



NOME

CYBELE PERCIANO CYPRIANO

TÍTULO

**AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO
QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO-II E
AFERIÇÃO DO IMPACTO DO ESTRESSE NO
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO A PARTIR DA
INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA**

**Salvador
2023**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

CYBELE PERCIANO CYPRIANO

**AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO
E AÇÃO-II E AFERIÇÃO DO IMPACTO DO ESTRESSE NO BEM-
ESTAR PSICOLÓGICO A PARTIR DA INFLEXIBILIDADE
PSICOLÓGICA**

Salvador
2023

CYBELE PERCIANO CYPRIANO

**AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO
E AÇÃO-II E AFERIÇÃO DO IMPACTO DO ESTRESSE NO BEM-
ESTAR PSICOLÓGICO A PARTIR DA INFLEXIBILIDADE
PSICOLÓGICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de doutora.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira;
Co-orientador: Prof. Pedro Paulo Pires.

Salvador
2023

Ficha catalográfica: Keite Birne de Lira CRB-5/1953

Cypriano, Cybele Perciano

Avaliação psicométrica do questionário de aceitação e ação-II e aferição do impacto do estresse no bem-estar psicológico a partir da inflexibilidade psicológica. / [Manuscrito]. Salvador, 2023. 111f. : il.

Orientador: Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Co-orientador: Dr. Pedro Paulo Pires.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2023.

1. Inflexibilidade psicológica. 2. Estresse. 3. Bem-estar. 4. Aceitação
5. Comportamento. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título

CDD – 616.8527 21. ed.

CYBELE PERCIANO CYPRIANO

AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO-II E AFERIÇÃO DO IMPACTO DO ESTRESSE NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO A PARTIR DA INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pela Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 09 de fevereiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Irismar Reis de Oliveira (Orientador)

Graduação em medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor titular aposentado e livre docente do Departamento de Neurociências e Saúde Mental. Atualmente é professor livre docente da UFBA.

Célia Regina Thomé

Graduação em fonoaudiologia pela Universidade Católica do Paraná. Mestrado em fonoaudiologia pela Universidade Católica de São Paulo e Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente é professora assistente da UFBA.

Liliane Lins Kusterer

Graduação em odontologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestrado em estomatologia e doutorado em patologia humana pela UFBA. Atualmente é professora associada da UFBA.

Pedro Paulo Pires dos Santos

Graduação em psicologia, mestrado e doutorado em psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atualmente é professor adjunto da UFRJ.

Ricardo Henrique de Sousa Araújo

Graduação em medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre e doutor em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é professor adjunto e coordenador da residência médica em psiquiatria na Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Ciências da Saúde



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE TESE

CYBELE PERCIANO CYPRIANO

**AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO II E
AFERIÇÃO DO IMPACTO DO ESTRESSE NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO A
PARTIR DA INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA**

Salvador, Bahia, 09 de fevereiro de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA:

DocuSigned by:

Irismar Reis de Oliveira

43B8CAB21572416

PROF. DR. IRISMAR REIS DE OLIVEIRA (Examinador Interno)

DocuSigned by:

Célia Regina Thomé

02C81075C8375111

PROFA. DRA. CÉLIA REGINA THOMÉ (Examinadora Interna)

DocuSigned by:

Liliane Lins Kusterer

BEA601C81444424

PROFA. DRA. LILIANE ELZE FALCÃO LINS KUSTERER (Examinadora Interna)

DocuSigned by:

Pedro Paulo Pires dos Santos

2C3457A1927345C

PROF. DR. PEDRO PAULO PIRES DOS SANTOS (Examinador Externo)

DocuSigned by:

Ricardo Henrique de Sousa Araújo

EAF6R36087244E7

PROF. DR. RICARDO HENRIQUE DE SOUSA ARAÚJO (Examinador Externo)

Dedico esta pesquisa a meus pacientes, que tão fortemente contribuem para o meu desenvolvimento integral e aos quais sou imensamente grata.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, por minha jornada acadêmica, a minha mãe, Leonice Costa Perciano Cypriano, por ter sido um exemplo de pessoa que valoriza a educação formal. Ela se casou em 1955, com 16 anos, tornou-se empresária após muito sacrifício, teve três filhos e voltou a estudar. Fez o Ensino Médio à noite e, alguns anos depois, passou no vestibular para o curso de direito em município que fica a 75 km da cidade na qual morávamos. O sacrifício dela foi muito grande. Eu e ela nos formamos em 1979: eu em administração, com 22 anos, e ela em direito, com 40 anos. Tal exemplo tornou natural, para mim, entrar na faculdade de psicologia aos 50 anos, fazer cursos de especializações e formações, além de cursar mestrado e terminar o doutorado com 65 anos. Além disso, tal valorização está na quarta geração, pois tanto meus quatro filhos quanto meus três netos são muito estudiosos. E viva mamãe!

O momento de ser feliz é agora!

Cybele Cypriano

Cypriano CP. Avaliação psicométrica do questionário de aceitação e ação-II e aferição do impacto do estresse no bem-estar psicológico a partir da inflexibilidade psicológica [tese]. Salvador, BA: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia-UFBA; 2023.

RESUMO

Este estudo avaliou as propriedades psicométricas do questionário de aceitação e ação-II (AAQ-II) e o impacto do estresse no bem-estar psicológico (BEP), considerando a inflexibilidade psicológica (IP) como mediadora, entre pessoas que fazem ou fizeram psicoterapia ou tratamento psiquiátrico. Resultados mostraram N=1.128 entre 18 e 65 anos, recrutados a partir de 40.000 *e-mails* enviados para graduandos da UFBA. Usaram-se o questionário sociodemográfico, AAQ-II, WHO-5 e subescala de estresse da DASS-21. O AAQ-II mostrou alta fatorabilidade dos dados (KMO = 0,91), consistência interna (GLB = 0,92, alfa de Cronbach = 0,89) e *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR = 0,061) adequados. Demonstrou valores de congruência unidimensional (I-UniCo > 0,95, I-ECV > 0,85) e um índice de resíduo (IREAL) problemático apenas para o item 2. A solução fatorial evidenciou um ajuste satisfatório ($X^2 = 267,21$, RMSEA = 0,077, NNFI = 0,97, CFI = 0,98, AGFI = 0,99), sendo todas as cargas fatoriais foram superiores a 0,30, com exceção de um item (0,28). Avaliou-se a confiabilidade das demais escalas utilizadas e foi testado o modelo de mediação para efeito total e indireto. A seguir, analisaram-se os dados por tipo de tratamento recebido, através do teste t, MANOVA (p-valor/Bonferroni) e intervalo de confiança (d de Cohen). Os resultados indicaram que o AAQ-II possui propriedades psicométricas satisfatórias nesta amostra e que a IP medeia a relação entre estresse e BEP. Portanto, alto nível de estresse está associado a menor BEP pela presença da IP. Ter feito ou fazer psicoterapia ou tratamento psiquiátrico, diminui a IP.

Palavras-chave- Estresse psicológico; bem-estar psicológico; questionário de aceitação e ação-II; psicometria.

Cypriano CP. *Evaluation of the psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II and measurement of the impact of stress on psychological well-being as a function of the level of psychological inflexibility [thesis].* Salvador-BA: Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia; 2023.

ABSTRACT

This study evaluated the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) and the impact of stress on psychological well-being (BEP), considering psychological inflexibility (PI) as a mediator, among people who undergo or have undergone psychotherapy. or psychiatric treatment. Results showed N=1,128 between 18 and 65 years old, recruited from 40,000 emails sent to UFBA undergraduates. The sociodemographic questionnaire, AAQ-II, WHO-5 and the DASS-21 stress subscale were used. The AAQ-II showed high data factorability (KMO = 0.91), internal consistency (GLB = 0.92, Cronbach's alpha = 0.89) and Weighted Root Mean Square Residual (WRMR = 0.061). It showed unidimensional congruence values (I-UniCo > 0.95, I-ECV > 0.85) and a problematic residual index (IREAL) only for item 2. The factorial solution showed a satisfactory fit ($X^2 = 267.21$, RMSEA = 0.077, NNFI = 0.97, CFI = 0.98, AGFI = 0.99), with all factor loadings greater than 0.30, with the exception of one item (0.28). The reliability of the other scales used was evaluated and the mediation model was tested for total and indirect effect. Next, data were analyzed by type of treatment received, using the t-test, MANOVA (p-value/Bonferroni) and confidence interval (Cohen's d). The results indicated that the AAQ-II has satisfactory psychometric properties in this sample and that PI mediates the relationship between stress and BEP. Therefore, a high level of stress is associated with lower BEP due to the presence of IP. Having undergone or undergoing psychotherapy or psychiatric treatment decreases PI.

Keywords- *Psychological stress; psychological well-being; acceptance and action questionnaire-II; psychometry.*

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Distribuição da amostra por gênero	58
Tabela 2	Distribuição da amostra por idade	58
Tabela 3	Distribuição da amostra por curso em andamento	59
Tabela 4	Média, Intervalo de Confiança da Média, Variância, Assimetria e Curtose para a AAQ-II. Curtose está reportada na forma de variável centrada em zero	59
Tabela 5	Dimensionalidade da AAQ-II por análise paralela reportando autovalor, variância simulada e o percentil 95 de variância simulada	60
Tabela 6	Análise de unidimensionalidade dos itens pelos índices I-Único, I-ECV e IREAL	61
Tabela 7	Cargas fatoriais e intervalo de confiança de 90% para as cargas corrigidas e aceleradas	62

ARTIGO 2

Tabela 1	Itens da escala de ansiedade, depressão e estresse com os respectivos construtos e com os itens sobre estresse sublinhados	71
Tabela 2	Distribuição da amostra por gênero	73
Tabela 3	Distribuição da amostra por idade	74
Tabela 4	Comparações aos pares indicando interações entre grupos pelas condições: Realiza TPsic * Realizou TPsic * Realiza TPsiq * Realizou TPsiq	75
Tabela 5	Interação entre condições de tratamento e flexibilidade psicológica	76

LISTA DE FIGURAS

INTRODUÇÃO GERAL

Figura 1	Tipos de bem-estar	20
Figura 2	Estresse: definição, fases e tipos de enfrentamento	22
Figura 3	Modelo da terapia de aceitação e compromisso	24
Figura 4	Contextualismo funcional	25
Figura 5	Desenvolvimento da linguagem	26
Figura 6	Processo de expressão do bem-estar a partir da linguagem	27
Figura 7	Processo de desenvolvimento da cognição	28
Figura 8	Papel das funções cognitivas	28
Figura 9	Papel das funções executivas	29
Figura 10	Habilidades cognitivas para a resolução de problemas.	30
Figura 11	Funções executivas principais e complexas.	30
Figura 12	Teoria das molduras relacionais	32
Figura 13	Fatores associados à inflexibilidade psicológica	34
Figura 14	Fatores associados à flexibilidade psicológica	40

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

AAQ-II	Questionário de aceitação e ação-II
ACT	Terapia de aceitação e compromisso
AFE	Análise fatorial exploratória
AGFI	Estimador de Gnanadesikan-Kettenring Ortogonalizado
CF	Contextualismo funcional
CFI	Comparative Fit Index
d	d de Cohen
DASS-21	Escala para depressão, ansiedade e estresse
df	Degrees of freedom
DP	Desvio padrão
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FC	Funções cognitivas
FE	Funções executivas
FP	Flexibilidade psicológica
GLB	Greatest Lower Bound
IC	Intervalo de confiança
IP	Inflexibilidade psicológica
IREAL	Índice de resíduo
JASP	Programa estatístico
KMO	Kaiser- Meyer-Olkin
M	Média
MANOVA	Análise de variância multivariada
MPLUS	Programa estatístico
NNFI	Non-Normed Fit Index
OMS	Organização mundial da saúde
p	Probabilidade de sucesso
TBP	Terapia baseada em processos
TC	Terapia comportamental
TCC	Terapia cognitivo comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria clássica dos testes
TLI	Tucker Lewis Index
TMR	Teoria das molduras relacionais
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHO-5	Índice de bem-estar da Organização Mundial da Saúde
WRMR	<i>Weighted Root Mean Square Residual</i>
X ²	Distribuição qui-quadrado
X ² /df	<i>Razão de qui-quadrado por graus de liberdade</i>
β	Risco de segunda espécie

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL	17
2	JUATIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL	19
3.1.1	OBJETIVO ESPECÍFICO	19
3.1.2	OBJETIVO PRIMÁRIO	19
3.1.3	OBJETIVO SECUNDÁRIO	19
4	REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1	BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	20
4.2	ESTRESSE	21
4.3	TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT)	23
4.3.1	Contextualismo funcional	24
4.3.2	Linguagem	25
4.3.3	Cognição	27
4.3.4	Teoria das molduras relacionais	32
4.3.5	Inflexibilidade psicológica	33
4.3.5.1	Foco no passado ou no futuro	35
4.3.5.2	Desconexão com os valores pessoais	36
4.3.5.3	Inércia e impulsividade	36
4.3.5.4	<i>Self</i> como conteúdo	37
4.3.5.5	Fusão cognitiva	37
4.3.5.3	Evitação	38
4.3.6	Flexibilidade psicológica	38
4.3.6.1	Viver no momento presente	40
4.3.6.2	Valores bem definidos	41
4.3.6.3	Ação comprometida com os valores pessoais	41
4.3.6.4	<i>Self</i> como contexto	42
4.3.6.5	Desfusão cognitiva	42
4.3.6.6	Aceitação	43
5	METODOLOGIA	45
5.1	MODELO GERAL DA PESQUISA	45
5.2	ÉTICA	45
5.3	AMOSTRA	45
5.4	COLETA DE DADOS	46
5.5	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	46
5.6	ANÁLISE DE DADOS	48
6	RESULTADOS	50
6.1	ARTIGO 1-AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO-II (AAQ-II)	50
6.2	ARTIGO 2- O IMPACTO DO ESTRESSE NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM FUNÇÃO DO NÍVEL DE INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA	65

7	DISCUSSÃO GERAL	80
8	CONCLUSÃO GERAL	83
9	REFERÊNCIAS	84
10	APÊNDICES	101
11	ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO GERAL

A presente pesquisa parte do pressuposto de que a inflexibilidade psicológica (IP) tem uma ligação direta com o estresse, além de ser apontada como redutora do bem-estar psicológico (BEP) e, conseqüentemente, da qualidade de vida emocional (QVE) em geral^{1,2}. Considera-se, também, que a comunidade científica espera um nível de zelo dos pesquisadores no que tange à confirmação das propriedades psicométricas de instrumentos aplicados na amostra populacional pesquisada, sempre que for possível³. Sendo assim, considera-se relevante a checagem dos dados psicométricos do questionário de aceitação e ação-II (AAQ-II)⁴ na presente amostra, bem como se considera pertinente, para a saúde pública, uma análise da interação entre estresse⁵⁻⁸, bem-estar psicológico^{7,9,10} e IP^{11,12}. Os argumentos aqui utilizados têm como base teórica a terapia de aceitação e compromisso (ACT)¹³⁻¹⁶, que faz parte da terceira geração da terapia cognitivo-comportamental (TCC)¹⁷. Tal escolha teórica leva em consideração que a ACT tem a flexibilidade psicológica (FP)^{11,12,18} como seu principal objetivo psicoterapêutico, assim como aponta a IP como a maior causadora de psicopatologias e de baixa QVE da população. Somando-se a tais argumentos e na perspectiva de que o desenvolvimento da linguagem¹⁹ é um pré-requisito para a evolução das funções executivas (FE)²⁰⁻²⁶, que são o arcabouço cognitivo através do qual se expressam a FP e a IP, os termos mais relevantes que serão citados nesta introdução são: BEP, estresse, ACT, contextualismo funcional (CF), linguagem, cognição, teoria das molduras relacionais (TMR), IP e FP.

2 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, o interesse científico justifica a confirmação das propriedades psicométricas do AAQ-II na amostra estudada, assim como o interesse clínico, em função da associação direta entre IP, estresse e mal-estar psicológico, justifica a análise do impacto do estresse no BEP em função do nível de IP, tanto quanto justifica a investigação do nível de IP nos indivíduos em tratamento psicológico e (ou) psiquiátrico.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as propriedades psicométricas do AAQ-II.

3.1.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliar a estrutura interna do AAQ-II através do procedimento de análise fatorial exploratória.

3.1.2 OBJETIVO PRIMÁRIO

Verificar o papel mediador da IP, em um modelo preditivo de impacto do estresse, sobre o bem-estar psicológico.

3.1.3 OBJETIVO SECUNDÁRIO

Executar uma análise secundária de comparação da IP entre diferentes subamostras de indivíduos que fizeram ou fazem tratamento psicológico e (ou) psiquiátrico.

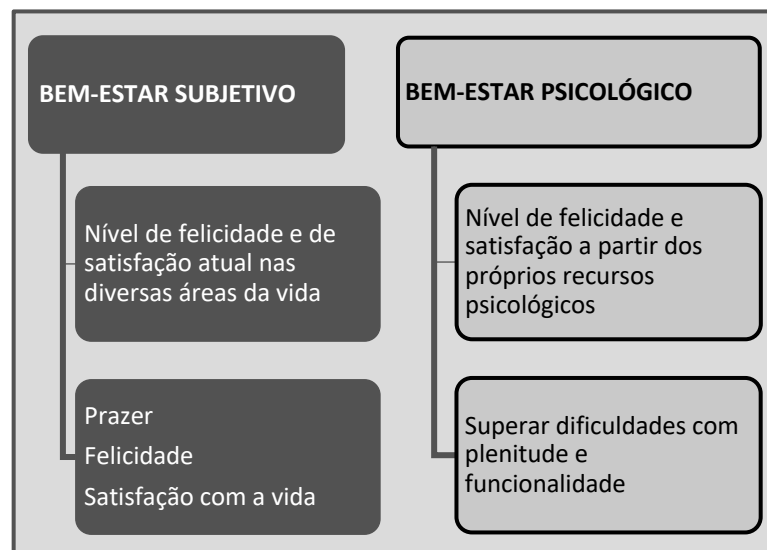
4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

O BEP é diretamente vinculado à QVE e à FP, bem como inversamente relacionado ao estresse patológico e à IP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...]”²⁷. Trata-se de um conceito amplo e influenciado por dimensões socioculturais de saúde e de bem-estar psicológico²⁸. O nível de BEP e a QVE tornaram-se relevantes na anamnese clínica, por considerarem outros quesitos importantes, além de somente a mortalidade e os níveis de sintomas do indivíduo²⁹.

Como pode ser visto na **Figura 1**, existem dois tipos de bem-estar: o bem-estar subjetivo (BES) e o BEP. O BES é definido pelo nível de felicidade e satisfação atual nas diversas áreas da vida, contemplando uma visão de bem-estar como prazer, felicidade e satisfação com a vida. O BEP, foco desta pesquisa, evidencia o quão feliz o indivíduo está a partir de seus recursos psicológicos, na perspectiva de superar dificuldades com plenitude e funcionalidade³⁰.

Figura 1 – Tipos de bem-estar.



Fonte: elaboração própria baseada em Ryff C. D, 1989.

