assume diferentes formatos para cada contexto cultural (Roemer & Orsillo, 2010).

A evitação experiencial não se resume apenas a um caráter da experiência interna, mas também externa. Comportamentos autodestrutivos e manutenção de uma rotina corrida, sem tempo para experienciar eventos encobertos, devem ser encarados como evitação. Nem todos que demonstram incapacidade para lidar com a experiência tendem a adotar postura passiva. Para alguns, apenas uma vida demasiada ativa poderia minar as chances de lidar com pensamentos, emoções e reações fisiológicas desagradáveis. Para outros, é justamente estar assumindo responsabilidades o que os tira da zona de conforto. Faz-se importante comentar que não é a ação em si que determina um comportamento como desadaptativo, mas a função que exercem (Hayes et al., 2021).

Existem comportamentos que são socialmente descritos como problemáticos. E isso tem uma razão de ser, não podendo ser ignorados. Um exemplo é o consumo de álcool. O seu uso por si só não pode definir alguém como alcoolista ou indicar que está se esquivando de seus problemas. Essa determinação caberá a uma análise do contexto. O abuso de álcool, comportamento estigmatizado socialmente, já fora alvo de intervenções em ACT para o enfraquecimento da internalização desse estigma. O estigma pode aqui ser entendido como uma crença depreciativa internalizada pelo estigmatizado. Tem função conceitual e tende a definir alguém de modo a encerrar qualquer outra possibilidade de adjetivação (Luoma et al., 2008), tendo a ACT potencial para trabalhar este fenômeno social (Monteiro et al., 2015).

Como já fora discutido, a esquiva poderá ser adaptativa a depender do contexto. Em contingências aversivas, onde há sensação de perigo eminente ou que tragam algum prejuízo, a evitação terá caráter preventivo (Hayes et al., 2006). A evitação revela

problemas clínicos no processo de conceituação de caso. Mesmo antes da fusão, a evitação pode ser percebida mais facilmente. Ao receber um cliente com queixas de ansiedade, essa se revelando na sua dinâmica de evitação e na compreensão de seus comportamentos, pode-se inferir a respeito de seus eventos encobertos. Os autores ainda apontam que diversos problemas clínicos clássicos podem ser facilmente identificados. Alimentação compulsiva, jogos de azar, isolamento e automedicação são exemplos.

A incapacidade de ação valorada se refere à dificuldade de engajamento em ações com base nos valores pessoais, também chamada restrição comportamental. Este pode ser compreendido a partir da avaliação dos eventos internos e da busca por razões para eles. Avaliar, possibilidade de uso da linguagem a partir da RFT, promove o julgamento entre o que é bom ou ruim. A classificação extrema revela as experiências que se deseja evitar (Saban, 2015). Dar razão a pensamentos automáticos, sentimentos e sensações correlatas os tornam causas do sofrimento. Partindo do pressuposto de que os eventos encobertos são respostas, não podem ser causas. Parte-se para justificativas que endossam uma postura de evitação. O excesso de avaliação e explicação para as nossas experiências impede ações comprometidas com valores pessoais, ou seja, com aquilo que realmente importa para cada um (Luoma et al., 2017).

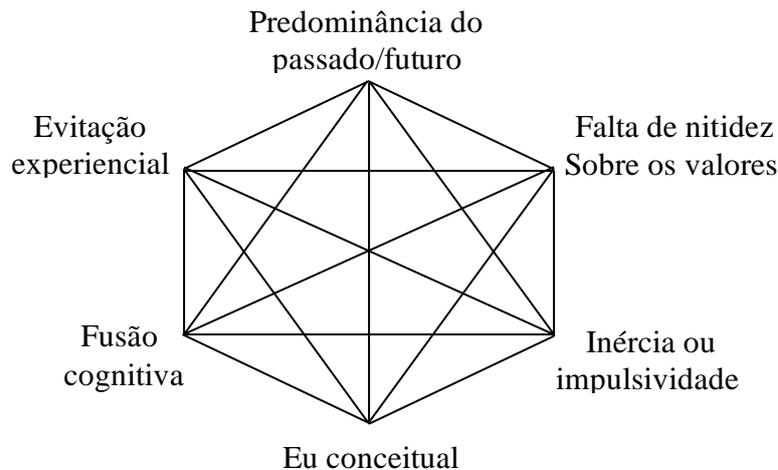
A fusão aos pensamentos, sentimentos e sensações leva as pessoas a reduzirem-se às suas respostas encobertas. Reduzir-se a um conceito e generalizá-lo para diversos contextos levará a uma evitação cada vez mais frequente da experiência. A fusão e a evitação serão defendidas e alimentadas a partir da busca por razões que justifiquem a tentativa de controle. Uma postura de controle levará a inflexibilidade psicológica, reativa a qualquer estímulo minimamente estressor o interpretando como uma ameaça. Procura-se resolver o “problema” da subjetividade, e não os fatores ambientais ou a correção de determinado comportamento que influencia em tal experiência (Shapiro et al., 2006).

No campo clínico, Hayes et al. (2008) constroem um modelo de psicopatologia que compreende seis processos de intervenção que constituem a inflexibilidade psicológica. Incluem os três acima discutidos, bem como outros três. São eles: esquiva experiencial, fusão cognitiva, predominância do passado ou futuro, eu conceitual, falta de nitidez sobre valores, e inércia ou impulsividade.

A predominância do passado ou futuro diz da incapacidade de manter-se atento ao momento presente, realizando leituras corretas e atualizadas de seus pensamentos, memórias e emoções. Ou seja, fusão cognitiva e evitação experiencial dificultam a abertura ao aqui e agora, onde de fato cabem estratégias de resolução de problemas, o que não é eficaz para a relação com a própria subjetividade. O eu conceitual diz do produto da não identificação de pistas contextuais, elementos do momento presente e da relação com o ambiente que definem a relação com eventos encobertos. A leitura destes não ocorre a partir do ambiente, mas o contrário. Por fim, a inércia ou impulsividade são comportamentos abertos influenciados pela necessidade de controle dos eventos privados, enfraquecendo a tomada de decisão baseada em valores, que considera a não supressão do desconforto (Bennet & Oliver, 2019; Harris, 2020).

O modelo pode ser ilustrado a partir da construção de um hexagrama de inflexibilidade psicológica, que possui o seu contraponto no modelo de intervenção e saúde. Este último será apresentado juntamente ao modelo de intervenção, bem como o detalhamento de cada processo de flexibilidade psicológica e seu correspondente de inflexibilidade, representados na Figura 2.

Figura 2  
Hexagrama de inflexibilidade psicológica



Fonte: adaptado de Hayes et al. (2008)

O modelo de psicopatologia ACT se desenvolve a partir de uma abordagem transdiagnóstica. Para Hayes e Hofmann (2020a) classificar pessoas usando categorias diagnósticas baseadas exclusivamente nos sintomas desvia a atenção a fatores contextuais e situacionais que, segundo os autores, contribuem mais para a ação clínica. A tradição no campo das práticas cognitivo-comportamentais orientou a construção de diversos protocolos demasiadamente específicos, baseados em patologias, dificultando por vezes o treinamento da criatividade e do foco nos processos singulares. Outro ponto seria a falha em construir critérios diagnósticos específicos em contraponto ao alto número de comorbidades, apontando para fatores por vezes próximos entre transtornos, como os de humor e ansiosos, além de um excesso de diagnósticos “não especificados” (Hayes & Hofmann, 2020b).

Ainda para os autores, medidas subjetivas, foco excessivo nos sintomas e a dificuldade de enquadrar nas categorias são três grandes problemas do uso dessa ferramenta como único parâmetro. Entretanto, vale ressaltar que o modelo diagnóstico encabeçado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID) apresenta pontos úteis, tais como: fornecer

uma linguagem comum; identificar padrões em pessoas com problemas similares, além de diferenciá-los de outros; desenvolvimento de intervenções e aprimoramento de outras. O DSM-5, apesar de mover esforços, ainda apresenta o início de um processo de maior dimensionalização do processo diagnóstico (*American Psychiatric Association (APA)*, 2014; Hayes & Hofmann, 2020b).

Todas as intervenções pensadas no tratamento de psicopatologias deverão considerar os processos comportamentais advindos dos fatores relacionais e ambientais, que formam o contexto. Sintomas são compreendidos enquanto consequências de modelos de reforçamento disfuncionais. Logo, o foco se dá com base nas relações arbitrárias entre estímulos através da linguagem, na intencionalidade das ações e na tolerância ao sofrimento causado por eventos encobertos desconfortáveis dentro do contexto. Visto como respondentes, emoções e pensamentos são indicativos de mudanças contextuais e precisam ser modelados a partir das ações e da linguagem congruentes com o que é valoroso para o sujeito em questão.

A conceituação de caso ACT envolve os três componentes do modelo de psicopatologia: fusão cognitiva, evitação experiencial e restrição comportamental. Toda nova conceituação é um novo trabalho. A evitação possui uma variação ainda maior de um caso para outro (Roemer & Orsillo, 2010). Em contraposição, é proposto um modelo de enfrentamento à psicopatologia, que compreende o modo de funcionamento saudável, ou de tratamento, composto também por três componentes: aceitação, escolha e ações de compromisso (Losada et al., 2015).

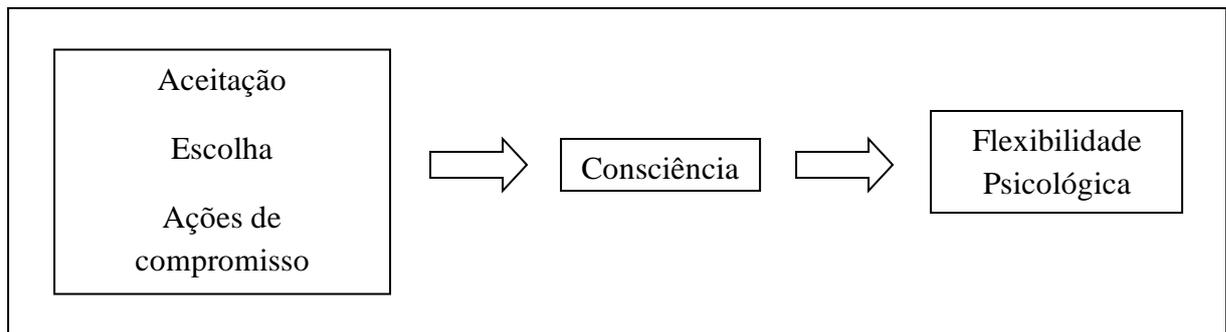
A aceitação é a resposta aberta à experiência, em detrimento à fusão. A ACT compreende que a aceitação é o primeiro passo para lidar de forma consciente com eventos desagradáveis. Ao contrário da fusão, que busca através da linguagem explicações que justifiquem desconfortos a fim de saná-los, o que ganha o nome de

controle, a experiência desconfortável auxilia na compreensão do contexto, incluindo a experiência interna. A consciência do que se pensa e se sente é mais importante para criar estratégias realmente eficazes. A aceitação pode ser compreendida como a disposição de um enfrentamento ativo. Apesar de parecer paradoxal, “manchar” as experiências com explicações conceituais pode desencadear em uma postura passiva, a evitação. É preciso conhecer o contexto para agir e se reconhecer como parte dele (Hayes et al., 2021).

As escolhas atuam a partir do sentimento de desesperança criativa. A partir da consciência de que não é possível esquivar-se da experiência, seja externa ou interna, o potencial para escolher o caminho a ser tomado é revelado. Após a aceitação e a compreensão do evento através de uma postura aberta à experiência, a pessoa tende a estar centrada ao aqui e agora, e enxergando-se como parte do contexto, inicia sua modificação efetiva por si mesmo (Hayes et al., 2021; Hayes & Smith, 2019). Esse movimento por si já é contrário à evitação experiencial.

Por último, as ações de compromisso dizem de um direcionamento a partir dos valores. Ao contrário do que se pode inferir, não remete a uma quebra de regras. Pelo contrário, influencia sua relação. As regras passam a serem vistas como modelos de comportamento que mantêm a ordem, mas essas passam pelo crivo dos valores pessoais (Törneke, 2010). A ação compromissada é executada quando pomos em prática o produto da aceitação e das nossas escolhas (Losada et al., 2015). A restrição comportamental, como o próprio termo denuncia, restringe a ação a uma quantidade limitada e pouco efetiva de possibilidades. A figura 3 ilustra este modelo.

Figura 3  
Modelo de enfrentamento a psicopatologia



Fonte: Adaptado de Saban (2015) e Hayes et al. (2021).

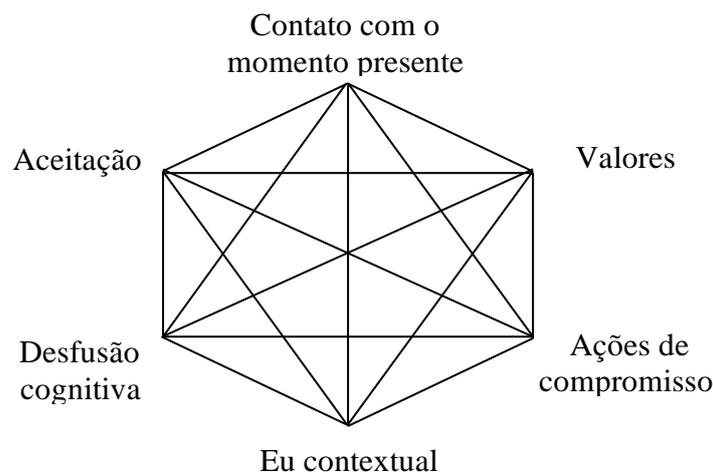
É importante que a flexibilidade psicológica seja compreendida, e instrumentalizada, como um processo. Flexibilidade não é um lugar a se chegar. Pelo fato de a aprendizagem sofrer generalização em uma perspectiva contextual, a flexibilidade é o conjunto de posturas e atitudes que possibilitam uma ação consciente, centrada, que facilita a flexibilização da aprendizagem e reforça as ações com base naquilo que é significativo (Hayes et al., 2021; Roemer & Orsillo, 2010).

Como mencionado anteriormente, Hayes et al. (2008) operacionalizam o modelo de enfrentamento a partir de hexagrama de flexibilidade psicológica, que aponta a direção das intervenções em saúde da ACT. O também chamado hexaflex, apresenta o percurso do processo psicoterapêutico. Aceitação, desfusão cognitiva, eu contextual, contato com o momento presente, valores e ações de compromisso compõem os processos de flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2021), como ilustrado na figura 4.

O hexaflex pode ser interpretado de duas formas. A primeira o subdivide em dois grupos: processos de conscientização e aceitação e processos de mudança de comportamento e compromisso (Hayes et al., 2008). O processo interventivo é composto desses dois momentos, com o primeiro englobando aceitação, desfusão cognitiva e contato com o momento presente e o segundo envolvendo eu contextual, valores e ações de compromisso.

Outra forma conceituar o hexaflex o subdivide em três: lado esquerdo do hexágono, que inclui os processos de aceitação e desfusão cognitiva; meio do hexágono, composto por eu contextual e contato com o momento presente; por último, o lado direito do hexágono inclui valores e ações de compromisso (Saban, 2015). Barbosa, et al. (2016) também apontam organização e expansão da visão por pares proposta por Hayes et al. (2021) na segunda versão da ACT, argumentando que cada um representa um domínio ou pilar que, juntos, explicam o modelo de flexibilidade psicológica. São eles: abertura (aceitação e desfusão cognitiva); centrado ou presença (contato com o momento presente e eu contextual); e engajado ou compromisso (valores e ações de compromisso).

Figura 4  
Hexagrama de flexibilidade psicológica



Fonte: adaptado de Hayes et al. (2008)

Iniciando pela aceitação, conceito já discutido, faz-se importante apresentá-la enquanto um dos processos a serem aprendidos na prática clínica. O primeiro ponto do hexaflex corrobora com o primeiro passo do modelo de enfrentamento à psicopatologia. A aceitação trata de como se lida com os eventos encobertos, inclusive os agradáveis (Barbosa et al., 2016). Para Saban (2015), aceitar os eventos encobertos, por mais

desagradáveis que sejam, apresenta duas vantagens: autoconhecimento e diminuição da evitação experiencial.

A aceitação também pode ser entendida como um comportamento, encoberto, já que a se compreende enquanto a disposição para nos abirmos à experiência. Como pensamentos e emoções fazem parte de “quem somos”, mas não “nos definem”, quanto mais aberto à experiência, interna ou externa, menor a intensidade e o seu efeito. Se nos é possibilitado experienciar eventos de qualquer natureza, menor será a necessidade de rotularmos e enquadrarmos o conteúdo de pensamentos e emoções como comportamento de uma segurança reativa.

Hayes et al. (2021) ilustram a defusão cognitiva afirmando que pensamentos não pensam, são pensados. Logo, quando alguém se define pejorativamente ela pensa que é. O apego ao conteúdo do pensamento a partir da confiança na linguagem, não considerando sua arbitrariedade, definirá o quão a pessoa está fusionada a uma visão conceitual de si. Da mesma forma, sentimentos e emoções não são pensamentos. O exercício da defusão também é responsável por isso. Por trabalhar com a linguagem, a ACT estimula que as pessoas discriminem os eventos encobertos no início de seus relatos. Iniciar uma frase com “eu penso que” ou “eu estou tendo um sentimento”. A defusão irá trabalhar a função simbólica da linguagem e seus efeitos, sua arbitrariedade, a diferenciação entre avaliação e descrição e a objetivação de estímulos.

Os dois componentes do lado esquerdo do hexaflex compõem o estilo aberto. Por compreender a dificuldade na compreensão de que não se deve excluir a experiência a qual se deseja evitar, a ACT propõe o uso de metáforas e psicoeducação baseadas na experiência. As metáforas, assim como qualquer ferramenta na ACT, não devem ser utilizadas em demasia ou com objetivo de interpretação. Já a psicoeducação necessita ser complementada com a experiência da pessoa.

A apresentação de conceitos necessita ser ilustrada com relatos de vida ou exemplos genéricos. A substituição de longas explicações pela experiência auxilia na imersão no processo psicoterapêutico, na relação terapeuta-cliente e evita a chamada intelectualização (Harris, 2020). Não é um ganho quando se aprende diversos conceitos sem condições de aplicação no dia a dia. Intelectualizar a terapia poderá contribuir no aumento da ansiedade ou angústia, reforçando comportamentos de evitação e a formulação de novas regras.

O contato com o momento presente pretende um resgate a atividade consciente da pessoa. Por ser focada no aqui e agora, a ACT trabalha suas intervenções nas manifestações presentes. O histórico de vida é de suma importância para a conceitualização de caso, pois ajuda a compreender o desenvolvimento das demandas. Roemer e Orsillo (2010) argumentam que nem sempre é possível ter clareza dos determinantes históricos do repertório de respostas desadaptativas apresentados. Logo, para além da formulação de caso e para personalizar algumas psicoeducações, o foco é na manifestação atual dos problemas.

Esta habilidade possibilita romper padrões os quais a pessoa está atrelada às experiências passadas ou tecendo previsões negativas do futuro, que por sua vez estimulam a evitação experiencial, seja por uma fusão com suas memórias, pela incapacidade de agir de acordo com seus valores e ceder a comportamentos restritivos, ou pelos dois (Saban, 2015).

A sabedoria estaria ligada a uma consciência aberta, não reativa, que compreende a partir do contexto e se abre à experiência (Roemer & Orsillo, 2010; Hayes, 2004). Não é possível se sair bem-sucedido na totalidade dos eventos, mas o quanto for possível aumentar as chances de sucesso, bem como de aprendizagem e menor trauma ou vitimização, será sempre a melhor escolha. A mudança em psicoterapia não pode ser

definida como linear. A ACT compreende altos e baixos como eventos naturais e passíveis de se tornarem conteúdo da terapia (Hayes et al., 2007).

Na prática, o trabalho com o processo de contato com o momento presente geralmente envolve práticas que objetivam o desenvolvimento de atenção sobre pensamentos, emoções e sensações, diferenciando-os e os relacionando a fatores ambientais para a seleção de comportamentos funcionais. Hayes (2004) foi um dos primeiros a compreender a necessidade de complementaridade entre as tradicionais práticas psicoterápicas comportamentais com outras que favorecessem este processo, advogando sobre a sua importância. Com inspiração no zen-budismo, o *mindfulness*, ou atenção plena, é tido como a capacidade de prestar atenção no momento presente, sem realizar julgamentos (Wilson & Dufrene, 2010). Mais que uma ferramenta clínica, é também um estilo de resposta consciente. Os exercícios utilizados na prática clínica envolvem desde respiração livre a meditações guiadas, passando também por experimentos dentro e fora do consultório.

Flexível, o *mindfulness* também pode ser orientado para formatos menos diretos e estruturados, como a busca pela realização consciente de atividades diárias, desde seu planejamento, passando pela execução e finalizando com as suas consequências (Roemer & Orsillo, 2010). O objetivo é estimular uma “mente observadora”, aceitando os eventos privados sem tentar modificá-los, substituindo uma lógica de “compra” de pensamentos, por uma mais saudável de apenas tê-los. Assim como a ACT, o *mindfulness* valida toda experiência e não reconhece que pensamentos ou emoções possam ser disfuncionais, mas a função que exercem pode não estar se provando adaptativas (Vandenberghe & Valadão, 2013; Vandenberghe & Sousa, 2006).

O eu contextual também é fomentado pelas práticas de *mindfulness*. É aqui, quase que como em complemento a prática em si, que o exercício da atenção plena no aqui e no

agora se caracteriza na compreensão das escolhas possíveis. Esse ponto de hexágono traz a compreensão de que a noção de *self* do Contextualismo Funcional (CF) e, conseqüentemente, da ACT se dá a partir do entendimento do contexto o qual a pessoa se apresenta, de acordo com o momento presente, e sendo o próprio organismo um contexto que engloba comportamentos e experiências internas (Hayes et al., 2021). Tal visão proporciona que as ações sejam baseadas mais na análise das contingências do que pela lógica.

No lado direito do hexágono, os valores são formados a partir de experiências significativas. Um valor é sempre uma escolha tomada de forma livre e podem ser entendido através do comportamento (Barbosa et al., 2016). Ainda sobre sua constituição, um valor é, a nível verbal, uma construção de conseqüências da vida e direcionamento de ações. Um valor é conseqüência de reforçamentos positivos de grande magnitude. A formulação verbal do produto do reforçamento em longo prazo é chamada valor. Este tem por características a abertura para a vulnerabilidade, vitalidade, escolha e orientação pelo momento presente (Saban, 2015).

Hayes et al. (2021) alertam para a importância de diferenciar valores de objetivos. Os primeiros são anteriores e não podem ser satisfeitos. São como qualificadores da própria ação e motivam quando um objetivo qualquer está em alinhamento. Em suma, os valores direcionam os objetivos. O exemplo trazido pelos autores ajuda na compreensão. Nele, é feita a distinção entre o ato de casar e o casamento. O primeiro se caracteriza enquanto um objetivo, pois será satisfeito assim que a ação for realizada. Já o casamento é um valor, pois qualifica a ação, sendo motivadora desta.

As ações de compromisso mantêm um padrão de comportamento. São coerentes com os valores e visam o cumprimento de metas (Barbosa et al., 2016). Uma ação compromissada com valores pessoais supera pressões sociais, julgamentos e quebram um

padrão literal da linguagem. São o estágio final de um processo que inicia pela aceitação e é mediado pelas escolhas. Apesar de apontar um sentido, valores e ações de compromisso não são generalizáveis. Os valores são construções sólidas, adaptativas. Elas permanecem porque têm um componente afetivo significativo e funcional. As ações compromissadas são a operacionalização das metas oriundas dos valores. Quando uma ação passa a ser generalizada, torna-se uma barreira para a execução destas. Um estilo de ação aberto à experiência não livra a possibilidade de sofrimento. Este é visto como evento natural de situações difíceis. As respostas generalizadas são aquelas as quais se tenta ter controle sobre variáveis que eliciem algum sofrimento.

São barreiras às ações de compromisso a dor, o trauma e a vitimização. Ou seja, evitar a experiência pela dor emocional que pode ser causada, por um trauma que corresponde a uma generalização aversiva ou uma visão vitimizada diante do contexto. Para isso, a descoberta dos valores é um dos pontos chave da ACT. Este percurso de autoconhecimento geralmente é caracterizado pelo automonitoramento, análise dos registros e experimentos comportamentais (Hayes et al., 2021). Metáforas ajudam na compreensão dos conceitos e na relação entre valor e compromisso. Concluindo, o estilo engajado é uma resposta alternativa à restrição comportamental.

Duas observações se fazem pertinentes para integrar o processo interventivo e nortear a prática do psicoterapeuta no que diz respeito à relação terapêutica. A primeira delas é a postura terapêutica, que deve ser compreensiva e voltada ao que a pessoa deseja para a sua vida. Hayes et al. (2021) definem respeito radical como o direcionamento ao acreditar na potencialidade da pessoa diante do pensamento geral de que todos são capazes de viver de forma relevante e significativa, como também em abrir-se à experiência e conviver com situações desconfortáveis.

Aqui, é importante apontar que terapeuta ACT precisa estar consciente de quais são os seus valores pessoais. A segurança sobre valores, posicionamentos e *self* por parte do profissional contribui para a abertura ao outro. Isto se torna especialmente importante quando se atende alguém com alguma prática socialmente inaceitável ou que vá de encontro com os valores pessoais de quem atende. A postura terapêutica postula a validação enquanto outra forma de acesso compreensível ao conteúdo evocado. Os autores ainda afirmam que é um movimento genuíno, em momentos específicos e com o intuito único de auxiliar no processo, a autoexposição.

A segunda observação aponta a necessidade de uma reflexão a respeito das variáveis culturais que influenciam a forma como o modelo ACT será empreendido. É preciso estar atento à idade do cliente para um entendimento de seu coorte geracional, variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, e limitações desenvolvimentais ou adquiridas. Isso auxilia para além do próprio relato, como peças de um quebra-cabeça que fazem maior sentido ao serem encaixadas. Os diferentes papéis assumidos socialmente, assim como os diversos contextos podem justificar o porquê de certos comportamentos e crenças. A apreensão cultural amplia o conhecimento de como ela é muitas vezes corresponsável por comportamentos desadaptativos (Hayes et al., 2021; Roemer & Orsillo, 2010). O conhecimento incorporado à conceitualização de caso após uma minuciosa avaliação cultural nos dá familiaridade com suas demandas, promovendo compreensão e motivação necessárias para realização de um bom trabalho.

No desenvolvimento conceitual da ACT, Hayes a direcionou a um caminho de expansão da própria abordagem, bem como desta enquanto um modelo para modelos psicoterápicos mais modernos. Em especial na obra “A Liberated Mind: How to Pivot Toward What Matters” (2019), o autor expande a visão por sobre os seis processos de flexibilidade/inflexibilidade psicológica buscando compreender os anseios humanos que

levam as pessoas a se engajar em ações que as levam a processos de flexibilidade ou inflexibilidade.

No estilo aberto os processos de aceitação e evitação experiencial revelam o anseio por sentir, no sentido de experienciar emoções. No intuito de sentir-se bem, pode-se tender à evitação das emoções que são desconfortáveis, numa má sucedida tarefa de bem-estar. Já os processos fusão e des fusão cognitivas dizem do anseio por coerência, buscando ver a si, os outros e o futuro em concordância com a experiência cognitiva.

Contato com o momento presente é o terceiro processo de conscientização e aceitação, juntamente com a predominância do passado ou futuro, correspondem ao anseio por orientação. Eu contextual e conceitual são processos que dizem do anseio por sentir-se pertencente. Os processos relacionados a valores revelam o anseio por uma vida com significado e as ações de compromisso e seu equivalente inflexível, inércia e impulsividade, dizem do anseio por competência.

Em complemento, Hayes utiliza a ACT como modelo base para uma proposta para o futuro das psicoterapias, chamada “Terapia Baseada em Processos”. A proposta, ainda em estado seminal, propõe a flexibilização dos modelos teóricos das abordagens psicológicas em prol da construção de tratamento baseado nos processos clínicos, que são os mecanismos subjacentes da mudança em psicoterapia (Hoffman & Hayes, 2018).

As abordagens de terceira geração alcançaram um nível de integração maior, no que tange à prática, que as de gerações anteriores. A ACT, como uma proposta transdiagnóstica, integrativa e funcionalmente orientada, baseia suas intervenções naquilo que “melhor funciona” para um dado contexto (Barbosa & Murta, 2014; Lucena-Santos et al., 2015).

A proposição de protocolos funcionalmente orientados, ou seja, focado nos processos clínicos de mudança, permitiu a visão da ACT como uma tecnologia a ser

utilizada quando necessária. Para Hayes & Pistorello (2015), une o melhor das tradições comportamentais e cognitivas. Com isso, é possível pensar na ACT como um programa completo de intervenção, bem como integrado a outras propostas.

Contextualmente orientada, não seria necessária a construção de diversos protocolos para diversos públicos de diversas faixas etárias. Isso também torna, em contrapartida, o trabalho do clínico minucioso e rigoroso, pois lançar um olhar contextual ao indivíduo na junção de todas as suas variáveis biopsicossociais é pensar a complexidade da formação da cognição, linguagem, emoções, processos motivacionais, relacionais e comportamentos humanos controlados por questões globais, como idade, gênero e cor de pele, questões culturais, como aposentadoria e mercado de trabalho, além da experiência subjetiva.

Com isso, uma abordagem contextual está disposta a olhar essa confluência de fatores em suas funções, equilibrando fatores nomotéticos (gerais) e idiográficos (individuais) de fenômenos como, alinhado ao escopo deste trabalho, o envelhecimento (Levin et al., 2016). A ciência contextual, de maneira geral, por abordar preceitos ontológicos, permite o diálogo com diferentes conhecimentos, desde que estes possam ser interpretados por um olhar contextual.

A ACT é uma abordagem comportamental construída e desenvolvida ao longo de mais de três décadas. Sofrendo modificações a partir de construções filosóficas e conceituais, dados de pesquisa e experiência clínica, hoje se estabelece como uma prática consideravelmente consolidada. Possivelmente suas diversas modificações dificultem a estabilização de seu corpo e da qualidade de suas evidências. Entretanto, sua solidez e anos de investigação já reveste de segurança profissionais de psicologia ao redor do globo.

Sendo uma das abordagens mais pesquisadas, a ACT continua em plena expansão, atingindo diferentes públicos, em diferentes contextos. Sua proposta transdiagnóstica e contextual auxilia sua adaptação e viabilidade em diferentes culturas. Este é o principal argumento de sua escolha para embasar o presente trabalho. A proposta de uma ACT direcionada ao público idoso, população alvo da pesquisa aqui apresentada, é um esforço duplo: fomentar ainda mais a expansão de possibilidades de intervenção da própria ACT, bem como do campo de intervenções psicológicas no envelhecimento, composta hoje principalmente pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que não abarca todas as problemáticas em todos os níveis de complexidade, no que diz respeito à uma prática baseada em evidências, seguida pela própria ACT.

