



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



Ispu

Instituto
Universitário

**CONSTRUÇÃO E ESTUDO DE ACEITABILIDADE DE UM PROGRAMA
BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA
PESSOAS COM LESÃO CEREBRAL ADQUIRIDA, NO ÂMBITO DE UM
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de mestre em Neuropsicologia

Por

Adriana Mendes Tomás

Lisboa, 2023



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



**CONSTRUÇÃO E ESTUDO DE ACEITABILIDADE DE UM PROGRAMA
BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA PESSOAS
COM LESÃO CEREBRAL ADQUIRIDA, NO ÂMBITO DE UM PROGRAMA DE
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA**

DEVELOPMENT AND ACCEPTABILITY STUDY OF A PROGRAM BASED ON ACCEPTANCE
AND COMMITMENT THERAPY FOR PEOPLE WITH ACQUIRED BRAIN INJURY, WITHIN
THE FRAMEWORK OF A NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION PROGRAM

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de mestre em Neuropsicologia

Por

Adriana Mendes Tomás

Sob a orientação de Professora Doutora Maria Vânia Nunes e Professora Doutora
Sandra Guerreiro

Lisboa, 2023

Resumo

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), pode oferecer novas possibilidades no tratamento dos problemas emocionais em pacientes com lesão cerebral adquirida (LCA). O objetivo deste estudo é desenvolver um programa fundamentado na ACT e analisá-lo, do ponto de vista da aceitabilidade, em pessoas com LCA em reabilitação neuropsicológica. O programa é composto por 6 sessões semanais de 90 minutos e concentra-se na aceitação do que está fora do controlo pessoal, no compromisso em fomentar comportamentos que melhorem a qualidade de vida, na gestão da ansiedade, no planeamento de objetivos, no distanciamento de pensamentos dolorosos e no estabelecimento de competências de grupo. O atual estudo conta com dez participantes (6 homens) com LCA, com uma média de tempo desde a lesão de 4,100 anos (DP = 1,663), uma média de idades de 43,800 (DP = 10,497), um score médio de depressão de 6,375 (DP = 2,387) e, um score médio de ansiedade igual a 7,500 (DP = 4,426) de acordo com a HADS. A análise da aceitabilidade é realizada em dois momentos, no final de cada sessão e no final do programa. No final de cada sessão, com a aplicação do Session Evaluation Questionnaire (SEQ; Stiles, 1980) e de uma questão aberta aos participantes. No final do programa, é aplicado o Questionário de Avaliação Qualitativa do Programa (QAQP) baseado na Theoretical Framework of Acceptability (TFA; Sekhon, Cartwright, Francis, 2017). Os resultados indicaram que o programa apresenta um potencial de alcance dos objetivos a que se propõe e que possui atributos que levam os clientes a se sentirem apoiados durante a sua reabilitação neuropsicológica.

Palavras-Chave: Reabilitação Neuropsicológica, Terapia de Aceitação e Compromisso, Lesão Cerebral Adquirida.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) may offer new possibilities in the treatment of emotional problems in patients with acquired brain injury (ABI). The objective of this study is to develop a program based on ACT and analyze it, from the point of view of acceptability, in people with ABI undergoing neuropsychological rehabilitation. The program consists of 6 weekly 90-minute sessions and focuses on accepting what is beyond personal control, committing to encouraging behaviors that improve quality of life, managing anxiety, planning goals, distancing yourself from painful thoughts and in establishing group competencies. The current study has ten participants (6 men) with ABI, with an average time since injury of 4,100 years ($SD = 1,663$), an average age of 43,800 ($SD = 10,497$), an average depression score of 6,375 ($SD = 2.387$) and an average anxiety score of 7.500 ($SD = 4.426$) according to the HADS. Acceptability analysis is carried out in two moments, one at the end of each session and the other one at the end of the program. At the end of each session, with the application of the Session Evaluation Questionnaire (SEQ; Stiles, 1980) and an open question to the participants. At the end of the program, the Qualitative Program Assessment Questionnaire (QAQP) based on the Theoretical Framework of Acceptability (TFA; Sekhon, Cartwright, Francis, 2017) is applied. The results indicated that the program has the potential to achieve its proposed objectives and that it has attributes that make clients feel supported during their neuropsychological rehabilitation.

Keywords: Neuropsychological Rehabilitation, Acceptance and Commitment Therapy, Acquired Brain Injury.

Agradecimentos

O presente espaço torna-se insuficiente para agradecer a todas as pessoas que, ao longo deste tão grande processo, me ajudaram, aconselharam e inspiraram, de forma direta ou indireta. O mérito deste trabalho é partilhado com todos aqueles que me acompanharam nesta jornada académica.

À Professora Doutora Maria Vânia Nunes, deixo o meu mais sincero agradecimento pela orientação e apoio que possibilitaram o alcance deste meu tão grande objetivo. Reconheço a liberdade que me ofereceu ao longo do projeto, permitindo-me realizar exatamente aquilo com que sonhei.

À Doutora Sandra Guerreiro, um enorme obrigada pela indispensável coorientação, pela confiança no meu projeto e pelo profissionalismo que me transmitiu ao longo do processo.

À Doutora Isabel Almeida, que além de ter aceitado fazer parte do grupo focal, demonstrou uma enorme disponibilidade para qualquer dúvida que me surgisse e ainda me auxiliou na descoberta de materiais e plataformas para o desenvolvimento do programa.

Ao Terapeuta João Leite, ao José e ao Pedro, o meu agradecimento por terem aceitado fazer parte do grupo focal, favorecendo assim a construção deste projeto.

Ao grupo participante, por ter contribuído para a realização desta investigação.

Aos meus pais, um enorme obrigada por acreditarem em mim, por sempre me terem considerado como a vossa maior prioridade e por investirem em todos os meus sonhos. Espero poder-vos retribuir com toda a dedicação que me presenteiam.

À minha avó, eterna gratidão por toda a coragem que me oferece, por também investir em todos os meus sonhos e objetivos e, acima de tudo, por me tornar na melhor do mundo aos seus olhos.

Índice

I-	Enquadramento Teórico	1
	1. Lesão Cerebral Adquirida.....	1
	1.1. Alterações físicas.....	2
	1.2. Alterações cognitivas.....	3
	1.3. Alterações emocionais.....	5
	2. Intervenções utilizadas nas alterações emocionais.....	9
	3. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).....	13
	4. A Terapia de Aceitação e Compromisso na Lesão Cerebral Adquirida...	15
II-	Caracterização do estudo	17
III-	Metodologia	19
	1. Participantes.....	19
	2. Instrumentos.....	20
	3. Procedimento metodológico.....	23
	3.1. Desenvolvimento da primeira versão do programa.....	24
	3.2. Desenvolvimento da segunda versão do programa.....	24
	3.3. Reunião com o Grupo Focal.....	26
	3.4. Desenvolvimento da terceira versão do programa.....	27
	3.5. Aplicação do programa.....	30
	4. <i>Design</i> das sessões.....	31
IV-	Resultados	43
	1. Avaliação do Programa.....	43
	2. Avaliação das sessões.....	47
	3. Avaliação do observador não participativo.....	54
	4. Observação da dinamizadora do programa.....	56
	5. Resultados adicionais.....	58
V-	Discussão	69
	Limitações do estudo.....	74
	Sugestões futuras.....	76
VI-	Conclusão	77
VII-	Referências Bibliográficas	79

Índice de Tabelas

Tabela 1- Sugestões oferecidas pelos peritos e alterações do programa correspondentes, na formulação da segunda versão do mesmo.....	25
Tabela 2- Sugestões oferecidas pelos membros do grupo focal e alterações correspondentes, contribuindo para a realização da terceira versão do programa.....	28
Tabela 3- Estrutura da sessão 1.....	32
Tabela 4- Estrutura da sessão 2.....	34
Tabela 5- Estrutura da sessão 3.....	35
Tabela 6- Estrutura da sessão 4.....	36
Tabela 7- Estrutura da sessão 5.....	38
Tabela 8- Estrutura da sessão 6.....	39
Tabela 9- Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ) para as 6 sessões.....	50
Tabela 10- Estatística descritiva relativa às provas neuropsicológicas MoCA, IFS e TMT Parte A e Parte B, antes e depois da intervenção.....	59
Tabela 11- Teste não paramétrico para amostras emparelhadas (Teste Wilcoxon) de forma a comparar os resultados nas provas MoCA, IFS e TMT Parte A e Parte B antes e depois da intervenção.....	60
Tabela 12- Estatística descritiva relativa à prova HADS, antes e depois da intervenção.....	61
Tabela 13- Teste não paramétrico para amostras emparelhadas (Teste Wilcoxon) de forma a comparar os resultados da prova HADS antes e depois da intervenção.....	62
Tabela 14- Estatística descritiva relativa aos resultados obtidos na prova QOLIBRI, antes e depois da intervenção.....	63
Tabela 15- Estatística descritiva relativa aos resultados obtidos na prova QOLIBRI, antes e depois da intervenção, sem um dos participantes.....	65

Tabela 16- Estatística descritiva relativa aos resultados obtidos na prova QOLIBRI, antes e depois da intervenção, para apenas os 3 participantes que responderam à prova antes da intervenção.....67

Tabela 17- Teste não paramétrico para amostras emparelhadas (Teste Wilcoxon) de forma a comparar os resultados da prova QOLIBRI antes e depois da intervenção.....68

I – Enquadramento Teórico

1. Lesão Cerebral Adquirida

A lesão cerebral adquirida (LCA) é definida pela Organização Mundial de Saúde (2001) como uma lesão cerebral que ocorre após o nascimento e que não está relacionada com doenças congénitas ou degenerativas. Este é um termo abrangente que inclui um amplo espectro de lesões cerebrais que podem advir de **causas traumáticas e não traumáticas**. As causas traumáticas mais comuns incluem acidentes automobilísticos, quedas, agressões, ferimentos por armas de fogo e lesões desportivas. As causas não traumáticas compreendem lesões cerebrais focais, anoxia, tumores, aneurismas, malformações vasculares e infeções cerebrais (Greenwald, Burnett & Miller, 2003). Em Portugal, as principais causas de LCA são traumatismos cranioencefálicos (TCE) e os acidentes vasculares cerebrais (AVC) (Santos, De Sousa & Castro-Caldas, 2003).

Atualmente, o AVC é considerado uma das causas mais comuns de incapacidade complexa, afetando mais de metade dos sobreviventes de LCA (Adamson, Beswick, & Ebrahim, 2004). Como tal, as estatísticas preveem que a carga mundial de incapacidade, doença e morte prematura relacionada ao AVC irá duplicar até 2030 (Feigin, Forouzanfar, Krishnamurthi, Mensah, Connor, Bennet, Murray, 2014 citados por Majumdar & Morris, 2019).

O TCE, como referido, também se constitui como uma das causas mais comuns de LCA, não só em Portugal, como no mundo (Oliveira, Lavrador, Santos & Antunes, 2012). Quanto à evolução da sua incidência, Santos e colegas, identificaram que em Portugal este foi, entre 1996 e 1997, foi de 137/100000 (Santos, De Sousa, Castro-Caldas, 2003), tendo este valor diminuído tendo este valor diminuído para 65/100.000 em 2014 (Agrela, 2020). Contudo, verifica-se entre 2011 e 2014 uma tendência para aumento do número total de casos. A incidência por grupos etários é atualmente diferente, com menos casos na população de adultos jovens, porém, uma mortalidade acrescida entre as pessoas com 80 ou mais anos, de 57/100.000 (Agrela, 2020). Todavia, os dados da Direção Geral de Saúde (DGS) indicam que há uma tendência para a diminuição na sua incidência, facto que se acredita ser devido à melhoria das medidas de prevenção rodoviária (Oliveira, Lavrador, Santos & Antunes, 2012).

No que respeita à taxa de mortalidade a nível global, esta varia entre os 15 e os 24.6/100000 (Rutland-Brown, Langlois, Thomas, Xi, 2003). Em Portugal, em 1997, era de 17/100000 com valores mais elevados entre os 20 e 29 anos e acima dos 80 anos.

Quanto à gravidade da LCA, esta é geralmente classificada de acordo com o nível de alteração de consciência do paciente após a lesão, podendo variar entre LCA “leve”, “moderada” ou “grave” (Teasell, Bayona, Marshall, Cullen, Bayley, Chundamala, Waiser, Aubut, Foley, Jutai, Tu, 2007). A Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974) é o sistema de classificação mais utilizado, no qual uma escala de quinze pontos é aplicada analisando o nível de consciência do paciente. Esta escala divide-se em três parâmetros: melhor resposta ocular (E), melhor resposta verbal (V) e melhor resposta motora (M). Os níveis de resposta nos componentes da Escala de Coma de Glasgow são "pontuados" de 1, para nenhuma resposta, até valores normais de 4 (resposta de abertura dos olhos), 5 (resposta verbal) e 6 (resposta motora) (Jain & Iverson, 2018). O score total tem assim valores entre 3 e 15, sendo 3 o pior e 15 o mais alto (Jain & Iverson, 2018). Pontuações inferiores a oito são consideradas como “grave”, 9-12 como “moderado” e 13-15 como “leve” (Han, 2016).

1.1. Alterações físicas

Após a ocorrência de uma LCA, alterações motoras são comuns e devem-se a danos no cérebro nas áreas motoras e pré-motoras, nos gânglios da base e no cerebelo, além de eventuais danos nos nervos, músculos e ossos (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018). O tónus e a força muscular podem ser afetados, originando dificuldades ao nível do movimento e do controlo do mesmo. Danos no cerebelo normalmente resultam em dificuldades relacionadas com a coordenação motora e movimentos espasmódicos ou tremores (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018). Movimentos suaves e precisos também dependem do *feedback* sensorial e, portanto, podem-se encontrar afetados pela existência de dano nas vias sensoriais ou nas áreas do cérebro envolvidas na sensação, como o tálamo e as áreas sensoriais dos lobos parietais. Qualquer uma destas dificuldades pode resultar em possíveis falhas em determinadas atividades como caminhar, equilibrar-se, escrever, falar, vestir-se e comer (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

As alterações sensoriais mais prevalentes incluem o aumento da sensibilidade à luz, alterações no olfato e paladar, alterações na sensibilidade à temperatura e redução das

sensações de dor nos membros. Alterações visuais, como a perda de campo visual, não são raras e podem ser extremamente debilitantes. Tais consequências podem advir de problemas ao nível dos olhos ou do nervo ótico, bem como danos no córtex visual (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

Adicionalmente, a perda auditiva é comum quando o córtex auditivo no lobo temporal se encontra danificado. Danos no tronco cerebral também estão relacionados com a perda auditiva, bem como possíveis zumbidos, problemas de equilíbrio e sensações de tonturas ou enjoos (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

Além das convulsões comumente observadas na altura da lesão, ou das convulsões precoces que ocorrem menos de uma semana após a lesão, as pessoas com LCA traumático possuem, habitualmente, um risco de desenvolver epilepsia 29 vezes maior do que a população geral (Herman, 2002). Este risco ainda apresenta a possibilidade de aumentar na existência de uma hemorragia subaracnoide (Herman, 2002). De facto, a perspetiva de uma convulsão pode ser transtornante e levar a que quem sofra de epilepsia se limite nas suas atividades para evitar o perigo ou o constrangimento (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

Efetivamente, a literatura sugere a existência de um risco contínuo de epilepsia pós-traumática em comparação com a população geral durante mais de dez anos após a lesão (Christensen, Pedersen, Pedersen, Sidenius, Olsen, Vestergaard, 2009). Um importante estudo indicativo desta conceção é o de Christensen e colegas (2009). Neste estudo, os autores constataram que o aumento do risco dependia da gravidade da lesão, bem como da existência ou não de fratura craniana. Embora os riscos tenham diminuído um pouco com o tempo, a investigação verificou que continuaram presentes durante um período de mais de dez anos após a lesão (Christensen, Pedersen, Pedersen, Sidenius, Olsen, Vestergaard, 2009).

Como tal, as alterações físicas são recorrentes após LCA, porém podem não ser singulares e surgirem acompanhadas de outros tipos de alterações.

1.2. Alterações cognitivas

Alterações cognitivas constituem frequentemente as sequelas de uma lesão cerebral, por vezes subtilmente e apenas perceptíveis para familiares próximos. As funções mais

frequentemente relatadas como prejudicadas incluem a atenção, a concentração, a memória, o processamento de informações, a capacidade de planejamento e de resolução de problemas (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

A respeito das alterações na atenção, podem ser frequentes a negligência de sinais ambientais, dificuldades em multitarefas e incapacidade de concentração durante um longo período. Problemas ao nível da atenção podem levar a que a atividade cognitiva do dia-a-dia se torne excessivamente cansativa. Além disso, estas alterações também podem desencadear a que quem as sente as percecionem como falhas de memória, uma vez que para recuperar informações é necessário que estas se encontrem armazenadas, que por sua vez é um processo que requer primeiramente atenção (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018; Virk et al., 2015; Spreij et al., 2019).

Quanto às alterações de memória, os efeitos mais frequentes incluem a incapacidade de se lembrar de realizar certas atividades, como comparecer a compromissos, incapacidade de recuperar nomes ou conversas recentes e esquecimento das localizações de determinados objetivos guardados. Além disto, a aprendizagem pode tornar-se mais demorada e exigir mais tempo ou mais apresentações da informação, em relação ao que seria necessário anteriormente. De facto, estas dificuldades podem deixar os indivíduos que as vivenciam bastante ansiosos e inseguros (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018; Das Nair & Lincoln, 2007; Spreij et al., 2014).

Relativamente ao processamento de informação, este normalmente assume um ritmo mais lento após uma LCA e pode resultar em dificuldades em seguir conversas ou enredos em programas de televisão, por exemplo. A capacidade de planejamento e resolução de problemas estão relacionadas com as funções executivas e além destas, também a flexibilidade pode apresentar alterações (Hung et al., 2013; Cicerone et al., 2006, citado por Spreij et al., 2019). Uma LCA pode levar à existência de uma flexibilidade reduzida para pensar em diferentes questões, gerar novas ideias ou soluções e avaliar prós e contras (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

A compreensão social e a consciência do comportamento social apropriado podem também encontrar-se afetadas após uma LCA, levando os indivíduos a fazer comentários inapropriados. Algumas pessoas também relatam uma tendência aumentada de chorar ou rir em momentos inapropriados, como se não fossem capazes de controlar as suas expressões (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

Por fim, problemas de linguagem e comunicação podem ocorrer após uma LCA, originando dificuldades específicas na produção da fala ou ao nível da compreensão. A leitura e a escrita também podem ser afetadas (Coetzer, Daisley, Newby, Weatherhead, 2018).

1.3. Alterações emocionais

De facto, como foi referido, apesar desta ser uma lesão física, pode resultar em alterações significativas a nível cognitivo, emocional, físico, psicossocial, vocacional e familiar. Estas alterações podem permanecer durante um tempo limitado ou durar toda a vida, originando uma maior incapacidade, menor qualidade de vida, maior dificuldade de ajustamento pessoal e social (Ben-Yishay, 2000) e maior dificuldade na participação no emprego (Kreutzer, Marwitz, Walker, Sander, Sherer, Bogner & Bushnik, 2003).

Alterações psicológicas são bastante comuns (Stroke Association, 2013) e a prevalência de depressão após AVC é de 31 a 33% (Hackett & Pickles, 2014). Quanto à incidência de ansiedade durante os 10 anos após o AVC, esta varia de 17% a 24% (Ayerbe, Ayis, Crichton, Wolfe, & Rudd, 2014). Além destas alterações, a fadiga moderada e grave afeta 57% dos sobreviventes de AVC (Lerdal, Bakken, Rasmussen, Beiermann, Ryen, Pynten, Kim, 2011).

Um estudo recente realizado em Portugal (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022) alerta para a relevância da atenção aos fatores psicológicos, indicando que de 52,0% a 55,9% da população em situação de reabilitação neuropsicológica analisada, manifestou taxas de incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva (Medeiros, Guerreiro & Nunes, 2022). Tais neuropsicólogas, concluíram na referida investigação que estes sintomas possuem uma tendência de aumento com o decorrer do tempo, influenciando negativamente os resultados da reabilitação (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022).

A Stroke Association (2016) evidenciou num dos seus estudos que 73% dos sobreviventes de AVC não apresentavam confiança, 56% sentiam um tratamento diferente pela parte dos outros e 55% sentiam-se incapazes de cuidar das suas famílias como antes (Braun, Grady, Kutner, Adler, Berlinger, Boss, & Roach, 2016). A literatura indica que as comorbidades relacionadas com o LCA estão associadas à redução da qualidade de vida (Godwin, Ostwald, Cron e Wasserman, 2013), aumento da mortalidade

(Ayerbe, Ayis, Wolfe, Rudd, 2013), aumento da utilização de serviços de saúde (van Eeden, van Mastrigt, Evers, van Raak, Driessen, van Heugten, 2016) e recuperação funcional reduzida (Gillen, Tennen, McKee, Gernert-Dott, 2001).

Segundo Whelan-Goodinson e colegas (2009), até 65% dos pacientes com lesão cerebral têm pelo menos um transtorno psiquiátrico (Whelan-Goodinson, Ponsford, Johnston e Grant, 2009) e 44% dos pacientes com lesão cerebral têm dois ou mais transtornos psiquiátricos, segundo Hibbard e colegas (1998) (Hibbard, Uysal, Kepler, Bogdany, & Silver, 1998).

Como tal, diversos estudos têm evidenciado que até 40% dos pacientes com LCA apresentam ansiedade e/ou depressão (Bowen, Neumann, Connors, Tennant e Chamberlain, 1998; Schoenhuber & Gentili, 1988; Seel & Kreutzer, 2003; Starkstein, Jorge, Mizrahi, & Robinson, 2005; Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy, & Goldman, 2002; citados por Kangas & McDonald, 2011), prejudicando o bem-estar físico, funcional e social e a qualidade de vida geral. Segundo Alderman e Wood (2013), as consequências psiquiátricas mais frequentes na LCA são a depressão, a ansiedade, a agressividade/agitação, a apatia e a desinibição. Os autores reconheceram que estas consequências neuropsiquiátricas podem surgir a partir de fatores internos, como sistemas neurais danificados, e externos, como os fatores provenientes do ambiente e as experiências pós-lesão, ou devido a uma interação entre ambos (Alderman & Wood, 2013).

Relativamente à depressão, esta manifesta-se sobretudo por sentimentos de inutilidade, tristeza, episódios de choro, pessimismo e ideação suicida (Angelelli, Paolucci, Bivona, Piccardi, Ciurli, Cantagallo, Pizzamiglio, 2004). Este é um sintoma bastante prevalente e é relatado em cerca de 29% a 61% dos pacientes com LCA (van Heugten, Janssen, Visscher, Wolters Gregorio, Smeets, Berkers, Ponds, 2013). Segundo Andrewes e colegas (2014), indivíduos com depressão podem acreditar que não possuem as capacidades necessárias para serem bem-sucedidos na reabilitação, ter dificuldade em aceitar que não podem retornar ao estado pré-mórbido e adotar uma atitude resignada (Andrewes, Walker & O'Neill, 2014).

Quanto à ansiedade, esta inclui sentimentos de apreensão ou pavor ou sintomas autonómicos, como fadiga extrema, taquicardia, tonturas, dores de cabeça, visão turva, entre outros (Vaishnavi, Rao, & Fann, 2009) e é relatada em 8% a 39% em pessoas com

LCA (van Heugten et al., 2013). Segundo um estudo de Uomotom e Esselman (1995), indivíduos com altos níveis de ansiedade relatam maiores percepções de comprometimento geral e de gravidade da lesão em comparação com aqueles sem ansiedade (Uomotom & Esselman, 1995).

No que toca à agressão/agitação, esta é comumente expressa em inquietação, explosões de raiva e obstinação (Ciurli, Formisano, Bivona, Cantagallo, Angelelli, 2011) e é observada em 24% a 55% (van Heugten et al., 2013) da população com LCA.

Em relação à apatia, esta é caracterizada por uma perda de motivação, iniciativa reduzida, redução ou perda de atividade sustentada e preocupações em relação ao comportamento direcionado a objetivos (Marin, 1991). A prevalência dos sintomas de apatia varia de 27% a 56% (van Heugten et al., 2013).

No que diz respeito ao comportamento desinibido, este é relatado em 10% a 39% dos casos de LCA (van Heugten et al., 2013) e pode ser expresso por meio de atos impulsivos, conversas confidenciais com desconhecidos e indelicadezas ou ofensas. Além disto, a desinibição pode incluir um comportamento sexual inapropriado, como conversas, toques ou exibicionismo. Estes comportamentos foram relatados em 9–28% de todos os casos analisados com LCA (Simpson, Sabaz e Daher, 2013).