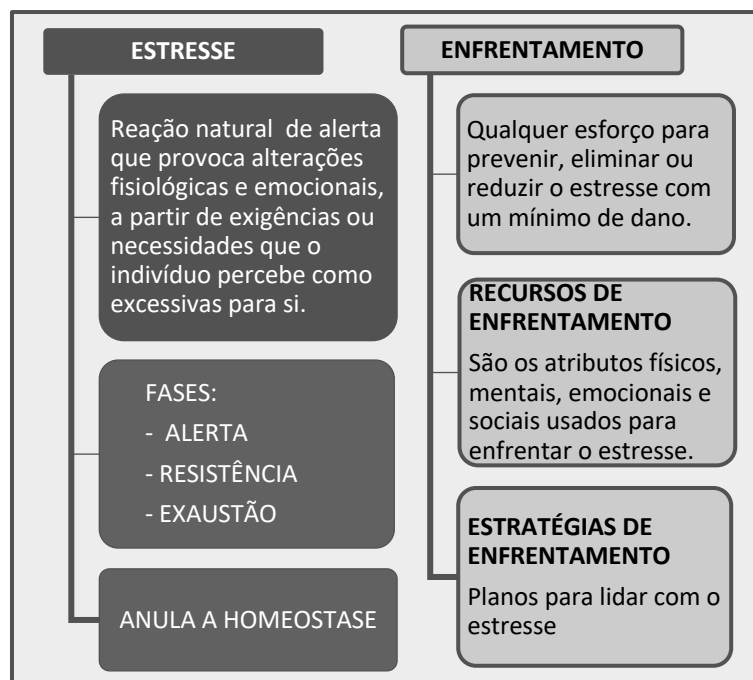
4.2 ESTRESSE

Estresse é um construto muito relacionado ao sofrimento humano e tem capacidade de gerar patologias físicas e psíquicas. Etimologicamente, estresse tem origem no latim *stringere*, que significa “apertar, cerrar, comprimir”. A partir do século XVII, esse vocábulo passou a ser utilizado em inglês para designar “opressão”, “desconforto” e “adversidade”³¹. Trata-se de uma reação natural de defesa do organismo em situações de perigo ou ameaça, colocando o indivíduo em alerta, o que provoca alterações fisiológicas e emocionais. Quando se apresenta com intensidade desproporcional ao estímulo, ou na ausência dele, caracteriza-se como patológico, promovendo sentimentos de vulnerabilidade, desqualificação e incapacidade para enfrentar os desafios do momento³².

Hans Selye³³, em 1959, foi o primeiro pesquisador a tentar definir a dimensão biológica do estresse a partir da “síndrome geral de adaptação”, segundo a qual o estresse é considerado inerente a todas as patologias, em função de produzir modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais são passíveis de observação e mensuração³³. A partir da abordagem cognitivo-comportamental, Lipp³² definiu estresse como "uma reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e (ou) confundem a pessoa". Segundo a autora, o estresse pode ter fonte interna (temperamento, aprendizado sócio-histórico, crenças etc.) ou externa (fatos do cotidiano e contexto social). Além disso, definiu “distresse” como o nível insuficiente ou excessivo de estresse e “eustresse” como o nível adequado e suficiente de estresse para promover um desempenho saudável. A pesquisadora considera que o mecanismo do estresse é iniciado pelo sistema metabólico (adrenalina), ou pelo sistema sensorial, sem a participação cognitiva no início, sendo que, somente a seguir, o repertório de condicionamento de respostas entra em ação³². Em 1992, Moreira & Melo Filho³⁴ expuseram a importância do estado emocional na evolução de doenças infecciosas e neoplásicas, quando definiu o estresse físico, psicológico e social como um "um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeitos danosos". Além disso, conceituaram *coping* como um "conjunto de mecanismos do qual o organismo lança mão em reação aos agentes do estresse, representando a forma como cada pessoa avalia e lida com os estímulos estressores"³⁴.

O estresse tem as fases de alerta, resistência e exaustão³⁵. A fase de alerta é a fase positiva do estresse, na qual o sujeito se depara com um agente estressor que o coloca em estado de alerta e o faz entrar no estado de “luta ou fuga”³⁶, que anula a homeostase. Porém, nessa fase, se o estresse tiver curta duração, a adrenalina for extinta e houver o retorno à homeostase, pode haver um aumento na produtividade, na atenção e na motivação, o que justifica ser essa fase classificada como positiva. A fase de resistência acontece quando o estressor é mantido, mas o organismo continua tentando manter a homeostase. Se a homeostase for alcançada, os primeiros sintomas desaparecem, e a melhora é percebida. Caso contrário, haverá uma queda na produtividade, um aumento da sensação de vulnerabilidade e um grande aporte de energia adaptativa, na tentativa do organismo de voltar à homeostase. Se a demanda de reação for maior do que a capacidade de suporte do indivíduo, o organismo tentará se adaptar, mas ficará suscetível a doenças. São dois os sintomas que geralmente aparecem nessa fase: a sensação de desgaste generalizado sem causa visível e o déficit de memória. A fase de exaustão é considerada patológica e acontece quando o estressor permanece a longo prazo, ou quando há múltiplos estressores. A exaustão é física e psicológica, com possibilidade de causar diversas adversidades, tais como depressão, insônia, problemas dermatológicos, estomacais, cardiovasculares, apatia, ansiedade, dificuldade em tomar decisões, evitação comportamental, isolamento social e irritabilidade, dentre outras^{32,37}. A **Figura 2** apresenta um resumo da definição, fases e tipos de enfrentamento do estresse.

Figura 2 – Estresse: definição, fases e tipos de enfrentamento.



Fonte: Elaboração própria a partir de Lipp M.E.M., 1984.

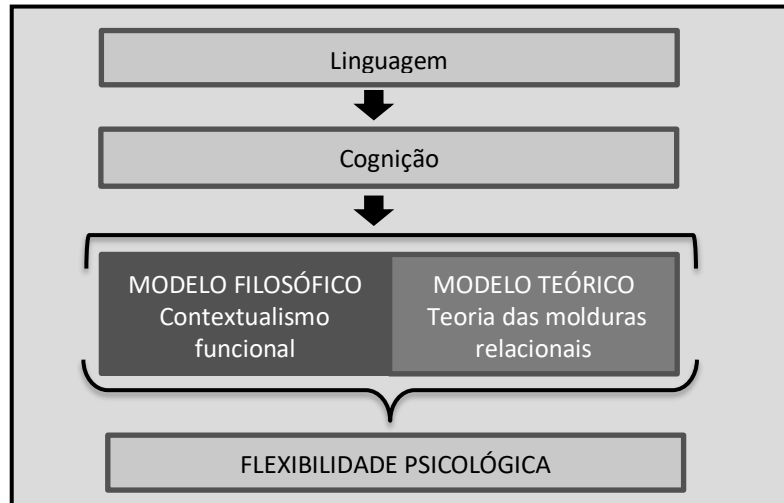
4.3 TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT)

A ACT, como faz parte da TCC, pressupõe as psicopatologias como consequências de processos psicológicos normais, vinculados à linguagem e à cognição que, quando ficam à mercê do controle de eventos aversivos, aumentam o sofrimento psicológico e limitam a possibilidade de reações saudáveis^{38,39}. Atualmente, a TCC está em sua terceira geração, sendo composta por várias vertentes teóricas complementares, oriundas da TCC clássica, que estruturam um conjunto de intervenções clínicas com amplo reconhecimento empírico⁴⁰. Tal *status* lhe garante evolução contínua, amparada pelas singularidades de cada vertente teórica que a compõe. Historicamente, a primeira geração surgiu com a interseção entre a terapia comportamental (TC) e o behaviorismo, que foca nos princípios de aprendizagem. Na década de 1970, a TC entrou na era da TCC clássica, a partir da valorização do papel das cognições na geração de emoções e comportamentos, o que caracterizou a segunda geração. Nessa fase, foram desenvolvidos protocolos para identificar e alterar as disfuncionalidades^{41,42}. A atual terceira geração valoriza as evidências científicas, focando menos em protocolos para síndromes e valorizando intensamente as características individuais dos pacientes, o contexto no qual ocorrem os fatos em questão, além de considerar a função dos eventos internos, e não, sua forma e conteúdo⁴³. O propósito dessa nova perspectiva é ter uma boa definição dos problemas, a fim de facilitar a expressão da FP⁴⁴. Geralmente, as abordagens da terceira geração da TCC têm natureza idiográfica, como também ampliaram as perspectivas teóricas e vivenciais do indivíduo enfatizando, principalmente, a espiritualidade, as características dos relacionamentos interpessoais, a forma como a linguagem afeta a experiência individual e a importância da relação terapêutica⁴⁵. Há que se destacar que a ACT tem espaço, também, para a abordagem nomotética como, por exemplo, o conteúdo do item 9 do AAQ-II. As principais linhas teóricas que compõem a terceira geração da TCC são a terapia comportamental dialética, a terapia de aceitação e compromisso (ACT), a terapia focada na compaixão, a terapia do esquema, a terapia do esquema emocional, a terapia metacognitiva, a terapia da modificação do viés atencional e a terapia cognitiva processual (TCP)¹⁷. Esta pesquisa tem como suporte teórico, a ACT.

A ACT tem o contextualismo funcional (CF) como modelo filosófico¹⁶ e a teoria das molduras relacionais (TMR)⁴⁶ como modelo teórico, além de ser baseada em processos⁴⁷. Em função de tais teorias serem dependentes do desenvolvimento prévio da linguagem e das

funções executivas do indivíduo, elas também serão aqui abordadas. O modelo da ACT pode ser visualizado na **Figura 3**.

Figura 3 – Modelo da terapia de aceitação e compromisso (ACT).

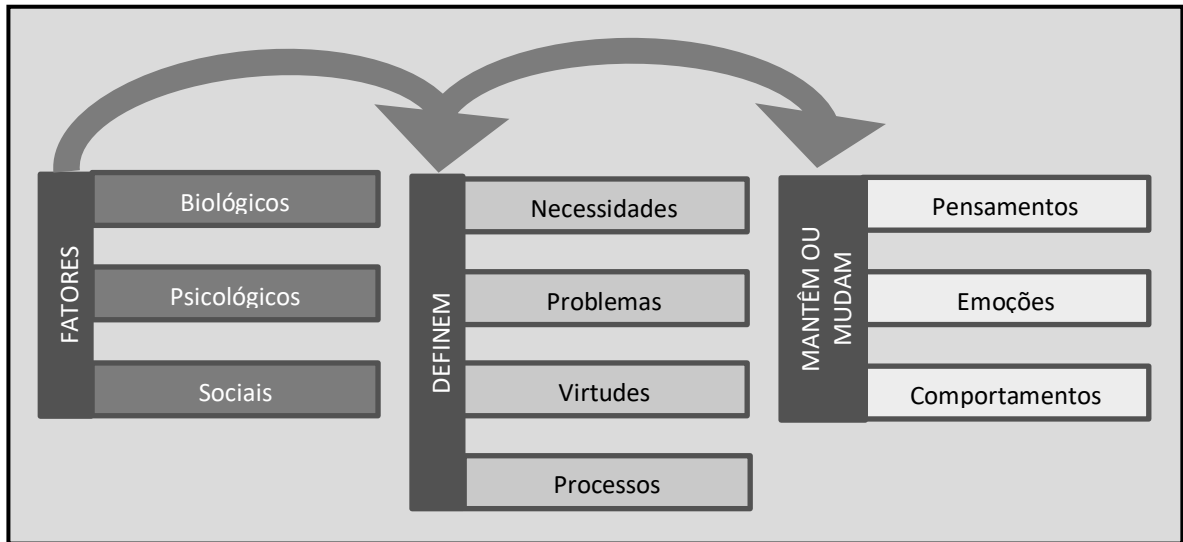


Fonte: elaboração própria a partir de Barbosa & Murta, 2014; Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001; Hofmann & Hayes, 2018.

4.3.1 Contextualismo funcional

O contextualismo funcional considera o indivíduo como um sistema no qual os eventos psicológicos são classificados como comportamentos em curso, sob um contexto histórico e situacional bem definido. Tal modelo propõe que o contexto interno e externo do indivíduo sejam analisados em qualquer comportamento avaliado⁴⁴, a fim de se determinar a função da ação, por ser ela uma variável determinante do sucesso da intervenção psicoterápica⁴⁸. Como pode ser visto na **Figura 4**, a partir de tal modelo filosófico, a ACT considera os objetivos e as necessidades individuais do paciente, em função de eles explicitarem as motivações comportamentais e a dinâmica que mantém e muda os pensamentos, as emoções e os comportamentos⁴⁹. Além do mais, a ACT pressupõe a interseção dos fatores biológicos, psicológicos e sociais mais relevantes do paciente, que definem suas necessidades, problemas, virtudes e os processos biopsicossociais que lhe são importantes, a fim de estabelecer uma forma eficaz de abordá-los terapêuticamente.

Figura 4 – Contextualismo funcional.



Fonte: elaboração própria baseada em - Twohig, 2012; Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, Fang, 2012.

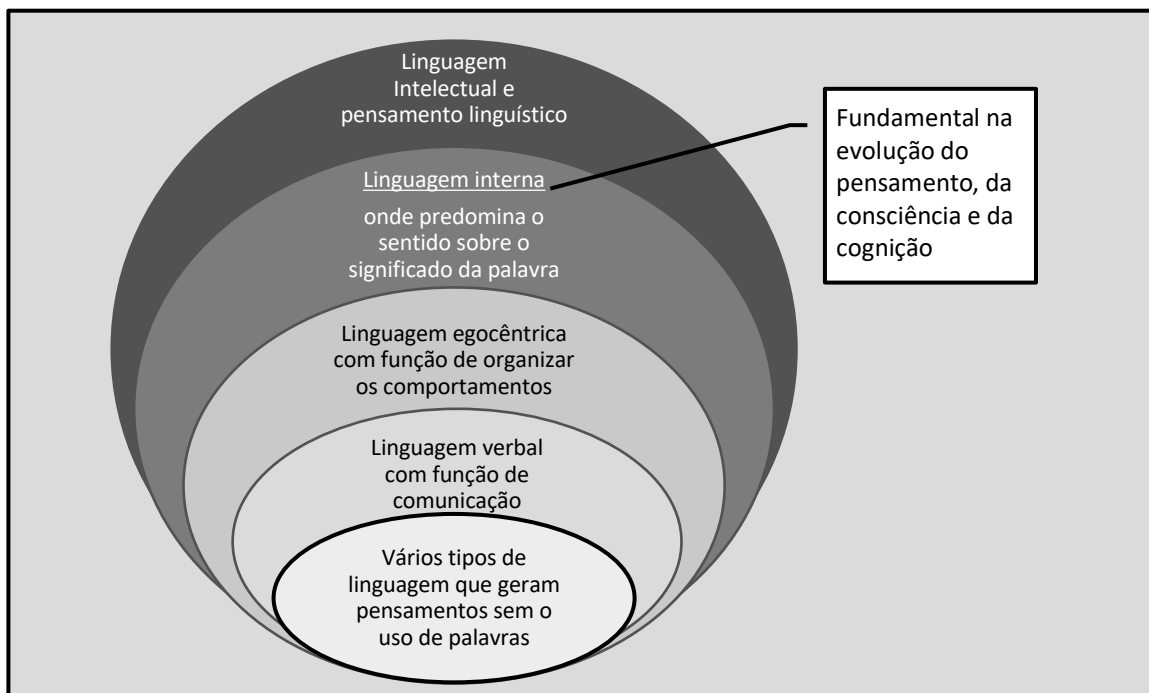
4.3.2 Linguagem

Na ótica da ACT, a linguagem^{19,46,50} é a base dos problemas psicológicos, na perspectiva em que o nível das competências verbais pode restringir a capacidade de viver no presente, além de predispor a manifestação de comportamentos evitativos, em consequência dos estados internos desagradáveis e das situações externas consideradas perigosas, o que pode levar ao desenvolvimento de psicopatologias. Tal risco se deve ao fato de a linguagem ser o principal instrumento de representação simbólica e de construção da estrutura dos pensamentos, o que, por sua vez, possibilita a expressão das funções psicológicas superiores. A criança nasce com funções psicológicas simples que, através do aprendizado sócio-histórico, se tornam funções psicológicas superiores, representadas pelo comportamento consciente e proposital, pela capacidade de planejamento e pelo pensamento abstrato⁵¹.

Segundo Vygotsky⁵², inicialmente, a criança tem diferentes tipos de linguagem que criam o pensamento, mas ainda sem o uso da palavra. A seguir, forma-se a linguagem verbal com função de comunicação. Pouco depois, há a interiorização da linguagem verbal, o que propicia o desenvolvimento da linguagem egocêntrica, cuja função é a organização dos comportamentos, embora tenha, ainda, a forma de linguagem social, cuja função é denominar e comunicar. Somente mais tarde a linguagem se torna interna, com predominância do sentido

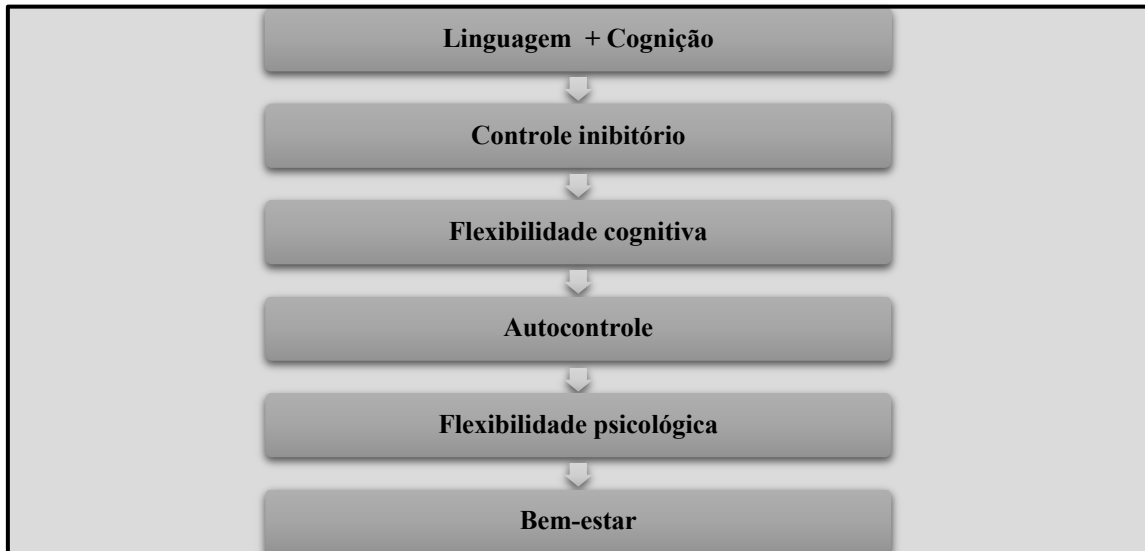
sobre o significado da palavra, além de permanecer com o objetivo de organizar os comportamentos. O grande salto no processo do desenvolvimento cognitivo infantil ocorre quando a linguagem se torna intelectual e o pensamento linguístico. Na percepção de Vygotsky⁵², a expressão verbal e o pensamento podem acontecer separadamente, mas também se encontram e se influenciam mutuamente. A linguagem interna é fundamental para o processo evolutivo do pensamento e da consciência, além de ser um elemento fundamental da cognição humana¹⁹. Para o enfoque histórico-cultural, a influência da linguagem é decisiva na transformação do pensamento situacional em pensamento conceitual¹⁹.

Figura 5 – Desenvolvimento da linguagem.



Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001.

Figura 6 – Processo de expressão do bem-estar a partir da linguagem.

