

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
DESIGN BACHARELADO**

**JULIANA CRONST**

**ACAL-ME: O DESIGN NO AUXÍLIO A CRISES DE  
ANSIEDADE E ATAQUES DE PÂNICO**

**BENTO GONÇALVES**

**2025**

**JULIANA CRONST**

**ACAL-ME: O DESIGN NO AUXÍLIO A CRISES DE  
ANSIEDADE E ATAQUES DE PÂNICO**

Monografia apresentada como requisito para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Design, do Centro de Ciências Exatas da Natureza e de Tecnologia da Universidade de Caxias do Sul, para obtenção do grau de Bacharel em Design.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cezar Colbeich dos Santos

**BENTO GONÇALVES  
2025**

**JULIANA CRONST**

**ACAL-ME: O DESIGN NO AUXÍLIO A CRISES DE  
ANSIEDADE E ATAQUES DE PÂNICO**

Monografia apresentada como requisito para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Design, do Centro de Ciências Exatas da Natureza e de Tecnologia da Universidade de Caxias do Sul, para obtenção do grau de Bacharel em Design.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cezar Colbeich dos Santos

**Aprovado em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Prof. Ms. Marcos Benedette  
Universidade de Caxias do Sul - UCS

---

Prof. Ma. Pamela Cardoso da Rosa  
Universidade de Caxias do Sul - UCS

Para todos aqueles que já sofreram com ataques de pânico.

## **AGRADECIMENTO**

A realização deste trabalho só foi possível graças ao apoio, incentivo e presença de muitas pessoas especiais, às quais deixo meu mais sincero agradecimento.

Agradeço, primeiramente, aos meus pais por acreditarem nos meus sonhos mesmo quando eu mesma duvidei. À minha família, por estar presente em todos os momentos, nos bons e, especialmente, nos difíceis.

Aos meus professores, colegas e amigos de curso, pela parceria, troca de experiências e apoio mútuo ao longo dessa jornada. Cada conversa, crítica construtiva e palavra de incentivo foi combustível para seguir em frente.

Aos profissionais da psicologia e da psiquiatria que participaram da pesquisa, por compartilharem seus conhecimentos com generosidade, e às pessoas que, com coragem, dividiram seus relatos pessoais sobre o Transtorno de Pânico, sem vocês, este projeto não existiria.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste trabalho, meu profundo respeito e gratidão.

*Não há mágicas ou curas milagrosas para curar estes ataques de pânico. A capacidade de controlar o pânico estará sujeita à sua determinação, à sua crença na sua capacidade de superá-lo, e em seu comprometimento a um método de auxílio, que é tão poderoso quanto o próprio pânico.*

**Bernard Range Libre**

## RESUMO

O presente trabalho investiga os ataques de pânico e os desafios enfrentados por indivíduos que convivem com esse transtorno, analisando seus sintomas, gatilhos, impactos cotidianos e formas de tratamento. A pesquisa teórica foi complementada por questionários e entrevistas que permitiram identificar necessidades emocionais e práticas dos usuários, bem como lacunas nos produtos e serviços atuais voltados ao manejo das crises. Essas análises fundamentaram o desenvolvimento do Acal-me, um sistema composto por produto físico, aplicativo e serviço integrado, orientado pelo design emocional, ergonômico e centrado no usuário. Os resultados obtidos englobam a criação da identidade da marca, o desenvolvimento do dispositivo físico (denominado Controle), o desenho do serviço e a estruturação das telas e funcionalidades do aplicativo. Também foram elaborados embalagem, manual de uso e materiais complementares que consolidam a experiência do usuário. As ferramentas metodológicas aplicadas, como blueprint, jornadas, análises de forma, prototipagem e mapeamentos estratégicos, permitiram organizar o ecossistema da solução e orientar suas etapas de implementação. O conjunto final apresenta uma proposta de apoio para o manejo de crises de pânico, reunindo tecnologia, acolhimento e acompanhamento profissional em um sistema coerente e acessível.

**Palavras-chave:** ansiedade; transtorno de pânico; design emocional; design ergonômico; saúde mental.

## ABSTRACT

This study investigates panic attacks and the challenges faced by individuals who live with this disorder, analyzing their symptoms, triggers, daily impacts, and forms of treatment. The theoretical research was complemented by questionnaires and interviews that helped identify the users' emotional and practical needs, as well as gaps in current products and services aimed at managing crises. These analyses supported the development of Acal-me, a system composed of a physical product, an application, and an integrated service, guided by emotional design, ergonomic principles, and a user-centered approach. The results obtained include the creation of the brand identity, the development of the physical device (called Controle), the design of the service, and the structuring of the app's screens and functionalities. Packaging, a user manual, and complementary materials were also developed to consolidate the overall user experience. The methodological tools applied—such as blueprinting, user journeys, form analyses, prototyping, and strategic mappings—made it possible to organize the solution's ecosystem and guide its implementation phases. The final outcome presents a support proposal for managing panic attacks, combining technology, emotional care, and professional follow-up into a coherent and accessible system.

**Keywords:** anxiety; panic disorder; emotional design; ergonomic design; mental health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tranquilização por meio de informações.....	19
Figura 2 - Gráfico de respondentes do formulário on-line.....	27
Figura 3 - Gráfico de pessoas que falam sobre terem Ataques de Pânico.....	28
Figura 4 - Pessoas curadas dos Ataques de Pânico.....	29
Figura 5 - Falta materiais para lidar com os Ataques.....	29
Figura 6 - Persona Mariana.....	39
Figura 7 - Persona Carlos.....	40
Figura 8 - Persona Helena.....	41
Figura 9 - Marca Acal-me.....	46
Figura 10 - Controle da Acal-me.....	47
Figura 11 - Usuário do Controle da Acal-me.....	48
Figura 12 - Blueprint.....	49
Figura 13 - Aplicativo Acal-me.....	50
Figura 14 - Embalagem.....	51
Figura 15 - Canvas de Negócio.....	52

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Transtorno de Ansiedade e suas Manifestações.....	14
Quadro 2 - Fases da Intervenção Psicológica nas Perturbações da Ansiedade.....	17

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	12
<b>1.1.1 Objetivos Específicos.....</b>	<b>12</b>
1.2 JUSTIFICATIVA.....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1. TRANSTORNO DE PÂNICO.....	14
2.2 DESIGN EMOCIONAL E DESIGN PARA O BEM-ESTAR.....	20
2.3 DESIGN ERGONOMICO.....	25
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
3.1 COLETA DE DADOS.....	27
<b>3.1.1 Questionário.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.2 Entrevistas.....</b>	<b>34</b>
3.2 USUÁRIOS.....	39
<b>3.2.1 Personas.....</b>	<b>39</b>
3.3 BRIEFING.....	43
<b>4 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>46</b>
4.1 DIRETRIZES CONCEITUAIS E IDENTIDADE DA MARCA.....	46
4.2 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO: ESTUDOS DE FORMA, ERGONOMIA E FUNCIONAMENTO.....	47
4.3 ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO E ORGANIZAÇÃO DO ECOSISTEMA.....	49
4.4 RESULTADOS REFERENTES AO APLICATIVO: INTERFACE, FUNCIONALIDADES E EXPERIÊNCIA.....	50
4.5 EMBALAGEM, INSTRUÇÕES E MATERIAIS COMPLEMENTARES.....	51
4.6 FERRAMENTAS DE ANÁLISE, PLANEJAMENTO E VALIDAÇÃO.....	52
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>53</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A - DOSSIÊ DE PROJETO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE B - MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE C - VÍDEO DO PRODUTO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE D - FICHAS TÉCNICAS DO CONTROLE.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE E - MANUAL DO USUÁRIO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE F - FACA DE CORTE E IMPRESSÃO DA CAIXA DO CONTROLE.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE G - PERGUNTAS FEITAS NAS ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE H - FORMULÁRIO ENVIADO EM GRUPOS E COMUNIDADES.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE I - ENTREVISTA COM PESSOAS QUE SOFREM OU JÁ SOFRERAM COM ATAQUES DE PÂNICO.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ENTREVISTA E IMAGEM.....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Jeane Dias Pinheiro (INEPAM - Instituto de Neuropsicologia do Amazonas, 2022) afirma que o Transtorno de Pânico (TP) apresenta-se como uma doença crônica, associado a uma morbidade e prejuízo na qualidade de vida das pessoas portadoras do mesmo, sendo caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade sem circunstâncias determinadas, sendo imprevisíveis, acompanhados de sintomas físicos e afetivos, que são recorrentes. Aproximadamente 3,5% da população global ao longo de sua vida é afetada por esse transtorno, que atinge duas vezes mais mulheres do que homens (REIS *et al.*, 2016).

O diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, disse:

Todos conhecemos alguém afetado por transtornos mentais. [...] Os vínculos indissolúveis entre saúde mental e saúde pública, direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares. O investimento em saúde mental é um investimento em uma vida e um futuro melhores para todos. (GHEBREYESUS, 2022)

Afirmando que transtornos mentais são comuns e que investir na saúde mental das pessoas traz benefícios reais à todos. Segundo a Rede Ebserh/MEC (2022) as pessoas afetadas por esse problema são, na maioria das vezes, incompreendidas e excluídas pelas outras, devido a falsos conceitos que precisam ser esclarecidos.

Pessoas com Transtorno de Pânico (TP) vivenciam sofrimento psíquico e prejuízo funcional, além do transtorno também estar associado a uma série de outros desfechos que, empiricamente, justificam seu tratamento como um problema de saúde pública. Os pacientes com TP têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho, possuem as maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, procedimentos e testes laboratoriais, além de um risco aumentado, independente das comorbidades, de ideação de suicídio e de tentativas de suicídio (SALUM *et al.*, 2009).

Segundo Bentz e Franzato (2016), o termo “design” pode assumir múltiplos significados, e a adição do prefixo “meta” implica a ideia de mudança e transformação. Este trabalho explora a dimensão transformadora do metaprojeto, compreendendo-o como um processo de pesquisa e desenvolvimento anterior à definição da solução final. Nesse contexto, enfatiza-se a importância de

compreender o transtorno de pânico e seus impactos na vida dos indivíduos. Assim, o metadesign se conecta à saúde mental ao propor abordagens inovadoras e eficazes para promover bem-estar e conforto tanto para quem enfrenta o transtorno quanto para aqueles ao seu redor, com soluções posteriormente elaboradas.

Bras (2020) comenta que o design emocional busca observar como os humanos reagem emocionalmente a estímulos sensoriais em objetos projetados, procurando suscitar/reforçar sensações negativas, positivas ou neutralizar as sensações negativas por meio de três níveis de análise do objeto: o visceral, o comportamental e o reflexivo. Para Tonetto e Damazio (2022) o design para o bem-estar trata-se de uma área que busca conhecimentos e métodos com foco no impacto duradouro do design na vida das pessoas e estará presente no decorrer deste projeto.

Nesse contexto, a Ergonomia emerge como uma disciplina fundamental, conforme elucidado por Lida e Buarque (2016), ao se dedicar ao estudo de sistemas complexos onde seres humanos, máquinas, materiais e ambientes interagem continuamente. A aplicação dos princípios ergonômicos permite adaptar produtos e sistemas às capacidades e limitações dos usuários, visando não apenas a eficiência, mas também o bem-estar e a segurança. Essa abordagem é crucial para o desenvolvimento de soluções que considerem as necessidades físicas, cognitivas e emocionais dos indivíduos, garantindo que a interação com o produto seja intuitiva, confortável e satisfatória, elementos essenciais para a aceitação e o sucesso de qualquer intervenção, especialmente em áreas sensíveis como a saúde.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um projeto de Design (produto, serviço e gráfico) auxiliando no tratamento do Transtorno de Pânico.

### 1.1.1 Objetivos Específicos

Para isso se fez necessário:

- a) Conhecer o que é a ansiedade e o ataque de pânico;
- b) Mapear informações que discutem os tratamentos da ansiedade e do Transtorno de Pânico;

- c) Analisar exemplos de produtos e serviços de design que já se encontram no mercado que aborda o tema;
- d) Buscar referenciais teóricos que contribuíssem para o desenvolvimento do projeto.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Segundo a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) em 2019, quase um bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental. Os transtornos mentais são considerados como a principal causa de incapacidade, sendo um em cada seis anos vividos nessa condição. Afirma também que pessoas com condições graves de saúde mental morrem, em média, 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, devido a doenças físicas evitáveis na maioria das vezes.

Com cerca de 9,3% da população ansiosa, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é considerado o país com maior número de pessoas ansiosas. Dados relativos a 2022 mostram que 86% dos brasileiros sofrem com algum transtorno mental, como ansiedade e depressão.

Visando a melhora real da saúde mental das pessoas, este projeto se faz necessário para auxiliar a psicologia e a psiquiatria (que tratam deste assunto) com a demanda de informações e artefatos que possam ser utilizados no combate/tratamento do Transtorno de Pânico.

Na introdução foram apresentadas as motivações e justificativas que evidenciam a relevância deste projeto diante do cenário atual da saúde mental, destacando a importância de soluções que auxiliem os profissionais da psicologia, neurologia e psiquiatria no tratamento do Transtorno de Pânico. A seguir, serão abordados o que é a ansiedade, seus principais transtornos, o Transtorno de Pânico como foco central, seus métodos de tratamento, e as relações entre o design emocional, o design para o bem-estar e o design ergonômico com o tema desenvolvido.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados o que é a ansiedade, quais são seus transtornos, o Transtorno de Pânico como foco e seu tratamento, e como o design emocional e o design para o bem-estar se relacionam com o tema.

### 2.1. TRANSTORNO DE PÂNICO

Segundo Fran Martins (Ministério da Saúde, 2022) a ansiedade é uma reação emocional que pode estar presente em qualquer momento da vida e pode ser causada por diferentes situações. Ela é um recurso funcional e importante para o organismo humano, pois é responsável pela adaptação em casos desconhecidos, além de ser encarregada de alertar o corpo e a mente em momentos de perigo. A mesma se torna um transtorno quando manifestada de modo exagerado e persistente, atrapalhando a vida em diferentes áreas, tornando-a disfuncional.

David de Abreu, chefe da Unidade de Saúde Mental do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/Ebserh, 2022), alerta que o corpo gera sintomas que retratam como está a saúde mental do indivíduo e quando comprometida há muitos sinais, dos quais: alteração do sono, preocupação excessiva, instabilidade do humor, isolamento social, alteração do apetite, choro constante, perda de interesse em atividades recorrentes, dores de cabeça constantes, dificuldade intensa em lidar com mudanças, recursos adaptativos fragilizados e inabilidade nas relações interpessoais.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2022), são englobados no conceito de transtornos de ansiedade quatro tipos: o Transtorno de Pânico, o Transtorno Obsessivo Compulsivo, o Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social e o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Eles se manifestam da seguinte forma:

Quadro 1 - Transtorno de Ansiedade e suas Manifestações

(continua)

Transtorno	Manifestações
------------	---------------

(conclusão)

Transtorno de Pânico (TP)	Surge a partir de um "ataque de pânico", com início repentino, que dura aproximadamente 10 minutos. Durante a crise, apresenta sensação de sufocamento, "falta de ar", sensação de morte, taquicardia, tontura, suor excessivo, sensação de perda do controle, dor ou desconforto torácico, perturbações gastrointestinais e outros.
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	Apresenta obsessões, pensamentos, imagens ou impulsos recorrentes e se sente obrigado a realizar comportamentos em resposta a essas obsessões, seja para "neutralizá-las" ou mesmo como "regra" para aliviar os sentimentos decorrentes. É caracterizado por compulsões que "forçam" o indivíduo a realizar algo, do contrário, o mesmo passa a apresentar um quadro acentuado de ansiedade. Esses sintomas comumente levam tempo e causam sofrimento, trazendo prejuízo na funcionalidade em áreas importantes da vida.
Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social	Apresenta os sintomas em situações sociais, onde é observado por outras pessoas, como assinatura de documentos, enquanto come, se apresenta diante de outros etc. Nesses casos começa a apresentar tremores, suor excessivo, vermelhidão, dificuldade de concentração, palpitação, tontura e sensação de desmaio.
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	A sensação de ansiedade oscila ao longo do tempo, mas não acontece em forma de "ataque", de maneira mais aguda e não se relaciona com situações específicas. A pessoa se sente ansiosa na maioria dos dias e por longos períodos que podem se estender por meses e até anos. Os principais sintomas incluem expectativa apreensiva ou preocupação exagerada.

Fonte: organizado pela autora com informações da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2022), 2025.