Funcionalmente orientada e centrada em um olhar contextual, vista da tecnologia de apoio ao tratamento de base, a ACT pode ser discutida à luz de teorias científicas, incluindo as que debatem o envelhecimento como fenômeno biopsicossocial. Dito isto, o capítulo seguinte inicia um debate sobre o atual paradigma de desenvolvimento, e envelhecimento, humano e suas possíveis articulações a fim de viabilizar uma intervenção ACT orientada a pessoas idosas.

### **CAPÍTULO 3 - PARADIGMA DE DESENVOLVIMENTO AO LONGO DA VIDA: CONSTRUINDO UM DIÁLOGO**

Como discutido anteriormente, o envelhecimento é marcado pela não-linearidade. Para se chegar a essa compreensão, os estudos sobre capacidade de reserva e da neuroplasticidade foram cruciais. A partir daí fora, enfim, possível pensar o processo acima não como uma condição de adoecimento, partindo para uma análise mais profunda e qualitativa. Hoje, envelhecer é chegar a mais uma fase da vida com perdas e ganhos normativos e não normativos (Arcos-Burgos et al., 2019).

As condições ambientais, históricas e eventos críticos são fatores de investigação da *senescência* e da *senilidade*. A primeira caracteriza a pessoa que atinge a terceira idade sem nenhum agravo que comprometa significativamente sua saúde e funcionalidade. Seria este o envelhecimento saudável, bem sucedido, ou ativo. Já a *senilidade* trata do envelhecimento com comprometimentos significativos, marcado por incapacitação e doenças crônicas em sua maioria (Ciosak et al., 2011).

O paradigma *lifespan* compreende teorias e estudos voltados à compreensão de todo o processo de desenvolvimento humano, possibilitando direcionar estudos aplicados para o desenvolvimento de práticas e produtos que possam aprimorar o melhor de cada fase. Foi uma importante virada no campo do envelhecimento, passando a nortear investigações atentas ao equilíbrio entre ganhos e perdas da idade e fatores que o propiciariam. As intervenções em saúde objetivam, direta ou indiretamente, capacidade de reserva e neuroplasticidade. Com a possibilidade de viver cada vez mais, e com qualidade, a humanidade chega à esperada longevidade.

O idoso longo é aquele que vive mais e com grau mínimo de incapacitação. Ultrapassar os 80 anos de vida implica a necessidade de um equilíbrio ainda maior em meio a não linearidade da vida. Os desafios implicados nessa conquista estão relacionados

ao envelhecimento biológico, que já se encontra avançado. O aumento na probabilidade de desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, em especial as demências, e quadros psiquiátricos como a depressão, além da posição social que o idoso assumirá, são alguns deles. (Ferreira et al., 2018; Knappe et al., 2015).

Iniciando pela capacidade de reserva, esta é compreendida em dois níveis: cerebral e cognitiva. A primeira refere a um maior desenvolvimento neuroanatômico e no número de neurônios, facilitando as sinapses. A reserva cerebral permite o aumento do funcionamento cognitivo em qualidade e duração, sendo proporcionada pela neuroplasticidade. As principais variáveis para uma maior capacidade de reserva ainda são o nível socioeconômico e o grau de escolaridade, mas os estudos já direcionam estilo de vida a fim de abranger e favorecer os contextos mais vulneráveis (Abrisqueta-Gomez, 2013). A reserva cognitiva trata da capacidade de agir de forma flexível com base em habilidades construídas com a experiência. Em suma, são mecanismos adaptativos de flexibilidade e apresenta um maior nível de atividade (Vernaglia, 2019). Essa instância da capacidade de reserva será a discutida ao longo do trabalho.

Em maior ou menor grau, há um declínio na inteligência mecânica, ou fluida, na medida em que o organismo envelhece. Esse subtipo de habilidade intelectual interfere na execução de tarefas em algum nível desconhecidas e que possam exigir o uso de recursos ambientais também ignotos. A inteligência mecânica atinge seu auge na juventude (Baltes, 1987). A inteligência mecânica também facilita a capacidade de memória episódica, incorrendo em um maior grau de detalhamento no relato.

Em contrapartida, o que ainda está em pleno amadurecimento nos mais jovens atinge seu nível mais alto na senescência: a capacidade pragmática da inteligência. Também conhecida por inteligência cristalizada, tem como características a flexibilidade e o uso da experiência pregressa para a execução de tarefas em qualquer grau de

conhecimento ou dificuldade. Baltes (1987) irá relacioná-la ao construto sabedoria, a qual possibilita a capacidade de julgar congruente com a experiência, em detrimento da visão de situações como fatos isolados.

O papel da reserva cognitiva para o idoso se anuncia no suprimento da perda da capacidade mecânica de resolver situações pelo conhecimento adquirido ao longo da vida. A sabedoria também não se apresenta de forma linear, sendo influenciada pelos fatores ambientais, históricos e não normativos. O uso dos recursos cognitivos é de suma importância para a sua preservação e estímulo, em especial da memória, inteligência e funções executivas. O que torna a sabedoria, ou seja, a possibilidade de ganhos, uma realidade, a nível estrutural, é a neuroplasticidade. Essa importante capacidade é o que viabiliza a reserva cerebral e cognitiva (Vernaglia, 2019), que por sua vez viabiliza a plasticidade comportamental, discutida mais à frente.

A neuroplasticidade é a capacidade plástica do sistema nervoso de equilibrar a morte neuronal com o desenvolvimento de novas células nervosas, repondo sinapses, criando novas e utilizando áreas do cérebro até então pouco ativadas. Com as teorias apontando para a morte neuronal como algo definitivo cada vez mais desacreditadas, evidências crescentes reforçam que não há, necessariamente, relação exclusiva entre envelhecimento e degeneração. Mesmo com uma perda de massa, maior morte neuronal e menor capacidade mecânica, o idoso possui um ritmo próprio que se compreendido e trabalhado renderá frutos consistentes e duradouros na saúde. Mesmo os idosos com algum grau de comprometimento cognitivo, decorrente do declínio ou evento crítico, são passíveis de ganhos (Arcos-Burgos et al., 2019).

A neuroplasticidade pode ter efeitos tanto positivos quanto negativos, Na contramão do acima exposto, fatores ambientais podem contribuir para o prejuízo que reflete na diminuição da atividade cerebral, especialmente na diminuição e supressão das

sinapses. Exames de imagem já comprovam o desenvolvimento cerebral concomitante ao seu declínio na velhice. Já se discute o envelhecimento enquanto a fase do desenvolvimento humano que melhor lida com perdas e ganhos. O declínio, principalmente nas demências, atinge parcela significativa da população idosa. Por mais que os avanços mostrem que são quadros que podem ser amenizados, talvez prevenidos, ainda há um longo percurso para uma compreensão global (Arcos-Burgos et al., 2019).

Desde já, uma gama de práticas já está em desenvolvimento e ampla utilização. Educação continuada, atividade física, nutrição, psicoterapia e estimulação cognitiva são algumas delas. A neuroplasticidade é uma chave para o desenvolvimento de intervenções efetivas, desde o plano neurofisiológico, cognitivo e comportamental, até a mudança da representação social do idoso enquanto ser de possibilidades.

O *lifespan* é resultado de uma série de pesquisas longitudinais que tiveram início na década de 1950, das quais algumas seguem ativas até os dias de hoje. Baltes foi um importante pesquisador em um desses estudos, o *Berlin Aging Study* (BASE), e desde a década de 1980 vem publicando artigos discutindo os desdobramentos da compreensão consensual que se tem hoje na ciência quando se aborda o envelhecimento. Para mais detalhes sobre a obra do autor e seu percurso profissional, consultar Neri (2006). O paradigma aqui discutido compreende os seus antecessores buscando um entendimento integral do envelhecer, buscando uma análise biopsicossocial do desenvolvimento humano (Baltes, 1987). Não discute exclusivamente o envelhecimento, sendo este apenas o recorte do presente capítulo.

Baltes (1987) compreende que o desenvolvimento dependerá dos fatores biológicos e culturais, envolvendo idade, coorte e eventos não normativos. As envelhecer, os fatores influenciarão na autorregulação a fim de equilibrar a manutenção das capacidades e perdas, inevitáveis. Aqui se busca mais que a complementação dos modelos

de ciclo e curso, mas o aprofundamento na interrelação entre os fatores. Mesmo assumindo uma posição favorável à tese do envelhecimento saudável, algumas considerações precisaram ser estabelecidas para limitar o paradigma dentro das possibilidades reais de alcançá-lo.

No campo biológico, a capacidade plástica declina com o passar do tempo, tornando-se mais lenta e com maior perda neuronal. Logo, a neuroplasticidade permanece uma possibilidade mesmo que com outra dinâmica. É possível, então, aprender e adaptar-se quando idoso, dependendo de um maior grau de flexibilidade e sabedoria (inteligência pragmática). No social, é necessário o amplo desenvolvimento de recursos que proporcionem um envelhecimento ativo. Desde estímulos científicos aos culturais, foi por esse caminho que se chegou à longevidade e por esse mesmo que ela irá manter-se com qualidade. Isso se torna possível através do desenvolvimento de produtos em saúde, desde medicações a técnicas de proteção e prevenção a doenças e reabilitação cognitiva, passando por uma visão ecológica dos recursos naturais, até a valorização cultural e educação continuada ao longo da vida (Baltes, 1997).

Vale salientar que a capacidade pragmática se estende também à memória. Em idosos, há preservação da memória de longo prazo semântica e implícita e declínio da episódica. A memória semântica, diz da capacidade de evocar informações contextuais e conhecimentos gerais. A implícita auxilia em tarefas que necessitam pré-ativação perceptual. Apesar de um leve declínio na capacidade conceitual em ambas as memórias, o conhecimento permanece (Abrisqueta-Gomez, 2013).

Diante de uma perspectiva otimista para o envelhecimento saudável, há de se considerar os limites dos recursos sociais e científicos e a não linearidade que promove, em todos os casos, algum grau de declínio. A posição assumida pelo paradigma de desenvolvimento ao longo da vida é o do envelhecimento enquanto fase do

desenvolvimento, e isso acarreta perdas e ganhos concomitantes. Partindo da não linearidade calcada no envelhecimento processual e singular, Baltes admite que, apesar do declínio significativo não ser uma variável dependente do envelhecer, é necessário um ambiente adaptativo e reforçador e condições mínimas favoráveis que possibilitassem um uso efetivo da capacidade pragmática. Uma cultura que valoriza o idoso, uma produtividade realista, a ausência de doenças e lesões neurológicas, educação permanente e abundância de experiências socioculturais. Elementos que levariam o envelhecimento saudável ao nível ideal e cada vez mais comum entre as pessoas acima dos 60 anos (Baltes, 1987; 1993).

O *lifespan* anuncia uma interdependência entre os aspectos biológicos e socioculturais, com o segundo proporcionando a manutenção do primeiro. Um bom exemplo são as políticas públicas, brevemente discutidas no início do capítulo, que tem como missão tornar natural a inserção do idoso na sociedade pela garantia de seus direitos. O Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) são exemplos (Veras & Oliveira, 2018). Em um plano mais específico, tem-se as intervenções psicossociais e comportamentais como a psicoterapia, que irá trabalhar a relação do idoso com os atravessamentos sociais e, em alguns casos, biológicos. Os transtornos mentais são consequências dos fatores mencionados, como visto no capítulo anterior.

Assumindo o declínio da plasticidade em pessoas mais velhas, Baltes reforça a pertinência metamodelo de *Seleção, Otimização e Compensação* (SOC) (Baltes, 1997). Aqui, ela será tratada a nível comportamental. A plasticidade comportamental compreende a capacidade de adaptação da pessoa ao ambiente, de forma consciente ou não, utilizando recursos pessoais e sociais para adaptação, agência e redução de perdas. Ou seja, reflete a flexibilidade para lidar com situações completamente novas ou semelhantes às já vividas (Baltes, 1997). Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) apontam

na teoria desenvolvida por Baltes uma aproximação entre o grau de plasticidade e a capacidade de reserva. E, apesar dos recursos internos e externos da pessoa mudarem ao longo da vida, limitações podem ser supridas com a flexibilidade possibilitada pela plasticidade comportamental e pela reserva cognitiva. É importante mencionar que a reserva cognitiva, capacidade de agir de forma flexível a partir de habilidades cognitivas, e a plasticidade comportamental são parte de um mesmo recurso adaptativo do organismo.

O modelo SOC precisa ser visto como um processo que envolve os componentes cognitivo, emocional e comportamental. É necessário haver motivação, acreditar que se é capaz de adaptar-se, fazendo aquilo que é preciso e faz sentido, equilibrando e potencializando as capacidades. O primeiro elemento do modelo, *seleção*, compreende a definição de objetivos. Seja pela aquisição de novos recursos ou pela necessidade de readaptação por perdas, selecionar traz um componente cognitivo de agenciamento. A importância da seleção para o idoso se dá pela diminuição das possibilidades, principalmente na necessidade de flexibilização diante das mudanças que envelhecer trás cognitiva, emocional e fisiologicamente e nos componentes sociais. É necessário ter objetivos bem estabelecidos e uma boa gestão dos riscos e capacidades para que seja possível otimizar os recursos disponíveis.

A otimização refere à adaptação, representada por uma melhora ou manutenção dos recursos pessoais e instrumentais que serão dispensados para a execução da tarefa pretendida. Não menos importante, a compensação é o estágio de ação. É quando o comportamento compensatório passa a ser utilizado como nova resposta ao que se apresenta enquanto estímulo (Bajor & Baltes, 2003).

O modelo SOC ajuda na compreender a aprendizagem e a adaptação humanas. Não é um processo consciente em todas as ocasiões, mas um modo de operacionalização do organismo que está em constante atualização, do nível celular ao social. O declínio,

nesta perspectiva, também o é. As perdas normativas da senescência são precisas para a adaptação ao novo corpo que se apresenta. As não normativas, apesar de problemáticas, também podem ser interpretadas como tentativas mal-sucedidas de adaptação para um funcionamento dentro do que é possível (Baltes, 1987; 1997). Se bem sucedido, o envelhecimento leva o idoso a aprender e aceitar perdas e aplicar estratégias para manutenção da funcionalidade global para que seja possível perpetuar uma vida com sentido.

Quando utilizadas nas práticas em saúde, o efeito da estimulação do SOC pode aumentar tanto a capacidade funcional quanto o reforçamento dos valores pessoais, que também servirão de motivação para selecionar, otimizar e compensar. Isso promove bem estar psicológico, reforçamento dos vínculos e menor taxa de adoecimento psicossomático (Alonso-Fernández et al., 2016).

O modelo SOC não se configura enquanto uma técnica, mas uma ferramenta ou estruturação teórico-prática que guia os profissionais a em suas intervenções, adaptando técnicas quando necessário. Psicólogos, fisioterapeutas e médicos, por exemplo, utilizam-se deste modelo para refinar seus planos de tratamento e intervenções a fim de torná-lo efetivo e com isso aumentar as chances de ser bem sucedido. A possibilidade de predição do sucesso do tratamento depende diretamente de um amplo conhecimento histórico, funcional e dos objetivos de vida do idoso com base no que seja significativo (Baltes & Carstensen, 1996).

Pensar a seleção, otimização e compensação não se restringe ao declínio biológico. Apesar de haver estudos que aproximam a prática das limitações físicas e cognitivas (Carpentieri et al., 2016; Robinson et al., 2016), há também estudos que visam uma adaptação às mudanças sociais, como dinâmica familiar, restrições financeiras e mudanças de residência (Perry & Thiels, 2016). Em parte dos casos, as demandas são

concomitantes. Declínios físicos e cognitivos acarretam incapacidades que modificam a dinâmica familiar em suas obrigações e relações hierárquicas, adaptações e mudança de lar e redirecionamento nos gastos com saúde. É comum nas práticas em saúde, incluindo as psicológicas, a inserção ativa da família e demais redes de apoio no tratamento.

O modelo SOC exige do idoso a capacidade de autorregulação. Esta define a acurácia entre a crença na capacidade e a possibilidade de realizar a ação. Selecionar entre o que se deseja, a necessidade e a capacidade, otimizar os recursos e agir de forma compensatória necessita de uma boa avaliação regulatória entre o componente cognitivo, de planejamento, e o comportamental, a execução. Esse percurso autorregulado de forma eficaz fornece a motivação necessária para o reforçamento da ação compensatória (Teshale & Lachman, 2016; Bajor & Baltes, 2003).

Para Rivero et al. (2013), o envelhecimento ativo está alinhado a práticas que mantenham a qualidade de vida e a regulação das perdas, estimulando o idoso a ser flexível e crer que é capaz de superar adversidades com o uso de sua sabedoria, tornando-se autoeficaz. Na literatura, o metamodelo SOC em pessoas idosas vem sendo pesquisado e relacionado à baixa impulsividade (Lamparska-Lamparska, 2021), aprendizagem desempenho de trabalho com funcionários *seniors* (Karlsen et al., 2022; Weber et al., 2019), promoção de saúde e práticas esportivas (Laroche et al., 2019) e manutenção da mobilidade e realização de tarefas diárias em casos de deficiência que prejudicam a mobilidade (Remillard et al., 2019).

O único estudo encontrado que estrutura uma intervenção ACT a partir do SOC fora o de Alonso-Fernandéz et al. (2016), que propuseram nove sessões individuais para pessoas idosas institucionalizadas com queixa de dor crônica. Os autores avaliaram aceitação da dor ( $p = 0,05$ ), ansiedade ( $p = 0,05$ ), estratégias de compensação ( $p = 0,05$ ), crenças catastróficas ( $p = 0,03$ ) e interferência da dor na vida diária ( $p = 0,03$ ).

Compuseram a amostra 53 participantes ( $M = 82$ ,  $SD = 10,0$ ), destes 78% foram mulheres. O grupo que recebeu ACT com SOC foi de 27, enquanto o grupo controle, 26. As sessões envolveram análise dos estilos de enfrentamento e a prática de novos a partir do modelo SOC, reforçando aceitação e comportamentos direcionados aos valores. Os tamanhos de efeito não foram apresentados no estudo, o que diminui sua confiabilidade.

Ainda não há um consenso sobre a caracterização do envelhecimento bem sucedido. Pela sua não linearidade, não é possível defini-lo enquanto um processo ausente de declínios ou doenças. Também não se pode considerar a senilidade como algo natural, como foi até algumas décadas atrás. Há de considerar o alerta de Baltes (1987; 1993; 1997) de que para envelhecer bem, desenvolvendo sabedoria, é necessário o mínimo de interferência ambiental negativa, ausência de eventos críticos, prevenção de quadros neurodegenerativos e uma vida rica em trocas sociais, desenvolvimento de habilidades, além da manutenção de hábitos saudáveis. Sabendo que atualmente isto só é possível em um plano ideal, estão em pleno desenvolvimento práticas como as já mencionadas, além do constante reforçamento do papel da família, da mudança nas representações sociais da imagem do idoso e da construção de políticas que assegurem os direitos e condições dignas de vida.

Há esperança de que as próximas gerações de idosos estejam mais próximas do almejado envelhecimento ativo. Entretanto, mudanças como essas demandam tempo. Mesmo assim, não há garantias deste nível de senescência mesmo atingindo todos os fatores aqui descritos. A não garantia e a necessidade de expandir o campo de visão para uma integral, macro, enxergando as interrelações sociais, ambientais e afetivas na funcionalidade do idoso requer práticas que possam trabalhar a nível preventivo, interventivo e psicoeducativo. Como afirmam Baltes e Carstensen (1996), o envelhecimento bem sucedido só é capaz de ser avaliado quando se conhece o

funcionamento da pessoa, seus objetivos de vida, relações significativas e crenças de competência.

Iniciando pelos mecanismos que viabilizam o paradigma aqui discutido e suas teorias subjacentes, a plasticidade comportamental e a reserva cognitiva possibilitam o uso de recursos pessoais e ambientais objetivando a adaptação da pessoa tornando-a, através destes, preparado para cada nova tarefa. Agir de forma flexível com bases nas habilidades cognitivas formadas pela experiência sendo capaz de adequar-se utilizando tais habilidades, que são os recursos pessoais, para lidar com tarefas com maior ou menor grau de conhecimento prévio é uma finalidade compartilhada pela ACT.

A ACT não propõe uma mudança no conteúdo dos pensamentos nem compreende pensamentos enquanto disfuncionais, mas a investigação da função que exercem no contexto vivenciado (Hayes et al., 2021). A partir disso, A ACT não preconiza uma mudança avaliativa da cognição cristalizada, mas a readequação do seu uso, sua função através da flexibilização dos processos de conscientização e aceitação e processos de mudança de comportamento e compromisso. Por mais que um pensamento dito disfuncional reforce um quadro depressivo, por exemplo, para a ACT o pensamento não está inadequado em seu conteúdo, mas na função que exerce como resposta ao ambiente, através dos comportamentos e verbalizações.

Partindo do pressuposto de que o comportamento gera eventos encobertos, a mudança deve ser iniciada por uma análise das contingências, direcionando comportamentos que modifiquem a função do contexto. Tal análise se dá através dos recursos ambientais e pessoais, o que caracteriza o contexto. Há uma visão ampla do ambiente, levando em consideração também os eventos encobertos como respostas a este (Hayes et al., 2021).

A aceitação do contexto é o primeiro passo para a sua modificação, sendo esta possível através das experiências, incluindo as internas. Por não considerar erros perceptuais, mas respostas que assumem funções inadequadas, a ACT foca na experiência. A hipótese da ACT é a da possibilidade de incapacidade de utilização da experiência, atual, recente e de toda a vida, focado no que é significativo (valores) e fundido a um conteúdo cognitivo que elicia respostas que estimulam tentativas de controle sobre eventos encobertos desagradáveis ao invés de reunir esforços para um controle possível sobre o contexto. Os recursos pessoais direcionados às situações enfrentadas mudam o contexto, que por sua vez elicia pensamentos e emoções com menor grau de desconforto facilitando o desenvolvendo estratégias para lidar com o sofrimento (Linehan, 2017; Luoma et al., 2017).

Quando se pensa na pessoa idosa, que apresenta um grau normativo de declínio e um uso cada vez maior de sua capacidade pragmática, ou sabedoria, em detrimento da mecânica, será necessária agência da experiência acumulada para uma adaptação à nova realidade. Propor uma mudança de perspectiva, que exija ativação da inteligência mecânica, poderá trazer complicações ao idoso, com menor precisão, agilidade e capacidade criativa. Além de questionar a validade de uma lógica de pensamento construída ao longo dos anos. A ACT estimula a sabedoria, acreditando que a própria vivência constrói contextos saudáveis e possibilita experiências internas adaptativas direcionadas à ação compromissada com aquilo que é necessário e importante, além de uma linguagem menos engessada (Saban, 2015). Infere-se aqui a possibilidade de diminuição desta ser regida por uma normatização do que é ser velho, acarretando nos processos de inflexibilidade fusão cognitiva e eu conceitual.

Pensando de forma prática, o *lifespan* é compreendido através do modelo SOC. O organismo se desenvolve, adapta-se e regula perdas através dos mecanismos de seleção,

otimização e compensação. O CF compreende que a variável passível de previsão é o contexto, pois a sua análise é capaz de explicar o comportamento. Discutindo apenas o processo de SOC intencional, consciente, a variável para que o modelo funcione também é o contexto, pois é ele quem irá determinar a seleção, otimização e compensação dos recursos a serem dispensados. Os diferentes contextos, mesmo quando conhecidos, podem prever o comportamento e ao mesmo tempo exigem algum grau de modificabilidade. As ações só são justificadas quando inseridas no contexto. Comportar-se inadequadamente a este é o que pode denunciar algum problema de saúde, incluindo a mental (Bennet & Oliver, 2019; Alonso-Fernandéz et al., 2016).

O modelo ACT de funcionamento saudável envolve aceitação, escolhas e ações de compromisso. É necessário estar disposto a aceitar para buscar a mudança. Aceitar a velhice, as mudanças impostas da vida, as perdas de pessoas próximas e até algo que provoca adoecimento desde a juventude. Só a partir da aceitação que é possível enfraquecer crenças de incapacidade através de um agenciamento concreto das possibilidades, indo além da fusão, evitação e restrição comportamental. Por último, a ação é tomada com o compromisso sendo reforçada pelos valores, dando mais significado ao objetivo desejado ou necessário (Alonso-Fernandéz et al., 2016; Gillanders & Laidlaw, 2014). É possível realizar algumas aproximações entre os modelos ACT e SOC.

Para ser possível, o SOC irá depender de alguns fatores que o facilita. Ambientes favoráveis, menor ocorrência ou ausência de eventos críticos, desenvolvimento de competências, em especial através da escolaridade. O suporte social também é de suma importância para o desenvolvimento e manutenção do envelhecimento bem sucedido (Baltes, 1993; 1997). Entretanto, todos os fatores não garantem a sua concretização. Nem é estabelecido um modelo ideal do idoso ativo. Esse modelo também pode ser estimulado em idosos que já apresentam declínio um pouco maior ou diagnóstico, como no caso da

dor crônica e da depressão (Alonso-Fernández et al., 2016). Para obter sucesso, faz-se necessário que o componente motivacional seja estimulado a fim de que o idoso acredite ser capaz (Rivero et al., 2013).

Faz-se necessário pensar em intervenções que não só motivem, mas que também desenvolvam no idoso a flexibilidade necessária para repertórios comportamentais que reforcem uma postura ativa para mudança de contextos, incluindo os eventos encobertos, e através disso retomar sentido para validar suas vivências, potencializando os vínculos e, dentro de uma otimização contextual, compensar as perdas com objetivos bem estabelecidos e passíveis de cumprimento.

Nos transtornos mentais, como a depressão, mesmo um ambiente reforçador e uma história de vida favorável não encerram a possibilidade do surgimento de, pelo menos, quadros subsindrômicos. Não há necessariamente uma forma única para o seu desenvolvimento. Esta avaliação é idiográfica, como apontaram Baltes e Carstensen (1996). A possibilidade de enxergar as reais possibilidades de uma vida funcional depende diretamente da aceitação, seja da idade, dos sintomas incapacitantes, ou da possibilidade de que o modo de enfrentamento atual não traz resultado.

Como pensar, então, ACT a partir do metamodelo SOC em pessoas idosas? Selecionar recursos, otimizá-los e compensar as dadas limitações com ações efetivas depende antes da crença de que isso é possível. Os atravessamentos socioculturais sobre o envelhecimento são, muitas vezes, responsáveis pela desistência de uma vida ativa, podendo inclusive agravar quadros clínicos importantes (Rivero et al., 2013). A ACT parece corroborar com o SOC em seu modelo de intervenção, não só como um fator de desenvolvimento da crença de eficácia, mas operacionalizá-la (Alonso-Fernández et al., 2016).

Ampliando a discussão para uma teoria advinda do paradigma de desenvolvimento ao longo da vida, os controles primário e secundário, de Heckhausen e Schulz, elevam o debate sobre as influências socioculturais no conhecimento adquirido ao longo da vida. O primeiro trata do esforço pela modificação e controle do ambiente. Já o segundo compensa as perdas do controle primário, a fim de prevenir a concretização destas e manter nível próximo de funcionamento (Khoury & Günther, 2013). Os dois tipos de controle proporcionam satisfação ou frustração a depender do sucesso da ação. Entretanto, faz-se necessário compreender que tanto no primário quanto no secundário há o risco de as ações serem realizadas com base em regras rígidas, que não competem ao contexto, ou com base em relações arbitrariamente inválidas, que não condizem com a realidade (Heckhausen & Schulz, 1995).

Assim como na Teoria das Molduras Relacionais (RFT), a teoria apresentada por Heckhausen e Schulz não generaliza os controles primário e secundário enquanto ações desadaptativas. São comportamentos necessários para compensação das perdas. Nos comportamentos regidos por regras, é discutida a necessidade de códigos de conduta que orientem as pessoas e construa conhecimentos rígidos para qualificar a vida em sociedade. O alerta de Bennet e Oliver (2019) é dado quando as regras passam a ser utilizadas de forma inflexível, não permitindo uma linguagem e ações que se moldem às diferentes situações. Os controles primário e secundário apresentam nível de funcionalidade e validade quando os recursos utilizados são eficazes em curto e longo prazo (Khoury & Günther, 2013).

Na ACT, considera-se que, em algum grau, o controle não é negativo, e que um controle ativo dos eventos externos pode ser necessário para a flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2021). Assim como há a possibilidade de um comportamento regido por regras, criadas socialmente ou através de experiências dolorosas e traumatizantes,

levarem à tentativa de um controle em curto prazo que potencializa o sofrimento, os dois grupos de controle podem ser direcionados à atribuição da causalidade a pessoas e objetos que não têm ligação com a situação, ocasionando um controle secundário que pode ter enquanto conteúdo desvalorização e supervalorização pessoal, falsas atribuições de causalidade e comparações desconexas (Heckhausen & Schulz, 1995). Do mesmo modo que a RFT não leva necessariamente a um eu conceitual, os controles também não.

Tomando como exemplo um idoso com depressão que passa a se isolar, este tenderá a adotar um controle primário de restringir sua vida à sua residência. Partindo para o controle secundário, isolar-se trará o controle sobre interações sociais, cobranças de familiares e amigos e o poupará de envolver-se em atividades que envolvam qualquer tipo de esforço e diálogo. Diminuirá a necessidade de realizar a higiene pessoal e limpeza da casa, por não receber visitas, e prejudicará sua nutrição. Essa experiência tenderá a reforçar padrões evitativos, fundidos e restritivos, criando regras experienciais rígidas, além de sofrimento pela impossibilidade de exercer alguns comportamentos socialmente valorados.

Segundo Baltes (1996), a dependência aprendida é um comportamento generalizável recorrente em todas as fases maturacionais, alternando em maior ou menor grau com a autonomia a depender de fatores biopsicossociais. Na velhice, a dependência pode ser socialmente aceita e até incentivada em alguns contextos (Brito, 2018). Compreendendo a dependência como uma regra, em algum nível pode ser útil ao idoso, que nem sempre apresenta real condição para uma dada tarefa. Entretanto, se vista como uma resposta sobreaprendida prejudica a capacidade funcional, diminui a autoeficácia e contribui para a perpetuação de problemas de saúde.

Uma pessoa idosa dependente pode, com a pouca atividade, chegar à conclusão de que é incapaz ou inútil. Sentir-se velho demais atribui peso negativo à percepção de

saúde. Não só se rejeita a velhice e a finitude, mas funde-se à imagem de inutilidade, evitando experiências que possam contrapor essa crença e dificultando a ação comprometida com os valores (Ambrosi et al., 2019). Para a ACT, a generalização enquanto única possibilidade de resposta é o que constitui o seu modelo de psicopatologia.

A ação de aceitar é o que possibilita uma primeira visão contextual de si mesmo e dos ambientes. Saban (2015) discute o conceito ACT de desesperança criativa enquanto o primeiro passo para a aceitação, juntamente à compreensão do controle enquanto um problema, e não a solução. A desesperança criativa corresponde à possibilidade única de selecionar objetivos e soluções quando se aceita que não se pode fugir de si mesmo.