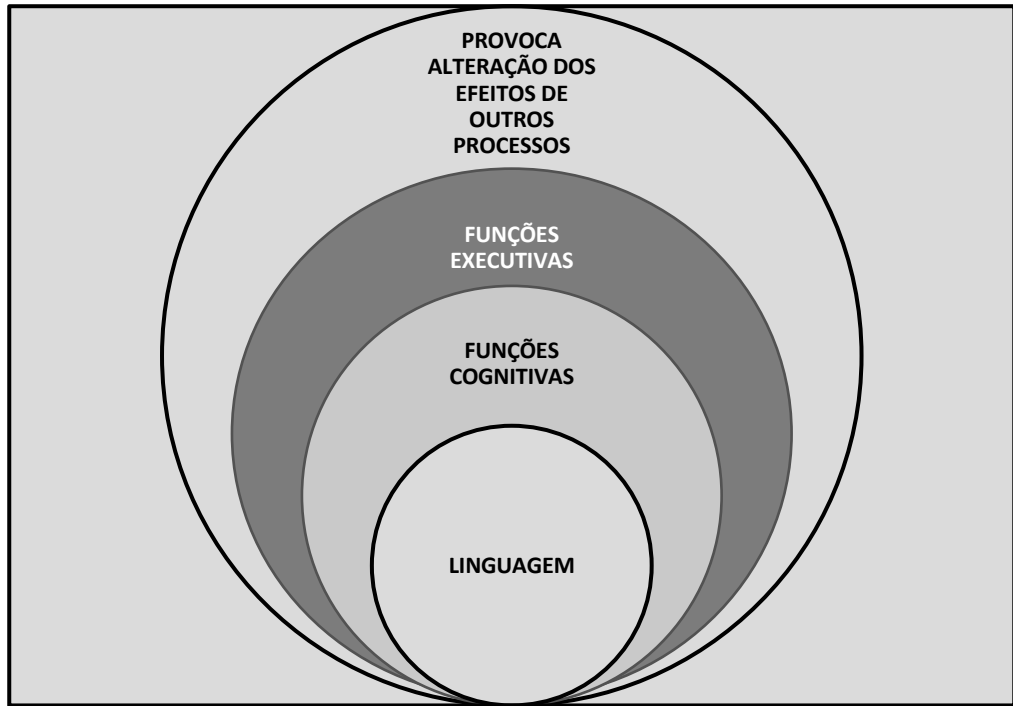


Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001.

4.3.3 Cognição

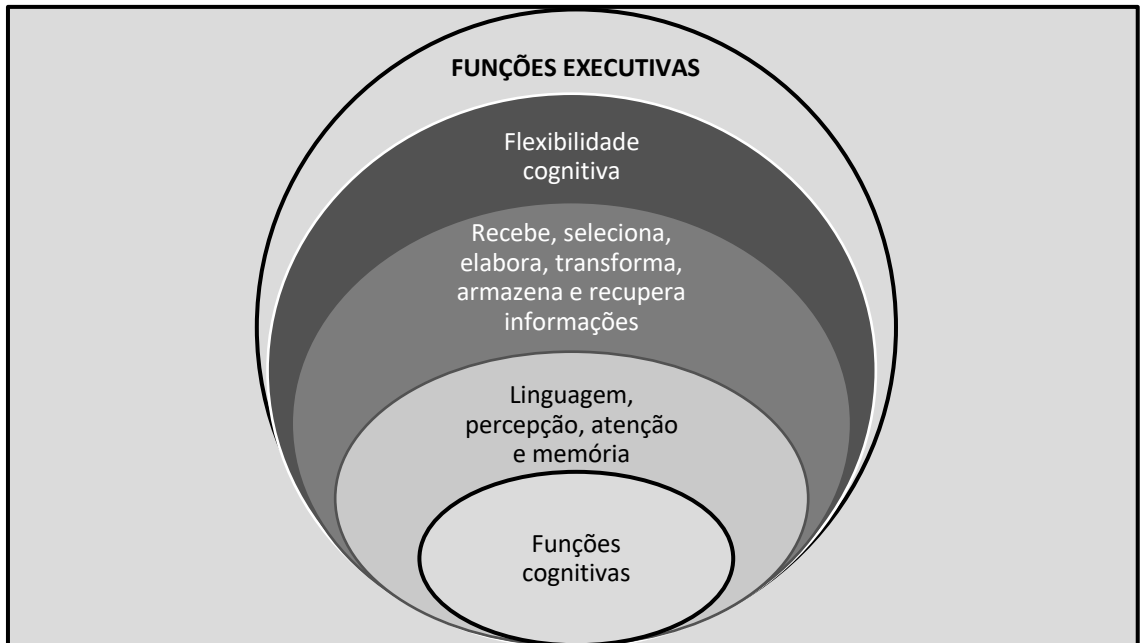
A partir da linguagem, a cognição é a capacidade cerebral de processar informações e transformá-las em conhecimento. Ela depende do desenvolvimento da linguagem, além de ser considerada como um tipo específico de comportamento aprendido com poder de alterar os efeitos de outros processos através das FC. Segundo Luoma, Hayes e Walser⁵³, “A bênção e a maldição da existência humana é a linguagem”, pois as mesmas habilidades verbais e simbólicas que possibilitam realizar um plano para solucionar um problema no mundo externo, podem criar danos quando aplicadas ao mundo interno. Se não gosto de uma roupa, posso descartá-la. Porém, se não gosto de pensar em um evento doloroso do passado e o evito, ele ficará cada vez mais evidente e influente no meu funcionamento cognitivo, influenciando meu estado emocional e causando comportamentos disfuncionais. Portanto, a linguagem é fundamental para a expressão da FC e da FP. As FC são processos mentais que permitem a realização de tarefas através de processos de recebimento, seleção, transformação, armazenamento, elaboração e recuperação de informações a partir de quatro grupos operacionais: memória, atenção, linguagem e percepção. Tais operações são fundamentais para a expressão das FE.

Figura 7 – Processo de desenvolvimento da cognição.



Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001.

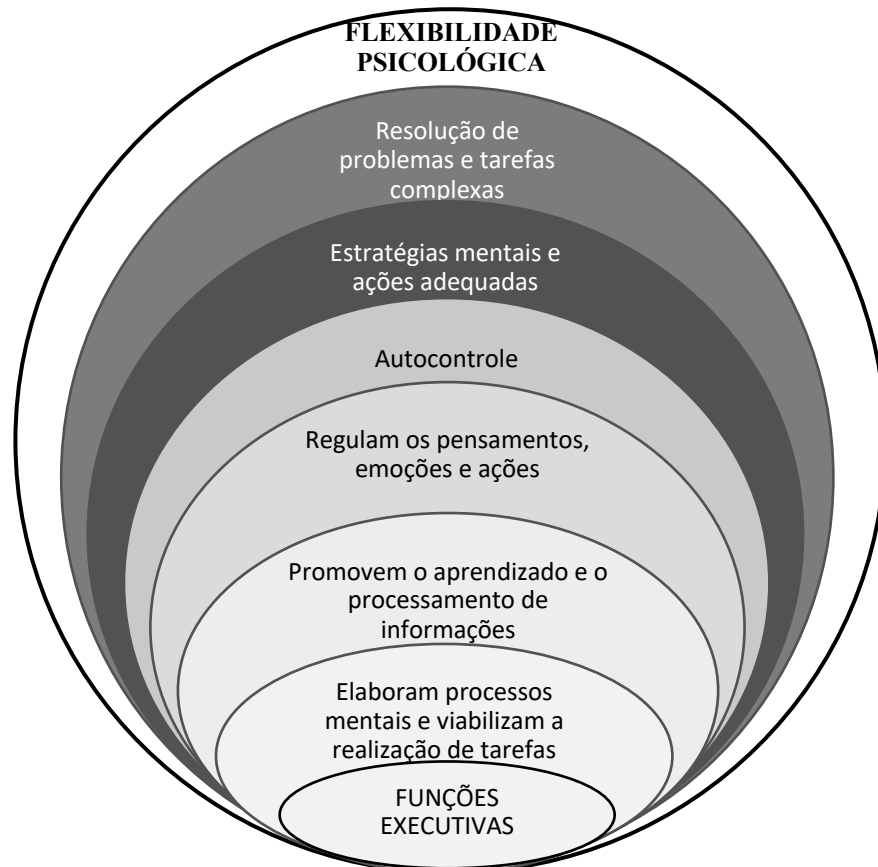
Figura 8 – Papel das funções cognitivas.



Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001.

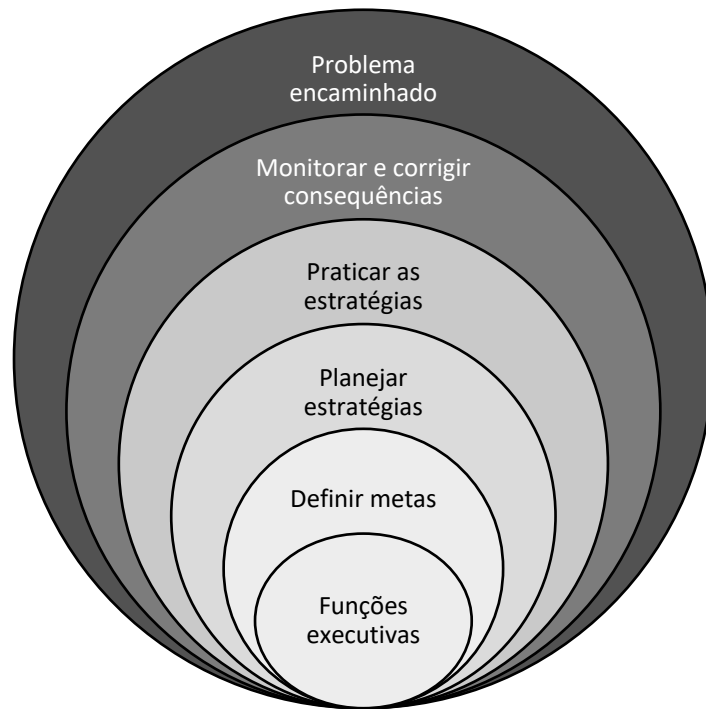
As FE elaboram e têm fundamental relevância nos processos mentais pelo poder de viabilizar a realização de tarefas, além de serem necessárias no autocontrole, a partir da regulação de pensamentos, emoções e comportamentos na resolução de problemas, bem como no aprendizado que requeira assimilação e processamento de informações. Trata-se de uma espécie de central de controle do processamento cognitivo, que é acionada durante a resolução de tarefas complexas. Quando ativadas, possibilitam a adoção de estratégias mentais e comportamentais adequadas ao alcance dos objetivos pretendidos²¹⁻²⁴, tal como o desenvolvimento dos fatores que compõem a FP, por exemplo. Lezak (1982)⁵⁴ propôs quatro categorias de habilidades cognitivas para a resolução de problemas: 1) definir metas; 2) planejar estratégias; 3) colocar as estratégias em prática e 4) monitorar e corrigir as consequências, quando necessário^{20-24,54-56}. Essas habilidades são pré-requisitos para o desenvolvimento da FP, assim como a ausência ou deficiência delas favorece a IP.

Figura 9 – Papel das funções executivas.



Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001.

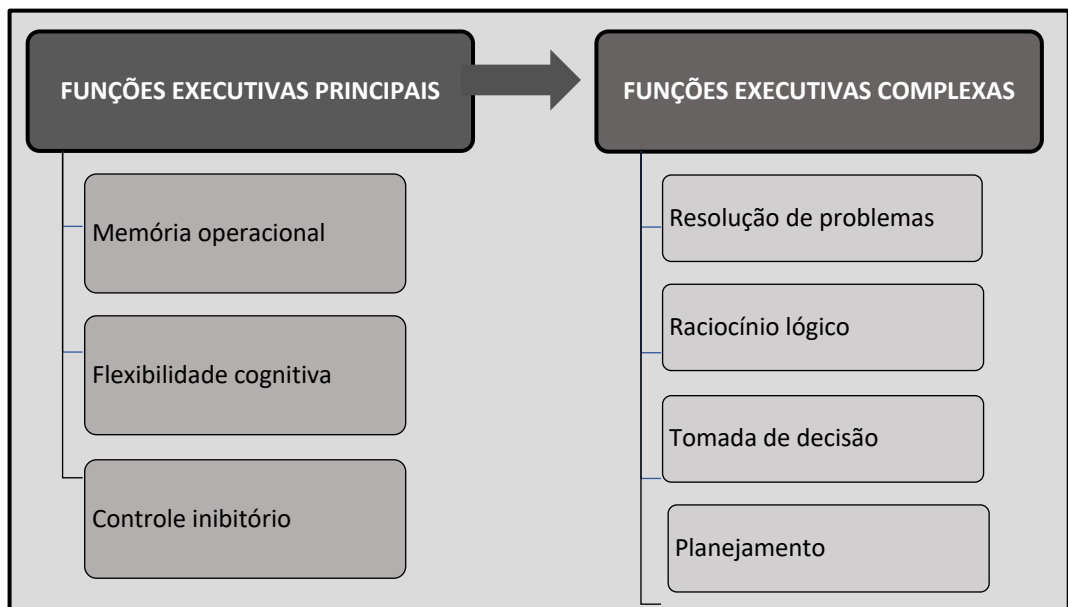
Figura 10 – Habilidades cognitivas para a resolução de problemas.



Fonte: elaboração própria a partir de Lezak, 1982.

Existem dois níveis de FE: 1) as FE principais, compostas pela FC, pelo controle inibitório e pela memória operacional; e 2) as FE complexas, que envolvem principalmente a resolução de problemas, o raciocínio lógico, a tomada de decisão e o planejamento⁴³.

Figura 11 – Funções executivas principais e complexas.



Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis., 2006.

A FC é a capacidade do cérebro de se adaptar a novos acontecimentos, buscando maneiras alternativas de reagir ou de solucionar problemas de maneira criativa e se adaptando às mudanças em questão^{20-22,54}, através do controle inibitório (CI), que é a habilidade cognitiva de inibir ou controlar a impulsividade através de três vias: 1) CI motor, a partir do qual se abre mão de movimentos inadequados; 2) CI atencional, que evita distrações e permite a expressão da atenção concentrada através do foco em algo específico; e 3) CI comportamental, que controla e evita os comportamentos impulsivos. O CI é fundamental no desenvolvimento da FP por possibilitar ações e reações alinhadas com os valores pessoais, assim como a memória operacional é indispensável nesse processo, por assimilar e manter, temporariamente, as informações envolvidas enquanto estão sendo processadas. Conseqüentemente, o descontrole inibitório é característico da IP⁵⁵.

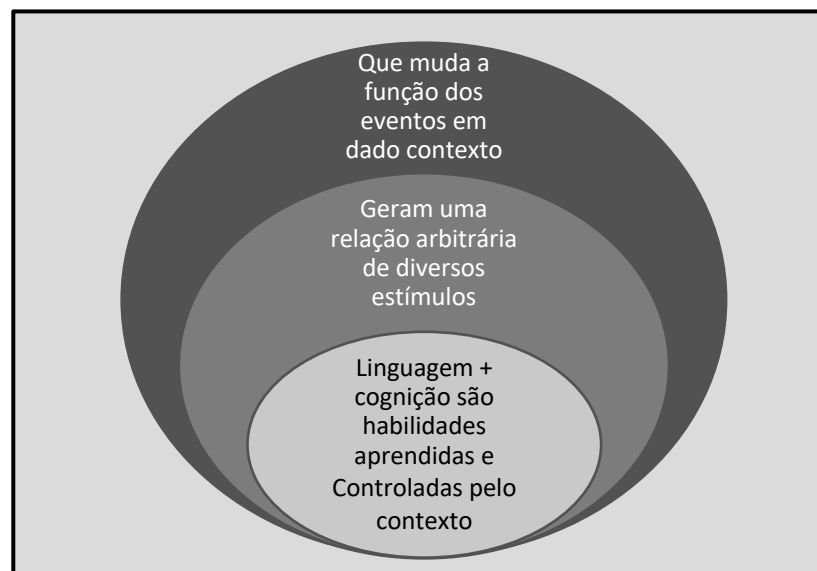
O processamento automático, que gera comportamentos rígidos e, portanto, suscita a IP, decorre do descontrole inibitório que geralmente se repete em situações frequentes, através de comportamentos automáticos, previamente desenvolvidos e armazenados na memória de longo prazo. Tais comportamentos se expressam automaticamente, sem consciência do indivíduo, não requerendo atenção e não sobrecarregando o sistema cognitivo. Originam-se da necessidade de o cérebro automatizar uma resposta padrão para ser repetida, automaticamente, em situações frequentes, a fim de poupar energia e ganhar agilidade nas respostas comportamentais. Portanto, todas as reações repetidas com certa frequência e intensidade, e em determinado tipo de circunstância, leva o cérebro a repeti-las automática e inconscientemente. Tal processamento automático tem capacidade ilimitada, é característico da IP, gera impulsividade e inércia comportamental, além de dificultar o aprendizado e a adoção de novos comportamentos saudáveis^{20-22,54}.

Já o processamento controlado em nível saudável, responsável pela expressão do autocontrole funcional, é oriundo do CI. É de alto nível mental e tem capacidade de processamento limitada, em função do alto gasto energético que demanda. Possibilita reações adequadas em situações novas ou complexas, é ativado temporariamente e necessita ser mediado por um sistema de controle que requer a ativação das FE. O autocontrole é processado pelos lobos frontais e organiza a atividade intelectual, incluindo a coordenação de comportamentos estratégicos a partir de avaliação das conseqüências e possibilitando a expressão das FE, o que o define como um pré-requisito para o desenvolvimento da FP⁵⁷.

4.3.4 Teoria das molduras relacionais

A valorização da linguagem, abordada anteriormente, é amparada pela TMR⁴⁶, que considera o núcleo da linguagem e o núcleo da cognição como habilidades aprendidas e contextualmente controladas, responsáveis por, arbitrariamente, relacionar um estímulo com outros estímulos, causando as mudanças das funções dos eventos em determinado contexto. Ao longo da vida, novas relações também são desenvolvidas de forma não sistemática, como relações de oposição, temporais, de distinção e de comparação, como também podem ocorrer transformação de função entre estímulos. Portanto, as molduras relacionais acontecem a partir da interação do indivíduo com o ambiente, que produz relações entre os estímulos e ampliam as funções de uma contingência para outros estímulos a ela associados, em uma rede de conexão. No caso de situações aversivas, a função pode se generalizar para diversos estímulos, pode tornar-se frequente, como pode criar outros estímulos. As habilidades de relacionar estímulos e modificar funções habilita o indivíduo a reagir de maneira eficaz, mas pode aumentar o nível de aversão ao estímulo em questão. Assim sendo, considera-se as patologias como um processo de evitação de eventos internos aversivos. Posto isto, a articulação da linguagem com a cognição, possibilita a expressão da FC através do controle inibitório, expresso como autocontrole, que possibilita o desenvolvimento da FP, o que, por sua vez, oportuniza a ocorrência do BEP²⁵.

Figura 12 – Teoria das molduras relacionais.



Fonte: elaboração própria a partir de Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001.

4.3.5 Inflexibilidade psicológica

Como exposto, o desenvolvimento da linguagem e dos processos cognitivos são pré-requisitos para o entendimento do complexo sistema psicológico dos seres humanos. Segundo Hayes⁵⁸, a IP é um conceito transdiagnóstico e definido como um processo psicológico rígido no qual o comportamento se dá em função de reações impulsivas e não estratégicas, em vez de ser a partir dos valores pessoais e do propósito de vida do indivíduo. A IP é alinhada com a linguagem literal que incentiva a evitação de sentimentos e promove o emaranhamento com os pensamentos distorcidos que causam contato rígido com o presente, levando a crenças em histórias irreais, criadas pelo próprio indivíduo, a respeito de si e dos outros. A IP produz aumento do sofrimento, apesar de promover alívio de curto prazo, através de esforços excessivos para o controle cognitivo e emocional diante de determinado estímulo, mas a evitação crônica do desconforto ou sofrimento, leva ao aumento dessas condições adversas a longo prazo⁵⁹.

A IP é composta por seis fatores disfuncionais : 1) viver lamentando o passado ou com medo do futuro; 2) não ter os valores pessoais claramente definidos, o que causa a ausência de um propósito de vida; 3) se comportar na inércia ou na impulsividade; 4) ter o senso de *self* como conteúdo, dando muito valor ao que supõe que sejam as expectativas dos outros a respeito de sua conduta; 5) viver fusionado com seus pensamentos distorcidos, considerando-os como verdadeiros; 6) evitar contato com certos eventos internos e externos, vivendo superficialmente¹².