Além destas alterações, défices motivacionais e falta de iniciativa comportamental são também consequências da LCA (Brooks, Campsie, Symington, Beattie & McKinlay, 1986). A iniciativa é um aspeto crucial da motivação, pois representa a capacidade de iniciar uma tarefa, e quando alterada pode originar escassez de direcionamento de metas. A motivação contribui para o funcionamento adaptativo e é um importante determinante da qualidade de vida (Arnould, Rouchat, Azouvi, & Van Der Linden, 2013). Na sequência destas evidências, os Distúrbios de Motivação Diminuída (DDM) ocorrem com frequência em pacientes com LCA e são caracterizados por alterações no comportamento (p.e. diminuição no funcionamento social e ocupacional, como apatia, défices de iniciativa e decréscimo da produtividade e do esforço), nas emoções (p.e. indiferença emocional) e no pensamento (p.e. interesses, planos e metas diminuídos) direcionados a objetivos (Marin & Wilkosz, 2005). Segundo a literatura, a motivação para atividades terapêuticas está associada a uma maior adesão aos tratamentos e a melhores resultados na reabilitação (MacDonald, Kayes & Bright, 2012).

Adicionalmente, os indivíduos com LCA podem enfrentar também mudanças subjetivas na identidade, valor e capacidade autopercebidos (Cooper-Evans, Alderman, Knight, & Oddy, 2008). Dois construtos associados a esta ideia foram estudados no contexto da LCA, o autoconceito e a autoestima. O autoconceito representa um conjunto de julgamentos de atributos como a competência cognitiva, o desempenho acadêmico, a aceitação social e a aparência física (Fitts & Warren, 1992). Os sobreviventes de LCA podem alterar negativa e substancialmente a percepção de si mesmos, o que por sua vez, pode prejudicar o humor e a participação na reabilitação (Cooper-Evans et al, 2008). Vickery et al. (Vickery, Gontkovsky & Caroselli, 2005) exploraram a possibilidade de relações entre o autoconceito, a depressão e a qualidade de vida percebida em pacientes com TCE e AVC. Os resultados mostraram que a autopercepção mais negativa de si próprio foi associada ao aumento dos sintomas depressivos (Vickery et al, 2005). Relativamente à autoestima, esta representa a autoavaliação global de um indivíduo ou o valor percebido enquanto pessoa (Rosenberg, 1965). A baixa autoestima avaliada após lesão cerebral tem sido associada a níveis mais altos de ansiedade e depressão (Cooper-Evans et al, 2008; Keppel & Crowe, 2000).

De acordo com a literatura, tais consequências neuropsiquiátricas da LCA aumentam significativamente a probabilidade de comprometimento funcional, redução do funcionamento social e redução da qualidade de vida relacionada à saúde (Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane, Clark, Silove, 2010). Portanto, torna-se imprescindível analisar quais são as intervenções disponíveis e eficazes para diminuir estas consequências.

A revisão atual da literatura que alerta para a relevância da atenção aos fatores psicológicos, nomeadamente para a aceitação da nova condição subjacente aos sujeitos com LCA. Destacando a recente investigação de Medeiros e colegas (2022), como suprarreferido, de 52,9% a 55,9% da população em situação de reabilitação neuropsicológica analisada, manifestou taxas de incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022). Tais neuropsicólogas, concluíram na referida investigação que estes sintomas possuem uma tendência de aumento com o decorrer do tempo, influenciando negativamente os resultados da reabilitação. Como tal, consideram que é oportuno intervir sobre as componentes emocionais durante o processo de reabilitação (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022), fazendo corresponder o principal intuito da intervenção desenvolvida na presente investigação.

2. Intervenções utilizadas nas alterações emocionais

Historicamente, os programas de reabilitação para pessoas com LCA concentravam-se essencialmente em défices cognitivos, bem como em problemas comportamentais externalizantes, como a agressão e o controlo de impulsos, ignorando o impacto emocional e o ajustamento psicossocial. Todavia, nos últimos quinze anos, tem surgido uma atenção crescente nas dificuldades psicossociais, incluindo problemas de internalização, como a ansiedade e os sintomas depressivos, experimentados pelos sobreviventes de LCA. Como tal, começaram a ser desenvolvidos programas psicoterapêuticos que pretendiam colmatar esta lacuna, servindo-se, por exemplo, das Técnicas Cognitivo Comportamentais (TCC) (Kangas & McDonald, 2011).

O paradigma tradicional da TCC é uma abordagem de tratamento multimodal que evoluiu das teorias comportamentais. Atualmente, a evolução das terapias comportamentais é considerada como abrangendo três gerações (Hayes, 2004). A primeira geração inclui as terapias comportamentais tradicionais baseadas em princípios de condicionamento operante e clássico. A segunda geração compreende a terapia cognitiva tradicional e as TCC tradicionais. Por fim, a terceira geração inclui terapias baseadas em *mindfulness*, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) que não só é baseada em *mindfulness* como também tem fundamento nas TCC tradicionais (Kangas & McDonald, 2011).

Efetivamente, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tradicional tem sido uma das terapias mais utilizadas para resolver este tipo de consequências na população com LCA. Como tal, a visão de que a TCC pode ser eficaz em pessoas com depressão após LCA é apoiada por diversos estudos (Stalder-Lüthy, Messerli-Bürgy, Hofer, Frischknecht, Znoj, Barth, 2013), Waldron, Casserly, & O'Sullivan, 2013). O uso das TCC tradicionais para tratar a depressão após LCA foi descrito pela primeira vez num estudo de caso (Hatcher, Durham, & Richey, 1985) como parte de uma abordagem multimodal e multidisciplinar bem-sucedida. Outros estudos de caso e séries de casos têm apoiado o seu uso desde então (Hibbard, Gordon, Stein, Grober, Sliwinski, 1992; Lincoln, Flannaghan, Sutcliffe, Rother, 1997; Rasquin, Van De Sande, Praamstra & Van Heugten, 2009).

Porém, devido ao facto de a população em questão ter sofrido uma LCA, tornam-se necessárias terapias que se encontrem adaptadas para tal (Kneebone, 2016). Uma prova disso foi o estudo de Lincoln e Flannaghan (2003), que pretendeu comparar a TCC com um placebo de atenção e cuidados padrão em pessoas AVC que obtiveram um resultado superior a 10 no Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck, Steer, & Brown, 1996) ou pontuação superior a 18 no Inventário de Depressão de Wakefield (WDI; Snaith, Ahmed, Mehta, & Hamilton, 1971). A TCC foi aplicada durante 10 sessões, porém não foi adaptada para a população em questão, tendo esse facto justificado a ausência de diferenças de humor entre os grupos, segundo os autores. Esta descoberta corrobora a visão de que o tratamento da depressão após o AVC exige uma abordagem modificada. Lincoln e Flannaghan (2003) não descreveram nenhuma modificação da TCC proporcionada para atender a défices cognitivos. A experiência clínica indica que a adaptação é necessária para a intervenção em pacientes com LCA devido à dimensão adicional da deficiência cognitiva e de comunicação (Kneebone & Jeffries, 2013; Kneebone, 2016).

Assim, as TCC tradicionais, desde que adaptadas parecem ter potencial para ser as terapias consideradas mais eficazes e, conseqüentemente, mais utilizadas para tratar as alterações psicológicas e emocionais em indivíduos com LCA (Kneebone, 2016). Deste modo, segue uma revisão de alguns estudos que testam a eficácia desta terapia na presente população.

Um estudo de 2012 (Arundine, Bradbury, Dupuis, Dawson, Ruttan, Green, 2012) consistiu em aplicar as TCC tradicionais a um grupo de indivíduos com LCA e avaliar se 6 meses após o tratamento os benefícios tinham sido mantidos e se alcançariam uma melhor integração na comunidade. Os participantes tinham distress psicológico elevado. A terapia aplicada consistiu em onze sessões presenciais e em grupo ou individualmente por telemovel. Os instrumentos utilizados foram o Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), a Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), o Community Integration Questionnaire e o Questionário Ways of Coping. Foram realizadas três avaliações, a primeira foi pré-tratamento, depois pós-tratamento e, por fim, após seis meses. Os resultados indicam que as pontuações de sofrimento psicológico foram significativamente melhores 6 meses após o tratamento em relação ao pré-tratamento. O mesmo se verificou para a integração na comunidade. Como tal, os autores concluíram

que a TCC adaptada para LCA demonstra benefícios duradouros relativos ao humor e à integração na comunidade (Arundine, Bradbury, Dupuis, Dawson, Ruttan, Green, 2012).

Um estudo de 2013 (Kneebone & Jeffries, 2013) apresentou dois casos de indivíduos tratados com TCC adaptada para os sintomas de ansiedade após AVC. A adaptação, segundo os autores, foi necessária devido a défices no desempenho executivo e de memória num dos indivíduos e no contexto de dificuldades de comunicação no outro. Os sintomas de ansiedade foram tratados ao longo de sete e nove sessões, respetivamente. O instrumento utilizado foi a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS A, Zigmond & Snaith, 1983). Quanto aos resultados, ambos os participantes melhoraram significativamente após a intervenção, e essas melhorias foram mantidas num follow-up de 3 meses (Kneebone & Jeffries, 2013).

Um outro estudo do mesmo ano, denominado de Feasibility and initial efficacy of a cognitive-behavioural group programme for managing anger and aggressiveness after traumatic brain injury (Aboulafia-Brakha, Buschbeck, Rochat, Annoni, 2013), procurou testar a viabilidade e eficácia de um programa com o objetivo de tratar a raiva e agressividade na população com LCA. Um questionário de autorrelato de agressividade (AQ-12) foi administrado antes da intervenção (T1), uma semana após a intervenção (T2) e quatro meses após o final da intervenção (T3). A amostra foi constituída por 10 pacientes com TCE moderado a grave. O programa durou 8 semanas, sendo composto por uma sessão semanal. Quanto aos resultados, estes indicam que houve uma redução significativa dos scores AQ-12 em T3, apoiando a eficácia do programa (Aboulafia-Brakha, Buschbeck, Rochat, Annoni, 2013).

Um estudo de 2008, denominado de The Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Emotional Distress After Acquired Brain Injury (Bradbury, Christensen, Lau, Ruttan, Arundine, Green, 2008), teve como objetivo avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC), adaptada para atender às necessidades exclusivas de indivíduos com lesão cerebral adquirida (LCA) e modificada para atendimento em grupo e por telefone. Os participantes foram avaliados em três momentos. Pré-tratamento, pós-tratamento e 1 mês de follow-up. A intervenção consistiu em onze sessões de TCC, incluindo 1 sessão individual introdutória seguida de 10 sessões adicionais administradas em grupo ou por telefone individualmente. A TCC foi projetada para diminuir o sofrimento psicológico e melhorar o enfrentamento. Adaptações específicas foram feitas na terapia de forma a se adequarem às dificuldades cognitivas

registadas. Os instrumentos utilizados foram o Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) e as Escalas de Ansiedade e Depressão (DASS-21). As medidas de resultados secundários incluíram o Questionário de Integração Comunitária (CIQ) e a Escala de Formas de Enfrentamento. Relativamente aos resultados, foram observados efeitos significativos do tratamento TCC (nos formatos de grupo e telefone) no SCL-90-R e no DASS-21, enquanto nenhum efeito significativo foi observado no grupo de controlo. Portanto, os autores puderam concluir que os resultados sugerem que a TCC adaptada – administrada por telefone ou em um ambiente de grupo face a face – pode melhorar significativamente o bem-estar emocional em indivíduos com LCA (Bradbury, Christensen, Lau, Ruttan, Arundine, Green, 2008).

Quanto às adaptações necessárias para a população de LCA, uma revisão da literatura (Gallagher, McLeod, & McMillan, 2019) conjectura que, uma vez que existam alterações de atenção ou concentração, são recomendados intervalos durante as sessões terapêuticas, sessões mais reduzidas (menos de 50 minutos) e mais de uma sessão por semana (Gallagher, McLeod, & McMillan, 2019). Relativamente às alterações de comunicação, os autores recomendam o uso de questões claras, estruturadas e curtas e o recurso de material visual durante as sessões focando nos pontos principais (Gallagher, McLeod, & McMillan, 2019). Em relação às alterações de memória, é sugerido que os clientes utilizem um caderno para registos, que sejam recapitulados os diversos pontos principais, realizados intervalos e que sejam integrar na terapia a família e os trabalhos de casa, com o intuito de promover a generalização (Gallagher, McLeod, & McMillan, 2019). No que toca às alterações do funcionamento executivo, os autores salientam a necessidade de a exposição de conteúdos durante as sessões assumir ritmos mais reduzidos (para a velocidade de processamento alterada), utilizar exemplos concretos (para a flexibilidade cognitiva alterada), demonstrar como se realizam as atividades e incentivar a conclusão das mesmas (Gallagher, McLeod, & McMillan, 2019).

Apesar das evidências suprarreferidas a respeito das TCC, no contexto da recuperação de uma LCA, Hayes (2004) argumenta que as estratégias de reestruturação cognitiva, componente central das TCC tradicionais, poderão ser contraindicadas para indivíduos que estão a passar por uma realidade de mudanças impostas pelos défices no funcionamento diário, ocupacional e interpessoal. Por essa razão, as abordagens psicoterapêuticas da terceira geração, particularmente a ACT, podem oferecer novas

possibilidades no tratamento de problemas emocionais em pacientes com LCA que se encontram angustiados, desmotivados, ansiosos e depressivos (Hayes, 2004).

3. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

No contexto da recuperação de uma LCA, Hayes (2004) argumenta que as estratégias de reestruturação cognitiva, componente central das TCC tradicionais, poderão ser contraindicadas para indivíduos que estão a passar por uma realidade de mudanças impostas pelos défices no funcionamento diário, ocupacional e interpessoal. Por essa razão, as abordagens psicoterapêuticas da terceira geração, particularmente a ACT, podem oferecer novas possibilidades no tratamento de problemas emocionais em pacientes com LCA que se encontram angustiados, desmotivados, ansiosos e depressivos (Hayes, 2004).

A ACT baseia-se na ideia central de que sofrer faz parte da experiência humana (Curvis & Methley, 2021) e apresenta como propostas centrais a aceitação por parte do indivíduo daquilo que está fora do seu controlo pessoal e o compromisso em desenvolver comportamentos que enriqueçam e melhorem a sua qualidade de vida (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Com a intervenção, a ACT pretende auxiliar os indivíduos na construção de reportórios amplos, flexíveis e eficazes, alterando a perceção da função dos eventos negativos e a relação dos indivíduos com os mesmos (Hayes et al., 2006). Noutros termos, a ACT tem o intuito de fornecer ao indivíduo flexibilidade psicológica (Hayes et al, 2006), isto é, a capacidade de estar em contato com o momento presente e com os eventos internos e, com base no contexto, manter ou substituir a procura de objetivos e valores pessoais (Twohig, 2012). A presente terapia pretende desviar o foco das estratégias de controlo contraproducentes centradas na tentativa de evitar pensamentos, sentimentos e sensações físicas indesejáveis, em direção a uma orientação observacional mais consciente sobre tais experiências (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Além destas premissas, a ACT pretende a melhoria da funcionalidade em vez do foco na redução dos sintomas em si.

Embora existam pontos em comum entre a ACT e as TCC tradicionais (Arch & Craske, 2008), a ACT não inclui técnicas de reestruturação cognitiva, mas sim o foco em ajudar os sujeitos a experienciarem os seus pensamentos e sentimentos, sem julgar ou atribuir-lhes mérito (Kangas & McDonald, 2011; Hayes, 2004). Portanto, é de elevada

importância desenvolver no indivíduo a vontade e o compromisso, procurando que o mesmo seja responsável pelos seus comportamentos e atitudes e aceitando o que não pode controlar (Monteiro, Ferreira, Silveira & Ronzani, 2015). Como tal, as técnicas de *mindfulness* são determinantes para fornecer competências psicológicas de resiliências contra pensamentos dolorosos e negativos (Blackledge & Hayes, 2001).

Majumdar e Morris (2018) observam uma série de características da ACT que, na sua perspectiva, a tornam útil para sobreviventes de AVC: (1) foca-se na postura de bem-estar e não se concentra apenas na redução dos sintomas; (2) atribui a ênfase à aceitação, algo benéfico para aqueles que sejam detentores de sequelas duradouras do AVC; (3) procura mudar o relacionamento da pessoa com pensamentos e sentimentos para reduzir cognições angustiantes, também benéfico para as sequelas mais duradouras; (4) a inclusão da atenção plena concentra a atenção no presente e afasta as ruminações angustiantes; (5) a diferenciação do “eu observador” dos pensamentos e sentimentos angustiantes facilita o desenvolvimento de uma nova auto-identidade estável; (6) a descoberta de “valores essenciais” e o desenvolvimento de metas com base neles fornecem um modo significativo de abordar a definição de metas após AVC (Majumdar & Morris, 2018).

Efetivamente, a descoberta dos valores centrais de uma pessoa e a facilitação de seu uso na definição de metas e no compromisso são características chave da ACT que podem representar uma melhoria na prática tradicional de definição de metas em situação de AVC, que é algo que tem sido criticado (Plant, Tyson, Kirk & Parsons, 2016).

A sigla ACT, além de “Terapia de Aceitação e Compromisso” possui um segundo significado que descreve os seus três componentes principais: (1) *Accept*: Aceitar o que um indivíduo tem e não pode ser mudado; (2) *Choose*: Escolher direções de vida valorizadas e (3) *Take action*: Agir para viver uma vida com significado (Kangas & McDonald, 2011). Além destes três componentes, a ACT baseia-se em processos e não em procedimentos e é composta por seis processos principais: (1) Contacto com o momento presente; (2) Aceitação; (3) Desfusão (distanciamento de pensamentos dolorosos e de autocomentários negativos); (4) Self; (5) Valores e (6) Processos de compromisso (Wilson, Bordieri, Fynn. Lucas, & Slater, 2011).

De acordo com a ACT, os indivíduos são encorajados a agir de acordo com seus valores pessoais, apesar de potenciais barreiras ou dificuldades contínuas (Barrett, O'Connor & McHugh 2019). Dentro da presente terapia, os valores foram conceituados

como princípios orientadores para a vida que fornecem direção para as ações. É feita uma distinção de objetivos, porque os valores não podem ser alcançados, mas fornecem motivação intrínseca para atividades comportamentais a longo prazo (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem demonstrado ser uma intervenção psicoterapêutica eficaz para melhorar o bem-estar e a função de pacientes com várias condições crônicas, incluindo cancro (Feros, Lane, Ciarrochi e Blackledge, 2013), dor (Hann & McCracken, 2014) e condições neurológicas, como esclerose múltipla (Carrigan & Dysch, 2015; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011) ou lesão cerebral adquirida (Kangas & McDonald, 2011). De facto, um crescente corpo de evidências tem demonstrado a eficácia da ACT também na depressão e ansiedade (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007), transtorno obsessivo-compulsivo (Twohig, Hayes & Masuda, 2006), transtorno do pânico (Levitt, Brown, Orsillo e Barlow, 2004), psicose (Gaudiano e Herbert, 2006) e tabagismo (Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki, Rasmussen-Hall, Palm, 2004).

4. A Terapia de Aceitação e Compromisso na Lesão Cerebral Adquirida

Atualmente, ainda existem poucas evidências relativas aos benefícios da ACT em pacientes com LCA, no entanto a literatura existente tem demonstrado que a integração da ACT numa reabilitação neuropsicológica holística pode promover a reabilitação cognitiva e física baseada em valores e no bem-estar emocional (Curvis & Methley, 2021).

Um estudo realizado em 2019 (Whiting, Deane, McLeod, Ciarrochi & Simpson, 2019) teve como objetivo avaliar o impacto da aplicação ACT na motivação, participação, flexibilidade psicológica, sofrimento psicológico e qualidade de vida em pessoas com LCA em situação de reabilitação neuropsicológica. Os autores verificaram que o grupo ACT teve diminuições ao longo das sessões nos níveis de depressão e apresentou níveis mais elevados de motivação em relação ao grupo controlo. Contudo, os autores não obtiveram resultados significativos para os níveis de flexibilidade psicológica nem para a participação, justificando-se através do reduzido tamanho da amostra (Whiting et al., 2019).

Um outro estudo realizado em 2021 (Sander, Clark, Arciniegas, Tran, Leon-Novelo, Ngan & Walser, 2021) pretendeu verificar se a aplicação da ACT em pessoas com LCA reduz os sintomas de *distress* e verificaram que os pacientes submetidos à ACT apresentaram uma maior redução nos níveis de sofrimento psicológico e nos sintomas de ansiedade e somatização. Os autores constataram ainda uma diferença significativa entre os níveis de aceitação, tendo o grupo experimental obtido pontuações significativamente mais altas (Sander et al., 2021).

Uma pesquisa quantitativa recente (Majumdar & Morris, 2018) sugere que a presente abordagem pode ser eficaz na redução do humor deprimido e no aumento da esperança em pacientes com AVC. O objetivo dos autores foi avaliar a eficácia da ACT em grupo para sobreviventes de AVC em comparação com o grupo de controlo, submetido ao tratamento regular (TAU). A intervenção ACT consistiu em quatro sessões semanais de grupo de 2 horas e os efeitos terapêuticos foram medidos através da análise das variáveis: depressão, ansiedade, esperança, qualidade de vida relacionada à saúde, autoavaliação do estado de saúde e bem-estar. Os participantes foram avaliados em três períodos: pré-tratamento, pós-tratamento e dois meses após. Relativamente aos resultados, em comparação com o grupo de controlo, o grupo da ACT reduziu significativamente os níveis de depressão e aumentou a autoavaliação do estado de saúde e esperança. Um número significativamente maior de participantes do grupo experimental atingiu mudanças clinicamente significativas de depressão, comparativamente ao grupo de controlo (Majumdar & Morris, 2018).

Dado o limitado número de estudos com o presente propósito e a reduzida bibliografia a respeito da terapia em questão aplicada numa população de lesão cerebral adquirida, surgiu a necessidade do desenvolvimento de um programa baseado na mesma. Neste sentido, além da criação do programa, serve este estudo como teste de aceitabilidade do mesmo, isto é, avaliação da satisfação, da intenção de continuar o uso, a adequação percebida e os efeitos positivos e negativos percebidos na organização (Bowen, Kreuter, Spring, Cofta-Woerpel, Linnan, Weiner, Bakken, Kaplan, Squiers, Fabrizio, Fernandez, 2009).

II - Caracterização do Estudo

A questão que fundamenta a atual investigação é se o programa desenvolvido no presente estudo, baseado na ACT, é adequado do ponto de vista da aceitabilidade em sujeitos com LCA em situação de reabilitação neuropsicológica. Como tal, o objetivo principal sobre o qual este estudo se debruça é desenvolver um programa com fundamentação na ACT e analisá-lo, do ponto de vista da aceitabilidade, em sujeitos com LCA em situação de reabilitação neuropsicológica.

Tendo em conta o problema de investigação colocado e o objetivo definido, foram formuladas as seguintes hipóteses experimentais:

(H1) A aceitabilidade indicada pelos participantes segundo o *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA) é elevada;

(H2) A avaliação de cada sessão indicada pelo Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ) apresenta valores elevados nas suas diferentes dimensões: profundidade (fortes e úteis ou fracas e inúteis), suavidade (relaxadas e confortáveis ou tensas e desconfortáveis), positividade (confiança, felicidade, clareza e ausência de medo ou raiva) e ativação (sentimentos de tranquilidade, de mudança e de calma).

(H3) O significado atribuído pelos participantes a cada sessão, através de uma questão aberta, está em concordância com o objetivo definido para a mesma.

Outcome secundário:

(H4) As alterações cognitivas dos participantes, avaliadas pelo MoCa, IFS e TMT, foram significativamente atenuadas após a intervenção integrada no programa de reabilitação neuropsicológica.

(H5) As sintomatologias ansiosa e depressiva dos participantes, avaliadas através da HADS, foram significativamente atenuadas após a intervenção integrada no programa de reabilitação neuropsicológica.

(H6) A qualidade de vida percebida pelos participantes, avaliada através do QOLIBRI, assumiu valores significativamente mais elevados após a intervenção integrada no programa de reabilitação neuropsicológica.

III - Metodologia

1. Participantes

A amostra foi constituída por indivíduos com lesão cerebral adquirida em situação de reabilitação neuropsicológica num Centro de Reabilitação. Os critérios de inclusão no programa foram (1) presença de Lesão Cerebral Adquirida; (2) participação voluntária no programa; (3) idade superior ou igual a 18 anos e (4) encontrar-se inscrito num programa de reabilitação neuropsicológica. Quanto aos critérios de exclusão, estes foram (1) afasia ou disfasia grave que impeça a participação nas atividades; (2) comportamentos impulsivos de risco, para o próprio e para os outros (e.g. comportamentos de suicídio, para-suicídio) e (3) sintomatologia psicótica.