Segundo National Institute For Health And Care Excellence (NICE), em 2019, citado por Amanda Brandão Lopes et al. (2021) dentre os transtornos de ansiedade os mais comuns são: as fobias específicas (com taxa de incidência de 10,3%), o transtorno do pânico (6%), fobia social (2,7%) e ansiedade generalizada (2,2%). Afirma também que de um modo geral, as mulheres são mais propensas a desenvolver distúrbios emocionais do que os homens, com início principalmente no período da adolescência.

O Transtorno do Pânico (TP), como citado anteriormente, se caracteriza pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de mal-estar ou medo intenso acompanhada por sintomas físicos e cognitivos e que se

iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Estes ataques originam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade (SALUM *et al.*, 2009). O diagnóstico do TP, segundo Valença (2013), se baseia na existência de três síndromes clínicas importantes: o ataque de pânico, a ansiedade antecipatória e a esquiva ou evitação fóbica.

Pessoas que vivenciam ataques de pânico apresentam também medos específicos em relação à saúde. Tais indivíduos estão sempre atentos às suas sensações e estados corporais. As sensações fisiológicas parecem confirmar que eles realmente estão com algum problema de saúde. Tais sensações aumentam as respostas de medo. As falas consigo mesmo se tornam mais negativas, e a pessoa se torna mais ansiosa, estabelecendo assim um estado emocional contínuo que podemos descrever como a ansiedade (BRITTO e DUARTE, 2004).

Cerca de 80% dos pacientes com TP relatam estressores de vida nos 12 meses que precederam o início do transtorno. Segundo Clark (1986), os ataques de pânico advém de interpretações desastrosas não funcionais de algumas manifestações do corpo. A suposição é centralizada no processamento inadequado de informações vindas de um estímulo externo como ruído, luminosidade ou interno como sensação de taquicardia, sudorese e/ou vertigem. Gera uma interpretação de perigo iminente, o que dispara ou intensifica as sensações corporais, confirmando o “perigo” e, então, mais interpretações desastrosas de ansiedade em um aumento crescente e rápido. Já Barlow (1988) apresenta o ataque de pânico inicial como um alarme falso que pode ser ativado quando ocorre um aumento momentâneo de estresse na vida de indivíduos com vulnerabilidades biológicas e/ou psicológicas.

Para Valença (2013) uma das mais notáveis características da descrição de uma pessoa com TP é o caráter físico dos sintomas, eles constantemente começam a descrever a doença com referência à respiração, coração, trato gastrointestinal e “nervos”. De acordo com Ballenger (1997) citado por Valença (2013), 90% dos pacientes com TP acreditam ter um problema físico e não um problema psiquiátrico ou psicológico.

Valença (2013) ainda explica que diversos tipos de ataques de pânico podem ocorrer, sendo o mais comum o ataque espontâneo de pânico, definido como aquele que não está associado a nenhuma situação desencadeadora conhecida. O situacional, que é outro tipo, ocorre quando o indivíduo se depara ou se expõe a

determinadas situações, como trânsito e multidões. Existem, também, os ataques de pânico noturno, que apresentam despertar súbito, terror e hipervigilância, sendo que cerca de 40% dos indivíduos com TP apresentam ataques de pânico durante o sono. Ademais, o outro tipo é provocado por determinados contextos emocionais, como desentendimentos familiares ou ameaça de separação conjugal. E por fim os ataques de pânico com sintomas limitados, que são quando os pacientes apresentam três ou menos sintomas somato-psíquicos durante o ataque de ansiedade.

A agorafobia, frequentemente associada ao TP, caracteriza-se por uma intensa ansiedade diante de situações em que escapar possa parecer difícil ou embaraçoso, ou onde o auxílio possa não estar disponível em caso de um ataque de pânico. Esses cenários incluem estar sozinho fora de casa, utilizar transporte público, atravessar pontes ou estar em locais muito cheios. Segundo Valença (2013), em sua forma mais grave, a agorafobia pode ser completamente incapacitante, impedindo o indivíduo de sair de casa ou mesmo de permanecer sozinho, gerando prejuízos significativos na vida pessoal e profissional. Estudos indicam que a agorafobia é mais prevalente entre os casos mais graves de TP, sendo considerada uma complicação secundária ao transtorno.

Para Américo Baptista, Marina Carvalho e Fátima Lory (Centro de Estudos de Psicologia Cognitiva e da Aprendizagem, Centro de Aconselhamento para Estudantes, Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona, 2005) em um modo mais geral, e independentemente das características de cada uma das perturbações da ansiedade, o modelo de intervenção psicológico é composto por apenas três fases apresentadas na Tabela 2.

Quadro 2 - Fases da Intervenção Psicológica nas Perturbações da Ansiedade  
(continua)

Fase	Descrição
1º fase - Educativa	É dada a informação do propósito dos fatores relacionados com a gênese, manutenção e tratamento, é enfatizada a necessidade da colaboração do paciente, assim como o possível envolvimento de familiares ou pessoas significativas do seu ambiente social.

(conclusão)

2° fase - Educativa e Provocativa	São ensinadas aptidões que têm como finalidade eliminar os comportamentos de fuga, evitação ou segurança, provocar a diminuição das respostas ansiosas, nomeadamente, a activação fisiológica e a alteração das crenças ou dos padrões disfuncionais de pensamento.
3° fase - Confronto	É efectuado o confronto, de modo sistemático, com as situações ansiogênicas para a diminuição das respostas ansiosas e aumento das expectativas de auto-eficácia.

Fonte: organizado pela autora com informações de BAPTISTA, CARVALHO e LORY (2005), 2025.

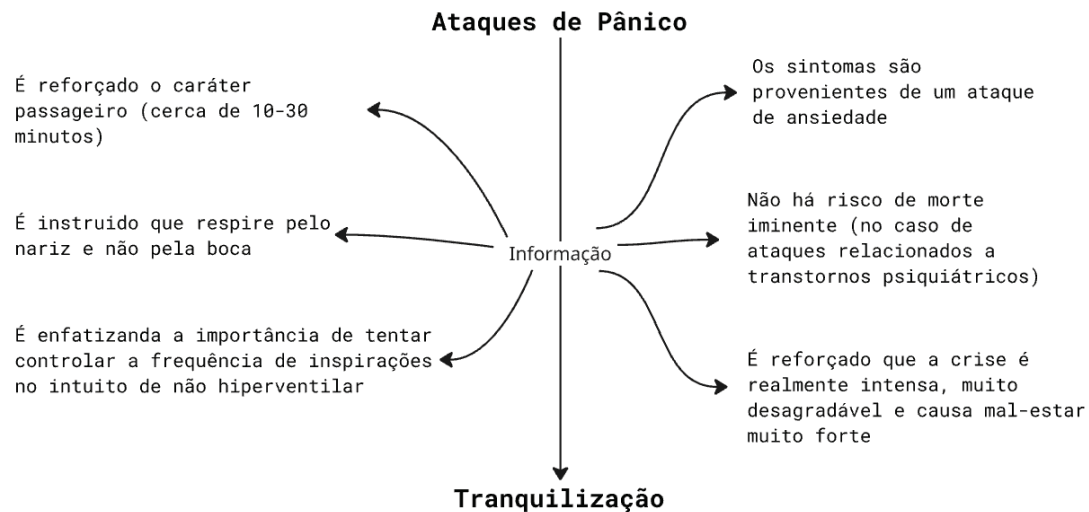
Desajustes psíquicos podem atuar como gatilhos para ataques de pânico. Por exemplo, ao perceber uma aceleração cardíaca causada por fatores como consumo de cafeína, prática de exercícios físicos ou uso de determinados medicamentos, o indivíduo pode interpretar esse sinal fisiológico como o início de uma crise. Essa interpretação equivocada gera preocupação excessiva, que pode acabar em um ataque de pânico. Uma das dificuldades encontradas em lidar com esse transtorno é a imprevisibilidade dos gatilhos, o que torna impossível bloqueá-los diretamente. Por isso, os tratamentos mais eficazes adotam uma abordagem integrada, que considera os aspectos físicos, mentais e até espirituais do paciente (PINHEIRO, 2022).

De forma geral, existem três formas de tratamento do TP: o tratamento psicofarmacológico, o psicoterapêutico e o combinado. Complementam Salum *et al.* (2009) que:

[...] o tratamento com TCC para TP consiste em psicoeducação sobre o TP, no intuito de corrigir interpretações errôneas acerca do TP, treinamento de técnicas para diminuir a ansiedade, como respiração diafragmática e relaxamento muscular, reestruturação cognitiva, para identificar e corrigir distorções no pensamento, exposição interoceptiva, no intuito de que o paciente aprenda a lidar com os sintomas físicos do ataque de pânico, e exposição in vivo, a fim de estimulá-lo a enfrentar as principais situações que teme por medo de passar mal e não encontrar saída ou ajuda. (SALUM *et al.*, 2009).

Segundo Salum *et al.* (2009), o manejo emergencial das crises de pânico se baseia principalmente na tranquilização do paciente mediante a informação como apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Tranquilização por meio de informações



Fonte: organizado pela autora com base em Salum *et al.* (2009), 2025.

Os autores ainda seguem afirmando que em grande parte das vezes, a tranquilização rápida e o caráter autolimitado dos sintomas são suficientes para terminar com a crise e que algumas técnicas de relaxamento também podem vir a ser utilizadas.

Pinheiro (2022) esclarece que esse conhecimento gera na pessoa confiança e otimismo, e como resultado, a frequência dos ataques de pânico e o medo da ansiedade diminuem significativamente. Ainda ressalta que os efeitos positivos sobre o bem-estar e a alegria de viver na vida cotidiana aparecem quase automaticamente.

Entretanto, se a crise for de intensidade maior ou de tempo prolongado, o uso de psicofármacos pode ser aconselhado. Psicofármacos bastante utilizados na prática clínica são os benzodiazepínicos de ação curta, apesar de carecerem de evidências que suportem afirmações mais encorajadoras. Há, ainda, algumas evidências da utilidade do uso de benzodiazepínicos especialmente na dor torácica cardíaca e não cardíaca, mostrando que essa medicação diminui a ansiedade, a dor e a ativação cardiovascular. Nestes estudos, os benzodiazepínicos mostraram-se seguros ao serem administrados isoladamente ou em conjunto com outras medicações (SALUM *et al.*, 2009).

A prevenção de novas crises e a diminuição das complicações associadas a elas, como a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica, são os pontos-chaves no tratamento do TP concluem Salum *et al.* (2009).

“Estar perto de pessoas próximas em que confie é importante, se precisar, procure um profissional de saúde”, relata a psicóloga Francisca Gisela Andrade, que atua no HU-UFSC/Ebserh (2022). Essa orientação destaca a relevância do acolhimento social e do acompanhamento terapêutico no enfrentamento de crises de pânico, reforçando a necessidade de redes de apoio e intervenções especializadas para promover o bem-estar emocional e a recuperação do indivíduo.

## 2.2 DESIGN EMOCIONAL E DESIGN PARA O BEM-ESTAR

Segundo Tonetto e Damazio (citando Krippendorff e Butter, 1984, p. 4), uma nova perspectiva amplia o foco do design, que deixa de se concentrar apenas no objeto e em seus aspectos formais, para priorizar as pessoas, a maneira como utilizam e interpretam os objetos. Essa visão evidencia que os usuários não buscam apenas o equilíbrio entre forma e função, mas, sobretudo, o sentido nas coisas que utilizam. Desse modo, torna-se essencial que os designers considerem as necessidades psicológicas e emocionais dos usuários em seus processos de criação.

Reforçam Crepaldi e Santos (2018) que o foco da interação usuário e produto, não permanece somente nos requisitos ergonômicos de funcionalidade e usabilidade, mas também nas necessidades psicológicas e sociológicas do usuário, ou seja, nos aspectos capazes de promover bem-estar, prazer e emoção.

Assim, Maurício Vianna, Ysmar Vianna, Isabel K. Adler, Brenda Lucena e Beatriz Russo (2012) explicam que embora o nome “design” seja frequentemente associado à qualidade e/ou a aparência estética de produtos, o design como disciplina tem como principal objetivo promover o bem-estar na vida das pessoas. Complementam que o designer enxerga como um problema tudo aquilo que prejudica ou impede a experiência (emocional, cognitiva, estética) e o bem-estar na vida das pessoas (considerando todos os aspectos da vida, como trabalho, lazer, relacionamentos, cultura etc.), isso faz com que sua principal tarefa seja identificar problemas e gerar soluções.

Para Frascara (2000, p. 19), citado por Ceccon (2009), o resultado da ação do design — independentemente de sua forma final — está presente no cotidiano das pessoas, mediando relações sociais, promovendo experiências, evocando sentimentos e, conseqüentemente, influenciando o conhecimento e o comportamento humano. Sendo assim, os efeitos das ações do design podem provocar sentimentos e reações variadas. É capaz de divertir, facilitar ações cotidianas, mudar atitudes e fazer com que as pessoas dirijam com mais cautela, parem de fumar, doem órgãos, colaborem com ações humanitárias e sejam responsáveis socialmente.

Essa perspectiva comprova a aplicação do design, não apenas como um meio de criar interfaces, produtos ou ambientes agradáveis, mas como uma abordagem estratégica focada em identificar e solucionar os obstáculos que o Transtorno de Pânico impõe aos indivíduos. Assim, o design atua alinhado ao seu propósito central de melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar das pessoas.

O Design Emocional, então, é centrado no usuário e sua projeção acontece de acordo com as necessidades de determinado público. Suas linhas de pensamento trabalham informações do design, da ergonomia e da psicologia (BRAS, 2017). Reforçando que o interesse pela emoção coincide com a mudança de uma cultura fundamentada na produção de bens e crescimento econômico para uma cultura pós-industrial baseada em serviços, informação, conhecimento e desenvolvimento humano (TONETTO e DAMAZIO, 2022).

Segundo Tonetto e Damazio (2022), os principais objetivos do Design Emocional são: identificar as emoções provocadas pelo ambiente físico; compreender os motivos das conexões emocionais entre as pessoas e os objetos; criar métodos para avaliar e medir as experiências e respostas emocionais dos usuários em relação a ambientes, produtos e serviços; e propor modelos, tanto teóricos quanto práticos, que ajudem a entender e atender às necessidades emocionais.

Antônio Damásio (2004), citado por Tonetto e Damazio (2022), é pioneiro na investigação sobre inteligência emocional na neurociência e tem presença frequente nos estudos sobre Design Emocional. Ele argumenta que investigar a biologia das emoções é indispensável para construir uma visão dos seres humanos mais precisa

e trazer resultados práticos, como o desenvolvimento de tratamentos (ou intervenções) para promover o bem-estar.

Nesse sentido, como apontam Lopes *et al.* (2021), a ansiedade é uma emoção humana natural, porém, em determinados contextos, pode se intensificar originando um transtorno psiquiátrico, afetando significativamente a qualidade de vida do indivíduo. Diante disso, torna-se relevante o olhar do design como potencial agente de intervenção e suporte.

Compreender como os usuários reagem emocionalmente aos produtos e ambientes é essencial quando o objetivo do design é promover bem-estar, especialmente no contexto de saúde mental, como no caso do Transtorno de Pânico. Donald Norman (2012), ao propor os três níveis do Design Emocional (visceral, comportamental e reflexivo) oferecendo um modelo que permite ao designer considerar não apenas a funcionalidade, mas também a forma como os produtos impactam sensorialmente, emocionalmente e simbolicamente os indivíduos.

Esses níveis se mostram relevantes quando busca-se desenvolver soluções que acolham e respeitem a experiência de quem sofre com transtornos emocionais. A seguir, cada um desses níveis será explorado, destacando sua relação com o design voltado ao bem-estar emocional e com as necessidades de pessoas com ataques de pânico.

O nível visceral, conforme descrito por Norman (2012), refere-se aos instintos mais primitivos do ser humano, sendo responsável pelas reações automáticas e instintivas diante de estímulos sensoriais provenientes do ambiente. Essas respostas são pré-programadas pelo cérebro e não estão sob controle consciente, atuando como o ponto de partida do processamento afetivo (apud BRAS, 2017).

No campo do design, o nível visceral está relacionado aos aspectos sensoriais do produto. Elementos como cor, textura, forma, som, cheiro, iluminação e aparência influenciam diretamente as primeiras impressões do usuário (BRAS, 2017). Muitos dos gatilhos para uma crise de Ataque de Pânico estão ligados a estímulos sensoriais que são interpretados como ameaçadores.