Quando o indivíduo vivencia um ou mais desses seis fatores de forma consistente ou excessivamente, a IP pode evoluir para condições físicas e mentais disfuncionais⁶⁰, bem como pode levar ao auto descrédito, vergonha e sensação de incapacidade⁶¹. Tais fatores podem ser visualizados na Figura 13.

Figura 13 – Fatores associados à inflexibilidade psicológica.



Fonte: elaboração própria baseada em Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis; 2006.

Os indivíduos com IP tendem a interpretar todos os pensamentos como verdadeiros (fusão cognitiva), o que os leva a interpretar as situações equivocadamente, redundando em decisões disfuncionais e desconectadas da realidade^{51,62-67}. Além do mais, tais indivíduos evitam as experiências de desconforto ou sofrimento, ao invés de admitir a realidade a partir dos fatos, a fim de identificar e solucionar os problemas, a fim de atender às suas necessidades emocionais. Muitas vezes, a pessoa rígida se define a partir de uma identificação com suas crenças, emoções e pensamentos distorcidos, construindo histórias sobre si mesma a partir de sua trajetória sócio-histórica. Tende a criar uma autoimagem como um “conceito” desenvolvido socialmente, através de um *locus* de controle externo, valorizando a opinião de terceiros, ao invés de dignificar seus valores pessoais, seu propósito de vida e seus limites pessoais. Tal dinâmica dificulta o contato do indivíduo com outras versões saudáveis de si, pois, muitas vezes, sente-se incapaz e inferiorizado. Além dessas questões, a pessoa psicologicamente rígida vive na inércia ou na impulsividade em função de não ter parâmetros internos, que são fornecidos pelos valores pessoais desconhecidos pelo indivíduo. Tal situação impede a tomada de consciência de quem se é de fato, o que se deseja ou qual o seu propósito de vida^{13,45,48,58,68-73}. A partir de tais argumentos, percebe-se que a IP é uma condição mórbida, que pode reduzir

a QVP e o BEP, assim como causar inúmeros problemas de saúde mental. Uma recente pesquisa³⁵ verificou que maior IP pode ser um fator de risco para a angústia relacionada ao ambiente, particularmente para os indivíduos que têm maior preocupação com as mudanças ambientais¹¹. A seguir, serão abordados os seis fatores que compõem a IP: foco no passado ou no futuro, desconhecimento dos valores pessoais, comportamentos de inércia ou de impulsividade, senso de *self* como conteúdo, fusão cognitiva e a evitação.

4.3.5.1 Foco no passado ou no futuro

O foco no passado pode levar à depressão e à lamentação contínua do passado, em um enredo cognitivo e emocional que envolve lamúria a respeito de fatos ocorridos ou interpretações negativas da história do indivíduo, que não pode ser mudada^{41,42,74–76,77}. Segundo Kovacs, Beck⁷⁴ (1979), os deprimidos podem sofrer de uma ampla variedade de doenças e têm uma visão sombria e desesperada de si mesmos, de seu mundo e de suas emoções negativas. Tais autores sustentam que a longa lista de sintomas específicos da depressão pode ser entendida como um complexo de estruturas cognitivo-afetivas que determinam os pensamentos, o humor e os comportamentos desses pacientes depressivos⁷⁸. Recentemente, a OMS classificou a depressão como a doença mais cara do mundo, por promover incapacitação nas pessoas de meia idade, que estão no auge da vida produtiva⁷⁹, além de ter alta taxa de mortalidade e causar mais sofrimento do que qualquer outra doença⁸¹. A depressão é a segunda colocada nas internações em clínicas psiquiátricas nos EUA, ficando atrás somente da esquizofrenia. A prevalência estimada da doença, fora dos hospitais, é mais de cinco vezes a da esquizofrenia. Segundo Salazar *et al.*⁷⁸ (2021), a prevenção primária tem o potencial de modificar o curso da depressão⁸², o que expõe a necessidade de se psicoeducar a população geral sobre tal psicopatologia, criando, assim, a possibilidade de as pessoas identificarem os sinais da doença e buscarem ajuda precocemente.

O foco no futuro pode levar à ansiedade decorrente de uma expectativa catastrófica a respeito de acontecimentos futuros. Essa visão negativa acontece em consequência do enredo negativo de pensamentos e emoções vinculados ao que ainda não aconteceu e que tem pouquíssimas chances de ocorrer. Em tal condição, há uma total desvinculação do que ocorre no presente e uma valorização infundada dos pensamentos pessimistas em relação aos acontecimentos futuros, por serem considerados verdadeiros e viáveis, apesar de não serem

amparados por fatos. Trata-se de um processo disfuncional que abrange vários segmentos da vida do indivíduo pois, segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5)⁸³, existem onze tipos de transtornos de ansiedade. Um estudo recente sugere que pensamentos catastróficos estão associados à atividade cerebral anormal em áreas do processamento de emoções⁸⁴.

4.3.5.2 Desconexão com os valores pessoais

A desconexão dos valores pessoais é caracterizada pelo desconhecimento do que é importante para o indivíduo definir seu propósito de vida. Redunda na incapacidade de se utilizar assertivamente a linguagem interna de forma estratégica e na perspectiva dos próprios valores pessoais, bem como na incapacidade de expressar verbalmente tais valores, em função de desconhecê-los. Pode gerar comportamentos impulsivos, de inércia e de busca de aprovação, além de causar frustração, desmotivação e culpa. A disrupção dos valores pode também promover a sensação de que a vida é um peso, uma vez que a pessoa foca continuamente em seus problemas⁷², em função da inexistência de parâmetros que balizem suas escolhas, decisões e comportamentos que possam embasar a definição de objetivos e de limites que não podem ser ultrapassados por terceiros. Metaforicamente, viver desconhecendo os próprios valores é semelhante a um capitão que navega sem mapa e sem bússola, em um oceano desconhecido e com o céu encoberto. Estará sem referências ou parâmetros para balizar suas escolhas, decisões e comportamentos.

4.3.5.3 Inércia e impulsividade

A inércia e a impulsividade são reações automáticas, desvinculadas de avaliação das consequências dos próprios atos, devido à desconexão com os valores pessoais. A inércia comportamental é definida pela ausência de reação e de iniciativa, no que tange ao alcance do propósito de vida alinhado com os valores pessoais, causada pela tendência natural do ser humano em resistir às mudanças, em função do processamento cognitivo automático. Tal estagnação leva a uma vida de repetição comportamental disfuncional. Já a impulsividade, é

uma reação irrefletida e inconsequente. Trata-se da incapacidade de resistir aos impulsos automáticos, bem como de avaliar as consequências das próprias ações, que podem colocar o próprio indivíduo e os outros em risco⁸⁵. Geralmente, tanto a inércia, quanto a impulsividade levam à ausência de determinação e de persistência, como também causam a desorganização e o abandono de compromissos, projetos e tarefas⁵⁸. Esse estilo de vida só se altera quando há a aplicação de um estímulo cognitivo adequado⁷².

4.3.5.4 *Self* como conteúdo

A linguagem tem grande importância no desenvolvimento da perspectiva de funcionamento do *self*, pois ele é produto da evolução da linguagem, enquanto produtora de atos complexos e articulados⁸⁶. No conceito de *self* (eu) como conteúdo, a pessoa deixa de perceber a si mesma, em função de enaltecer o *locus* de controle externo, ao valorizar demasiadamente e se comportar a partir do que supõe que as pessoas pensam e esperam dela, ignorando seus próprios desejos, valores e propósito de vida. Geralmente, tais indivíduos desenvolvem um “eu-conceito”, que se define por um “eu” identificado com determinados eventos privados, como mágoa ou raiva (sou raivoso), como também se definem a partir de histórias que criam sobre si mesmas (sou burro) ou sobre o mundo à sua volta (o mundo é perigoso). Tal condição se instala a partir da fusão do “eu-conceito” com as histórias criadas, o que leva à IP e comportamental, uma vez que a pessoa rejeita ou evita, fortemente, todas as experiências que contradigam sua definição disfuncional de si e (ou) suas histórias criadas⁸⁷.

4.3.5.5 Fusão cognitiva

A fusão cognitiva acontece a partir da crença equivocada de que todos os pensamentos são fatos reais. Pensamentos reais são os vinculados a fatos. Fato é algo que pode ser observado e comprovado. Os demais pensamentos são considerados erros de interpretação da realidade e são chamados de distorções cognitivas. A fusão cognitiva une a percepção, a partir dos cinco sentidos, à linguagem interna literal, que interpreta os acontecimentos de forma enviesada, com amplo poder disfuncional que, em quadros crônicos, pode provocar graves prejuízos à saúde

mental¹³. A fusão cognitiva é considerada a principal causa de IP, pois potencializa os outros cinco fatores que a compõem⁸⁸.

4.3.5.6 Evitação

A evitação das experiências de desconforto ou sofrimento é a relutância em aceitar determinados eventos psicológicos, apesar dos prejuízos emocionais, comportamentais e sociais que causem³⁹. Trata-se de tentativa de controle através de comportamentos de segurança em processo dinâmico e contextualizado, interna e externamente⁸⁹. A evitação é um fator rígido, que reduz profundamente o BEP e a QVP do indivíduo, além de ter relação com diversos quadros psicopatológicos. Segundo Bruijniks *et al.* (2022)⁸⁶, o comportamento evitativo tem uma associação, de moderada a grande, com várias psicopatologias, tais como: transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático. Em pesquisa recente, observou-se que a sensibilidade à ansiedade moderou a relação da evitação experiencial com a ansiedade e a depressão. Além disso, a depressão moderou a relação da evitação experiencial com o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno obsessivo-compulsivo⁸⁹. A ACT considera a evitação experiencial como a principal causa das condições mentais adversas.

Tendo sido explicados os fatores disfuncionais que compõem o conceito de IP, a seguir, abordaremos a versão saudável do funcionamento humano, caracterizada pela FP.

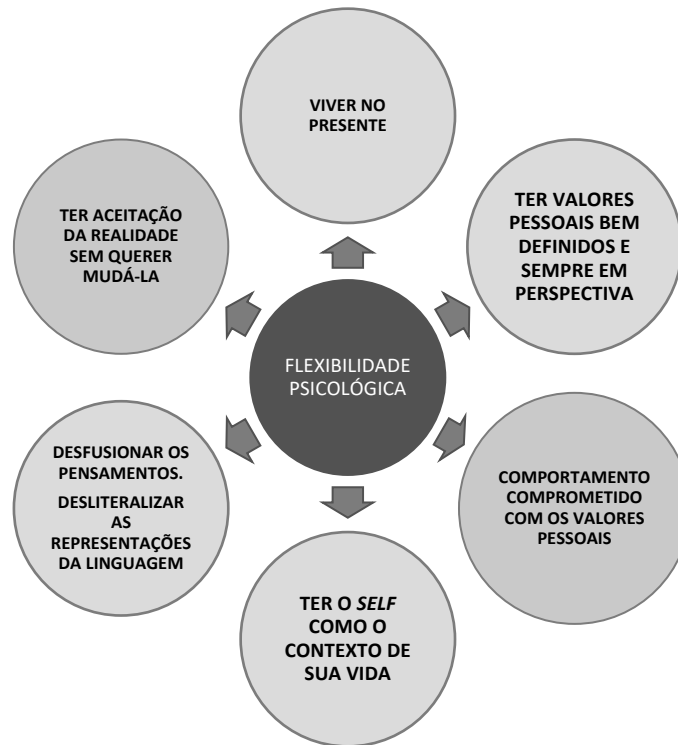
4.3.6 Flexibilidade psicológica

A ACT considera a FP como a capacidade de viver como observador ativo e consciente do que acontece consigo internamente (pensamentos e emoções), como também observando o contexto externo, a fim de identificar os fatos no momento em que ocorrem, articulando as percepções com os valores pessoais de forma desfusionada das distorções cognitivas e aceitando os fatos como são, apesar do desconforto ou sofrimento que possam causar. Ter disposição interna de observar os próprios pensamentos e emoções a fim de escolher

comportamentos em função de valores pessoais e propósito de vida exige decisão, determinação e coragem que possibilitem o investimento do indivíduo no próprio BEP e em uma QVP superior. Tais condições podem demandar um conhecimento teórico prévio, que pode ser disponibilizado pela psicoeducação⁶⁸ e, potencialmente, pode ser um fator de proteção frente à possibilidade de desenvolvimento de patologias, como também permite a busca de tratamento precoce. A ênfase é dada aos processos internos individuais e na interação do indivíduo com o mundo, e não sobre os conteúdos dos pensamentos ou sobre a natureza dos comportamentos⁹⁰. Sendo assim, a avaliação das relações existentes entre os pensamentos, as emoções e os comportamentos, na perspectiva do contexto e em função dos valores pessoais, é considerada a melhor alternativa, em detrimento da tentativa de modificá-los ou evitá-los, pois tal postura leva à IP^{44,48,58,70,90}. Trata-se do principal objetivo da psicoterapia por ter relevância em todos os aspectos da vida.

A partir da ACT^{42,45,48,58,68,70,91}, a FP é composta por seis processos internos interdependentes e complementares, que tornam possível o desenvolvimento de uma autoimagem adequada e saudável, alinhada com disposição e determinação para viver a vida conscientemente, com foco no momento presente, sem defesas contra as intempéries da vida, aceitando os acontecimentos com plenitude íntima, motivação e comportamentos alinhados aos valores pessoais. Os seis processos da FP que orientam o indivíduo a respeito das habilidades necessárias para se conquistar uma vida funcional e com significado são: 1) viver no momento presente; 2) ter os valores pessoais bem definidos e alinhados com o propósito de vida; 3) ter comportamentos comprometidos com os valores pessoais; 4) ter o *self* como um contexto de observação interna e externa; 5) promover a desfusão cognitiva e 6) aceitar a realidade como ela é, apesar do desconforto ou sofrimento que cause, sem o desejo de alterá-la^{53,72,73,85}. Esses fatores podem ser visualizados na Figura 14 e serão descritos a seguir.

Figura 14 – Fatores associados à flexibilidade psicológica.



Fonte: Elaboração própria baseada em Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis; 2006.

4.3.6.1 Viver no momento presente

Viver no momento presente possibilita uma vida saudável em função da oportunidade de fazer escolhas apropriadas e alinhadas com os valores pessoais e com o propósito de vida pessoal. Envolve ter consciência plena dos fatos no momento em que eles ocorrem, avaliando-os na perspectiva das emoções, pensamentos e sentimentos que deflagram, assim como considerar o contexto em questão, na perspectiva dos fatos, a partir das percepções dos cinco sentidos, em postura não julgadora, sem apego e com autocompaixão. Viver no presente demanda, principalmente, FC e comportamento voluntário^{46,60,92-97}. Trata-se de manter um estilo de vida voltado para a totalidade da experiência “do aqui e agora”, através do direcionamento consciente e deliberado para o que está acontecendo e que a atenção flexível (flexibilidade cognitiva) possibilita, a partir de uma perspectiva de curiosidade, receptividade e acolhimento das contingências. Significa abdicar das lamentações sobre o passado e das expectativas negativas sobre o futuro, a fim de viver o momento presente com plenitude, sem críticas e sem julgamentos^{45,68,71,72,79,85,87,91,96,98-101}. Tal habilidade provê o indivíduo de grande

poder de decisão e assertividade comportamental a partir da articulação de seu propósito de vida com seus valores pessoais e seus comportamentos^{18,89}. Portanto, estar presente internamente, observando as emoções e os pensamentos, sem julgamentos e autocríticas, bem como estar presente na situação, somente observando os fatos sem distorcê-los, ajuda a se viver a vida real, conscientemente. Sendo assim, o objetivo psicoterapêutico em questão é o de ajudar o indivíduo a desenvolver a habilidade de perceber quando está cognitivamente ausente do momento e a deslocar sua atenção para o momento presente⁸⁵. A conexão cognitiva com os acontecimentos no momento em que ocorrem, possibilita e facilita a tomada de consciência dos valores pessoais envolvidos no contexto em questão, a partir da observação do tipo de emoções sentidas em relação aos fatos.

4.3.6.2 Valores bem definidos

Os valores dão significado e direção à vida. São definidos voluntariamente através da linguagem e dos processos cognitivos. Eles orientam nossas escolhas e decisões, se os tivermos previamente bem definidos. A consciência dos valores pessoais orienta o desenvolvimento do propósito de vida e tem potencial para ser um marcador dos limites pessoais, na medida em que demonstram, claramente, as emoções sentidas em determinada circunstância. Metaforicamente, são o mapa de uma vida com significado próprio. Eles protegem o indivíduo de comportamentos evitativos, assim como ficam sempre disponíveis, informando o que importa na vida, a melhor direção a seguir, a motivação para agir e a orientação para um comportamento consistente a longo prazo⁹⁶.

4.3.6.3 Ação comprometida com os valores pessoais

Ação comprometida é definida como todo comportamento alinhado com os valores pessoais do indivíduo, a fim de garantir as consequências desejadas para a realização de objetivos que levem à concretização do propósito de vida pessoal. Trata-se de uma resposta comportamental estratégica, consciente e responsável, e não de uma reação impulsiva automática e desvinculada dos valores pessoais. Tem como pré-requisito básico a definição dos

valores pessoais e se refere a um direcionamento contínuo do comportamento, para a construção de padrões elevados de FP^{11,18,102}.

4.3.6.4 *Self* como contexto

No *self* (eu) como contexto, o indivíduo é um observador. Observa seus eventos internos tais como memórias, emoções, pensamentos e sentimentos, como também é um observador do mundo externo, através da identificação dos fatos envolvidos em determinada situação, sem distorcê-los. A inter-relação que pode ser promovida entre os eventos internos, os fatos e o contexto, possibilita a identificação dos limites do indivíduo a respeito das questões envolvidas em dada situação. A consciência de tais limites facilita e pode redundar na definição de valores pessoais a respeito dos fatos em questão. O “eu” como contexto pode ser considerado a base para o processo de aceitação, por possibilitar que o indivíduo se veja como o contexto a partir do qual sua vida ocorre, transcendendo seus pensamentos distorcidos e suas emoções disfuncionais. A partir de tal posição, a pessoa pode ter consciência de que seu “eu” é sábio, sempre esteve ali ao longo da vida à sua disposição, e que aquele lugar interno é o mais seguro para si, quando está alinhado com seus valores. Portanto, o “eu” como contexto é um lugar de observação e de correlação com os fatos internos e externos experienciados, a partir do processo de viver no momento presente alinhado com seus valores, sempre os atualizando, a partir da interseção entre as emoções e os fatos que compõem cada nova experiência⁷⁰. A consciência dos acontecimentos internos e externos é um pré-requisito para a ocorrência da desfusão cognitiva.

4.3.6.5 Desfusão cognitiva

A desfusão cognitiva é a habilidade de perceber a ocorrência e o conteúdo dos pensamentos, emoções e memórias, os usando estrategicamente para tomar as melhores decisões, em vez de viver as experiências a partir deles. Tal postura possibilita uma perspectiva saudável dos acontecimentos, facilitando o desenvolvimento da aceitação dos fatos. Como a desfusão é um processo que envolve pensamentos, depende da linguagem e ocorre a partir da

tomada de consciência de que palavras são apenas um condutor para retratar a realidade, e não a realidade em si. É baseada na compreensão real das experiências internas e pressupõe que nem todos os pensamentos têm valor de realidade, pois existem pensamentos baseados em fatos, que são pensamentos reais, assim como existem pensamentos que não são factuais e que, portanto, nada significam, por serem apenas erros de interpretação da realidade, as ditas distorções cognitivas, próprias da fusão cognitiva, que é um dos fatores da IP. Na defusão cognitiva, portanto, a linguagem proporciona uma organização dos processos verbais baseados somente nos fatos. A pessoa aprende que pensamento é só pensamento, que emoção é só emoção e a memória é apenas lembrança. Tal postura proporciona uma experiência interna complexa, profunda e rica, que eleva a consciência a respeito de si e das contingências. A partir da capacidade de diferenciação entre pensamento real e pensamento distorcido, o indivíduo ganha uma perspectiva de observador pleno, tranquilo e isento do impulso de obedecer ou acreditar nas distorções cognitivas^{13,46,48,58,60,68,69,72,100,103-105}, o que possibilita a aceitação da realidade.