A desesperança enquanto um sintoma marcante de psicopatologias e do risco de suicídio em idosos é constantemente reforçado através da incapacidade de perspectiva de futuro (Hartmann Júnior et al., 2018). A aceitação enquanto disposição pela mudança e a compreensão metapsicológica dos eventos encobertos dão margem à seleção, segundo passo do modelo de saúde ACT e primeiro do SOC. Alonso-Fernández et al. (2016) argumentam que a ACT pode ajudar idosos aceitar a velhice e suas perdas, identificando direções importantes para o seguimento da vida e o comprometimento com atividades e papéis relevantes.

Já o eu contextual e o contato com o momento presente são etapas do tratamento em que o sujeito é estimulado a focar no aqui e agora, proporcionando uma visão ampla e realista do contexto, incluindo ele mesmo (Luoma et al., 2017). Primeiramente, o “eu conceitual” como a representação de alguém que se fecha em avaliações e racionalizações que tendem a fundir o conteúdo dos eventos encobertos à visão de si e do mundo. Aqui retornam o controle primário e secundário que, através de regras criam linguagens que organizam mental e socialmente, mas que incorre em risco de adoecimento. O contato

com o momento presente permite a contextualização da vivência, que tende a ser diferente das outras por mais que haja elementos semelhantes. Um simples estímulo verbal ou inserção de um novo elemento no contexto poderá trazer a necessidade de mudança nas respostas emitidas. O eu contextual reconhece algum grau de permanência, mas infere sempre a necessidade de uma nova compreensão, atualizando o conhecimento anterior através de uma análise contingencial.

Quais os recursos pessoais e externos disponíveis para a adaptação ao contexto? A ACT incentiva que o sujeito veja a si mesmo enquanto um contexto. Quais recursos estão disponíveis? Capacidade física, habilidades específicas, condições socioeconômicas e regulação emocional são alguns dos recursos pessoais que são constantemente inseridos nos contextos para analisar as possibilidades. Por mais que eu tenha capacidade suficiente para agir sobre o contexto, quais os recursos dispostos nele? Se alguém deseja retomar uma rotina de atividade física para evitar o isolamento e possui capacidade para tal, as chances de concretização também estão no fato de haver ambiente favorável para isso. O papel da contextualização, em uma relação sujeito e ambiente, é importante para a seleção e otimização. Na ACT, a linguagem assume papel importante, pois será através dela que se toma consciência, quando o pensamento é traduzido em linguagem, e se comunica com os demais sobre disposições, sentimentos e pretensões (Hayes et al., 2021).

Já com os valores e ações de compromisso, a discussão pode ser iniciada com a teoria da seletividade socioemocional (Carstensen et al., 2003), de Laura Carstensen, outra contribuição advinda do *lifespan*. O processo de envelhecimento acarreta mudanças nas relações, desde a estrutura, passando pela quantidade, até os papéis que exercem na vida do idoso. Devido à perspectiva de tempo limitada, há um redirecionamento do foco

para relações significativas, otimizando assim aspectos afetivos para relações mais profundas.

A restrição na rede social facilita um maior suporte social e emocional, direcionando o idoso a um maior contato positivo com seus afetos, trazendo maior segurança, percepção de finitude e mais oportunidades e capacidade para transmitir experiência positiva e um melhor direcionamento a ações que estejam alinhadas ao que é importante para si. Pode-se ainda mencionar que idosos tem maior dificuldade para reconhecimento de expressões faciais negativas. A qualidade em detrimento à quantidade nas relações vem sendo apontada como fator de manutenção do funcionamento cerebral (Pinto & Neri, 2017; Ferreira & Torro-Alves, 2016).

Empiricamente, a Seletividade Socioemocional provavelmente influencia no esforço por manutenção nas relações com familiares e amigos próximos e intenção de deixar um “legado” para a rede social como forma de aliviar emoções negativas e lidar com a finitude (Moss & Wilson, 2017). Também apresenta relação negativa com perspectiva de tempo futuro no trabalho, esta sendo potencializada por fatores de contextuais e de personalidade (Henry et al., 2017). Mais recentemente, o estudo de Rui (2022) com uma amostra de 519 chineses usuários da maior rede social do país concluiu que o público idoso tem maior engajamento e relações mais fortes com prestação de apoio emocional e partilha de informações de saúde. Não foram encontrados estudos que abordassem explicitamente a teoria da Seletividade Socioemocional a psicoterapias.

Para a ACT, os valores são unidades significativas construídas ao longo da vida. São anteriores aos objetivos e influenciam na construção e agência destes. As ações tendem a ser direcionadas com base nos valores, aumentando o grau de compromisso. Tendendo a uma maior seletividade socioemocional, há a necessidade de que os vínculos e atividades estejam o melhor definidas possível, pois não há grande variabilidade de

peessoas e ambientes para execução de ações de compromisso. Seja por recursos externos ou internos, advindas do envelhecimento natural. Como ressaltado por Baltes (1993), o processo de envelhecimento marcado pela ausência de eventos críticos e antecedido por ambientes e vínculos favoráveis, facilitará que este seja ativo, sendo possível compensar as perdas com a otimização dos recursos adquiridos ao longo da vida graças à capacidade pragmática.

Pode-se aproximar esse processo da flexibilidade psicológica, calcada na necessidade de uma análise de contingências que inicia através da compreensão e seleção de comportamentos que alterem a função que os eventos encobertos exercem, facilitando um melhor direcionamento de nossas ações, incluindo a linguagem, com base nas necessidades e valores operacionalizados através de um novo comportamento compensatório.

O que se pretende com a presente argumentação não é uma equivalência de conceitos, mas uma aproximação que torne plausível a operacionalização do modelo SOC através da ACT. Algo que vem sendo realizado em outras práticas de saúde e que em um primeiro momento pode ser relacionado à proposta, inclusive a nível teórico, com a abordagem que guia este projeto. O diálogo construído com foco no idoso não exclui que se realize em adultos mais jovens e demais faixas etárias, mas faz-se necessário atentar que as necessidades da velhice são diferentes e por vezes específicas em sua dinâmica biopsicossocial. O tratamento da ACT mais SOC pode auxiliar a maximizar a capacidade de agência e tomada de decisão, direcionando as ações de forma consistente com os valores (Alonso-Fernández et al., 2016).

O SOC foi pensado enquanto um metamodelo que ocorre de forma natural, dinâmica, mas pode ser conscientemente direcionado. No idoso, atravessamentos como a perda de capacidade mecânica, funcionalidade global e redução na rede social, o

desenvolvimento de doenças neurodegenerativas e transtornos mentais potencializam o prejuízo à manutenção do envelhecimento ativo. É sabido que transtornos mentais na velhice apresentam maiores potenciais de incapacitação e grau de comorbidade, além de forte atravessamento neurobiológico e psicossocial.

No caso de pessoas idosas com algum quadro em saúde mental que as incapacite, o modelo SOC na ACT poderia, além de trabalhar a aceitação e o compromisso a partir de suas limitações, operacionalizar as mudanças ambientais e o redirecionamento compensatório de ações alinhadas aos valores, proporcionando funcionalidade em algum grau atuando de forma direta na prevenção ou tratamento do quadro depressivo, agravante da doença de base. O SOC poderia potencializar a negociação de necessidades e desejos e a gestão de medicamentos, por exemplo, operacionalizando o que objetivamente pode ser feito com base nos valores e necessidades.

A ACT e sua valorização da experiência e da sabedoria, proporcionaria a aceitação disposta da velhice, auxiliando na construção de uma nova imagem, flexível, capaz de direcionar comportamentos funcionais que exijam do contexto respostas compensatórias. O SOC ativaria uma operacionalização consciente da otimização e compensação. Em grande parte dos casos o idadismo tende a se fazer presente. É justamente uma regra que rege o imaginário social da velhice, seja pelo viés da incapacidade ou do ideal idoso jovem, o idadismo exige do idoso que ele seja algo que o põe em um papel que reforça sintomas depressivos.

Os modelos ACT e SOC proporcionam a gestão de recursos que visam possibilitar uma construção singular do envelhecimento, que por si só tende a ser fator de adoecimento mental pelas diversas variáveis discutidas. Tanto a ACT quanto o SOC constroem suas teorias na necessidade de gerir possibilidades de futuro construídas no aqui e no agora, em um constante esquema de adaptação e modificação de si e do

contexto, tendo como direcionadores as escolhas, valores e ações significativas, proporcionando enfrentamento de situações estressoras e redução de sintomatologia, enfraquecendo respostas desadaptativas, sentimento de desesperança, e direcionando os eventos encobertos à ação, levando o foco ao contexto e à funcionalidade dos eventos externos e encobertos.

Os modelos apresentados pelo *lifespan* são produto de pesquisa básica, ou seja, constituem o alicerce para a proposição de intervenções a partir de evidências em áreas como neurociências e psicologia do desenvolvimento. É aí que a ACT cumpre seu papel. Quebrar o funcionamento inflexível no idoso é mudar foco de si para a amplitude do contexto, e perceber criticamente a função de suas ações e à necessidade de buscar a mudança admitindo para si que a aceitação implica em abrir-se à vulnerabilidade e à experiência, sendo o primeiro passo para uma velhice, dentro do que é possível, ativa e significativa.

Uma última questão a ser levantada é a utilização de construtos como memória e inteligência. Se assumirmos uma postura que admita funcionalmente o uso de terminologias metapsicológicas, não há incongruência. Entretanto, caso se assuma uma postura que se aproxime do Behaviorismo, há necessidade de especificações. Não é possível pensar em memória em uma lógica comportamental. Se eventos privados são tendências de ação, seria mais apropriado pensar em lembrança, ou o comportamento de lembrar. Esta se apresenta quando um dado estímulo ou conjuntos destes ocorrem direta ou indiretamente (Kohlenberg & Tsai, 2006).

Eventos privados, ou encobertos, não são passíveis de “armazenamento”. Partindo de uma visão funcional, o modelo SOC não contradiria esse argumento, já que trabalha a modificação de comportamento e recursos ambientais. Tendo como base o CF, trata-se mais de uma questão funcional e de previsão com ênfase no comportamento e na

interrelação entre estímulos e reforçamento por contingências, buscando a aprendizagem enquanto a repetição bem sucedida de um comportamento adaptativo, do que a aquisição de memórias enquanto algo que pode ser obtido e guardado. O mesmo vale para a inteligência. Partindo da teoria da aprendizagem de Skinner, e posteriormente desenvolvida por Hayes, o conhecimento não é uno e definitivo, mas condicional às contingências.

Diante disso, não seria possível uma aproximação total entre as teorias. O que vale aqui, e que corrobora com as terapias comportamentais contextuais de maneira geral, é a aplicabilidade na prática. Desde que termos que causem tensão sejam elucidados em terminologias comportamentais, o fator simbólico destes poderá nomear como for necessário. “Mente” e “cognição” nunca foram problemas para a ACT, desde que operacionalizadas com viés comportamental. A SOC, e o paradigma *lifespan*, demarcam importantes avanços na psicologia do desenvolvimento e nas neurociências, áreas que são caras à teoria de base deste trabalho.

A tradição comportamental também leva em consideração os condicionantes históricos a fim de compreender todo o desenvolvimento dos comportamentos desadaptativos. Todavia, estes podem não ser os mesmos que os ambientais atuais, que são os que mantêm tais comportamentos. Com foco no aqui e agora, através de uma proposta de contextualização não reducionista ao ambiente ou ao sujeito meramente, nos direciona ao que mantêm a psicopatologia pois é o que de fato poderá trazer mudanças significativas para a qualidade de vida.

A aprendizagem do metamodelo SOC potencializaria a autonomia do idoso, podendo agir na diminuição da frequência ou extinção de processos de evitação, fusão e restrição comportamental decorrentes de perdas não normativas e aceitação das normativas. Um modelo ACT integrado ao paradigma *lifespan* aproxima a prática clínica

com pessoas idosas de uma perspectiva transdiagnóstica. Diante disso, o próximo capítulo levantará dados sobre a ACT com pessoas idosas, apontar desafios da prática e indicações para que esta esteja alinhada a evidências gerontológicas.

O raciocínio que guia este projeto parte de um protocolo de psicoterapia individual para pessoas idosas testado em pesquisa de mestrado do autor, que também se valeu de intervenções integrativas entre ACT e SOC (Medeiros & Hartmann Júnior, 2021). Apesar desta focar as intervenções diretamente pensadas a partir do modelo SOC em apenas um bloco específico, todo o tratamento fora adequado a partir dele. No presente estudo, o modelo SOC fora utilizado como base teórica e de adequação do protocolo de intervenção grupal. A literatura carece de estudos empíricos na validação de intervenções psicoterápicas com pessoas idosas que se utilizam das teóricas que compõem o *lifespan* e seus achados.

## **CAPÍTULO 4 - A TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COM PESSOAS IDOSAS: ACHADOS, DESAFIOS E A PONTAMENTOS**

O referencial da ACT para idosos ainda não é amplo. Se tratando de revisões sistemáticas, Monteleone (2015) apresenta apenas dois estudos ACT para essa população, sendo um para depressão (Karlin et al., 2013) e um para dor crônica (McCracken & Jones, 2012). Em 2019, apenas três achados compuseram uma nova revisão (Medeiros & Hartmann Júnior, 2019). O único estudo com idosos deprimidos detectado fora o mesmo encontrado por Monteleone (2015). Os outros dois tratam dor crônica (Alonso-Fernández, et al., 2016; Scott et al., 2016).

O primeiro ensaio clínico randomizado controlado em ACT para depressão em idosos localizado data de 2013 e estuda a população em um contexto muito específico: Karlin e colaboradores (2013) estudaram os efeitos de uma intervenção ACT em veteranos das forças armadas americanas, subdividindo-os entre idosos (N = 59) e jovens (N = 422). Os resultados foram equilibrados para os dois grupos demonstrando benefício na redução dos sintomas.

Dois dos três ensaios para dor crônica foram além do uso da ACT em seus planos de intervenção. Alonso-Fernández et al. (2016) utilizaram juntamente a ACT um treinamento de estratégias baseadas no metamodelo Selecionar, Otimizar e Compensar (SOC), advindo do paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (*lifespan*), para idosos institucionalizados.

A pesquisa corrobora com o objetivo proposto por Hayes et al. (2021) de trabalhar a ACT como um modelo passível de combinações pertinentes. Já Scott et al. (2016) aliaram ao tratamento ACT um programa de neuromodulação, implicando-a em modelos multidisciplinares de tratamento e na atenção às mudanças neurológicas do envelhecer.

Ainda em 2016, a revisão de Barban, com enfoque na dor crônica, já apontava a ACT como uma escolha apropriada.

Mais recentemente, duas novas revisões trazem mais dados à discussão. Delhom, Mollá e Lacomba-Trejo (2022) responderam, através de revisão sistemática, se a ACT poderia beneficiar pessoas idosas na redução de sintomas de ansiedade. Os sete estudos analisados somaram 633 pessoas com média de idade de aproximadamente 69 anos. Desses, cerca de 69% foram mulheres. Indo além dos estudos anteriores, os pesquisadores avaliaram o índice de rigor metodológico dos ensaios clínicos que compuseram a amostra, indicando um nível médio “moderado”. O foco de grande parte dos estudos fora a ansiedade generalizada. Apesar dos achados apontarem para evidências de eficácia na redução da mesma, bem como de variáveis dependentes relacionadas como sintomas depressivos e aumento de flexibilidade psicológica, a população estudada continua sub-representada.

Por último, Plys et al. (2023) conduziram uma revisão de escopo a fim de examinar o alcance do campo de pesquisa sobre flexibilidade e inflexibilidade psicológica em pessoas idosas. Para isso, buscou-se apontar diferenças de idade nas amostras entre idosos e adultos mais jovens, correlações relevantes para a saúde psicológica e as mudanças proporcionadas pela ACT. Um aspecto relevante da pesquisa fora a sistematização e análise dos artigos incluídos, 46 no total, a partir dos domínios abertura, presença e engajado.

Os dois domínios mais pesquisados e medidos foram abertura e presença. Pessoas idosas mostraram maiores níveis de presença em comparação com adultos mais jovens. Dos 13 estudos que buscaram esta análise, nove apontaram diferenças estatisticamente significativas. Ambos produziram correlações médias e altas com sintomas de ansiedade e depressão. Estudos que buscaram relacionar a flexibilidade psicológica com afeto

positivo e qualidade de vida não foram bem sucedidos na tentativa de obter resultados consistentes.

Os autores ainda criticam que a variabilidade no uso e na mensuração e as limitações dos estudos se contrapõem à tendência emergente de investigação da flexibilidade psicológica. Destacam-se: falta de clareza conceitual, questões relativas à medição e uso de medidas comportamentais e omissão de valores nos resultados de alguns estudos. A padronização das medidas é um ponto que requer atenção futura (Plys et al., 2023).

Críticas como as acima mencionadas somam-se a outras que dificultam ter a real noção do quão avançado está a prática clínica com pessoas idosas, em especial para este trabalho a ACT. Kishita e Laidlaw (2017) questionam a confiabilidade nos achados de pesquisas sobre a eficácia da TCC devido ao que chamaram de “evidências gerontológicas”. Sem uma minuciosa descrição dos mecanismos e desfechos clínicos relacionados aos fatores biopsicossociais do envelhecimento humano, o nível de confiança na eficácia e efetividade dos tratamentos deve ser vista com cautela.

Ainda em 2013, Petkus e Wheterrel questionaram a elaboração e pesquisas empíricas de tratamentos baseados em evidências para pessoas idosas diante do eminente aumento de demanda que hoje se confirma. Como desafios, listaram o desafio diagnóstico devido a alta taxa de comorbidades, sobreposição de transtornos e iatrogenia médica e de procedimentos. Ainda segundo os autores, a natureza transdiagnóstica da ACT suscita a posição de testá-la no atendimento a idosos, onde há a necessidade de diferenciação entre diagnóstico primário e secundário (2013). Na ACT, a avaliação se dá em cima dos processos descritos nos modelos de psicopatologia e de enfrentamento.

Tomando o exemplo de Lind et al. (2021), é possível que uma intervenção baseada em ativação comportamental proposta a um adulto jovem e a uma pessoa idosa seja

executada de formas diferentes, mesmo seguindo os mesmos princípios teóricos e práticos. Ir treinar em uma academia pode ser mais adequado para um do que para o outro. A idade não será o único fator a ser considerado, mas as chamadas evidências gerontológicas serão em parte responsáveis pela personalização da mesma.

Intervenções entre adultos mais jovens e idosos tendem a apresentar evidências favoráveis à eficácia, mas a dificuldade em acessar as particularidades dos dados para cada população se revela justamente na ausência das evidências gerontológicas que justifiquem e expliquem as adequações nos tratamentos (Kishita & Laidlaw, 2017). Quando não pensadas para a população destinada, práticas em saúde podem apresentar desfechos negativos, levando a malefícios, seja esta clínica ou não. O a revisão de Plys et al. (2023), acima mencionada, é um exemplo de trabalho preocupado com apontar tais especificidades.

Em 2014, Gillanders e Laidlaw discutiram que, apesar de ainda cedo, as evidências preliminares para ACT em idosos, além de promissoras, apontam a necessidade de abordar uma perspectiva ampla de pesquisa, com base em trabalhos qualitativos, experimentais e transversais. As pesquisas necessitam de um desenvolvimento progressivo, iniciando com ensaios com menor grau de controle, passando para os randomizados controlados. Mencionam também o estudo de caso único, que levam para uma perspectiva de maior aprofundamento o desenvolvimento da abordagem na população pesquisada.

Ter em mãos informações sobre os mecanismos de tratamento em suas especificidades facilitaria uma segunda via de pesquisas: a dinâmica dos conceitos fundamentais da ACT em idosos. Alguns exemplos são os valores e a desfusão cognitiva, intimamente ligados a uma percepção direta do mundo. Tais adaptações compreenderiam demandas específicas do envelhecimento.

Gomes et al. (2021) apontam dois fatores que favorecem a desinformação e a manutenção de práticas ineficazes e iatrogênicas em pessoas idosas: falta de espaços, formais ou não, para a discussão do tema e a desvalorização desta no meio acadêmico e na sociedade civil. Em revisão de literatura, Paveltchuk et al. (2021) encontraram um único estudo sobre os efeitos negativos em intervenções em ACT.

Os dados advieram de uma investigação sobre a ocorrência e características dos efeitos negativos em psicoterapia de grupo para pessoas com síndromes somáticas funcionais graves ou múltiplas. Além da ACT, foram utilizadas estratégias de redução do estresse baseadas em *mindfulness*. Participaram 90 pessoas com idades entre 20 e 50 anos. Os entrevistados, escolhidos aleatoriamente ou quando haviam relatado algum efeito negativo (25% do total), relataram dificuldades nas relações em terapia, percepção de resultados e transição da terapia para o dia a dia. Os principais problemas citados foram: dependência do terapeuta (12%), sensação de desânimo após a terapia (6%) e problemas com plano de saúde (7%) (Holsting et al., 2017).

Ainda não estão nítidos quais os desafios do envelhecimento, sob uma ótica biopsicossocial, que repercutem na prática clínica em psicologia. Apesar do imenso quantitativo de pesquisas, grupos de trabalho empreendem esforços na compreensão de tais particularidades. O trabalho não é fácil devido, principalmente, à dificuldade em visualizar os achados em pesquisa básica aplicados na construção das intervenções, escolha dos instrumentos, delineamento dos métodos e interpretação dos resultados.

Hayasida et al. (2020) trabalharam na construção de um compilado de desafios no atendimento a pessoas idosas que contemplam temáticas comuns que compõem as queixas e os objetivos em psicoterapia. Com contribuições do manual proposto por Hinrichsen (2019), apontam o impacto das transições sobre as emoções e o *self*, sendo sua inevitabilidade o que as tornam um desafio.

Baseado nos dois trabalhos anteriormente citados e em Vieira et al. (2022), é possível listar alguns dos principais desafios no atendimento a idosos detectados na literatura, seja em termos de queixas ou de dificultadores da efetividade do tratamento, a saber: transições de papéis sociais, incluindo aposentadoria e relação de cuidado e mantenedor da família; conflitos interpessoais devido à diferenças geracionais e na relação conjugal, além de operadoras e serviços de saúde, discordância no cuidado dos netos; luto, isolamento social e solidão. Pode-se, ainda, acrescentar epidemias e pandemias, como a da Covid-19, e as mudanças normativas e não normativas sensoriais, cognitivas, motoras e comportamentais.

Com o aumento nas pesquisas no campo do envelhecimento, e do envelhecimento da população, também cresce a demanda por programas formadores de profissionais de psicologia aptos às questões gerontológicas. Até a década de 1980, não houve movimentos que buscassem a organização de modelos tal nível de treinamento (Knight et al., 2009).

Os avanços científicos trouxeram consigo a possibilidade de melhoria nas condições básicas de vida, incluindo acesso à saneamento básico, alimentação, água potável e educação. O resultado disso vem se revelando no envelhecimento populacional a nível mundial. A concretização da longevidade trouxe consigo demandas as quais a própria comunidade global não estaria preparada. Vive-se mais anos, novas problemáticas biológicas, psicológicas e sociais emergem em consequência. Além de *lifespan* (que se refere a uma vida mais longa), também se levanta em paralelo uma ideia complementar: *healthspan* (vida mais longa e com mais anos com saúde).

Em 1981 ocorre a primeira conferência da força tarefa conhecida como “*The Council of Professional Geropsychology Training Programs*” (CoPGTP), que reuniu representantes de diversas instituições de ensino e pesquisa nos Estados Unidos, além de

especialistas cuidadosamente convocados. As três conferências, ocorridas entre 1981 e 2006, findaram no desenvolvimento do modelo para treinamento profissional em psicogerontologia (*geropsychology*), conhecido como *Pikes Peak* (em referência à cidade onde ocorreria). Este modelo também serviria como uma ferramenta de avaliação de competências para definir e auxiliar as necessidades de treinamento de profissionais para o seu desenvolvimento (Karel et al., 2010).

O CoPGTP assume que o modelo não é obrigatório para todos, já que pessoas idosas podem manter diversas características de um adulto mais jovem (Knight et al., 2009). Isso se dá, em especial, devido a todo o percurso de vida levando em consideração aspectos como nutrição, ausência de doenças e traumas, escolaridade e contexto de desenvolvimento (Neri, 2013). Apesar disso, questões mais complexas e específicas, como déficits cognitivos e comorbidades, são comuns e necessitam de conhecimento aprofundado.

Outra premissa assumida pelo modelo diz sobre a compreensão funcional da pessoa idosa. Seguindo um preceito ético em pesquisa, o qual este trabalho segue, além de assumir uma posição de busca por desenvolvimento (*lifespan*) e saúde (*healthspan*) ao longo da vida, a compreensão dos problemas em saúde mental no idoso se inicia por uma compreensão do envelhecimento saudável, normativo. À época da força tarefa, em 2006, apenas 35% dos profissionais de psicologia americanos que atendiam pessoas idosas possuíam o mínimo de formação para tal.

Diante disso, *Pikes Peak*, em consonância com as recomendações da APA para a prática clínica com pessoas idosas (2014), contempla quatro amplos aspectos que são básicos para a estruturação da psicogerontologia como um campo prático autônomo, assim como para o desenvolvimento das competências para o atendimento a idosos. Esses aspectos são: raízes na psicologia do desenvolvimento, em especial de adultos e idosos;

conhecimento e habilidades relevantes para psicopatologias tardias; entendimento sobre a presença comum de condições clínicas e crônicas; e ciência da variedade de contextos e sistemas em que as pessoas idosas estão inseridas.

A atenção aos aspectos acima apresentados se torna útil a todos os profissionais em psicologia que tem por intenção atender pessoas idosas. Mesmo admitindo que em alguns casos intervenções poderão ser utilizadas da mesma que em um adulto mais jovem, é necessário aprofundamento na psicologia do desenvolvimento para obter tal segurança. Chegar à conclusão de que o funcionamento de uma pessoa idosa ainda possui aspectos que corroboram com a manutenção de aspectos biopsicossociais exige perícia a fim de evitar ofertar uma intervenção que possa ser, no mínimo, inefetiva. Leva-se em consideração, por exemplo, o modelo de envelhecimento bem sucedido (Neri, 2013).

Em complemento às teorias do desenvolvimento, em especial do envelhecimento, o conhecimento de psicopatologias tardias e das condições clínicas mais comuns traz uma série de implicações para a avaliação, formulação e planejamento do tratamento. Essas implicações podem ser biológicas, funcionais e comportamentais. Uma mesma psicopatologia pode apresentar diferentes configurações e complicadores, e saber se iniciada desde a juventude ou desencadeada após os 60 ou 65 anos, influencia em todo o prognóstico e cuidados necessários.

Mapear os contextos, desde a quantidade à relação, em que a pessoa idosa está inserida é mister para a compreensão dos recursos psicossociais à disposição para o tratamento em psicoterapia. O que o território disponibiliza, os vínculos e atividades atuais e potenciais. Uma leitura a partir de teorias como a do Controle Primário e Secundário (Heckhausen & Schulz, 1995), Seletividade Socioemocional (Carstensen, et al., 2003) e do metamodelo SOC (Baltes, 1997), propiciam ao terapeuta uma expansão do olhar lançado ao contexto e a implementação do modelo interventivo a ser utilizado.

No caso do presente trabalho, por ser funcionalmente orientada, a ACT possibilita partir das teorias acima mencionadas e analisar, contexto a contexto, como tais variáveis do envelhecer interferem na manutenção dos processos de flexibilidade psicológica. Por mais que algumas teorias foquem em processos primordialmente cognitivos, comportamentais ou motivacionais, é parte do papel do terapeuta ACT lançar um olhar em rede. Ou seja, processos comportamentais, por exemplo, afetam, mais ou menos, processos em todas as outras dimensões.

Para ilustrar, uma suposta incompatibilidade entre o *self* construído por uma pessoa idosa ao longo da vida com o processo natural de seletividade socioemocional pode incorrer em processos de inflexibilidade na motivação (tudo parece “perder o sentido”), comportamento (inércia), atenção (foco no passado), afeto (evitação experiencial) e cognição (fusão a um *self* conceitual construído na juventude e não atualizado). Aqui, o trabalho do terapeuta ACT é formular que processos mediam e controlam mais fortemente o enrijecimento do *self*. Além disso, compreender influências socioculturais e biofisiológicas como plano de fundo em sua manutenção.

Ainda em concordância com as recomendações da APA e em harmonia com os quatro aspectos definidores acima descritos, *Pikes Peak* lista seis conjuntos de competências para o desenvolvimento e a atuação profissional junto a pessoas idosas, conforme o Quadro 3.

## Quadro 3

## Competências clínicas para o atendimento a pessoas idosas

<b>Conjunto de competências</b>	<b>Competências específicas</b>
Atitudes	Compreensão das diferenças intergeracionais presentes na relação e crenças de coorte entre diferentes gerações; manifestação de atitudes positivas frente ao envelhecimento; flexibilidade e bom humor (na medida certa); autoavaliação de atitudes, falas e posturas potencialmente idadistas; sensibilidade cultural, sexual e religiosa, à histórico de abuso e violência
Conhecimentos gerais	Habilidade no manejo do ritmo da sessão e do uso eficiente do tempo; domínio e habilidade com estratégias de aprendizagem; habilidades para identificar e buscar na história de vida do cliente habilidades e recursos prévios; adotar e utilizar postura e estratégias motivacionais; orientação e manejo de familiares; conceitualização cognitiva compatível às características da população idosa
Questões clínicas	Alterações clínicas normativas e não normativas do envelhecimento; diagnóstico diferencial; relação entre questões de saúde e funcionalidade global; sintomas físicos advindos de transtornos mentais; particularidades da psicopatologia da pessoa idosa
Avaliação	Atenção às múltiplas comorbidades que desafiam o diagnóstico diferencial; alterações funcionais relacionadas a questões de saúde; contextos de convivência; adaptação da avaliação às características e contextos específicos; uso de instrumentos de triagem válidos; avaliação da tomada de decisão, capacidades funcionais e questões de risco; comunicação da avaliação às partes interessadas em conjunto com recomendações práticas de forma útil e compreensível
Intervenção	Uso de tratamentos baseados em evidências para pessoas idosas, quando disponíveis; adequação de intervenções individuais, grupais e familiares para acomodar o funcionamento biopsicossocial; utilização de intervenções e focos comuns no contexto de envelhecimento, como revisão de vida, luto, apoio de cuidadores e cuidados no fim da vida; busca pela melhora na condição de saúde
Educação continuada	Educação formal e informação em gerontologia, psicologia, psicopatologia e áreas afins

Fonte: Retirado de APA (2014); Knight et al. (2009).

As competências acima listadas resultam na busca uma atuação que alinhe atitudes éticas, conhecimento teórico e perícia e intervenções baseadas em evidências. Este é um nítido movimento de aproximação das recomendações da APA e *Pikes Peak* das práticas baseadas em evidências em saúde. Tais *guidelines* apresentam modelos multidimensionais do envelhecimento. Com isso, aumentam-se as chances de protocolos que sejam idiograficamente orientados: compreende-se as particularidades da pessoa idosa para a tomada de decisão clínica, estando esta alinhada ao que temos estabelecido na literatura, desde os aspectos básicos aos aplicados.