Os critérios suprarreferidos, nomeadamente os de exclusão, foram verificados através das avaliações multidisciplinares realizadas pelos profissionais do Centro onde foi implementado o atual programa. As informações relativas à idade e tipo de lesão foram recolhidas através do questionário sociodemográfico aplicado no âmbito do estudo em questão e dos relatórios médicos.

A amostra foi composta por 10 pessoas, sendo 4 do sexo feminino (40%) e 6 do sexo masculino (60%). As idades dos participantes estão compreendidas entre os 26 e os 57 anos ($M = 43,800$; $DP = 10,497$). Relativamente ao estado civil dos mesmos, o estado mais comum é “Casado”, contando com 5 dos participantes (50%), seguido de “Solteiro” que representa 3 dos participantes (30%) e, por fim, representados por 1 participante cada, os estados “União de Facto” (10%) e “Divorciado” (10%).

Quanto à situação profissional da amostra, 5 participantes referiram que se encontram de baixa médica (50%) e os restantes 5 indicaram que estão desempregados (50%). Em relação às habilitações literárias dos integrantes, 4 pessoas assinalaram que possuem licenciatura (40%) e 4 declararam que completaram o ensino secundário (40%), representando as duas categorias mais comuns da amostra. Apenas 1 participante referiu possuir como habilitações o 2º ciclo (10%), assim como o 3º ciclo (10%). Relativamente ao último ano de estudos dos participantes, o integrante que terminou de estudar há mais tempo, terminou em 1981 e o que concluiu mais recentemente, concluiu em 2017.

No que diz respeito ao tipo de LCA, 60% da amostra teve AVC ($n = 6$) e 40% TCE ($n = 4$), tendo a lesão mais antiga ocorrido há 7 anos e a mais recente há 2 anos (M

= 4,100; DP = 1,663). Quanto às consequências, a alteração mais referida foi alteração da memória (n = 7), seguida de impulsividade e outras alterações emocionais, como depressão (n = 5), hemiparesia (n = 4), afasias e outras alterações na linguagem ou voz (n = 3), desequilíbrio (n = 1), alterações de atenção e concentração (n = 1), alterações na leitura e na escrita (n = 1), alterações na compreensão (n = 1), alterações no sono (n = 1) e hipersensibilidade à luz (n = 1).

Em relação à existência de outras condições médicas, não foram identificadas condições médicas relevantes em nenhum dos participantes, além das referidas anteriormente.

2. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico com variáveis como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, tipo de lesão cerebral adquirida, consequências da lesão e existência de outras condições médicas relevantes.

Session Evaluation Questionnaire (SEQ; Stiles, 1980) ou Questionário de Avaliação da Sessão (QAS) foi selecionado na sua versão portuguesa e na sua 5ª versão (Gonçalves, Fernandes e Gonçalves, 2005) para avaliar o impacto das sessões na ótica dos clientes e os sentimentos dos mesmos após cada sessão terapêutica (Stiles, 2002). O presente questionário tem como propósito medir duas dimensões da avaliação da sessão, a Profundidade que engloba o seu poder e o seu valor e a Suavidade que se refere ao conforto e à sensação de relaxamento. Como tal, as sessões terapêuticas são percecionadas de duas formas: profundas (fortes, úteis) ou superficiais (fracas, inúteis); e suaves (relaxadas, confortáveis) ou duras (tensas, desconfortáveis) (Stiles et al., 1994). Além destas dimensões, também é avaliada a Positividade (confiança e clareza, de felicidade e ausência de medo ou raiva) e a Ativação (sentimentos de tranquilidade, de mudança e de calma) como forma de analisar o humor do cliente no final de cada sessão. Portanto, o humor pode ser descrito como sendo positivo (confiante, satisfeito/a) ou negativo (amedrontado/a, zangado/a) e como ativo (em mudança, ativo/a) ou inativo (parado/a, sossegado/a) (Stiles & Snow, 1984). O QAS é constituído por 24 itens bipolares apresentados em formato diferencial semântico de 7 pontos. Os itens estão divididos em três secções: a avaliação da sessão, o humor pós-sessão e a avaliação do terapeuta. A primeira secção avalia a sessão através das dimensões Profundidade e

Suavidade em 11 itens. A segunda secção avalia o humor pós-sessão através das dimensões Ativação e Positividade em 10 itens. Por fim, a última secção avalia a competência do terapeuta em 3 itens (Gonçalves, Fernandes e Gonçalves, 2005).

Questão aberta no final de cada sessão com o intuito de analisar a perspectiva dos participantes relativamente ao propósito das atividades realizadas em cada sessão.

Questionário de Avaliação Qualitativa do Programa baseado na *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA; Sekhon, Cartwright, Francis, 2017). Este modelo é constituído por sete componentes: atitude afetiva (como os indivíduos se sentem em relação à intervenção), carga/fardo (o esforço requerido percebido para participar na intervenção), eficácia percebida (até que ponto a intervenção é percebida como ser capaz de alcançar o seu propósito), ética (até que ponto a intervenção se não ultrapassa os valores dos indivíduos), coerência de intervenção (até que ponto o participante entende a intervenção e como ela funciona), custos de oportunidade (até que ponto os benefícios, lucros ou valores devem ser dados para participarem na intervenção) e autoeficácia (a confiança do participante de que pode realizar o comportamento necessário para participar da intervenção). Tendo como base a TFA, o presente questionário de avaliação subjetiva da aceitabilidade e da satisfação com o programa é constituído por 21 itens com resposta numa escala de Likert de 5 pontos (de totalmente em desacordo a totalmente de acordo). Os primeiros 3 itens avaliam a atitude afetiva, os seguintes 3 avaliam a coerência da intervenção. Os posteriores 3 pretendem avaliar a eficácia percebida e os seguintes 3 a carga/fardo. Por fim, os seguintes 3 avaliam a ética, os 3 seguintes os custos de oportunidade e os últimos 3 a autoeficácia. O questionário termina com duas questões abertas, uma sobre o que tinham considerado mais útil ou interessante no Programa e outra pedindo sugestões de alterações.

The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings, Chertkow, 2005) com excelente consistência interna (alfa de Cronbach de 0,92) foi utilizado para o rastreio do estado cognitivo geral (Nasreddine et al., 2005). No total, esta medida de avaliação, é constituída por 15 tarefas direcionadas à análise de oito funções cognitivas, com uma cotação máxima de 30 pontos (Nasreddine et al., 2005). Para aferir a presença de défice cognitivo, utilizou-

se a sua versão portuguesa (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010) atendendo às variáveis idade e escolaridade (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011).

INECO Frontal Screening (IFS)

INECO Frontal Screening (IFS, Torralva, Gleichgerrcht, Lopez, Manes, 2009) é utilizado na sua versão portuguesa (Caldeira, 2011). Este é um teste de despiste de défice das funções executivas e é composto por três grupos de tarefas: inibição e alternância de resposta, capacidade de abstração e memória de trabalho (Torralva et al, 2009). A presente prova consiste em em oito subprovas, tais como o Teste de programação motora, as Instruções conflituosas, GO-NO GO, Digit Span inverso, Memória de trabalho verbal, Memória de trabalho espacial, Capacidade de abstração (interpretação de provérbios) e Controlo inibitório verbal. A pontuação pode variar de 0 a 30 (Torralva et al, 2009).

Trail Making Test A e B

O Trail Making Test (TMT; Goodwin, 1944) foi desenvolvido como parte da Bateria de Teste Individual do Exército (1944) e começou a ser usado por Armitage Goodwin (1946) para avaliar os efeitos da lesão cerebral em soldados. Este instrumento foi utilizado na sua versão portuguesa (Cavaco, Gonçalves, Pinto, Almeida, Gomes, Moreira, Fernandes, Teixeira-Pinto, 2013). O Trail Making Test parte A mede a atenção, a exploração visual e a velocidade da coordenação olho-mão e processamento de informações. A Parte B, adicionalmente, avalia a memória de trabalho e as funções executivas, particularmente, a capacidade de alternar entre conjuntos de estímulos (Lezak, Howieson, & Loring, 2004; Mitrushina, Boone, & D'Elia, 1999; Sanchez-Cubillo et al., 2009).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983) é utilizada na sua versão portuguesa (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, 2006) e é composta por sete itens relativos à subescala de depressão e sete relativos à subescala de ansiedade. Trata-se de uma escala de autopreenchimento constituída por 14 itens e com uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala (ansiedade e depressão). Os autores do presente instrumento consideraram que os valores da HADS iguais ou inferiores a 7 não são considerados como sinal de perturbação; entre 7 e 10 são interpretados como casos em que pode existir dúvida; e os valores iguais ou superiores a 11 são considerados

como implicando a presença de perturbação do humor clinicamente significativa (Zigmond & Snaith, 1983). Apresenta-se com uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,76 para a subescala de ansiedade e de 0,81 para a subescala de depressão) (Zigmond & Snaith, 1983). O presente questionário foi utilizado como medida de triagem de ansiedade e depressão clinicamente significativas.

Quality of Life After Brain Injury (QOLIBRI)

O Quality of Life After Brain Injury (QOLIBRI, Truelle et al., 2010) é utilizado na sua versão portuguesa (Guerreiro, Almeida, Martins-Rocha, Dores, Vicente, Castro-Caldas, & Barbosa 2012) com o intuito de avaliar as dimensões da Qualidade de Vida (QdV). Este questionário de autopreenchimento é constituído, por 37 itens, organizados em seis subescalas que refletem diferentes dimensões da QdV, sendo elas a dimensão cognitiva, social, emocional, física, self e atividades de vida diária.

3. Procedimento metodológico

O procedimento da presente investigação iniciou-se com o desenvolvimento de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com lesão cerebral adquirida integradas num programa de reabilitação neuropsicológico. De forma a cumprir o desenvolvimento do mesmo, foi analisada a literatura existente acerca da abordagem em questão, bem como relativamente à população selecionada. Após a pesquisa foi elaborada uma primeira versão do programa, nesta fase denominado de Programa ACTiva-te. Seguidamente foi formado um grupo focal constituído por neuropsicólogos, um terapeuta ocupacional e sujeitos com lesão cerebral adquirida. Como tal, posteriormente a esta criação, foi realizada uma reunião com os elementos do grupo focal para a análise do programa de forma global e de cada sessão em específico. Após a reunião foram alterados diversos aspetos na estrutura e composição do programa, descritos detalhadamente adiante. Uma vez alcançada a versão final do programa, a presente investigação foi submetida à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, tendo a mesma sido aprovada a 30 de março de 2023. Posteriormente foi entregue aos participantes os consentimentos informados, bem como uma folha informativa acerca do programa e de cada etapa da sua participação no mesmo. De seguida foi entregue aos integrantes da amostra um Questionário Sociodemográfico, explicitado de seguida. Durante a intervenção, no final de cada sessão foi implementado

o Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ) e a questão aberta, pelo que no final do programa foi aplicado o Questionário de Avaliação do Programa baseado no *Theoretical Framework of Acceptability*. Quando terminadas as seis sessões, procedeu-se à avaliação neuropsicológica pós-intervenção, com recurso às provas MoCA, IFS, TMT A e B, HADS e QOLIBRI.

3.1. Desenvolvimento da primeira versão do programa

O programa reuniu um conjunto de atividades adaptadas de diversos autores (Harris, 2009; Harris, 2008; Hayes, 2005; Hayes & Smith, 2005; Westrup & Wright, 2017; Kabat-Zinn, 2002). Tendo em vista o propósito da sua construção, isto é, o desenvolvimento de uma intervenção que atentasse nas alterações psicológicas comumente sentidas por sujeitos com LCA e que funcionasse como complemento de um programa existente de reabilitação neuropsicológica, foi realizada uma primeira revisão da literatura, que permitiu traçar a primeira versão da intervenção. Com base na literatura, foi possível organizar os principais conceitos da ACT, acima referidos, em seis temáticas, como tal, a primeira versão consistia em seis sessões apenas compostas por exercícios práticos. Na primeira sessão os exercícios seriam de acordo com a exposição dos atuais desafios, na segunda sessão seriam de acordo com a temática dos valores, seguida da terceira sessão que seria de acordo com o estabelecimento dos objetivos e desenvolvimento de compromisso. Na quarta sessão, os exercícios seriam para o alívio da ansiedade, na quinta sessão estariam de acordo com a temática da desfusão e, por fim, a sexta sessão seriam para o desenvolvimento de competências de grupo fomentando o sentimento de identificação. Segundo esta versão, cada sessão seria apenas composta por dois momentos de dinâmicas individuais seguidas de uma partilha em grupo. A primeira versão da presente intervenção foi revista por peritos da área da Neuropsicologia, que sugeriram a introdução de alterações.

3.2 Desenvolvimento da segunda versão do programa

Relativamente à segunda versão do programa ACTiva-te, este integrou as sugestões apresentadas pelos peritos mencionados e manteve as seis sessões, porém, com ligeiras alterações ao nível das temáticas abordadas em cada uma. A primeira sessão apresentou como fulcro a introdução dos principais conteúdos da ACT e a exposição, da parte dos participantes, dos eventuais problemas e desafios atuais das suas vidas. Em

relação à segunda sessão, esta pretendia, o esclarecimento e estabelecimento de valores de vida. Quanto à terceira sessão, esta visava o planeamento de objetivos, porém baseados nos valores, e o desenvolvimento do compromisso. A quarta sessão tinha como intuito a aprendizagem de técnicas de gestão da ansiedade e/ou *distress*. A respeito da quinta sessão, esta tinha como intuito que os participantes fossem capazes de se distanciar e desprender de pensamentos dolorosos e de autocomentários negativos (desfusão). Por fim, a sexta sessão, tal como na versão anterior, consistia numa sessão de desenvolvimento de competências de grupo que convidava todos os participantes a interagirem uns com os outros, motivando a criação de laços e sentimentos de identificação e empatia.

Além destas alterações, foi colocada em cada sessão um momento inicial de prática formal de atenção plena, seguida de um momento de psicoeducação onde era introduzido o tema da sessão, bem como metáforas características da ACT e conceitos relevantes. Uma vez terminada a psicoeducação seguia-se uma atividade prática e a consequente partilha, reflexão e discussão em grupo. Como tal, foi priorizado apenas um exercício por sessão, relativamente aos selecionados na primeira versão da intervenção. Apenas a segunda sessão e a sexta se mantiveram com dois exercícios.

Tabela 1- Sugestões oferecidas pelos peritos e alterações do programa correspondentes, na formulação da segunda versão do mesmo.

Sugestões dos peritos	Alterações realizadas
Colocar uma psicoeducação em cada sessão.	Criação de um momento teórico de exposição dos conteúdos relacionados com o tema, em cada sessão. Criação de um PowerPoint para cada sessão com os conceitos relevantes.
Colocar uma prática formal de Atenção Plena em todas as sessões.	Seleção de uma prática formal de Atenção Plena para cada sessão relacionada com o tema da mesma.
Colocar apenas um exercício por sessão.	Dos dois exercícios por sessão que estavam planeados, foi selecionado apenas um, com as exceções da segunda e da sexta sessão, que seguiram com ambos.

3.3. Reunião com o Grupo Focal

Após a conceção da segunda versão, foi constituído um grupo focal, composto por duas neuropsicólogas, um terapeuta ocupacional e duas pessoas com lesão cerebral adquirida. O intuito da formação do grupo focal foi contribuir para uma análise mais abrangente do programa, recorrendo à ótica das variadas funções, conhecimentos e perspetivas de cada membro. Em seguida, após a entrega dos documentos referentes à autorização de integração no grupo focal e aos esclarecimentos acerca do programa, foi agendada uma reunião com os elementos referidos. Esta teve início com a exposição do programa em questão, de cada sessão e respetivas atividades em pormenor. A exposição foi acompanhada de um PowerPoint previamente elaborado, onde se encontrava uma tabela por sessão, composta pelos títulos das atividades, bem como os objetivos correspondentes, as dinâmicas para cada atividade e a duração das mesmas.

No final da descrição de cada sessão, foram colocadas seis questões consideradas previamente. A primeira questão foi se o grupo focal considerava que a seleção das atividades foi adequada para o tema da sessão. A segunda questão procurava explorar se os integrantes do grupo consideravam que os exercícios eram pertinentes. Quanto à terceira questão, esta procurou averiguar a perspetiva do grupo relativamente à adequação das atividades à população com lesão cerebral adquirida. Nesta terceira questão, foi particularmente explorado o ponto de vista dos dois integrantes com a condição em questão. A respeito da quarta questão, esta teve como intuito sondar se os elementos do grupo consideravam que haveria possibilidade de as dinâmicas em causa despoletarem desconforto nos participantes. A quinta questão procurou explorar se a sessão poderia encontrar-se demasiado exigente ou densa. Por fim, a sexta questão teve como intuito a procura de perspetivas relativamente à duração tanto da sessão, quanto das atividades propostas.

No final da explanação de cada sessão individualmente, foram colocadas questões acerca do programa na sua globalidade. A primeira questão procurou conhecer a perspetiva de os elementos relativa à possibilidade do programa se encontrar capacitado de atingir os seus objetivos. A segunda e a terceira questão tiveram como intuito explorar aquilo que os integrantes consideraram mais útil ou interessante e menos útil ou interessante no programa, respetivamente. A quarta questão teve como intuito averiguar

se o grupo focal considerava que o número de questões era o adequado. Quanto à quinta sessão, esta procurou explorar se os temas de cada sessão seriam pertinentes. E, por fim, a sexta questão constituiu-se numa pergunta aberta, de modo que fosse possível a obtenção de sugestões.

A reunião apresentou uma duração de exatamente 90 minutos e foi captado o som, na sua íntegra. Após a concretização da mesma, foram realizadas as últimas alterações, constituindo assim, a terceira versão do programa ACTiva-te, versão essa que foi aplicada na presente investigação.

3.4. Desenvolvimento da terceira versão do Programa

Relativamente à terceira versão da intervenção, esta procurou integrar todas as sugestões recebidas através do grupo focal. Quanto à primeira sessão, uma das neuropsicólogas integrantes do grupo, identificou que a folha do exercício “Dissecar o Problema” encontrava-se com demasiada informação, tendo sido sugerido pelo Terapeuta Ocupacional simplificar, de modo que o exercício se apresentasse adequado para a população em questão. A última sugestão relativa à primeira sessão partiu de outra profissional de neuropsicologia e esta propôs que fossem traduzidos para português todos os conceitos, bem como títulos dos exercícios.

Em relação à segunda sessão, uma das neuropsicólogas do grupo focal sugeriu que fosse integrado na psicoeducação planeada, um slide composto por uma lista de exemplos de valores, para auxílio dos exercícios práticos. Foi sugerido ainda, pelo mesmo elemento, que a ordem dos exercícios fosse invertida, iniciando pelo Octogésimo Aniversário e seguindo para O Problema e os Valores. A outra profissional de neuropsicologia propôs que fossem colocados exemplos de resposta aos exercícios, contribuindo para uma melhor compreensão por parte dos participantes.

Quanto à terceira sessão, uma das neuropsicólogas presentes referiu que o exercício Vontade e Plano de Ação deveria ser composto por questões de escolha múltipla, simplificando a tarefa e tornando-a mais adequada para a população destinada. A mesma profissional sugeriu ainda a apresentação de um vídeo alusivo aos conceitos abordados no final da psicoeducação, tendo sido eleito o *The Struggle Switch* (Harris, 2016). Por fim, todos os elementos do grupo concordaram que a atividade proposta para casa era demasiado complexa para os participantes realizarem sozinhos, como tal foi proposto que a mesma fosse implementada durante a quarta sessão, em contexto de grupo.

A respeito da quarta sessão, o terapeuta ocupacional presente colocou como sugestão a mudança de posição da tabela, que consta no exercício O Desconforto Limpo e Sujo, para a orientação horizontal, facilitando o preenchimento da mesma. O mesmo profissional sugeriu ainda que fosse colocada cada linha da tabela de uma cor diferente, tornando a informação mais visual.

Relativamente à quinta sessão, as neuropsicólogas presentes sugeriram que fossem sendo compiladas todas as informações recolhidas e exploradas ao longo das sessões, tais como, principal problema ou desafio identificado, valores estabelecidos para si, objetivos a alcançar e pensamentos intrusivos a afastar. De acordo com as sugestões, tais informações foram anotadas num poster específico para cada participante, permitindo que a cada semana o grupo se lembrasse das suas informações e continuasse a atentar nas mesmas durante a presente sessão, criando um fio condutor.

Por fim, em relação à sexta sessão, a totalidade dos integrantes do grupo focal considerou que o exercício Passageiros no Autocarro poderia despoletar uma carga emocional intensa em demasia, tendo sido sugeridas alterações no mesmo, de modo a atenuar a carga do exercício. No entanto, após um segundo momento de revisão da literatura, foi preferida a subtração do exercício, tendo este dado lugar a uma dinâmica com objetivos semelhantes, isto é, o desenvolvimento de atenção plena ao redor, compaixão pelo outro e sentimentos de identificação. Como tal, o exercício Conexões Silenciosas manteve-se e foi seguido pelo Empatia aos Pares.

Tabela 2- Sugestões oferecidas pelos membros do grupo focal e alterações correspondentes, contribuindo para a realização da terceira versão do programa.

Sessões	Sugestões	Alterações realizadas
Sessão 1	Simplificar a informação do exercício “Dissecar o Problema”	Redução do número de questões. Alteração das questões para uma instrução mais diretas.
	Traduzir os termos originais para português.	Tradução de todos os termos para português.
	Colocar no PowerPoint uma lista com exemplos de valores existentes.	Acréscimo de um slide com 15 exemplos de valores.

	Trocar a ordem entre os exercícios “Discurso de Octogésimo Aniversário” e “Os Problemas e os Valores”.	Troca da ordem entre os exercícios “Discurso de Octogésimo Aniversário” e “Os Problemas e os Valores”.
	Colocar exemplos de resposta ao exercício “Os Problemas e os Valores”.	Acréscimo de um exemplo de resposta ao exercício, no PowerPoint da sessão. Redução do tamanho das questões, de forma a torná-las mais diretas. Simplificação da linguagem utilizada nas questões.
Sessão 3	Colocar escolha múltipla no exercício “A Vontade e o Plano de Ação”.	Escolha múltipla colocada numa das questões. Diminuição da quantidade de questões existentes no exercício.
	Colocar o exercício proposto para casa (“O Desconforto Limpo e Sujo”) a ser realizado durante a sessão 4.	O exercício “O Desconforto Limpo e Sujo” foi colocado na sessão 4.
Sessão 4	Colocar a tabela do “O Desconforto Limpo e Sujo” na horizontal e com as linhas coloridas.	A tabela do exercício “O Desconforto Limpo e Sujo” foi colocada na horizontal e com diferença de cor entre as linhas.
	Acrescentar um Video ilustrativo da temática da sessão no PowerPoint.	Acréscimo do video “ <i>The Struggle Switch – By Dr. Russ Harris</i> ”.
Sessão 5	-----	-----

Sessão 6	Aligeirar a carga emocional do exercício “Passageiros no Autocarro”.	Substituição do exercício “Passageiros no Autocarro” pelo “Empatia aos Pares”.
Geral	Compilar todas as informações recolhidas dos participantes ao longo das sessões, tais como, principal problema ou desafio identificado, valores estabelecidos para si, objetivos a alcançar e pensamentos intrusivos a afastar.	Implementação dos Posters, onde cada um possui o seu e é escrito a cada sessão as novas informações recolhidas.

Uma vez terminada a terceira versão da intervenção ACTiva-te, foi elaborado um plano detalhado acerca de cada sessão, composto por uma tabela com a estrutura geral da sessão, seguida da descrição do local e material a utilizar. Seguidamente, foram descritas para cada atividade, cada dinâmica, objetivos, conteúdos e tempo previsto.

3.5. Aplicação do Programa

Constituído o programa, o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, permitindo assim o começo da aplicação do mesmo.

Posteriormente, seguiu-se a entrega do consentimento informado e de um esclarecimento a respeito do propósito da investigação aos participantes. Uma vez composto e devidamente informado, foi entregue ao grupo de participantes um questionário sociodemográfico para analisar variáveis como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, tipo de lesão cerebral adquirida,

consequências da lesão cerebral adquirida e existência de outras condições médicas relevantes.

Seguiu-se então, a partir de 30 de maio de 2023, o processo interventivo, que se encontra organizado em seis sessões, com duração de 90 minutos cada e uma frequência correspondente a uma sessão semanal. Cada sessão encontra-se direcionada para um objetivo específico e, nesse sentido, são realizadas algumas atividades tendo em vista a finalidade proposta. Com o intuito de expandir a intervenção para além do contexto clínico, serão ainda estabelecidos trabalhos de casa com técnicas úteis para o quotidiano dos participantes. No final de cada sessão, cada participante, respondeu ao Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ), bem como à Questão Aberta.