4.3.6.6 Aceitação

A aceitação é uma competência definida como o processo de aceitar verdadeiramente as experiências, apesar do desconforto ou sofrimento que causem, sem a intenção de modificá-las, eliminando a ligação automática entre pensamentos, emoções e comportamentos. Trata-se da habilidade de assumir uma perspectiva observacional das experiências psicológicas e dos fatos como são, sem distorções. Tal processo envolve um comportamento de aproximação e abertura para as experiências psicológicas difíceis. Refere-se a uma escolha consciente e amparada por uma decisão interna voluntária, corajosa, receptiva e acolhedora em relação aos eventos, com flexibilidade íntima, autoaprovação, segurança, isenção de críticas e julgamentos, considerando apenas os fatos, sem nenhum esforço de controle sobre eles⁷². A aceitação não tem o objetivo de alterar os pensamentos e as emoções; ela possibilita a redução da influência dos pensamentos e emoções sobre as ações automáticas, o que provoca uma redução da impulsividade, garantindo que os comportamentos sejam estratégicos e se deem através do autocontrole, assim como na perspectiva dos valores e propósito de vida³⁸. A aceitação é considerada um dos principais componentes da FP, por se tratar de uma escolha assumida de bem viver, apesar das

intempéries da vida e a partir da tranquilidade de encarar situações difíceis, com o propósito de ter uma vida de BEP, portanto, mais saudável, funcional e sem espaço para o estresse exaustivo.

5 METODOLOGIA

5.1 MODELO GERAL DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, metodológica, descritiva e transversal.

5.2 ÉTICA

A presente pesquisa é financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os procedimentos adotados estão em conformidade com as orientações da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, sob o CAAE: 51959321.0.0000.5662 (anexo A). O anexo B contém o parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa.

5.3 AMOSTRA

Os dados foram coletados virtualmente pelo departamento de tecnologia de informação da Universidade Federal da Bahia (UFBA) através do envio de 40.000 *e-mails*, sendo que, desses, apenas 1.128 (2,82%) compuseram a amostra. Chama-se a atenção para o fato de que as recomendações de poder estatístico mínimo apontam um total de 100 participantes por variável latente presente no modelo. Compreendendo que há um total de quatro variáveis nesta pesquisa, observa-se que a amostra ultrapassou a proporção mínima recomendada.

Os critérios de inclusão foram ser brasileiro, estudante de graduação, pós-graduação *lato sensu*, mestrado ou doutorado da UFBA, de ambos os sexos e com idade entre 18 e 65 anos. Os critérios de exclusão foram ter 66 anos ou mais, a fim de evitar a necessidade de eliminação por

avaliação de morbidade de natureza neuropsicológica. Também foram excluídos os participantes que não responderam completamente a pesquisa.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por intermédio de um formulário de pesquisa disponibilizado na plataforma *Google forms* e distribuído para 40.000 estudantes de graduação pelo *e-mail* de divulgação da UFBA. No corpo do *e-mail*, foram apresentados um texto explicativo sobre a participação na pesquisa e o *link* para o formulário de questões. Ao clicar no *link*, os participantes foram direcionados para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após lê-lo, o indivíduo pôde optar por participar da pesquisa por livre vontade, clicando na opção “sim, compreendo e concordo com a minha participação na pesquisa”. As pessoas que optaram por não participar da pesquisa, clicaram na opção de não participação e foram encaminhadas para o formulário de encerramento no qual havia uma mensagem de gratidão. Previu-se que, mesmo com o TCLE assinado, os participantes poderiam mudar seu consentimento e abandonar sua participação na pesquisa sem registro de suas respostas parciais. Após o término do preenchimento do formulário de pesquisa os participantes clicaram em “enviar respostas” e foram direcionados para uma página de agradecimentos.

5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Todos os participantes responderam quatro questionários: 1) questionário sociodemográfico (apêndice A); 2) questionário de aceitação e ação-II (AAQ-II, anexo D); 3) medida do índice de bem-estar (WHO-5, anexo E); e 4) subescala de estresse da escala para depressão, ansiedade e estresse (DASS-21, anexo F).

Em 2004, Hayes et al.¹⁰⁶ desenvolveram o AAQ-I com o intuito de avaliar a EE, que é considerada a principal causa de condições adversas na perspectiva da ACT, que interpreta os termos “aceitação” e EE como exemplos de FP e IP, respectivamente. Em função de limitações, tais como alguns itens serem incompreensíveis e a consistência interna ser baixa, Bond et al

(2011)¹⁰⁷ desenvolveram o AAQ-II, que tem como construto a IP, na perspectiva da evitação psicológica. Atualmente existem diversas versões do instrumento, inclusive versões específicas para avaliar o nível de inflexibilidade psicológica em portadores de várias doenças clínicas específicas¹⁰⁸⁻¹³⁰. Na presente pesquisa foi usada a versão com dez itens (anexo D), que será descrita no artigo 1 do capítulo “resultados”.

O WHO-5 é um instrumento de avaliação do bem-estar psicológico das duas últimas semanas, desenvolvido pela OMS, inicialmente para avaliar o bem-estar em pacientes diabéticos crônicos. Essa instituição conceitua saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como a ausência de doença. O questionário é composto por cinco questões que possibilitam um placar total entre 0 a 25 pontos, em que 0 representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível. (apêndice D). A pontuação é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pontuação inferior a 13 ou respostas de 0 ou 1 em qualquer um dos 5 itens da escala significa baixo nível de bem-estar e, nesse caso, a OMS recomenda a aplicação de algum instrumento para avaliar os transtornos do humor. A pontuação em percentual pode ser utilizada para monitorar as alterações no bem-estar longitudinalmente. Uma variação de 10% é considerada uma alteração significativa no nível de bem-estar¹³¹.

A DASS-21 foi desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995)¹³² contendo três estruturas para avaliar a ansiedade e a depressão através de 42 itens. A partir da necessidade de um instrumento menor, foi desenvolvida a versão com 21 itens que avalia ansiedade, depressão e estresse, sendo que, para cada um desses construtos, existem sete itens. As respostas são dadas através de uma escala tipo *Likert* com quatro possibilidades de respostas que variam entre zero (discordo totalmente) e 3 (concordo totalmente). A pontuação pode ser feita considerando todos os 21 itens ou apenas os sete itens de cada construto separadamente, sendo que a soma dos pontos deve ser multiplicada por dois. Portanto, a pontuação para os sete itens de estresse que serão usados nesta pesquisa, pode ter a pontuação mínima de 0 (estresse normal) e máxima de 14 pontos (estresse muito grave). A versão brasileira foi validada em 2014 por Vignola&Tucci¹³³. Como dito, nessa pesquisa foi utilizada somente a subescala de estresse do instrumento.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi conduzida através dos *softwares Factor*¹³⁴, MPLUS v8.0¹³⁵ e JASP v.0.16.3¹³⁶. O primeiro passo da análise de dados consistiu em investigar a fatorabilidade e a dimensionalidade da escala AAQ-II. Para tal fim, foi estimado o índice KMO, que é indicativo da variância comum dos itens da escala, que deve ter valor mínimo de 0,70 para indicar adequação dos dados para a análise fatorial¹³⁷. Depois de confirmar a fatorabilidade da escala, analisou-se a dimensionalidade da matriz de correlações inter-itens, através do método de análise paralela. A análise paralela compara os autovalores auferidos dos dados, com os obtidos através de simulações que indicam como as dimensões extraídas se manifestariam se não fossem diferentes de variância erro. Dessa forma, decidiu-se pela retenção de fatores com autovalor amostral superior ao estimado pelas simulações, interrompendo a quantidade de fatores a serem extraídos, na medida em que os valores simulados se tornam superiores. Também foram informadas as distribuições dos itens, com o objetivo de verificar se as distorções das distribuições apresentam valores dentro do tolerável para assimetria e curtose. Idealmente, o fator ou estrutura de interesse deve apresentar ao menos 30% de variância explicada, para que a medida funcione de forma adequada¹³⁷.

Antes de se fazer a análise fatorial, foram estimados dois índices de consistência interna: (1) o Alfa de *Cronbach* e o (2) coeficiente GLB. Tais coeficientes indicam se os padrões das correlações inter-itens permitem a composição dos itens na forma de um escore, assim como sinalizam a qualidade dessa composição. O índice GLB foi empregado como forma de complementar o coeficiente alfa, uma vez que ele apresenta pressupostos rígidos sobre homogeneidade da variância entre os itens¹³⁸. Os resíduos do AAQ-II foram investigados através do coeficiente WRMR, além de outros procedimentos que serão abordados na análise dos itens.

Após a confirmação da unidimensionalidade do AAQ-II, foram investigados os índices de unidimensionalidade dos itens: (1) I-Único e (2) I-ECV. O principal objetivo desses indicadores é resguardar não apenas a escala, mas confirmar que os itens são explicados apenas por um único fator. O índice I-UniCo deve apresentar valores superiores a 0,95, enquanto que o índice I-ECV deve apresentar valores superiores a 0,85. Também são apresentados os índices de resíduos específicos de cada item, através do IREAL, que não devem apresentar valores superiores a 0,30, pois isso indicaria um erro de medida que pode prejudicar o conjunto de itens¹³⁹. Foram obtidos ainda os intervalos de confiança para cada indicador, com o objetivo de

diagnosticar a qualidade da medida para o caso de flutuações. Os intervalos de confiança são de 90% e foram estimados através da reamostragem de 1000 replicações.

A análise fatorial foi estimada através do método de Máxima Verossimilhança Robusta, sendo obtidas as cargas fatoriais e os intervalos de confiança corrigidos para aceleração. As cargas fatoriais devem apresentar valores superiores a 0,30, de acordo com o recomendado pela literatura, e idealmente superiores a 0,40, com o objetivo de permitir maior estabilidade das soluções¹⁴⁰. Não foram utilizados métodos de rotação, uma vez que tais procedimentos são considerados desnecessários para medidas unidimensionais. Também foram utilizados índices de ajuste estrutural, dentre eles X^2 ($p > 0,05$), X^2/df (> 10), RMSEA ($< 0,08$), NNFI ($> 0,90$), CFI ($> 0,90$) e AGFI ($> 0,90$)¹⁴⁰.

Para a análise dos modelos de mediação, foram empregados os passos recomendados por MacKinnon, Fairchild, Fritz¹¹⁷ (2007). Primeiro foram testados os efeitos na ausência das variáveis concorrentes. No segundo passo, ambas as variáveis de estresse e aceitação foram inseridas no modelo com efeitos diretos sobre a variável de resultado e, por fim, foi verificada a mudança dos coeficientes de regressão com a inserção dos caminhos para mediação, com o efeito de estresse passando pela variável do AAQ-II. Foram calculados o efeito total e o efeito indireto para a mediação.

Para a análise secundária, que representa um objetivo menor do presente trabalho, foram comparadas subamostras em função de experiência de tratamento psicológico e (ou) psiquiátrico do passado ou atual, utilizando o teste t para amostras independentes, com o objetivo de verificar se tratamento psicológico ou psiquiátrico, anterior ou atual, interfere nos níveis de flexibilidade psicológica dos participantes. Foram executados, ainda, procedimentos de MANOVA, para investigar possíveis interações entre as condições descritas pelos participantes. Para os procedimentos, foram estimados intervalos de confiança para a diferença entre as médias dos grupos, assim como o tamanho do efeito, tendo por base o **d** de Cohen. Para a MANOVA, foi empregado um p-valor ajustado de Bonferroni. Vale ressaltar que as comparações obtidas devem ser levadas em consideração apenas para fim exploratório, uma vez que os subgrupos das interações obtiveram resultados insuficientes, considerando-se o poder estatístico necessário.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

PSICOMETRIA DO QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO-II (AAQ-II)

Cybele Perciano Cypriano¹, Irismar Reis de Oliveira², Pedro Paulo Pires³

¹Administradora e psicóloga clínica; mestre e doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela UFBA. ²Professor titular aposentado, livre docente do Departamento de Neurociências e Saúde Mental; professor livre docente da UFBA. ³Psicólogo mestre e doutor pela UFRJ e professor do departamento de psicometria da UFRJ.

RESUMO

Este estudo avaliou as propriedades psicométricas do questionário de aceitação e ação-II (AAQ-II), cuja coleta foi virtual através de questionário enviado para 40.000 graduandos da UFBA com idade entre 18 e 65 anos. Os resultados obtiveram uma amostra de 1.128 respondentes, com alta fatorabilidade dos dados ($KMO = 0,91$), consistência interna ($GLB = 0,92$, alfa de *Cronbach* = 0,89) e *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR = 0,061) adequados. O AAQ-II demonstrou valores de congruência unidimensional ($I-UniCo > 0,95$, $I-ECV > 0,85$) e um índice de resíduo (IREAL) problemático apenas para o item 2. A solução fatorial mostrou um ajuste satisfatório ($X^2 = 267,21$, $RMSEA = 0,077$, $NNFI = 0,97$, $CFI = 0,98$, $AGFI = 0,99$) e todas as cargas fatoriais foram superiores a 0,30, com exceção de um item (0,28). Os resultados indicam que o AAQ-II possui propriedades psicométricas satisfatórias nesta amostra.

Palavras-chave-Terapia de aceitação e compromisso; psicometria; análise psicométrica.

PSYCHOMETRICS OF THE ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE-II (AAQ-II)

Cybele Perciano Cypriano¹, Irismar Reis de Oliveira², Pedro Paulo Pires³

¹*Administrator and clinical psychologist; Master's degree and doctoral candidate in Interactive Processes of Organs and Systems at UFBA (Federal University of Bahia).* ²*Emeritus full professor, free lecturer from the Department of Neurosciences and Mental Health; free lecturer at UFBA (Federal University of Bahia).* ³*Psychologist with a Master's and Doctorate degree from UFRJ (Federal University of Rio de Janeiro), and professor at the Department of Psychometrics at UFRJ.*

ABSTRACT

This study assessed the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), which was collected virtually through a questionnaire sent to 40,000 undergraduate students aged between 18 and 65 years at UFBA. The results showed an N=1128, high data factorability (KMO = 0.91), and a single dimension retained in the parallel analysis. Internal consistency was adequate (GLB = 0.92, Cronbach's alpha = 0.89), and the Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) exhibited appropriate behavior (WRMR = 0.061). The AAQ-II demonstrated item unidimensionality, with values of unidimensional congruence (I-UniCo > 0.95, I-ECV > 0.85) and a problematic residual index (IREAL) only for item 2. The factor solution showed a satisfactory fit ($\chi^2 = 267.21$, RMSEA = 0.077, NNFI = 0.97, CFI = 0.98, AGFI = 0.99), and all factor loadings were above 0.30. The results indicate that the AAQ-II has satisfactory psychometric properties in this sample.

Keywords- *Acceptance and commitment therapy; psychometry; psychometric analysis.*

Introdução

O AAQ-II é uma medida geral que mensura o nível de processos latentes de evitação experiencial e inflexibilidade psicológica (IP). Os itens que a compõem refletem a incapacidade do indivíduo de experienciar emoções e pensamentos indesejados, de estar conscientemente no momento presente e de se comportar de forma alinhada aos valores pessoais quando está diante de eventos psicológicos adversos. Além de aferir os constructos citados, o instrumento também é considerado útil no acompanhamento longitudinal da evolução da flexibilidade psicológica (FP) ao longo do tratamento. O AAQ-II é teoricamente amparado na terapia de aceitação e ação (ACT) ¹⁴¹, foi desenvolvido por Hayes ⁴⁵, aperfeiçoado por Bond ¹⁴² e teve a validação brasileira feita por Barbosa e Murta ⁴.

A ACT considera a aceitação psicológica como um fator que representa a FP, assim como considera a evitação experiencial como sendo um fator que causa e representa a IP. Desde o seu desenvolvimento em 2004, o AAQ-I provocou grande interesse da comunidade acadêmica pelo construto “evitação experiencial”, que motivou o desenvolvimento de diversas versões do instrumento no que tange à quantidade de itens, bem como à avaliação da IP em indivíduos com transtornos ou patologias específicas, tais como obesidade ¹²⁸, dentre outras.

A amostra da pesquisa de Bond, que validou o AAQ-II em 2011, foi de 2.816 participantes dos Estados Unidos da América e do Reino Unido. Em tal ocasião o questionário foi aplicado em conjunto com outros nove instrumentos de medida de saúde mental, a fim de se apurar a validade discriminante, concorrente, convergente, preditiva e incremental da ferramenta. Iniciou-se tal estudo com 49 itens e foi concluído com apenas 7. Tal pesquisa demonstrou a unidimensionalidade do questionário ¹⁰⁷, como também sinalizou a adequação do instrumento para uso na avaliação de mudança comportamental e de mecanismos de mudança terapêutica.

As evidências de validade do AAQ-II foram verificadas em diversos países, sendo que no Brasil, foi pesquisada por Barbosa e Murta ⁴ em amostra de 1.352 estudantes universitários. Tal pesquisa apontou um índice de consistência interna de 0,86, uma FP média de 32,54 (DP=8,62), com uma associação positiva entre idade e FP ($r=0,13$; $p < 0,001$). As cargas fatoriais foram elevadas e a confiabilidade foi adequada, apresentando um alpha de *Cronbach* de 0,87 ⁴.

A versão utilizada nessa pesquisa contém 10 itens e uma escala de resposta do tipo *Likert* de sete níveis, onde 1 significa “nunca” e 7 “sempre”, podendo ter um escore total mínimo de 10 e um máximo de 70 pontos. O resultado é obtido através da soma simples dos pontos das questões. Quanto maior a pontuação, maior será o nível de IP, assim como menores escores significam maior FP. Pontuações entre 24 e 28 são consideradas pontos de corte sintomáticos como, por exemplo, para depressão e ansiedade. O AAQ-II é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o nível de FP, além dos níveis de aceitação experiencial e dos comportamentos alinhados com os objetivos valorizados ¹⁴³. Essa versão de 10 itens do AAQ-II, tem 3 itens de pontuação invertida e tem sido amplamente utilizada, sendo que Bond observou que a versão de 10 itens é psicometricamente equivalente à versão de 7 itens ¹⁴².

A IP e a FP são dois níveis de expressão antagônica de um mesmo construto, sendo a IP considerada insalubre e a FP, saudável. A IP é definida como uma incapacidade de o indivíduo se alinhar com os acontecimentos no momento em que ocorrem, bem como de alterar sua perspectiva e opinião, ficando rigidamente apegado ao conteúdo literal da linguagem dos pensamentos que, conseqüentemente, causa emoções de desconforto ou de sofrimento que, por sua vez, resultam em comportamentos estagnados ou impulsivos, além de incongruentes com as conseqüências desejadas. Indivíduos com rigidez psicológica não têm seus valores pessoais bem definidos, o que dificulta um posicionamento funcional diante dos fatos. Em função do exposto, a IP é considerada a principal causa de comportamentos disfuncionais, de sofrimento emocional, como também do desenvolvimento de psicopatologias. A IP é composta por seis fatores: 1) viver vinculado ao passado ou ao futuro; 2) estar desconectado dos valores pessoais; 3) ter comportamentos inertes ou impulsivos; 4) ter uma noção de si mesmo como um “conteúdo”; 5) fundir os fatos percebidos pelos cinco sentidos com a linguagem literal que os descreve; 6) adotar comportamentos que mudam a forma ou a frequência de pensamentos, emoções e memórias, a fim de evitar desconforto ou sofrimento, mesmo quando tais comportamentos causem conseqüências indesejadas e danosas ⁹⁸. É importante frisar que a evitação experiencial é considerada o principal fator da IP, sendo conceituada como uma tentativa intensa e generalizada de controlar a frequência, a forma ou as contingências dos pensamentos e das emoções, mesmo quando tal esforço cause comportamentos incongruentes com os valores pessoais e com as conseqüências desejadas ¹⁴².