Diante de todo conteúdo apresentado e discutido, são levantadas, a partir da literatura, algumas das possíveis adequações para o atendimento com pessoas idosas apontadas pela literatura (Hinrichsen, 2019; Karlin, 2011; Laidlaw & McAlpine, 2008; Petkus & Wetherell, 2013). Estas são assumidas como parâmetros para a intervenção proposta pelo presente trabalho, a saber: adequar ritmo do atendimento (incluindo da fala); adequar duração do atendimento e do tratamento; usar diferentes linguagens para um mesmo conteúdo; incorporar recursos (e. g. fichas, quadro branco, agenda); minimizar gentilmente o “contar histórias”; encorajar registros; investir em roleplays; iniciar plano de ação (tarefas de casa) em sessão; dar e receber *feedback* com maior frequência; e estabelecer regularmente “pontes” entre as sessões.

Vale ressaltar que essas recomendações ainda são pensadas para intervenções presenciais, ainda não estando estabelecido sua manutenção ou modificações para intervenções *on-line*, síncronas ou assíncronas. Esta discussão será realizada no capítulo seguinte, dedicado às intervenções psicológicas remotas com ênfase na ACT.

Quando se apresentam as práticas baseadas em evidências com pessoas idosas, a ACT ainda não assume protagonismo. Na relevante obra intitulada “*Evidence-Based Treatment with Older Adults: Theory, Practice and Research*”, Kropf e Cummings (2017) listam os então tratamentos baseados em evidências para pessoas idosas. As autoras apontam TCC, Terapia de Solução de Problemas, Entrevista Motivacional e a Terapia de Reminiscência e Revisão de Vida. Para idosos e cuidadores, a Intervenções em Psicoeducação e Suporte Social é apontada. O Quadro 4, logo abaixo, apresenta em detalhes tais recomendações.

Quadro 4

Intervenções baseadas em evidências para pessoas idosas

<b>Modelo</b>	<b>Formatos</b>	<b>Recomendações</b>
TCC	Individual e grupal	Depressão menor e maior; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Pânico; Fobias Específicas; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Transtorno de Estresse Pós-traumático; insônia e demais distúrbios do sono
Terapia de Solução de Problemas	Individual, grupal e por telefone	Redução de sintomas de depressão; aumento nos cuidados à saúde
Entrevista Motivacional	Individual e grupal	Abuso de substâncias; engajamento em exercícios físicos e dieta; comportamentos saudáveis em geral.
Intervenções em Psicoeducação e Suporte Social (para pessoas idosas)	Individual e grupal	Redução da depressão; aumento dos níveis de bem-estar; funcionamento social.
Intervenções em Psicoeducação e Suporte Social (para cuidadores)	Individual e grupal	Cuidadores de pessoas idosas com demências; situações de cuidado relacionadas à saúde ou multicausais
Terapia de Reminiscência e Revisão de Vida	Individual e grupal	Saúde Mental e bem-estar com foco na depressão; demências (apenas reminiscência)

Fonte: Retirado de Kropf &amp; Commings (2017).

O trabalho desenvolvido por Kropf e Cummings (2017) detalha os estudos compilados para atestar a eficácia dos modelos. Apesar de muitos indicarem variáveis independentes à intervenção (variável dependente), como sintomas depressivos, qualidade de vida, felicidade e bem estar psicológico, os desfechos não explicam quais os principais mediadores de tais mudanças dentro das intervenções. Quais seriam os processos responsáveis por tais desfechos, que explicariam os benefícios, as manutenções e possíveis malefícios nos tratamentos?

As evidências gerontológicas, algumas vezes citadas no presente trabalho, compreendem todo o universo de sistematização de dados obtidos desde as pesquisas básicas, de caráter exploratório, às aplicadas, com delineamentos experimentais. Não só a psicologia, mas as diferentes áreas nas ciências da saúde vêm levantando e atualizando

evidências sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, sensíveis às diferenças e mudanças culturais que naturalmente ocorrem com o passar dos anos.

Aqui, a crítica ganha mais um rumo argumentativo. Para além das questões gerontológicas, mas ainda contanto com elas, surgem restrições ao alcance do modelo protocolar de construção de evidências, baseado no modelo sindrômico de psicopatologia. Os protocolos, assim como o atual modelo de classificação de transtornos mentais, como o DSM, cumprem importante papel no trabalho de profissionais de saúde de diferentes públicos em diferentes contextos. Entretanto, vem demonstrando as suas limitações pelas múltiplas formas de manifestação de um mesmo transtorno mental, a falta de uniformidade entre manuais diagnósticos, bem como a alta taxa de comorbidades que tende a atrapalhar decisões clínicas (Hofmann et al., 2023; Nicoletti et al., 2022).

Persons (2012) lista uma série de limitações para protocolos, em especial em situações que se mostrem desafiadoras. É possível refletir que protocolos são estruturados a partir de pesquisas, geralmente ensaios clínicos randomizados, onde as condições são controladas para aumento na confiabilidade dos resultados. O problema não reside nisto, mas na forma como ocorre a translação, o que as vezes nem ocorre, para a prática clínica cotidiana. Além de serem pensados protocolos para condições sindrômicas específicas, o que restringe o seu alcance.

Múltiplos problemas, receber tratamentos de diferentes fontes, necessidade de tomada de decisão não protocolada, problemas não protocolados e o alto número de protocolos específicos lançados são algumas das limitações do alcance deste formato. A limitação cultural é outro ponto a ser questionado (Persons, 2012).

Também em 2012 é publicado, nos Estados Unidos, o resultado da chamada *Inter-organizational task force on cognitive and behavioral psychology doctoral education*. Um grupo que reuniu 15 representantes de 16 instituições americanas de psicologia para

avaliarem os programas de formação e treinamento em nível doutoral em psicologia comportamental e cognitiva no país, responsáveis pela formação de terapeutas. O objetivo da força tarefa foi de lançar diretrizes para a formação de terapeutas em nível doutoral (Keplac et al., 2012).

Ao final, elencaram algumas preocupações nesses programas que pudessem estar afetando a qualidade da formação e posterior atuação profissional. Dentre elas, pode-se citar: falta de estudo sobre filosofia da ciência, métodos de pesquisa desatualizados e postura acrítica; estado da arte e evidências desatualizadas; pouca ênfase em noções e métodos de investigação científica, assim como no trabalho de avaliação, reavaliação de caso; replicação de protocolos focados em transtornos mentais específicos (Keplac et al., 2012).

Elencaram, então, temas em filosofia da ciência, tomada de decisão ética, conceitos básicos, principais domínios de conhecimento, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas, abertura para não se fechar à teorias/abordagens e compromisso crítico com o método científico, apropriação de tratamentos específicos e abrangentes como direções indispensáveis na formação clínica e de pesquisa (Keplac et al., 2012).

Este cenário possivelmente prejudicou o avanço de pesquisas que tornassem verdadeiramente transparente o campo interventivo no envelhecimento, tornando a tomada de decisão mais fácil e segura. Esta afirmação pode, em parte, ser direcionada aos avanços de pesquisa em ACT, tanto para idosos quanto para outros públicos. Apesar de se propor como uma terapia seminalmente baseada em processos e transdiagnóstica, Abreu e Abreu (2017) fazem a crítica às terapias de terceira geração do excesso de pesquisas nos moldes tradicionais, focadas em categorias nosológicas com dados pouco esclarecedores sobre os mecanismos de mudança transdiagnósticos de mudança.

A alternativa perpassa um maior alinhamento ao paradigma da Psicologia Baseada em Evidências (PBE). Logo é preciso pensar na construção da evidência, a avaliação de sua qualidade e a sua utilização na prática clínica. Começando pelo primeiro ponto, este remete diretamente ao campo da pesquisa, fazendo assim valor a construção de teoria, hipóteses e execução de estudos qualitativos, que possam fomentar a posterior testagem de hipóteses em estudos experimentais.

Em concordância com a *Inter-organizational task force* para a formação doutoral (Keplac et al., 2012) e as diretrizes da APA (2012) e *Pikes Peak* para formação e atuação com pessoas idosas, que reforçam a necessidade de aprofundamento teórico, epistemológico e filosófico sobre a área de interesse, apenas fomentando estudos que produzam teorias e hipóteses robustas é que a pesquisa aplicada será fortalecida. Isto ocorreria devido ao uso das evidências específicas, no presente trabalho as gerontológicas, para a consecução de desfechos detalhados e reproduzíveis.

Ainda mais importante que saber qual intervenção funciona é saber como funciona. Ou seja, como os desfechos esperados são alcançados. Estes, então, não seriam baseados somente na redução de sintomas, intenção que tem sua relevância bem estabelecida, mas também na compreensão dos mecanismos que mediarão essa redução como ganho secundário, pois em primeiro plano haveria a compreensão dos desfechos por sobre processos clínicos específicos e mediadores desta mudança (Hayes et al., 2021).

Assim como as demais terapias de terceira geração, o fato de a ACT se propor transdiagnóstica implica em compreender o sintoma topográfico em sua funcionalidade. Ou seja, qual a função que determinado processo (comportamento aberto ou privado, em termos comportamentais) exerce no contexto. O que controla, media, potencializa ou enfraquece como resposta.

Projetando alguns possíveis exemplos no caso da ACT, torna-se possível avaliar o efeito do processo de ação comprometida/inércia ou impulsividade como mecanismo de mudança em pessoas idosas que apresentam desamparo aprendido. Ou ainda, como a clarificação de valores levaria à diminuição da desesperança ou do pertencimento frustrado. Dentro disso, não seria necessariamente preciso, no entanto, abandonar o modelo tradicional de psicopatologia e seu sistema classificatório. Compreender dimensões e categorias nosológicas como úteis no mapeamento mais geral de pacientes auxilia na visualização da temporalidade, intensidade e diminuição na funcionalidade das pessoas acometidas por um conjunto específico de sintomas.

Nesta perspectiva, a psicopatologia na ACT sempre será um caso de inflexibilidade psicológica, exceto em quadros orgânicos, que pode se configurar de diversas formas. Cada um dos seis processos de inflexibilidade psicológica pode contribuir, em maior ou menor grau, para a manutenção do problema. Por serem interrelacionados, se influenciam. Entretanto, processos de flexibilidade psicológica podem proteger determinadas dimensões do adoecimento, sendo pontos fortes e de potencialização no tratamento.

Duas pessoas idosas com um mesmo diagnóstico de depressão maior poderão apresentar diferenças significativas desde a história do quadro, se tardia ou não, bem como na manifestação dos sintomas e queixas a partir de diferentes dimensões e, conseqüentemente, diferentes processos. Essas mesmas duas pessoas podem apresentar, por exemplo, prejuízos no *self*, mas enquanto uma apresenta problemas no comportamento aberto e na motivação, a outra possui uma forte evitação experiencial.

Para que uma perspectiva funcionalmente orientada e transdiagnóstica caminhe, é necessário que os processos sejam descritos em precisão (saber quando se trata de um processo e quando deve ser aplicado), escopo (amplitude de aplicabilidade nos fenômenos

clínicos) e profundidade (teórica e, principalmente, empírica. Ser condizente com os achados de pesquisa) (Hofmann et al., 2023). Aqui, volta-se a discutir a pertinência das evidências gerontológicas. Elas são necessárias para que, ao trabalhar alguns dos processos da ACT com pessoas idosas, estejam em alinhamento com elas, possibilitando maior precisão e, com sua efetividade no campo clínico, maior escopo.

Diante disso, perguntas pertinentes de pesquisa a fim de compreender evidências gerontológicas na ACT poderiam ser: “a clarificação de valores poderia auxiliar pessoas idosas que pertencem a grupos minoritários a responderem efetivamente a crenças culturais heteronormativas?”; “a partir de que nível a seletividade socioemocional pode interferir nos processos de abertura (aceitação e desfusão cognitiva), tornando afeto e cognição rígidos?”; ou ainda “qual e como intensidade e quantidade de condições clínicas que afetam o *self* contextual na velhice?”.

Perguntas direcionadas exclusivamente a desfechos de tratamentos envolvem, por exemplo: o efeito do trabalho com aceitação na redução de comportamentos evitativos, comuns em diversos quadros ansiosos e de humor; desfusão cognitiva para ruminação; ações comprometidas com valores para adesão a tratamentos; intervenções baseadas no contato com o momento presente para redução da fuga de ideias. Todos os desfechos esperados orbitam por mais de um diagnóstico.

Em uma outra proposta, mais ampla, a Terapia Baseada em Processos (TBP) (Hofmann et al., 2023) propõe que a psicologia repense todo o campo tradicional do fazer das práticas baseadas em evidências em psicoterapia. A TBP faz coro à crítica aos protocolos padronizados de tratamento, buscando a individualização do tratamento alinhada à ciência. Propondo uma análise funcional “em rede”, faz a busca por processos psicológicos e suas relações. Logo, processos clínicos em diferentes dimensões potencializam, mantêm, mediam ou enfraquecem outros processos.

A ideia da TBP é claramente visualizada na ACT, já que está fora reconfigurada ao longo dos anos para servir como um modelo para que outras abordagens pudessem se adequar a este paradigma. Dentre outras justificativas, os proponentes alertam para o fato de que as evidências crescem no mesmo ritmo que os quadros de saúde mental no mundo não diminuem (Hofmann et al., 2023). Além disso, o modelo biomédico é visto como operacionalmente limitado, sendo a alternativa, e não a substituição, ao critério por sintomas um sistema de investigação diagnóstica com forte viés evolucionário, biológico e da neurociência cognitiva, o *Research Domain Criteria* (RDoC). Para o RDoC, transtornos mentais são essencialmente biológicos e este caminho traria maior validade de tratamento através de pesquisas em comparação ao DSM e ao CID, que são construídos com base em consensos entre profissionais (Vaidyanathan et al., 2023).

Propostas transdiagnósticas que expandam a visão dimensional do DSM tendem a contribuir com o avanço das práticas baseadas em evidências com o público idoso. Como mencionado anteriormente, praticamente inexitem apontamentos de como pessoas idosas melhoram em psicoterapia. Saber que melhoram não traz ao profissional instrumentalização. A baixa capacidade de reprodutibilidade de pesquisas e protocolos dificulta este caminho.

É preciso reunir evidências biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais do envelhecimento, discutir modelos, e se utilizar de diferentes desenhos de pesquisa, dos exploratórios aos experimentais, de caso único ou ensaios clínicos randomizados, em cortes transversais e longitudinais, para compreender quais os mecanismos subjacentes de mudança e os fatores de sua manutenção. Este trabalho é um esforço neste sentido, propondo-se explorar um campo ainda mais obscuro das práticas psicológicas com idosos, o das intervenções virtuais. Antes, é preciso discutir mais sobre a pesquisa e a prática da ACT com pessoas idosas.

Apesar de ainda não compor o grupo de intervenções psicológicas com forte sustentação empírica para o público idoso, a ACT reúne um corpo de evidências moderado no tratamento de algumas condições para o público geral. Segundo a da Sociedade de Psicologia Clínica, também chamada Divisão 12, da APA (n.d), ACT apresentou fortes evidências para o tratamento de dores crônicas e moderada para Transtorno Depressivo Maior, transtornos mistos de ansiedade e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e psicoses. Este último na redução do sofrimento associado aos sintomas positivos. Vale ressaltar, no entanto, que os dados carecem de atualização.

A compilação das evidências e sua manualização desfavorece não só o avanço real das práticas contextuais, mas também de todo o campo interventivo no envelhecimento humano. Evidências transdiagnósticas e focadas em compreender os mecanismos que levam à mudança, mesmo que se trabalhe com categorias diagnósticas como o DSM, podem favorecer o desenvolvimento da ACT como uma terapia baseada em evidências, em especial ao público idoso. Aqui, há duas hipóteses para sustentar tal argumento.

Protocolos manualizados, para além das limitações já apontadas, não costumam focar nos desfechos baseados em processos específicos de mudança, dando pouca margem ao seu uso parcial. Não há segurança para o uso avulso de uma etapa do protocolo, não só por uma questão sequencial do tratamento, mas também por insegurança pela imprecisão, falta de escopo e profundidade. Isto acarreta sobre o desconhecimento de como fatores biopsicossociais, no caso do presente trabalho as evidências gerontológicas, mediarão desfechos favoráveis e desfavoráveis no trabalho de determinada técnica em meio a um processo subjacente em psicoterapia.

Em segundo lugar, as consequências dessa imprecisão quando atendemos pessoas idosas levam dificuldade na tomada de decisão diante de comorbidades, aumentando

assim o risco de iatrogenia por procedimentos. Estar atento às alterações normativas e as possíveis alterações não normativas do envelhecer leva à necessidade de considerar possíveis adequações para melhores desfechos clínicos. O que torna esta missão ainda mais desafiadora é não haver muitos dados que deem segurança sobre o que e como fazer. O capítulo dois da presente tese é um esforço em levantar hipóteses de como a ACT pode vir a ser um modelo de psicoterapia que favoreça o trabalho com pessoas idosas na clínica psicológica.

A partir do acima exposto, faz-se importante uma discussão a respeito do que está disponível na literatura científica sobre a ACT com pessoas mais velhas, para assim se pensar perspectivas e implicações para a construção de novas pesquisas e da prática clínica em psicoterapia. Serão apresentados e discutidos, então, dados de revisões sistemáticas e estudos interventivos a fim de coletar e compilar dados que sejam úteis ao objetivo deste trabalho.

Dentre as três revisões sistemáticas já mencionadas (Monteleone, 2015; Medeiros & Hartmann Júnior, 2019; Delhom et al., 2022), algumas implicações podem ser apontadas. Uso de neuromodulação e estratégias baseadas em SOC foram apontadas para o tratamento da dor crônica. Apesar de tais inserções no tratamento da ACT e dos desfechos favoráveis, não houve detalhamento suficiente que possibilitasse a reprodução das intervenções.

Medeiros e Hartmann Júnior (2021) propõem uma intervenção piloto de 12 sessões para depressão. A amostra, composta por nove mulheres idosas, foram submetidas a blocos de sessões individuais, cada um com foco em um dos estilos de enfrentamento. Nas sessões referentes ao estilo centrado, foram utilizadas técnicas de reminiscência. Junto ao estilo engajado, estratégias SOC. Apesar disso, não houve

detalhamento de como mediaram os resultados pós intervenção e *follow-up*. Os processos da ACT não foram mensurados.

O braço qualitativo da pesquisa apresentou uma análise das entrevistas pós intervenção. As participantes referem psicoeducação, uso de registros e as práticas baseadas em *mindfulness* foram diretamente citadas. As falas ainda apontam a importância do vínculo entre terapeuta e paciente e a apropriação dos conceitos. Os relatos ainda apontam ainda relação entre aceitação, desfusão, valores e ações de compromisso com a percepção de melhora nas relações conjugais, familiares intergeracionais e autonomia, que não são confirmados devido às limitações psicométricas do estudo (Medeiros & Hartmann Júnior, 2022).

A revisão de Delhom et al. (2022) para ACT no tratamento de depressão e ansiedade traz acréscimos para a discussão. Limitações geralmente encontradas nos estudos foram: amostras pequenas, dificuldade em encontrar estudos integralmente experimentais e baixo nível de detalhamento dos procedimentos, alta taxa de desistência (chegando a 20%), uso de instrumentos não específicos para pessoas idosas, e nem para a ACT e nível de evidência fraca ou moderada. Em contrapartida, um dos estudos apresentou resultados semelhantes entre ACT e TCC no tratamento de pessoas idosas deprimidas, com melhor desfecho em “saúde mental” e satisfação no tratamento. Este dado será resgatado mais à frente. Em relação à ansiedade, os autores indicam que a ACT pode ser adequada considerando as particularidades da população idosa.

Lenze e Wetherell, ainda em 2011, indicaram a biblioterapia e a autoajuda guiada como primeiro passo ou complemento a tratamentos psicoterápicos para quadros de depressão e ansiedade citando ACT, TCC e intervenções baseadas em *mindfulness* (2011). Essas são intervenções de baixo custo com caráter também preventivo. Os autores

questionavam se o aumento na procura por esses materiais, em especial *on-line*, seria por pessoas idosas. Hoje, a suspeita se confirma (Vieira et al., 2022).

Gould et al. (2021) também trazem à tona o debate que põe lado a lado ACT e TCC. Em um estudo de viabilidade para o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) resistente ao tratamento, aponta-se a ACT como candidata ao tratamento de primeira linha. Argumentos como a resistência que o público idoso apresenta ao tratamento farmacológico e cognitivo-comportamental e a ausência de pesquisas que ofereça dados alternativos são levantados para sustentar a proposta. A intervenção teve, ao todo, 16 sessões que perpassaram os seis processos de flexibilidade psicológica, além de temas como medicação, hábitos de sono, exposição a situações desconfortáveis e solução de problemas. Iniciaram 40 participantes, com uma perda amostral de aproximadamente 19%. Foram utilizados instrumentos para rastreio de sintomas, Inventário de Ansiedade Generalizada (GAI) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), além do Questionário de Aceitação e Ação Comprometida (AAQ-II).

Os autores questionam os benefícios de uma intervenção em TCC para pessoas idosas com maior sintomatologia que desafia a validade do conteúdo dos pensamentos. Embora desadaptativas e em parte superaprendidas, essas respostas cognitivas não são necessariamente irrealistas. Uma abordagem de aceitação na qual os indivíduos aprendem a se concentrar em seus recursos remanescentes pode ser mais benéfica do que uma abordagem na qual eles direcionados à modificação dos pensamentos ditos negativos (Gould et al., 2021). Soma-se a isso o aumento da cognição pragmática, alterações nos níveis de controle primário e secundário e seletividade socioemocional.

Por ser um estudo de viabilidade, os resultados se limitam à indicação para passos mais maduros na construção de evidências, como os ensaios clínicos randomizados. É visível que, por mais que o estudo tenha buscado prevenir limitações comuns com

participantes idosos, houve ainda uma perda amostral considerável. Mesmo com redução nos níveis de ansiedade e depressão, aumento da flexibilidade psicológica, incluindo *follow-up*, Gould et al. (2021) listam uma série de recomendações a partir das limitações de seu próprio estudo.

Em um contexto de intervenção ACT com pessoas idosas que apresentam TAG, faz-se interessante atentar a: examinar o nível de expectativa sobre o tratamento e motivação para mudança desde o início (e. g., desejo de “se livrar” da ansiedade); aumento na frequência de revisões sobre a viabilidade do uso de estratégias de controle sobre eventos encobertos; aumentar o número de metáforas, vinculando a comportamentos orientados por valores; pessoas idosas podem ir de encontro com o intuito da ACT. Muitas pessoas são culturalmente orientadas durante toda a vida a controlarem preocupações e demais experiências subjetivas desconfortáveis. Soma-se a isto fusão cognitiva com crenças de incapacidade e correlatas e um forte apego a um *self* conceitual devido à idade (Gould et al., 2021). Por fim, mesmo surgindo como alternativa viável à TCC, a ACT também deverá enfrentar seus próprios desafios.

Roberts e Sedley (2016) apresentaram um caso clínico de uma paciente idosa de 89 anos com os diagnósticos de TAG de depressão maior. Apesar disso, fora tratada a partir da perspectiva transdiagnóstica da ACT, desde a conceitualização às intervenções e postura do terapeuta. Ao final do estudo, a partir dos resultados positivos e limitações para generalização destes, os autores reforçam um debate já levantado neste trabalho: por ser um grupo heterogêneo, não há uma regra geral sobre adequações no uso de intervenções, que nem sempre são de fato necessárias. Resgatam ainda Ken Laidlaw, importante referência em TCC no envelhecimento, para contemplar uma conceitualização abrangente em seu caso. As áreas de maior adequação e atenção para o tratamento foram as atitudes frente ao envelhecimento, funcionamento cognitivo, saúde física e fadiga.

Laidlaw et al. (2004) propuseram um modelo de conceitualização de caso compreensivo em TCC para idosos, acrescentando ao diagrama básico aspectos gerais que englobam todos os seus níveis. Estes são: crenças de coorte, transições de papéis, condições de saúde, relações intergeracionais e internalização de crenças socioculturais (a respeito do envelhecimento). Pode-se pensar, então, a relevância desses pontos também à conceitualização em ACT, a qual não possui um modelo próprio para velhice.

Mais recentemente Chojak (2023) investigou a eficácia de um programa ACT em grupo de 12 semanas visando melhorar a saúde mental de pessoas idosas em pequenas cidades da Polônia. Os participantes, em um total de 100, foram randomizados no grupo ACT ou no controle baseado em Psicologia Positiva. Os grupos foram compostos por 10 a 15 pessoas idosas. O destaque do estudo foi a mensuração da flexibilidade psicológica ( $p = 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,249$ ) em todas as suas dimensões, encontrando resultados estatisticamente positivos para aceitação ( $p = 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,153$ ), desfusão cognitiva ( $p = 0,002$ ,  $\eta^2 = 0,091$ ) e contato com momento presente ( $p = 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,124$ ). Estes processos foram mediadores na participação em grupo e no aumento da percepção de qualidade de vida.

As intervenções grupais com pessoas idosas parecem ser, de fato, recentes. As ausências nos *guidelines* de Kropf & Cummings (2017) e na revisão sistemática de Tavares & Barbosa (2018) para depressão, que por sua vez elencam apenas TCC e Terapia de Reminiscência. Pesquisas com adultos mais jovens são mais facilmente detectadas, geralmente direcionadas a queixas de dor crônica, depressão ou ansiedade.

Saindo do grande foco das pesquisas em ACT, a revisão sistemática de Liu et al. (2023) avaliou a eficácia do modelo na melhora da função cognitiva global. Foram identificados 12 estudos entre 1994 e 2022, em um total de 904 participantes. Vale ressaltar que o foco não recaiu em pessoas idosas, havendo pessoas com 60 anos na

amostra, sem discriminação de quantidade. Segundo os resultados, considerando a limitação de alguns dos estudos, a ACT poderia beneficiar direta ou indiretamente: atenção, função cognitiva subjetiva, função executiva e memória. Os autores elencam a possível relação diretamente proporcional, a partir dos desfechos dos estudos, entre função cognitiva e flexibilidade psicológica.

Outro estudo piloto localizado propõe uma intervenção manualizada de seis encontros baseadas na ACT para promover engajamento em atividades físicas em pacientes idosos na fase inicial de reabilitação cardíaca. A intervenção propôs a exposição a sensações corporais e situações de exercício, em paralelo ao foco nos processos de aceitação e valores. Além de promissor, o programa se mostrou seguro para a população testada, com média de 70 anos (Farris & Kibey, 2022).

Dada a apresentação dos dados acima apresentados, e ao longo de todo este capítulo, o Quadro 5 apresenta algumas possíveis indicações para pesquisa e apontamentos futuros para a prática clínica, ainda insipiente. Nota-se a ausência de estudos voltados à intervenções grupais, presenciais ou *on-line*.

## Quadro 5

## Indicações para a pesquisa e prática em ACT com pessoas idosas

Aspecto	Descrição
Indicações para pesquisas futuras	Pesquisas com delineamento experimental; amostras maiores; maior nível de detalhamento; baixa perda amostral; uso de instrumentos apropriados ao público idoso e ao modelo ACT; foco nos processos de mudança; pesquisas com intervenções grupais.
Intervenções conjuntas	Intervenções baseadas no modelo SOC, biblioterapia, autoajuda, farmacoterapia, atividade física e neuromodulação.
Pontos de atenção para conceitualização de caso	Crenças de coorte, transições de papéis, condições de saúde, relações intergeracionais e internalização de crenças socioculturais (a respeito do envelhecimento)
Temas relevantes	Uso de medicações, sono, reabilitação, autonomia, relações conjugais e relações intergeracionais.
Pontos de atenção	Nível, incluindo inicial, de expectativa sobre o tratamento e motivação para mudança; uso de estratégias de controle sobre eventos encobertos; uso de metáforas vinculada a comportamentos orientados por valores; orientação culturalmente e crenças idadistas.
Ganhos secundários	Funcionamento cognitivo, melhora nas relações, redução de sintomas, higiene do sono.

Fonte: Retirado de Alonso-Fernández et al. (2016); Farris e Kibey (2022); Gould et al. (2021); Liu et al. (2022); Medeiros e Hartmann Júnior (2021; 2022); Petkus e Wetherell (2013); Roberts e Sedley (2016).

Kropf e Cummings (2017), em sua obra sobre práticas baseadas em evidências para pessoas idosas, não referem a ACT como promissor no que tange a tratamentos baseados em evidências, discutindo a pertinência das intervenções baseadas em aceitação no contexto do Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness (MBSR).

Na revisão realizada, aceitação se apresentou como mediador para desfechos como reconhecimento e tolerância com as mudanças que o envelhecimento traz consigo. Em adição, flexibilidade psicológica se apresenta junto à qualidade de vida como variáveis que contribuem para a aceitação de condições adversas e níveis mais baixos de percepção de prejuízo funcional por questões físicas.

Diante de um cenário que se concretiza durante a pandemia da Covid-19, a temática das intervenções *on-line* em psicologia no Brasil se torna central. O olhar lançado por sobre as produções científicas e regulamentações da prática, antes uma

necessidade de adaptação à realidade pandêmica, hoje é parte natural do processo formativo continuado em psicologia.

Dividindo-se entre intervenções síncronas ou assíncronas, guiadas por terapeuta ou aplicativos, as diferentes ofertas de atendimento *on-line* atendem a diferentes públicos com diferentes necessidades. Quando o foco recai sobre pessoas idosas, é preciso pensar alguns fatores anteriores.

Apesar de uma maior inserção no mundo digital, com acesso à internet (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2021), pessoas idosas podem ser inibidas por fatores biopsicossociais. Sobre isto, Vieira et al. (2022) elencam: falta de letramento digital; falta de acessibilidade e usabilidade; aumento na sensação de dependência por não dominar a tecnologia; alterações biológicas normativas e não normativas. O mal uso das tecnologias digitais por pessoas idosas pode levar a consequências como alterações na qualidade do sono, humor, isolamento e ansiedade pelo excesso de informações (chamada *infoxication*). Em 2020, o público idoso fora o principal propagador de notícias falsas no *Facebook* (Ramscar, 2020).

Por outro lado, atendimentos virtuais com pessoas idosas são favoráveis, segundo Titov et al. (2015), devido a: redução do estigma de ir ao terapeuta; limitações motoras não mais impedem o tratamento; não ter de lidar com falta de acessibilidade; os custos com o tratamento, que vão além das sessões de psicoterapia; facilidade em encontrar profissional qualificado; a partir de dados coletados pelos autores, homens idosos têm preferido a modalidade.

A Terapia Cognitivo-Comportamental mediada por internet (TCCi) é, com todos os públicos, a mais pesquisada. No campo do envelhecimento, tem demonstrado efetividade em contraposição a grupos-controle (Read et al., 2020), menor índices de sintomas depressivos em comparação ao tratamento convencional após 24 meses (Read

et al., 2021). Entretanto, o público segue o apontado por Cremers et al. (2019), que em revisão sistemática situaram o paciente médio como feminino, urbano e com alta escolaridade. Em resumo, a TCCi tem se mostrado relevante para quadros leves e moderados de ansiedade e depressão em pessoas idosas (Xiang et al., 2019). Ying et al. (2021) apontam adesão e satisfação com o tratamento como possíveis mediadores para o sucesso do tratamento.