Como destacam Lisboa e Colli (2021, apud Pinheiro, 2022), no contexto da teoria cognitivo-comportamental, os Ataques de Pânico derivam de interpretações catastróficas de certas sensações corporais e estímulos externos, como ruídos e

luminosidade, que são mal interpretados como sinais de um perigo iminente. Dessa forma, o design no nível visceral atua evitando estímulos sensoriais intensos que possam ser percebidos como ameaçadores por pessoas que vivem com esse transtorno. Criar produtos visual e sensorialmente acolhedores é essencial para promover segurança desde o primeiro contato com o usuário.

O nível comportamental, segundo Norman (2012), está relacionado às ações cotidianas e à usabilidade dos produtos, sendo diretamente vinculado à sensação de prazer gerada pela eficácia no uso. Assim como o nível visceral, o nível comportamental também atua de maneira automática, sem exigir um controle consciente por parte do usuário. Quando um objeto é projetado para cumprir determinada função, espera-se que sua utilização seja intuitiva e eficiente, sem gerar frustrações ou barreiras à sua funcionalidade (apud BRAS, 2017).

De acordo com Fonte, Santos e Luck (2014, p. 110), “o prazer comportamental está ligado à sensação de controle, de dominar a situação”. Isso significa que este nível está associado à nossa percepção de funcionalidade, utilidade e à adequação do produto ao seu propósito (apud BRAS, 2017).

No caso do Transtorno de Pânico, essa sensação de controle pode estar comprometida por conflitos internos que impactam diretamente o comportamento do indivíduo. Como afirmam Salum *et al.* (2009), a teoria psicodinâmica entende que frustrações, ressentimentos e experiências da infância podem influenciar profundamente a manifestação de sintomas ansiosos e, portanto, devem ser cuidadosamente considerados em qualquer abordagem voltada ao bem-estar. Isso sugere que as respostas comportamentais aos objetos e ambientes não se baseiam apenas na funcionalidade objetiva, mas também na forma como esses elementos são experienciados por pessoas com estruturas emocionais sensíveis.

Dessa forma, o design comportamental precisa levar em conta não apenas a funcionalidade e clareza de uso, mas também os aspectos que ajudam o usuário a sentir que possui controle sobre a situação, mesmo em momentos de crise. Criar produtos acessíveis, com interfaces claras, que transmitam segurança e previsibilidade pode contribuir para reduzir o estresse e aumentar a confiança do usuário, especialmente em contextos sensíveis como o de pessoas com Transtorno de Pânico.

Por fim, o nível reflexivo caracteriza-se por sua complexidade e subjetividade. Diferente dos níveis visceral e comportamental — que operam no

presente e de forma mais instintiva —, o nível reflexivo envolve elementos culturais, experiências pessoais e memória afetiva, sendo profundamente influenciado pela individualidade do usuário (NORMAN, 2012 apud BRAS, 2017).

No contexto do design, o nível reflexivo está relacionado às conexões simbólicas e emocionais de longo prazo que os usuários desenvolvem com os produtos. Trata-se da dimensão que contempla o orgulho de possuir, exibir ou utilizar determinado objeto, pois ele reflete a identidade pessoal e os valores do indivíduo (NORMAN, 2012 apud BRAS, 2017).

A agorafobia, como citado anteriormente, frequentemente presente em indivíduos com Transtorno do Pânico, evidencia esse nível ao revelar como experiências traumáticas e interpretações subjetivas moldam profundamente o comportamento. Assim, o nível reflexivo ajuda a compreender como o significado atribuído a uma situação ou espaço pode ser determinante para a experiência emocional do indivíduo.

Pesquisas de 2009 apontam que indivíduos com Transtorno de Pânico frequentemente apresentam hipersensibilidade à luz, manifestando ftofobia mesmo em níveis normais de iluminação. Bossini *et al.* (2009) identificaram que pacientes com esse transtorno relatam desconforto visual intenso em ambientes bem iluminados, evitando lugares com claridade elevada. Essa relação foi confirmada em outro estudo dos mesmos autores (BOSSINI *et al.*, 2013), no qual se evidenciou uma correlação significativa entre a intensidade da fotossensibilidade e a gravidade dos sintomas do transtorno de pânico, reforçando o ambiente sensorial como fator desencadeante das crises.

A sensibilidade sonora também é um fator marcante. Chang *et al.* (2019) demonstraram que pacientes com Transtorno de Pânico apresentam reações amplificadas a sons associados ao medo e à ansiedade, ao mesmo tempo em que mostram uma percepção reduzida de sons neutros. Essa resposta ocorre de forma automática, sem processamento consciente, sugerindo que o sistema auditivo desses indivíduos está ajustado para priorizar sons ameaçadores. Isso confirma que a relação com o som no cotidiano não é apenas funcional, mas profundamente emocional.

Complementarmente, Steinberg *et al.* (2006) mostraram que indivíduos com alta sensibilidade à ansiedade são capazes de detectar sons internos, como batimentos cardíacos, mesmo em meio a ruído branco, e frequentemente

interpretam esses sinais de maneira catastrófica. Tal fenômeno contribui para o ciclo de retroalimentação do pânico, no qual estímulos internos e externos são percebidos como ameaças. Esses dados demonstram que o Design Emocional deve priorizar estímulos que transmitam previsibilidade, controle e conforto sensorial, contribuindo para a regulação emocional desses usuários.

### 2.3 DESIGN ERGONOMICO

A ergonomia, enquanto disciplina científica aplicada, desempenha um papel crucial na otimização da interação entre seres humanos e os elementos de um sistema. Seu objetivo principal é adaptar produtos, sistemas e ambientes às capacidades, limitações e necessidades dos usuários, visando aprimorar o bem-estar humano e o desempenho geral do sistema.

Conforme elucidam Iida e Buarque (2016), a ergonomia se dedica ao estudo de “sistemas complexos, em que dezenas ou até centenas de seres humanos, máquinas, materiais e ambientes interagem continuamente entre si durante a realização do trabalho”. Essa perspectiva sistêmica ressalta a complexidade e a abrangência da área, que busca harmonizar os diversos componentes para garantir eficiência e conforto.

No contexto do design de produtos, especialmente aqueles voltados para condições específicas como o Transtorno de Pânico, a aplicação dos princípios ergonômicos é de grande importância. A usabilidade, um conceito central na ergonomia, é definida pela norma ISO 9241-11 como “o uso do produto, por um determinado usuário, para alcançar o objetivo pretendido, de forma eficiente, com segurança e satisfação” (ISO 9241-11, apud IIDA; BUARQUE, 2016, p. 93). Essa definição implica que a usabilidade não se restringe à funcionalidade, mas abrange a experiência completa do usuário, incluindo a facilidade de uso, a eficácia na realização de tarefas e a satisfação geral. A interação harmoniosa entre o produto, as tarefas a serem executadas, o ambiente de uso e o próprio usuário é fundamental para garantir conforto, minimizar o esforço cognitivo e assegurar a adaptação às condições reais de utilização.

Além da usabilidade, Iida e Buarque (2016) enfatizam a relevância da agradabilidade do produto para o sucesso da interação. Produtos que conseguem evocar emoções positivas, como simpatia, interesse ou prazer, tendem a ser mais

bem aceitos e utilizados, mesmo que apresentem certas limitações técnicas. Em particular, no campo da saúde mental, essa conexão emocional pode ser um diferencial significativo, contribuindo para a adesão ao uso de produtos de suporte durante crises de ansiedade ou pânico. O reforço desse vínculo emocional com o usuário promove a confiança e a continuidade do uso, elementos essenciais para a eficácia de intervenções baseadas em produtos.

A integração da ergonomia no processo de desenvolvimento de projetos é um aspecto crítico para garantir que as soluções desenvolvidas sejam verdadeiramente centradas no usuário. A participação da ergonomia se estende desde as fases iniciais de análise do perfil do usuário e definição de requisitos, até as etapas finais de testes com protótipos e validação em campo. Lida e Buarque (2016) delineiam um processo iterativo no qual a ergonomia atua em todas as etapas do ciclo de vida do produto. Esse processo inclui a definição de objetivos claros, o esboço de soluções inovadoras, a análise detalhada das tarefas que o usuário realizará, o detalhamento das interfaces e, por fim, a avaliação do produto em uso, com foco primordial na segurança e no conforto. Essa abordagem integrada sublinha a importância de incorporar avaliações ergonômicas desde o início do processo projetual. Tal prática é particularmente relevante no desenvolvimento de soluções voltadas para a saúde emocional e o bem-estar de grupos vulneráveis, onde a sensibilidade às necessidades do usuário é amplificada.

Em suma, a ergonomia desempenha um papel indispensável no desenvolvimento de produtos, serviços e sistemas que são centrados nas necessidades e experiências dos usuários. Quando aplicada ao contexto do Transtorno de Pânico, essa abordagem permite a criação de soluções que incorporam os fatores sensoriais, cognitivos e emocionais que são intrínsecos às experiências desses indivíduos. Através da integração da usabilidade, conforto e agradabilidade, conforme os princípios propostos por Lida e Buarque (2016), torna-se possível desenvolver produtos que não apenas oferecem suporte eficaz no enfrentamento das crises, mas que também estabelecem uma conexão emocional positiva com o usuário. Essa conexão, por sua vez, promove uma sensação de segurança e confiança, incentivando a adesão ao uso contínuo e contribuindo significativamente para o bem-estar geral do indivíduo.

### **3 METODOLOGIA**

Os procedimentos metodológicos do presente projeto foram realizados a partir da pesquisa aplicada exploratória, com abordagem qualitativa, onde tem-se por objetivo produzir informações aprofundadas. De acordo com Sampieri *et al.* (2015), citado por Pinheiro (2022), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Assim, este estudo utiliza o método dedutivo, que orienta a pesquisa, partindo de referências teóricas sólidas.

Para Frascara (2000), citado por Ceccon (2009) o diálogo com especialistas de áreas afins à realidade em foco no projeto, psicólogos e psiquiatras, no caso deste projeto em específico, é crucial para se atingir efeitos positivos na sociedade e colaborar para mudar a realidade atual em outra mais desejável, assim, sendo realizado por este projeto.

#### **3.1 COLETA DE DADOS**

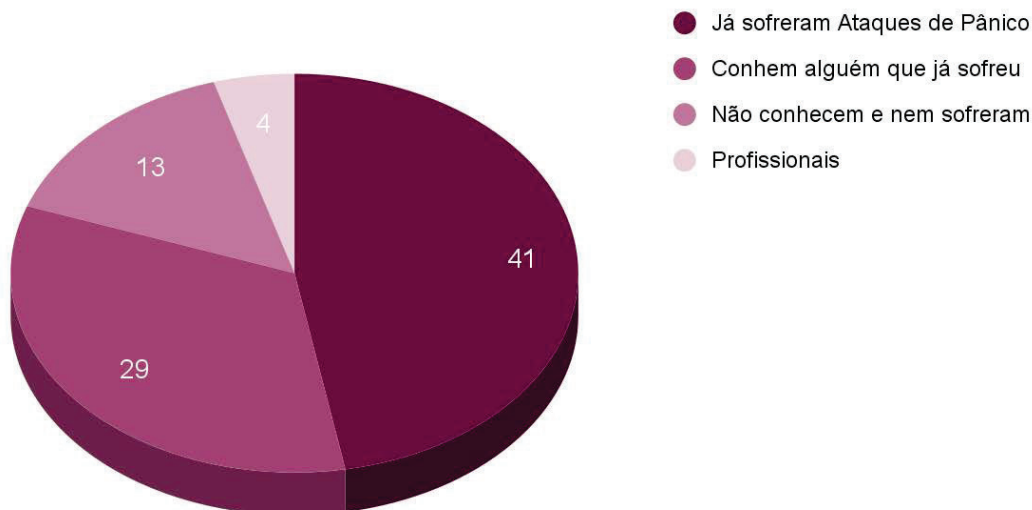
A coleta de dados teve como objetivo reunir informações qualitativas que contribuíssem para a compreensão das experiências de pessoas que já vivenciaram ataques de pânico, o que permitiu acesso a percepções, sentimentos e relatos subjetivos. Os dados foram obtidos por meio de um questionário on-line, realizado na plataforma Forms, disponível do dia 20 de maio até 1 de junho do ano de 2025, e entrevistas semiestruturadas, com participantes selecionados de forma intencional, com base em seus relatos prévios sobre o tema. Os questionários completos encontram-se no Apêndice A.

##### **3.1.1 Questionário**

Como técnica de análise dos resultados do questionário, voltado a pessoas que já vivenciaram ataques de pânico, buscou-se identificar padrões, principalmente por meio de gráficos, além da análise de conteúdo das questões dissertativas. A intenção foi captar percepções subjetivas, gatilhos comuns, sentimentos

predominantes e possíveis estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes. A seguir serão apresentados os resultados obtidos.

Figura 2 - Gráfico de respondentes do formulário on-line



Fonte: da autora (2025).

Os dados coletados por meio do questionário online, totalizando 87 respostas válidas como ilustrado na Figura 2 acima. A amostra foi categorizada de acordo com a experiência dos participantes em relação a ataques de pânico, resultando na seguinte distribuição:

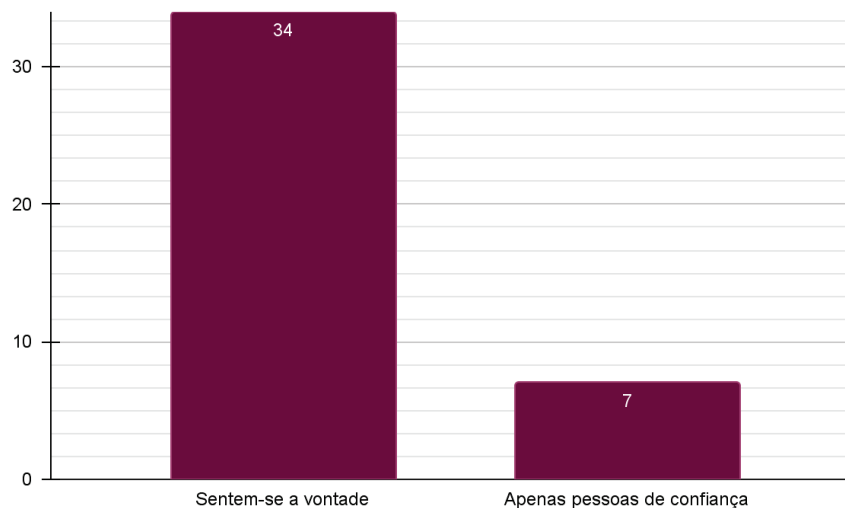
- a) **indivíduos que já sofreram ataques de pânico:** 41 respondentes;
- b) **indivíduos que nunca sofreram ataques de pânico, mas conhecem alguém próximo que já sofreu:** 29 respondentes;
- c) **indivíduos que não conhecem, nunca sofreram ataques de pânico e possuem pouco conhecimento sobre o tema:** 13 respondentes;
- d) **profissionais:** 3 psicólogos e 1 psiquiatra, totalizando 4 respondentes.

Entre os 41 respondentes que relataram ter sofrido ou sofrer de ataques de pânico, observou-se uma complexidade nas suas experiências e percepções. Destes, 38 afirmaram ter tido ou ter ataques de pânico, enquanto 3 expressaram incerteza, acreditando ter vivenciado episódios, mas sem confirmação diagnóstica. Do grupo que sofreu ataques, 5 indivíduos não conheciam outras pessoas com a mesma condição, o que pode indicar um sentimento de isolamento ou a falta de um círculo de apoio que compartilhe experiências semelhantes. Em contraste, a maioria

possuía conhecidos que também enfrentavam o problema, sugerindo a existência de redes informais de suporte.

Embora 34 pessoas não sentissem vergonha em discutir seus sintomas, 7 expressaram receio em compartilhar suas experiências com qualquer pessoa como ilustrado na Figura 3 abaixo.

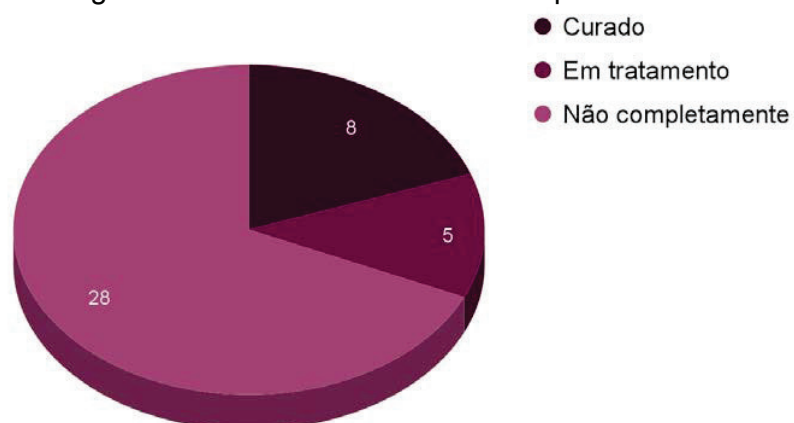
Figura 3 - Gráfico de pessoas que falam sobre terem Ataques de Pânico



Fonte: da autora (2025).