Posteriormente, quando concluídas as seis sessões interventivas, a 4 de julho de 2023, foi realizada uma avaliação pós-intervenção através da aplicação aos participantes do Questionário de Avaliação Qualitativa do Programa baseado no TFA.

Por fim, após a concretização e aplicação do programa, foi realizada uma avaliação neuropsicológica pós-intervenção através das provas MoCA, IFS, TMT Parte A e Parte B, HADS e QOLIBRI.

4. *Design das sessões*

O presente programa foi desenvolvido para indivíduos com lesão cerebral adquirida em situação de reabilitação neuropsicológica com o intuito de potencializar a aceitação daquilo que está fora do seu controlo pessoal e o compromisso em fomentar comportamentos que enriqueçam a sua qualidade de vida. Este apresenta como base a ACT que, por sua vez, se centra na melhoria da funcionalidade ao invés do foco na redução dos sintomas em si, o que pode ser benéfico para indivíduos que se encontram expostos a uma nova condição de vida e sobretudo a uma situação de incerteza.

A intervenção em questão foi conjecturada para ser integrada como complemento de um programa de reabilitação neuropsicológica, tendo por base a revisão atual da literatura que alerta para a relevância da atenção aos fatores psicológicos, nomeadamente para a aceitação da nova condição subjacente aos sujeitos com LCA. Destacando a recente investigação de Medeiros e colegas (2022), como suprarreferido, de 52,0% a 55,9% da população em situação de reabilitação neuropsicológica analisada, manifestou taxas de

incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022). Tais neuropsicólogas, concluíram na referida investigação que estes sintomas possuem uma tendência de aumento com o decorrer do tempo, influenciando negativamente os resultados da reabilitação. Como tal, consideram que é oportuno intervir sobre as componentes emocionais durante o processo de reabilitação (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022), fazendo corresponder o principal intuito da intervenção desenvolvida na presente investigação.

Deste modo, como forma de alcançar esta finalidade, o presente programa tem em vista a gestão da ansiedade e/ou sintomas depressivos, a exposição dos desafios atuais, o estabelecimento de valores de vida, o planeamento de objetivos, o desenvolvimento de compromisso, o distanciamento de pensamentos dolorosos e o estabelecimento de competências de grupo.

Este é constituído por conteúdos, atividades e exercícios escritos e criados por psicoterapeutas especializados na terapia em questão (Harris, 2009; Harris, 2008; Hayes, 2005; Hayes & Smith, 2005; Westrup & Wright, 2017; Kabat-Zinn, 2002) que foram selecionados de acordo com os objetivos pretendidos e agrupados em sessões tendo em vista a população da presente investigação. A seleção foi realizada tendo por base que a população destinada poderia estar a passar por períodos de dificuldades de aceitação de uma nova condição e de uma nova autoimagem, de stress e/ou sintomas depressivos e de falta de motivação.

A primeira sessão representa o início da intervenção, apresentando um carácter mais introdutório e tendo como objetivo a introdução dos principais conteúdos da ACT e a exposição, da parte dos participantes, dos eventuais problemas e desafios atuais das suas vidas. Seguem-se as atividades relativas à primeira sessão e os respetivos objetivos:

Tabela 3- Estrutura da sessão 1.

	Descrição	Tempo (minutos)	
Estrutura da Sessão	1. Apresentação	15	
	2. Introdução à ACT	30	
	3. Prática de atenção plena	15	90
	4. Exercício individual: Dissecar o Problema	20	
	5. Dúvidas e sugestões/ <i>Debriefing</i>	10	

1. Apresentação

Tempo previsto: 15 minutos

Objetivos: Conhecer os participantes e as suas motivações para participar no programa; promover o estabelecimento de uma relação de confiança entre os participantes e a terapeuta; estabelecer regras para o bom funcionamento do grupo.

Dinâmica: Individualmente, os participantes e a psicóloga apresentam-se ao grande grupo, partilhando o nome, de onde são e um motivo que os faz participar neste programa; depois, a formadora pergunta ao grupo quais as regras que acham fundamentais para que o grupo decorra de forma harmoniosa, orientando os participantes para um consenso e motivando-os para seguirem essas regras ao longo do programa.

2. Introdução à ACT

Tempo previsto: 30 minutos

Objetivos: Apresentar o programa aos participantes e introduzir a ACT com uma metáfora ilustrativa (*A ACT em poucas palavras*).

Conteúdos: *A ACT em poucas palavras*.

Dinâmicas: Exposição de conteúdos; apresentação de uma metáfora (instruções no documento “The ACT in a nutshell”) e partilha em grupo.

3. Prática de Atenção Plena

Tempo previsto: 15 minutos (5 para preparação + 10 para a prática)

Objetivos: Expor os participantes à prática formal da meditação com o propósito de desenvolver, nos participantes, competências de autocontrolo, tolerância, flexibilidade psicológica e aceitação.

Dinâmicas: Leitura pausada do guião de meditação (documento “Meditação”) e reflexão sobre a prática.

4. Exercício individual – “Dissecar o Problema” (Harris, 2009).

Tempo previsto: 20 minutos

Objetivos: Recolha de informações sobre a natureza do principal desafio, problema ou problemas que o indivíduo enfrenta e de que forma estes afetam as suas vidas, na sua ótica (exercício e instruções no documento “Dissecar o Problema”).

Dinâmicas: exercício individual e partilha em grupo.

5. Dúvidas e sugestões/Debriefing

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: avaliar a qualidade da sessão; permitir a partilha de questões e sugestões de melhoria.

Dinâmicas: preenchimento do Questionário de Avaliação das Sessões; preenchimento da Questão Aberta e partilha de informações e sugestões em grupo.

A segunda sessão tem como propósito principal o esclarecimento e estabelecimento de valores de vida e é composta pelas seguintes atividades:

Tabela 4- Estrutura da sessão 2.

	Descrição	Tempo (minutos)	
Estrutura da Sessão	1. Introdução aos valores de vida	20	90
	2. Exercício individual: <i>Discurso de Aniversário de 80 anos</i>	25	
	3. Exercício individual: <i>Os Problemas e os Valores</i>	25	
	4. Dúvidas e sugestões/ <i>Debriefing</i>	10	

1. Introdução aos Valores de Vida

Tempo previsto: 20 minutos

Objetivos: Dar a conhecer o conceito de Valores de Vida.

Conteúdos: Definição de Valores de Vida e a sua importância; Metáfora da Bússola; Os 5 Ponto-Chave dos Valores (documento “Introdução aos Valores”) e apresentação de um vídeo ilustrativo do conceito: “Valores VS Objetivos”.

Dinâmicas: Exposição de conteúdos.

2. Exercício individual – “Discurso de Aniversário de 80 anos” (Harris, 2009).

Tempo previsto: 25 minutos

Objetivos: Este exercício tem como propósito o esclarecimento dos valores, que, por sua vez, são necessários para definir metas realistas e alcançáveis (Harris, 2009).

Dinâmicas: exercício individual e partilha em grupo.

3. Exercício individual – “Os Problemas e Valores” (Harris, 2009).

Tempo previsto: 25 minutos

Objetivos: Desenvolvimento de *insight* nos participantes acerca dos seus atuais desafios e respectivas reações. Além deste objetivo, o exercício tem o intuito de estabelecer os valores de vida dos próprios, isto é, o que mais importa na vida para os participantes e de que modo eles gostariam de se desenvolver para atingir determinadas competências (exercício e instruções no documento “Os Problemas e Valores”).

Dinâmicas: exercício individual e partilha em grupo.

4. Dúvidas e sugestões/*Debriefing*

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: Avaliar a qualidade da sessão, através dos questionários entregues e permitir a partilha de questões.

Dinâmicas: preenchimento do Questionário de Avaliação das Sessões; preenchimento da Questão Aberta e partilha de informações e sugestões em grupo.

Relativamente à terceira sessão, esta pretende o planeamento de objetivos baseados nos valores e o desenvolvimento do compromisso e inclui as seguintes dinâmicas:

Tabela 5- Estrutura da sessão 3.

	Descrição	Tempo (minutos)	
Estrutura da Sessão	1. Prática de atenção plena.	20	90
	2. Introdução aos Objetivos e ao Compromisso.	35	
	3. Exercício individual: <i>A Vontade e o Plano de Ação</i>	25	
	4. Dúvidas e sugestões/ <i>Debriefing</i>	10	

1. Prática de Atenção Plena – “Meditação da Montanha” (Kabat-Zinn, 2002)

Tempo previsto: 20 minutos

Objetivos: Esta tarefa tem como objetivo levar os participantes a serem conscientes dos desafios atuais que os atormentam e pensamentos intrusivos que os estão a inundar, promovendo a aceitação e levando-os a focar-se no momento presente e a controlar a respiração.

Dinâmicas: Leitura pausada do guião de meditação e reflexão sobre a prática.

2. Introdução aos Objetivos e ao Compromisso

Tempo previsto: 35 minutos

Objetivos: Dar a conhecer os conceitos de Objetivos e Ações de Compromisso;

Conteúdos: Definir objetivos S.M.A.R.T.; “De FEAR para DARE”; “Passo a Passo para a Ação de Compromisso” (Documento “Introdução aos Objetivos e Compromisso”).

Dinâmicas: Exposição de conteúdos.

3. Exercício individual – “A Vontade e o Plano de Ação” (Harris, 2009)

Tempo previsto: 25 minutos

Objetivos: Este exercício tem o propósito de levar os participantes a ponderarem sobre os seus objetivos e sobre as ações que devem realizar para os alcançarem, de modo a desenvolver o compromisso.

Dinâmicas: exercício individual e partilha em grupo.

4. Dúvidas e sugestões/*Debriefing*

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: Avaliar a qualidade da sessão, através dos questionários entregues, e permitir a partilha de questões.

Dinâmicas: preenchimento do Questionário de Avaliação das Sessões; preenchimento da Questão Aberta e partilha de informações e sugestões em grupo.

A quarta sessão tem como intuito a aprendizagem de técnicas de alívio da ansiedade, dos sintomas depressivos e do *distress* e é composta pelas seguintes atividades:

Tabela 6- Estrutura da sessão 4.

	Descrição	Tempo (minutos)	
Estrutura da Sessão	1. Prática de atenção plena: <i>Observar a Ansiedade Plenamente</i>	20	
		20	
	2. Exercício individual: <i>O Desconforto Limpo e Sujo</i>	30	90
	3. Reflexão sobre Atenção Plena	10	
	4. Indicação do exercício para a semana: <i>Ficha Prática de Respiração Consciente</i>	10	
	5. Dúvidas e sugestões/ <i>Debriefing</i>		

1. Prática de Atenção Plena: “*Observar a Ansiedade Plenamente*” (Hayes, 2005)

Tempo previsto: 20 minutos (5 para preparação + 15 para a prática)

Objetivos: Esta tarefa tem como objetivo levar os participantes a serem conscientes da ansiedade que estão a sentir, aceitando-a, focando-se no momento presente e controlando a respiração.

Conteúdos: Prática de atenção plena sobre aceitação.

Dinâmicas: Leitura pausada do guião de meditação.

2. Exercício individual: *O Desconforto Limpo e Sujo* (Harris, 2009).

Tempo previsto: 20 minutos

Objetivos: O propósito deste exercício é que os participantes se tornem conscientes das situações que lhes provocam desconforto e das suas reações, assim como o desconforto que as mesmas lhes provocam. O exercício pretende que os participantes identifiquem as situações em que beneficiariam das técnicas de atenção plena.

Conteúdos: *O Desconforto Limpo e Sujo*.

Dinâmicas: Exposição de informações.

3. Reflexão sobre Atenção Plena

Tempo previsto: 30 minutos

Objetivos: Promover a reflexão conjunta sobre os principais benefícios da Atenção Plena e dar-lhes a conhecer acerca de estratégias que permitem o recurso à atenção plena diariamente.

Conteúdos: Técnicas de Atenção plena informais e formais e respetivos benefícios.

Dinâmicas: Exposição de conteúdos.

4. Indicação do exercício da semana: “*Ficha Prática de Respiração Consciente*” (Harris, 2009).

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: O propósito deste exercício é que os participantes se tornem conscientes das suas ações e pensamentos para que possam utilizar, quando acharem útil, intervenções ACT como a atenção plena, fazendo o registo na tabela que lhes será entregue.

Conteúdos: *Ficha Prática de Respiração Consciente*

Dinâmicas: Exposição de informações.

5. Dúvidas e sugestões/Debriefing

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: Avaliar a qualidade da sessão, através dos questionários entregues, e permitir a partilha de questões.

Dinâmicas: preenchimento do Questionário de Avaliação das Sessões; preenchimento da Questão Aberta e partilha de informações e sugestões em grupo.

A quinta sessão pretende que os participantes sejam capazes de se distanciar e desprender de pensamentos dolorosos e de autocomentários negativos (desfusão) e é composta pelas atividades que se seguem:

Tabela 7- Estrutura da sessão 5.

	Descrição	Tempo (minutos)	
Estrutura da Sessão	1. Prática de atenção plena: <i>Folhas no Riacho</i>	15	90
	2. Introdução à Desfusão: <i>A ACT em poucas palavras</i>	25	
	3. Metáforas para a Desfusão: Atividade	30	
	4. Indicação do exercício para a semana: <i>Desfusão Cognitiva de Pensamentos Inúteis</i>	10	
	5. Dúvidas e sugestões/ <i>Debriefing</i>	10	

1. Prática de Atenção Plena: “Folhas no Riacho”

Tempo previsto: 15 minutos (5 para preparação + 10 para a prática)

Objetivos: Expor os participantes à prática formal da meditação com o propósito de os levar a observar os seus pensamentos, aceitando-os.

Conteúdos: Prática de atenção plena de exploração de valores (documento “Meditação”).

Dinâmicas: Leitura pausada do guião de meditação.

2. Introdução à Desfusão

Tempo previsto: 25 minutos

Objetivos: Dar a conhecer aos participantes o conceito de Desfusão.

Conteúdos: Metáfora da *ACT em poucas palavras* (referência à 1ª sessão) aplicada à desfusão; Definição de Fusão e Desfusão (documento “Introdução à Desfusão”)

Dinâmicas: Exposição de conteúdos.

3. Metáforas para a Desfusão: Atividade

Tempo previsto: 30 minutos

Objetivos: Desenvolver *insight* nos participantes acerca dos seus autocomentários negativos, fornecendo estratégias para lidar com os mesmos para promover a desfusão.

Conteúdos: Metáfora “*I’m having the thought that...*”; Metáfora “*Titchener’s Repetition: Lemons, Lemons, Lemons*”; Metáfora “*Naming the Story*” (documento “Metáforas”).

Dinâmicas: Exposição de metáforas através de atividade em grupo.

4. Indicação do exercício da semana: *Desfusão Cognitiva de Pensamentos Inúteis* (Hayes & Smith, 2005).

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: O intuito desta atividade é o desenvolvimento *insight* acerca dos pensamentos úteis e inúteis. A intenção será que os participantes levem para casa para que possam responder sempre que forem invadidos por pensamentos intrusivos.

Dinâmicas: Exposição de informações.

5. Dúvidas e sugestões/Debriefing

Tempo previsto: 10 minutos

Objetivos: Avaliar a qualidade da sessão, através dos questionários entregues, e permitir a partilha de questões.

Dinâmicas: preenchimento do Questionário de Avaliação das Sessões; preenchimento da Questão Aberta e partilha de informações e sugestões em grupo.

A sexta e última sessão de intervenção consiste numa sessão de desenvolvimento de competências de grupo que convida todos os participantes a interagirem uns com os outros, motivando a criação de laços e sentimentos de identificação e empatia. É composta pelas seguintes atividades:

Tabela 8- Estrutura da sessão 6.

	Descrição	Tempo (minutos)
Estrutura da Sessão	1. Prática de atenção plena: <i>Observa os teus Pensamentos</i>	10
	2. Introdução ao Grupo Terapêutico	15
	3. Exercício de grupo: <i>Conexões Silenciosas</i>	15
	4. Exercício de grupo: <i>Empatia aos Pares</i>	20
	5. Síntese dos conteúdos do programa	15
	6. Dúvidas e sugestões/ <i>Debriefing</i>	15
		90

1. Prática de Atenção Plena – “Observa os teus Pensamentos”

Tempo previsto: 10 minutos (5 para preparação + 5 para a prática)

Objetivos: Expor os participantes à prática formal da meditação com o propósito de os levar a observar os seus pensamentos, aceitando-os.

Conteúdos: Prática de atenção plena de desfusão: *Observa os teus Pensamentos* (documento “Meditação”).

Dinâmicas: Leitura pausada do guião de meditação.

2. Introdução ao Grupo Terapêutico

Tempo previsto: 15 minutos

Objetivos: Elucidar acerca da importância do grupo terapêutico e os seus benefícios.

Dinâmicas: Exposição de conteúdos.

3. Exercício de grupo – “Conexões Silenciosas” (Harris, 2009)

Tempo previsto: 15 minutos

Objetivos: Esta tarefa foi selecionada com o propósito de levar os participantes a criarem conexões, através da comunicação não verbal, e relacionamentos positivos com quem está a passar pelo mesmo que os próprios e cultivar a atenção plena ao seu redor (exercício e instruções no documento “Conexões Silenciosas”).

Dinâmicas: exercício em grupo.

4. Exercício de grupo – “Empatia aos Pares”

Tempo previsto: 20 minutos

Objetivos: O intuito desta tarefa é desenvolver atenção e empatia por quem está ao seu redor, notando que por vezes nem sempre está presente no nosso dia-a-dia.

Dinâmicas: exercício em grupo.

5. Síntese dos conteúdos do programa

Tempo previsto: 15 minutos

Objetivos: Relembrar os conteúdos principais abordados ao longo do programa.

Dinâmicas: Exposição de conteúdos.

6. Dúvidas e sugestões/Debriefing

Tempo previsto: 15 minutos

Objetivos: Avaliar a qualidade da sessão, avaliar a qualidade do programa e permitir a partilha de questões e sugestões de melhoria.

Dinâmicas: preenchimento do Questionário de Avaliação das Sessões; preenchimento da Questão Aberta; preenchimento do Questionário de Avaliação Qualitativa do Programa e partilha de informações e sugestões em grupo.

IV – Resultados

1. Avaliação do programa

Tendo em vista a verificação da Hipótese 1, isto é, se a aceitabilidade indicada pelos participantes segundo o *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA) é elevada, foi aplicado aos participantes um questionário baseado no TFA. O questionário em questão permite explorar diversas valências, tais como, a atitude afetiva, a coerência da intervenção, a eficácia percebida, a eventual carga ou fardo percebido, a ética, os custos de oportunidade e a autoeficácia. Cada uma destas valências encontra-se representada por três itens, do primeiro ao vigésimo primeiro, e as respostas a cada item podem variar entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). A vigésima segunda e terceira questão assumem um caráter exploratório, permitindo aos participantes que respondam livremente. A vigésima segunda questiona acerca do que os participantes consideram ter sido mais útil ou interessante no programa, enquanto através da vigésima terceira questão, são solicitadas sugestões de melhoria para a intervenção. No total, responderam a este questionário 9 dos 10 participantes, sendo que um deles faltou à última sessão.

Relativamente às primeiras três questões, estas pretendiam analisar a **atitude afetiva** dos participantes, isto é, como os indivíduos se sentem em relação à intervenção. A primeira questão, averiguou se os clientes sentem que agora possuem mais estratégias para lidar com os pensamentos dolorosos, 66,67% respondeu 4 (“Concordo”; n=6), 22,22% respondeu 2 (“Discordo”; n=2), 1,11% respondeu 5 (“Concordo Plenamente”; n=1) (M=3,667; DP=1,000). Quanto à segunda questão, esta analisou se os participantes se sentiam mais confiantes, 77,78% respondeu 4 (“Concordo”; n=7), 11,11% respondeu 5 (“Concordo Plenamente”; n=1) e 11,11% respondeu 3 (“Não Concordo Nem Discordo”; n=1) (M=4,000; DP=0,500). Acerca da terceira questão, esta avaliou se os participantes se sentiam mais perto de aceitar os seus problemas e desafios e 44,44% respondeu 4 (“Concordo”; n=4), 33,33% respondeu 3 (“Não concordo nem discordo”; n=3), 1,11% respondeu 5 (“concordo plenamente”; n=1) e 1,11% respondeu 2 (“discordo”; n=1) (M=3,556; DP=0,881).

Relativamente ao segundo grupo de três questões, a quarta, quinta e sexta questão, estas analisam a **coerência da intervenção**, isto é, até que ponto o participante entende a

intervenção e como ela funciona. Na quarta questão pretendeu-se avaliar se os participantes consideram que conseguem perceber e explicar quais os objetivos desta intervenção, ao que 66,67% respondeu 4 (“Concordo”; n=6) e 33,33% respondeu 3 (“Não concordo nem discordo”; n=3) (M=3,667; DP=0,500). Na quinta questão pretendeu-se analisar se o participante crê que consegue perceber como funciona a intervenção, isto é, de que modo os exercícios os podem ajudar nos seus problemas e desafios, pelo que 77,78% respondeu 4 (“Concordo”; n=7), 11,11% selecionou o 5 (“Concordo totalmente”; n=1) e 11,11% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=1) (M= 4,000; DP=0,500). Quanto à sexta questão, esta analisou se os participantes consideravam serem capazes de transportar o que aprenderam para as situações do quotidiano, pelo que a totalidade respondeu 4 (“Concordo”; n=9) (M=4,000; 0,000).

Em relação às seguintes três questões, a sétima, oitava e nona, estas tiveram como intuito a análise da **eficácia percebida**, isto é, até que ponto a intervenção é percebida como capaz de alcançar o seu propósito. Quanto à sétima questão, esta avaliou se os participantes consideram que a presente intervenção os tenha ajudado e 44,44% respondeu 5 (“Concordo muito”; n=4), 44,44% respondeu 4 (“Concordo”; n=4) e 11,11% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=1) (M=4,333; DP=0,707). Relativamente à oitava questão, esta pretendeu avaliar se os participantes consideram que a intervenção tenha atingido os seus objetivos, pelo que 77,78% respondeu 4 (“Concordo”; n=7), 11,11% selecionou 5 (“concordo totalmente; n=1) e 11,11% respondeu 3 (“Não concordo nem discordo”; n=1) (M=4,000; DP=0,500). A nona questão avaliou se os participantes gostariam de continuar a participar neste programa e 44,44% respondeu 5 (“Concordo totalmente”; n=4), 44,44% respondeu 3 (“Não concordo nem discordo”; n=4) e 11,11% respondeu 4 (“Concordo”; n=1) (M=3,889; DP=0,927).

O quarto grupo de três questões, composto pela décima, décima primeira e décima segunda, pretenderam analisar a eventual **carga/fardo** sentida, isto é, o esforço requerido sentido para participar na intervenção. A décima questão explora se a intervenção exigiu demasiado esforço e 33,33% respondeu 2 (“discordo”; n=3), 33,33% respondeu 4 (“concordo”; n=3), 22,22% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=2) e 11,11% respondeu 5 (“concordo totalmente”; n=1) (M=3,222; DP=1,092). Na décima primeira questão, que explorava se a intervenção ocupou demasiado tempo, 66,67% respondeu 2 (“discordo”; n=6), 22,22% respondeu 1 (“discordo totalmente”; n=2) e 11,11% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=1) (M=1,888; DP=0,601). A décima segunda questão

analisou se os participantes preferiam ter estado noutra atividade durante o tempo do programa, pelo que 33,33% respondeu 2 (“discordo”; n=3), 33,33% respondeu 1 (“discordo totalmente”; n=3), 22,22% respondeu 4 (“concordo”; n=2) e 11,11% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=1) (M=2,556; DP=1,236).

Quanto ao quinto grupo, representado pela décima terceira, décima quarta e décima quinta questões, este pretende analisar a **ética**, isto é, até que ponto a intervenção não ultrapassa os valores do indivíduo. A décima terceira questão avalia se os participantes consideram que a intervenção foi de acordo com os seus valores pessoais e 33,33% selecionou o 4 (“concordo”; n=3), 33,33% selecionou o 3 (“não concordo nem discordo”; n=3), 22,22% selecionou 5 (“concordo totalmente”; n=2), 11,11% selecionou 1 (“discordo totalmente”; n=1) (M=3,222; DP=1,481). Na décima quarta questão foi explorado se os participantes consideravam que a intervenção os fez sentir desconfortáveis em algum momento, pelo que 66,67% responderam 3 (“não concordo nem discordo”; n=6) e 22,22% respondeu 1 (“discordo totalmente”; n=2), 11,11% respondeu 2 (“discordo”; n=1) (M=2,778; DP=0,833). Quanto à décima quinta questão, esta pretendeu analisar se o programa foi claramente explicado assim como os seus objetivos, tendo 77,78% dos participantes respondido 4 (“concordo”; n=7) e 22,22% responderam 5 (“concordo totalmente”; n=2) (M=4,222; DP=0,441).