Quando a discussão é afunilada para a ACT, não há dados suficientes para a construção de uma base de sustentação para essas intervenções. Dois estudos, com foco na solidão (piloto não randomizado, Zarling et al., 2023) e em queixas de ansiedade (Witlox et al., 2018), são alguns dos exemplos. Para o primeiro, fora proposta uma intervenção individual composta por oito módulos interativos, assíncronos, com o objetivo de ensinar os 529 participantes a lidarem com a experiência da solidão. O grupo de participantes solitários apresentou melhora significativa, com manutenção em *follow-up* ( $d$  de Cohen = 0,73). Já o segundo, ainda sem dados finais divulgados, contou 240 participantes com sintomatologia leve à moderadamente severa. O tratamento proposto é individual de 14 semanas. Os pesquisadores pretendem analisar o custo benefício para assim implementá-lo nas práticas preventivas nos Países Baixos.

O ensaio clínico randomizado de Witlox et al. (2021) comparou uma intervenção mista em ACT com TCC presencial para sintomas de ansiedade. Os 314 participantes, com idades entre 55 e 75 anos, inseridos no grupo ACT ( $n = 150$ ) tiveram acesso à quatro sessões presenciais e a um módulo *on-line* já validado composto por nove lições a serem realizadas ao longo de até 12 semanas, o que levaria a acessos diários de 15 a 30 minutos. Já os que integraram o grupo TCC ( $n = 164$ ) obtiveram quatro sessões presenciais mais planos de ação diários de até 30 minutos, semelhantes aos do grupo ACT.

Os resultados apontaram resultados semelhantes entre os grupos, mesmo após 12 meses após o fim do tratamento ( $\chi^2=0,2, p=0,68$ ). Quando os desfechos secundários são abordados, a intervenção ACT apresentou melhores resultados para saúde mental positiva ( $p=0,03$ , Cohen  $d=0,29$ ) e satisfação com o tratamento ( $p<0,001$ , Cohen  $d=0,78$ ). Ao final, os autores indicam a ACT “combinada” como alternativa à TCC padrão, sendo mais um estudo apontando a abordagem no tratamento de queixas de ansiedade com pessoas mais velhas e resultados melhores em medidas consideradas positivas.

Witlox et al. (2022) fazem ainda um estudo de custo-benefício do ensaio randomizado, mostrando que a intervenção combinada em ACT custou, individualmente, 90 dólares a mais para cada participante. Com isso, incentivam que a tomada de decisão pela escolha do tratamento seja compartilhada com base em preferências, condições clínicas, éticas, práticas e pessoais.

As revisões sistemáticas com metanálise de Han e Kim (2022) e Thompson et al. (2021) trazem apontamentos ajudam a identificar os direcionamentos necessários para a pesquisa e as limitações atuais em *Internet-based Acceptance and Commitment Therapy* (iACT). Han e Kim (2022) investigam os efeitos da iACT nos processos de flexibilidade psicológica. Os 34 ensaios clínicos randomizados apontaram efeito médio na flexibilidade psicológica e pequeno para atenção plena, valores e desfusão cognitiva nos pós-testes. Em *follow-up*, o efeito na flexibilidade psicológica foi pequeno. Ainda sobre o estudo dos autores supracitados, houve dificuldade em avaliar o risco de viés e os detalhes de alguns dos estudos por falta de informações, além de terem detectado que poucos ensaios utilizaram grupo controle.

Thompson et al. (2021) investigaram desfechos transdiagnósticos em intervenções iACT e também encontraram limitações. Desta vez na confiabilidade das evidências de efeitos clinicamente significativos. Os achados apontaram melhores

resultados para sintomas de depressão e flexibilidade psicológica na iACT orientada por terapeuta quando comparadas à modalidade autoguiada. Ao todo, mais de 75% das pessoas concluíram seus tratamentos.

Os dados apontam o desafio de instituir as intervenções *on-line* no Brasil. Para além da propositura de políticas públicas de educação digital para o público idoso, em uma visão macro, o profissional que atende pessoas idosas nesta modalidade deve ficar atento aos fatores de inibição ao uso e alterações normativas e não normativas relevantes para o atendimento virtual, propondo assim as adaptações e uso de competências clínicas específicas, incluindo conhecimento suficiente para a adequação dos recursos digitais.

A ACT vem sendo considerada uma intervenção promissa no tratamento de condições de saúde mental na população idosa desde 2013. Desde lá, ainda não houve a consolidação do modelo. O presente capítulo apontou algumas das limitações e potencialidades deste empreendimento, que possui argumentos sólidos para sua concretização.

Apesar da sustentação empírica, modelos interventivos como a TCC apresentam limitações na capacidade de reprodutibilidade de seus estudos, ausência no uso de evidências gerontológicas e baixa sustentação de resultados em longo prazo. Autores já questionam sua viabilidade para pessoas idosas com quadros de ansiedade e depressão persistentes e sem remissão. Tais questionamentos começam a compor um corpo de argumentos que visam estabelecer um caminho promissor de aproximação entre a prática da psicoterapia e demais modalidades em psicologia clínica das evidências biopsicossociais gerontológicas.

Todos os estudos apresentados possuem limitações metodológicas, seja pela restrição do desenho escolhido, seja pela qualidade do estudo. Apesar disso, são coletadas as potencialidades e revertidas em potencialidades para pautar a relevância do tema, para

além do envelhecimento populacional mundo a fora e seus atravessamentos socioeconômicos e políticos e novas demandas em saúde mental.

## **CAPÍTULO 5 - OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar os efeitos de uma intervenção em grupo, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, para a flexibilidade psicológica de pessoas idosas.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o processo de envelhecimento humano;
- Descrever a flexibilidade psicológica a partir dos preceitos da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT;
- Verificar o nível de fusão/desfusão cognitiva das pessoas idosas;
- Verificar o nível de aceitação e ação comprometida das pessoas idosas;
- Analisar o efeito da intervenção grupal sobre o processo de flexibilidade das pessoas idosas;
- Compreender as percepções das pessoas idosas a respeito de suas experiências com a intervenção grupal e seus desdobramentos.

## **CAPÍTULO 6 - MÉTODO**

### **6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental com delineamento misto (qualitativo e quantitativo) e de corte longitudinal. Todas as etapas ocorreram *on-line*, por meio da plataforma *Google Meet*, com apoio do *Google Forms*, para inscrição e preenchimento dos instrumentos, e *Google Calendar* para o agendamento dos encontros.

### **6.2 PARTICIPANTES**

Inicialmente, se inscreveram 31 pessoas idosas. Após a triagem, detalhada nos procedimentos, a amostra fora composta por 10 participantes, com idades variando de 66 a 73 anos ( $M = 68,7$ ,  $DP = 2,40$ ), de ambos os sexos ( $F = 8$ ,  $M = 2$ ), divididos em dois grupos de cinco pessoas cada. Ambos receberam mesma intervenção concomitantemente, o que caracteriza um único grupo para a análise quantitativa dos dados. Os participantes foram divididos, por conveniência, a partir de sua disponibilidade para participação. A escolha se deveu ao fato de buscar proporcionar um espaço de melhor suporte interventivo e apoio tecnológico aos participantes, com um perfil de poucas habilidades no uso de TDICs. Por se tratar de um estudo quase-experimental.

Os critérios de inclusão/exclusão foram:

- Residir na região metropolitana do Recife;
- Não estar em tratamento farmacológico neurológico ou psiquiátrico;
- Dispor de equipamento necessário e conexão com internet;
- Não atingir ponto de corte nos instrumentos de triagem.

### **6.3 INSTRUMENTOS**

#### **6.3.1 Instrumentos de triagem (Fase 1)**

##### ***6.3.1.1 Questionário Biossociodemográfico***

Fora produzido um Questionário Biossociodemográfico (APÊNDICE 1) a fim de avaliar critérios de inclusão e traçar o perfil da amostra. O instrumento é composto, ao todo, por 18 itens. Teve como base, além dos critérios acima mencionados, questionários utilizados com idosos disponíveis na literatura.

### ***6.3.1.2 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado***

Amplamente utilizado em ambiente ambulatorial e hospitalar, o MEEM é um instrumento de aplicação breve (10 a 20 minutos) e tem por objetivo rastrear déficits cognitivos, não sendo um instrumento passível de diagnóstico (ANEXO 1). Desde sua criação, por Folstein et al. (1975) e sua primeira adaptação para a realidade brasileira em 1994, o MEEM passou por adaptações e mudanças nas sugestões para uso (Brucki et al., 2003). Seus 19 itens se dividem cinco domínios, a saber: um avalia orientação, memória e atenção; já o segundo, habilidades específicas, incluindo orientação espacial e temporal, memória de evocação, cálculo, atenção e compreensão e execução de instruções. Entretanto, a correção possui score único, não havendo correção por subescala, sendo possível pontuar entre zero e 30 (Brucki et al., 2003).

Os níveis de corte estabelecidos pela versão brasileira são, a saber: analfabetos – 13 pontos, baixa escolaridade (um a oito anos) – 18 pontos, e alta escolaridade (acima de 8 anos) – 26 pontos (Brucki et al., 2003; Nitrini et al., 2005). Os pontos de corte não puderam ser assumidos pela omissão de três itens (comando de estágios, escrever uma frase completa e copiar diagrama) devido a sua aplicação via videochamada, o que acarretou a redução da pontuação máxima em cinco.

Diante disso, o ponto de corte utilizado foi padronizado, sendo de 18 pontos, para um total de 25, independente de escolaridade. Essa decisão foi tomada com base na possibilidade de erro de medida do instrumento a partir de sua adaptação e pela possibilidade já apontada na literatura de excluir participantes aptos. Este é um

procedimento geralmente adotado em pesquisas que se utilizam do MEEM (Brucki et al., 2003).

### **6.3.1.3 Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) adaptada**

Elaborada por Yesavage et al. (1983), em língua inglesa e com 30 itens, fora posteriormente adaptada para uma versão reduzida de 15 itens (Sheikh & Yesavage, 1986). A EDG-15 rastreia sintomatologia depressiva em idosos em escore único, sem subescalas, com 15 itens a serem respondidos em “Sim” ou “Não”. No Brasil, tem sua primeira validação para população ambulatorial por Almeida e Almeida (1999) e foi posteriormente por Paradela et al. (2005). Apesar de sua primeira versão ser amplamente utilizada, optou-se pela adaptada por Pereira (2017) (ANEXO 2). A escolha se deu pelo trabalho em retirar ambiguidades em alguns itens, além do cuidado em acrescentar a informação, a cada item, de que o mesmo deve ser respondido com base na última semana. Soma-se isto a qualidade nos resultados encontrados no estudo de validação. Neste, os achados validaram o seu uso população geral ( $\alpha = 0,85$ ). Separando os dados por gênero, mostrou-se válida para mulheres ( $\alpha = 0,93$ , e homens ( $\alpha = 0,63$ ). O ponto de corte assumido foi de seis pontos.

## **6.3.2 Instrumentos de coleta dados (fases 2 e 3)**

### **6.3.2.1 Questionário de Aceitação e Ação Comprometida (AAQ-II)**

O AAQ-II (ANEXO 3) é uma medida embasada no modelo de flexibilidade psicológica da ACT. Criado por Bond et al. (2011) e validada no Brasil por Barbosa e Murta (2015) com  $\alpha 0,87$ , trata-se de uma escala tipo *Likert* composta por sete itens com respostas que variam entre um e sete. Com relação a pontuação, escores mais baixos indicam maior flexibilidade psicológica. Com escore máximo de 49 pontos, não há ponto de corte ou subescalas para este.

Argumenta-se pelo uso da AAQ-II como instrumento para avaliação de desfecho do Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica devido ao fato de ser construído por importantes autores da ACT, incluindo Steven Hayes, seu principal proponente. Com isto, o processo de interpretação dos dados obtidos à luz da referida abordagem é facilitada, aproximando assim os dados da teoria. Inicialmente pensada para avaliar flexibilidade psicológica a partir da evitação experiencial, seu atual modelo está voltado, mais especificamente, à aceitação com ação comprometida.

#### **6.3.2.2 *Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7)***

O CFQ-7 (ANEXO 4) avalia o nível de fusão/desfusão cognitiva. Proposta por Gillanders et al., (2014), já foi traduzido, adaptado e validado no Brasil por Lucena-Santos et al. (2017), apresentando boas propriedades psicométricas ( $\alpha = 0,93$ ). É uma escala tipo *Likert* de sete itens com respostas que variam entre um e sete. Quando maior o escore obtivo, maior o nível de fusão cognitiva.

Assim como o AAQ-II, não possui ponto de corte ou subescalas e também foi pensada a fim de monitorar e avaliar o progresso de pessoas inseridas em algum contexto de intervenção em ACT. Isso facilitou a sua escolha. É possível acessar outros instrumentos de rastreio pautados na ACT já disponíveis para o público brasileiro. Opta-se por não os inserir devido ao delineamento do estudo e ao uso de instrumentos qualitativos que somam aos já apresentados. Logo, a flexibilidade psicológica será avaliada pelos AAQ-II, CFQ-7 e por uma entrevista semiestruturada, apresentada mais a frente.

#### **6.3.2.3 *Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica***

O Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica (APÊNDICE 2) é composto por 10 encontros com duração de uma hora e 30 minutos. O chamado “Grupo de Apoio Psicológico a Pessoa Idosa” teve por objetivo trabalhar os seis processos

(apresentados como “passos”) de flexibilidade psicológica a partir das intervenções propostas tradicionalmente pela ACT (Hayes & Smith, 2019; Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2017), com maleabilidade para adequações necessárias a partir das especificidades dos participantes, buscando, quando possível, alinhar aspectos como sensibilidade cultural, evidência disponível, e perícia clínica.

Todos os encontros tiveram tema, objetivos e procedimentos pré-estabelecidos. Apresentações de *slides* foram utilizadas como material de apoio para ilustrar metáforas, exercícios e exibir lembretes. Estes foram produzidos em formato cartaz, com medidas de 42cm por 59,4cm (APÊNDICE 3), afim contribuir com a experiência do usuário dos participantes que acessam as videochamadas por celular, o que ocorreu em sua maioria. O Apêndice 2 detalha cada encontro, incluindo o que fora trabalhado ao longo de cada encontro.

#### **6.3.2.4 Entrevista Semiestruturada**

Com a finalidade de obter dados para uma análise qualitativa, optamos por uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE 4). A mesma é composta por seis questões que visam compreender de forma ampla e individualizada as percepções das pessoas idosas a respeito de suas experiências com o protocolo e visões sobre possíveis benefícios advindos destes, incluindo os processos de flexibilidade psicológica da ACT.

As entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo e, após transcrição, deletadas. Quanto à duração, não fora estabelecido limite para tal. Os participantes puderam responder livremente, controlados apenas pelo direcionamento das perguntas contidas no roteiro.

### **6.4 PROCEDIMENTOS**

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), seguindo atentamente os preceitos éticos dispostos na

Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada com o número CAAE: 61195022.7.0000.5206 (ANEXO 5). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através de formulário *on-line* (ANEXO 6). Os participantes foram convidados a partir de divulgação nas redes sociais do UNICAP Prata, do Serviço de Atenção à Pessoa Idosa (SAI) e do Serviço Integrado Cognitivo-Comportamental (SICC). O método de recrutamento utilizado foi o de bola de neve e os interessados preenchiam um formulário informando número de telefone e *e-mail* para contato. Todos os participantes enviaram um contato de referência para suporte técnico, dúvidas e demais comunicações que se fizessem necessárias. Antes e durante a execução do protocolo, houve orientação para instalação, atualização, manejo dos aplicativos e preparação de ambiente.

O estudo foi dividido em três fases. São elas: 1- triagem, 2- intervenção *on-line* síncrona e 3- *follow-up*. A pesquisa contou com o auxílio de cinco profissionais voluntários, todos devidamente capacitados, sendo dois responsáveis pela triagem e coleta de dados, um pela organização dos dados para análise e mais dois juízes para validação da análise qualitativa. Coube ao pesquisador principal a condução dos grupos e análise dos dados.

O profissional voluntário com a tarefa de organização dos dados garantiu o duplo cego em todas as etapas da pesquisa. Com isto, o pesquisador principal, aplicador do protocolo, não esteve ciente das respostas dos participantes aos instrumentos, nem por quem cada um foi testado e entrevistado. Para a análise dos dados, os quantitativos foram entregues tabulados e os qualitativos transcritos, omitindo informações que pudessem levar à identificação. Nenhuma das atividades foi gravada a fim de manter o sigilo acordado no contrato de convivência de ambos os grupos. Exceção para as entrevistas semiestruturadas, que foram realizadas individualmente.

#### **6.4.1 Fase 1 – Triagem**

Na primeira etapa da pesquisa, as pessoas inscritas no formulário foram convidadas a uma triagem individual por videochamada. Os que aceitaram o convite e acessaram as salas virtuais e responderam ao Questionário Biossociodemográfico, MEEM adaptado pelos pesquisadores e da EDG-15 adaptada. Toda esta fase foi conduzida por dois profissionais voluntários. O acesso se deu por ligação, *e-mail* ou mensagem via *WhatsApp*.

Como mencionado anteriormente, inscreveram-se, ao todo, 31 pessoas idosas. Dessas, 17 foram contatadas a partir das informações dispostas no formulário de interesse. As demais não responderam às tentativas de contato. Das que responderam, seis não cumpriam critérios de inclusão por estarem em tratamento psiquiátrico. Das 11 restantes, apenas uma não apresentou resultado esperado na EDG-15, atingindo oito pontos.

Os interessados que não cumpriram os critérios de inclusão foram escutados e direcionados a serviços de referência, como a Clínica de Psicologia da UNICAP, e a projetos de extensão em saúde mental, como o SICC e o SAI.

#### **6.4.2 Fase 2 – Intervenção**

As pessoas idosas selecionadas foram distribuídas entre os grupos mediante disponibilidade de horário. Os 10 encontros semanais com duração de uma hora e 30 minutos ocorreram as quintas-feiras (grupo A) e sextas-feiras à tarde (grupo B), ambos iniciando às 14h30min.

Antes do início da intervenção, os participantes já alocados em seus grupos responderam, individualmente, com o auxílio de dois pesquisadores voluntários, as medidas pré-intervenção (pré-teste), sendo estas o AAQ-II e o CFQ-7. Posteriormente, sucederam-se os 10 encontros semanais do Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica, conduzidos pelo pesquisador principal. Ao término do

protocolo, foram agendadas as entrevistas semiestruturadas e a reaplicação (pós-teste) do AAQ-II e CFQ-7 pelos pesquisadores voluntários responsáveis por esta função.

#### **6.4.3 Fase 3 - *follow-up***

Por fim, após três meses do término da fase 2, foram reaplicados pela última vez o AAQ-II e o CFQ-7 (*follow-up*). A escolha por uma testagem de *follow-up* se deu em favor da possibilidade de que os dados possibilitassem a hipótese da manutenção dos possíveis ganhos com o Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica.

### **6.5 ANÁLISE DE DADOS**

Após o fim da coleta, os dados advindos do questionário sociodemográfico e das três testagens do AAQ-II e do CFQ-7 foram tabulados em um banco de dados para fins de organização para análise estatística. Já as entrevistas foram transcritas em documento de texto, separadas por participantes enumerados de 1 a 10.

Os dados coletados a partir das testagens foram submetidos ao *Statistical Package for Social Science* (SPSS), v. 24.0, software responsável por rodar todas as análises descritivas e inferenciais não paramétricas. Inicialmente, traçou-se o perfil populacional geral da amostra, bem como de cada grupo. Assumiu-se, desde o início, a não normalidade na amostra, não sendo testada.

Para o cumprimento dos objetivos, que incluem verificar o nível de Fusão/Desfusão Cognitiva, Aceitação e Ação Comprometida e o efeito da intervenção grupal, optou pela ANOVA de Friedmann, a fim de comparar os três tempos para cada medida aplicada. Também foram realizados *Wilcoxon Signed Rank post hoc* para medir as diferenças entre tempos. Foi assumido um intervalo de confiança de 95% e significância de  $p \leq 0,05$ . Também foram gerados cálculos de tamanho de efeito ( $r = z/\sqrt{n}$ ) para análises não paramétricas sugeridos por Cohen (1988), considerando valores acima de 0,50 como de alta magnitude.

Também fora utilizado o teste de correlação de Kendall Tau-*b* entre as variáveis independentes aceitação e ação comprometida e desfusão cognitiva. A hipótese para o teste é o de uma correlação positiva, onde a redução de uma contribui para a redução da outra. Devido ao tamanho da amostra, não se assumiu nenhum pressuposto ou hipótese de relação entre alguma variável descritiva coletada no Questionário Biossociodemográfico e os resultados obtidos.

Para a análise dos dados qualitativos, a transcrição das entrevistas, a análise de conteúdo fora o método escolhido. Este método se ocupa do tratamento da informação contida nas mensagens através da inferência, as palavras ou expressões indutoras utilizadas pelo pesquisador ou pelo próprio grupo suscitam vários outros substantivos, adjetivos, expressões e nomes próprios dos participantes (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo possui três etapas: pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2011). A primeira trata da organização dos dados, dividida em três fases: escolha dos documentos a serem submetidos à análise; formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final (Bardin, 2011). Em seguida, a exploração do material consiste na realização de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras propostas previamente pelo pesquisador (Bardin, 2011). Através de inferência e interpretação, há a análise dos resultados obtidos. Os dados são trabalhados a fim de serem significativos e válidos (Bardin, 2011).

Dentre os diferentes tipos de análise de conteúdo, a análise temática fora escolhida por ser a que mais se aproxima dos objetivos deste estudo. Discutida por Minayo (2014), contempla uma análise interpretativa a partir de núcleos de sentido, ou seja, “[...] temas que se estruturam a partir de “estruturas de relevância, valores de

referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (Minayo, p. 316), e não mais apenas por frequência de palavras.

Ao final, houve o esforço em relacionar o produto da análise de conteúdo temática aos achados da ANOVA de Friedmann a fim de investigar o produto da intervenção com maior complexidade e atenção a possíveis lacunas deixadas pela utilização de apenas um dos métodos. Com o objetivo de investigar os efeitos da intervenção em grupo, verificando os níveis de aceitação e ação comprometida, de desfusão cognitiva, complementa-se a análise do efeito da intervenção grupal sobre a flexibilidade psicológica pelo método qualitativo a fim de compreender os processos que não são acessados pelos instrumentos.

## CAPÍTULO 7 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da amostra apresenta uma maioria feminina, negra (parda ou preta), heterossexual, cristã, aposentada, residindo sozinha e com casa própria, como apresentado na Tabela 1. A média de idade foi de 68,7 (DP = 2,40), variando entre 66 e 73 anos.

Tabela 1  
Perfil sociodemográfico dos participantes

Variável		N	%
Sexo	Feminino	8	80
	Masculino	2	20
Orientação Sexual	Heterossexual	10	100
Cor autodeclarada	Branca	4	40
	Parda	3	30
	Preta	3	30
Estado civil	Casado	4	40
	Solteiro	2	20
	Divorciado	2	20
	Viúvo	1	10
	União Estável	1	10
Religião	Católica	5	50
	Protestante	4	40
	Não tem	1	10
Escolaridade	Médio	6	60
	Superior	4	40
Ocupação	Aposentadoria	9	90
	Funcionamento público	1	10
Moradia	Própria	9	90
	Com familiares	1	10
Quantidade de pessoas na casa (além do participante)	Nenhuma	6	50
	Três pessoas	1	20
	Uma pessoa	1	10
	Duas pessoas	1	10
	Cinco pessoas	1	10

Com quem reside	Sozinho	6	50
	Companheiro	1	10
	Comp. e Filho	1	10
	Marido e neto	1	10
	Marido, filho e neto	1	10
Renda	Estável	7	70
	Ruim	2	20
	Confortável	1	10

Além dos dados acima, os dados relativos à saúde física e mental dos participantes também foram coletados, conforme a Tabela 2. As respostas abaixo são provenientes de itens do questionário biossociodemográfico, sendo todas coletadas por autorrelato.

Tabela 2  
Dados autorrelatados sobre saúde física e mental

Variável		N	%
Tratamento anterior em psiquiatria	Sim	7	70
	Não tem	3	30
Tratamento anterior em psicologia	Sim	8	80
	Não	2	20
Uso de álcool	Não	9	90
	Sim	1	10
Uso de nicotina	Não	10	100
Condições de saúde	Hipertensão	3	30
	Hipertensão e diabetes	2	20
	Diabetes	1	10
	Artrose	1	10
	Não possui	1	10
Atividade Física	Sim	8	80
	Não	2	20
Conflitos interpessoais	Não	6	60
	Sim	4	40
Satisfação com o sono	Sim	9	90
	Não	1	10

Os participantes foram distribuídos em cada grupo a partir de sua disponibilidade de horário, quintas-feiras ou sextas-feiras das 14h30min às 16h, e receberam a mesma intervenção, não havendo grupo controle. Ambos os grupos foram compostos por quatro mulheres e um homem com participação efetiva em todas as fases, incluindo *follow-up*. Contudo, dois participantes do grupo B, uma mulher (participante 3) e um homem (participante 7) recusaram participar da entrevista semiestruturada. O grupo A apresentou média de idade de 67,6 (DP = 1,14), variando entre 66 e 69. Já o grupo B, apresentou 69,8 (DP = 2,95), variando entre 67 e 73.

Uma Anova de Friedman foi conduzida para investigar diferenças temporais nos níveis da AAQ-II entre os três períodos avaliados. Os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os tempos ( $\chi^2(2) = 10,7$ ;  $p = 0,005$ ). Mais especificamente, testes *Wilcoxon Signed Rank post hoc* indicaram diferenças do tempo 1 com os tempos 2 e 3, como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3

Resultados do teste de diferença nos níveis aceitação e ação comprometida antes (pré-teste), após a intervenção (pós-teste) e *follow-up*.

		Escore			Estatística do <i>Wilcoxon Signed Rank</i>		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>z</i>	<i>M<sub>rank</sub></i>	<i>p</i>	<i>Tamanho do efeito</i>
AAQ-II	T1	18,3	6,43	2,57	2,80	0,010	0,81
	T2	12,4	5,78		1,65		
	T1	18,3	6,43	2,79	2,80	0,005	0,88
	T3	14,0	10,22		1,55		

Legenda: AAQ-II: Questionário de Aceitação e Ação Comprometida; T = tempo; M: média; DP = Desvio Padrão; *z* = escore padrão; *M<sub>rank</sub>* = média dos ranks; *p* = nível de significância.

Os tamanhos de efeito encontrados sugerem diferenças de alta magnitude nos escores entre os tempos investigados, o que sugere que mesmo com uma baixa amostra, o efeito da intervenção foi forte o suficiente para ser encontrado. Esses resultados sugerem uma queda de AAQ-II após o tempo 1, e sua manutenção entre os tempos 2 e 3.

Para a CFQ-7, a Anova de Friedman também encontrou resultados significativos ( $\chi^2(2) = 9,74$ ;  $p = 0,008$ ). Novamente, testes *Wilcoxon Signed Rank post hoc* indicaram diferenças entre o tempo 1 em comparação aos tempos 2 e 3. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Resultados do teste de diferença nos níveis de Fusão/Desfusão Cognitiva antes (pré-teste), após a intervenção (pós-teste) e *follow-up*

		Escore			Estatística do <i>Wilcoxon Signed Rank</i>		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>z</i>	<i>M<sub>rank</sub></i>	<i>p</i>	<i>Tamanho do efeito</i>
CFQ-7	T1	18,0	7,47	2,12	2,70	0,034	0,67
	T2	13,8	6,48		1,75		
	T1	18,0	7,47	2,57	2,70	0,010	0,81
	T3	15,7	11,1		1,55		

Legenda: CFQ-7 = Questionário de Desfusão Cognitiva; T = tempo; M: média; DP = Desvio Padrão; *z* = escore padrão; *M<sub>rank</sub>* = média dos ranks; *p* = nível de significância.

Os tamanhos de efeito aqui encontrados também sugerem diferenças de alta magnitude entre os tempos investigados. Esses resultados sugerem uma queda de CFQ-7 após o tempo 1, e sua manutenção entre os tempos 2 e 3.

Percebeu-se um aumento considerável no desvio padrão da última testagem de ambos os instrumentos. Deveu-se a uma participante que não manteve a redução nas pontuações obtidas na segunda testagem. Ao ser contactada, relatou estar vivenciando uma situação nomeada como “inesperada” e que, apesar de acreditar estar lidando bem com a situação, tem sido fonte de intenso desconforto. Diante disto, a mesma foi orientada a procurar os serviços anteriormente mencionados. Na leitura geral dos dados, não impactou diretamente os resultados alcançados, que corroboram com a hipótese desta tese, de que uma intervenção *on-line* em grupo baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso contribui para a flexibilidade psicológica em pessoas idosas saudáveis.

Para a leitura da correlação de Kendall tau-*b*, a hipótese foi da ocorrência de uma correlação positiva, onde a redução de uma contribui para a redução da outra. A escolha

se deu em consonância com o modelo conceitual da ACT, no qual redução dos níveis de inflexibilidade e aumento da flexibilidade psicológica em qualquer um de seus seis processos contribui para que ocorra o mesmo com os demais. A Tabela 5 apresenta os resultados.

Tabela 5

Resultado do teste de correlação de Kendall tau-*b* para aceitação e ação comprometida e fusão/desfusão cognitiva.

Variáveis	$\tau$	Tamanho do efeito
AAQ-II T2 – CFQ-7 T2	0,706*	0,879
AAQ-II T3 – CFQ-7 T3	0,847**	1,246

Legenda: T = tempo; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação Comprometida; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva;  $t$  = Coeficiente de correlação (Kendall's tau-*b*); \*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$ .

Devido ao tamanho da amostra, não se assumiu nenhum pressuposto ou hipótese de relação entre alguma variável descritiva coletada no Questionário Biossociodemográfico e os resultados obtidos. As análises quantitativas permitiram não só verificar os níveis das variáveis, mas também o objetivo específico de analisar efeito da intervenção grupal sobre o processo de flexibilidade psicológica das pessoas idosas.

Os resultados corroboram com o modelo conceitual da ACT, o qual afirma que a redução da inflexibilidade ou aumento na flexibilidade psicológica em um ou mais de seus seis processos influencia nos demais. No caso da presente tese, apenas dois processos foram diretamente mensurados, aceitação/evitação experiencial e desfusão/fusão cognitiva.

Com a transcrição das entrevistas e preparação do texto teve início a pré-análise do material. Após a exploração do material, uma primeira versão de sistematização de núcleos de sentido foi proposta e submetida à análise de dois juízes. Após avaliação, chegou-se ao consenso de núcleos e categorias expostos na Tabela 6.