Essa variação destaca a importância do ambiente social e do nível de confiança na abertura sobre uma condição que ainda carrega consigo certos preconceitos. A percepção de cura também foi abordada: 28 indivíduos acreditavam não estar plenamente curados, 8 consideravam-se curados, e os demais estavam em processo de recuperação, representado na Figura 4 abaixo.

Figura 4 - Pessoas curadas dos Ataques de Pânico

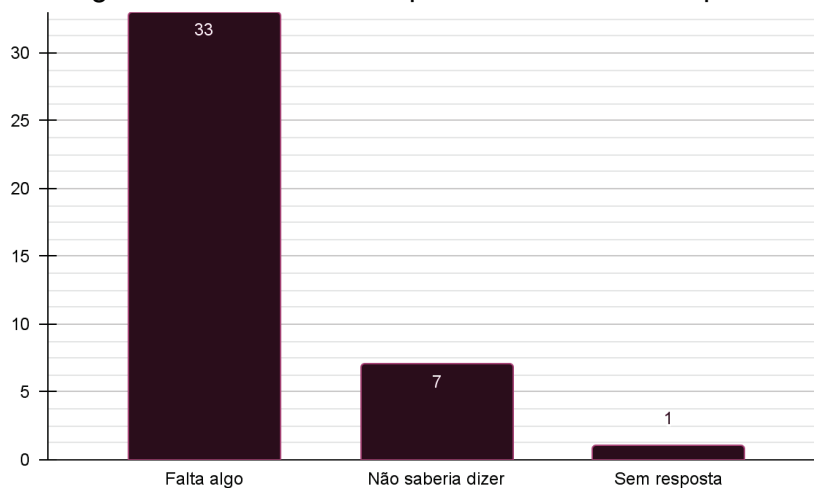


Fonte: da autora (2025).

Este dado destaca a natureza contínua e, por vezes, crônica dos transtornos de pânico, e a necessidade de acompanhamento e suporte a longo prazo.

Um ponto relevante levantado pelos participantes foi a percepção de que faltava algo para auxiliar no manejo das crises apresentado na Figura 5 abaixo.

Figura 5 - Falta materiais para lidar com os Ataques



Fonte: da autora (2025).

Com 33 respondentes expressando essa opinião, enquanto 7 não souberam ou não possuíam conhecimento aprofundado sobre o tema. Essa percepção pode indicar uma lacuna nas ferramentas e estratégias disponíveis ou na disseminação de informações sobre as existentes.

Os relatos sobre a frequência e duração dos ataques de pânico indicam que, nos períodos mais críticos, os participantes experimentaram de um a três episódios por dia. A duração variava de minutos a horas, com sequelas que podem persistir por todo o dia. As descrições qualitativas ilustram a desorientação temporal e a intensidade subjetiva desses episódios: “Não sei dizer. Os ataques de pânico tiravam a minha percepção objetiva de tempo. Parecia durar todo o tempo do mundo” e “Eu nunca cheguei a contar, mas pra mim se passava muito tempo”. Tais depoimentos ressaltam o caráter incapacitante dos ataques e a alteração da percepção da realidade durante as crises.

A busca por ajuda profissional e outras estratégias de enfrentamento também foi um tópico abordado. Do grupo, 12 indivíduos procuraram ajuda psiquiátrica e psicológica de forma combinada, 1 buscou apoio através da oração, 5 não buscaram qualquer tipo de ajuda, e os demais respondentes se dividiram entre procurar psicólogos ou psiquiatras separadamente. Um caso específico de automedicação com rivotril foi relatado. Em relação ao uso de medicamentos, 22 pessoas não tomavam nenhum, enquanto as demais utilizavam antidepressivos e ansiolíticos. O sentimento de desamparo foi relatado por 21 indivíduos, evidenciando a falta de informação e orientação adequada sobre o transtorno de pânico.

Os relatos abertos fornecem uma perspectiva sobre a vivência dos ataques de pânico. As narrativas destacam os gatilhos diversos, a intensidade das sensações físicas e emocionais, e o impacto na vida cotidiana vivido. Um respondente descreveu uma crise em um supermercado, onde “parecia que os corredores se estendiam por quilômetros e que as prateleiras eram muito mais altas do que eram, e que elas estavam a ponto de desabar sobre mim, o que gerou uma sensação muito claustrofóbica”. Outro relato enfatiza a evolução dos gatilhos, de situações identificáveis para ocorrências “aparentemente do nada”, e a importância de uma rede de apoio para o manejo da condição. A vergonha e o isolamento também foram temas recorrentes, com um participante afirmando: “Mesmo estando cercada de pessoas que me querem bem, às vezes eu me sentia completamente sozinha, perdida, sem capacidade de fazer nada.” A perda de autonomia e oportunidades, como a perda de uma prova de faculdade ou a incapacidade de entrar no local de trabalho, ilustram o quão debilitante a condição pode ser.

A persistência do estigma em torno da saúde mental é um ponto crucial, como destacado por um respondente: “Acho que a questão de saúde mental ainda é

um tabu, principalmente agora que vivemos em uma geração onde tudo precisa ser performático”. Esses depoimentos convergem para a compreensão de que os indivíduos que sofrem de ataques de pânico vivenciam um sofrimento intenso, com perda significativa de autonomia e uma percepção alterada da realidade durante as crises. A sensação de desorientação e a necessidade de apoio externo são temas recorrentes, reforçando a importância de intervenções que considerem tanto os aspectos clínicos quanto os psicossociais da condição.

Um grupo de 29 respondentes, que nunca experimentou ataques de pânico, mas conhece alguém que já sofreu com a condição, ofereceu contribuições relevantes ao revelar percepções externas sobre o transtorno. As descrições variaram desde a compreensão da gravidade do problema (“Vejo como algo muito ruim para quem tem e para quem precisa ajudar às vezes é difícil saber o que fazer”) até a confusão e o estigma (“Soa por um lado como muito assustador e transmite uma profunda sensação de sofrimento, no entanto, muitas vezes não soube distinguir se era realmente um ataque ou simplesmente uma tentativa de pessoa de chamar para si atenção, pedir ajuda ou algo do tipo”).

As definições de ataque de pânico fornecidas por este grupo incluíram “Uma ansiedade intensa”, “Desesperador e algo que precisa de auxílio e tratamento pois afeta muito a pessoa”, “Como um medo intenso e súbito”, e “É uma crise extremamente incapacitante e a maioria das pessoas não entende muito bem, então acabando julgando e minimizando o sentimento da pessoa em crise”. Essas respostas indicam uma compreensão geral da intensidade e do impacto dos ataques, mas também revelam a persistência de equívocos e julgamentos sociais. A dificuldade relatada por alguns participantes em reconhecer um ataque de pânico e/ou diferenciá-lo de comportamentos, como a busca por atenção, mostra que ainda há falta de informação sobre o transtorno e a importância de ampliar o conhecimento da população sobre o tema.

Quando questionados sobre a ajuda oferecida a pessoas em crise, as respostas focaram em ações de suporte e acalmamento. Estratégias como “Tento oferecer água mas nunca falar muito”, “Fico ao lado da pessoa que está tendo o ataque, ofereço ajuda e apoio”, “Lembrando a pessoa de respirar e deixar ela em um lugar arejado e com espaço ao redor”, e “Estando presente para a pessoa, afirmando que ela está segura, ajudando-a a respirar e mostrando empatia e compreensão” foram frequentemente mencionadas. A importância do contato físico

e da comunicação calma também foi destacada: “Meu irmão teve uma fase muito feia de ataques. No caso dele ajudava fazer um contato fixo como um abraço ou segurar a mão e falar lentamente palavras de segurança alternando com auxílio na respiração”.

A questão da vergonha em demonstrar sintomas foi percebida de forma dividida por este grupo. Enquanto 17 pessoas relataram que seus conhecidos sentiam vergonha, 10 afirmaram que a pessoa com transtorno de pânico sentia-se à vontade para falar sobre o assunto. Essa dualidade reforça a complexidade do estigma social e a variação individual na forma como as pessoas lidam com a exposição de sua vulnerabilidade. Os relatos adicionais deste grupo sublinham a dificuldade de quem presencia uma crise em saber como agir e a importância da empatia. “Parabéns quem presencia é um momento delicado, porque não sabia como agir, o que falar ou como ajudar da melhor forma. Às vezes a gente nem sabe e nem a pessoa muitas vezes não sabe como ou o que desencadeou a crise. Mas a empatia ajuda a ser mais humanos e sensíveis à dor do outro, tentando ajudar e não a julgar.” Esse depoimento reflete a sensação de impotência vivida por quem presencia uma crise e reforça a importância de orientações claras sobre como agir diante de um ataque de pânico.

Quatro profissionais (3 psicólogos e 1 psiquiatra) contribuíram com suas perspectivas clínicas sobre o tratamento de ansiedade e ataques de pânico. Suas respostas forneceram um panorama sobre a duração do tratamento e as metodologias empregadas.

Em relação à quantidade de sessões necessárias para observar uma melhora, as respostas variaram, refletindo a individualidade de cada caso. Um profissional afirmou que “Varia muito de paciente para paciente. Tem pacientes que em poucos meses conseguem redução ou conseguem lidar melhor com a ansiedade, tem outros que demoram anos principalmente por esses ataques estarem enraizados em traumas profundos”. Outro indicou que “Em média, entre 4 e 8 sessões (1 a 2 meses com frequência semanal) os pacientes já relatam redução na intensidade e/ou frequência dos ataques de pânico, especialmente quando há boa aliança terapêutica e uso de técnicas específicas”. Um terceiro mencionou “Entre 10 - 20 consultas”. Essa diversidade de respostas sublinha a natureza complexa e multifacetada dos transtornos de pânico, que podem estar enraizados

em experiências traumáticas e demandar abordagens terapêuticas personalizadas e de longo prazo.

Quanto aos métodos e ferramentas utilizados no tratamento, os profissionais citaram uma variedade de abordagens. As técnicas mencionadas incluíram “várias formas de viagem a fantasia e roleplaying, embasados na experiência vivida pelo paciente”, com ênfase na “presentificação, o foco na sensação e percepção do agora”. Outros métodos citados foram “Técnicas de relaxamento, Técnicas de exposição (in vivo ou imaginada), Técnica de reestruturação cognitiva, ampliação de repertório de enfrentamento”. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi explicitamente mencionada, com a aplicação de “Psicoeducação, RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais), Reestruturação Cognitiva, as exposições, prevenção de recaída”.

Os relatos dos profissionais reforçam a importância de uma abordagem terapêutica integrada, que combine diferentes técnicas e se adapte às necessidades individuais do paciente. A psicoeducação, a reestruturação cognitiva e as técnicas de exposição emergem como pilares no tratamento dos ataques de pânico, visando não apenas a redução dos sintomas, mas também a capacitação do paciente para lidar com a ansiedade e prevenir recaídas.

### 3.1.2 Entrevistas

Para complementar a compreensão sobre os ataques de pânico e suas implicações, foram realizadas entrevistas com profissionais da área da psicologia e psiquiatria. Nelas buscou-se aprofundar o conhecimento sobre a perspectiva clínica, os métodos de tratamento e as necessidades percebidas no manejo diário dos pacientes. Foram entrevistados:

- a) **Profissional 1 (Psicóloga):** Psicóloga com formação em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e especialização em gerontologia e gestão de pessoas. Possui experiência de 10 anos em psiquiatria hospitalar e atua em consultório;
- b) **Profissional 2 (Psicóloga):** Psicóloga social e clínica;
- c) **Profissional 3 (Psiquiatra):** Médico, pós-graduado em Psiquiatria.

Ambas as psicólogas entrevistadas relataram a predominância de pacientes com transtornos de ansiedade e ataques de pânico em suas práticas. A Profissional

1 destacou sua experiência em ambiente hospitalar, onde muitos pacientes eram internados devido a essas condições, e observou um aumento contínuo desses casos em consultório. A Profissional 2, por sua vez, enfatizou a diversidade de manifestações do pânico, que pode ser um sintoma isolado ou parte de um TP ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Quanto ao perfil de gênero, há um consenso entre as psicólogas de que a maioria dos pacientes são mulheres. A Profissional 1 atribui essa predominância à maior procura feminina por atendimento psicológico e às múltiplas pressões sociais e tarefas que as mulheres enfrentam (obrigações domésticas, trabalho, filhos), que podem levar a um aumento da ansiedade. A Profissional 2 constata essa observação, mencionando estudos que indicam que mulheres têm duas a três vezes mais chances de desenvolver transtornos de ansiedade do que homens, relacionando isso a fatores hormonais, sociais e culturais, como a maior cobrança e a dificuldade de expressão emocional masculina, que pode levar a outras formas de enfrentamento, como o uso de substâncias, conforme também apontado pela Profissional 1.

Os sintomas descritos pelos profissionais são consistentes com a literatura clínica sobre Ataques de Pânico. A Profissional 1 detalhou uma série de manifestações físicas, incluindo dor no peito, taquicardia, falta de ar, sudorese, formigamento nas mãos, tontura e sensação de desmaio. Ela explicou o mecanismo fisiológico por trás desses sintomas, associando-os à hiperventilação e à ativação da resposta de “luta ou fuga” do corpo, que interpreta a situação como um perigo iminente. A Profissional 2 também listou sintomas semelhantes, como falta de ar, taquicardia, sensação de desmaio, tontura, calafrios, confusão e tremores, além de enfatizar o intenso medo de morrer ou de perder o controle, mesmo em situações sem risco real aparente. Ambas as profissionais ressaltaram a importância de descartar condições orgânicas antes de diagnosticar um ataque de pânico.

O tratamento dos ataques de pânico, segundo as entrevistadas, envolve uma abordagem multifacetada, frequentemente combinando psicoterapia e, quando necessário, medicação psiquiátrica. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é amplamente indicada. A Profissional 1 destacou a psicoeducação como um pilar da TCC, ensinando o paciente a compreender os processos fisiológicos dos ataques, a identificar gatilhos e a desenvolver estratégias de enfrentamento, como a respiração diafragmática e a mudança de foco.

A Profissional 2 reforçou a importância da escuta ativa na terapia, adaptando a abordagem às particularidades de cada paciente e à origem de seus ataques. Ela enfatizou que a terapia é um processo contínuo e não uma “mágica” que elimina os sintomas rapidamente, como a medicação pode fazer em curto prazo. A psicóloga também salientou a necessidade de respeitar o tempo do paciente para abordar traumas e a importância da medicação como suporte enquanto a terapia avança. A identificação de padrões, a construção de uma rede de apoio e a manutenção de uma rotina saudável (sono, alimentação, uso de substâncias) foram citadas como elementos cruciais para o sucesso do tratamento.

Ambas as psicólogas identificaram a falta de informação e a persistência do tabu em torno da saúde mental como grandes desafios no dia a dia dos pacientes. A Profissional 1 defendeu a necessidade de mais discussão e orientação sobre o tema, visando a desmistificação e o aumento do conhecimento na comunidade em geral, o que facilitaria o manejo e o suporte aos indivíduos em crise. Ela citou o trabalho de capacitação em empresas para identificar e manejar sintomas de ansiedade e depressão como um exemplo de iniciativa positiva.

Sobre as recaídas, a Profissional 1 explicou que, como o transtorno de ansiedade muitas vezes está associado a uma personalidade mais ansiosa, é improvável que o indivíduo deixe de ser ansioso. No entanto, ele pode aprender a controlar a ansiedade por meio de medicação e estratégias de enfrentamento. Recaídas podem ocorrer, e nestes casos, é fundamental revisitar o contexto, os gatilhos e as estratégias utilizadas. A Profissional 2 acrescentou que a desistência do tratamento, tanto psicoterápico quanto psiquiátrico, pode levar a recaídas, pois a terapia fortalece o paciente para lidar com os desafios diários. Ela enfatizou que a terapia ajuda o paciente a entender seus limites, sintomas e a estar mais preparado para lidar com as situações, mesmo que os ataques possam surgir novamente.