Por sua vez, a FP é tida como o principal objetivo de todo processo psicoterapêutico, independentemente da abordagem teórica em questão, por se tratar de uma disposição interna de observar os próprios pensamentos e emoções, na perspectiva dos fatos, a fim de escolher

comportamentos alinhados com os valores pessoais e com o propósito de vida. Sem dúvida, as pesquisas mostram que tal versatilidade é relevante em todos os aspectos da vida (Boffa et al., 2022; Jacoby et al., 2018; Levin, Krafft, Pistorello, & Seeley, 2019; Martins et al., 2019; Trigueros et al., 2020). Tal estilo psicológico é composto por seis processos internos interdependentes e complementares que tornam possível o desenvolvimento de uma autoimagem adequada e saudável, alinhada à disposição e determinação para viver a vida conscientemente focada no momento presente, sem defesas contra as intempéries, aceitando os acontecimentos com plenitude íntima, motivação e com comportamentos alinhados aos valores pessoais. Os seis processos que compõem a FP (Harris & Hayes, 2019; Twohig & Hayes, 2020), são: 1) prestar atenção ao momento presente no que tange aos fatos externos, pensamentos e emoções; 2) ter os valores pessoais bem definidos e alinhados com o propósito de vida; 3) ter comportamentos comprometidos com os valores pessoais; 4) ter o conceito do próprio “eu” como um contexto de observação interna e externa; 5) promover a defusão cognitiva diferenciando os fatos dos erros de interpretação da realidade e 6) aceitar a realidade como ela é, apesar do desconforto ou sofrimento que cause ^{53,72,73,85}.

A partir do exposto, o objetivo geral da presente pesquisa é investigar as propriedades psicométricas do AAQ-II na amostra em questão, tendo o objetivo específico de avaliar sua estrutura interna através do procedimento de análise fatorial exploratória.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, descritiva, quantitativa e transversal. Os procedimentos adotados estão em conformidade com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia sob o CAAE 51959321.0.0000.5662.

A amostra de 1.128 respondentes ativos foi recrutada e os dados coletados virtualmente a partir de 40.000 *e-mails* enviados pelo Departamento de Tecnologia da Informação da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo que apenas 2,82% dos convidados responderam adequadamente o questionário de pesquisa.

Os critérios de inclusão foram ser brasileiro, estudante de graduação da UFBA de todos os gêneros e com idade entre 18 e 65 anos. Os critérios de exclusão foram ter 66 anos ou mais,

a fim de evitar a necessidade de eliminação por avaliação de morbidade de natureza neuropsicológica.

Os dados foram coletados por intermédio de um formulário de pesquisa disponibilizado na plataforma *Google forms* e distribuído pelo *e-mail* de divulgação da UFBA. No corpo do *e-mail*, foram apresentados um texto explicativo sobre a participação na pesquisa e o *link* para o formulário de questões. Ao clicar no *link*, os participantes foram direcionados para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após lê-lo, o indivíduo pôde optar por participar da pesquisa por livre vontade, clicando na opção “sim, compreendo e concordo com a minha participação na pesquisa”. As pessoas que optaram por não participar, clicaram na opção de não participação e foram encaminhadas para o formulário de encerramento no qual havia uma mensagem de agradecimento. Previu-se que, mesmo com o TCLE assinado, os participantes poderiam mudar seu consentimento e abandonar sua participação na pesquisa sem registro de suas respostas parciais, a qualquer momento. Após o término do preenchimento do formulário de pesquisa, os participantes clicaram em “enviar respostas” e foram direcionados para uma página de agradecimentos. Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam o questionário sociodemográfico com dados sobre idade, gênero e curso em andamento, além do questionário de aceitação e ação-II (AAQ-II).

O AAQ-II foi exposto após as questões sociodemográficas, exibindo o enunciado padrão, seguido da escala com sete opções de respostas que vão do 1 – Nunca verdadeiro ao 7 – Sempre verdadeiro. A seguir, foram exibidas as dez questões do questionário: 1) Não há nenhum problema quando me lembro de algo que seja desagradável. 2) Minhas experiências e lembranças dolorosas tornam difícil eu viver de acordo com meus valores. 3) Tenho medo de meus sentimentos. 4) Preocupa-me não ser capaz de controlar as minhas preocupações e sentimentos. 5) Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena. 6) Estou no controle de minha vida. 7) As emoções causam problemas à minha vida. 8) Preocupações atravessam no caminho do meu sucesso. 9) Parece-me que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu. 10) Meus pensamentos e sentimentos não interferem no modo como quero viver minha vida.

O resultado fê obtido através da soma simples dos pontos das questões que pode ter um total mínimo de 10 pontos e máximo de 70 pontos. Quanto maior a pontuação, maior é o nível de IP, assim como menores escores significam maior FP. Pontuações entre 24 e 28 são consideradas pontos de corte sintomáticos como, por exemplo, para depressão e ansiedade.

A análise de dados foi conduzida através dos *softwares* Factor ¹⁴⁶, MPLUS v8.0 ¹³⁵ e JASP v.0.16.3 ¹³⁶. O primeiro passo da análise de dados consistiu em investigar a fatorabilidade e a dimensionalidade do AAQ-II. Para tal fim, foi estimado o índice KMO, que indica a variância comum dos itens do instrumento, que deve ter o valor mínimo de 0,70 para indicar adequação dos dados para a realização da análise fatorial ¹³⁷. Após confirmar a fatorabilidade do questionário, analisou-se a dimensionalidade da matriz de correlações inter-itens, através do método de análise paralela. Tal método compara os autovalores obtidos dos dados com os obtidos através de simulações que indicam como dimensões extraídas se manifestariam se não fossem distintas de variância erro. Dessa forma, decidiu-se pela retenção de fatores com autovalor amostral superior ao estimado pelas simulações, interrompendo a quantidade de fatores a serem extraídos, na medida em que os valores simulados se tornam superiores. Também foram informadas as distribuições dos itens com o objetivo de verificar se as distorções das distribuições apresentam valores dentro do tolerável para assimetria e curtose. Idealmente, o fator ou estrutura de interesse deve apresentar ao menos 30% de variância explicada para que a medida funcione de forma adequada ¹³⁷.

Antes de fazer a análise fatorial, foram estimados dois índices de consistência interna: (1) o Alfa de *Cronbach*; e (2) o coeficiente GLB. Tais coeficientes indicam se os padrões das correlações inter-itens permitem a composição dos itens em forma de um escore, assim como expõem a qualidade dessa composição. O índice GLB foi empregado como forma de complementar o coeficiente alfa, uma vez que ele apresenta pressupostos rígidos sobre homogeneidade da variância entre os itens ¹³⁸. Os resíduos do AAQ-II foram investigados através do coeficiente WRMR, além de outros procedimentos que serão abordados na análise dos itens.

Como o questionário é considerado unidimensional, após a confirmação de sua unidimensionalidade, foram investigados os índices de unidimensionalidade dos itens: (1) I-UniCo e (2) I-ECV. O principal objetivo desses indicadores é resguardar o questionário e garantir que os itens sejam explicados apenas por um único fator. O índice I-UniCo deve apresentar valores superiores a 0,95, enquanto o índice I-ECV deve apresentar valores superiores a 0,85. Também são apresentados os índices de resíduos específicos de cada item através do IREAL, que deve apresentar valores inferiores a 0,30, pois valores superiores indicam erro de medida, o que pode prejudicar o conjunto de itens ¹⁴⁶. Foram obtidos, ainda, os intervalos de confiança para cada indicador, com o objetivo de diagnosticar a qualidade da

medida para o caso de flutuações. Os intervalos de confiança são de 90%, estimados através da reamostragem de 1.000 replicações.

A análise fatorial foi estimada através do método de máxima verossimilhança robusta, sendo obtidas as cargas fatoriais e os intervalos de confiança corrigidos para aceleração. As cargas fatoriais devem apresentar valores superiores a 0,30, de acordo com o recomendado pela literatura, e idealmente superiores a 0,40 com o objetivo de permitir maior estabilidade das soluções ¹⁴⁰. Não foram utilizados métodos de rotação, uma vez que tais procedimentos são considerados desnecessários para medidas unidimensionais. Foram utilizados, ainda, índices de ajuste estrutural, dentre eles χ^2 ($p > 0,05$), χ^2/df (> 10), RMSEA ($< 0,08$), NNFI ($> 0,90$), CFI ($> 0,90$) e AGFI ($> 0,90$) ¹⁴⁰

RESULTADOS

A amostra foi composta por 1.128 respondentes válidos e classificados por gênero, idade e curso em andamento. Do total da amostra, 366 respondentes são do gênero masculino, representando apenas 32,44% da amostra, sendo que a grande maioria de respondentes (64,18%) são do gênero feminino com 724 participantes; uma minoria (3,38%) é composta por 24 componentes que se declararam de outros gêneros, conforme pode ser visto na **Tabela 1**. Considera-se de alta relevância o fato de esses últimos terem declarado seu gênero, tanto em função do direito à liberdade de gênero, quanto no sentido da afirmação social que tem potencial para minimizar danos à saúde mental, como também de potencializar o bem-estar emocional.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por gênero.

GÊNERO	QUANT.	%
Masculino	366	32,45%
Feminino	724	64,18%
Agênero	3	0,27%
Bigênero	1	0,09%
Fluido	1	0,09%
Não binário	7	0,62%
Neutro	10	0,89%
Pangênero	1	0,09%
Genderqueer	1	0,09%
Não informado	14	1,24%

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição da amostra por idade (**Tabela 2**) demonstra a grande concentração de alunos com idade entre 18 e 29 anos, perfazendo um total de 832 participantes (73,76%), sendo que, desses, 39,27% estão entre 18 e 21 anos. Também chama a atenção os 21,01% de alunos com idade entre 30 e 49 anos, bem como os 4,34% de alunos entre 50 e 65 anos.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por idade.

IDADE	Quant.	%
18 a 21	443	39,27%
22 a 29	389	34,49%
30 a 39	159	14,10%
40 a 49	78	6,91%
50 a 59	35	3,10%
Acima de 60	14	1,24%
Não informado	10	0,89%

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição por curso em andamento é muito heterogênea, apresentando maior concentração de respondentes na área III-Filosofia e ciências humanas (29,45%) e na área II-Ciências biológicas e profissões da saúde (23,15%), além de 18,70% serem da área BI (Bacharelado interdisciplinares), 17,60% da área I (Ciências físicas, matemática e tecnologia), 5,15% da área IV (Letras), 3,99% da área V (Artes) e 0,54% da área CST (Curso superior em tecnologia), sendo que 1,42% não informaram o curso, como apresentado na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por área do curso em andamento.

ÁREA DO CURSO	QUANT.	%
Área I – Ciências físicas, matemática e tecnologia	198	17,60%
Área II – Ciências biológicas e profissões da saúde	261	23,15%
Área III - Filosofia e ciências humanas	334	29,45%
Área IV - Letras	58	5,15%
Área V - Artes	45	3,99%
Área BI – Bacharelado interdisciplinares	210	18,70%
Área CST – Curso superior em tecnologia	6	0,54%
Não informado	16	1,42%

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados psicométricos do AAQ-II apontam para uma alta fatorabilidade dos dados, com um KMO de 0,91 e uma taxa de comunalidade geral de 0,99. A dimensionalidade da escala foi analisada através da análise paralela que aponta para a retenção de um fator, com autovalor total de 5,17 para 55,78% de variância explicada, além de 25,92% de variância explicada pelo autovalor simulado de 0,99, concordando com o estabelecido para a medida na literatura. Vale indicar que, pelo critério Kaiser que determina um autovalor superior a 1,00, também haveria apenas um fator a ser retido. A estatística descritiva dos itens encontra-se na **Tabela 4**, enquanto que a análise paralela dos itens pode ser visualizada na **Tabela 5**.

Tabela 4 – Média, Intervalo de Confiança da Média, Variância, Assimetria e Curtose para a AAQ-II. Curtose está reportada na forma de variável centrada em zero.

Item	Média	Intervalo de Confiança da Média (95%)		Variância	Assimetria	Curtose
Item 1	3.37	3.24	3.49	2.68	0.42	-0.63
Item 2	3.10	2.96	3.24	3.38	0.57	-0.74
Item 3	3.93	3.77	4.08	4.00	0.05	-1.20
Item 4	4.34	4.18	4.49	4.08	-0.19	-1.21
Item 5	3.35	3.20	3.51	4.20	0.45	-1.09
Item 6	4.01	3.87	4.14	3.08	-0.04	-0.93
Item 7	3.78	3.64	3.92	3.42	0.16	-1.00
Item 8	4.47	4.33	4.61	3.29	-0.28	-0.90
Item 9	4.32	4.17	4.48	4.21	-0.21	-1.27
Item 10	2.90	2.76	3.03	3.14	0.82	-0.33

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 5 – Dimensionalidade da AAQ-II por análise paralela reportando autovalor, variância simulada e o percentil 95 de variância simulada.

Dimensão	Autovalor	% Variância da amostra	% Variância simulada	Percentil 95 de variância simulada
1	5.17	55.78*	20.57	25.92
2	0.99	10.53	17.94	21.51
3	0.75	8.03	15.58	18.25
4	0.69	7.52	13.28	15.45
5	0.61	6.33	11.01	13.27
6	0.52	4.54	8.74	11.34
7	0.40	3.79	6.44	9.38
8	0.32	2.82	4.28	7.16
9	0.29	0.65	2.16	4.62
10	0.26	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa.

Em análise inicial é possível observar que as comunalidades dos itens tenderam a apresentar valores superiores a 0,30, exceto o item 10, que atingiu o valor de 0,28. Os índices de consistência interna apresentaram valores satisfatórios para o índice *Greatest Lower Bound* (GLB) de 0,92 e *alfa de Cronbach* de 0,89. A análise dos resíduos aponta que o *Weighted Root Mean Square Residual* tem comportamento adequado, apresentando o valor de WRMR = 0,061, IC 95% (0,048; 0,065).

Ainda considerando as análises preliminares, o AAQ-II apresentou evidências consistentes com a unidimensionalidade dos itens. A congruência unidimensional para o índice I-UniCo e I-ECV apresentou valores respectivamente superiores a 0,95 e 0,85 para os itens, sendo que o índice de resíduo IREAL foi problemático apenas para o item 2 (0,41), como destacado na **Tabela 6**. Os valores de unidimensionalidade da escala foram para UniCo = 0,99, IC 95% (0,99; 0,99), para ECV = 0,92, IC 95% (0,91; 0,93) e para MIREAL = 0,17, IC 95% (0,15; 0,17). A **Tabela 6** contém os dados da análise preliminar de dimensionalidade.

Tabela 6 – Análise de unidimensionalidade dos itens pelos índices I-Único, I-ECV e IREAL.

Itens	I-UniCo	IC 90%	I-UniCo	I-ECV	IC 90%	I-ECV	IREAL	IC 90%	IREAL
Item 1	1.00	0.98	1.00	0.98	0.84	1.00	0.06	0.00	0.20
Item 2	0.96	0.77	1.00	0.77	0.55	0.92	0.41	0.21	0.65
Item 3	1.00	1.00	1.00	0.99	0.96	1.00	0.06	0.00	0.15
Item 4	1.00	1.00	1.00	0.98	0.94	1.00	0.11	0.01	0.20
Item 5	0.99	0.94	1.00	0.89	0.73	0.93	0.29	0.24	0.51
Item 6	1.00	1.00	1.00	0.99	0.95	1.00	0.07	0.00	0.12
Item 7	1.00	1.00	1.00	1.00	0.99	1.00	0.05	0.00	0.10
Item 8	0.99	0.86	1.00	0.87	0.62	0.94	0.29	0.19	0.60
Item 9	0.99	0.95	1.00	0.90	0.75	0.94	0.26	0.19	0.45
Item 10	1.00	0.99	1.00	0.97	0.86	1.00	0.08	0.00	0.16

Fonte: dados da pesquisa.

A solução fatorial obtida através do método de extração por fatoração de eixos principais robusta, resultou em ajuste satisfatório tanto para um $X^2 = 267,21$ ($p < .001$, $df = 35$), $X^2/df = 7,63$, quanto para $RMSEA = 0,077$ (IC 95% [0,075; 0,079]), $NNFI = 0,97$ (IC 95% [0,97; 0,98]), $CFI = 0,98$ (IC 95% [0,98; 0,98]) e $AGFI = 0,99$ (IC 95% [0,99; 0,99]). Portanto, a qualidade dos escores produzidos pelo AAQ-II foi satisfatória para a solução obtida, com confiabilidade EAP de 0,92 e determinância fatorial de 0,96.

Todas as cargas fatoriais do AAQ-II resultaram em valores superiores a 0,30, sendo que a maior carga fatorial foi atingida pelo item 7. A **Tabela 7** contém as cargas fatoriais com os respectivos intervalos de confiança de 90%, sendo que os limites incluem intervalos que não rompem o limite de 0,30 para as cargas fatoriais.

Tabela 7 – Cargas fatoriais e intervalo de confiança de 90% para as cargas corrigidas e aceleradas.

Itens	Carga fatorial	IC90%	Cargas fatoriais corrigidas
Item 1	-0.43	-0.48	-0.38
Item 2	0.71	0.68	0.75
Item 3	0.75	0.71	0.77
Item 4	0.81	0.78	0.83
Item 5	0.79	0.77	0.81
Item 6	-0.52	-0.56	-0.47
Item 7	0.82	0.79	0.84
Item 8	0.73	0.70	0.76
Item 9	0.74	0.72	0.77
Item 10	-0.39	-0.44	-0.34

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou as propriedades psicométricas iniciais do AAQ-II em uma amostra composta por 1.128 estudantes de graduação, que demonstraram uma diversidade de fases da vida, socialmente animadora, ao sinalizar uma quebra do paradigma de que estudar é só para jovens.

As análises de evidências de validade do AAQ-II mostraram que o questionário tem propriedades psicométricas satisfatórias e congruentes com pesquisas anteriores sobre o mesmo instrumento (Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, & Karekla M, 2020; Paladines-Costa, López-Guerra, Ruisoto, Vaca-Gallegos, & Cacho, 2021). Os indícios otimistas iniciaram com a matriz de dados apresentando boa fatorabilidade, pois a literatura considera um KMO > 0,90 excelente ¹⁴⁹ para a execução de AFE na amostra ¹³⁷, sendo que a matriz em questão obteve um KMO de 0,91, valor acima do encontrado por Barbosa e Murta, que foi de 0,87 ⁴.

Quanto à estrutura interna, os resultados obtidos na retenção de fatores confirmaram a unidimensionalidade do instrumento, que condiz com o resultado encontrado por Barbosa & Murta (2015) na pesquisa de validação brasileira do AAQ-II. Para a retenção de estruturas subjacentes, utilizou-se a análise paralela através do critério de *Horn* ¹⁵⁰ e o critério de retenção *Kaiser-Guttman* ¹⁵¹, sendo que ambos sinalizaram um único fator. Há de se considerar que os

estudos estatísticos de simulação indicam potenciais vieses na utilização desse critério, como por exemplo, mostrar uma propensão para superestimar o número de fatores a serem retidos. Tal superestimação tende a ocorrer em amostras pequenas ¹⁵². Sendo assim, é possível que a convergência desse critério com a análise paralela tenha ocorrido em função da amostra desta pesquisa ser adequada para tal finalidade, pois tem um $N > 1000$.