Tabela 6  
Núcleos temáticos e categorias de sentido

Núcleo temático	Categorias de sentido
Ganhos (23 falas)	Ganhos percebidos (sete falas) Troca de experiências (seis falas) Aprendizagem conceitual (seis falas) Autonomia (quatro falas)
Protocolo de Intervenção (18 falas)	Sugestões (sete falas) Dificuldades (seis falas) Intervenção (cinco falas)
Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (cinco falas)	

A formação dos núcleos de sentido revela o direcionamento das falas para os 10 encontros realizados, não se restringindo apenas a aspectos técnicos e de execução. As falas também dizem respeito à experiência individual de cada participante.

Sobre a não modificação do núcleo de sentido “Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação” argumentou-se que, apesar da intervenção proposta ter sido realizada *on-line* e do reduzido número de falas, é pertinente que o tema seja abordado em separado. Dada a sua relevância para compreender fenômenos relacionados ao processo de inserção digital no envelhecimento e ao atual baixo quantitativo de pesquisas propondo intervenções *on-line* em ACT para idosos, ainda mais em formato grupal, têm-se uma oportunidade de explorar as falas alocadas.

A categorização de ganhos percebidos, troca de experiências, aprendizagem conceitual e autonomia em um único núcleo de sentido permitiu, desde a aprovação final dos juízes, a oportunidade de analisar, em separado, temas relevantes seja para a ACT, para o envelhecimento humano e para compreensão do processo grupal.

Acrescenta-se que dois dos objetivos específicos de verificar o nível de fusão/desfusão cognitiva e de flexibilidade psicológica das pessoas idosas. Logo, a divisão possibilita identificar os processos da ACT não só pela sua menção conceitual,

mas em aspectos vivenciais do protocolo. Isto possibilitou o diálogo com as diferenças achadas nas três testagens do AAQ-II e do CFQ-7.

Por último, ao núcleo “Protocolo de Intervenção” foram incluídas sugestões e dificuldades. Estas categorias possibilitaram repensar pontos de reconfiguração no protocolo para futuras aplicações, favorecendo não só a experiência do usuário, mas também a reprodutibilidade do modelo. A categoria “intervenções”, apesar da aproximação, diferencia-se das apresentadas em “Ganhos” por focar nos elementos e funcionamento dos encontros.

Resgatando da hipótese do trabalho: uma intervenção *on-line* em grupo baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso contribui para a flexibilidade psicológica em pessoas idosas saudáveis. O conceito de saudável assumido para discriminar as pessoas idosas aptas ao estudo, como mencionado anteriormente, é o mesmo utilizado em outras pesquisas com o público e que estão em consonância com a OMS e com o modelo de envelhecimento bem sucedido do *lifespan* (Baltes & Carstensen, 1996; Knappe et al., 2015).

Aspectos como funcionalidade global parcialmente preservada, ausência de manifestações sintomáticas de transtornos mentais ou sintomatologia leve e em remissão, ausência de transtorno neurocognitivo e boa percepção de bem estar psicológico e saúde foram levados em consideração a partir do preenchimento do Questionário Biosociodemográfico e dos instrumentos para critério de inclusão, MEEM e EDG-15. Considerando que o conceito de pessoa idosa saudável é heterogêneo e não exclui conflitos e quadros de saúde em geral, e seguindo as evidências gerontológicas sobre o processo de envelhecimento humano, a amostra foi condizente com a proposta inicial.

A redução (entre os tempos 1 e 2) nas pontuações do AAQ-II ( $M_1 = 18,3$ ,  $M_2 = 12,4$ ,  $z = 2,57$ ,  $p = 0,010$ , tamanho do efeito = 0,81) e do CFQ-7 ( $M_1 = 18,0$ ,  $M_2 = 13,8$ ,

$z = 2,12, p = 0,034$ , tamanho do efeito = 0,067) apontam a pertinência da intervenção *on-line* em grupo baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso contribui para a flexibilidade psicológica em pessoas idosas saudáveis. Pontuações baixas nos instrumentos significam redução, respectivamente, na esquiva experiencial e na fusão cognitiva, levando ao aumento da aceitação e ação comprometida e da desfusão cognitiva.

Com o tempo 3 apresentando a manutenção dos níveis do AAQ-II ( $M3 = 14, z = 2,79, p = 0,005$ , tamanho do efeito = 0,88) E CFQ-7 ( $M3 = 15,7, z = 2,57, p = 0,010, r = 0,81$ ), a intervenção foi capaz de manter seus ganhos três meses após o último encontro. Os dados corroboram com o estudo de Chojak (2023), que também encontrou desfechos positivos em uma intervenção ACT em grupo, na modalidade presencial, para aceitação e desfusão cognitiva. A tradição de modelos interventivos comportamentais e cognitivos incentivam que a população que os acessam têm na aprendizagem de estratégias adaptativas de enfrentamento ao problema, sua acomodação e generalização um dos principais ganhos (Bennet & Oliver, 2019; Hayes et al., 2021; Luoma et al., 2017).

Todos os participantes tiveram, além do acesso aos cards prontos e confeccionados em colaboração, a modelos de registro como o diário de aceitação cotidiana e de gratidão. Apesar de não ser possível mensurar o impacto disto nos resultados, os *feedbacks* a respeito dos planos de ação e reflexões eram suscitados ao início de um novo encontro. Alguns participantes apresentaram dificuldade no preenchimento dos diários, quando estes foram solicitados. Não foram encontrados estudos que apresentassem dificuldades semelhantes. Na impossibilidade comparação, a não familiaridade com o tipo de registro, manejo inadequado por parte do aplicador ou vergonha foram hipóteses pensadas ao longo da análise dos dados.

Resgatando o estudo de intervenção em ACT de Holsting et al. (2017), dificuldades nas relações em terapia, percepção de resultados e transição da terapia para

o dia a dia foram dificuldades detectadas. Dependência do terapeuta e desânimo após a terapia poderiam se aplicar ao protocolo de intervenção realizado. Entretanto, nem os resultados das análises quantitativas nem os relatos transcritos das entrevistas apontaram nesta direção. Desejo de mais sessões, formato híbrido e dificuldades técnicas ou de cuidado a familiares foram referidos pelos participantes, como será discutido mais à frente.

Na busca por intervenções *on-line* em ACT, individual ou em grupo, não há muita referência para validar os achados da presente pesquisa. Além do baixo custo e da viabilidade de um tratamento misto, ambos os dados obtidos no formato individual, não existem desfechos para comparação. Por isto, faz-se aqui uma interpretação cautelosa, apesar de otimista, dos achados. Por isto, discute-se a pertinência da intervenção para os níveis de aceitação e ação comprometida e desfusão cognitiva em pessoas idosas saudáveis e que residem na comunidade com idades entre 65 e 75 anos, com acesso à internet e segundo ou terceiro grau completo.

Os instrumentos não são suficientes para avaliar todos os seis processos de flexibilidade psicológica, sendo diretamente mensurados apenas os correspondentes ao lado esquerdo do hexaflex e a ação comprometida. Entretanto, em concordância com o modelo ACT, levanta-se a hipótese de que outros processos foram beneficiados, por terem sido trabalhados no protocolo de intervenção. Alguns relatos retirados das entrevistas a ilustram.

Seguindo o modelo ACT, com a hipótese as intervenções com um dos seis processos de flexibilidade psicológica favorecem os demais, os índices de correlação auxiliaram a testar se os dados obtidos seguiriam esta tendência. Com índices altos de correlação positiva nos tempos 2 ( $\tau = 0,706$ , tamanho do efeito = 0,879) e 3 ( $\tau = 0,847$ , tamanho do efeito = 1,246), reforçados pelo nível de significância, encontra-se a

tendência de relação entre as variáveis aceitação e ação comprometida e desfusão cognitiva.

Ambas as análises, de diferenças entre as testagens, através da Anova de Friedman e do *Wilcoxon Signed Rank post hoc*, e correlação de Kendall Tau-*b*, buscaram alcançar o objetivo específico de analisar o efeito da intervenção grupal sobre o processo de flexibilidade psicológica. Pessoas idosas se tornaram mais flexíveis nos processos avaliados, tendo essas variáveis correlacionado positivamente, concordando não só com a hipótese do hexaflex, mas também do estilo de enfrentamento aberto.

Iniciando a discussão pelo núcleo **Ganhos**, mais especificamente na categoria **ganhos percebidos**, os participantes comentam os seus com o protocolo de flexibilidade psicológica. Um deles fora a oportunidade de conhecer outras pessoas é pontuada: “*Você tem a oportunidade de conhecer outras pessoas, ouvir outras perguntas e respostas e tudo isso é ganho pra você*” (Participante 1, feminino, 73 anos).

Isto favoreceu, segundo a participante 6 (feminino, 68 anos), “*buscar*” conteúdos e trabalha-los no momento presente a partir das temáticas propostas: “*Foi muito positivo. Porque conheci outras pessoas e durante essa pesquisa eu consegui buscar alguma coisa do passado que estava guardado lá dentro de muitos e muitos anos. Não é? Isso aí é muito importante*”. Outra participante contribui neste sentido, trazendo ganhos no aspecto afetivo:

“*Olha, eu ia comentar. Um ganho foi eu ter buscado lá atrás no passado um assunto que eu pensava que eu não seria capaz de colocar pra fora e ficava logo nervosa. Isso faz muito bem. É importante. O ganho foi conseguir analisar os sentimentos. Externalizar*” (Participante 8, feminino, 68 anos).

O contato com o momento presente proposto pela ACT permite a visualização de eventos ocorridos tendo como crivo de análise o contexto atual. Ou seja, a possibilidade

de acessar o *self* contextual, compreendendo as pistas contextuais que aproximam e diferenciam do *self* do momento recordado. Enxergar eventos passados com afetos, pensamentos e valores de hoje permite uma visão mais aberta, centrada e fluida de si. Verbalizar contingências passadas no aqui e agora auxilia na redução da confiança simbólica na linguagem e a quebra de seu poder conceitual, que contribui para uma visão mais conceitual e não contextualmente orientada (Hayes et al., 2021).

Com o declínio da inteligência fluída e aumento da cristalizada, torna-se um movimento normativo a interpretação com base na experiência de vida, o que não necessariamente leva ao ato de ignorar a experiência atual. Eventos críticos de vida, relações com controle primário e secundário, seletividade socioemocional e desenvolvimento de transtornos mentais também podem interferir no bom uso da seleção, otimização e compensação de recursos para tomada de decisão (Alonso-Fernández et al., 2016; Baltes & Carstensen, 1996). Uma visão predominantemente conceitual de si pode vir a ser fortalecida com o envelhecimento, levando a comportamentos públicos e privados que, apesar de verídicos, são disfuncionais.

Hayes et al. (2021) propõem a noção de *self* processual, o que corresponde ao nosso processo mais natural de visão si, considerando aspectos fluídos e cristalizados como coexistentes. Sendo o envelhecimento bem sucedido o equilíbrio entre perdas normativas e não normativas, a inteligência mecânica seria preservada para uso funcional. Em uma linguagem ACT, isto favoreceria a percepção das pistas contextuais, isto é: a capacidade de compreender o uso funcional da experiência de vida e sua generalização limitada a novas contingências.

A relação com os afetos também é citada pela participante 4 (feminino, 68 anos), que comenta um *insight* obtido: “Eu chorava, chorava tanto que nem falava. Continuava

chorando pra esquecer e só piorava. Percebi que me forçar a chorar mais não iria trazer o meu amor de volta. Só me fazia sofrer mais do que eu já estava sofrendo”.

Durante a aplicação do protocolo, as noções de dor limpa e dor suja são introduzidas a fim de facilitarem a discussão do processo de aceitação. Para Bennet e Oliver (2019), este esforço favorece o desenvolvimento da capacidade de discriminar situações em que as estratégias de aceitação serão necessárias.

Ainda segundo os autores, a dor limpa representa toda aquela que naturalmente compõe o ciclo da vida humana, como perdas, mudanças e decepções. A dor limpa seria “manchada” a partir de julgamentos e avaliações cognitivas a partir da experiência emocional naturalmente desconfortável, levando a fusão com conteúdos de dor, trauma e vitimização e, por sua vez, à esQUIVA experiencial. Em um fluxo natural, outros processos passariam a ser influenciados, mobilizando-os à inflexibilidade.

A relação com os pensamentos também foi abordada:

*“E foi quando chegou a guerra dos pensamentos. Será que eu devia ter ajudado assim? E por que que eu agi assim? Será que eu não fui flexível demais? Releveei demais? Ruim demais pros outros? Para mim eu vou acumulando, acumulando, acumulando e quando chega a minha vez, cadê? Né? E isso aí me ajudou bastante a saber onde eu deveria ser flexível, onde eu deveria me posicionar”* (Participante 5, feminino, 68 anos).

A “guerra de pensamentos”, a qual a participante foi a utilização da metáfora “Tabuleiro de Xadrez”, que tem por objetivo favorecer a tomada de perspectiva da impossibilidade de modificação direta de eventos encobertos. Sendo as peças pensamentos e emoções que “lutam” entre si, a mente humana é o tabuleiro as sustenta. A cada nova partida, as peças são recolocadas e continuam a batalhar, sendo o tabuleiro a única parte que permanece (Hayes et al., 2021).

A flexibilidade é inserida como um vetor de posicionamento, pressupondo uma ação. O pilar engajado corresponde às atitudes de enfrentamento tomadas com

flexibilidade psicológica, o que considera a possibilidade de conflito ou situações em algum nível aversivas. Posicionar-se a partir dos valores engaja a ação comprometida (Pergher & Melo., 2014).

Duas falas da participante 9 (feminino, 67 anos) citam a flexibilidade psicológica como ganho percebido. Em uma delas, a percepção de si menos rígida: “O que foi que mudou é que a (nome) de antes era mais inflexível que a de hoje, sabe? Não quer dizer que eu sempre fui assim mais rígida em tudo, mas em alguns pontos, né? [...] Eu era mais intransigente com minhas filhas. Nisso eu mudei”

Em outro momento, relaciona flexibilidade com se posicionar em situações cotidianas e de conflito: “[...] eu acho que eu era mais, eu vou dizer assim, mais inflexível, né? E passei a ser mais flexível sim, sabe? Algumas questões do cotidiano. Talvez algum tipo assim de preconceito, a gente combater também” (Participante 9, feminino, 67 anos).

Sendo uma abordagem funcionalmente orientada, toda narrativa deve ser interpretada a partir do contexto da mesma. O contar histórias não só clínica ACT, mas em toda a ciência comportamental contextual, é um recurso que vem ganhando maior atenção nos últimos anos, levando à possibilidade de uma análise funcional da narrativa, onde a partir do discurso são compreendidos os processos de flexibilidade e inflexibilidade psicológica a partir de contingências apetitivas ou aversivas (Davis et al., 2021; Sevilla-Liu, 2022). Já existem estudos, como o de Gaudio et al. (2017), que promovem a contação de histórias em intervenções não presenciais, podendo ser assíncronas, por vídeo.

O potencial da narrativa foi perceptível durante os encontros, pois temáticas como racismo, infidelidade e emancipação feminina suscitaram importantes debates à respeito de valores, ações de compromisso e o acolhimento de emoções e pensamentos

consequentes dessas experiências conceitualmente orientadas por comportamentos governados por regras e autorregras superaprendidas.

A participação nos grupos permitiu que as pessoas idosas formassem vínculos, favorecendo a *troca de experiências*: “*Pra mim foi muito bom. Aqui só quem falava era eu porque eu tinha tanta experiência e o pessoal ficava escutando. Então pra mim ela foi valiosíssima, né? Ganhei mais amigos, né?*” (Participante 1, feminino, 73 anos).

Temas amplos que revelam problemas sociais estruturais também foram abordados a partir da vivência particular das participantes. O etarismo foi um assunto abordado em todos os encontros e presente indiretamente em falas que compõem todos os núcleos de sentido. Um tema explicitamente debatido e mencionado nas entrevistas foi o racismo:

“*Eu percebi que ele (o encontro) estava assim muito, como é que eu digo meu Deus do céu? Muito rico porque ver a abordagem do tema da questão do preconceito, né? Da discriminação [...] eu passei tudo isso, existia tudo isso, eu senti tudo isso, né?*” (Participante 2, feminino, 66 anos).

Retomando a temática do racismo, Monteiro et al. (2015) apontam a necessidade de compreensão do estigma social como uma regra verbal que, quando aprendida, leva o estigmatizado a tomar como ponto de partida para suas ações o conteúdo que compõe o estigma. Preocupada com a função de comportamentos públicos e privados (incluindo regras verbais), o enfraquecimento do controle aversivo do estigma favorece a competência metacognitiva, aqui chamada de fusão, de agir no momento presente a partir e não pelo estigma. Por ser um evento crítico de vida, é correto afirmar que o estigma social sempre estará presente, e precisa ser observado com atenção, mesmo quando o controle aversivo diminui e assim deixar de ser operação estabelecadora.

Em discussão mais recente, Ferreira et al. (2022) reforçam a importância de abordagens como a de Tratamento Culturalmente Sensível (TCS) e *broaching*. Enquanto

a TCS fomenta a construção de estratégias específicas ou adaptação daquelas pensadas para populações hegemônicas, o *broaching* diz da capacidade do profissional em considerar fatores sociopolíticos na avaliação e intervenção de pacientes. Outros termos suscitados na literatura são os de competências culturais e humildade cultural (Catelan et al., 2023). Ao pensar que o olhar para público idoso naturalmente necessite das contribuições dessas abordagens, deve ser levado em consideração que a maioria das participantes são mulheres e negras.

Perceber que outras pessoas também enfrentam problemas, mais ou menos parecidos, em suas vidas foi um fator levantado como positivo, pois possibilitou reconhecimento e empatia. Além do racismo, a infidelidade conjugal foi outro tema abordado. Uma queixa compartilhada apenas pelas mulheres:

*“Eu tenho uma ligação de amor e eu recuso a esquecer. Então pronto, viu? Então foi como como se me desse um alívio. De ver que outras pessoas também tinham problemas. Tinha passado por problemas”* (Participante 4, feminino, 68 anos).

O trecho acima ilustra uma postura de esquiva experiencial. Para Hayes (2019), aqueles que buscam a esquiva experiencial o fazem porque anseiam sentir emoções amenas e confortáveis. O contato com modelos que passaram por situações reconhecidamente semelhantes e hoje demonstram uma boa relação com seus afetos pode reforçar um melhor uso e gerenciamento de recursos, ambientais e pessoais, a fim de compensar perdas resignificando o direcionamento de seus afetos, assim se abrindo a outras possibilidades de engajamento em comportamentos valorosos.

*“Agora a gente não ouve os outros. mas então o que eu senti quando vi que outras pessoas também sentiam e às vezes pior do que eu. Né? Aí quando começamos a compartilhar foi melhor porque aí eu passei a sair de mim mesma, procurar usar aquele amor que eu tinha pro outros aí aliviou muito”* (Participante 4, feminino, 68 anos).

Isto também possibilitou a e visualização de diferentes possibilidades de estratégias de enfrentamento, quebrando assim estratégias de inação ou impulsividade, processos de inflexibilidade psicológica da dimensão comportamental:

*“Muito bom você trocar experiência cada um mostrando, assim, um tipo de problema, um tipo de situação que enfrentou, né? E isso aí faz com que você adquira aquela experiência também pra você, principalmente quando foi mostrada uma situação que levou, assim, vamos dizer assim, a uma conclusão boa da situação”* (Participante 9, feminino, 67 anos).

As percepções de diferenças culturais e da heterogeneidade do envelhecimento humano foram citadas por uma participante, explanando em determinado trecho que:

*“[...] é difícil lidar com pessoas diferentes, origens diferentes, criação diferentes, famílias diferentes, educação familiar diferente e assim às vezes as pessoas vão expressar alguma coisa. Aí elas são repetitivas, elas são prolixas e lidar com pessoas idosas pra controlar isso aí é meio complicado, né? E eu sabia lidar com isso bem direitinho, bem legal, né?”* (Participante 5, feminino, 68 anos).

Os diferentes relatos que compuseram a categoria ***aprendizagem conceitual*** trouxeram perspectivas sobre o processo de flexibilidade psicológica. O próprio conceito do que é ser flexível pode ser ressignificado, sendo antes atribuído a renúncia própria: *“Eu via a flexibilidade de uma forma diferente, exagerada. Eu sempre me renunciando essas coisas em prol dos outros, em prol de irmão, em prol de neto, em prol de filha, em prol de marido”* (Participante 5, feminino, 68 anos). Em complemento, a mesma exemplifica:

*“Teve um momento lá que ele (o facilitador) falou de um tema que encaixou com uma colega que tinha. Ela era uma pessoa muito carente e geralmente as pessoas se afastam dela porque ela sugava demais dos outros. Eu não sabia dosar quando dizer sim ou não. E me dava mal porque*

*ela achava o dela era as características dela eram inferiores as minha e acabava procurando defeitos em mim pra evidenciar. E chegou em um ponto em que afetou as minhas emoções. Precisei me afastar um pouco. Tentei ajudar e acabei acreditando que eu poderia ser aquilo”.* (Participante 5, feminino, 68 anos).

Aqui, resgatar o conceito de flexibilidade psicológica é necessário para a continuação da discussão. Estar aberto a eventos privados dolorosos, centrado no momento presente e comprometido com ações de valor. A flexibilidade psicológica só pode estar atrelada à renúncia se este comportamento se aproxima de consequências valorosas em médio e longo prazo. Do contrário, podem-se estabelecer comportamento governados por regras, levando à um aprender relacional arbitrário.

Verbalmente se impõe uma regra, relacionando-a com a consequência desejada. Entretanto, isto gera uma baixa aprendizagem contingencial, diminuindo o efeito dos reforçadores e aumentando punição, sendo o comportamento arbitrariamente mantido apesar de suas consequências. Este é o ponto de partida da ACT para o conceito de inflexibilidade psicológica. A partir do exemplo, mais especificamente, fusão cognitiva, *self* conceitual e baixa percepção de valores e posterior ação comprometida.

Os processos que compõem a flexibilidade psicológica também foram lembrados. A participante 1 (feminino, 73 anos) relaciona a aceitação com o processo de envelhecimento: *“Aprendi sobre como é importante a aceitação e o idoso aceitar que está mais velho”*. A aceitação e a desfusão cognitiva também são, em termos de emoções e pensamentos, citados: *“Faz parte mesmo, é importante que a gente aceite, que lhe trabalhe. Não fuja deles (emoções e pensamentos dolorosos), né? Como sendo nocivo prejudicial a gente”* (Participante 10, masculino, 69 anos).

Para a ACT, a resolução de problemas auxilia efetivamente em questões “da pele para fora”. O desenvolvimento da linguagem enquanto forma de nomeação de objetos e

fenômenos possibilitou conceituar problemas e gerar comportamentos de resolutivos. Em contrapartida o sofrimento humano não é causa linguagem, mas consequência.

Em consonância com a RFT, aprende-se a estabelecer critérios arbitrários para definir o que é melhor, mais bonito, agradável e importante, por exemplo, relacionando tais características à sons, objetos, gostos, manifestações sociais. Esta organização é uma busca por controle e conforto. Grande parte dela é pré-estabelecida antes da experiência pessoal. Este modo de funcionamento seria em parte responsável pelo movimento de tentar organizar o “mundo subjetivo” da mesma forma, em uma lógica de resolução de problemas (Dahl et al., 2013; Hayes et al., 2001).

Sendo eventos encobertos consequências, e não causas, tentar resolver emoções e pensamentos só o fusionarão ainda mais a conceitos negativos. Com isto, aprende-se a se afastar e evitar qualquer experiência internamente dolorosa. Quando as pessoas se submetem à uma intervenção ACT, aprendem que emoções desconfortáveis precisam ser compreendidas pois, em sua maioria, sinalizam conteúdos importantes que revelam direções valorosas (Luoma et al., 2017). Por fim, o participante 10 completa:

*“[...] foi sobre as emoções, foi sobre os pensamentos, foi sobre a história de vida e sobre as emoções da gente. Tudo como se lidava diante dessa situação de emoção, tudo isso aí foi importante. Essa aí foi a questão da vida que eu já trabalho a vida toda. Agora, essa de lidar com as emoções, com os pensamentos, de como trabalhar, né? Deixando de se dominar pelo pensamento. Não aceitar o ficar lamentando aqueles pensamentos isso aí foi importante realmente foi novidade”* (Participante 10, masculino, 69 anos).

Ainda sobre isto, a participante 9 (feminino, 67 anos) menciona ainda a regulação emocional em sua primeira experiência em “terapia”: *“É, a gente falou sobre flexibilidade, inclusive sobre ter regulação mais emocional. Eu gostei demais, amei.*

*Gostei demais mesmo. E foi assim a minha primeira experiência. Nunca tinha feito terapia antes. Entendeu?”.*

Na categoria **autonomia**, falas como a da participante 4 (feminino, 68 anos) ilustram a busca por atribuições significativas e escolhas sobre quais atividades realizar e priorizar:

*“Eu procurei também um trabalho na igreja para ensinar as crianças. Vejo um mundo tão sem Deus, comecei a falar de Deus para criança então quando eu vejo o amor da parte delas dando atenção a mim, me respeitando quando eu chego, quando vem uma me abraça, um amor sincero, do nada, como quem sentiu falta de você. Entendeu? Isso aí é um prêmio”.*

Os encontros buscaram facilitar o desenvolvimento de flexibilidade psicológica, o que favorece tomada de decisão baseada em valores. Na ACT, os processos de mudança de comportamento e compromisso, também entendidos como de ativação comportamental, são *self* contextual, valores e ações de compromisso. Sendo a autonomia um fator cognitivo para a tomada de decisão, os processos acima mencionados representam a decisão baseada na visão de si mesmo, motivação para a ação planejada e posterior execução desta. Para que isto seja possível, é necessária a utilização competente de estratégias baseadas nos processos de conscientização e aceitação (Hayes et al., 2008).

Em uma perspectiva multidimensional da pessoa idosa, a autonomia é parcialmente relacionada à independência, capacidade mecânica de execução de ações (Hayasida et al., 2020). Todos os idosos participantes se apresentaram quase totalmente independentes, o que favorece a execução de ações como a do relato.

*“Eu acho que o sistema que vocês fazem é muito bom. Entendeu? De conversar com a pessoa na casa da pessoa. Às vezes a gente não pode nem sair de casa [...] só porque eu não tenho marido, mas eu tenho minha casa, eu tenho as coisas que eu gosto, as plantas, tenho minhas amigas*

*agora, né? Mas o pessoal da família geralmente não pensa assim. Pensa que a gente não tem nada pra fazer. Então agora eu estou dizendo “não, eu tenho os meus grupos”* (Participante 4, feminino, 68 anos).

A autonomia também pode ser percebida nesta fala, tanto em decidir por uma intervenção *on-line* para se manter funcional em suas atividades diárias, bem como se negar a assumir papel de cuidadora para priorizar o próprio bem estar. Ser uma pessoa idosa autônoma perpassa as relações intergeracionais, que podem a facilitar ou não.

Os participantes apresentam uma longa experiência de vida, onde diferentes atitudes tomadas repercutem nas relações e papéis sociais assumidos no presente. Um exemplo é o papel de mãe e avó, essencialmente intergeracional. A autonomia não é livre de como as relações se estabelecem ou de expectativas e regras sociais, difíceis de serem quebradas sem algum sofrimento. Muitas das idosas cuidam de seus netos, parcial ou integralmente, e estão em conflito com seus filhos devido a isso.

O uso de TDICs, mais bem discutido em seu núcleo de sentido, possibilitou a utilização do controle secundário, havendo adaptação às contingências, para uma participação ativa e funcional no protocolo e na execução de suas atividades como dona de casa e avó, como no exemplo da participante 4, mas também por questões de saúde e locomoção.

Uma participante admite uma nova percepção de contato com o momento presente, resignificando questões como tempo e idade: *“Eu não estou esperando a morte, não. Eu estou esperando a vida. Eu não tenho tempo a perder. É porque as outras pessoas não se manifestam. Ficam ali estáticas só escutando”* (Participante 1, feminino, 73 anos). Aceitação tem sido elencado como mediador de reconhecimento e tolerância com as mudanças que o envelhecimento traz consigo (Kropf & Cummings, 2017). Além do trecho da participante 4, outra menciona a família e a gestão de conflitos:

*“[...] aí fui fazer uma conversa, uma familiar pra poder equilibrar as coisas. E esses dez encontros foram bastante perfeitos, tanto para pensar nos relacionamentos que de alguma forma estava me sobrecarregando e então você começa a lidar melhor com tudo isso”* (Participante 5, feminino, 68 anos).

É mister na literatura que variáveis como suporte familiar e percepção de suporte social são importantes marcadores de bem estar subjetivo para pessoas idosas. Em especial, senso de pertencimento tem estreita ligação com sintomas depressivos e até desesperança e ideação suicida (Ambrosi et al., 2019; Hartmann Júnior, 2018). Ao longo dos encontros, aumentaram os relatos dos participantes que, sentindo-se encorajados uns pelos outros, planejaram e procuraram suas redes de apoio a fim de discutir desejos e necessidades.

No núcleo temático **Protocolo de intervenção**, a categoria de sentido *sugestões* dadas pelos participantes trataram, principalmente, da extensão do protocolo de intervenção, que teve um total de 10 encontros com duração de uma hora e 30 minutos. A proposta foi considerada insuficiente como ilustra o relato de uma participante: *“Gostei muito do trabalho. Eu quero dizer que deveria ser um período maior. Eu achei um período muito curto. Mas o trabalho me ajudou muito”* (Participante 8, feminino, 68 anos).

Outros trouxeram justificativas para o aumento no número de encontros. Enquanto uma idosa referiu motivos pessoais: *“[...] porque a história do meu casamento é muito, muito longa. Ainda tem coisa amarrada, compreende? [...] e quando chega no melhor momento, acaba”* (Participante 6, feminino, 68 anos), outra argumenta pelo próprio envelhecimento:

*“Achei muito, muito pouco. O tempo é curto para nós que somos idosos. Muitas vezes a gente precisa ir a médico. A gente muitas vezes precisa ficar com o neto [...] então se se tivesse, digamos assim, essa tolerância de mais cinco e fazer quinze seria uma tolerância né?”* (Participante 8, feminino, 68 anos).

Muitos dos participantes já participaram de outros grupos voltados à pessoa idosa, todos fora do contexto controlado de pesquisa. Por isso, sugestões e críticas desta natureza foram esperadas, por mais que as devidas explicações e especificações fossem dadas. Mesmo assim, aderiram durante todo o protocolo, formaram vínculos e se tornaram mais habilidosos com as TDICs utilizadas.

Um participante faz um apelo para que, além de uma maior duração, ocorram mais grupos para que mais pessoas idosas sejam beneficiadas: *“Rapaz, não, só que aumentasse o número de encontros e que faça como mais gente. Mais laboratório por aí, que tem muito idoso precisando, viu?”* (Participante 10, masculino, 69 anos). Também se manifestou o desejo de que houvesse um encontro presencial: *“E que fosse elaborado um encontro mais pessoal, sabe? Todo mundo junto. Então minha sugestão seria essa. E não é que não ajude a questão do grupo pela internet”* (Participante 2, feminino, 66 anos).