O psiquiatra entrevistado complementa a perspectiva das psicólogas ao representar a vertente médica do tratamento. A psiquiatria é fundamental no diagnóstico diferencial e na prescrição de medicamentos que auxiliam no controle dos sintomas agudos e na estabilização do quadro, permitindo que a psicoterapia seja mais eficaz. A colaboração entre psicólogos e psiquiatras é, portanto, essencial para uma abordagem integral e eficaz no tratamento dos ataques de pânico e transtornos de ansiedade.

Foram entrevistadas pessoas que vivenciam ou já vivenciaram ataques de pânico, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre o tema a partir da perspectiva de quem sente na prática os efeitos do transtorno. Os relatos revelaram uma série de gatilhos comuns, embora a imprevisibilidade das crises também tenha sido uma constante. Entre os fatores mais citados, destacam-se:

- a) **ambientes sociais:** locais com grande número de pessoas, espaços fechados ou aglomerados foram descritos como situações geradoras de desconforto e sensação de deslocamento, muitas vezes precipitando a crise;
- b) **estresse pós-traumático:** períodos de sobrecarga no trabalho, conflitos interpessoais ou eventos emocionalmente intensos foram mencionados como possíveis gatilhos;
- c) **eventos inesperados:** em alguns casos, os ataques ocorreram em ambientes familiares ou momentos de lazer, sem que houvesse um motivo claro, o que amplia a sensação de incerteza e insegurança.

Os sinais de alerta variam entre os indivíduos, mas incluem sintomas como ansiedade crescente, inquietação, dificuldade de concentração, leve pressão no peito, sensação de "desligamento", cansaço extremo ou mesmo silêncio repentino, identificado por alguns como uma "ansiedade silenciosa".

A sensação de perda de controle foi unanimemente descrita como o aspecto mais angustiante da experiência. Um dos entrevistados relatou: "parece que minha mente se desconecta, e eu não sei mais o que fazer ou como sair daquela situação". Essa perda da capacidade de reagir racionalmente intensifica o medo e o sofrimento.

Em relação à companhia durante as crises, as respostas foram divergentes. Enquanto algumas pessoas relatam preferir o isolamento para processar o ataque em silêncio, outras se sentem mais seguras na presença de alguém de confiança, mesmo que a interação verbal seja mínima. A presença física de outra pessoa pode representar um suporte emocional importante para atravessar o episódio.

As estratégias de enfrentamento citadas são diversas e muitas vezes desenvolvidas por tentativa e erro. Entre as mais recorrentes, destacam-se:

- a) **foco na respiração:** técnicas de respiração consciente, lenta e profunda são utilizadas para regular a hiperventilação e reduzir a intensidade dos sintomas físicos;

- b) **distração e mudança de foco:** escutar música, caminhar, repetir mentalmente frases como “isso vai passar” ou “eu estou segura”, ajudam a deslocar o foco da atenção dos sintomas para outra atividade;
- c) **busca por tranquilidade sensorial:** ambientes com iluminação suave, silêncio ou sons leves são preferidos. O uso de cores claras como azul, verde e lilás, bem como texturas macias (como cobertores, moletom e plush), promovem conforto emocional e sensação de segurança;
- d) **intervenção medicamentosa:** o uso de ansiolíticos, como o Rivotril, foi citado como um recurso eficaz para interromper a crise, embora os próprios entrevistados reconheçam que essa estratégia não resolve o problema a longo prazo;
- e) **autoconhecimento e práticas integrativas:** atividades como Reiki, Yoga e meditação foram mencionadas como aliadas na redução da frequência e intensidade das crises. Para alguns, tais práticas ajudam a “acalmar a mente” e “reconhecer os sinais com antecedência”.

Poucos relataram o uso de produtos ou aplicativos desenvolvidos especificamente para o enfrentamento das crises. A maioria criou suas próprias rotinas de enfrentamento com base em experiências pessoais e no que se mostrou eficaz ao longo do tempo.

Por outro lado, ambientes com sons altos, estímulos intensos, agitação visual ou confusão sensorial foram consistentemente apontados como fatores que agravam os sintomas. Em contraste, espaços tranquilos, com sons naturais (chuva, ondas do mar, vento) e música instrumental suave foram associados a alívio e recuperação.

Ao serem questionados sobre o que imaginam como um recurso ideal para o momento da crise, surgiram sugestões como: um espaço ou produto que combine música calma, instruções de respiração guiada, simulação de ambientes naturais e elementos para expressão pessoal, como escrita ou desabafo. A presença de cores suaves e texturas aconchegantes foi citada como um diferencial visual e tátil para indução de calma.

Por fim, os relatos evidenciam uma percepção recorrente de que a sociedade ainda minimiza os ataques de pânico. Comentários como “as pessoas acham que é frescura” e “sentia vergonha de contar para não ser julgada” revelam a necessidade urgente de ampliar o diálogo sobre o tema. A aceitação da condição e

o desenvolvimento da autocompaixão foram apontados como passos fundamentais no processo de manejo e superação.

## 3.2 USUÁRIOS

O projeto tem como público-alvo jovens e adultos entre 18 e 40 anos que convivem com episódios de Transtorno de Pânico, diagnosticados ou não, e que buscam alternativas acessíveis e acolhedoras para lidar com os sintomas durante as crises. Os dados levantados indicam que a maioria desse público já vivenciou ataques em ambientes públicos ou de convívio social, como universidades, locais de trabalho e transporte coletivo, o que frequentemente gera sentimentos de vulnerabilidade, medo, vergonha e isolamento.

Esse grupo se caracteriza por uma forte necessidade de autonomia e segurança emocional, demonstrando interesse por estratégias de enfrentamento não medicamentosas, como técnicas de respiração, sons relaxantes, ambientes sensoriais tranquilos, cores suaves e texturas confortáveis. Muitos relatam dificuldade em encontrar recursos adequados que possam ser utilizados de forma discreta e eficaz no momento da crise.

Além disso, nota-se a carência de suporte emocional e compreensão por parte do meio social, o que intensifica a sensação de desamparo. Assim, este projeto destina-se a um público que valoriza recursos simples, funcionais e afetivos, capazes de oferecer alívio imediato e contribuir para o fortalecimento do autocuidado.

### 3.2.1 Personas

Com base nos dados obtidos por meio do questionário aplicado e das entrevistas qualitativas realizadas durante a pesquisa, foram elaboradas três personas representativas. Essas personas têm o objetivo de sintetizar perfis reais de indivíduos que vivenciam o Transtorno de Pânico, contribuindo para a compreensão aprofundada de suas necessidades, comportamentos e experiências emocionais.

Segundo Vianna *et al.* (2012), as personas são personagens semi fictícios criados a partir de dados reais, com o propósito de representar diferentes tipos de usuários, permitindo ao designer colocar-se no lugar do outro e desenvolver

soluções mais empáticas e eficazes. Ao representar os usuários de forma humanizada, as personas ajudam a direcionar as escolhas projetuais com base em informações concretas, indo além de suposições genéricas.

A construção dessas representações tende, portanto, a tornar visíveis as dores, medos e expectativas do público-alvo, orientando o projeto para soluções que considerem não apenas as funcionalidades desejadas, mas também os aspectos emocionais e sensoriais envolvidos no processo de enfrentamento do transtorno de pânico.

Figura 6 - Persona Mariana



Fonte: desenvolvido pela autora com auxílio da Inteligência Artificial do Google, Gemini (2025).

A primeira persona é Mariana, uma mulher de 27 anos que atua como professora da educação infantil. Reside em área urbana e divide apartamento com uma colega de trabalho. Mariana começou a ter ataques de pânico aos 24 anos, em meio a um período de sobrecarga emocional no ambiente escolar e conflitos familiares. Suas crises costumam ocorrer em locais públicos, como mercados e ônibus, e são acompanhadas de medo de perder o controle diante de outras pessoas. Embora tenha feito psicoterapia e uso pontual de medicação, ela busca alternativas naturais que proporcionem alívio imediato. Mariana valoriza soluções discretas, que não a exponham, e recursos sensoriais que transmitem calma e segurança. Citação representativa: "Só preciso de algo que me lembre que estou segura e que vai passar."

Figura 7 - Persona Carlos



Fonte: desenvolvido pela autora com auxílio da Inteligência Artificial do Google, Gemini (2025).

A segunda persona é Carlos, um homem de 34 anos que trabalha como motorista de aplicativo. Mora com a esposa e dois filhos pequenos em uma cidade de médio porte. Carlos vivenciou seu primeiro ataque de pânico ao volante, durante uma corrida noturna, e desde então evita determinados trajetos e situações que o façam sentir-se preso no trânsito. Embora seja prático em sua rotina, ele reconhece suas limitações diante das crises, mas ainda sente dificuldade de conversar sobre o assunto. Para ele, um recurso ideal seria aquele que pudesse ser usado rapidamente dentro do carro, ajudando a controlar os sintomas iniciais e proporcionando uma sensação de segurança, sem interferir em sua atividade profissional. Citação representativa: "É difícil explicar pra alguém que nunca passou por isso o quanto parece real."

Figura 8 - Persona Helena



Fonte: desenvolvido pela autora com auxílio da Inteligência Artificial do Google, Gemini (2025).

A terceira persona é Helena, uma maquiadora autônoma de 22 anos que mora com os pais em uma cidade grande. Suas crises começaram no início da vida adulta, associadas à ansiedade em contextos sociais e de atendimento ao público. Helena sente desconforto em eventos com muitas pessoas e relata sintomas físicos intensos antes de cada compromisso profissional. Já experimentou práticas como yoga e meditação, mas sente falta de um recurso mais direcionado e aplicável no momento da crise. Para ela, seria importante contar com um ambiente digital acolhedor, que oferecesse instruções de respiração, sons relaxantes e elementos visuais que transmitisse serenidade. Citação representativa: "Eu me conheço, mas às vezes nem isso basta. Preciso de algo que me ajude a lembrar que vai passar."

Essas três personas evidenciam as diferentes formas com que o Transtorno de Pânico se manifesta e é vivenciado, além de revelar como cada indivíduo constrói estratégias próprias de enfrentamento, muitas vezes sem apoio estruturado. Elas reforçam a necessidade de projetar soluções acessíveis, sensoriais e afetivas, que considerem tanto a diversidade das experiências quanto os pontos em comum: o medo da perda de controle, o desejo de autonomia e a busca por acolhimento.

### 3.3 BRIEFING

O briefing é uma ferramenta fundamental no processo de design, pois estabelece os parâmetros iniciais do projeto, orientando suas decisões a partir da identificação clara do problema, dos objetivos e das necessidades do público-alvo. Como destaca Lupton (2014), "o design é uma forma de pensar visualmente sobre ideias, experiências e sistemas", dessa forma, o briefing estrutura os elementos norteadores que guiarão o desenvolvimento de produto, marca e serviço de forma integrada deste projeto.

#### **O quê?**

O projeto propõe o desenvolvimento de um produto físico sensorial voltado ao acolhimento emocional de pessoas que convivem com Transtorno de Pânico. A solução é composta por três elementos interligados: o produto em si, uma marca que represente os valores do projeto, e um serviço de suporte que amplie a experiência do usuário.

### **Por quê?**

O Transtorno de Pânico impacta de forma profunda a qualidade de vida dos indivíduos, interferindo em sua autonomia, relações sociais, desempenho profissional e bem-estar emocional, como mostrado no decorrer deste projeto. Os dados obtidos nesta pesquisa apontam para a falta de recursos acessíveis e específicos que auxiliem durante os episódios, além de uma carência de compreensão social sobre a gravidade e a natureza da condição. Assim, há uma oportunidade para o design atuar como mediador de experiências.

### **Para quem?**

O público-alvo são jovens e adultos entre 18 e 40 anos, que convivem com o Transtorno de Pânico de forma diagnosticada ou não, e que buscam alternativas acessíveis, acolhedoras e não invasivas para enfrentar os sintomas durante os momentos críticos. São pessoas que valorizam a autonomia, o autocuidado e recursos sensoriais como forma de regulação emocional, muitas vezes sem o suporte necessário no ambiente ao redor como descrito anteriormente.

### **Proposta**

Este projeto propõe, por meio do design emocional e ergonômico, um suporte eficaz ao enfrentamento do Transtorno de Pânico. A premissa é que estímulos visuais, sonoros e táteis, em conjunto com a interação afetiva, podem diminuir o impacto emocional e fisiológico dos episódios. A hipótese central sustenta que a minimização dos efeitos sensoriais e emocionais dos Ataques de Pânico é viável através de um sistema integrado de produto, marca e serviço, concebido sob os princípios do design emocional e do design centrado no ser humano. O objetivo é, assim, prover uma solução que não apenas aborde os sintomas, mas que também promova conforto, empatia e sensação de segurança de maneira imediata e discreta.

### **Como?**

A marca será concebida com base nos princípios de identidade propostos por Wheeler (2008), que afirma que marcas eficazes devem comunicar de forma clara e coerente os valores centrais do projeto, promovendo identificação emocional

e confiança. O serviço, por sua vez, será desenvolvido conforme o modelo de Design de Serviços apresentado por Stickdorn e Schneider (2014), que enfatizam a importância da experiência integrada e contínua do usuário. Já o produto será fundamentado nas diretrizes de Löbach (2001), que define o design industrial como a configuração de objetos dentro de um sistema funcional, comunicativo e simbólico.

## 4 DESENVOLVIMENTO

Esta seção apresenta os resultados obtidos ao longo do desenvolvimento do projeto Acal-me, descrevendo de maneira sistematizada as decisões e encaminhamentos registrados no dossiê do projeto. O capítulo organiza os achados provenientes da pesquisa, das análises de contexto, das necessidades identificadas e das experimentações formais e funcionais. Para aprofundamento nas representações gráficas, nos diagramas e nas especificações técnicas, recomenda-se consultar o dossiê completo e o MIV da marca, anexados ao final deste documento.

### 4.1 DIRETRIZES CONCEITUAIS E IDENTIDADE DA MARCA

Os primeiros resultados obtidos dizem respeito à definição do posicionamento da marca Acal-me e às diretrizes conceituais que orientam todas as etapas subsequentes. O projeto parte do princípio de que a experiência do usuário em situações de crise de pânico demanda acolhimento, clareza e segurança, elementos que orientaram tanto a identidade visual quanto o desenvolvimento do serviço. A marca foi construída a partir da necessidade de representar serenidade sem fragilidade, traduzindo visualmente a promessa de apoio constante.

Figura 9 - Marca Acal-me



Fonte: desenvolvido pela autora (2025).

A Figura 9 apresenta a marca Acal-me, desenvolvida como identidade visual do projeto. O elemento gráfico central, combinado à tipografia orgânica, busca transmitir sensações de acolhimento, leveza e estabilidade emocional, alinhadas aos propósitos do serviço. Nesta figura são exibidas tanto a aplicação do símbolo quanto sua variação acompanhada do padrão visual característico da marca.

O processo de naming, pesquisa prévia em bancos do INPI, testes de legibilidade e exploração de alternativas gráficas resultaram em uma identidade que equilibra suavidade e estabilidade. Esses resultados podem ser observados no Manual de Identidade Visual (MIV), onde constam detalhadamente a paleta cromática, a tipografia, as construções geométricas do símbolo e suas aplicações. O MIV também apresenta as diretrizes de alinhamento institucional que orientam o aplicativo, o produto físico e os materiais de apoio.

#### 4.2 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO: ESTUDOS DE FORMA, ERGONOMIA E FUNCIONAMENTO

Ao longo do processo, foram realizadas análises ergonômicas, estudos de gestos, simulações dimensionais e experimentações com materiais. O dispositivo precisava, simultaneamente, atender a requisitos funcionais e emocionais, oferecendo ao usuário uma sensação imediata de segurança ao toque.

Figura 10 - Controle da Acal-me



Fonte: desenvolvido pela autora (2025).

A Figura 10 apresenta que a forma final é consequência de um conjunto de iterações que partiram de modelos volumétricos simples até composições mais complexas, buscando otimizar encaixe na mão, peso equilibrado e superfície suave. Paralelamente, foram analisados dados de antropometria e sensibilidade tátil para garantir que o dispositivo pudesse ser utilizado tanto em repouso quanto em movimento. No dossiê encontram-se os esboços, protótipos de baixa e média fidelidade, análises da forma, contemplação de relevos e justificativas.