Observando-se os itens individualmente, verificou-se que todos, com exceção do item 10, apresentaram valores superiores a 0,30 de comunalidade. Em relação ao item 10, que obteve um valor de 0,28 de comunalidade, deu-se importância à ideia de que apenas itens com comunalidades inferiores a 0,20 sejam removidos dos instrumentos ¹⁵³, o que dá suporte à presença desse item no questionário. Considerando que o índice de comunalidade informa a variância comum presente numa variável, bem como que, quanto maiores os valores de comunalidade, mais o(s) fator(es) extraído(s) explica(m) a variância do item ¹⁵⁴, os dados evidenciam que a variância dos itens da AAQ-II tem uma proporção adequada e que apontam evidências de validade, em função de os itens serem explicados pelo fator latente.

Ainda acerca da estrutura interna do AAQ-II, aplicaram-se os índices de I-único e I-ECV, que corroboraram a estrutura unidimensional do instrumento ¹⁵⁵. Tais resultados foram, em seguida, identificados como convergentes com os índices de ajuste da AFE através do método de extração robusta *principal axis factoring*, utilizando-se os indicadores comuns às análises confirmatórias, em função do emprego dessa abordagem permitir interpretação mais sofisticada dos resultados de AFE ¹⁵⁶, possibilitando evidências estatisticamente mais robustas.

Após as evidências de validade fatorial, os resultados mostraram índices de fidedignidade satisfatórios a partir dos indicadores alfa de *Cronbach* de 0,89 e *Greatest Lower Bound* (GLB) de 0,92. Utilizou-se o GLB em função da limitação do alfa de *Cronbach* no que tange ao pressuposto de equivalência-t, que propõe que todos os itens retidos no fator contribuem igualmente para o fator latente ¹⁵⁷. Além disso, o GLB também faz parte da teoria clássica dos testes (TCT), além de ter maior poder estatístico do que o Alfa de *Cronbach* ¹⁵⁸ e o coeficiente Ômega ¹⁵⁹. Há de se considerar, ainda, que tais resultados foram observados na ausência da influência de resíduos avaliados por meio do WRMR (0,061), o que aponta um bom ajuste do modelo ¹⁶⁰. Portanto, os resultados indicam que o AAQ-II apresenta evidências psicométricas sólidas na amostra em questão, a partir de processos analíticos exploratórios, conforme amplamente registrado na literatura (Dochat et al., 2020; Levin et al., 2019; Trigueros et al., 2020).

Apesar de todas as evidências acima indicadas, este estudo é acompanhado de algumas limitações. A primeira é amostral pois, apesar de a amostra ter sido adequada para fins de análises de estrutura interna da AAQ-II ¹⁴⁰, os resultados da validade psicométrica do instrumento não podem ser extrapolados para a população geral brasileira, em função de o foco da amostra recair em estudantes de determinada instituição. Nessa direção, novos estudos com espectros amostrais mais amplos são fundamentais, a fim de testar a estabilidade dos resultados fatoriais aqui discutidos.

A segunda limitação, também de ordem metodológica, diz respeito à natureza de autorrelato da medida, pois sabe-se que o viés de resposta de desejabilidade social pode levar a respostas imprecisas e, em consequência, a conclusões enviesadas no estudo ¹⁶². Pesquisas futuras no Brasil, poderão testar se há influência desse viés no contexto cultural brasileiro e, por extensão, na estrutura fatorial do AAQ-II ¹⁰⁷.

Em terceiro lugar, este estudo traz apenas evidências psicométricas iniciais do AAQ-II. Novos estudos psicométricos podem testar e comparar modelos confirmatórios alternativos para ratificar o modelo fatorial encontrado, através de modelagem por equações estruturais ¹⁴⁰. Além disso, pode ser investigada a invariância fatorial da medida frente a grupos demográficos a partir de análise fatorial confirmatória multigrupo por sexo, idade e grupos controle *versus* clínicos ¹⁶³. Outra possibilidade frente à teoria de resposta ao item, são novos estudos para levantar evidências psicométricas de discriminação, dificuldade e curva de informação do AAQ-II, a fim de testar a qualidade métrica de seus itens individualmente ¹⁶⁴. Esse modelo psicométrico poderá implicar inúmeros ganhos práticos, tais como a criação de banco de itens, versão computadorizada e itens para grupos clínicos, dentre outros.

CONCLUSÃO

O objetivo geral e o objetivo específico desta pesquisa foram alcançados, pois o AAQ-II é unidimensional, tem evidências de validade e índice de fidedignidade satisfatórios.

6.2 ARTIGO 2

O IMPACTO DO ESTRESSE NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM FUNÇÃO DO NÍVEL
DE INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA

Cybele Perciano Cypriano¹, Irismar Reis de Oliveira², Pedro Paulo Pires³

¹Administradora e psicóloga clínica; mestre e doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela UFBA. ²Professor titular aposentado, livre docente do Departamento de Neurociências e Saúde Mental; professor livre docente da UFBA. ³Psicólogo mestre e doutor pela UFRJ e professor do departamento de psicometria da UFRJ.

Resumo

Investigou-se o impacto do estresse no bem-estar psicológico (BEP), considerando a inflexibilidade psicológica (IP) como mediadora. N=1.128 entre 18 e 65 anos, recrutados a partir de 40.000 e-mails enviados para graduandos da UFBA. Objetivos: verificar a mediação da IP no impacto do estresse sobre o BEP e realizar análise comparando a IP entre diferentes subamostras de quem faz ou fez tratamento psicológico e psiquiátrico. Usaram-se o questionário sociodemográfico, AAQ-II, WHO-5 e subescala de estresse da DASS-21. Avaliou-se a confiabilidade das escalas e foi testado o modelo de mediação para efeito total e indireto. A seguir, analisaram-se os dados por tipo de tratamento através do teste t, MANOVA (p-valor/Bonferroni) e intervalo de confiança (d de Cohen). A IP medeia a relação entre estresse e BEP. Portanto, alto nível de estresse está associado a menor BEP pela presença da IP. Ter feito ou fazer psicoterapia ou tratamento psiquiátrico, diminui a IP.

Palavras-chave- Estresse psicológico. Bem-estar psicológico. Inflexibilidade psicológica. Análise psicométrica.

Abstract

The impact of stress on psychological well-being (PWB) was investigated, considering psychological inflexibility (PI) as a mediator. N=1,128 participants aged between 18 and 65 years were recruited from 40,000 emails sent to undergraduate students at UFBA. Objectives: to verify the mediation of PI in the impact of stress on PWB and to analyze and compare PI among different sub-samples of individuals who have received or are receiving psychological and psychiatric treatment. The sociodemographic questionnaire, AAQ-II, WHO-5, and stress subscale of the DASS-21 were used. The reliability of the scales was assessed, and the mediation model was tested for total and indirect effects. Subsequently, data were analyzed by type of treatment using t-tests, MANOVA (p-value/Bonferroni), and confidence interval (Cohen's d). PI mediates the relationship between stress and PWB. Therefore, a high level of stress is associated with lower PWB due to the presence of PI. Having received or currently undergoing psychotherapy or psychiatric treatment reduces PI.

Keyword- Psychological stress. Psychological well-being. Psychological inflexibility. psychometric analysis.

O estresse e o bem-estar psicológico (BEP) fazem parte da natureza humana e se manifestam, frequentemente, tanto a partir de acontecimentos banais, quanto em função de acontecimentos arrebatadores, podendo, no caso do estresse, ser expresso em baixos níveis, como também em graus patológicos que afetam, diretamente, o nível de BEP do indivíduo, baixando sua qualidade de vida emocional (QVE) ¹. Em função de o BEP ser uma meta generalizada na população, além de ser um fator protetor contra certas patologias, torna-se de interesse da saúde pública a busca por mediadores que minimizem o nível de estresse e sua influência no rebaixamento do grau de BEP, assim como de intercessores que maximizem o nível de BEP e minimizem a possibilidade de manifestação de estresse patológico. Sendo assim, cogita-se que a inflexibilidade psicológica (IP), enquanto condição mórbida, cause e (ou) mantenha o estresse e que a flexibilidade psicológica (FP), por ser uma condição saudável, seja protetora contra tal condição, assim como potencialize e mantenha o BEP. Portanto, esta pesquisa avalia se a IP influencia o nível de estresse a ponto de alterar o nível de BEP dos indivíduos.

Estresse é um construto muito relacionados ao sofrimento humano e tem capacidade de gerar patologias e psicopatologias. Etimologicamente, estresse tem origem no latim (*stringere*), que significa “apertar, cerrar, comprimir”. A partir do século XVII, esse vocábulo passou a ser utilizado em inglês para designar “opressão”, “desconforto” e “adversidade”. Trata-se de uma reação natural de defesa do organismo em situações de perigo ou ameaça, colocando o indivíduo em alerta, o que provoca alterações fisiológicas e emocionais. Quando se apresenta com intensidade desproporcional ao estímulo, ou na ausência dele, caracteriza-se como patológico, promovendo sentimentos de vulnerabilidade, desqualificação e incapacidade para enfrentar os desafios do momento ¹⁶⁵.

Hans Selye (Selye,H, 1959) foi o primeiro pesquisador a definir a dimensão biológica do estresse a partir da “síndrome geral de adaptação”, na qual o estresse é considerado inerente a todas as patologias, em função de produzir modificações na estrutura e na composição química do corpo, sendo elas passíveis de observação e mensuração. A partir da abordagem cognitivo-comportamental, ³² definiu estresse como "uma reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e (ou) confundem a pessoa". Segundo a autora, o estresse pode ter fonte interna (temperamento, aprendizado sócio-histórico, crenças etc.) ou externa (fatos do cotidiano e contexto social). Além disso, definiu “distresse” como o nível insuficiente ou excessivo de estresse, e “eustresse” como o nível adequado e suficiente de estresse para promover um desempenho saudável. A pesquisadora afirma que o mecanismo do estresse é iniciado pelo

sistema metabólico (adrenalina) ou pelo sistema sensorial, sem a participação cognitiva no início e que, somente a seguir, o repertório de condicionamento de respostas entra em ação. Moreira e Melo Filho (1992) expuseram a importância do estado emocional na evolução de doenças infecciosas e neoplásicas, quando definiu o estresse físico, psicológico e social como um "um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeitos danosos". Além disso, conceituaram *coping* como um "conjunto de mecanismos do qual o organismo lança mão em reação aos agentes do estresse, representando a forma como cada pessoa avalia e lida com os estímulos estressores" ³⁴.

O estresse tem as fases de alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta é a etapa positiva do estresse, na qual o sujeito se depara com um agente estressor que o coloca em alerta e o faz entrar no estado de "luta ou fuga" ³⁶, o que anula a homeostase. Porém, se o estresse tiver curta duração, a adrenalina for extinta e houver o retorno à homeostase pode, nessa fase, haver um aumento na produtividade, na atenção e na motivação, o que justifica ser ela classificada como positiva. A fase de resistência acontece quando o estressor é mantido, mas o organismo continua tentando manter a homeostase. Se a homeostase for alcançada, os primeiros sintomas desaparecem e a melhora é percebida. Caso contrário, haverá uma queda na produtividade, um aumento da sensação de vulnerabilidade e um grande aporte de energia adaptativa, na tentativa de o organismo voltar à homeostase. Se a demanda de reação for maior do que a capacidade de suporte do indivíduo, o organismo tentará se adaptar, mas ficará suscetível a doenças. São dois os sintomas que geralmente aparecem nessa fase: a sensação de desgaste generalizado, sem causa visível, e o déficit de memória. A fase de exaustão é considerada patológica e acontece quando o estressor permanece a longo prazo ou quando há múltiplos estressores. A exaustão é física e psicológica e tem possibilidade de causar diversas patologias, tais como depressão, insônia, problemas dermatológicos, estomacais, cardiovasculares, apatia, ansiedade, dificuldade de tomar decisões, evitação comportamental, isolamento social e irritabilidade, dentre outras ^{7,32}.

O bem-estar pessoal é diretamente vinculado à qualidade de vida e à flexibilidade psicológica, bem como inversamente relacionado ao estresse patológico e à inflexibilidade psicológica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como "[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...]" ¹³¹. Trata-se de um conceito amplo e influenciado por dimensões socioculturais de saúde e de bem-estar psicológico. O nível de bem-estar e de qualidade de vida tornou-se relevante na anamnese, por considerar outros quesitos importantes além de somente a mortalidade e os níveis de

sintomas do indivíduo. Consideram-se dois tipos de bem-estar: o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo é definido pelo nível de felicidade e satisfação atual nas diversas áreas da vida, contemplando uma visão de bem-estar como prazer, felicidade e satisfação com a vida. O bem-estar psicológico, foco desta pesquisa, evidencia o quão feliz o indivíduo está a partir de seus recursos psicológicos, na perspectiva de superar dificuldades com plenitude e funcionalidade ³⁰.

A FP é um pressuposto básico para haver o processo de mudança para a aceitação das coisas da vida como são, apesar do desconforto ou sofrimento que causem ⁹⁹. Nessa perspectiva, a incapacidade de adaptação às circunstâncias da vida pelos indivíduos é causada pela inflexibilidade psicológica (IP), que pode levar ao sofrimento e a uma vida disfuncional.

Geralmente, as pessoas permanecem na IP lamentando o passado ou catastrofizando o futuro. Tal rigidez pode levar ao desenvolvimento de auto descrédito e vergonha ⁶¹. A IP possibilita o desenvolvimento de alterações psicopatológicas, sendo composta por seis fatores disfuncionais: 1) viver lamentando o passado ou com medo do futuro; 2) não ter os valores pessoais claramente definidos, o que causa a ausência de um propósito de vida; 3) se comportar na inércia ou na impulsividade; 4) ter o senso de *self* como conteúdo, dando muito valor ao que supõe que sejam as expectativas dos outros a respeito de si e de sua conduta; 5) viver fusionado com seus pensamentos distorcidos, considerando-os como verdadeiros; e 6) evitar contato com certos eventos internos e externos, vivendo superficialmente ¹².

Os indivíduos com IP tendem a considerar todos os pensamentos como verdadeiros (fusão cognitiva), o que os leva a interpretar as situações equivocadamente, redundando em decisões disfuncionais e desconectadas da realidade ⁵¹. Além do mais, tais pessoas evitam as experiências de desconforto ou sofrimento, ao invés de admitirem a realidade, para que possam identificar e solucionar os problemas e atender às suas necessidades emocionais. Muitas vezes, a pessoa rígida se define a partir de uma identificação com suas crenças, emoções e pensamentos distorcidos, construindo estórias sobre si, a partir de sua trajetória sócio-histórica, tendendo a criar uma autoimagem como um “conceito” desenvolvido socialmente, através de um *locus* de controle externo, que valoriza a opinião de terceiros, ao invés de considerar seus valores pessoais e seu propósito de vida. Tal dinâmica dificulta o contato do indivíduo com outras versões saudáveis de si pois, muitas vezes, sente-se incapaz e inferiorizado. Além dessas questões, a pessoa psicologicamente rígida vive na inércia ou na impulsividade em função de não ter parâmetros internos fornecidos pelos valores pessoais, que, no caso, são desconhecidos

pelo indivíduo. Tal situação impede a tomada de consciência de quem se é de fato, o que deseja e qual seja seu propósito de vida ^{13,70,73}

A partir de tais argumentos, percebe-se que a inflexibilidade psicológica é uma condição mórbida, que pode baixar a qualidade de vida e o bem-estar, assim como pode causar inúmeros problemas de saúde mental. Uma recente pesquisa verificou que maior rigidez psicológica pode ser um fator de risco para a angústia relacionada ao ambiente, particularmente para os indivíduos que têm maior preocupação com as mudanças ambientais ¹¹.

Em função do exposto, os objetivos desta pesquisa são: 1) verificar o papel mediador da inflexibilidade psicológica, em um modelo preditivo de impacto do estresse sobre o bem-estar psicológico e 2) executar uma análise secundária de comparação da IP entre diferentes subamostras de tratamento psicológico e psiquiátrico

MÉTODO

PARTICIPANTES

O questionário da pesquisa foi divulgado e os dados coletados virtualmente pelo Departamento de Tecnologia da Informação da Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do envio de *e-mails* para quarenta mil alunos de graduação. Obteve-se uma amostra de 1.128 respondentes válidos de vários gêneros com idade entre 18 e 65 anos. Chama-se a atenção para o fato de que as recomendações de poder estatístico mínimo apontam um total de 100 participantes por variável latente presente no modelo.

INSTRUMENTOS

Todos os participantes responderam a quatro questionários: 1) questionário sociodemográfico; 2) Questionário de aceitação e ação-II (AAQ-II); 3) Medida do índice de bem-estar-5 (WHO-5); e 4) subescala de estresse da Escala para depressão, ansiedade e estresse (DASS-21).

Atualmente, existem diversas versões validadas do AAQ-II em diversos países, inclusive no Brasil, tanto no que se refere ao número de itens, quanto ao grupo específico a que se destina, tais como a portadores de doenças cardiovasculares, tricotilomania, ideação suicida, ansiedade e dezenas de outros ^{119,122,124,128,129}. A versão aqui utilizada tem dez itens e uma escala de resposta tipo *Likert* de sete itens, podendo gerar um total entre 10 e 70 pontos, a partir da soma de todas as respostas dadas. Maior número de pontos, significa maior inflexibilidade psicológica, e menor pontuação, sinaliza maior flexibilidade psicológica. É importante chamar a atenção para o resultado de uma meta-análise composta por 27 estudos, que identificou a capacidade do AAQ-II de prever resultados também sobre a qualidade de vida ¹⁶⁶.

O WHO-5 é um instrumento de avaliação do bem-estar psicológico, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), criado a partir de uma escala inicial com 28 itens, desenvolvida para melhorar a qualidade de atendimento para pacientes com diabetes dependentes de insulina. Após a análise psicométrica do primeiro instrumento, a escala foi reduzida para 22 itens, sendo que, posteriormente, após análise psicométrica adicional, a escala passou a ter duas versões, uma de 5 itens ¹⁶⁷ e outra de 10 itens ¹⁶⁸. Em 1998 foi validada uma versão revisada da WHO-5 somente com frases positivas que caracterizam o bem-estar, que são mais bem aceitas pelos pacientes, que substituíram as que abordavam os sintomas depressivos diretamente. As análises evidenciaram que o instrumento com itens elaborados no viés do bem-estar também é eficaz na sinalização de depressão. Tal versão é composta por cinco itens que devem ser avaliados na perspectiva das duas últimas semanas e uma escala de resposta do tipo *Likert* com cinco níveis, podendo ser obtido um total entre 0 e 25 pontos, sendo que, 0 sinaliza o pior nível e 25 o melhor nível de bem-estar. Respostas de 0 ou 1 em qualquer um dos 5 itens da escala ou pontuação inferior a 13, significam baixo nível de bem-estar ¹³¹.