É interessante perceber que, mesmo com a aceleração do processo, em parte desorganizado, de inserção digital de pessoas idosas, o fato de a atual coorte não ser nativa digital contribui para apelos de ao menos um encontro presencial, bem como da transição total da modalidade.

Em outra direção, a participante 1 (feminino, 73 anos) propôs um tema a ser trabalhado: *“[...] eu iria falar da falta de respeito com o idoso. Certo? A falta de respeito é impressionante. Impressionante. Esse aí era uma coisa boa, né? Ninguém quer mais respeitar”*.

Ainda nesta categoria, a participante 5 (feminino, 68 anos) traz a expectativa frustrada a respeito da “profundidade” do conteúdo temático dos encontros: “Não sei se eu esperava que aprofundasse mais”. Ainda no mesmo trecho, parece justificar sua fala a partir de incômodos com alguns integrantes:

*“[...] às vezes as pessoas vagavam e saíam do assunto de cada um, né? Cada um sujeito. Fui flexível. E assim, eu sou uma pessoa muito objetiva. Então, quando tem uma pessoa que fala muito, fico meio incomodada. Então acho que foi isso aí que eu esperava que fosse um pouco diferente”.*

Neufeuld et al. (2023) compilam oito aspectos do processo grupal que corroboram com as práticas cognitivo-comportamentais, a saber: instilação de esperança, universalidade (percepção das semelhanças entre problemas e dificuldades), compartilhamento de informações, altruísmo, habilidades de socialização, comportamento imitativo, aprendizado interpessoal e coesão grupal.

Todos os aspectos mencionados puderam ser detectados em diferentes momentos de aplicação do protocolo. Entretanto, a fala acima pode representar um exemplo de baixa coesão. A coesão representa a atração dos membros entre si e com o grupo, favorecendo comportamento empático e conexão emocional (Neufeld et al., 2023). Apesar de não ser a única participante com ensino superior completo, a referida participante apresentou em algumas oportunidades a dificuldade para coesão grupal, alegando diferenças intelectuais entre os participantes, o que nunca chegou a gerar conflito.

As pessoas idosas também elencaram *dificuldades* percebidas ao longo da realização do protocolo, outra categoria de sentido. Duas lamentaram a ausência em alguns dos encontros por diferentes motivos. Sobre isto, o participante 10 (masculino, 69 anos) relata que: *“Que no dia do encontro eu não participei. Pensei que era no dia seguinte. Quando eu me dei conta aí fiquei triste. Isso aconteceu”.* A outra justificou sua

ausência devido ao seu papel de cuidadora e das obrigações que assume com isto, o que traz em tom de queixa:

*“Algumas vezes eu não fui. Aí, eu fiquei tão chateada. Mas meu Deus do céu, foi mais por causa de casa. E eu digo, meu Deus, esqueci da reunião. Aí minha filha disse, por que mãe? Porque você me dá a menina pra eu cuidar. Eu fico com tanto medo que ela caia. Que aconteça um acidente com ela que eu esqueci da reunião”* (Participante 4, feminino, 68 anos).

Em direção contrário do anteriormente exposto, as intervenções *on-line* também podem encontrar no não deslocamento um obstáculo. A sobreposição de compromissos e obrigações prejudicam a presença e participação ativa nos encontros, seja por esquecimento ou necessidade. O contato com familiares para o engajamento de seus parentes fora reforçado, mas nem sempre recebido com abertura. Com relação às faltas por esquecimento, reforçaram-se os avisos e lembretes. Inicialmente, os lembretes eram enviados na manhã dos encontros e a uma hora do início. Após as primeiras queixas, passaram a ser emitidos no dia anterior.

A necessidade de assumir o papel de cuidadora também afetou a experiência da participante 5 (feminino, 68 anos): *“[...] tinha uma criança, aí a criança é especial e não deixava eu sozinha. Quando estava lá na cama no quarto ela abria a porta”*. O cuidado com a própria saúde também contribuiu para a ausência, bem como prejudicou a qualidade da participação, incluindo problemas de conexão e ambiente inadequado:

*“Mas mesmo eu tendo perdido alguns encontros por conta da minha necessidade, de médico, de exame e tudo mais, eu gostei muito e no último que houve eu estava pra fazer um atendimento oftalmológico e teve uma colega que estava falando a questão do preconceito e eu botei a mão pra falar e a internet caiu”* (Participante 2, feminino, 66 anos).

A dificuldade apresentada pela participante 1 (feminino, 73 anos) foram os atrasos, o que não parece ter prejudicado a participação e a satisfação. *“Às vezes eu entrava atrasada porque eu sou dorminhoca. aquela coisa toda, mas enfim. Eu fazia de tudo pra não perder e foi muito valiosa as questões que foram lançadas, entendeu?”*.

Por fim, uma fala ilustra a não realização de atividades propostas ao fim dos encontros como dificultador:

*“Acho que uma das dificuldades foi o que foi passado, assim, algumas coisinhas que era pra gente refletir, colocar em papel. Mas a minha dificuldade foi exatamente a falta de tempo. Você que é dona de casa, sabe? Era uma coisa que eu gostaria de ter feito. [...] Eu gostaria muito de ter feito todas, sabe? Ter tido assim um tempinho pra pegar aquele papel, aquelas situações que ele foi colocado”* (Participante 9, feminino, 67 anos).

A relevância desta categoria se dá pela necessidade de considerar as dificuldades das pessoas idosas participantes, que também foram usuárias de TDICs, como possíveis limitações do estudo. Estratégias para diminuir a interferência de conflitos interpessoais, sobreposição de compromissos e adaptação de planos de ação são desafios para futuras pesquisas com propostas semelhantes a esta.

Os relatos também estiveram atrelados à **intervenção** em si. Um deles traz considerações gerais do processo: *“Ela (a “terapia”) ajuda. Ela ajuda a beliscar em alguns pontos que estavam adormecidos, sabe? Ela contribuiu, vamos, digamos, se a gente tivesse que dar uma nota se eu tivesse que dar mil eu daria quinhentos mil”* (Participante 2, feminino, 66 anos).

A participante 9 (feminino, 67 anos) menciona um encontro em específico, possivelmente os de número três e quatro: *“Eu gostei muito, foi um dos pensamentos, controle dos pensamentos, né? E o primeiro sobre flexibilidade. Foram duas que eu achei muito bom. Eu gostei bastante”*.

Oito dos participantes, a totalidade dos que responderam a entrevista, afirmam ter alguma experiência prévia com profissionais de psicologia. Em especial, um deles ressalta a sua satisfação: *“Eu já conhecia o trabalho do psicólogo. Mas rapaz, eu nunca tinha feito tão boa como essa. Não é um curso. Como é que chama? Como é que é? Um laboratório na realidade terapêutica. Excelente”* (Participante 10, masculino, 69 anos).

Outras duas participantes comentam, mais especificamente, sobre a condução do grupo: *“Eu acredito que a pessoa também que está do outro lado, né, conduzindo, ajuda muito, sabe?”* (Participante 2, feminino, 66 anos); *“As historinhas que ele contava, foi muito legal. Assim, bem claras, bem objetivas”* (Participante 5, feminino, 68 anos).

Por ser uma proposta de intervenção *on-line*, alguns dos idosos revelaram estranhamento com a ausência de contato presencial. Esta é a primeira fala que ilustra o núcleo temático **Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação**:

*“Eu só senti a sentia falta da presença do olhar no olho sabe? Do grupo junto né? Que a gente estava junto através do aparelhinho aqui, né? Eu sou muito, vou repetir, eu sou muito, aquela coisa do olho no olho, expressão facial, né? Porque às vezes a gente identifica alguma coisa no outro que não está indo bem ou que está indo bem demais. E questão da tela sabe? Ficar com uma barreira, uma separação mesmo. Porque eu realmente não tenho tato, você não consegue perceber o semblante”* (Participante 2, feminino, 66 anos).

Em contraponto, a participante 6 (feminino, 68 anos) aponta elementos que contribuíram para uma boa experiência: *“[...] mas não foi tão ruim porque não foi presencial. A maneira de falar o carinho e atenção é como se tivesse juntinho entendeu? Não é, mas é como se tivesse e já é uma ajuda, entendeu? Alivia”*.

O uso de recursos e a possibilidade de acessá-los posteriormente foram atrativos para a aderência: *“eu gostei das ilustrações que ele (o facilitador) usava na tela. E depois a gente podia ficar com elas no celular”* (Participante 5, feminino, 68 anos). Além de

apresentados, os cards utilizados nos encontros foram enviados semanalmente ao término dos encontros, para que pudesse ser acessado e assim os participantes revisarem os conteúdos discutidos. Alguns desses cards foram preenchidos em grupo, durante os encontros, sendo uma produção colaborativa.

O uso de recursos visuais e sonoros esteve em consonância a algumas das adequações no atendimento ao público idoso, como uso de diferentes linguagens, incorporação de recursos, encorajar registros, iniciar plano de ação em sessão, aumento na frequência de *feedback* e estabelecimento de “pontes” entre as sessões (Hinrichsen, 2019; Karlin, 2011; Laidlaw & McAlpine, 2008 Petkus & Wetherell, 2013).

Em adição, comodidade e possíveis aspectos dificultadores favorecem a modalidade virtual: “[...] e um trabalho assim on-line, muito bom, porque pra gente sair de casa é mais trabalho. E aqui é feito on-line, né? Tem muitas pessoas que realmente precisam desse trabalho, precisam porque está habitualmente doente, então precisa” (Participante 8, feminino, 68 anos).

Em um último apontamento, vale evidenciar a possibilidade de lidar com dificuldades advindas do processo de adaptação às TDICs:

“Isso aí eu tive uma dificuldadezinha. O meu dedo clicava em algum botãozinho aqui e saía, sabe? Estava vendo ninguém. Aí eu tinha que pedir ajuda a minha filha [...] não, não, atrapalhou não, até porque quando eu saí até ela me ajudar a voltar a imagem eu estava com o fonezinho de ouvido e não estava perdendo nada, entendeu?” (Participante 9, feminino, 67 anos).

As pessoas idosas que não apresentavam conflito interpessoal com parentes mais novos obtiveram maior suporte, sendo apontado como momento de aprendizado. Fatores já mencionados, como a baixa inserção e não natividade digital, a qualidade da conexão e de som e imagem dos aparelhos foram desafios encontrados juntamente a plataformas

que não favoreceram a aprendizagem intuitiva e a recuperação de erros para os que acessaram por *smartphones*.

## CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da hipótese levantada no presente estudo, na qual uma intervenção *on-line* em grupo baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso contribui para a flexibilidade psicológica em pessoas idosas saudáveis, pode-se dizer que ela fora confirmada. Ou seja, pessoas idosas podem obter maior flexibilidade psicológica, reforçando o campo de práticas *on-line* em grupo com pessoas idosas e a prática da ACT com este público. Para este, a possibilidade de inserção em intervenções grupais de baixa intensidade em saúde mental virtualmente, diminuindo barreiras físicas e geográficas de acesso e integração social com outras pessoas.

A amostra pequena, sem o cumprimento do descarte da hipótese nula, fora submetida a testes não paramétricos. Apesar disto, os resultados foram consistentes e positivos, confirmados por tamanho de efeito, cumprindo com os objetivos específicos propostos de verificar os níveis de fusão/desfusão cognitiva e aceitação e ação comprometida das pessoas idosas, analisando o efeito da intervenção grupal sobre o processo de flexibilidade psicológica. Por esta ter sido uma pesquisa quase-experimental (onde não há a presença de grupos controle) em seu braço quantitativo, futuras pesquisas podem contribuir para o campo de conhecimento ao adicionar grupos controle para que se saiba se o efeito encontrado foi realmente dado por conta da intervenção e não por possíveis mudanças temporais. Além disso, estudos com maiores amostras são recomendados para que o nível de validade externa do experimento seja aumentado, melhorando o grau de confiança de generalização dos resultados encontrados.

A ACT é um modelo interventivo promissor no cuidado a pessoas idosas. O modelo de flexibilidade psicológica e suas bases teóricas parecem não discordar do atual paradigma de desenvolvimento ao longo da vida, responsável por uma compreensão ampla do envelhecimento em seus aspectos biopsicossociais. Com isso, indica-se mais

discussões teóricas e epistemológicas que possam contribuir para a integração de evidências gerontológicas para o diálogo com abordagens psicológicas bem como nas possíveis implicações de suas aplicações práticas, presenciais ou *on-line*, individuais e grupais.

A compreensão das percepções das pessoas idosas a respeito da experiência com o protocolo de intervenção grupal, bem como seus desdobramentos, fora possível a partir do acesso e análise das falas retiradas a partir das entrevistas semiestruturadas. Os núcleos de sentido “Ganhos”, “Protocolo” e “Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação” apontaram satisfação geral com a intervenção, levando à ganhos percebidos pelos participantes, bem como trocas de experiências, inserção digital e percepção de ações autônomas, reforça os achados nas testagens do AAQ-II e do CFQ-7. As dificuldades e sugestões devem ser consideradas para novas proposições de intervenções grupais *on-line* com foco na flexibilidade psicológica, bem como o uso de outras medidas que contemplem outros processos, acessados neste estudo apenas por um olhar qualitativo.

Esta pesquisa fora um esforço no movimento para viabilizar pesquisas interventivas grupais na modalidade *on-line* com o público idoso. O levantamento de evidências a partir de pesquisas experimentais focadas em desfechos específicos, sejam processos gerais de intervenções clínicas ou particulares de uma abordagem, como os de flexibilidade psicológica, pode gerar maior segurança para o trabalho de profissionais de psicologia pelas próximas décadas. Vale ressaltar que esses modelos precisam estar em consonância com paradigmas e modelos validados para este público e calcados em competências e evidências também direcionadas.

O tamanho da amostra, a ausência de mensuração de todos os seis processos de flexibilidade psicológica, a impossibilidade de estratificar o resultado a partir das

variáveis categóricas, como sexo ou cor autodeclarada e a perda amostral na coleta qualitativa dos dados são apontados como limitações deste estudo. Apesar disto, é possível elencar que os benefícios achados auxiliam na construção de intervenções *on-line* em grupo para as pessoas idosas com o perfil pesquisado, o que também foi elencado nos critérios de inclusão.

Por fim, considera-se que o objetivo geral de investigar os efeitos de uma intervenção em grupo, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, para a flexibilidade psicológica de pessoas idosas foi alcançado. Este é possivelmente um dos primeiros estudos desta natureza. A partir daqui, espera-se que outros pesquisadores qualifiquem a presente proposta e desenvolvam novos trabalhos considerando o que fora aqui disposto.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2017). La cuarta generación de las terapias conductuales. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 190-211. <http://dx.doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1069>
- Abreu, P. R., & Hübner, M. C. (2012). O comportamento verbal para B. F. Skinner e para C. S. Hayes: uma síntese com base na mediação social arbitrária do reforçamento. *Acta Comportamentalia*, 20(2), 367-381. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0188-81452012000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-81452012000300008&lng=pt&nrm=iso)
- Abrisqueta-Gomez, J. (2013). Memória e envelhecimento cognitivo saudável. In: L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 171-196). Artmed.
- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264-277. <https://doi.org/10.1111/pme.12885>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2B), 421-426. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- Ambrosi, A. G., Medeiros, A. G. A. P. M., Queiroga, M. F. S., Mendes, S. F. G., & Hartmann Júnior, J. A. S. (2019). Suicide in the elderly: a systematic review. In: D. F. Andrade (Org.), *Tópicos em Ciências da Saúde Vol.7* (pp. 92-98). Poison.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Artmed.
- American Psychological Association (n.d.). *Psychological Treatments*. <https://div12.org/treatments/>
- American Psychological Association (2014). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. *American Psychologist*, 69(1), 34-65. <https://doi.org/10.1037/a0035063>
- Arcos-Burgos, M., Lopera, F., Sepulveda-Falla, D., & Mastronardi, C. (2019). Neural plasticity during aging. *Neural Plasticity, esp.*, 6042132. <https://doi.org/10.1155/2019/6042132>
- Bajor, J. K., & Baltes, B. B. (2003). The relationship between selection optimization with compensation, conscientiousness, motivation, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 3, 347-367. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00035-0](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00035-0)
- Balbuglia, V., & Silva, A. C. M. (2018). “Amanhã é outro dia”: uma história e algumas reflexões sobre mulheres idosas em situação de prisão. *Mais 60: estudos sobre envelhecimento*, 71(29), 32-45. <https://www.sescsp.org.br/online/revistas/edicoes/70>

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *American Psychologist*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>

Baltes, P. B. (1993). The aging mind: potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580-594. <https://doi.org/10.1093/geront/33.5.580>

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2016-102368>

Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16(4), 397-422. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>

Barban, K. (2016). Acceptance and commitment therapy: an appropriate treatment option for older adults with chronic pain. *Evidence Based Nursing*, 19(4), 123–123. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102368>

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.) Edições 70.

Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200107>

Barbosa, L. M., & Murta, S. H. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva e Comportamental*, 16(3), 34-49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>

Barbosa, L. M., Zanetti, B. R., Santos, B. S., & Murta, S. G. (2016). Promoção de saúde no envelhecimento: contribuições da Terapia de Aceitação e Compromisso. In: E. R. Freitas, A. J. G. Barbosa, & C. B. Neufeld (Orgs.), *Terapias Cognitivo-comportamentais com idosos* (pp. 375-400). Sinopsys

Bastistoni, S. S. T., & Namba, C. S. (2010). Idade subjetiva e suas relações com o envelhecimento bem-sucedido. *Psicologia Em Estudo*, 15(4), 733–742. <https://www.scielo.br/j/pe/a/LSftMXJCgMKnccJvLs5DpKb/>

Bennet, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: 100 key points*. Geutledge.

Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional Contextualism and Contextual Behavioral Science. In: R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Orgs.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 17-36). Willey Blackwell.

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>

- Brashier, N. M., & Schacter, D. L. (2020). Aging in an Era of Fake News. *Current directions in psychological science*, 29(3), 316–323. <https://doi.org/10.1177/0963721420915872>
- Brito, T. S. (2018). *A dependência comportamental aprendida no contexto da relação entre idosos e seus cuidadores informais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30093>
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3B), 777-781. <http://doi.org/1590/S0004-282X2003000500014>
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2016). Adapting to aging: older people talk about their use of selection, optimization, and compensation to maximize well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology*, 72(2), 351-361. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw132>
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Castro, G. G. S. (2017). Precisamos discutir sobre o idadismo. *Mais60: estudos sobre o envelhecimento*, 28(67), p. 38-55. <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/ff0eed41/580d/49c2/b5d5/66e88d2ef551.pdf>
- Catelan, R. F., Sardinha, A., Barletta, J. B., & Neufeld, C. B. (2023). Aspectos culturais na supervisão e treinamento: desenvolvendo competências para abordar gênero e sexualidade. In: C. B. Neufeld & J. B. Barletta (Orgs.), *Ensino, formação e supervisão em psicologia: uma perspectiva baseada em evidências* (pp.272-292). Artmed.
- Cesário, V. A. C., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Claudino, K. A. (2017). Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde Em Debate*, 41(112), 171–182. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711214>
- Chojak, A. (2023). Effectiveness of ACT-based intervention in compliance with the model for sustainable mental health: A cluster randomized control trial in a group of older adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.007>
- Ciosak, S. I., Braz, E., Neves, M. F. B., Nakan, N. G. R., Rodrigues, J., Alencar, R. A., Rocha, A. C. A. L. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(Esp.2), 1763-1768. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.) Erilbaum.

- Corpas, J., Gilbody, S., & McMillan, D. (2022). Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.085>
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. (2013). *ACT & RFT in relationships: helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using Acceptance and Commitment Therapy and Relational Frame Theory*. Context Press.
- Delhom I., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 976363. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2022.976363>
- Diniz, J. L., Moreira, A. C. A., Teixeira, I. X., Azevedo, S. G. V., Freitas, C. A. S. L., & Maranguape, I. C. (2020). Digital inclusion and Internet use among older adults in Brazil: a cross-sectional study. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73, e20200241. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0241>
- Erikson, N. J. The ninth stage. (1998). In: E. Erikson (Org.), *The life cycle completed: a review* (pp.105-140). Norton & Company.
- Farris, S. G., & Kibbey, M. M. (2022). Be brave, BE-FIT! A pilot investigation of an ACT-informed exposure intervention to reduce exercise fear-avoidance in older adults. *Cognitive behaviour therapy*, 51(4), 273–294. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2037017>
- Ferreira, C. D., & Torro-Alves, N. (2016). Reconhecimento de emoções faciais no envelhecimento: uma revisão sistemática. *Universitas Psychologica*, 15(5), s/p. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-5.refe>
- Ferreira, O. D. L., Barbosa, L. N. F., & Alchieri, J. C. (2018). Envelhecimento, alterações cognitivas e a autonomia em idosos. In: J. A. S. Hartmann Júnior, & L. N. F. Barbosa, (Orgs.), *Idosos: perspectivas do cuidado* (pp. 128-140). Recife: Autografia/EDUPE.
- Ferreira, T. A. S., Souza, C. C. S., Barreto, J. L. M., Pereira, L. K. S., Almeida, R. S., & Rocha, R. J. (2022). Princípios norteadores para uma prática clínica psicoterápica antirracista. *Acta Comportamental: Revista Latina De Análisis Del Comportamiento*, 30(4), 619-638. <https://revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/83979>
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M.. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 37(6), 793–799. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600016>
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Brazilian*

*Journal of Psychiatry*, 21(1), 19–28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>

Freitas, R., Macêdo, K., Queiroz, P., Pires, A., & Nunes, I. (2022). Um comparativo da inclusão digital de pessoas idosas antes e durante a pandemia. In *Anais do XXVIII Workshop de Informática na Escola*, (pp. 319-327). SBC. <https://doi.org/10.5753/wie.2022.225052>

Gaudiano, B. A., Davis, C. H., Miller, I. W., & Uebelacker, L. A. (2019). Development of a Storytelling Video Self-Help Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy for Major Depression: Open Trial Results. *Behavior modification*, 43(1), 56–81. <https://doi.org/10.1177/0145445517738932>

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>

Gillanders, D. T., & Laidlaw, K. (2014). ACT and CBT in older age: towards a wise synthesis. In: N. A. Pachana, & K. Laidlaw (Orgs.), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 637-657). Oxford Library of Psychology.

Gomes, E. A. P., Vasconcelos, F. G., & Carvalho, J. F. (2021). Psicoterapia com Idosos: Percepção de Profissionais de Psicologia em um Ambulatório do SUS. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 41, e224368. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224368>

Gould, R. L., Wetherell, J. L., Kimona, K., Serfaty, M. A., Jones, R., Graham, C. D., Lawrence, V., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Le Novere, M., Leroi, I., Barber, R., Lee, E., Cook, J., Wuthrich, V. M., & Howard, R. J. (2021). Acceptance and commitment therapy for late-life treatment-resistant generalized anxiety disorder: a feasibility study. *Age and Ageing*, 50(5), 1751-1761. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab059>

Grundy, E. (2004). *Population Ageing: Causes and Consequences*. In: J. Healy (Coord.), *The benefits of an ageing population* (pp. 62). London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Guess, A., Nagler, J., & Tucker, J. (2019). Less than you think: Prevalence and predictors of fake news dissemination on Facebook. *Science Advances*, 5(1), eaau4586. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aau4586>

Han, A., & Kim, T. H. (2022). The Effects of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy on Process Measures: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(8), e39182. <https://doi.org/10.2196/39182>

Harris, R. (2020). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy* (16<sup>a</sup> ed.). New Harbinger.

Hartmann Júnior, J. A. S., Fernandes, A. L. A. F., Medeiros, A. G. A. P., Vasconcelos, C. A. C., Amorim, L. L. L., Queiroga, M. F. S. ... Araújo, R. C. T. (2018). Hopelessness in the elderly: a systematic review. *MOJ Gerontology and Geriatrics*, 3(4), 273-278. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00132>

Hayasida, N. M. A., Hartmann Junior, J. A. S., Gonçalves, M. P., & Medeiros, A. G. A. P. (2020). Desafio do atendimento a idosos. In: *PROCOGNITIVA: Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: ciclo 7*(pp. 85-140). Artmed.

Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Chance is not always linear: the study os nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715-723. <https://doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2007.01.008>

Hayes, S. C (2019). *A Liberated Mind: How to Pivot Toward What Matters*. Avery.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. In: S. C. Hayes, V. Follette, & M. Linehan (Orgs.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 1-29). Guildford.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, E. B. (2001). *Relational Frame Theory: a post-skinnerian account of human language and cognition*. Guilford Press.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020a). Introdução. In: S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Orgs.), *Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos* (pp. 1-4). Artmed.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020b). História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Orgs.), *Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos* (pp. 7-18). Artmed.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Matsuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes, and outcomes. *Behavioral Reserach and Therapy*, 44, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2015). Prefácio: ACT, Análise do Comportamento e Psicologia Brasileira. In: M. T. Saban (Org.), *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso* (2ª ed) (pp. 7-11). Artesã.

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*, X(1), 81-104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>

Hayes, S. C., & Smith, S. (2019). *Saia da Sua Mente e Entre na Sua Vida: a nova terapia de aceitação e compromisso*. Sinpsys.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behavior change*. The Guildford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo de mudança consciente*. (2ª ed.). Artmed.
- Henning, C. E. (2017). Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. *Horizontes Antropológicos*, 23(47), 283–323. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100010>
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>
- Hinrichsen, G. A. (2019). *Assessment and Treatment of Older Adults*. American Psychological Association.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). TCC moderna CBT: Movendo-se em direção a terapia baseada em processos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(2), p. 77-88. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20180012>
- Hofmann, 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*. Artmed.
- Holsting, A. F., Pedersen, H. F., Rask, M. T., Frosthalm, L., & Schröder, A. (2017). Is psychotherapy for functional somatic syndromes harmful? A mixed methods study on negative effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 98, 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.010>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). Projeção da população. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Em 2020, expectativa de vida era de 76,6 anos. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022a). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Relatório do 4º trimestre de 2022. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=destaques>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022b). Censo Demográfico 2022. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>
- Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 69(6), 930–941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>

- Karel, M. J., Emery, E. E., Molinari, V., & CoPGTP Task Force on the Assessment of Geropsychology Competencies (2010). Development of a tool to evaluate geropsychology knowledge and skill competencies. *International psychogeriatrics*, 22(6), 886–896. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991736>
- Karlin, B.E. (2011). Cognitive Behavioral Therapy with Older Adults. In: K. H. Sorocco, & S. Lauderdale (Orgs.), *Cognitive Behavior Therapy with Older Adults* (pp.1-30). Springer.
- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Agind & Mental Health*, 17(5), 555-563. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.789002>
- Kantar Ibope Media. (2021). Data stories: Tecnologia e aceleração digital para os “Masters”. <https://kantaribope.com/conteudo/estudo/data-stories-6-tech-tecnologia-e-aceleracao-digital-para-os-masters/#:~:text=Data%20Stories%20%236%20E2%80%93%20Tech%2B%3A%20ecnologia%20e%20acelera%C3%A7%C3%A3o,e%20relevantes%20da%20ind%C3%B3ria%20de%20m%C3%ADdia%20e%20comunica%C3%A7%C3%A3o>
- Karlsen, I. L., Borg, V., & Meng, A. (2022). Exploring the Use of Selection, Optimization, and Compensation Strategies Beyond the Individual Level in a Workplace Context - A Qualitative Case Study. *Frontiers in psychology*, 13, 832241. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832241>
- Kasumota, L., Diniz, M. A. A., Ribeiro, R. M., Silva, I. L. C., Figueira, A. L. G., Rodrigues, F. R., & Rodrigues, R. A. P.. (2022). Impacto de mídias sociais digitais na percepção de solidão e no isolamento social em idosos. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 30, e3573. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3573>
- Keplac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L. ... Strauman, T. J. (2012). Guidelines for Cognitive Behavioral Training Within Doctoral Psychology Programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687-697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.002>
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?. *Clinical Psychology Review*, 52, 124-136. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>
- Kitamura, E. S., Faria, L. R., Cavalcante, R. B., & Leite, I. C. G. (2022). Depressão e transtorno de ansiedade generalizada em idosos pela infodemia de COVID-19. *Acta Paulista De Enfermagem*, 35, eAPE03177. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03177>
- Khoury, H. T. T., & Günther, I. S. (2013). Desenvolvimento de uma medida de controle primário e secundário para idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 277-285. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300005>

- Knappe, M. F. L., Santo, A. C. G. E., Leal, M. C. C., & Marques, A. P. O. (2015). Successful aging in the oldest old: an integrative review. *Geriatric, Gerontology and Aging*, 9(2), 66-70. <http://ggaging.com/details/63/pt-BR/successful-aging-in-the-oldest-old--an-integrative-review>
- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. H., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak Model for Training in Professional Geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205-214. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015059>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. ESETec.
- Kropf, N. P., & Cummings, S. M. (2017). *Evidence-Based Treatment with Older Adults: Theory, Practice and Research*. Oxford University Press.
- Laidlaw, K., & McAlpine, S. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy: How is it Different with Older People?* *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(4), 250–262. <https://doi.org/10.1007/s10942-008-0085-6>
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2004) Comprehensive Conceptualization of Cognitive Behaviour Therapy for Late Life Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 389–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001584>
- Laroche, M., Roussel, P., Mascret, N., & Cury, F. (2019). Health Regulatory Focus, Selection Optimization and Compensation Strategy and Sports Practice: A Mediational Analysis. *The Spanish journal of psychology*, 22, E18. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.22>
- Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)
- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 381–399. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/elenze>
- Levantamento Nacional de Informações Penitenciária INFOPEN (2019). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - 2019*. <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>
- Levin, M. E., Twohig, M. P., & Smith, B. M. (2016). Contextual Behavioral Science: an overview. In: R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Orgs.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 17-36). Wiley Blackwell.
- Lind, L.M., Poon, C.Y.M., & Birdsall, J.A. (2021). Foundational knowledge competencies in professional geropsychology: Interventions, consultation, and other service provision. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000050>

- Linehan, M. M. (2017). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta* (2ª ed.). Artmed.
- Lino, V. T. S., Rodrigues, N. C. P., Lima, I. S., Athie, S., & Souza, E. R. (2019). Prevalence and factors associated with caregiver abuse of elderly dependents: The hidden face of family violence. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciencia & saude coletiva*, 24(1), 87–96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), e14057. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14057>
- 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>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração em terapias comportamentais. In: P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, J., M. S. Oliveira (Orgs.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração* (pp. 29-58). Sinopsys.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: an Acceptance & Commitment Therapy skills training manual for therapists* (2ª ed.). Context Press.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through Acceptance and commitment therapy: Model, manual development and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 149-165. <http://dx.doi.org/10.1080/16066350701850295>
- Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Artmed.
- Martinelli, M., & Rueda, F. J. M.. (2020). A influência do bem-estar subjetivo na qualidade de vida em idosos. *Psicologia para América Latina*, (34), 183-193. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2020000200009&lng=t&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200009&lng=t&tlng=pt)
- McCracken, L. M. & Jones, R. (2012). Treatment for Chronic Pain for Adults in the Seventh and Eighth Decades of Life: A Preliminary Study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13(6), 861–867. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01407.x>
- Medeiros, A. G. A. P., & Hartmann Júnior, J. A. S. (2021). Idadismo e pandemia da covid-19: dados, reflexões e indicações para os cuidados em saúde. In: R. Missias-Moreira, C. A. Laranjeira, & D. M. V. R. França (Orgs.), *Qualidade de vida e saúde em uma perspectiva multidisciplinar – vol. 12* (pp. 65-78). CRV.