Figura 11 - Usuário do Controle da Acal-me



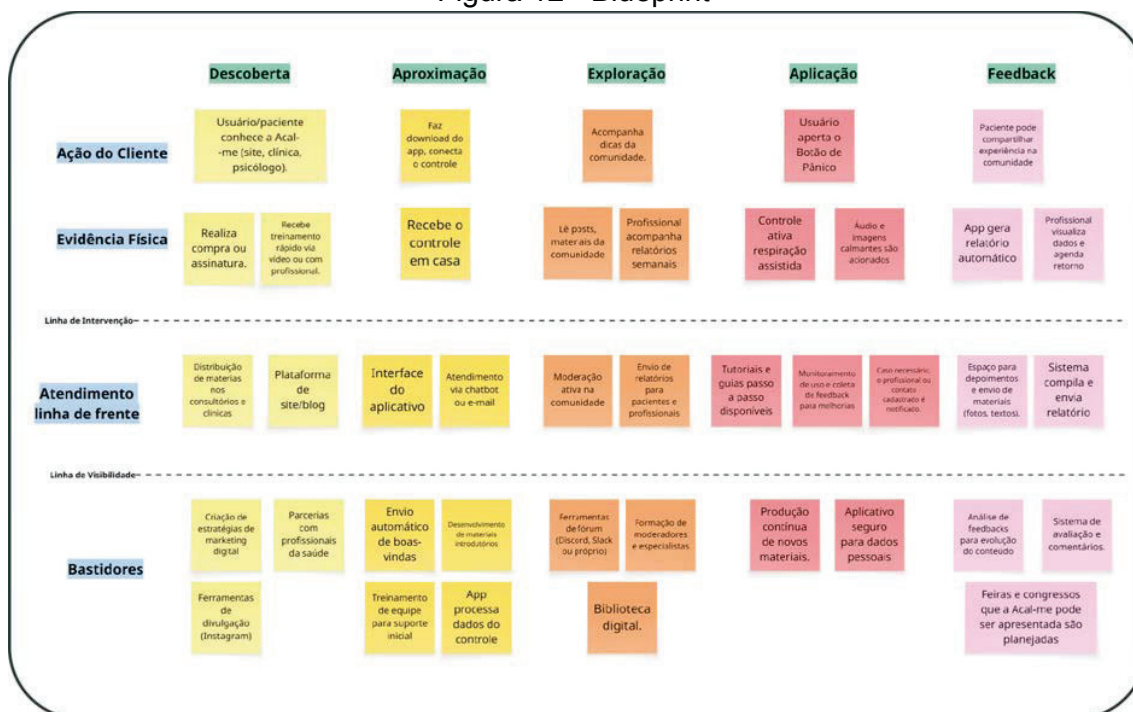
Fonte: desenvolvido pela autora com auxílio da Inteligência Artificial do Google, Gemini (2025).

No plano técnico, os resultados incluem a definição dos componentes internos, como bateria recarregável, LEDs internos e microcontrolador. Cada decisão foi acompanhada por análises comparativas, também registrados no dossiê. Assim, o produto final representa a convergência entre função tecnológica e intenção emocional, propondo um artefato acessível, intuitivo e coerente com o propósito do projeto.

### 4.3 ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO E ORGANIZAÇÃO DO ECOSISTEMA

A complexidade emocional e prática envolvida no manejo de crises de pânico exigiu a criação de um ecossistema que integrasse o dispositivo físico, um aplicativo e o acompanhamento profissional. Por esse motivo, ferramentas de análise de serviço, como blueprint, mapa de stakeholders, jornadas do usuário e Eixos de Polaridade, foram aplicadas para identificar lacunas, necessidades e oportunidades.

Figura 12 - Blueprint



Fonte: desenvolvido pela autora (2025).

Os resultados mostram que o serviço é organizado em camadas complementares: Uso cotidiano (funções preventivas e de monitoramento); Momento de crise (modos de emergência, ativação rápida e condução guiada); Acompanhamento profissional (acessos específicos para profissionais da área); Comunidade (troca de informações e apoio coletivo); Configurações e personalizações (adaptação da experiência às necessidades individuais).

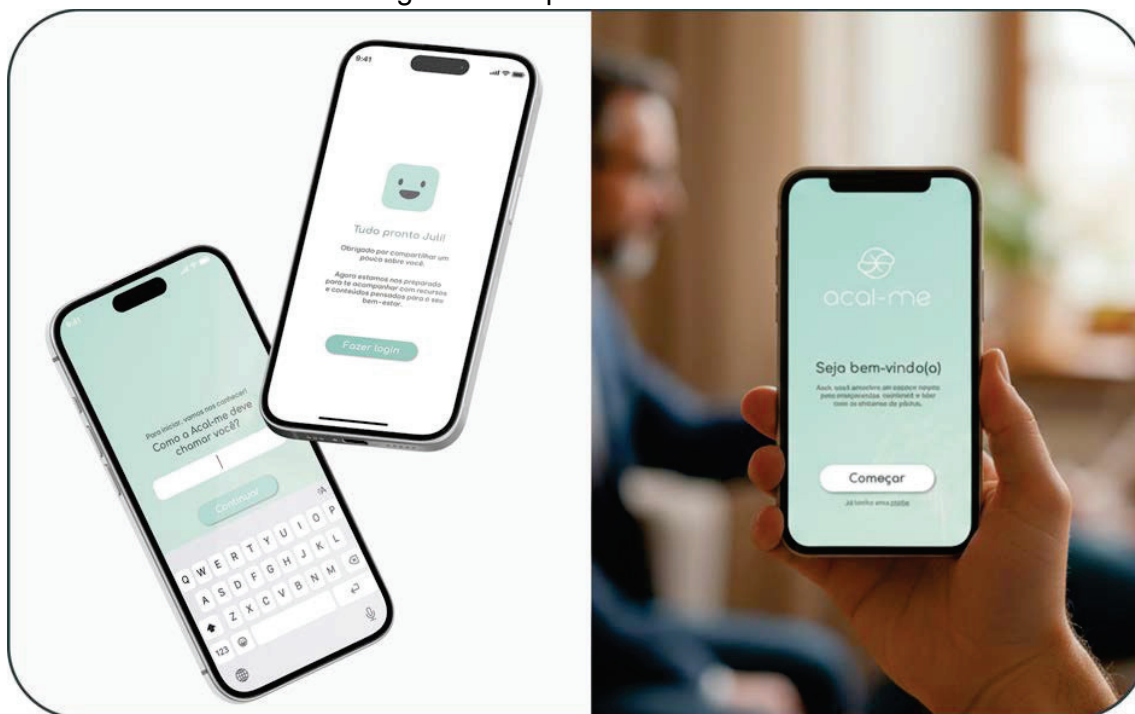
Os fluxos completos do serviço, incluindo etapas de cadastro, conexão com o dispositivo, registro de crises, acompanhamento gráfico e interações com profissionais, encontram-se organizados no dossiê. Esses diagramas permitem

compreender o funcionamento sistêmico da solução, evidenciando a importância da complementaridade entre tecnologia e suporte humano.

#### 4.4 RESULTADOS REFERENTES AO APLICATIVO: INTERFACE, FUNCIONALIDADES E EXPERIÊNCIA

O desenvolvimento do aplicativo resultou em um conjunto de telas, funcionalidades e protótipos navegáveis que atendem às diferentes etapas da experiência do usuário. A interface foi projetada considerando princípios de design emocional e cognitivo, com foco na simplicidade visual, clareza na hierarquia de informações e redução de estímulos. Os resultados incluem o diário emocional, monitoramento de dados, registro de crises, comunidade digital, personalização de modos de respiração, configurador do botão de pânico e painel profissional.

Figura 13 - Aplicativo Acal-me



Fonte: desenvolvido pela autora e com auxílio da Inteligência Artificial do Google, Gemini (2025).

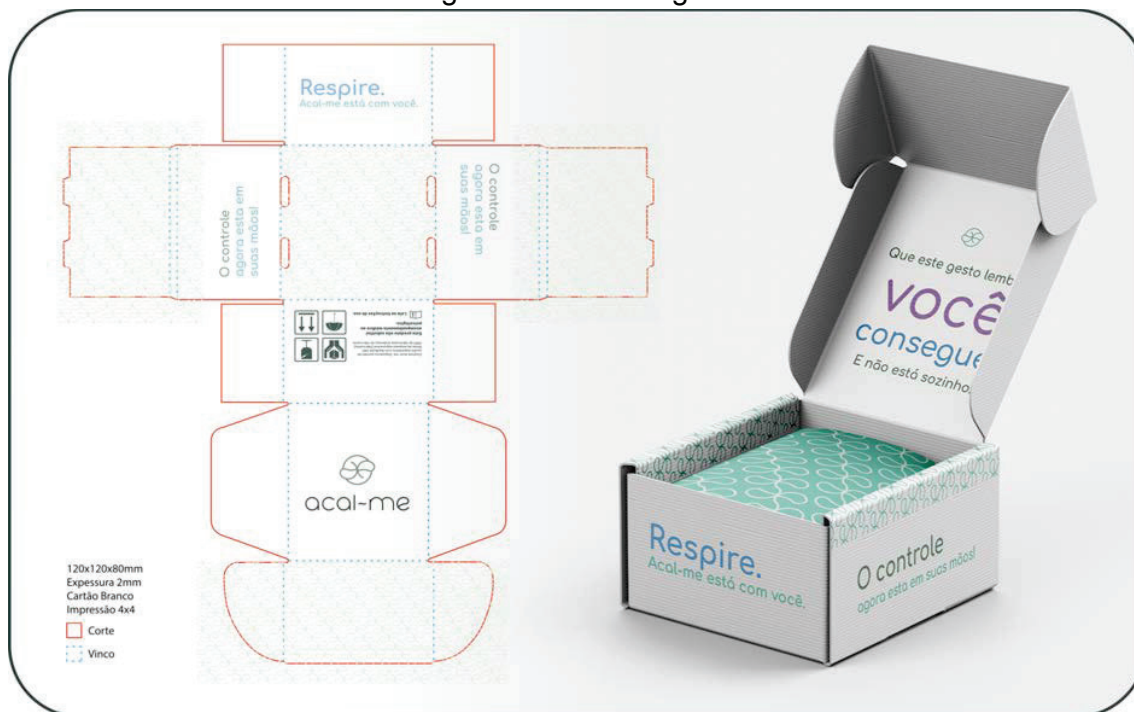
Cada tela foi construída a partir de testes visuais e comparações entre alternativas, registradas no dossiê. A organização das funções reflete a necessidade de que o usuário, em situações de vulnerabilidade, consiga agir rapidamente sem sobrecarga cognitiva. Já o painel profissional foi estruturado para fornecer dados

úteis, respeitando privacidade e limites éticos. As versões finais dessas telas, acompanhadas de seus respectivos racionais, estão disponíveis no dossiê do projeto.

#### 4.5 EMBALAGEM, INSTRUÇÕES E MATERIAIS COMPLEMENTARES

Os resultados também abrangem materiais de apoio que ampliam a experiência do usuário com o sistema Acal-me. A embalagem foi desenvolvida considerando a preservação do dispositivo, a clareza da comunicação visual e o reforço do posicionamento da marca. Especificações como dimensões, dobras, cortes e acabamentos foram detalhadas e podem ser encontradas no dossiê.

Figura 14 - Embalagem



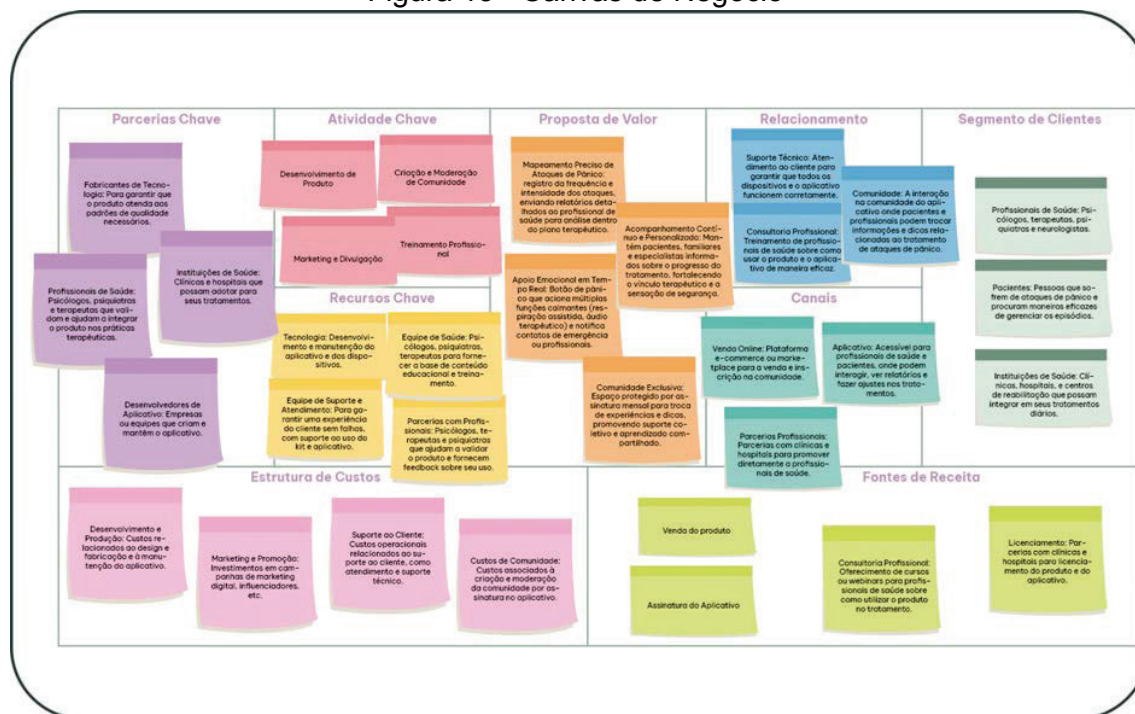
Fonte: desenvolvido pela autora (2025).

Além disso, foram elaborados manual de uso, instruções de cuidados, impressos complementares e elementos que compõem a abertura da caixa. Esses materiais auxiliam na compreensão inicial do produto e reforçam a relação entre o usuário e o serviço, acompanhando a proposta de acolhimento presente em todas as etapas do projeto.

## 4.6 FERRAMENTAS DE ANÁLISE, PLANEJAMENTO E VALIDAÇÃO

O dossiê reúne ainda os resultados de diversas ferramentas metodológicas aplicadas ao longo do projeto. Entre elas estão o Business Model Canvas, AT-ONE, análises de mercado, benchmarking, mapa de stakeholders e roadmap. Cada ferramenta contribuiu com insights específicos: identificação de concorrentes indiretos, estrutura de custos, potenciais parceiros, necessidades técnicas, etapas futuras de validação e possíveis modelos de monetização.

Figura 15 - Canvas de Negócio



Fonte: desenvolvido pela autora (2025).

Esses resultados fornecem base estratégica para a continuidade do projeto, indicando caminhos viáveis para sua implementação real, bem como limitações e cuidados necessários no processo de validação clínica e certificação do dispositivo.

## 5 CONCLUSÃO

Esta monografia teve como objetivo compreender, por meio de uma abordagem metaprojetual, as experiências, emoções e necessidades de pessoas que convivem com o Transtorno de Pânico, a fim de gerar elementos para a construção de uma proposta fundamentada no design emocional. A estruturação da pesquisa seguiu os níveis metaprojetuais, o que permitiu organizar o processo investigativo e projetual de forma consistente e orientada pelo usuário.

Partiu-se da observação de um problema social relevante e silencioso: a vivência recorrente da ansiedade que gera ataques de pânico e a ausência de recursos acessíveis que auxiliem os indivíduos durante e após esses episódios. A escolha do tema emergiu da análise desse cenário, considerando as limitações enfrentadas pelos sujeitos afetados, os impactos emocionais e funcionais gerados pelas crises e as possibilidades de atuação do design na criação de experiências de apoio.

A primeira etapa do trabalho consistiu em aprofundar o entendimento sobre os transtornos de ansiedade, com foco específico no Transtorno de Pânico. A literatura consultada evidencia que o transtorno envolve uma combinação de fatores fisiológicos, cognitivos, emocionais e ambientais, o que o torna especialmente desafiador tanto para o indivíduo quanto para os profissionais que o acompanham. Compreender essa complexidade foi fundamental para embasar o direcionamento projetual.

O estudo do design emocional, sobretudo a partir das contribuições de Desmet e Hekkert (2009), foi essencial para construir a base conceitual do projeto. Esses autores ressaltam que o design pode influenciar estados emocionais e contribuir para experiências de conforto, calma e segurança, especialmente em situações de vulnerabilidade. Essa compreensão sustentou decisões sobre forma, materialidade, cor, interface e comportamento do produto, articulando a estética com funções emocionais e comportamentais.