Relativamente ao sexto grupo de três questões, composto pela décima sexta questão, décima sétima questão e décima oitava questão, este teve como propósito analisar os **custos de oportunidade**, isto é, até que ponto os benefícios, lucros ou valores devem ser oferecidos para a participação na intervenção. Na décima sexta questão, foi analisado se os participantes consideram útil que fosse oferecido algum tipo de prémio por participarem, pelo que 44,44% respondeu 3 (“não concordam nem discordam”; n=4), 22,22% respondeu 1 (“discordo totalmente”; n=2), 22,22% respondeu 5 (“concordo totalmente”; n=2) e 11,11% respondeu 2 (“discordo”; n=1) (M=2,889; DP=1,453). Na décima sétima questão, foi avaliado se os participantes consideram que se soubessem que poderiam ter algum tipo de benefício ou lucro no final do programa teriam tido mais motivação e se esforçado mais, pelo que 44,44% respondeu 1 (“discordo totalmente”; n=4), 44,44% respondeu 2 (“discordo”; n=4) e 11,11% (“concordo”; n=1) (M=1,777; DP=0,972). Quanto à décima oitava questão, esta analisou se os participantes consideravam que as melhorias que observavam em si são uma recompensa suficiente para terem participado e 44,44% respondeu 5 (“concordo totalmente”; n=4), 44,44%

respondeu 4 (“concordo”; n=4) e 11,11% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=1) (M=4,333; DP=0,707).

Em relação ao sétimo grupo de três questões, este pretende analisar a **autoeficácia**, isto é, a confiança do participante de que teve capacidade para realizar o comportamento necessário para a intervenção. Na décima nona questão, foi avaliado se os participantes sentiam que possuíam as capacidades para participar na intervenção e 55,56% selecionou o 4 (“concordo”; n=5); 22,22% selecionou o 5 (“concordo totalmente”; n=2) e 22,22% selecionou o 3 (“não concordo nem discordo”; n=2) (M=4,000; DP=0,707). Quanto à vigésima questão, esta pretendeu analisar se os participantes estavam confiantes com o que realizaram nesta intervenção, pelo que 44,44% dos participantes respondeu 4 (“concordo”; n=4), 33,33% respondeu 5 (“concordo totalmente”; n=3) e 22,22% selecionou 3 (“não concordo nem discordo”; n=2) (M=4,111; DP=0,782). Na vigésima primeira questão explorou-se se os participantes consideravam que podiam ter tido uma melhor prestação durante as sessões se possuísem outras características ou qualidades e 33,33% respondeu 4 (“concordo”; n=3), 33,33% respondeu 3 (“não concordo nem discordo”; n=3), 22,22% respondeu 2 (“Discordo”; n=2) e 11,11% respondeu 5 (“concordo totalmente”; n=1) (M=3,333; DP=1,000).

Quanto às duas últimas questões do questionário, a vigésima segunda e a vigésima terceira, estas eram de carácter aberto. A vigésima segunda questão, como referido anteriormente, pretende explorar o que os participantes consideraram mais útil e interessante no programa. Relativamente às respostas, três dos participantes referiram que o mais útil e interessante no programa é a temática dos valores e a consequente reflexão, outro referiu que foram as estratégias para lidar com o desconforto e ansiedade, um outro declarou que foi o incentivo ao observarmo-nos como um todo e a devolução de estratégias para “arrumar os problemas”. Também foi referido que foi de grande utilidade e interesse a aplicação do teste MoCA e o exercício de promoção de atenção plena ao nosso redor e ao outro, realizado na última sessão.

Relativamente à vigésima terceira questão, esta tem como intuito a solicitação de sugestões, pelo que um dos participantes referiu que o programa deveria possuir uma maior duração e um outro identificou que as sessões deveriam de ser constituídas por mais tempo. Ainda foi referido que a questão dos valores deveria ser mais explorada com dinâmicas e exemplos práticos e que seria benéfico se existisse mais aconselhamento e intervenção individual.

2. Avaliação das sessões

Para verificação da Hipótese 2, isto é, se a avaliação de cada sessão indicada pelo Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ) apresenta valores elevados nas suas diferentes dimensões: profundidade, suavidade, positividade e ativação. O questionário em questão é constituído por duas questões centrais, cada uma composta por diversos itens, sendo que a primeira corresponde à avaliação específica da sessão e a segunda à avaliação de como a pessoa se estava a sentir no momento. Esta é uma escala discreta em que cada resposta pode variar de 1 a 7.

Sessão 1

Relativamente à primeira sessão, 9 dos 10 participantes estiveram presentes, sendo que 1 elemento do grupo faltou.

De acordo com o SEQ, a sessão foi considerada, em média, boa (M=6,111) e fácil (M=5,111), porém dois dos participantes defenderam o contrário relativamente à facilidade. A sessão foi ainda considerada pela maioria dos participantes como útil, tendo apenas uma pessoa discordado (M=5,667), poderosa (M=5,555), relaxante (M=5,000) e completa (M=5,888). A sessão não foi considerada nem superficial nem profunda (M=4,889), nem comum nem especial (M=4,888), nem dura nem suave (M=4,555), porém, também não foi considerada desagradável (M=5,666) nem foi identificado que a mesma tenha provocado desconforto (M=5,667). De facto, conjectura-se que a presente sessão possa não ter sido percecionada como tão profunda nem especial, relativamente à maioria das sessões posteriores, uma vez que a mesma assumiu um carácter mais introdutório de explicação do que iria ser abordado nas seguintes sessões, bem como objetivos e composição do programa.

Sessão 2

Relativamente à segunda sessão, 9 dos 10 participantes estiveram presentes, sendo que 1 outro elemento do grupo faltou.

Segundo o SEQ, esta também foi considerada boa (M = 6,444), fácil (M = 6,222), prazerosa (M = 6,000), completa (M= 6,111), suave (M = 5,555) e útil (M = 5,667), no entanto existiu uma opinião contrária relativamente à utilidade da sessão. Todavia, o mesmo participante que não identificou utilidade na sessão, considerou que esta foi boa, prazerosa, completa, poderosa, especial e confortável. Quanto à profundidade, a segunda sessão foi considerada possuindo o mesmo nível de riqueza que a anterior (M = 4,889), porém ainda mais poderosa (M = 5,888). Em relação à possível tensão ou suavidade da sessão, esta foi considerada suave, no entanto, um participante identificou a existência de alguma tensão (M = 5,222), que não terá tido impactos no seu estado de espírito, uma vez que o mesmo declarou que se sentia satisfeito, e confortável. A presente sessão foi considerada bastante mais especial que a anterior (M= 6,111), validando a perspectiva de que o caráter introdutório da primeira sessão terá influenciado. Considerou-se ainda que a segunda sessão não provocou desconforto nos participantes (M = 6,000).

Sessão 3

Relativamente à terceira sessão, 8 dos 10 participantes estiveram presentes, sendo que 2 participantes faltaram.

Os resultados do SEQ demonstram que a sessão se constituiu como boa (M= 6,375), prazerosa (M = 5,125), especial (M = 5,000), útil (M = 5,250), profunda (M = 5,000) e poderosa (M = 5,000). No entanto, considera-se que não foi nem tensa nem relaxante (M = 4,875), nem vazia nem completa (m= 4,875), nem dura nem suave (M = 4,875). Considerou-se ainda que a terceira sessão não provocou desconforto nos participantes (M = 5,125), à exceção de um participante que defendeu o contrário. Todavia, o mesmo participante considerou que a sessão foi boa, que se sentia feliz, satisfeito, animado e confortável. Como tal, não se conceitua que o eventual desconforto sentido se tenha constituído como negativo. Ainda relativamente ao participante em questão, este terá também referido que julga que a sessão foi difícil e dura, porém, superficial, o que aparenta ser contraditório e faz questionar a fidelidade das respostas em questão. Contudo, esta foi a sessão que apresentou o mais reduzido nível de facilidade (M = 4,875), o que revela alguma dureza nos exercícios e conteúdos abordados, uma vez que os participantes consideraram que a sessão não se terá revelado totalmente suave (M = 4,875).

Sessão 4

Relativamente à quarta sessão, 8 dos 10 participantes estiveram presentes, sendo que 2 faltaram.

De acordo com o SEQ, esta revelou-se boa (M = 6,000), fácil (M = 5,625), útil (M = 5,750), profunda (M = 5,625), relaxante (M = 5,375), prazerosa (M = 5,500) e suave (M = 5,250). Onde a presente sessão assumiu valores mais diminuídos foi no seu poder, tendo sido considerada, em média, poderosa (M = 5,000), com a exceção de um sujeito que a terá julgado como fraca. Além de fraca, o mesmo sujeito considerou a sessão como vazia, contrariamente aos restantes elementos do grupo que defendem a sessão como completa (M = 5,000). Todavia, o mesmo sujeito refere que a sessão foi boa, útil e profunda. Com base nos resultados, considerou-se ainda que a quarta sessão não provocou desconforto nos participantes (M = 5,625).

Sessão 5

Relativamente à quinta sessão, 8 dos 10 participantes estiveram presentes, como tal, foram registadas 2 faltas.

Relativamente à quinta sessão, esta foi acreditada como boa (M = 5,875), útil (M = 6,000), profunda (M = 5,500), poderosa (M = 5,750), prazerosa (M = 5,500), completa (M = 6,000) e especial (M = 6,000). Apesar do grupo, na generalidade, ter considerado a sessão como fácil (M = 5,500), relaxante (M = 5,250), suave (M = 5,500) e confortável (M = 5,625), um dos participantes defendeu o contrário, identificando que a quinta sessão foi difícil, tensa, dura e que despoletou desconforto. Tais resultados vão de encontro com a apreciação qualitativa da sessão, reconhecida através da observação, recordando que um dos participantes se emocionou na revisão de um dos exercícios, tendo solicitado um momento no exterior, como suprarreferido. O participante em questão encontrava-se fragilizado por conta de problemas pessoais, pelo que se apresentava particularmente sensível. Importante ressaltar que o mesmo sujeito considerou que a sessão foi boa, útil, poderosa e especial.

Sessão 6

Relativamente à sexta sessão, 9 dos 10 participantes estiveram presentes, como tal, foi registada apenas uma falta.

Segundo o SEQ, a última sessão foi conotada como boa (M = 6,111), útil (M = 6,000), profunda (M = 5,111), poderosa (M = 5, 111), relaxante (M = 5,333), prazerosa (M = 5,778) e especial (M = 5,000) fácil (M = 5,667). Contudo, apesar da generalidade do grupo ter atribuído a sexta sessão como fácil (M = 5,667), um participante considerou a mesma como difícil, todavia, não declarou que a mesma tenha sido nem desconfortável, nem dura, nem tão pouco desagradável. O mesmo participante, contrariamente ao restante grupo que considerou a sessão completa (M= 5,222), identificou a mesma como vazia, porém, não a tendo considerado como superficial nem comum. Deste modo, o domínio onde a presente sessão apresentou valores mais diminuídos foi a dureza, ainda que tenha apresentado valores positivos (M = 4,889) e que tenha sido considerado que a mesma não provocou desconforto nos participantes (M = 6,111).

Tabela 9 - Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ) para as 6 sessões. Nota: O SEQ é constituído por uma escala discreta em que a resposta a cada item pode variar de 1 a 7.

		Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão
		1	2	3	4	5	6
		M	M	M	M	M	M
A sessão foi...	Má/Boa	6,111 ± 1,364	6,444 ± 0,882	6,375 ± 1,060	6,000 ± 0,756	5,875 ± 1,126	6,111 ± 0,782
	Difícil/Fácil	5,111 ± 1,833	6,222 ± 0,833	4,875 ± 1,807	5,625 ± 0,916	5,500 ± 1,773	5,667 ± 1,323
	Inútil/Útil	5,667 ± 2,061	5,667 ± 2,061	5,250 ± 1,832	5,750 ± 1,035	6,000 ± 1,195	6,000 ± 1,118
	Superficial/Profunda	4,889 ± 2,088	4,889 ± 2,088	5,000 ± 1,690	5,625 ± 1,061	5,500 ± 1,195	5,111 ± 1,167
	Tensa/Relaxante	5,000 ± 1,802	5,222 ± 1,202	4,875 ± 1,553	5,375 ± 0,916	5,250 ± 1,488	5,333 ± 1,323
	Desagradável/Prazerosa	5,666 ± 1,581	6,000 ± 0,866	5,125 ± 1,959	5,500 ± 1,604	5,500 ± 1,195	5,778 ± 1,202

Sinto-me...	Vazia/Completa	5,888	6,111	4,875	5,000	6,000	5,222
		±	±	±	±	±	±
		1,269	0,782	1,959	1,604	0,926	1,394
	Fraca/Poderosa	5,555	5,888	5,000	5,000	5,750	5,111
		±	±	±	±	±	±
		1,509	1,054	1,927	1,773	1,165	1,167
	Comum/Especial	4,888	6,111	5,000	5,000	6,000	5,000
		±	±	±	±	±	±
		1,833	1,054	1,773	1,195	0,926	1,225
	Dura/Suave	4,555	5,555	4,875	5,250	5,500	4,889
		±	±	±	±	±	±
		1,943	1,589	2,031	1,035	1,690	1,900
	Desconfortável/Confortável	5,667	6,000	5,125	5,625	5,625	6,111
		±	±	±	±	±	±
		2,000	0,866	2,167	1,060	1,408	1,054
	Triste/Feliz	5,444	5,555	5,750	5,875	5,375	5,778
		±	±	±	±	±	±
		1,014	1,130	0,707	0,835	1,501	0,833
	Zangado/Satisfeito	5,778	6,000	5,875	6,125	5,875	6,111
		±	±	±	±	±	±
		1,481	1,000	0,641	0,641	1,246	0,928
	Parado/Ativo	4,667	5,889	5,500	6,125	4,625	5,333
		± 1,18	±	±	±	±	±
			1,054	1,069	1,126	1,847	1,118
	Incerto/Definido	4,888	5,222	5,375	5,625	5,625	5,778
		±	±	±	±	±	±
		0,928	1,394	0,744	1,302	1,188	0,833
	Calmo/Animado	3,555	5,111	5,250	5,125	4,750	4,667
	±	±	±	±	±	±	
	1,666	1,616	1,388	2,031	2,053	1,500	
Receoso/Confiante	4,555	6,000	5,500	6,000	5,750	6,000	
	±	±	±	±	±	±	
	1,589	1,225	0,756	0,756	1,488	0,866	
Hostil/Amigável	5,666	6,111	6,125	6,375	6,250	6,222	
	±	±	±	±	±	±	
	1,500	1,691	0,641	0,744	1,165	1,093	
Lento/Rápido	3,889	5,555	4,750	5,000	4,750	5,222	
	±	±	±	±	±	±	
	1,616	1,424	0,886	1,604	1,752	1,481	
Pacífico/Energético	3,666	5,333	5,125	4,750	4,500	5,111	
	±	±	±	±	±	±	
	1,936	1,225	1,727	1,669	2,390	1,616	
Quieto/Excitado	3,444	5,111	4,500	5,000	4,000	4,556	
	±	±	±	±	±	±	
	1,810	0,928	1,512	1,512	2,203	1,333	
Desconfortável/Confortável	5,667	5,222	5,875	5,375	5,625	5,889	
	±	±	±	±	±	±	
	2,000	1,712	0,991	1,922	1,685	1,364	

Como tal, segundo os resultados, a sessão considerada como a melhor foi a segunda, relativa à temática dos valores, e a menos “boa” a quinta, correspondente à sessão das técnicas de distanciamento de pensamentos, pelo que todas com valores bastante positivos. A sessão considerada mais fácil foi a também a segunda, relativa aos valores, e a mais difícil foi a terceira, correspondente à temática dos objetivos. As sessões consideradas mais úteis foram a quinta e a sexta, a sessão das técnicas de distanciamento de pensamentos e a da promoção de competências de grupo, respetivamente, pelo que a menos útil foi a terceira, relativa ao estabelecimento dos objetivos. A sessão declarada como mais profunda foi a quarta, onde foram abordados conceitos de atenção plena e ansiedade, sendo que as menos profundas foram a primeira, a sessão introdutória e a segunda, relativa aos valores. A sessão mais prazerosa foi a segunda, da temática dos valores, e a menos prazerosa foi a terceira, relativa aos objetivos. A sessão mais completa foi a segunda, com a temática dos valores, pelo que a menos completa foi a terceira, da atenção plena e ansiedade. A sessão considerada mais poderosa foi a segunda, relativa aos valores, porém, a menos poderosa foram a terceira e quarta sessão, com a temática dos objetivos e ansiedade e atenção plena, respetivamente. A sessão que foi identificada como mais especial foi a segunda, relativa aos valores, e a menos especial foi a primeira, a sessão introdutória. A sessão declarada como mais suave foi a quarta, da ansiedade e atenção plena, pelo que menos suave foi a primeira. Por fim, a sessão considerada como mais confortável foi a última, do estabelecimento das competências de grupo, e a menos confortável foi a terceira, do estabelecimento de objetivos.

Para verificação da **Hipótese 3**, isto é, se o significado atribuído pelos participantes a cada sessão, através da questão aberta, está em concordância com o objetivo definido para a mesma. Para tal, foi entregue aos participantes uma folha com a seguinte questão: “Poderia explicar, por palavras suas, o propósito das atividades realizadas nesta sessão, na sua perspetiva?”.

Quanto à primeira sessão, os objetivos da mesma foram a introdução dos principais conteúdos da ACT e a exposição, por parte dos participantes, dos eventuais problemas e desafios atuais das suas vidas. Relativamente às respostas obtidas, dois dos participantes responderam que o propósito da sessão foi “abordar que vamos trabalhar os pensamentos e emoções”, aprendendo estratégias para lidar com eles. Outros participantes declararam que serviu para “expor que iremos promover a aceitação e a

gestão dos pensamentos e desafios atuais”. “compreenderem-se melhor a nível psicológico” e declararam ainda que serviu para “descobrirem os seus medos”.

Relativamente à segunda sessão, esta apresenta como propósito o esclarecimento e estabelecimento de valores de vida, como tal, os participantes maioritariamente referiram que o objetivo da sessão foi refletir sobre definição de valores e quais os mais relevantes para cada um deles, realçar a “diferença entre objetivos e valores” e a relevância de uma vida presente nos valores, ao invés de objetivos. Um participante referiu que a sessão teve como propósito a exploração dos seus “pontos fortes”.

A respeito da terceira sessão, esta pretende o planeamento de objetivos baseados nos valores e o desenvolvimento do compromisso os participantes. Quanto às respostas dos participantes, estes referiram que a sessão teve como propósito, na sua perspetiva, fazê-los refletir “acerca do que realmente importa” para eles, acerca de “objetivos mensuráveis” que queiram alcançar, “ensinar de uma maneira realista a lidar com planos e a construção dos mesmos”, “aliar valores aos objetivos”, definição do conceito de objetivo e a exploração acerca dos pensamentos que devemos afastar e ações que devemos executar para alcançar os objetivos.

Quanto à quarta sessão, esta tem como intuito a aprendizagem de técnicas de alívio da ansiedade e a exploração do que é ansiedade e em que situações das suas vidas ela aparece, bem como as suas reações a ela. Em relação à questão aberta, os participantes referiram que a sessão teve como propósito, na sua perspetiva, a gestão da ansiedade, a realização da influência que a ansiedade e o desconforto podem ter no comportamento, “lidar com os nervos”, como “quebrar o ciclo da ansiedade”, exploração dos assuntos que causam desconforto e atividades que causam *stress*, a definição de “*stress* limpo e *stress* sujo” e “aliviar o efeito somático” do desconforto.

A respeito da quinta sessão, esta pretende que os participantes sejam capazes de se distanciar e desprender de pensamentos dolorosos e de autocomentários negativos, mais precisamente, que os participantes pratiquem a desfusão, conceito principal da ACT. Quanto às respostas obtidas, os participantes referiram que a sessão teve como propósito, na sua perspetiva, “distanciar dos pensamentos”, “mostrar estratégias para distanciar dos pensamentos” e explorar quais os seus “pensamentos inúteis”.

Relativamente à sexta e última sessão, esta consiste numa sessão de desenvolvimento de competências de grupo que convida todos os participantes a

interagirem uns com os outros, motivando a atenção plena ao seu redor, a criação de laços e sentimentos de identificação e empatia. No final da sessão foi realizando um resumo que reuniu todos os conceitos relevantes abordados ao longo das sessões. Quanto às respostas obtidas na questão aberta, os participantes referiram que a sessão teve como propósito, na sua perspectiva, levá-los a estarem atentos aos outros e “à vida”, “olhar com atenção e minúcia” ao seu redor, explorar os benefícios terapêuticos do grupo e resumir os tópicos das sessões anteriores.

3. Avaliação do observador não participativo

De modo a ser constituída uma apreciação qualitativa imparcial, existiu uma observadora não participante nas sessões. Tal observadora foi uma Estagiária Profissional do Centro e esteve presente ao logo da primeira, segunda, quarta, quinta e sexta sessão, não tendo sido possível a sua presença na terceira sessão. No final do programa foi solicitada a sua opinião num documento que foi constituído por diversas questões, relativas a cada sessão em específico e relativas ao programa na sua globalidade.

Relativamente à apreciação do programa de forma geral, a observadora considerou que os participantes compreenderam os objetivos da intervenção, bem como os conceitos abordados ao longo das sessões. Neste âmbito, considerou ainda que os participantes foram assíduos, que aderiram e se permitiram envolver nas sessões. Relativamente ao número de 10 integrantes do grupo, a observadora referiu que esta foi uma quantidade adequada à presente intervenção.

Em relação à primeira sessão, de forma particular, a observadora considerou que as atividades selecionadas foram adequadas para o tema da sessão e que foram indicadas para a população em causa. A observadora declarou ainda que considerou que nenhuma das atividades provocou qualquer tipo de desconforto nos participantes. Quanto à duração da sessão, esta afirmou que foi adequada e que a sessão não se revelou tensa nem tão pouco exigente. À questão se a observadora considera que os participantes tenham aderido e se envolvido nas atividades, esta considerou que aderiram bastante. No final foi solicitado à observadora que elaborasse um comentário sugestivo e que realizasse um parecer sobre algo que tivesse considerado relevante acerca da sessão, pelo que a mesma respondeu que considerou a demonstração realizada bastante interessante. A

demonstração em questão refere-se à “Metáfora da ACT em poucas palavras”, realizada no início da primeira sessão.

Quanto à segunda sessão, a observadora declarou que a seleção das atividades se adequou ao tema proposto, tendo estas também sido consideradas indicadas para a população com LCA, tendo se refletido na adesão e envolvimento positivos por parte dos participantes, segundo a observadora. A observadora declarou ainda que os participantes aderiram bastante à sessão e que não existiram atividades que provocassem desconforto. Quanto à duração da sessão, a observadora considerou adequada para os temas e atividades em causa, não declarando a sessão como densa ou exigente. Por fim, a observadora ressaltou a dinâmica do Octogésimo Aniversário como uma atividade deveras interessante, tendo identificado a ótima adesão dos participantes particularmente nesta dinâmica, e considerou o vídeo apresentado como útil para uma maior compreensão do tema da em causa.

Relativamente à quarta sessão, a observadora identificou que as atividades se revelaram adequadas face ao tema da sessão e de acordo com as dificuldades existentes no grupo. Considerou ainda que a sessão não foi densa nem exigente e que os exercícios não causaram desconforto. Como ressalva, a observadora destacou a boa qualidade da meditação selecionada.

A respeito da quinta sessão, a observadora considerou que as atividades selecionadas foram indicadas para o tema da sessão, para a população em causa e para o tempo disponível. Declarou ainda que as atividades não foram potenciadoras de momentos desconfortáveis e que os participantes demonstraram uma ótima adesão e interesse nos temas explanados. A observadora destacou a relevância das técnicas demonstradas que apresentaram como objetivo o distanciamento dos pensamentos.

Por fim, relativamente à sexta e última sessão, a observadora considerou que as atividades foram relevantes face ao tema e adequadas à população em questão. Declarou ainda que não existiram exercícios que criassem qualquer tipo de desconforto, constituindo-se esta sessão, num encontro sem demasiada exigência ou densidade. Quanto a destaques da observadora, esta ressaltou que a atividade de promoção de atenção plena ao redor e ao outro constituiu-se numa dinâmica deveras interessante, assim como toda a sessão, segundo a própria.