- Medeiros, A. G. A. P., & Hartmann Júnior, J. A. S. (2019). Terapia de Aceitação e Compromisso para depressão geriátrica: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 112-119. [10.5935/1808-5687.20190016](https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190016)
- Medeiros, A. G. A. P., & Hartmann Júnior, J. A. S. (2021). Protocolo baseado na terapia de aceitação e compromisso para depressão geriátrica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(2), 688-702. <https://doi.org/10.15309/21psd220230>
- Medeiros, A. G. A. P., & Hartmann Júnior, J. A. S. (2022). A experiência da psicoterapia na terceira idade: uma análise a partir da Terapia de Aceitação e Compromisso. In: Cavalli, A. S., Silda, A. Q. A., Silva, G. S. J., Oliveira Neto, M. F., Tavares, N. P., Arantes, R. C., Rocha, S. M. C., Araújo, V. S., & Araújo, V. R. Q. (Orgs.). *Novas diretrizes frente ao envelhecimento: diversidades, cuidados, inclusão e visibilidade* (pp. 38-60). Realize.
- Melo, N. S., Souza, J. C.; Oliveira, M. M. & Coelho, A. B. (2016). Envelhecer no sistema prisional: condições de saúde de idosos privados de liberdade em um CRS-APAC em um município de Minas Gerais. *Enfermagem Revista*, 19(1), 85-101. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11642>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec Editora.
- Ministério da Saúde (2018). *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil\\_morbimortalidade\\_masculina\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf)
- Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (2023). *Painel de dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos.* <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados>
- Monteiro, E. P., Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2015). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e estigma: revisão narrativa. *Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 25-31. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150004>
- Monteleone, T. V. (2015). *Revisão Sistemática sobre Intervenções Psicoterápicas em Idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. [https://www.usjt.br/biblioteca/mono\\_disser/mono\\_diss/2016/346.pdf](https://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2016/346.pdf)
- Moss, S. A., & Wilson, S. G. (2018). Why Are Older People Often So Responsible and Considerate Even When Their Future Seems Limited? A Systematic Review. *International journal of aging & human development*, 86(1), 82-108. <https://doi.org/10.1177/0091415017689883>
- Murakami, E., Aranha, V. A., França, C. C., Benute, C. R. G., Lucia, M. S. C., & Jacob Filho, W. (2014). Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 65-82. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200005&lng=pt&tlng=pt)

- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005)
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 17-42). Artmed.
- Neufeld, C. B., Scotton, I. L., Barletta, J. B. (2023). Supervisão em TCC no formato grupal: o que podemos aprender com os fatores de grupo?. In: C. B. Neufeld & J. B. Barletta (Orgs.), *Ensino, formação e supervisão em psicologia: uma perspectiva baseada em evidências* (pp.248-271). Artmed.
- Nicoletti, E. A., Donadon, M. F., & Portela, C. E. (2022). Definição de formulação de casos em diferentes abordagens. In: E. A. Nicoletti, M. F. Donadon, & C. R. Portela (Orgs.), *Guia Prático de Formulação de Casos em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 11-26). Sinopsys
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C. M. de C., Damasceno, B. P., Brucki, S. M. D., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(3a), 720–727. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000400034>
- Oliveira, P. S., Garcia, R. C., Oliveira, D. V., Batista, D. M., Silva, G. V., Bertolini, S. M. M. G. (2023). Inclusão tecnológica: efeitos na saúde mental e qualidade de vida de idosos. *Saúde e Pesquisa*, 16(1), e-10988. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n1.e10988>
- Organização das Nações Unidas (2020). *População na terceira idade deverá duplicar até 2050 ultrapassando 1,5 bilhão*. <https://news.un.org/pt/story/2020/10/1728162>
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Promoción de la salud: glosario*. OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)
- Palmore, E. B. (2004). Research Note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41–46.  
<https://doi.org/10.1023/B:JCCG.0000015098.62691.ab>
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed.). Artmed.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
- Paveltchuk, F., Mourão, S. E. Q., Costa, R. T., Nardi, A. E., & Carvalho, M. R. (2021). Negative effects of psychotherapies: A systematic review. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(2), 267-278. <https://doi.org/10.1002/capr.12423>

Pereira, K. R. (2018). *Adaptação e validação da escala de depressão geriátrica gds-15* [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R. F., Adriana 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.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-35482013000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482013000100005&lng=pt&tlng=pt)

Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723643008>

Pergher, G. K., & Melo, W. V. (2014). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). In: W. V. Melo (Org.). *Estratégias Psicoterápicas e a Terceira Onda em Terapia Cognitiva* (pp 344-367). Sinopsys.

Perry, T. E., & Thiels, J. F. (2016). Moving as a family affair: applying the SOC model to older adults and their kinship networks. *Journal of Family Social Work*, 19(2), 74-99.  
<https://dx.doi.org/10.1080%2F10522158.2016.1157845>

Persons, J. B. (2012). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.

Petkus, A. J. M A., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>

Petter, J., Muniz, M. K. T., Perdigão, T. M. S., Gonçalves, M. A. M. S., Vilaça e Silva, K. H. C., & Carvalho, G. de A. (2022). Funcionalidade para idosos em distanciamento social durante a pandemia de Covid-19. *Foco*, 15(5), e553.  
<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n5-025>

Pierobon, C. (2022). O duplo fazer dos corpos: envelhecimento, adoecimento e cuidado na vida cotidiana de uma família . *Cadernos Pagu*, 64, e226401.  
<https://doi.org/10.1590/18094449202200640001>

Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 260-273. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077>

Plys, E. M., Jacobs, L., Allen, R. S., Arch, J. J. (2023). Psychological flexibility in older adulthood: a scoping review. *Aging & Mental Health*, 27(3), 453-465.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2036948>

Rabellato, C., Gomes, M. C. A., & Crenitte, M. R. F. (Orgs.) (2021). *Introdução às velhices LGBTI+*. SBGG-RJ.

- Remillard, E. T., Fausset, C. B., & Fain, W. B. (2019). Aging With Long-Term Mobility Impairment: Maintaining Activities of Daily Living via Selection, Optimization, and Compensation. *The Gerontologist*, *59*(3), 559–569. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx186>
- Rivero, T. S., Canali-Prado, F., Vieira, V. L. D., & Rivero, A. (2013). Aspectos psicossociais do envelhecimento. In: L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 66-77). Artmed.
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults: Rationale and Case Study of an 89-Year-Old With Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*, *15*(1), 53–67. <https://doi.org/10.1177/1534650115589754>
- Robinson, S., Margie, L., & Elizabeth, R. (2016). Self-Regulatory strategies in daily life: selection, optimization, and compensation and everyday memory Problems. *International journal of behavioral development*, *40*(2), 126-136. <https://doi.org/10.1177/0165025415592187>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2010). *A Prática da Terapia Cognitivo-comportamental Baseada Em Mindfulness e Aceitação*. Artmed.
- Rui J. R. (2023). Health Information Sharing via Social Network Sites (SNSs): Integrating Social Support and Socioemotional Selectivity Theory. *Health communication*, *38*(11), 2430–2440. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2074779>
- Saban, M. T. (2015). *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*. (2ª ed). Artesã.
- Salgado, A. G. A. T., Araújo, L. F., Santos, J. V. O, Jesus, L. A., Fonseca, L. K. S., & Sampaio, D. S. (2017). Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciências Psicológicas*, *11*(2), 155-163. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1487>
- Santos, A. A. M., Clos, M. B., & Grossi, P. K. (2018). *O reflexo do familismo na atenção à saúde da pessoa idosa*. In: IV SERPINF- Seminário Regional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família II SENPINF- Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: Marcas históricas e movimentos contemporâneos. Resistir é preciso!. [https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/14884/2/O\\_reflexo\\_do\\_familismo\\_n\\_a\\_atencao\\_a\\_saude\\_da\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/14884/2/O_reflexo_do_familismo_n_a_atencao_a_saude_da_pessoa_idosa.pdf)
- Santos, J. V. O., Araújo, L. F., Fonseca, L. K. F., Salgado, A. G. A. T., & Jesus, L. A. (2020). O que os brasileiros pensam acerca da velhice LGBT? Suas representações sociais. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *38*(2), 1-14. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5876>

- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva life-span. *Estudos de Psicologia*, 29(Supl.), 647s-655s. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, M. (2016). Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psychological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 18(2), 252-264. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw073>
- Serasa Experian (2018). Idosos estão muito mais inadimplentes com contas de água, luz e gás do que o restante da população. <https://www.serasaexperian.com.br/sala-de-imprensa/idosos-estao-muito-maisinadimplentes-com-contas-de-agua-luz-e-gas-do-que-o-restante-da-populacaorevela-serasa>
- Serviço de Proteção ao Crédito (2021). Número de idosos inadimplentes cresce acima da média. [https://www.spcbrasil.org.br/uploads/indices\\_economicos/release\\_inadimplencia\\_na\\_terceira\\_idade.pdf](https://www.spcbrasil.org.br/uploads/indices_economicos/release_inadimplencia_na_terceira_idade.pdf)
- Sevilla-Liu, A. (2022). Acceptance and Commitment Therapy and Narrative Practice: A Practically Grounded Examination of Theories and Worldviews. *Journal of Systemic Therapies*, 41(2), 17-39. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2022.41.2.17>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychopathology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- Teixeira, A. B., Cardoso, M. M., Olchik, M. R. (2021). Idade subjetiva em idosos ativos: estudo comparativo com idade cronológica, aspectos sociodemográficos e autoavaliação de saúde. *Pan American Journal of Aging Research*, 9, 1-9. <http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2021.1.39344>
- Teshale, S. M., & Lachman, M. E. (2016). Managing daily happiness: the relationship between selection, optimization and compensations strategies and well-being in adulthood. *Psychology and Aging*, 31(7), 687-692. <https://dx.doi.org/10.1037%2Fpag0000132>
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behavior therapy*, 52(2), 492-507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Applications*. Context Press.

Vaidayanathan, U., Morris, S., Wagner, A., Sherrill, J., Sommers, D., Garvey, M., Murphu, E., & Cuthbert, B. (2023). O projeto de *research domain criteria* (RDoC) do NIMH: uma década de integração entre comportamento e cérebro para a pesquisa translacional. In: S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Orgs.), *Para Além do DSM: em direção a uma alternativa baseada em processos para diagnóstico e tratamento em saúde mental* (pp. 39-66). Sinopsys.

Vauclair, C. M., & Rudnev, M. (2021). Modernization Theory. In: Gu, D., Dupre, M.E. (Orgs.) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (pp.3275-3280). Springer.

Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 1929-1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

Vernaglia, I. V. G. (2019). *Habilidades cognitivas adquiridas ao longo da vida e reserva cognitiva em idosos: desenvolvimento de e validação de instrumento*. Tese de doutorado, Universidade São Paulo, SP, Brasil.  
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-08112019-122809/pt-br.php>

Viega, M., & Vandenberghe, L. (2001). Behaviorismo: reflexões acerca da sua epistemologia. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 3(2), 9–18. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v3i2.129>

Vieira, C. P. B., Fialho, A. V. M., Freitas, C. H. A., & Jorge, M. S. B. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(3), 570–579. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300023>

Vieira, O. S., Medeiros, A. G. A. P., & Santana, S. M. (2022). Reflexões Sobre a adaptação tecnológica para intervenções on-line com idosos. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(1), 78-85. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20220008>

Xiang, X., Wu, S., Zuverink, A., Tomasino, K. N., An, R., & Himle, J. A. (2019). Internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 24(8), 1196-1206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590309>

Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrel, J, T. ... Patterson, T. L. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Anxiety Disorder in older adults: a preliminary report. *Behavior Therapy*, 41(1), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>

Wilson, K. G., Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. New Harbinger.

Witlox, M., Garnefski, N., Kraaij, V., de Waal, M. W. M., Smit, F., Bohlmeijer, E., & Spinhoven, P. (2021). Blended Acceptance and Commitment Therapy Versus Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Older Adults With Anxiety Symptoms in Primary Care: Pragmatic Single-blind Cluster Randomized Trial. *Journal of medical Internet research*, 23(3), e24366. <https://doi.org/10.2196/24366>

Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., Bohlmeijer, E., Smit, F., & Spinhoven, P. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility of an Acceptance and Commitment Therapy intervention vs. a Cognitive Behavioral Therapy intervention for older adults with anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *PloS one*, *17*(1), e0262220.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262220>

Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., de Waal, M. W. M., Smit, F., Hoencamp, E., Gussekloo, J., Bohlmeijer, E. T., & Spinhoven, P. (2018). An Internet-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for older adults with anxiety complaints: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, *19*(1), 502.

<https://doi.org/10.1186/s13063-018-2731-3>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, *17*(1), 37–49.

[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Ying, Y., Ji, Y., Kong, F., Chen, Q., Ly, Y., Hou, Y., ... Ruan, L. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress in older adults without cognitive impairment living in nursing homes during the COVID-19 pandemic: A feasibility study. *Internet Interventions*, *26*, 100461.

<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.invent.2021.100461>

Yount, T. W. (2009). Transcendence and aging: The secular insights of Erikson and Maslow. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, *21*, 1-2, 73-87.

<https://doi.org/10.1080/15528030802265361>

Zajac-Lamparska, L. (2021). Selection, optimization and compensation strategies and their relationship with well-being and impulsivity in early, middle and late adulthood in a Polish sample. *BMC psychology*, *9*(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00650-2>

Zarling, A., Kim, J., Russell, D., & Cutrona, C. (2023). Online acceptance and commitment therapy as treatment for loneliness among older adults: Report of a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 10.1111/jgs.18345.

<https://doi.org/10.1111/jgs.18345>

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Questionário Biossociodemográfico

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Orientação sexual: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

1. Com quem a senhora reside?  Sozinha  Marido/Companheiro (a)  Irmãos  Filhos  Cuidador  Outros. Qual? \_\_\_\_\_
2. Quantas pessoas, além da senhora, moram em sua casa? \_\_\_\_\_
3. A casa onde a senhora mora é:  Própria  Alugada  De familiares  Outro
4. Qual o seu estado civil:  Casada  Divorciada  Viúva  Solteira
5. A senhora pratica alguma religião?  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_
6. Qual o seu nível de escolaridade?  Analfabeta  Ensino Básico  Ensino Médio  Ensino Superior
7. Qual a sua profissão ou ocupação? \_\_\_\_\_
8. Como considera sua atual condição financeira?  Confortável  Boa  Regular  Ruim
9. Já fez algum acompanhamento com psicólogo?  Não  Sim. Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Por qual motivo procurou apoio psicológico? \_\_\_\_\_
10. Já fez algum acompanhamento com psiquiatra?  Não  Sim. Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Por qual motivo procurou apoio psiquiátrico? \_\_\_\_\_
11. Faz uso de medicação?  Não  Sim. Quais e a quanto tempo? \_\_\_\_\_
12. Faz uso de álcool, cigarro ou outra droga?  Não  Sim. Quais e a quanto tempo?
13. Tem algum problema de saúde?  Não  Sim. Quais e a quanto tempo?
14. Pratica exercício físico?  Não  Sim. Quais e a quanto tempo?
15. Considera ter uma boa alimentação?  Não  Sim
16. Sente-se satisfeito (a) com suas redes de apoio (família, amigos)?  Não  Sim
17. Você se encontra em conflito familiar?  Não  Sim
18. Está satisfeita (o) com a qualidade de seu sono?  Não  Sim

**APÊNDICE 2 – Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica**

ENCONTROS	OBJETIVOS	PROCEDIMENTOS
<p><b>1º momento</b></p> <p><i>Boas vindas</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apresentar coletivamente os objetivos da intervenção</li> <li>● Favorecer a expressão das expectativas dos participantes</li> <li>● Definir as regras de funcionamento com o grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apresentação da estrutura dos encontros</li> <li>● Contrato de funcionamento do grupo</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>2º momento</b></p> <p><i>Por que insistimos no que não dá certo?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalhar as noções de controle e desesperança criativa</li> <li>● Introduzir a aceitação enquanto primeiro processo da intervenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Metáforas</li> <li>● Paradoxos inerentes</li> <li>● Diário de aceitação cotidiana</li> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>3º momento</b></p> <p><i>O que é e o que não é aceitação?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aprofundar o trabalho com a aceitação</li> <li>● Favorecer o compartilhamento das vivências</li> <li>● Apresentar a noção de esquiva experiencial (dor limpa x dor suja)</li> <li>● Aprender a fazer uma gestão das consequências dos comportamentos “problema”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Metáforas</li> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Análises funcionais</li> <li>● Diário de aceitação cotidiana</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>4º momento</b></p> <p><i>Sua mente não é sua amiga ... quando nos emaranhamos em nossos pensamentos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalhar a defusão e a fusão cognitivas</li> <li>● Evidenciar o potencial da linguagem influenciar nossa interpretação do contexto e favorecer o aprisionar-se ao sofrimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Metáforas</li> <li>● Exercícios de defusão</li> <li>● Análises funcionais</li> <li>● Paradoxos inerentes</li> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>5º momento</b></p> <p><i>Sua mente não é sua inimiga ... quando conseguimos nos libertar de nossos pensamentos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalhar a defusão e a fusão cognitivas</li> <li>● Evidenciar o potencial da linguagem influenciar nossa interpretação do contexto e favorecer o aprisionar-se ao sofrimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Metáforas</li> <li>● Exercícios de defusão</li> <li>● Análises funcionais</li> <li>● Paradoxos inerentes</li> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>

<p><b>6º momento</b></p> <p><i>O que o passado e o futuro têm a nos oferecer?</i></p> <p><i>...viver é sempre agora</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Favorecer o contato com o momento presente através da prática de mindfulness</li> <li>● Refletir sobre os prejuízos de se estar preso ao passado ou às preocupações futuras</li> <li>● Identificar o quanto isso prejudica os processos de aceitação e desfusão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Roda de diálogo</li> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Prática de mindfulness</li> <li>● Análises funcionais</li> <li>● Diário de vivências cotidianas</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>7º momento</b></p> <p><i>Ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalhar as noções de self contextual, conceitual e intermediário</li> <li>● Refletir e exercitar a habilidade de contextualização dos processos internos e externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Prática de mindfulness</li> <li>● Análises funcionais</li> <li>● Diário de vivências cotidianas</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>8º momento</b></p> <p><i>Quais são os meus valores?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Discutir sobre valores</li> <li>● Identificar áreas da vida são mais valorizadas pelos participantes</li> <li>● Trabalhar o foco no processo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tabela de valores</li> <li>● Clarificação de valores</li> <li>● Psicoeducação</li> <li>● Diário de valores</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>9º momento</b></p> <p><i>Assumindo compromissos: ter uma vida engajada</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabalhar o processo de ação compromissada</li> <li>● Discutir quais compromissos os participantes desejam assumir ao fim das sessões e qual a função dos comportamentos compromissados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Metáforas</li> <li>● Clarificação de valores</li> <li>● Construção de valores e objetivos relacionados</li> <li>● Ensaios comportamentais</li> <li>● Diário de gratidão</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>
<p><b>10º momento</b></p> <p><i>Fechando um ciclo e iniciando novos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fomentar feedback da experiência</li> <li>● Ler dos diários de gratidão</li> <li>● Agendar as entrevistas semiestruturadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diário de gratidão</li> <li>● Metáforas</li> <li>● Feedback do encontro</li> </ul>

**APÊNDICE 3** – Artes utilizadas nos encontros do Protocolo de Intervenção Grupal para Flexibilidade Psicológica



**APÊNDICE 4 – Entrevista Semiestruturada****Nome:****Data:****Entrevistador:**

**Instruções:** Vou lhe fazer algumas perguntas e solicito que responda como se sentir melhor e no seu tempo. Caso não se sinta à vontade para responder alguma das perguntas realizadas, por favor me avise. Se tiver alguma dúvida ao ser perguntada, pode solicitar que repita ou detalhe a pergunta quantas vezes forem necessárias à sua compreensão.

1. Você poderia me contar, no geral, como foi a sua experiência nesta pesquisa?
2. Para você, quais foram os momentos mais importantes desses nove encontros?
3. Quais os ganhos que você identifica em ter participado desses encontros?
4. Houve algum problema durante sua participação que você gostaria de deixar registrado?
5. Você teve dificuldade com algum conteúdo abordado durante os encontros? Se sim, quais?
6. Você gostaria de dar alguma sugestão para melhorar as próximas intervenções com outras pessoas idosas?

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Mini Exame do Estado Mental

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Em que estado nós estamos?	
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

**Obs:** itens de escrita e leitura removidos

## ANEXO 2 - Escala de Depressão Geriátrica Adaptada

ESCALA GDS-15 (escala curta)		
Este questionário consiste em 15 itens. Para cada pergunta haverá as opções de SIM ou NÃO como resposta. Por favor, escolha a resposta que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana.		
1. Nesta última semana você estava satisfeito(a) com sua vida?	<sup>0</sup> Sim [ ]	<sup>1</sup> Não [ ]
2. Nesta última semana você deixou de realizar atividades de seu interesse?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
3. Nesta última semana você sentiu que sua vida estava vazia?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
4. Nesta última semana você sentiu aborrecido(a)?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
5. Nesta última semana você estava animado na maior parte do tempo?	<sup>0</sup> Sim [ ]	<sup>1</sup> Não [ ]
6. Nesta última semana você teve medo que alguma coisa ruim iria acontecer contigo?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
7. Nesta última semana você sentiu feliz na maior parte do tempo?	<sup>0</sup> Sim [ ]	<sup>1</sup> Não [ ]
8. Nesta última semana você sentiu sozinho(a)?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
9. Nesta última semana você preferiu ficar em casa do que ter saído e feito coisas novas?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
10. Nesta última semana você sentiu que teve mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
11. Nesta última semana você sentiu que era maravilhoso estar vivo(a)?	<sup>0</sup> Sim [ ]	<sup>1</sup> Não [ ]
12. Nesta última semana você sentiu inútil?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
13. Nesta última semana você sentiu cheio(a) de energia?	<sup>0</sup> Sim [ ]	<sup>1</sup> Não [ ]
14. Nesta última semana você sentiu que sua situação era sem esperança?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
15. Nesta última semana você achou que a maioria das pessoas estava melhor do que você?	<sup>1</sup> Sim [ ]	<sup>0</sup> Não [ ]
Total da pontuação		

## ANEXO 3 – Questionário de Aceitação e Ação Comprometida

## AAQ-II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sexo [F] [M] Idade \_\_\_\_\_

## ANEXO 4 – Questionário de Fusão Cognitiva

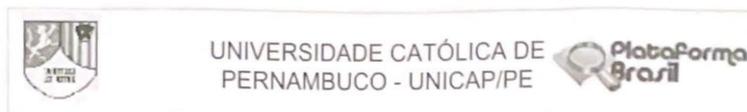
### Instruções:

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha:

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo “levar” pelos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu analiso tanto as situações, que chega ao ponto em que esta análise passa a não ser mais útil para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu vivo “lutando” com os meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fico chateado comigo mesmo por pensar certas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu tenho uma tendência a ficar muito envolvido <sup>o</sup> “ligado” aos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mesmo sabendo que seria mais útil <u>não me prender</u> a pensamentos que me deixam chateado, fazer isso é uma “luta” para mim.	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 5 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA EM IDOSOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO ON-LINE EM GRUPO

**Pesquisador:** SUELY DE MELO SANTANA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61195022.7.0000.5206

**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.640.347

#### Apresentação do Projeto:

A partir do paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (Life-span), a ciência vem se atentando às intervenções voltadas às pessoas acima dos 60 anos de idade, visando a possibilidade de envelhecerem bem, graças às descobertas que possibilitam a longevidade. No escopo das intervenções comportamentais, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), uma abordagem comportamental contextual que visa a flexibilidade psicológica a

partir de seis processos terapêuticos, é ventilada como uma possibilidade compatível com a população em questão. Diante disso, a presente investigação objetiva realizar uma intervenção on-line em grupo baseada na ACT, analisando os possíveis efeitos sobre a flexibilidade psicológica dos idosos. Trata-se de uma pesquisa interventiva, de caráter qualitativo. Pretende-se compor uma amostra de 10 pessoas idosas, com idades entre

65 e 75 anos, de ambos os sexos, em um único grupo. Será executada em três fases: 1) Triagem dos participantes, com a utilização de um questionário biossociodemográfico e dois instrumentos como critérios de inclusão, a saber: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15); 2) Execução da Intervenção on-line com nove sessões, sendo aplicados o Questionário de Aceitação e Ação Comprometida (AAQ-II), o Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7) como pré e pós-teste e uma entrevista semiestruturada e 3) Follow-up de três meses após o fim da intervenção. Será realizada uma análise estatística descritiva para os dados do pré, pós-teste e follow-up. Os dados coletados serão analisados descritivamente, realizada uma

**Endereço:** Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609  
**Bairro:** Boa Vista **CEP:** 50.050-900  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2119-4041 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 5.640.347

análise de conteúdo temática dos dados qualitativos. Ao final, espera-se analisar as contribuições da intervenção enquanto facilitadora de uma maior flexibilidade psicológica entre as pessoas idosas.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Investigar os efeitos de uma intervenção em grupo, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, para a flexibilidade psicológica de idosos.

##### Objetivo Secundário:

Caracterizar o processo de envelhecimento humano;

Descrever a flexibilidade psicológica a partir dos preceitos da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT;

Verificar o nível de fusão/desfusão cognitiva das pessoas idosas;

Verificar o nível de flexibilidade psicológica das pessoas idosas;

Analisar o efeito da intervenção grupal sobre o processo de flexibilidade das pessoas idosas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Os autores reconhecem que a intervenção poderá ocasionar algum desconforto emocional aos participantes. Objetivam o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, sendo provável então abordar assuntos delicados e de cunho pessoal dos participantes, potenciais fatores precipitantes e mantenedores de sofrimento psicológico, trazendo fator de exposição à intervenção proposta. Então desde o início, será explicitado que, caso isso ocorra, a pessoa idosa poderá interromper sua participação em qualquer fase e poderá contar com o apoio psicológico oferecido na clínica de psicologia da Unicap e no Serviço de Atenção à Pessoa Idosa (SAI), através de acolhimento, acompanhamento psicoterápico ou plantão psicológico. Reconhecem igualmente que por se tratar de uma intervenção on-line, poderão advir dificuldades no manejo das tecnologias necessárias para o seu uso, dos dispositivos para participação nos encontros (notebooks, computadores, tablets e celulares) aos softwares e plataformas de videochamada e formulários. Tais dificuldades serão manejadas a partir das seguintes estratégias: fornecimento de um manual para uso de todas as tecnologias necessárias para a participação bem sucedida na pesquisa e suporte via WhatsApp para a pessoa idosa e familiar ou cuidador de referência. Já as questões clínicas (p. ex. visuais, neurológicas e motoras), quando percebidas, serão prontamente instruídas na busca

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609  
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep@unicap.br

Página 02 de 04

UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep@unicap.br

Página 03 de 04



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 5.640.347

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1951634.pdf	29/08/2022 10:29:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoVer2.docx	29/08/2022 10:27:33	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_tale.docx	29/08/2022 10:24:35	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	APENDICE1.pdf	02/08/2022 22:19:51	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/08/2022 22:18:40	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/08/2022 22:18:01	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	Comproconf.pdf	02/08/2022 22:17:34	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	CurriculoAntonio.pdf	26/07/2022 09:45:06	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	CurriculoSuely.pdf	26/07/2022 09:44:42	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	Aprovacao.pdf	26/07/2022 09:40:06	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	26/07/2022 09:35:10	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/05/2022 14:38:30	SUELY DE MELO SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 13 de Setembro de 2022

Assinado por:

Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 6º Andar - Sala 609  
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep@unicap.br

## ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



	<p><b>UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO</b>  <b>PRÓ-REITORIA ACADÊMICA</b>  <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA</b>  <b>CLÍNICA</b></p>
---	--

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: "Flexibilidade Psicológica em idosos: uma proposta de intervenção *on-line*".
2. Você foi selecionado por uma amostra de conveniência e sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
5. Os objetivos deste estudo são: 1) Caracterizar o processo de envelhecimento humano. 2) Descrever a flexibilidade psicológica a partir dos preceitos da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT; Discutir a viabilidade de uma intervenção baseada na ACT para pessoas idosas; 3) Verificar o nível de fusão/defusão cognitiva das pessoas idosas; 4) Verificar o nível de flexibilidade psicológica das pessoas idosas; 5) Analisar o efeito da intervenção grupal sobre o processo de flexibilidade das pessoas idosas;
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário biossociodemográfico e dois instrumentos como critérios de inclusão: Mini-Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Posteriormente, em caso de aprovação, participar de um protocolo grupal *on-line* de nove encontros, e responder em três oportunidades (ao início, ao fim e após três meses do fim dos encontros) dois instrumentos: Questionário de Aceitação e Ação Comprometida e Questionário de Defusão Cognitiva. Você será convidado à uma entrevista para compartilhar sua experiência com o protocolo. As entrevistas serão gravadas em áudio e imagem e todos os arquivos serão deletados permanentemente após transcrição dos mesmos.
7. A pesquisa não oferece riscos físicos ou psicológicos aos participantes. Salientamos ainda que não pretendemos, através de sua participação, causar nenhuma espécie de dano ou perda, seja ela pessoal ou profissional, podendo interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo de qualquer ordem.
8. Os benefícios relacionados com a sua participação são contribuir para um melhor entendimento das intervenções grupais *on-line* para pessoas idosas, além participar de um projeto que visa prevenir e promover a sua saúde mental e qualidade de vida.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Salientamos ainda que não pretendemos, através de sua participação, causar nenhuma espécie de dano ou perda, seja ela pessoal ou profissional, podendo interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo de qualquer ordem. Os dados ficarão guardados, em local seguro, com a pesquisadora, por um período de cinco anos, após o qual serão apagados. Todos os informes que possam identificá-lo serão alterados, de forma a não possibilitar sua identificação.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

#### DADOS DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL (ORIENTADORA)

Nome: Profa. Dra. Suely de Melo Santana

---

**ASSINATURA**

**Endereço completo: RUA ALMEIDA CUNHA, 245, SANTO AMARO,  
BLOCO G4**

**Telefone: (81) 21194097 (Curso de Psicologia)**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na Rua do Príncipe, 526 – Boa Vista – bloco G4 – 6º andar, sala 609 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. telefone: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – endereço eletrônico: [cep@unicap.br](mailto:cep@unicap.br) - Horário de funcionamento: 8h às 12h e das 13h às 17h - Segunda a sexta-feira.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL

**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**  
SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte  
CEP: 70719-000 - Brasília-DF