Outro eixo teórico importante foi o design ergonômico, orientado por Lida e Buarque (2016), que permitiu incorporar no projeto análises sobre antropometria, usabilidade, gesto, peso e textura. Considerando que o usuário em crise apresenta limitações motoras e cognitivas, era essencial que o produto fosse intuitivo, confortável e facilmente acionável.

No campo do design de serviços, as contribuições de Stickdorn e Schneider (2014) foram fundamentais para estruturar o ecossistema da solução, permitindo projetar fluxos de uso, experiências distribuídas e pontos de contato que se estendem para além do objeto físico. Já o design de marca, com base em Wheeler (2008), possibilitou construir uma identidade coerente, sensível e capaz de comunicar acolhimento. Por fim, a visão sistêmica de Löbach (2001) apoiou a interligação entre produto, serviço e experiência, reforçando a lógica integrada que sustenta a Acal-me.

A pesquisa teórica e metodológica resultou no desenvolvimento do sistema Acal-me, composto por quatro grandes núcleos: identidade da marca, produto físico, aplicativo e serviço.

A identidade da marca foi construída de modo a representar acolhimento, estabilidade e serenidade. Cores, tipografias, formas e mensagens foram definidos para transmitir segurança sem rigidez, e sensibilidade sem fragilidade. O MIV consolida todas essas diretrizes.

O produto físico, denominado Controle, foi projetado a partir de estudos ergonômicos, sensoriais e funcionais. Sua forma foi pensada para adaptar-se naturalmente ao gesto de segurar, transmitindo conforto tátil, segurança e estabilidade. A funcionalidade de respiração guiada e iluminação suave atua como ferramenta de regulação emocional, auxiliando o usuário a retomar o ritmo respiratório e reduzir a escalada fisiológica da crise.

O aplicativo complementa o dispositivo ao oferecer registro de crises, diário emocional, modos guiados, acompanhamento profissional e uma comunidade de apoio. As telas foram projetadas com base na redução da carga cognitiva, priorizando clareza, simplicidade e legibilidade. O fluxo de navegação permite que o usuário acesse rapidamente funções essenciais, especialmente durante episódios de ansiedade.

O serviço integra todos esses elementos em um ecossistema, permitindo que profissionais acompanhem os usuários, que crises sejam registradas e analisadas, e que os dados coletados auxiliem no entendimento de padrões individuais. A estrutura do serviço garante continuidade no cuidado e facilita a comunicação entre usuário e terapeuta.

Além desses elementos, foram desenvolvidas a embalagem, o manual de uso e materiais complementares, reforçando a experiência de acolhimento desde o primeiro contato com o produto.

O conjunto desenvolvido demonstra que o design, aliado a metodologias centradas no usuário e a conhecimentos da saúde mental, pode contribuir significativamente para o enfrentamento de situações emocionais extremas. A Acal-me apresenta uma solução sensível, tecnicamente viável e coerente com as necessidades dos usuários pesquisados.

Entretanto, o projeto possui limitações naturais de um estudo acadêmico: os testes práticos foram limitados, o dispositivo não passou por ensaios clínicos e validações técnicas aprofundadas ainda serão necessárias para sua implementação real. A integração com profissionais da saúde também depende de questões éticas, regulamentares e logísticas que ultrapassam o escopo desta pesquisa.

Como perspectivas futuras, sugere-se ampliar a testagem do dispositivo a partir de estudos empíricos mais robustos, incluindo avaliações de usabilidade, testes clínicos supervisionados e análises fisiológicas que permitam validar cientificamente a eficácia dos recursos de regulação emocional propostos. O desenvolvimento de protótipos funcionais, capazes de simular de forma precisa os estímulos luminosos e táteis, configura-se como etapa essencial para a consolidação técnica do produto. Além disso, destaca-se a necessidade de aprofundar o sistema de monitoramento do aplicativo, incorporando métricas mais refinadas, análises preditivas e estratégias de personalização baseadas em dados comportamentais, garantindo maior precisão no acompanhamento das crises e na comunicação entre usuário e profissional.

Do ponto de vista estratégico, recomenda-se estabelecer parcerias com psicólogos, psiquiatras, terapeutas e instituições de saúde mental, de modo a legitimar o uso do sistema e ampliar sua aplicabilidade no contexto terapêutico. A colaboração interdisciplinar pode contribuir para aperfeiçoar protocolos de uso, adaptar funcionalidades a diferentes perfis clínicos e fortalecer a credibilidade do ecossistema. Também se abre a possibilidade de expansão da solução para outros transtornos de ansiedade, respeitando suas especificidades sintomatológicas e emocionais, o que permitiria a Acal-me evoluir para um sistema mais amplo de apoio em saúde mental, sensível às múltiplas formas de sofrimento psíquico e às necessidades emergentes da sociedade contemporânea.

Em síntese, o trabalho reafirma o papel do design como um campo capaz de articular complexidade, tecnologia e sensibilidade humana de maneira integrada. Ao lidar com um fenômeno multifacetado como o Transtorno de Pânico, o design demonstra sua potência não apenas como gerador de produtos, mas como mediador de experiências que envolvem dimensões emocionais, cognitivas e sociais. A transformação de dados subjetivos, como sentimentos de desamparo, gatilhos sensoriais e percepções corporais, em soluções tangíveis evidencia a capacidade do design de traduzir vulnerabilidades humanas em sistemas de apoio significativos.

A Acal-me, ao materializar essas informações em um dispositivo físico, um serviço estruturado e uma plataforma digital, mostra que é possível construir experiências que acolham, orientem e acompanhem o usuário em diferentes fases da crise. Dessa forma, o projeto contribui para trajetórias mais seguras, conscientes e autônomas, reafirmando que o design pode desempenhar um papel ativo na promoção do bem-estar emocional e na criação de ferramentas que ampliem a autonomia e a autocompreensão de indivíduos que convivem com ataques de pânico.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Laura Beatriz; SILVA, Carla Francielle da. **HelPanic: uma tecnologia para auxiliar pessoas com crises de pânico**. Revista Tecnologia e Sociedade, Curitiba, v. 16, n. 39, p. 232–249, jan./mar. 2020. DOI: 10.3895/rts.v16n39.9539. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/rts/article/view/9539>. Acesso em: 3 abr. 2025

AMBIENTES DIGITAL. **Vilo por la diseñadora británica Lucia Guest**. Disponível em: <https://ambientesdigital.com/vilo-lucia-guest/>. Acesso em: 9 ago. 2025.

ANTONELLI, Elisabeth. **O inacessível Gerson: um estudo sobre fobias e ataques de pânico**. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1–7, nov. 2005. Disponível em: [https://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/o\\_inacessivel\\_gerson\\_um\\_estudo\\_sobre\\_fobias\\_e\\_ataques\\_de\\_panico-2.pdf](https://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/o_inacessivel_gerson_um_estudo_sobre_fobias_e_ataques_de_panico-2.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. **O medo, a ansiedade e as suas perturbações**. PSICOLOGIA, [S. l.], v. 19, n. 1/2, p. 267–277, 2005. DOI: 10.17575/rpsicol.v19i1/2.407. Disponível em: <https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/407>. Acesso em: 3 abr. 2025.

BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic**. New York: Guilford Press, 1988.

BIAGGIO, Ângela M.; NATALCIO, Luiz; SPIELBERGER, Charles D. **Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 31-44, jul./set. 1977.

BOSSINI, Luigi; CASOLI, Patrizia; LORETI, Cinzia; CAPUA, Andrea de; RICCA, Valdo; DELLE CHIAIE, Roberto; FARAVELLI, Carlo. **Photosensitivity in Panic Disorder**. *Depression and Anxiety*, v. 26, n. 11, p. 933–937, 2009.

BOSSINI, Luigi; MAZZANTI, C.; PIACENTINI, Federico; DE CAPUA, Andrea; FIORENTINO, Laura; FARAVELLI, Carlo. **Illumination perception in photophobic patients suffering from panic disorder with agoraphobia**. *Journal of Psychiatric Research*, v. 31, n. 4, p. 453–457, 1997.

BOSSINI, Luigi; PIERACCINI, Francesca; DELLE CHIAIE, Roberto; CASSANO, Giovanni Battista; FARAVELLI, Carlo. **Photosensitivity and panic-agoraphobic spectrum: a pilot study**. *Rivista di Psichiatria*, v. 48, n. 4, p. 302–306, 2013.

BRAS, Leandro Cunha Diniz. **O design emocional e seu potencial afetivo nas corridas de rua imersivas: um estudo de caso sobre três corridas nos níveis visceral, comportamental e reflexivo**. São Paulo, SP: Blucher, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). **Ações realizadas pela Rede Ebserh/MEC buscam conscientizar sobre a importância da saúde mental.** Brasília, 31 jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/acoes-realizadas-pela-rede-ebserh-mec-buscam-conscientizar-sobre-a-importancia-da-saude-mental>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Com investimento de R\$ 45 milhões, Governo Federal lança estratégias para cuidar da saúde mental dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Brasília, 14 jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/com-investimento-de-r-45-milhoes-governo-federal-lanca-estrategias-para-cuidar-da-saude-mental-dos-brasileiros>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como está sua saúde mental em tempos de pandemia?** Ministério da Saúde, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/combate-ao-coronavirus/noticias/2021/como-esta-sua-saude-mental-em-tempos-de-pandemia>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Meditação diminui ansiedade e ajuda no combate à obesidade.** Ministério da Saúde, Brasília, out. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queroter-peso-saudavel/noticias/2018/meditacao-diminui-ansiedade-e-ajuda-no-combate-a-obesidade>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão.** Ministério da Saúde, Brasília, 22 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes.** Ministério da Saúde, Brasília, out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existentis>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de atenção psicossocial do SUS oferece atendimento às pessoas que vivem com algum tipo de transtorno mental.** Ministério da Saúde, Brasília, out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/rede-de-atencao-psicossocial-do-sus-oferece-atendimento-as-pessoas-que-vivem-com-algum-tipo-de-transtorno-mental>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental.** Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021**. Ministério da Saúde, Brasília, 11 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase-60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transtorno bipolar afeta cerca de 140 milhões de pessoas no mundo**. Ministério da Saúde, Brasília, 27 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtorno-bipolar-afeta-cerca-de-140-milhoes-de-pessoas-no-mundo>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transtornos de ansiedade podem estar relacionados a fatores genéticos**. Brasília, 21 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRINQUEDOS PARA AUTISMO. **Brinquedo Sensorial Tira de Silicone Fidget Anti Stress**. Disponível em: <https://brinquedosparaautismo.com.br/products/brinquedo-sensorial-tira-de-silicone-fidget-anti-stress>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRITTO, Ilma A. G. de S.; DUARTE, Ângela M. M. **Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 165–172, jul. 2004. Disponível em: <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/55>. Acesso em: 2 maio 2025.

BUARQUE, Itiro lida, L. **Ergonomia: projeto e produção**. 3.ed. São Paulo: Editora Blucher, 2016. E-book. pág.16. ISBN 9788521209355. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788521209355/>. Acesso em: 05 jul. 2025.

CAETANO, Ulisses Filemon Leite; ROLDO, Liane; GRANSOTTO, Larissa Rodrigues; KURBAN, Amir Elias Abdalla. **Design para o bem-estar: uma abordagem orientada para o pensamento sustentável e para sustentabilidade**. Estudos em Design, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 150–166, 2015. Disponível em: <https://www.eed.emnuvens.com.br/design/article/view/237>. Acesso em: 3 abr. 2025.

CAFÉ COM TARJA PRETA. **Ansiedade: como lidar com os sintomas**. *Podcast*, Spotify, 22 fev. 2024. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/23MqM6jrJxNBHvtmIMUiJV?si=I8lqTxhIS--2NGEjJB ywJw>. Acesso em: 3 abr. 2025.

CAFÉ COM TARJA PRETA. **Pânico: sintomas, causas e tratamento**. *Podcast*, Spotify, 15 mar. 2024. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/0itK5eUmmQWeFW55qNRbfd?si=uSvKfqkfSH6ZiY vZS2PTYg>. Acesso em: 3 abr. 2025.

CALVERA, Anna. **Treinando pesquisadores para o design: algumas considerações e muitas preocupações acadêmicas.** Revista Design em Foco, Salvador, v. 3, n. 1, p. 97-120, jan./jun. 2006. Universidade do Estado da Bahia.

CASTILLO, Ana Regina G. L.; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R.; MANFRO, Gisele G. **Transtornos de ansiedade.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, Supl. II, p. 20–23, dez. 2000.

CECCON, Marília. **Design emocional: contribuindo para uma nova forma de projetar.** 2009. Relatório de Iniciação Científica – Departamento de Artes e Design, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Orientadora: Vera Damazio. Disponível em: [https://www.puc-rio.br/ensinopesq/ccpg/pibic/relatorio\\_resumo2009/relatorio/ctch/art/marilia.pdf](https://www.puc-rio.br/ensinopesq/ccpg/pibic/relatorio_resumo2009/relatorio/ctch/art/marilia.pdf). Acesso em: 10 abr. 2025.

CHANG, Yu-Yu; TSAI, Jen-Chuen; SHIH, Tsung-Han; WU, Yi-Ching; HUANG, Yi-Kai; CHEN, Wei-Jung. **Heightened sensitivity to panic-related sounds with reduced sensitivity to neutral sounds in preattentive processing.** *Biological Psychology*, v. 146, 2019.

CLARK, D. M. **A cognitive approach to panic.** *Behaviour Research and Therapy*, v. 24, n. 4, p. 461-470, 1986.

CREPALDI, Claudia; SANTOS, Célio Teodorico dos. **Abordagens metodológicas para o design emocional: uma revisão bibliográfica sistemática.** HFD, v. 7, n. 14, p. 74–94, dez. 2018. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/hfd/article/view/2316796307142018074/8990>. Acesso em: 30 mar. 2025

DAMAZIO, Vera; TONETTO, Leandro Miletto. **Design emocional e design para o bem-estar: marcos, referências e apontamentos.** Estudos em Design, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 156–170, 2022. ISSN 1983-196X. Disponível em: <https://periodicos.ufrj.br/index.php/estudosdesign/article/view/37125>. Acesso em: 3 abr. 2025.

DEMIR, Erdem; DESMET, Pieter M. A.; HEKKERT, Paul. **Appraisal patterns of emotions in human-product interaction.** *International Journal of Design*, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 41–51, ago. 2009. Disponível em: <https://www.ijdesign.org/index.php/IJDesign/article/view/587/0>. Acesso em: 10 abr. 2025.

DESMET, Pieter M. A. **A multilayered model of product emotions.** *The Design Journal*, v. 6, n. 2, p. 4–13, jul. 2003. DOI: 10.2752/146069203789355480.

DESMET, Pieter M. A.; HEKKERT, Paul. **Special issue editorial: Design & emotion.** *International Journal of Design*, Toronto, v. 3, n. 2, p. 1–6, ago. 2009.

DESMET, Pieter M. A.; OVERBEEKE, Kees J.; TAX, Stefan J. E. T. **Designing Products with Added Emotional Value: Development and Application of an Approach for Research through Design.** *The Design Journal*, Londres, v. 4, n. 1, p. 32–47, mar. 2001. DOI: 10.2752/146069201789378496.

DESMET, Pieter M. A.; POHLMAYER, Anna E. **Positive design: an introduction to design for subjective well-being**. *International Journal of Design*, Toronto, v. 7, n. 3, p. 5–19, nov. 2013.

DEZEEN. **Vilo is a handheld device designed to provide comfort after pregnancy loss**. Dezeen, 13 ago. 2025. Disponível em: <https://www.dezeen.com/2025/08/13/vilo-design-lucia-guest-pregancy-loss/>. Acesso em: 2 out. 2025.

FEITOSA, A. S.; CORREIA, A. F. S. B.; DA SILVA, M. N. P. **Adolescência e Transtornos de Ansiedade: O Mal do Século na Pouca Idade**. *Revista Contemporânea*, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 4572–4585, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N5-060. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/818>. Acesso em: 30 mar. 2025.

FLO. **Flo – saúde feminina: aplicativo de saúde**. Disponível em: <https://app.flo.health/>. Acesso em: 29 set. 2025.

GRINBERG, Max; QUADROS, Carmen Silva de Oliveira; ZACCARELLI, Laura Menegon; LAMOSA, Elkiss Wilma Romano; PILEGGI, Fulvio. **A tríade prolapso da valva mitral, ataque de pânico e agorafobia**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 41-43, jan. 1985.