4. Observação da dinamizadora do programa

No que concerne ao programa na sua globalidade, na mesma ótica de apreciação qualitativa, existiu uma grande adesão à intervenção, por parte dos participantes. Na primeira, na segunda e na sexta sessão foi registada uma falta, e na terceira, quarta e quinta sessão foram registadas duas. A totalidade das faltas identificadas foram de clientes que, por motivos de consultas médicas ou doença, faltam durante todo o dia e a todas as atividades do Centro de Reabilitação, pelo que, não foram identificadas faltas exclusivas à intervenção em questão.

Quanto ao envolvimento direto nas sessões e nas atividades realizadas, o balanço foi bastante positivo. De facto, o grupo foi muito participativo, tanto nos momentos teóricos, de exposição de conceitos, como nos momentos práticos. No final da totalidade dos exercícios individuais propostos ao longo das sessões, foi sempre encorajado um momento de partilha de grupo, de quem se sentisse confortável à partilha. A globalidade dos integrantes aderiu à partilha em todos os exercícios, não tendo sido registado um exercício em que alguém não quis participar ou partilhar as suas respostas e reflexões.

Em relação às temáticas abordadas, alguns dos conceitos eram complexos, porém foram explanados de forma simples tendo em consideração as alterações dos participantes, o que permitiu o entendimento de todos, demonstrado pela recorrente participação de cada um. Relativamente aos termos específicos de Atenção Plena, o grupo em questão já possuía alguns conhecimentos, uma vez que o programa ACTiva-te foi aplicado quando o “Programa de Atenção Plena” do Centro terminou.

Em termos logísticos das sessões, os 10 participantes foram o limite do adequado, como tal, um número maior de integrantes num só grupo seria demasiado e seria um impedimento para os momentos de partilha no final de cada exercício, isto é, a duração da sessão não permitiria a participação da totalidade dos integrantes.

Quanto à introdução da presente intervenção no programa de Reabilitação Neuropsicológica da instituição aplicada, foi com grande facilidade que o programa ACTiva-te foi integrado nas atividades do Centro, sendo que o mesmo apenas é composto por uma sessão semanal de 90 minutos. Além da questão temporal, também existiu uma facilidade de integração relativa às temáticas, sendo que a instituição em causa se rege através de uma abordagem holística.

Relativamente à primeira sessão, as atividades planeadas relevaram-se adequadas tanto para a população em questão, como para o limite de tempo estabelecido. Quanto ao envolvimento, nesta sessão foi solicitado um voluntário para uma atividade a ser realizada em frente ao grupo e imensos integrantes se voluntariaram. Em relação à duração da sessão, esta foi adequada para as atividades planeadas, com margem para dúvidas e para a participação do grupo, o que permitiu que a sessão não fosse densa. A exigência do exercício proposto também foi adequada, revelando-se o exercício exequível para todos.

Quanto à segunda sessão, as atividades selecionadas demonstraram-se adequadas face à população em causa e face ao tema proposto, no entanto, a duração da sessão não foi suficiente para a realização das duas dinâmicas previstas, tendo sido priorizada uma delas. Relativamente ao exercício selecionado, o Octogésimo Aniversário, os participantes aderiram particularmente bem, referindo que lhes agradou bastante a atividade, levando-os a refletir acerca de temáticas que pouco se debruçam e pela dinâmica, em si, ser poderosa. Quanto à exigência do exercício, este foi exigente para os participantes que possuíam alterações de memória e/ou ao nível da escrita, uma vez que era solicitado que fechassem os olhos e imaginassem o discurso de três pessoas relevantes para si, no seu aniversário de 80 anos. Posteriormente à imaginação, era-lhes solicitado o registo numa folha previamente distribuída. Antes da aplicação da dinâmica, optou-se pela alteração da instrução para apenas imaginarem o discurso de duas pessoas, porém, na altura, antevendo as dificuldades dos participantes, solicitou-se apenas a imaginação de um discurso, tendo esta adaptação se revelado adequada.

A respeito da terceira sessão, as atividades selecionadas foram adequadas tanto ao nível da população em causa, como relativamente à duração da sessão. A adesão ao exercício planeado foi bastante positiva, tendo todo o grupo se esforçado na concretização e partilhado as suas respostas em grupo, de forma a ser criada uma conversa. Quanto aos temas explanados numa fase introdutória da sessão, o grupo demonstrou compreender os conceitos, tendo colocado questões e referindo exemplos do seu quotidiano.

Em relação à quarta sessão, os conceitos expostos e as dinâmicas executadas revelaram-se adequadas à duração da sessão. A adesão ao exercício planeado foi bastante positiva, tendo todo o grupo se esforçado na concretização e partilhado as suas respostas em grupo, de forma a ser criada uma conversa. No entanto, o exercício “Desconforto Limpo e Sujo”, apesar da simplificação realizada, demonstrou-se exigente para quem tem

dificuldades severas ao nível da escrita e, sobretudo, da compreensão, visto que aborda dois conceitos abstratos.

Em relação à quinta sessão, as atividades selecionadas revelaram-se úteis face à temática em questão, porém, numa etapa inicial da sessão foi verificado exercício que lhes foi proposto a realizarem durante a semana e o exercício em causa despoletou desconforto num dos participantes. O exercício foi a “Ficha Prática de Respiração Consciente” e o propósito era motivar os participantes a realizarem práticas de atenção plena, formais ou informais, durante a semana e a registarem o dia, a duração da prática, os pensamentos difíceis que surgiram e os benefícios ou dificuldades que apresentaram. Como tal, num momento reservado à revisão do exercício semanal, o participante em causa voluntariou-se para partilhar os seus registos, tendo-se emocionado e solicitado a sua ida ao exterior.

Relativamente à sexta sessão, a seleção das atividades demonstrou-se se relevante para a última sessão e indicada face ao tema em questão. Relativamente à duração da sessão, esta foi adequada para os exercícios planeados, exposição de conceitos propostos e revisão dos temas relevantes das sessões anteriores. Destaco a dinâmica realizada na presente sessão, uma vez que os participantes aderiram particularmente bem e, além de se terem demonstrado extremamente divertidos, compreenderam bastante bem o propósito da atividade, participando em todos os momentos.

5. Resultados adicionais

O propósito da presente intervenção é constituir-se como um complemento à reabilitação física e cognitiva e tratar aspetos psicológicos, como a aceitação da nova condição e identidade características de uma fase posterior à LCA, com o intuito de promover maiores progressos na reabilitação cognitiva e física. Deste modo, apesar de não ser este um estudo de eficácia, não havendo grupo de controlo, considerou-se relevante comparar os resultados da avaliação neuropsicológica prévia à intervenção com a avaliação pós intervenção. Portanto, ainda que não seja o objetivo da presente dissertação, a realização de um estudo de eficácia da intervenção como acréscimo num programa de RNP nos efeitos do programa em questão, é essencial. Portanto, para verificação das **Hipóteses 4, 5 e 6** e como forma de reforçar a mais-valia da integração

desta intervenção num programa de RNP, foi realizada uma comparação entre a avaliação neuropsicológica pré-intervenção e pós-intervenção.

No âmbito da verificação da **Hipótese 4**, foi realizada uma comparação pré-intervenção e pós-intervenção relativa aos resultados das provas MoCa, IFS e TMT (Parte A e B). Relativamente aos resultados obtidos no MoCA, os participantes aumentaram a sua performance, registando um *score* mínimo de 10 na pré-intervenção e um máximo de 28 (M = 21,444; DP = 6,287). Quanto ao *score* obtido no MoCA pós-intervenção, o mínimo registado foi de 14, sendo que o máximo correspondeu ao 29 (M = 23,500; DP = 5,338).

A respeito do IFS, foi registado um ligeiro progresso relativamente aos resultados obtidos na prova em questão no pós-intervenção, comparativamente ao momento pré-intervenção. O *score* mínimo registado na pré-intervenção foi de 10, enquanto o máximo foi de 26 (M = 20,214; DP = 2,081). Quanto ao resultado obtido no IFS pós-intervenção, o mínimo atingido foi de 10 e o máximo de 28 (M = 20,600; DP = 5,561).

Relativamente ao TMT Parte A, não foi registado um aumento de performance, sendo que a duração mais extensa obtida foi de 104 segundos e a mais curta de 27 segundos, no momento pré-intervenção (M = 60,500; DP = 26,049). Quanto aos valores registados pós-intervenção, o tempo mais longo apresentado foi de 106 segundos, e o mais curto foi 32 segundos (M = 63,250; DP = 26,714).

Em relação ao TMT Parte B, foi identificada uma melhoria nos resultados, pelo que, no momento pré-intervenção, a duração mais extensa obtida foi de 489 segundos e a mais curta foi de 74 segundos (M = 198,142; DP = 145,689). Quanto aos valores registados pós-intervenção, o tempo mais longo apresentado foi de 301 segundos e o mais reduzido de 46 segundos (M = 140,375; DP = 93,104).

Tabela 10- Estatística descritiva relativa às provas neuropsicológicas MoCA, IFS e TMT Parte A e Parte B, antes e depois da intervenção.

		n	M ± DP	Mínimo	Máximo
MoCA	Antes	9	21,444 ± 6,287	10	28
	Depois	10	23,500 ± 5,338	14	29

IFS	Antes		7	20,214 ± 5,081	10	26
	Depois		10	20,600 ± 5,561	10	28
TMT	ParteA	Antes	8	60,500 ± 26,049	27''	104''
		Depois	8	63,250 ± 26,714	32''	106''
	ParteB	Antes	8	198,142 ± 145,689	74''	489''
		Depois	8	140,375 ± 93,104	46''	301''

Com o intuito de comparar as medianas da população de onde foram extraídas as duas amostras emparelhadas, foi realizado um teste Wilcoxon, uma vez que se trata de um teste não paramétrico para amostras dependentes. Os resultados demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os momentos pré-intervenção e pós-intervenção no MoCA ($Z = -2,178$; $p = 0,016$) e no IFS ($Z = -2,201$; $p = 0,016$). Porém, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na prova TMT Parte A ($Z = -0,169$; $p = 0,469$) nem na Parte B ($Z = -0,943$; $p = 0,219$).

Deste modo, a hipótese 4 verifica-se para os testes MoCA e IFS, mas não para o TMT.

Tabela 11 - Teste não paramétrico para amostras emparelhadas (Teste Wilcoxon) de forma a comparar os resultados nas provas MoCA, IFS e TMT Parte A e Parte B antes e depois da intervenção.

		Z	P
MoCA		-2,178	0,016*
IFS		-2,201	0,016*
TMT	Parte A	-0,169	0,469
	Parte B	-0,943	0,219

* O valor é significativo ($p > 0.05$).

De modo a verificar a **Hipótese 5**, foi realizada uma comparação entre os *scores* obtidos na prova HADS, antes e depois do momento interventivo. Quanto aos resultados

relativos à sintomatologia ansiosa, foi registada uma diminuição dos valores pós-intervenção, comparativamente com o momento pré-interventivo. O valor mínimo de sintomatologia ansiosa, obtido pré-intervenção, foi de 2, pelo que o mais elevado foi de 16 (M = 7,500; DP = 4,270). No momento pós-interventivo, o valor mínimo registado foi de 3 e o mais elevado de 12 (M = 6,500; DP = 3,206). A respeito dos resultados relativos à sintomatologia depressiva, não foi registada uma diminuição da mesma, mas sim um aumento. O valor mínimo de sintomatologia depressiva, obtido pré-intervenção, foi de 4, pelo que o mais elevado foi de 10 (M = 6,375; DP = 2,387). Em relação ao momento pós-interventivo, o *score* mais baixo obtido foi de 3, sendo que o mais elevado foi de 13 (M = 6,600; DP = 3,134).

Tabela 12 - Estatística descritiva relativa à prova HADS, antes e depois da intervenção.

			n	M ± DP	Mínimo	Máximo
HADS	Ansiedade	Antes	8	7,500 ± 4,276	2	16
		Depois	10	6,500 ± 3,206	3	12
	Depressão	Antes	8	6,375 ± 2,387	4	10
		Depois	10	6,600 ± 3,134	3	13

Ainda relativamente à Hipótese 5, com o propósito de averiguar se tais diferenças são estatisticamente significativas, foi realizado um teste Wilcoxon, comparando as medianas entre os valores da HADS pré-intervenção e as medianas da HADS pós-intervenção. Quanto aos resultados, estes demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas relativos aos valores da sintomatologia ansiosa antes e depois da intervenção ($Z = -1,852$; $p = 0,043$). No entanto, o mesmo não se verificou para a sintomatologia depressiva, pelo que o aumento dos sintomas de depressão não foi considerado significativo entre os dois momentos de avaliação ($Z = -0,135$; $p = 0,500$).

Posto isto, a hipótese 5 não se verifica na sua íntegra, apenas relativamente à ansiedade e não à sintomatologia depressiva.

Tabela 13- Teste não paramétrico para amostras emparelhadas (Teste Wilcoxon) de forma a comparar os resultados da prova HADS antes e depois da intervenção.

		Z	P
HADS	Ansiedade	-1,852	0,043*
	Depressão	-0,135	0,500

* O valor é significativo ($p > 0.05$).

De modo a verificar a **Hipótese 6**, isto é, se a qualidade de vida percecionada pelos participantes, avaliada através do QOLIBRI, assumiu valores significativamente mais elevados, procedeu-se à comparação entre os *scores* obtidos na prova em questão nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção.

Relativamente ao domínio da Qualidade de Vida Geral, o valor mínimo registado no momento pré-interventivo foi 50 e o mais elevado 68,24 ($M=56,746$; $DP = 10,004$). Quanto ao valor mínimo alcançado pós-intervenção no presente domínio, este foi de 28,38, pelo que o mais elevado foi de 78,38 ($M = 57,194$; $DP = 16,842$).

Em relação ao domínio Cognitivo, o valor mínimo obtido pré-intervenção foi de 39, sendo que o máximo foi de 57,14 ($M = 48,713$; $DP = 9,138$). Quanto ao momento pós-interventivo, o *score* mais reduzido foi de 32,14 e o mais elevado de 71,43 ($M = 55,356$; $DP = 11,613$).

A respeito do domínio Self, o valor mínimo registado no momento prévio à intervenção foi de 43, pelo que o mais elevado foi de 82,14 ($M = 56,047$; $DP = 22,597$). Quanto aos resultados pós-intervenção, o *score* mais baixo obtido foi de 35,71 e o mais alto de 78,57 ($M = 60,268$; $DP = 16,022$).

Relativamente ao domínio das Atividade da Vida Diárias (AVD's), o valor mais baixo registado pré-intervenção foi de 54 e o mais alto de 61 ($M = 58,570$; $DP = 3,960$). No momento pós-interventivo, o valor mais reduzido verificado foi de 21,43, pelo que o mais elevado foi de 89,26 ($M = 60,264$; $DP = 20,505$).

Em relação ao domínio Social, o valor mínimo obtido pré-intervenção foi 42 e o mais elevado 83,33 ($M = 65,443$; $DP = 21,218$). Quanto ao momento pós-interventivo, o *score* mais reduzido foi de 16,67 e o máximo foi 87,50 ($M = 59,375$; $DP = 26,609$).

A respeito do domínio Emocional, o valor mínimo registado no momento prévio à intervenção foi 35, pelo que o mais elevado foi de 80 ($M = 55,000$; $DP = 20,000$).

Quanto aos resultados pós-intervenção, o *score* mais baixo obtido foi de 25 e o máximo de 80 (M = 53,125; DP = 21,867).

Relativamente ao domínio Físico, o valor mais baixo registado pré-intervenção foi de 50 e o mais alto de 75 (M = 58,333; DP = 14,434). No momento pós-interventivo, o valor mais reduzido verificado foi de 25, pelo que o mais elevado foi de 85 (M = 52,500; 22,039).

Tabela 14 - Estatística descritiva relativa aos resultados obtidos na prova QOLIBRI, antes e depois da intervenção.

		n	M ± DP	Mínimo	Máximo	
QOLIBRI	QdV geral	Antes	3	56,746 ± 10,004	50,00	68,24
		Depois	8	57,194 ± 16,842	28,38	78,38
	Cognitivo	Antes	3	48,713 ± 9,138	39,00	57,14
		Depois	8	55,356 ± 11,613	32,14	71,43
	Self	Antes	3	56,047 ± 22,597	43,00	82,14
		Depois	8	60,268 ± 16,022	35,71	78,57
	AVD's	Antes	3	58,570 ± 3,960	54,00	61,00
		Depois	8	60,264 ±20,505	21,43	89,26
	Social	Antes	3	65,443 ± 21,218	42,00	83,33
		Depois	8	59,375 ± 26,609	16,67	87,50
	Emocional	Antes	3	55,000 ± 20,000	35,00	80,00

	Depois	8	53,125 ± 21,867	25,00	80,00
Físico	Antes	3	58,333 ± 14,434	50,00	75,00
	Depois	8	52,500 ± 22,039	25,00	85,00

Após a análise individual de cada participante, foi identificado um sujeito com resultados bastante dispares, relativamente ao restante grupo, no QOLIBRI. Como tal, procedeu-se, de forma exploratória, à análise suprarrealizada, excluindo o participante em questão, uma vez que a mesma apenas foi submetida a presente prova pós-intervenção.

Relativamente ao domínio da Qualidade de Vida Geral, o valor mínimo registado no momento pré-interventivo foi 50 e o mais elevado 68,24 (M=56,746; DP = 10,004). Quanto ao valor mínimo alcançado pós-intervenção no presente domínio, este foi de 45,96, pelo que o mais elevado foi de 78,38 (M = 61,310; DP = 13,145).

Em relação ao domínio Cognitivo, o valor mínimo obtido pré-intervenção foi de 39, sendo que o máximo foi de 57,14 (M = 48,713; DP = 9,138). Quanto ao momento pós-interventivo, o *score* mais reduzido foi de 50 e o mais elevado de 71,43 (M = 58,673; DP = 7,395).

A respeito do domínio Self, o valor mínimo registado no momento prévio à intervenção foi de 43, pelo que o mais elevado foi de 82,14 (M = 56,047; DP = 22,597). Quanto aos resultados pós-intervenção, o *score* mais baixo obtido foi de 35,71 e o mais alto de 78,57 (M = 62,244; DP = 16,218).

Relativamente ao domínio das Atividade da Vida Diárias (AVD's), o valor mais baixo registado pré-intervenção foi de 54 e o mais alto de 61 (M = 58,570; DP = 3,960). No momento pós-interventivo, o valor mais reduzido verificado foi de 50, pelo que o mais elevado foi de 89,26 (M = 65,811; DP = 14,258).

Em relação ao domínio Social, o valor mínimo obtido pré-intervenção foi 42 e o mais elevado 83,33 (M = 65,443; DP = 21,218). Quanto ao momento pós-interventivo, o *score* mais reduzido foi de 25 e o máximo foi 87,50 (M = 65,476; DP = 21,878).

A respeito do domínio Emocional, o valor mínimo registado no momento prévio à intervenção foi 35, pelo que o mais elevado foi de 80 (M = 55,000; DP = 20,000). Quanto aos resultados pós-intervenção, o *score* mais baixo obtido foi de 25 e o máximo de 80 (M = 57,143; DP = 20,178).

Relativamente ao domínio Físico, o valor mais baixo registado pré-intervenção foi de 50 e o mais alto de 75 (M = 58,333; DP = 14,434). No momento pós-interventivo, o valor mais reduzido verificado foi de 35, pelo que o mais elevado foi de 85 (M = 56,429; DP = 20,558).

Tabela 15 - Estatística descritiva relativa aos resultados obtidos na prova QOLIBRI, antes e depois da intervenção, sem um dos participantes.

		n	M ± DP	Mínimo	Máximo	
QOLIBRI	QdV geral	Antes	3	56,746 ± 10,004	50,00	68,24
		Depois	7	61,310 ± 13,145	45,96	78,38
	Cognitivo	Antes	3	48,713 ± 9,138	39,00	57,14
		Depois	7	58,673 ± 7,395	50,00	71,43
	Self	Antes	3	56,047 ± 22,597	43,00	82,14
		Depois	7	62,244 ± 16,218	35,71	78,57
	AVD's	Antes	3	58,570 ± 3,960	54,00	61,00
		Depois	7	65,811 ± 14,258	50,00	89,26
	Social	Antes	3	65,443 ± 21,218	42,00	83,33
		Depois	7	65,476 ± 21,878	25,00	87,50
	Emocional	Antes	3	55,000 ± 20,000	35,00	80,00

	Depois	7	57,143 ± 20,178	25,00	80,00
Físico	Antes	3	58,333 ± 14,434	50,00	75,00
	Depois	7	56,429 ± 20,558	35,00	85,00

No que diz respeito ainda ao QOLIBRI, apenas três dos participantes realizaram a presente prova no momento prévio à intervenção. Como tal procedeu-se à análise dos resultados da prova em questão contabilizando apenas os mesmos três elementos.

Relativamente ao domínio da Qualidade de Vida Geral, o valor mínimo registado no momento pré-interventivo foi 50 e o mais elevado 68,24 (M= 56,746; DP = 10,004). Quanto ao valor mínimo alcançado pó-intervenção no presente domínio, este foi de 45,96, pelo que o mais elevado foi de 78,38 (M = 65,997; DP = 17,513).

Em relação ao domínio Cognitivo, o valor mínimo obtido pré-intervenção foi de 39, sendo que o máximo foi de 57,14 (M = 48,713; DP = 9,138). Quanto ao momento pós-interventivo, o *score* mais reduzido foi de 50 e o mais elevado de 71,43 (M = 61,907; DP = 10,912).

A respeito do domínio Self, o valor mínimo registado no momento prévio à intervenção foi de 43, pelo que o mais elevado foi de 82,14 (M = 56,047; DP = 22,597). Quanto aos resultados pós-intervenção, o *score* mais baixo obtido foi de 35,71 e o mais alto de 78,57 (M = 61,903; DP = 22,963).

Relativamente ao domínio das Atividade da Vida Diárias (AVD's), o valor mais baixo registado pré-intervenção foi de 54 e o mais alto de 61 (M = 58,570; DP = 3,960). No momento pós-interventivo, o valor mais reduzido verificado foi de 60,71, pelo que o mais elevado foi de 89,26 (M = 74,990; DP = 14,275).

Em relação ao domínio Social, o valor mínimo obtido pré-intervenção foi 42 e o mais elevado 83,33 (M = 65,443; DP = 21,218). Quanto ao momento pós-interventivo, o *score* mais reduzido foi de 62,50 e o máximo foi 83,33 (M = 73,610; DP = 10,484).

A respeito do domínio Emocional, o valor mínimo registado no momento prévio à intervenção foi 35, pelo que o mais elevado foi de 80 (M = 55,000; DP = 20,000).

Quanto aos resultados pós-intervenção, o *score* mais baixo obtido foi de 25 e o máximo de 80 (M = 60,000; DP = 30,414).

Relativamente ao domínio Físico, o valor mais baixo registado pré-intervenção foi de 50 e o mais alto de 75 (M = 58,333; DP = 14,434). No momento pós-interventivo, o valor mais reduzido verificado foi de 35, pelo que o mais elevado foi de 85 (M = 61,667; DP = 25,166).

Tabela 16 - Estatística descritiva relativa aos resultados obtidos na prova QOLIBRI, antes e depois da intervenção, para apenas os 3 participantes que responderam à prova antes da intervenção.

			n	M ± DP	Mínimo	Máximo
QOLIBRI	QdV geral	Antes	3	56,746 ± 10,004	50,00	68,24
		Depois	3	65,997 ± 17,513	45,96	78,38
	Cognitivo	Antes	3	48,713 ± 9,138	39,00	57,14
		Depois	3	61,907 ± 10,912	50,00	71,43
	Self	Antes	3	56,047 ± 22,597	43,00	82,14
		Depois	3	61,903 ± 22,963	35,71	78,57
	AVD's	Antes	3	58,570 ± 3,960	54,00	61,00
		Depois	3	74,990 ± 14,275	60,71	89,26
	Social	Antes	3	65,443 ± 21,218	42,00	83,33
		Depois	3	73,610 ± 10,484	62,50	83,33
	Emocional	Antes	3	55,000 ± 20,000	35,00	80,00

	Depois	3	60,000 ± 30,414	25,00	80,00
Físico	Antes	3	58,333 ± 14,434	50,00	75,00
	Depois	3	61,667 ± 25,166	35,00	85,00

Tendo em vista a comparação das medianas das diferenças entre os grupos, foi realizado o Teste Wilcoxon, uma vez que este é o teste alternativo não paramétrico ao teste t para duas amostras emparelhadas. Relativamente aos resultados, observou-se que os aumentos registados após a intervenção nos domínios Qualidade de Vida Geral ($Z=-1,069$; $p=0,250$), Cognitivo ($Z= -1,342$; $p= 0,250$), Self ($Z=0,000$; $p= 0,625$), Atividades de Vida Diária ($Z= -1,069$; $p= 0,250$), Social ($Z= -0,447$; $p = 0,500$) e Emocional ($Z= -0,535$; $p= 0,365$) não foram considerados estatisticamente significativos. Quanto à diminuição registada no domínio Físico, esta não foi significativa ($Z= -0,272$; $p= 0,500$).

De salientar que apenas três dos participantes possuíram a avaliação pré e pós intervenção da qualidade de vida medida através do QOLIBRI, sendo que os resultados apenas permitem afirmar que a Hipótese 6 não se confirma para os três participantes em questão.

Tabela 17 - Teste não paramétrico para amostras emparelhadas (Teste Wilcoxon) de forma a comparar os resultados da prova QOLIBRI antes e depois da intervenção. Nota: Os resultados da presente tabela apenas se referem aos 3 participantes que responderam à prova antes e depois da intervenção.

	Z	P
QdV geral	-1,069	0,250
Cognitivo	-1,342	0,250
Self	0,00	0,625
QOLIBRI		
AVD's	-1,069	0,250
Social	-0,447	0,500
Emocional	-0,535	0,375
Físico	-0,272	0,500

* O valor é significativo ($p > 0.05$).

V - Discussão

A presente investigação teve como propósito desenvolver um programa com fundamentação na ACT que pudesse ser integrado num programa de reabilitação neuropsicológica e analisá-lo, do ponto de vista da aceitabilidade, em sujeitos com LCA em situação de reabilitação neuropsicológica.

Como tal, o programa ACTiva-te foi desenvolvido para indivíduos com lesão cerebral adquirida, que se encontravam a frequentar um programa de reabilitação neuropsicológica, com o intuito de potencializar a aceitação daquilo que está fora do seu controlo pessoal e o compromisso em fomentar comportamentos que enriqueçam a sua qualidade de vida. Deste modo, a intervenção em questão foi conjecturada para ser integrada como complemento de um programa de reabilitação neuropsicológica, tendo por base a revisão atual da literatura que alerta para a relevância do aumento da atenção aos fatores psicológicos, nomeadamente para a aceitação da nova condição subjacente aos sujeitos com LCA que, segundo a bibliografia, pode influenciar negativamente os resultados da reabilitação (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022; Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane, Clark, Silove, 2010).

Tendo em vista a análise da aceitabilidade do programa, no final da aplicação do mesmo foi administrado aos participantes o Questionário de Avaliação Qualitativa do Programa baseado na *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA; Sekhon, Cartwright, Francis, 2017). O questionário em questão permitiu explorar diversas valências, tais como, a atitude afetiva, a coerência da intervenção, a eficácia percebida, a eventual carga ou fardo percebido, a ética, os custos de oportunidade e a autoeficácia.

No âmbito da atitude afetiva, conclui-se que a maioria dos participantes considera que após o programa possui mais estratégias para lidar com os pensamentos dolorosos (77,78%). Ainda no domínio da atitude afetiva, verificou-se que a grande maioria dos participantes se sente mais confiante após a intervenção (88,89%) e que cerca de metade do grupo considera encontrar-se mais perto de aceitar os seus problemas e desafios (55,56%).

A respeito da coerência da intervenção, verificou-se que mais de metade do grupo considera que é capaz de perceber e explicar quais os objetivos da presente intervenção (66,67%) e a grande maioria demonstrou crer ainda que compreende de que modo os exercícios realizados os podem ajudar nos seus problemas (88,89%). Ainda neste

domínio, com base nos resultados, pode-se concluir que a totalidade dos participantes considera ser capaz de transportar os conhecimentos adquiridos nas sessões para o quotidiano (100%).

Relativamente à eficácia percebida, conclui-se que a maioria dos elementos do grupo (88,89%) acredita que a intervenção os tenha ajudado e que a mesma tenha atingido os seus objetivos (88,89%), porém, apenas cerca de metade do grupo continuaria com certeza a intervenção, se assim fosse possível (55,56%).

Quanto à carga percebida, a maior parte dos participantes identificou que a intervenção não exigiu demasiado esforço (66,67%), porém um dos participantes referiu o contrário. No entanto, esse mesmo participante, numa outra questão referiu que não preferia ter estado noutra atividade durante o tempo da presente intervenção, como tal o esforço percebido não terá sido percebido como negativo. Assim como esse elemento, a maior parte do grupo não preferia ter estado noutra local (66,67%). Quanto aos dois participantes que referiram o contrário, ambos demonstraram interesse em continuar no programa caso fosse possível, identificando que o mesmo os terá ajudado. No domínio em questão, ainda é possível concluir que a maior parte dos participantes não considera que a intervenção tenha possuído tempo em demasia (88,89%).

A respeito da ética, mais de metade do grupo considerou que a intervenção não ultrapassou os seus valores pessoais (55,56%), pelo que um dos participantes referiu o contrário. No entanto, segundo os resultados, o mesmo participante não defende que o programa lhe tenha provocado desconforto. Todavia, relativamente ao desconforto, conclui-se que o programa não foi causador de desconforto (33,33%), porém também nem sempre terá provocado momentos de conforto, uma vez que a maioria do grupo referiu que não concordava nem discordava acerca do facto do mesmo ter se constituído num causador de desconforto (66,67%). Por fim, ainda relativo à ética, verifica-se que a totalidade da amostra considera que o programa ter-lhes-á sido corretamente explicado (100%).

No âmbito da exploração dos cursos de oportunidade, apenas uma minoria (22,22%) não defendeu ser útil a oferta de algum tipo de prémio pela participação na intervenção, todavia, a maioria do grupo acredita que não teria depositado um esforço acrescido se soubesse que lhes seria atribuído um prémio (88,89%), garantindo que as melhorias que observam em si são uma recompensa suficiente para a sua participação (88,89%).

Relativamente à autoeficácia, a maioria do grupo considera que possuiu as capacidades necessárias para a intervenção (77,78%), identificando confiança naquilo que realizaram (77,78%), todavia, metade deles consideram que se possuísem outras características poderiam ter alcançado um melhor desempenho (44,45%).

Quanto ao mais útil identificado no programa para os participantes, destaca-se a temática dos valores e a conseqüente reflexão, as estratégias para lidar com o desconforto e ansiedade, o incentivo ao observarmo-nos como um todo, a devolução de estratégias para distanciar dos pensamentos e a promoção de atenção plena ao nosso redor e ao outro.

Como tal, é possível concluir-se que o programa ACTiva-te, na sua globalidade, apresenta um potencial de alcance dos objetivos a que se propõe e que possui atributos que levam os clientes a se sentirem apoiados durante a sua reabilitação neuropsicológica.

Conclui-se ainda que este dispõe de características que capacitam e que oferecem estratégias úteis para lidar com pensamentos dolorosos, tornando os sujeitos mais confiantes. Além destas valências, o programa revelou abordar temáticas e estratégias de grande facilidade de transferência para o quotidiano dos sujeitos com LCA e que, as melhorias provocadas nos sujeitos, constituem, por si só, uma recompensa suficiente para a sua participação na intervenção.

Relativamente à promoção da aceitação dos desafios e da nova condição, um dos principais objetivos do presente programa, identifica-se que foi alcançado apenas parcialmente, sendo que apenas metade do grupo reconheceu encontrar-se mais perto da aceitação. Todavia, considera-se que esta é uma temática com um grau de complexidade elevado, pelo que apenas 6 sessões poderão não ser suficientes para o alcance máximo do objetivo em questão. Tal conclusão, vai de encontro com os comentários sugestivos colocados pelos participantes, isto é, foi sugerida uma maior duração do programa e mais tempo em cada sessão. Foi ainda referido que a questão dos valores deveria ser ainda mais explorada e com maior recurso a dinâmicas e exemplos práticos. Além destas sugestões, foi colocado por um participante que poderia benéfico se existisse um maior aconselhamento e intervenção individual. De facto, cada uma destas propostas envolve um limite mais extenso de programa e/ou de sessão.

Quanto à sugestão relativa ao aconselhamento e intervenção individual, compreende-se que esta surja no âmbito da possibilidade de o programa despoletar desconforto, ainda que nenhum dos participantes o tenha identificado. De facto, a maioria do grupo assumiu

uma resposta neutra face ao desconforto do programa, tendo apenas duas pessoas identificado que o mesmo não foi desconfortável. Todavia, este não se trata de um programa psicoterapêutico, mas sim apenas de um momento estruturado de reflexão integrado num programa de reabilitação neuropsicológica, com o propósito de promover a aceitação da nova condição e o desenvolvimento de compromisso.

Em suma, segundo os resultados obtidos através do *Theoretical Framework of Acceptability*, foi possível confirmar-se a Hipótese 1.

Relativamente à análise de cada sessão em particular, através dos resultados compreende-se que os participantes se demonstraram satisfeitos com a globalidade das sessões, pelo que se destaca a segunda sessão, onde foi abordada a temática dos valores, bem como o seu esclarecimento e estabelecimento. No entanto, a terceira sessão constituiu-se como a menos valorizada, tendo provocado menor conforto e se apresentado como a menos completa, menos prazerosa, menos relaxante e menos fácil. Como tal, sugere-se a revisão da mesma e a consequente alteração da sua estrutura, nomeadamente a substituição do exercício aplicado por outro mais simples e com maior praticidade e dinamismo.

Contudo, é importante ressaltar que cada item foi avaliado como positivo na totalidade das sessões, concluindo-se que a Hipótese 2 foi verificada.

Relativamente ao significado atribuído pelos participantes a cada sessão, através da questão aberta, segundo os resultados, compreende-se que o grupo apresentou um entendimento global das sessões, demonstrando-se capazes de descrever os objetivos das mesmas de acordo com o seu vocabulário. Como tal, a totalidade do grupo encontrou-se em concordância com o objetivo definido para cada sessão, tendo-se verificado a Hipótese 3. Portanto, é possível afirmar que o programa possui características que permitem um grau de entendimento positivo dos seus conceitos e propósitos, à população com lesão cerebral adquirida.

Em suma, tendo por base os resultados obtidos nos questionários de avaliação das sessões, nas questões abertas, no questionário de avaliação qualitativa do programa e na apreciação qualitativa imparcial do observador não participativo, é possível inferir-se que a intervenção baseada na ACT apresenta potencial para se constituir como um complemento benéfico a um programa de reabilitação neuropsicológica, como demonstram os estudos existentes que apresentaram o mesmo propósito (Whiting et al.,

2019; Sander et al., 2021; Majumdar & Morris, 2018). Conclui-se também que a intervenção apresenta potencial de resposta à necessidade identificada na literatura atual relativa à relevância do aumento da atenção aos fatores psicológicos, nomeadamente para a aceitação da nova condição subjacente aos sujeitos com LCA que, pode influenciar negativamente os resultados da reabilitação (Medeiros, Guerreiro & Silva Nunes, 2022; Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane, Clark, Silove, 2010).

Relativamente aos resultados adicionais, isto é, à avaliação neuropsicológica realizada pré-intervenção e pós-intervenção, verificou-se que os participantes progrediram significativamente ao nível do funcionamento cognitivo global e das funções executivas. Todavia, não foram compreendidas evoluções estatisticamente significativas ao nível da atenção, velocidade de processamento e capacidades visuo-motoras, nem ao nível da memória de trabalho e da flexibilidade cognitiva. Tais resultados vão de encontro com a bibliografia existente, uma vez que diversos estudos revelam que a aprendizagem e memória, atenção, velocidade de processamento, funções complexas da linguagem e capacidades visuoespaciais parecem recuperar mais lentamente, relativamente a outras funções (Marsh, Ludbrook & Gaffaney, 2016; Brooks & Aughton, 1979; Dikmen, Machamer, Temkin, McLean, 1990; Kersel, Marsh, Havill, Sleight, 2001; Zwaagstra, Schmidt & Vanier, 1996; Zomeren & Brouwer, 1994).

Em relação à estabilidade emocional, verificou-se que a sintomatologia ansiosa do grupo diminuiu significativamente após a intervenção, porém o mesmo não se constatou para a sintomatologia depressiva. De facto, pode ser interessante explorar a necessidade de um acompanhamento psicológico individualizado para esta população, que atente na sintomatologia mais depressiva.

De facto, não é possível inferir-se que a intervenção ACTiva-te tenha estado na origem dos progressos e melhorias observadas, significativas ou não, tanto cognitivos como emocionais, uma vez que os participantes usufruíram de diversas atividades inerentes à reabilitação neuropsicológica na qual estavam inseridos. Contudo, sabe-se que os participantes identificaram que tal intervenção foi considerada como algo os tenha ajudado de forma geral, devolvido estratégias úteis para lidar com pensamentos intrusivos e declararam-se como capazes de transferir esses conhecimentos para fora das sessões.

Limitações do estudo

Decerto, no presente estudo foram detetadas diversas limitações que, de alguma forma, poderão ter impactado os resultados, ressalvando que este se constituiu apenas como um estudo de aceitabilidade.

A primeira limitação identificada foi a reduzida amostra, composta por apenas 10 participantes. O limitado número de participantes foi determinado pela quantidade total de indivíduos inscritos no programa de reabilitação da instituição eleita, constituindo-se este como o grupo disponível para a análise, dentro do limite de tempo disponível. Desta forma, é importante reconhecer que os resultados obtidos poderão não ser generalizáveis para uma população mais ampla de lesão cerebral adquirida.

Além da questão apresentada, em todas as sessões foi registada pelo menos uma falta, pelo que nunca foi possível obter a perspetiva dos 10 participantes relativamente a uma sessão, tendo esta situação se constituído como uma limitação. O facto da assiduidade se ter concebido como um fator limitante, poderá ter influenciado os resultados da avaliação final do programa, tendo em conta que apenas 9 dos 10 participantes tiveram a oportunidade de avaliar a intervenção na globalidade. Adicionalmente, existiram participantes que preencheram o questionário de avaliação final do programa e que registaram pelo menos uma falta, ao longo das sessões, não possuindo assim uma perspetiva do programa na sua integra.

Embora não sendo o objetivo principal do estudo, uma outra limitação esteve relacionada com as avaliações neuropsicológicas realizadas pré e pós a intervenção. De forma a alcançar uma análise pré-interventiva foram utilizadas as avaliações que já haviam sido realizadas pelo Centro eleito, no âmbito do ingresso do grupo ao programa de reabilitação neuropsicológica. Tal facto levou a que as provas realizadas depois da intervenção não correspondessem exatamente à avaliação prévia. A principal dificuldade originada na sequência desta situação foi que diversos participantes não tiveram termo de comparação sobretudo nas provas HADS e, particularmente, no QOLIBRI.

O facto do programa de reabilitação neuropsicológica onde os participantes estavam inseridos se constituir como um programa de abordagem holística, revelou-se noutra limitação. Face a esta situação, torna-se impossível inferir que qualquer alteração identificada nos participantes pós intervenção tenha tido origem na intervenção, sendo que o grupo beneficiou de diversas terapias e atividades nos mais variados domínios.

Uma outra limitação foi o facto dos questionários aplicados para avaliação da ansiedade e depressão se apresentarem como autorrelato. Esta característica pode acarretar variadas situações, tais como, numa fase de avaliação inicial prévia à introdução no programa de reabilitação neuropsicológica, existe a possibilidade de os sujeitos ainda não possuírem a consciência adequada de si mesmos, ou da sua situação, dificultando o reconhecimento dos seus sintomas e limitações associadas (Lezak, 2012). Além do mais, nesta fase tão precoce, torna-se impossível o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o profissional e o cliente, podendo isto ter impactos na veracidade das respostas às questões, uma vez que os sujeitos em questão poderão ainda não possuir o à-vontade necessário para tal, enquanto no período pós-intervenção e reabilitação o mesmo não se verifica.

O facto da avaliação do programa e das sessões em específico também ter sido realizada através de questionários de autorrelato, constitui-se como outra limitação. Decerto, não existiria outra possibilidade de obter as perspetivas dos participantes, ainda assim, é necessário ter em conta as desvantagens presentes neste método. Efetivamente, os sujeitos podem não ler devidamente cada questão ou cometer um lapso na seleção da resposta múltipla. Neste tipo de instrumentos torna-se inviável controlar a desonestidade, a falta de respostas conscientes e as diferenças de interpretações. Contudo, existiram tentativas de controlo de tais variáveis, recorrendo a questões de resposta aberta. Porém, as questões de resposta aberta também se constituíram numa limitação, devido ao facto de os participantes possuírem diferentes níveis de vocabulário e de competências de escrita. Por vezes, na análise das respostas surgiram algumas dificuldades de compreensão de certas ideias, expressões e caligrafias.

Por fim, a última limitação identificada vai de encontro com a sugestão dos participantes da necessidade de maior duração em cada sessão e/ou no programa, na generalidade. Efetivamente, identificou-se que as administrações dos questionários, no final de cada sessão, acabaram por limitar o tempo existente, particularmente na última sessão em que foram entregues o questionário de avaliação da sessão e o questionário de avaliação do programa na globalidade.

Sugestões futuras

Relativamente a sugestões futuras, conjeturam-se diversas indicações e recomendações, tais como a necessidade do mesmo estudo com uma amostra mais ampla para que seja fornecida uma visão mais abrangente sobre a intervenção em questão.

Finalmente, de modo a dar continuidade à presente investigação, contacta-se a indispensabilidade de um estudo que analise a eficácia do programa ACTiva-te como complemento de um programa de reabilitação neuropsicológica.

VI - Conclusão

O atual estudo apresentou como propósito o desenvolvimento de um programa com fundamentação na Terapia de Aceitação e Compromisso que pudesse ser integrado num programa de reabilitação neuropsicológica e a sua consequente análise, do ponto de vista da aceitabilidade, em sujeitos com LCA em situação de reabilitação neuropsicológica.

Com base nos resultados obtidos, é possível concluir-se que o programa ACTiva-te apresenta um potencial de alcance dos objetivos a que se propõe e possui atributos que levam os clientes a se sentirem apoiados durante a sua reabilitação neuropsicológica. É, ainda, possível afirmar-se que o mesmo dispõe de características que capacitam e que oferecem estratégias úteis para lidar com pensamentos dolorosos, tornando os sujeitos mais confiantes. Por fim, o programa revelou ser bem aceite no contexto de reabilitação neuropsicológica.

VIII- Referências Bibliográficas

- Aboulafia-Brakha, T., Greber Buschbeck, C., Rochat, L., & Annoni, J. M. (2013). Feasibility and initial efficacy of a cognitive-behavioural group programme for managing anger and aggressiveness after traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation, 23*(2), 216-233.
- Abreu Afonso, J., & Leal, I. P. (2009). Escala de motivação: adaptação e validação da motivation scale (MS) de Rempel, Holmes & Zanna. *Psicologia, Saúde e Doenças, 10*(2), 249-266.
- Adamson, J., Beswick, A., & Ebrahim, S. (2004). Is stroke the most common cause of disability? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: the Official Journal of National Stroke Association, 13*(4), 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2004.06.003>
- Agrela, N. V. S. (2020). Comunicação após traumatismo crânio-encefálico: eficácia de um programa de reabilitação.
- Alderman, N., & Wood, R. L. (2013). Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *NeuroRehabilitation, 32*(4), 761–770
- Alessandri, G., Vecchione, M., Eisenberg, N., & Łaguna, M. (2015). On the factor structure of the Rosenberg (1965) general self-esteem scale. *Psychological assessment, 27*(2), 621.
- Andrewes HE, Walker V, O'Neill B. (2014) Exploring the use of positive psychology interventions in brain injury survivors with challenging behaviour. *Brain Injury. 28*:965–971.
- Angelelli, P., Paolucci, S., Bivona, U., Piccardi, L., Ciurli, P., Cantagallo, A., Pizzamiglio, L. (2004). Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: A cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(1), 55–63. Doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00297.x
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy, 44*(12), 1849-1858.

- Arnould A, Rochat L, Azouvi P, Van Der Linden M. (2013) A multidimensional approach to apathy after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rev.* 23:210–33. Doi: 10.1007/s11065-013-9236-3
- Arundine, A., Bradbury, C. L., Dupuis, K., Dawson, D. R., Ruttan, L. A., & Green, R. E. (2012). Cognitive behavior therapy after acquired brain injury: maintenance of therapeutic benefits at 6 months posttreatment. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 27(2), 104-112.
- Ayerbe, L., Ayis, S. A., Crichton, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2014). Natural history, predictors and associated outcomes of anxiety up to 10 years after stroke: The South London Stroke Register. *Age and Ageing*, 43, 542–547. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft208>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 202 (1), 14–21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664>
- Barrett, K., O'Connor, M., & McHugh, L. (2019). A systematic review of values-based psychometric tools within acceptance and commitment therapy (ACT). *The Psychological Record*, 69, 457-485.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*.
- Bendall, S., Killackey, E., Jackson, H., & Gleeson, J. (2003). *Befriending manual*. Melbourne: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne.
- Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute neuropsychological rehabilitation. In *International handbook of neuropsychological rehabilitation* (pp. 127-135). Springer, Boston.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 243-255.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & 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.

- Bradbury, C. L., Christensen, B. K., Lau, M. A., Ruttan, L. A., Arundine, A. L., & Green, R. E. (2008). The efficacy of cognitive behavior therapy in the treatment of emotional distress after acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*(12), S61-S68.
- Braun, L. T., Grady, K. L., Kutner, J. S., Adler, E., Berlinger, N., Boss, R., ... & Roach Jr, W. H. (2016). Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation, 134*(11), e198-e225.
- Brooks DN, Campsie L, Symington C, Beattie A, McKinlay W. (1986) The 5-year outcome of severe blunt head injury: a relative's view. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 49:764–70. Doi: 10.1136/jnnp.49.7.764
- Brooks, D. N., & Aughton, M. E. (1979). Cognitive recovery during the first year after severe head injury. *International Rehabilitation Medicine, 1*(4), 166-172.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry, 167*(3), 312–320. Doi:10.1176/appi.ajp. 2009.09050617
- Caldeira, M. J. V. (2011). Adaptação e validação do INECO Frontal Screening.
- Christensen, J., Pedersen, M. G., Pedersen, C. B., Sidenius, P., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2009). Long-term risk of epilepsy after traumatic brain injury in children and young adults: a population-based cohort study. *The Lancet, 373*(9669), 1105-1110.
- Ciurli, P., Formisano, R., Bivona, U., Cantagallo, A., & Angelelli, P. (2011). Neuropsychiatric disorders in persons with severe traumatic brain injury: Prevalence, phenomenology, and relationship with demographic, clinical, and functional features. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 26*(2), 116–126. Doi:10.1097/HTR.0b013e3181dedd0e
- Coetzer, R., Daisley, A., Newby, G., & Weatherhead, S. (Eds.). (2018). *Practical neuropsychological rehabilitation in acquired brain injury: A guide for working clinicians*. Routledge.

- Cooper-Evans S, Alderman N, Knight C, Oddy M. (2008) Self-esteem as a predictor of psychological distress after severe acquired brain injury: An exploratory study. *Neuropsychological Rehabilitation* 18:607–626.
- Curvis, W., & Methley, A. (1^a Ed.). (2021). *Acceptance and Commitment Therapy and Brain Injury: A Practical Guide for Clinicians*. Routledge.
- Dikmen, S., Machamer, J., Temkin, N., & McLean, A. (1990). Neuropsychological recovery in patients with moderate to severe head injury: 2 year follow-up. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12(4), 507-519.
- Fernandes, C. R. J. (2012). *Validação da versão portuguesa da Escala de Valores numa amostra de estudantes universitários* (Doctoral dissertation).
- Feros, D., Lane, L., Ciarrochi, J. & Blackledge, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *PsychoOncology*, 22(2), 459-464.
- Fitts WH, Warren WL. (1992) Tennessee Self-Concept scale, TCSC: 2. 2nd ed. Manual. Los Angeles, CA, USA: Western Psychological Services.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 345-357.
- Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness as Clinical Training*.
- Gallagher, M., McLeod, H. J., & McMillan, T. M. (2019). A systematic review of recommended modifications of CBT for people with cognitive impairments following brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(1), 1-21.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behavior Research & Therapy*, 44(3), 415–437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>.

- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689–705. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80015-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80015-7).
- Gillen, R., Tennen, H., McKee, T. E., & Gernert-Dott, P. (2001). Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(1), 1645–1649. <https://doi.org/10.1053/apmr.2001.26249>
- Godwin, K. M., Ostwald, S. K., Cron, S. G., & Wasserman, J. (2013). Long-term health related quality of life of survivors of stroke and their spousal caregivers. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 45(3), 147–154. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e31828a410b>
- Grant, D. A., & Berg, E. A. (1993). Wisconsin card sorting test. *Journal of Experimental Psychology*.
- Greenwald, B. D., Burnett, D. M., & Miller, M. A. (2003). Congenital and acquired brain injury. 1. Brain injury: epidemiology and pathophysiology. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(3 Suppl 1), S3-7.
- Guerreiro, S., Almeida, I., Martins-Rocha, B., Dores, A. R., Vicente, S., Castro-Caldas, A., & Barbosa, F. (2012). QOLIBRI: uma medida específica de avaliação da qualidade de vida após lesão cerebral adquirida. In *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde*.
- Guiomar, R., Trindade, I. A., Carvalho, S. A., Menezes, P., Patrão, B., Nogueira, M. R., & Castilho, P. (2022). Usability Study of the iACTwithPain Platform: An Online Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Based Intervention for Chronic Pain. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12357>
- Han, D. Y. (2016). *Acquired Brain Injury: Clinical Essentials for Neurotrauma and Rehabilitation Professionals*. Springer Publishing Company.

- Hann, K. & McCracken, L. (2014). A systematic review of 84nvestigaç controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: outcome domains, design quality and efficacy. *Journal of Contextual Behavioural Science*, 3(4), 217-227.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: A quick-start guide to ACT basics and beyond*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hatcher, B. J., Durham, J. D., & Richey, M. (1985). Overcoming stroke-related depression. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(11), 34-39.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), 255.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665
- Hibbard, M. R., Gordon, W. A., Stein, P. N., Grober, S., & Sliwinski, M. (1992). Awareness of disability in patients following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 37(2), 103.
- Hibbard, M. R., Uysal, S., Kepler, K., Bogdany, J., & Silver, J. (1998). Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(4), 24–39.
- Ian I. Kneebone & Fiona W. Jeffries (2013) Treating anxiety after stroke using cognitive-behaviour therapy: Two cases, *Neuropsychological Rehabilitation*, 23:6, 798-810, DOI: 10.1080/09602011.2013.820135
- Jain, S., & Iverson, L. M. (2018). Glasgow coma scale.

- Kangas, M., & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological rehabilitation, 21*(2), 250-276.
- Keppel CC, Crowe SF. (2000) Changes in body image and self-esteem following stroke in young adults. *Neuropsychological Rehabilitation 10*:15–31.
- Kersel, D. A., Marsh, N. V., Havill, J. H., & Sleigh, J. W. (2001). Neuropsychological functioning during the year following severe traumatic brain injury. *Brain injury, 15*(4), 283-296.
- Kneebone, I. I. (2016). A framework to support cognitive behavior therapy for emotional disorder after stroke. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*(1), 99-109.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Walker, W., Sander, A., Sherer, M., Bogner, J. & Bushnik, T. (2003). Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation, 18*(2), 128-138.
- Lerdal, A., Bakken, L. N., Rasmussen, E. F., Beiermann, C., Ryen, S., Pynten, S., ... Kim, H. S. (2011). Physical impairment, depressive symptoms and pre-stroke fatigue are related to fatigue in the acute phase after stroke. *Disability and Rehabilitation, 33*(4), 334–342. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.490867>
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*(4), 747–766. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80018-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80018-2).
- Lincoln, N. B., & Flannaghan, T. (2003). Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: a randomized controlled trial. *Stroke, 34*(1), 111-115.
- Lincoln, N. B., Flannaghan, T., Sutcliffe, L., & Rother, L. (1997). Evaluation of cognitive behavioural treatment for depression after stroke: a pilot study. *Clinical Rehabilitation, 11*(2), 114-122.
- Lincoln, N., & Flannaghan, T. (2003). Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: A randomized controlled trial. *Stroke, 34*(1), 111–115. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000044167.44670.55>

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- MacDonald GA, Kayes NM, Bright F. (2012) Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature. *New Zeal J Physiotherapy*. 41: 112–121.
- Majumdar, S. & Morris R. (2018). The efficacy of an ACT-based group for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology*. Jul 12. Doi: 10.1111/bjc.1219
- Majumdar, S., & Morris, R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 70-90.
- Marin RS, Wilkosz PA. (2005) Disorders of diminished motivation. *J Head Trauma Rehabil*. 20:377–88. Doi: 10.1097/00001199-200507000-00009
- Marin, R. S. (1991). Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3(3), 243–254. Doi:10.1176/jnp.3.3.243
- Marsh, N. V., Ludbrook, M. R., & Gaffaney, L. C. (2016). Cognitive functioning following traumatic brain injury: A five-year follow-up. *NeuroRehabilitation*, 38(1), 71-78.
- Martins, A. I., Rosa, A. F., Queirós, A., Silva, A., & Rocha, N. P. (2015). European Portuguese validation of the system usability scale (SUS). *Procedia computer science*, 67, 293-300.
- Masicampo, E. J., & Baumeister, R. F. (2007). Relating mindfulness and self-regulatory processes. *Psychological Inquiry*, 18(4), 255-258.
- Medeiros, C., Guerreiro, S., & Nunes, M. V. (2022). Ansiedade e Depressão em Vítimas de LCA: Fatores Associados. *Revista Neurociências*, 30, 1-29.
- Monteiro, É. P., Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S. D., & Ronzani, T. M. (2015). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e estigma: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 25-31.

- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Neto, M. J. O., & Galhardo, A. O. (2020). *Estudo da estrutura fatorial e propriedades psicométricas da versão portuguesa do Acceptance and Action Questionnaire—University Students (AAQ-US)* (Master's thesis, ISMT).
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Antunes, J. L. (2012) Traumatismo cãnio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 179-192.
- Plant, S. E., Tyson, S. F., Kirk, S., & Parsons, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goalsetting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*, 30(9), 921–930. <https://doi.org/10.1177/0269215516655856>
- Rasquin, S. M. C., Van De Sande, P., Praamstra, A. J., & Van Heugten, C. M. (2009). Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: five single case studies on effects and feasibility. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(2), 208-222.
- Rempel, J. K., Holmes, J. G., & Zanna, M. P. (1985). Trust in close relationships. *Journal of personality and social psychology*, 49(1), 95.
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. (Les problèmes.). *Archives de psychologie*.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond.
- Royal College of Physicians. (2016). National clinical guideline for stroke: Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party. London, UK: Royal College of Physicians, Clinical Effectiveness and Evaluation Unit on behalf of the Intercollegiate Stroke Working Party.
- Rutland-Brown W., Langlois J.A., Thomas K.E., Xi Y.L. Incidence of traumatic brain injury in the United States. 2003. *J Head Trauma Rehabil* 2006;21(6):544-548

- Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., & Walser, R. (2021). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation, 31*(7), 1105-1129.
- Santos, M. E., De Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Med Port, 16*(2), 71-76.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática, 2, 2003, p. 253-268.*
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica, 41*, 193-204.
- Simpson, G. K., Sabaz, M., & Daher, M. (2013). Prevalence, clinical features, and correlates of inappropriate sexual behavior after traumatic brain injury: A multicenter study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 28*(3), 202–210
- Snaith, R. P., Ahmed, S. N., Mehta, S., & Hamilton, M. (1971). Assessment of the severity of primary depressive illness: Wakefield self-assessment depression inventory. *Psychological Medicine, 1*(2), 143-149.
- Stalder-Lüthy, F., Messerli-Bürgy, N., Hofer, H., Frischknecht, E., Znoj, H., & Barth, J. (2013). Effect of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 94*(7), 1386-1397.
- Stiles, W. B. (2002). Session evaluation questionnaire: Structure and use. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 10-12.
- Stroke Association. (2013). Feeling overwhelmed: The emotional impact of stroke. London, UK: Author
- Stroke Association. (2016). State of the nation: Stroke statistics January 2016. London, UK: Author
- Taylor, E. M. (1959). Psychological appraisal of children with cerebral defects. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Teasdale, G., Jennett, B., Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Glasgow Coma Scale (GCS). Retrieved October, 2(7872), 81-84.
- Teasell, R., Bayona, N., Marshall, S., Cullen, N., Bayley, M., Chundamala, J., Waiser, M., Aubut, J., Foley, N., Jutai, J., & Tu, L. (2007). A systematic review of the rehabilitation of moderate to severe acquired brain injuries. *Brain Injury*, 21(2), 107-112.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia—CORRECTED VERSION. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 777-786.
- Toulouse, E., Vaschide, N., & Piéron, H. (1904). *Technique de Psychologie Expérimentale* [Technic of Experimental Psychology].
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Uomoto J, Esselman P. (1995) Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. *Am J Psychiat*. 152:1493–1499.
- Vaishnavi, S., Rao, V., & Fann, J. R. (2009). Neuropsychiatric problems after traumatic brain injury: Unraveling the silent epidemic. *Psychosomatics*, 50(3), 198–205. Doi:10.1176/appi.psy.50.3.198
- van Eeden, M., van Mastrigt, G. A. P. G., Evers, S. M. A. A., van Raak, E. P. M., Driessen, G. A. M., & van Heugten, C. M. (2016). The economic impact of mental healthcare consumption before and after stroke in a cohort of stroke patients in the Netherlands: A record linkage study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1915-3>
- van Heugten, C. M., Janssen, E. P., Visscher, A. J., Wolters Gregorio, G., Smeets, S., Berkers, R. M., & Ponds, R. W. (2013). Patients with brain injury in a psychiatric

- setting; assessment of health care needs and received care. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(9), 665–675.
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Vickery CD, Gontkovsky ST, Caroselli JS. (2005) Self-concept and quality of life following acquired brain injury: A pilot investigation. *Brain Injury* 19:657–665.
- Von Steinbüchel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Höfer, S., Schmidt, S., & Truelle, J. L. (2010). Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI): scale development and metric properties. *Journal of neurotrauma*, 27(7), 1167-1185.
- Waldron, B., Casserly, L. M., & O’Sullivan, C. (2013). Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom?. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(1), 64-101.
- Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *American psychologist*, 61(3), 227.
- Westrup, D., & Wright, M. J. (2017). *Learning ACT for group treatment: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Whelan-Goodinson, R., Ponsford, J., Johnston, L., & Grant, F. (2009). Psychiatric disorders following traumatic brain injury: Their nature and frequency. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24(5), 324–332. Doi:10.1097/HTR.0b013e3181a712aa
- Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J., & Simpson, G. (2019). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*
- Wilson, K. G., Bordieri, M. J., Flynn, M. K., Lucas, N. N., & Slater, R. M. (2011). Understanding acceptance and commitment therapy in context: A history of similarities and differences with other cognitive behavior therapies. *Acceptance and Mindfulness in Behavior Therapy: understanding and applying the new therapies*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc, 10, 9781118001851.

- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272.
- World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization (2001).
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zomeran, A. H., & Brouwer, W. H. (1994). *Clinical neuropsychology of attention*. Oxford University Press, USA.
- Zwaagstra, R., Schmidt, I., & Vanier, M. (1996). Recovery of speed of information processing in closed-head-injury patients. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 18(3), 383-393.

Apêndices

Apêndice 1- Questionário Sociodemográfico entregue aos participantes.

Questionário Sociodemográfico

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil:

- Solteiro
 Casado
 União de facto
 Viúvo

Habilitações literárias:

- 1º ciclo
 2º ciclo
 3º ciclo
 Ensino secundário
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento/ pós-doutoramento

Último ano letivo da frequência escolar: ____ / ____

Situação Profissional: _____

Tipo de lesão cerebral adquirida: _____

Consequências da lesão cerebral adquirida: _____

Outras condições médicas relevantes: _____

Código: _____

Apêndice 2- Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ; Stiles, 1980) na versão portuguesa (Gonçalves, Fernandes & Gonçalves, 2005) entregue aos participantes no final de cada sessão.

Questionário de Avaliação da Sessão (SEQ)

Versão original (Stiles, 1980); Versão portuguesa (Gonçalves, Fernandes e Gonçalves, 2005)

Assinale o número que mais se adequa ao que está a sentir em relação a esta sessão.

1. Esta sessão foi:

Má	1	2	3	4	5	6	7	Boa
Difícil	1	2	3	4	5	6	7	Fácil
Inútil	1	2	3	4	5	6	7	Útil
Superficial	1	2	3	4	5	6	7	Profunda
Tensa	1	2	3	4	5	6	7	Relaxante
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	Prazerosa
Vazia	1	2	3	4	5	6	7	Completa
Fraca	1	2	3	4	5	6	7	Poderosa
Comum	1	2	3	4	5	6	7	Especial
Rude/Dura	1	2	3	4	5	6	7	Suave
Desconfortável	1	2	3	4	5	6	7	Confortável

2. Neste momento sinto-me:

Triste	1	2	3	4	5	6	7	Feliz
Zangado	1	2	3	4	5	6	7	Satisfeito
Parado	1	2	3	4	5	6	7	Ativo
Incerto	1	2	3	4	5	6	7	Definido
Calmo	1	2	3	4	5	6	7	Animado
Receoso	1	2	3	4	5	6	7	Confiante
Hostil	1	2	3	4	5	6	7	Amigável
Lento	1	2	3	4	5	6	7	Rápido
Pacífico	1	2	3	4	5	6	7	Energético
Quieto	1	2	3	4	5	6	7	Excitado
Desconfortável	1	2	3	4	5	6	7	Confortável

Código: _____

Apêndice 3- Questionário de Avaliação do Programa baseado no Theoretical Framework of Acceptability (Sekhon, Cartwright, Francis, 2017) entregue aos participantes no final do programa.

Questionário de Avaliação Qualitativa do Programa (baseado no TFA)

(TFA: Sekhon, Cartwright, Francis, 2017)

Código: _____	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1.Sinto que tenho mais estratégias para lidar com pensamentos dolorosos.					
2. Sinto-me mais confiante.					
3. Sinto que estou mais perto de aceitar os meus problemas e atuais desafios.					
4. Consigo perceber e explicar quais são os objetivos desta intervenção.					
5.Consigo perceber como funciona a intervenção, isto é, de que modo os exercícios me podem ajudar nos meus problemas e desafios.					
6. Sou capaz de transportar o que aprendi para situações do dia-a-dia.					
7. Considero que esta intervenção me tenha ajudado.					
8. Considero que esta intervenção tenha atingido os seus objetivos.					
9. Gostaria de continuar a participar neste programa.					
10. Esta intervenção exigiu demasiado esforço da minha parte.					
11.Esta intervenção ocupou demasiado tempo.					
12. Preferia ter estado noutra atividade durante este tempo.					
13. Esta intervenção foi de acordo com os meus valores pessoais.					
14. Esta intervenção fez-me sentir desconfortável em alguns momentos.					
15. O programa foi-me claramente explicado assim como os seus objetivos.					
16. Considero útil que seja oferecido aos participantes algum tipo de prémio para participarem.					
17. Se soubesse que poderia ter algum tipo de benefício ou lucro no final do programa teria tido mais motivação e me esforçado mais.					
18. Considero que as melhorias que observo em mim depois do programa são uma recompensa suficiente para ter participado.					
19. Sinto que tenho as capacidades necessárias para participar nesta intervenção.					

20. Estou confiante com o que realizei nesta intervenção.					
21. Poderia ter tido uma melhor prestação durante as sessões se possuísse outras características ou qualidades.					
22. O que considera ter sido mais útil ou interessante no programa?					
23. Tem alguma sugestão para melhorar o programa? Se sim qual/quais?					

Apêndice 5- Instruções relativas ao exercício “Dissecar o Problema” e ficha prática entregue aos participantes com o exercício “Dissecar o Problema”.

Dissecar o Problema

Instruções:

Preparação prévia: Imprimir as páginas 2 e 3 do presente documento (uma para cada participante).

O exercício tem início a partir da entrega de uma folha a cada participante. No início dessa folha encontra-se uma questão que leva os participantes a resumir numa ou duas frases qual é o seu principal problema ou problemas. De seguida, descrevem numa ou duas frases como isso afeta a sua vida e no que os impede ser ou fazer. Posteriormente, os participantes são instruídos a escreverem, numa tabela que se encontra na mesma folha, o máximo que puderem em cada pergunta sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações que contribuem ou pioram o problema ou problemas que enfrentam. As questões encontram-se organizadas nas seguintes categorias: *Enredo de Pensamentos, Ações de desperdício de vida, Luta com os Sentimentos e Evitamento de Situações Desafiantes*. Após terem todos terminado, encorajar a partilha em grupo.

Dissecar o problema

A presente tarefa sere para reunir informações sobre a natureza do principal desafio, problema ou situação que esteja a enfrentar.

1. Qual é o principal desafio ou problema que está a enfrentar?

2. Como é que isso afeta a sua vida e o que é que esse problema ou desafio o impede de fazer ou ser?

3. Que pensamentos (ou autocriticas) relacionados com o problema o prendem frequentemente?

Apêndice 7- Ficha prática do exercício “Os Problemas e Valores” entregue aos participantes.

OS PROBLEMAS E VALORES

A ACT visa reduzir a luta e o sofrimento e tornar a vida rica, plena e significativa. Para ajudar nesse processo, quatro tipos de informações - representadas nas quatro colunas abaixo - são particularmente importantes.

Luta e Sofrimento		Vida rica e com significado	
Pensamentos problemáticos e Sentimentos: Que preocupações, medos, autocríticas ou outros pensamentos surgem em si?	Ações problemáticas: O que está a fazer que piora sua vida a longo prazo?	Valores: O que é mais importante para si?	Metas e Ações: O que quer começar a fazer ou fazer mais vezes? Que competências quer desenvolver?

Apêndice 8- Ficha prática do exercício “A Vontade e o Plano de Ação” entregue aos participantes.

A VONTADE E O PLANO DE AÇÃO

1. O meu objetivo é:

1.1 O valor pelo qual o meu objetivo se orienta:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Amor | <input type="checkbox"/> Disciplina | <input type="checkbox"/> Paciência |
| <input type="checkbox"/> Amizade | <input type="checkbox"/> Empatia | <input type="checkbox"/> Paz |
| <input type="checkbox"/> Assiduidade | <input type="checkbox"/> Honestidade | <input type="checkbox"/> Perseverança |
| <input type="checkbox"/> Compaixão | <input type="checkbox"/> Justiça | <input type="checkbox"/> Resiliência |
| <input type="checkbox"/> Coragem | <input type="checkbox"/> Lealdade | <input type="checkbox"/> Responsabilidade |

1.2 As ações que irei realizar para alcançar o meu objetivo:

2. Quais os pensamentos que estão irão largar para alcançar o objetivo?

Pensamentos: _____

3. Seria útil se eu dissesse a mim próprio que: _____

Apêndice 9- Ficha prática do exercício “Desconforto Limpo VERSUS Desconforto Sujo” entregue aos participantes.

DESCONFORTO LIMPO VERSUS DESCONFORTO SUJO				
Situação	A minha reação inicial (Desconforto limpo)	Nível de <i>stress</i> inicial 0=nenhum 100=extremo	O que fiz com as minhas reações iniciais (Desconforto sujo)	Nível de <i>stress</i> secundário 0=nenhum 100=extremo

Apêndice 10- Ficha prática do exercício “Ficha Prática de Respiração Consciente” entregue aos participantes.

FICHA PRÁTICA DE RESPIRAÇÃO CONSCIENTE

A prática de respiração consciente permite o desenvolvimento de várias capacidades: capacidade de focar e se envolver no que está a fazer; a capacidade de permitir que os pensamentos vão e voltem sem se deixar prender; a capacidade de se concentrar quando percebe que está distraído e a capacidade de permitir os sentimentos serem como eles são sem tentar controlá-los. Mesmo cinco minutos de prática por dia podem fazer a diferença ao longo do tempo. Tem minutos duas vezes por dia ou vinte uma vez por dia ainda melhor.

Ficha Prática de Respiração Consciente				
Dia	Duração da prática	Pensamentos e sentimentos difíceis que apareceram	Usei algum áudio?	Benefícios e/ou dificuldades

Apêndice 11- Ficha prática do exercício “Desfusão Cognitiva de Pensamentos Inúteis” entregue aos participantes.

DEFUSÃO COGNITIVA DE PENSAMENTOS INÚTEIS

(Hayes & Smith, 2005)

Respondam a estas questões sempre que sentirem que ficaram presos em algum tipo de pensamento intrusivo.

1. Este pensamento é de alguma forma útil?
2. Esse pensamento é uma história antiga? Já ouvi antes?
3. O que eu ganho por comprar essa história (pensamento)?
4. Esse pensamento ajuda-me a agir de forma eficaz?
5. Vou confiar na minha mente ou na minha experiência?
6. Isso poderia ser útil, ou minha mente está apenas a tagarelar?

Apêndice 12- Consentimento Informado acerca da participação no Grupo Focal, entregue a cada interveniente do mesmo.



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

Programa ACT

No âmbito da dissertação de Mestrado em Neuropsicologia (ICS-UCP), estou a elaborar um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), dirigido a pessoas com lesão cerebral adquirida em situação de reabilitação neuropsicológica. Este programa centra-se na melhoria da funcionalidade ao invés do foco na redução dos sintomas em si.

O intuito é potencializar a aceitação daquilo que está fora do controlo pessoal e o compromisso em fomentar comportamentos que enriqueçam a qualidade de vida. Ademais, o atual programa pretende auxiliar os indivíduos na construção de reportórios amplos, flexíveis e eficazes, alterando a perceção da função dos eventos negativos e a relação dos indivíduos com os mesmos.

Deste modo, como forma de alcançar esta finalidade, o presente programa tem em vista a gestão da ansiedade e/ou sintomas depressivos, a exposição dos desafios atuais, o estabelecimento de valores de vida, o planeamento de objetivos, o desenvolvimento de compromisso, o distanciamento de pensamentos dolorosos e o estabelecimento de competências de grupo.

Além da criação e implementação do programa, está também a ser desenhado um estudo de aceitabilidade do mesmo, isto é, avaliação da satisfação, da intenção de continuar o uso, a adequação e eficácia percebidas, bem como possíveis sugestões.

Num momento inicial, gostaríamos de contar com a constituição de um grupo focal para a avaliação do programa. De forma a contribuir para uma análise abrangente, idealmente, o grupo seria composto por três neuropsicólogas, um terapeuta ocupacional e dois clientes com LCA. Em termos práticos, para a concretização do grupo focal será necessária uma reunião prévia à aplicação do programa, onde o objetivo é a troca de opiniões, após a exposição das sessões, por parte de cada membro do grupo na ótica das suas funções e conhecimentos. A reunião terá início na explicitação dos objetivos do programa e conseqüente exposição de cada sessão, seguida de um espaço para reunir os pontos de vista de cada membro do grupo. Quanto à data da mesma, esta terá lugar no dia 22 de maio pelas 10h30, na sala 1.17.



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

Compreendi as informações acima prestadas e, assim, aceito fazer parte do grupo focal do presente estudo.

Assinatura

Data: ____/____/____

Apêndice 13- Autorização para a captação de som entregue a cada integrante do grupo focal.



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO DE SOM

Eu, _____, declaro por minha livre, específica e informada vontade, que autorizo a captação de som da minha pessoa durante a reunião do grupo focal, a decorrer no dia 22 de maio, no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), pelas 10:30h.

Mais declaro, que autorizo que as referidas gravações possam ser arquivadas durante o período de concretização do estudo em questão.

(Assinatura)

Data: ____/____/____

Apêndice 14- Consentimento Informado para participação voluntária no presente estudo, entregue a cada participante.



Consentimento Informado

O presente estudo é realizado pela Adriana Mendes Tomás, aluna do mestrado de Neuropsicologia na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, no âmbito do Projeto de Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Neuropsicologia.

O objetivo do estudo centra-se no desenvolvimento de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para pessoas com Lesão Cerebral Adquirida (LCA) e a consequente avaliação do mesmo.

O presente programa foi desenvolvido para indivíduos com LCA em situação de reabilitação neuropsicológica com o intuito de potencializar a aceitação daquilo que está fora do seu controlo pessoal e o compromisso em fomentar comportamentos que enriqueçam a sua qualidade de vida. Este apresenta como base a ACT que, por sua vez, se centra na melhoria da funcionalidade ao invés do foco na redução dos sintomas em si, o que pode ser benéfico para indivíduos que se encontram expostos a uma nova condição de vida e sobretudo a uma situação de incerteza.

O programa consiste em seis sessões de 90 minutos com a frequência de uma sessão semanal. A primeira sessão iniciar-se-á com um questionário para a obtenção de dados sociodemográficos e, assim como as restantes sessões, será composta por atividades tanto individuais como em grupo e terminará com uma autoavaliação da mesma através da resposta a um questionário e a uma questão aberta. No final do programa será realizada uma sessão em que os participantes terão de responder a um último questionário de avaliação do programa numa forma mais global.

A utilização dos dados recolhidos servirá exclusivamente para o presente estudo, isto é, fins académicos e não se tratará de uma avaliação para diagnóstico clínico. As informações serão analisadas de forma completamente anónima e será atribuído um código a cada participante como forma de garantir o anonimato.

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência ou prejuízo.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Li o consentimento informado esclarecido para investigação académica e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no atual estudo. Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Data: __/__/__