IIDA, Itiro; BUARQUE, Lúcia. **Ergonomia: Projeto e Produção**. 3. ed. São Paulo: Blucher, 2016.

INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN (Brasil). **Glossário de saúde: ansiedade**. São Paulo. Disponível em: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/ansiedade>. Acesso em: 10 abr. 2025.

IPSOS. **World Mental Health Day Report 2024**. 15 out. 2024. Disponível em: <https://www.ipsos.com/pt-br/world-mental-health-day-2024>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LIEF. **Lief – the mental health wearable**. Disponível em: <https://lief.ai/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

LÖBACH, Bernd. **Design industrial: bases para a configuração dos produtos industriais**. São Paulo: Edgard Blücher, 2001. Tradução de: Freddy Van Camp.

LOPES A. B.; SOUZA L. L. DE; CAMACHO L. F.; NOGUEIRA S. F.; VASCONCELOS A. C. M. C.; PAULA L. T. DE; SANTOS M. DE O.; ATAVILA F. P.; CEBARRO G. F.; FERNANDES R. W. B. **Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa**. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 35, p. e8773, 6 set. 2021.

LOPES, Felipe Borges; CARRARO, Renata Carolina; PIMENTEL, Roberta Maron de Castilho. **Ansiedade: o mal do século?** São Paulo: Literare Books International, 2022. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=kaffEAAAQBAJ>. Acesso em: 27 mar. 2025.

LOJONG. **Lojong – meditação e sono: aplicativo de bem-estar**. Disponível em: <https://lojongapp.com/>. Acesso em: 2 nov. 2025.

MANFRO, Gisele Gus; HELDT, Elizeth; CORDIOLI, Aristides Volpato; OTTO, Michael W. **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. S81–S87, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/KtnLKCSvtGS95dsLytgTSNz/>. Acesso em: 2 maio 2025.

MONTIEL, José Maria; BARTHOLOMEU, Daniel; MACHADO, Afonso Antonio; PESSOTTO, Fernando. **Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico**. Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 34, n. 86, p. 171–185, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94632921012.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2025.

MOURA, Regina Helena Gomes de. **Design como contribuição para lidar com transtornos de ansiedade em estudantes universitários**. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Artes e Arquitetura, 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação).

MUNIZ, Marcos Fidry. **Os aspectos clínicos, sociodemográficos e farmacológicos no tratamento do transtorno de pânico: qualidade de vida, traços de personalidade e farmacogenética**. 2022. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=11851190](https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11851190). Acesso em: 24 abr. 2025.

NARDI, Antonio Egidio. **A história dos ataques de pânico**. Ciência Hoje, [S.l.], mar. 2004. Disponível em: [https://www.espiritismo.net/materias/sindrome\\_do\\_panico/a\\_historia\\_dos\\_ataques\\_d\\_e\\_panico.pdf](https://www.espiritismo.net/materias/sindrome_do_panico/a_historia_dos_ataques_d_e_panico.pdf). Acesso em: 2 maio 2025.

NASCIMENTO, Ana Paula Gonçalves do; LUZ, Dandara Rodrigues; BARBOSA, Aluísio de Lima. **Abordagens metodológicas do design emocional: uma revisão bibliográfica sistemática**. Academia.edu, 2021. Disponível em: [https://www.academia.edu/58482107/Abordagens\\_metodol%C3%B3gicas\\_do\\_design\\_emocional\\_uma\\_revis%C3%A3o\\_bibliogr%C3%A1fica\\_sistem%C3%A1tica](https://www.academia.edu/58482107/Abordagens_metodol%C3%B3gicas_do_design_emocional_uma_revis%C3%A3o_bibliogr%C3%A1fica_sistem%C3%A1tica). Acesso em: 3 abr. 2025.

NORMAN, Donald A. **Design emocional: por que adoramos (ou detestamos) os objetos do dia a dia**. Tradução de Ana Deiró. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

OPAS/OMS. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. Washington, D.C., 17 jun. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 24 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório da OPAS mostra que as DCNTs continuam sendo principal causa de morte e incapacidade nas Américas e alerta os países para que preparem seus sistemas de saúde.** PAHO Notícias, Washington, 28 jun. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-6-2024-relatorio-da-opas-mostra-que-dcnts-continuam-sendo-principal-causa-morte-e>. Acesso em: 30 mar. 2025.

PAVÃO, Marcella; PERES, Betina. **Amie – A respiração acalma.** Behance, 16 jan. 2020. Disponível em: <https://www.behance.net/gallery/90809885/Amie-A-respiracao-acalma>. Acesso em: 20 out. 2025.

PINHEIRO, Jeane Dias. **Transtorno de pânico e ansiedade: condições multifatoriais.** *Research, Society and Development*, [S.l.], v. 11, n. 7, p. e49011730122, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30122. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30122>. Acesso em: 30 mar. 2025.

RAMALHO, Pedro Paulo Pereira Viegas; CHAGAS, Maria das Graças de Almeida; BONELLI, João de Sá. **Design sinestésico na investigação da ansiedade: coletando e analisando dados de forma multissensorial.** Anais do XV Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design – P&D Design Manaus, Manaus, 2024. DOI: 10.29327/5457226.1-194. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/cadernoppgd/article/view/16918>. Acesso em: 15 mar. 2025.

RANGÉ, Bernard P.; BORBA, Angélica Gurjão. **Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e agorafobia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva, 2008. ISBN 978-85-61816-12-4.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. **Transtorno do pânico.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86–94, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/VgdKjMfjhGfGcFTdBgYCq6G/?format=html>. Acesso em: 2 maio 2025.

SANTOS, Karina Brun dos. **Mood: design emocional como propositor do alívio dos sintomas da ansiedade.** 2019. Monografia (TCC) – Curso de Design, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/8506>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SERRA, Adriano S. V. **O que é a ansiedade?** *Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 93–104, 1980.

SHINOHARA, Helene. **Transtorno de pânico: da teoria à prática.** *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 115–122, dez. 2005. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200012&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200012&script=sci_arttext). Acesso em: 2 maio 2025.

SILVA, Ingrid Xavier da; GOMES, Fabiana; LIMA, Fátima Suely. **Adoecimento mental relacionado ao trabalho em trabalhadores da atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 48, e23, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/WfpQJQM7TSqLb7PWxW9Frwg/?lang=pt>. Acesso em: 27 mar. 2025.

SILVA, Jéssica Kelly da; TEIXEIRA, Maria Emília Nobre. **Transtorno de pânico: uma revisão integrativa.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 28, e61744, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NhY66YPpd5JHHzHvbkjqmMm/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

SILVA, João da. **Vista do transtorno de pânico: aspectos psicopatológicos e fenomenológicos.** Revista Debates em Psiquiatria, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 286-317, 2022. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/317/286>. Acesso em: 2 maio 2025.

SILVA, João da; PEREIRA, Maria de Fátima; SOUZA, Carlos Alberto. **Estudo sobre o transtorno de pânico: aspectos clínicos e terapêuticos.** Revista de Terapias e Saúde, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 45-53, 2018. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/rts/article/view/9539/71257>. Acesso em: 3 mar. 2025.

SILVA, José Carlos da; SANTOS, Maria Aparecida dos; PEREIRA, João Batista. **A tríade prolapso da válvula mitral, ataque de pânico e arritmias ventriculares.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 8-11, 1985. Disponível em: <http://cardiol.br/portal-publicacoes/Pdfs/ABC/1985/v44n1/44010008.pdf>. Acesso em: 2 maio 2025.

SOPRANO. **Proteção IP44 e IP67: entenda como funcionam e como se aplicam no mix de produtos da sua loja de materiais elétricos.** Soprano, 29 set. 2025. Disponível em: <https://www.soprano.com.br/blog/protecao-ip44-e-ip67-entenda-como-funcionam-e-como-se-aplicam-no-mix-de-produtos-da-sua-loja-de-materiais-eletricos>. Acesso em: 9 nov. 2025.

STEINBERG, Christian; MÜLLER, Markus; SCHANDRY, Rainer. **Anxiety sensitivity and auditory perception of heartbeat.** *Biological Psychology*, v. 72, n. 2, p. 216-223, 2006.

STICKDORN, Marc; SCHNEIDER, Jakob. **This is service design thinking: fundamentos, ferramentas e casos.** Rio de Janeiro: Alta Books, 2014.

VALENÇA, Alexandre Martins. **Transtorno de pânico: aspectos psicopatológicos e fenomenológicos.** Debates em Psiquiatria, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 6-10, abr. 2013. DOI: 10.25118/2763-9037.2013.v3.317. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/317>. Acesso em: 10 maio 2025.

VIANNA, Maurício José; VIANNA, Ysmar Vianna e Silva Filho; ADLER, Isabel Krumholz; LUCENA, Brenda de Figueiredo; RUSSO, Beatriz. **Design Thinking:**

**inovação em negócios.** 5. ed. Rio de Janeiro: MJV Press, 2012. 160 p. ISBN 978-85-65424-00-4.

WHEELER, Alina. **Design de identidade da marca: um guia completo para criação, construção e manutenção de marcas fortes.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008. Tradução de Joaquim da Fonseca.

YANO, Yuristella; MEYER, Sonia B.; TUNG, Teng C. **Modelos de tratamento para o transtorno do pânico.** Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas, v. 20, n. 3, p. 125–134, set./dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/xSqMfKQF4YSJNZtK53RLngQ/>. Acesso em: 2 maio 2025.

ZUARDI, Antônio Waldo. **Características básicas do transtorno do pânico.** Medicina (Ribeirão Preto. *Online*), Ribeirão Preto, v. 50, supl. 1, p. 56–63, 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002870142>. Acesso em: 2 maio 2025.

**APÊNDICE A - DOSSIÊ DE PROJETO**

Documento anexado separadamente.

**APÊNDICE B - MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL**

Documento anexado separadamente.

**APÊNDICE C - VÍDEO DO PRODUTO**

Vídeo anexado separadamente.

**APÊNDICE D - FICHAS TÉCNICAS DO CONTROLE**

Documento anexado separadamente.

**APÊNDICE E - MANUAL DO USUÁRIO**

Documento anexado separadamente.

**APÊNDICE F - FACA DE CORTE E IMPRESSÃO DA CAIXA DO CONTROLE**

Documento anexado separadamente.

**APÊNDICE G - PERGUNTAS FEITAS NAS ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS  
DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL**

- 1 - Breve apresentação, nome, profissão, estudo...
- 2 - Você atende muitos pacientes com ataques de pânico?
- 3 - Sabe me dizer se a maioria são homens ou mulheres?
- 4 - Quais são os principais sintomas apresentados pelos pacientes?
- 5 - Como funciona o tratamento?
- 6 - Você sente falta de alguma coisa que auxilie os pacientes no dia a dia?
- 7- Há muitas recaídas em pacientes “curados”?

Essas perguntas podem ser respondidas em forma de perguntas e respostas ou em um monólogo que não site elas necessariamente nesta ordem... Fique a vontade para ignorar ou adicionar comentários e dados que acha relevante para o assunto. Agradeço muito sua colaboração <3

## APÊNDICE H - FORMULÁRIO ENVIADO EM GRUPOS E COMUNIDADES

### Ansiedade e Transtornos de Pânico

Esse formulário é para uma pesquisa acadêmica, sendo confidencial os respondentes.

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. Você... \*

Com base na sua resposta, você será redirecionado para as perguntas condizentes. Desde já agradeço sua cooperação e tempo depositado ao responder esta pesquisa.

Marcar apenas uma alternativa.

Já sofreu ataques de pânico — Pular para a pergunta 16

Nunca sofreu mas conhece alguém próximo que já sofreu — Pular para a pergunta 8

Não conheço, nunca sofri com ataques de pânico e nem sei muito bem sobre o que se trata

É psicólogo — Pular para a pergunta 12

É psiquiatra — Pular para a pergunta 2

### **Você Psiquiatra**

As respostas enviadas aqui serão utilizadas em uma pesquisa acadêmica, sem a exposição para com seus clientes.

2. Você atende pacientes recorrentes com ansiedade e ataques de pânico?

3. Qual é a técnica que você utiliza ao tratar (lidar) com estes casos?

4. Quantas consultas em média levam para ser perceptível uma melhora no quadro da frequência com que os ataques de pânico ocorrem?

5. Como você vê, hoje, os métodos e as ferramentas que existem e que você conhece no tratamento para os ataques de pânico?

6. Quais medicamentos são mais utilizados no tratamento?

7. Deixe aqui o seu relato se possível...

### **Conhecidos que sofrem com Ataques de Pânico**

Não será necessário expor seu conhecido, todas as informações depositadas aqui são para pesquisa acadêmica.

8. Como você vê ataque de pânico?

9. Como você ajuda(ou)?

10. A pessoa que sofreu ou ainda sofre com ataques demonstra com facilidade o que está sentindo ou sente-se envergonhado e culpado por estar tendo aqueles sintomas?

Marcar apenas uma alternativa.

Demonstra com facilidade

Sente-se envergonhado

Outro: \_\_\_\_\_

11. Deixe aqui seu relato se possível...

### **Você Psicólogo**

As respostas enviadas aqui serão utilizadas em uma pesquisa acadêmica sem a exposição para com seus clientes.

12. Você atende pacientes recorrentes com ansiedade e ataques de pânico?

13. Quantas sessões em média levam o paciente a perceber alguma melhora e por fim não sentir mais ataques de pânico?

14. Quais métodos (ferramentas) você conhece e/ou utiliza nesses tratamentos? Você as considera eficazes o suficiente?

15. Deixe aqui seu relato se possível...

### **Ansiedade e Transtorno de Pânico**

Sinta-se à vontade para responder as perguntas, com base na sua vivência.

16. Você tem ou já teve ataques de pânico? Marcar apenas uma oval.

Sim  Não  Talvez, mas não tenho certeza.

17. Conhece alguém que já teve, ou tem ataques de pânico? Marcar apenas uma oval.

Sim  Não

18. Você sente vergonha ao comentar sobre? Marcar apenas uma oval.

Sim  Não  Talvez  Outro: \_\_\_\_\_

19. Você conseguiu se "curar" completamente?

20. Você acha que falta algo que auxilie pessoas que passam por ataques de pânico a se acalmarem?

21. Você sabe qual foi o pico de ataques de pânico que você já sofreu em um dia?

22. E de quanto em média eram a duração dos mesmos?

23. Qual foi a ajuda que você buscou?

24. Tomou algum medicamento para o tratamento dos ataques de pânico?

25. Você, em algum momento do tratamento, se sentiu desamparado?

26. Deixe aqui seu relato se possível...

**Obrigada!**

## **APÊNDICE I - ENTREVISTA COM PESSOAS QUE SOFREM OU JÁ SOFRERAM COM ATAQUES DE PÂNICO**

Gostaria que começasse com uma breve apresentação, falando nome, idade, trabalho...

1 - Você se lembra como e quando foi seu primeiro ataque de pânico?

2 - Quais sintomas você costuma/costumava sentir durante uma crise?

3 - Há situações, lugares ou momentos específicos que costumam/costumavam desencadear os ataques?

4 - Você percebe/percebia algum tipo de “sinal de alerta” antes do ataque acontecer?

5 - O que você sente que mais te atrapalha no momento de um ataque?

6 - Durante a crise, você prefere/preferia estar sozinho(a) ou acompanhado(a)?

7 - Existe algo que te ajuda/ajudou a se acalmar quando o ataque começou? (Ex: técnicas, objetos, respiração, sons etc.)

8 - Já usou algum aplicativo, produto ou recurso que te ajudou de alguma forma?

9 - Algum estímulo sensorial (sons altos, escuridão, luz forte etc.) costuma/costumava piorar ou aliviar sua crise?

10 - Existe alguma cor, textura ou objeto que te transmite uma sensação de tranquilidade?

11 - Se você pudesse imaginar um produto, aplicativo ou ambiente ideal para que te ajude/ajudasse nesses momentos, o que ele teria, com seria?

12 - Tem algo importante sobre sua experiência com ataques de pânico que você gostaria de compartilhar e que não foi perguntado?

## ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ENTREVISTA E IMAGEM



### CURSO DE DESIGN

ÁREA DE CONHECIMENTO ARTES E ARQUITETURA

Campus Universitário da Região dos Vinhedos

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE ENTREVISTA E IMAGEM

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, o pesquisador \_\_\_\_\_ que está realizando o seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), a realizar, ou utilizar minhas imagens, que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas imagens e/ou entrevista para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor do pesquisador da pesquisa, acima especificado, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos dos mesmos.

\_\_\_\_\_