A argumentação teórica da DASS considera o estresse como um estado emocional que varia de acordo com a avaliação individual das experiências de perda, ameaça ou infortúnio, tendo como características a tensão, a irritabilidade e o baixo limiar para frustração ¹⁶⁹. A DASS foi criada em língua inglesa com 42 itens distribuídos em estruturas básicas para aferir a depressão e a ansiedade ¹³². A subescala de estresse surgiu durante o desenvolvimento das subescalas de depressão e de ansiedade, por meio da agregação de itens, tais como dificuldade em relaxar, tensão, impaciência, irritabilidade e agitação ¹⁷⁰. Em função da necessidade de um instrumento menor, os autores apresentaram uma versão reduzida com 21 itens, a DASS-21 ¹³². A versão brasileira do instrumento foi traduzida e validada em 2014. As respostas são dadas através de uma escala tipo *Likert* com quatro possibilidades de respostas que variam entre zero (discordo totalmente) e 3 (concordo totalmente). A pontuação total para cada um dos três

construtos é calculada através da soma dos pontos de cada resposta dada aos sete itens de determinado construto, multiplicado por dois. Portanto, a pontuação para os sete itens de estresse pode ser no mínimo de 0 (estresse normal) e no máximo 14 pontos (estresse muito grave). Nesta pesquisa foi utilizada somente a subescala de estresse do instrumento. Os itens da DASS-21 e seus construtos estão descritos na Tabela 1, com os itens que abordam o estresse sublinhados ¹³³.

Tabela 1 - Itens da Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse-21 com seus respectivos constructos e com os itens sobre estresse sublinhados.

ITEM	QUESTÃO	CONSTRUTO
1	<u>Achei difícil me acalmar</u>	<u>Estresse</u>
2	Minha boca ficou seca	Ansiedade
3	Não tive nenhum sentimento positivo	Depressão
4	Em alguns momentos tive dificuldade de respirar (chiado e falta de ar sem esforço físico)	Ansiedade
5	Não consegui ter iniciativa para fazer as coisas	Depressão
6	<u>Exagerei intencionalmente ao reagir a situações</u>	<u>Estresse</u>
7	Tive tremedeira (por exemplo, nas mãos)	Ansiedade
8	<u>Senti que estava sempre nervoso(a)</u>	<u>Estresse</u>
9	Me preocupei com situações em que poderia entrar em pânico e parecer ridículo(a)	Ansiedade
10	Senti que não tinha vontade de nada	Depressão
11	<u>Me senti inquieto(a)</u>	<u>Estresse</u>
12	<u>Tive dificuldade de relaxar</u>	<u>Estresse</u>
13	Me senti deprimido e sem motivação	Depressão
14	<u>Eu não conseguia tolerar as coisas que me impediam de continuar a fazer o que estava realizando</u>	<u>Estresse</u>
15	Eu senti que ia entrar em pânico	Ansiedade
16	Nada me deixou entusiasmado	Depressão
17	Eu senti que era uma pessoa sem valor	Depressão
18	<u>Eu senti que estava sendo muito sensível/emotivo</u>	<u>Estresse</u>
19	Eu percebi uma mudança nos meus batimentos cardíacos embora não estivesse praticando exercício rigoroso (ex. batimento cardíaco acelerado ou irregular)	Ansiedade
20	Eu senti medo sem motivo	Ansiedade
21	Senti que a vida não tinha sentido	Depressão

Fonte: Vignola & Tucci (2014)

PROCEDIMENTOS

Coleta de dados

O documento de pesquisa foi enviado virtualmente pelo Departamento de Tecnologia de Informação da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para quarenta mil graduandos. O questionário foi precedido de um texto explicativo sobre a participação na pesquisa, que continha o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual poderia ser aceito ou rejeitado após ser lido. Quando rejeitado, o indivíduo era encaminhado para o encerramento de sua participação, onde havia uma mensagem de agradecimento. Os respondentes que optaram por participar da pesquisa por livre vontade foram direcionados para o questionário em questão. Os indivíduos que desistiram de participar, após responderem algumas questões, não tiveram seus dados parciais registrados. Após o término, os respondentes enviaram as respostas do questionário através de um *link* e encontraram uma mensagem de agradecimento.

Análise dos dados

Para a análise dos modelos de mediação, foram empregados os passos recomendados por ¹⁷¹. Primeiro, foram testados os efeitos na ausência das variáveis concorrentes. No segundo passo, estresse e aceitação foram variáveis inseridas no modelo com efeitos diretos sobre a variável de resultado e, por fim, foi verificada a mudança dos coeficientes de regressão com a inserção dos caminhos para mediação, com o efeito de estresse passando pela variável da AAQ-II. Foram calculados o efeito total e o efeito indireto para a mediação.

A seguir, foram comparados os dados por tipo de tratamento, através de procedimentos de teste t para amostras independentes, a fim de verificar se tratamento psicológico ou psiquiátrico, anterior ou atual, interfere nos níveis de flexibilidade psicológica dos participantes. Também foram executados procedimentos de MANOVA para investigar possíveis interações entre as condições descritas pelos participantes. Além do mais, foram estimados intervalos de confiança para a diferença entre as médias dos grupos, assim como o

tamanho do efeito tendo por base o d de Cohen. Para a MANOVA, foi empregado um p-valor ajustado de Bonferroni. Vale ressaltar que as comparações obtidas devem ser levadas em consideração apenas para fim exploratório, uma vez que os subgrupos das interações resultaram em insuficientes, considerando o poder estatístico necessário.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (ICS-UFBA), sob o número CAAE 51959321.0.0000.5667.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 1.128 estudantes com respostas válidas e classificados por gênero e idade. Do total da amostra, 32,45% dos respondentes são do gênero masculino, 64,18% são do gênero feminino e apenas 2,12% declararam ser de outros gêneros, conforme pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por gênero.

GÊNERO	QUANT.	%
Masculino	366	32,45%
Feminino	724	64,18%
Outros gêneros	24	2,12%
Não informado	14	1,25%

Fonte: dados da pesquisa.

A faixa etária com maior concentração de alunos é a de 18 a 29 anos, com uma participação de 73,76% dos estudantes. O grupo entre 30 e 39 anos é representado por 14,10% e os que têm entre 40 e 65 anos, representam 11,26% dos alunos, como pode ser constatado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por idade.

IDADE	Quant.	%
18 a 29	832	73,76%
30 a 39	159	14,10%
40 a 65	127	11,26%
Não informado	10	0,88%

Fonte: dados da pesquisa

Após assegurar a qualidade psicométrica do AAQ-II em pesquisa realizada e divulgada em um artigo intitulado “Avaliação das Propriedades Psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação-II (AAQ-II)”, utilizamos os resultados obtidos em análises preditivas que estabelecem o seu efeito de mediação esperado, como um mecanismo de mudança nos modelos de psicoterapia.

Primeiramente, foi obtida a medida de confiabilidade para todas as escalas envolvidas. A escala de estresse da DASS-21 apresentou um coeficiente de fidedignidade alfa de 0,89 e um GLB = 0,91, enquanto que a medida de bem-estar WHO-5 apresentou um coeficiente alfa de 0,67 e GLB = 0,72. As medidas mostraram-se adequadas.

O modelo de mediação foi testado em diferentes passos. Inicialmente, foram testados os efeitos diretos, separadamente. Em seguida, foram inseridas as variáveis na forma de mediação, considerando o bem-estar como variável de resultado. Foi empregado um modelo métrico completo para a estimativa dos efeitos, considerando os erros de medida dos próprios instrumentos, de acordo com a recomendação de ¹⁷².

O modelo de efeito direto de aceitação sobre o bem-estar resultou em um coeficiente de regressão significativo de $\beta = -0,56$ ($p < 0,001$, IC 95% [-0,65; 0,47]), sendo que o modelo métrico obteve um ajuste de $X^2(df=89) = 546,35$, $X^2/df = 6,13$, CFI = 0,92, TLI = 0,90, RMSEA = 0,067 (IC 90% [0,062;0,073]). Por sua vez, o modelo métrico, considerando apenas o efeito de estresse sobre bem-estar, resultou em $\beta = -0,68$ ($p < 0,001$, IC 95% [-0,64; -0,46]). Os índices de ajuste obtidos para esse último modelo foram $X^2(df=53) = 242,05$, $X^2/df = 4,57$, CFI = 0,95, TLI = 0,94, RMSEA = 0,056 (IC 90% [0,049;0,063]). Inserindo ambas as variáveis no modelo, é possível observar que a medida de estresse perde efeito de forma expressiva, com o coeficiente de regressão reduzindo para $\beta = -0,29$ ($p < 0,001$, IC 95% [-0,44; -0,14]). O coeficiente de regressão para a variável de aceitação resultou em uma redução de influência $\beta = -0,34$ ($p < 0,001$, IC 95% [-0,49; -0,19]). A perda de ambas as variáveis também pode ser explicada por uma correlação entre ambas de 0,76 ($p < 0,001$, IC 95% [0,71; 0,80]). O modelo para ambas as

variáveis com efeito direto sobre bem-estar atingiu valores de $X^2(df=206) = 839,72$, $X^2/df=4,08$, CFI = 0,93, TLI = 0,93, RMSEA = 0,052 (IC 90% [0,049;0,056]).

Para o modelo completo de mediação, a inclusão do efeito indireto aponta que há um efeito do estresse, via IP. O efeito total da medida de estresse foi de -0,70, sendo que o efeito indireto total foi de -0,33 ($p < 0,001$). A análise aponta para a existência de um efeito mediador da IP no impacto do estresse sobre o bem-estar, em que a IP como característica, explicaria parte do efeito. Os índices de ajuste para o modelo permaneceram os mesmos.

Outra análise considerou o efeito do participante ter passado por tratamento psicológico ou psiquiátrico anteriormente. Para tal fim, foi empregado um teste-t para amostras independentes com inferência pelo Teorema de Bayes. Ao comparar participantes que já passaram por tratamento psicológico com seus pares, foi observado um tamanho de efeito grande, indicando que pessoas com tratamento psicológico anterior, apresentam menor IP para $t(df = 1128) = -7,36$ ($p < 0,001$), para um d de Cohen $d = -0,50$, sendo que pessoas que não fizeram tratamento anterior, atingiram uma média e $M = 37,73$ ($DP = 14,44$), e pessoas que realizaram tratamento atingiram uma média de $M = 44,91$ ($DP = 13,66$), como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparações aos pares indicando interações entre grupos pelas condições: Realiza TPsic *, Realizou TPsic, * Realiza TPsiq e * Realizou TPsiq.

Interação		Dif. Médias	Inferior	Superior	EP	t	d de Cohen	Inferior	Superior	P _{bonf}
Não Não	Não Sim	-6.82	-10.82	-2.81	1.17	-5.85	-0.50	-0.80	-0.19	< .001
Não Não	Não Não									
Não Não	Sim Não	-12.86	-22.47	-3.24	2.80	-4.59	-0.94	-1.67	-0.21	< .001
Não Não	Sim Não									
Não Não	Sim Sim	-10.63	-20.85	-0.41	2.98	-3.57	-0.78	-1.55	0.00	0.045
Não Não	Sim Não									
Não Não	Não Sim	-6.78	-12.72	-0.85	1.73	-3.92	-0.50	-0.95	-0.05	0.011
Não Não	Não Sim									
Não Não	Sim Sim	-10.61	-17.83	-3.39	2.10	-5.05	-0.78	-1.32	-0.23	< .001
Não Não	Não Sim									
Não Não	Não Sim	-15.08	-23.28	-6.88	2.39	-6.31	-1.10	-1.73	-0.48	< .001
Não Não	Sim Sim									
Não Não	Sim Sim	-14.54	-20.27	-8.81	1.67	-8.72	-1.06	-1.50	-0.62	< .001
Não Não	Sim Sim									
Não Sim	Sim Sim	-7.73	-14.09	-1.36	1.85	-4.17	-0.57	-1.05	-0.08	0.004
Não Não	Sim Sim									
Sim Sim	Sim Sim	-8.95	-16.65	-1.25	2.24	-3.99	-0.65	-1.24	-0.07	0.008
Não Não	Sim Sim									

Fonte: dados da pesquisa.

O mesmo foi observado para participantes que realizam tratamento psicológico atualmente, sendo observados $t(df=1128) = -9,13$ ($p < 0,001$), para um d de Cohen $d = -0,55$, sendo a média do grupo que realiza tratamento atualmente ter $M = 43,69$ ($DP = 13,9$) e do grupo que não faz tratamento psicológico ter $M = 36,02$ ($DP = 14,22$). O mesmo resultado foi observado para tratamento psiquiátrico passado - $t(df=1128) = -8,51$ ($p < 0,001$), $d = -0,61$, Média “Não” =

37,65 (DP=14,24), Média “Sim” = 46,33 (DP=13,76) – e tratamento psiquiátrico atual - $t(df=1128) = -9,49$ ($p < ,001$), $d = -0,77$, Média “Não” = 37,82 (DP=14,31), Média “Sim” = 48,67 (DP=12,48), conforme pode ser visto na Tabela 5. Foi realizada ainda uma ANOVA para verificar a interação entre os fatores selecionados e percebe-se que a menor média foi obtida pelo grupo sem quaisquer das intervenções. Vale ressaltar que parte das comparações não apresentaram amostra suficiente para poder estatístico adequado e devem ser observados apenas para fins exploratórios.

Tabela 5 – Interação entre condições de tratamento e flexibilidade psicológica.

REALIZA TRATAMENTO PSICOLÓGICO	JÁ REALIZOU NO PASSADO TRATAMENTO PSICOLÓGICO	REALIZA TRATAMENTO PSQUIÁTRICO	REALIZOU TRATAMENTO PSQUIÁTRICO	Média	DP	N
Não	Não	Não	Não	34.781	13.874	529
			Sim	36.714	13.45	7
		Sim	Não	43.5	9.95	4
			Sim	56.667	3.215	3
	Sim	Não	Não	41.597	14.064	186
			Sim	41.563	14.474	71
		Sim	Não	44.9	9.758	10
			Sim	49.857	12.687	35
Sim	Não	Não	Não	39.694	12.16	36
			Sim	50.5	14.526	4
		Sim	Não	47.64	15.05	25
			Sim	62	6.557	3
	Sim	Não	Não	40.375	14.422	72
			Sim	45.391	12.949	46
		Sim	Não	45.409	9.495	22
			Sim	49.325	12.736	77

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O presente artigo tem como objetivo principal verificar o papel mediador da IP em um modelo preditivo de impacto do estresse sobre o bem-estar psicológico, bem como comparar a IP entre subamostras que estejam ou estiveram em tratamento psicológico e psiquiátrico.

No que tange à amostra, seu tamanho foi substancial, pois o poder estatístico mínimo exige um total de 100 participantes por variável latente da pesquisa, sendo que o de $n=1.128$ ultrapassou tal referência.

O primeiro efeito direto, indicou uma predição significativa da variável “estresse” frente à variável critério “bem-estar psicológico”, indicando que quanto maior a variação na variável explicativa, maior é o nível de bem-estar psicológico, o que é largamente replicado na literatura^{128,129}. O estresse é um preditor consistente de insalubridade mental. Como exemplo, podemos citar o final da adolescência que implica mudanças fisiológicas e psicológicas, incluindo estresse elevado, que é relacionado à ocorrência de doenças psicopatológicas¹⁷³. Quanto aos diferentes contextos, infere-se que o estresse acadêmico pode ser o fator de estresse mais dominante que afeta o bem-estar mental de universitários¹⁷⁴, assim como o estresse laboral prediz menores níveis de bem-estar psicológico no trabalho¹⁷⁵, como também o estresse é capaz de afetar a variabilidade do batimento cardíaco¹⁷⁶, além de outros contextos nos quais o estresse pode atuar morbidamente.

O segundo efeito direto indicou que maior pontuação no AAQ-II, isto é, maior nível de IP, prediz menor nível de bem-estar psicológico. Como foi indicado, a IP é vista como um conjunto de processos psicológicos relacionados a uma postura rígida nas experiências internas⁸⁷. De forma convergente, estudos empíricos têm demonstrado que a IP é preditora da diminuição de experiências afetivas funcionais e do aumento das disfuncionais^{47,143}.

No terceiro modelo de regressão, os efeitos da IP e do estresse foram testados de forma conjunta na predição do bem-estar. Foi constatado que ambos continuaram com valores significativos, mas com efeitos menores. Tal fato era esperado, tendo em vista o controle de efeito parcial na relação entre os preditores¹⁷⁷, que permitiu testar, em seguida, um modelo de mediação¹⁷¹.

Como foi dito, o modelo de mediação de simples mostrou resultados que apontam para um efeito mediador da IP no impacto do estresse sobre o bem-estar¹⁷⁸. De fato, a IP é subjacente ao desenvolvimento de psicopatologias, dentre elas a ansiedade e a depressão^{179,180}. O AAQ-II também tem sido usado para avaliar o papel da evitação de experiências como um mediador de mudança¹⁸¹. É nesse sentido que a FP é associada à preservação e melhoria da capacidade de funcionamento adaptável em termos de saúde mental¹⁸².

De modo direto, os dados mostraram que sujeitos que não passaram por psicoterapia no passado apresentaram maiores graus de IP, quando comparados àqueles que já tinham feito tratamento psicológico. Igualmente, pessoas que atualmente fazem tratamento psicológico têm menores graus de IP quando comparadas às que não estão em processo psicoterapêutico. O mesmo padrão de resultados foi observado para o tratamento psiquiátrico passado ou atual. Em outras palavras, é possível inferir que ter feito ou estar fazendo psicoterapia e (ou) tratamento psiquiátrico aumenta o nível de FP. Os resultados aqui encontrados convergem com dados

empíricos que sinalizam a eficácia tanto da psicoterapia, quanto da psiquiatria no âmbito da saúde mental dos indivíduos ¹⁸³.

Apesar dos achados acima indicados, o presente estudo tem limitações a serem consideradas. Além da limitação mais direta referente à falta de representatividade amostral que impede a generalização dos resultados para o universo populacional, a mais importante delas se relaciona ao desenho metodológico do estudo. De forma direta, os resultados descritos foram encontrados a partir de um estudo correlacional. Esse tipo de delineamento apresenta duas limitações centrais. A primeira se refere à ausência de garantia da direção de causalidade entre as variáveis testadas. A segunda limitação gira em torno da possibilidade de que uma terceira variável tenha causado as relações observadas, impedindo o controle de possíveis relações espúrias. De forma concreta, sabe-se que apenas estudos experimentais podem fazer inferências de natureza causal.

Considera-se ainda, que estudos futuros sejam necessários para expandir os resultados aqui apresentados. Uma primeira possibilidade gira em torno de buscar replicar os resultados encontrados na presença de variáveis controle, que são os fenômenos psicológicos que estão teórica e empiricamente relacionados com a variável critério. Assim, da mesma forma que pesquisas anteriores, considera-se importante a testagem do efeito mediador do AAQ-II na predição do bem-estar, tendo como covariáveis a inteligência emocional, a afetividade negativa ou o *locus* de controle externo, por exemplo. Há ainda de se considerar que, apesar do uso maciço do AAQ-II, tal instrumento tem sido criticado por não discriminar adequadamente a dimensão da evitação experiencial e outros construtos ¹⁸⁴. Pesquisas também apontam que os itens do AAQ-II tendem a carregar, no mesmo fator, itens de sofrimento emocional que são opostos à evitação experiencial ¹⁸⁵. Além das citadas oportunidades de pesquisas futuras, sugere-se o uso do *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire* (MEAQ) em novos estudos, com o intuito de testar as relações aqui observadas, pois tal instrumento é multidimensional em relação à FP e funciona como um indicador de evitação experiencial ¹⁸⁶.

Em termos gerais, novos estudos também podem buscar a expansão da rede nomológica do construto da FP para além da esfera da saúde mental propriamente dita como, por exemplo, buscar evidências de validade de critério do AAQ-II, considerando seu poder preditivo no contexto organizacional (predição da satisfação e do desempenho profissional) educacional (sucesso acadêmico em geral), na redução do absenteísmo e esportivo (desempenho em esportes com uso de recursos cognitivos). Do ponto de vista prático, a partir das evidências empíricas que seriam levantadas, poder-se-ia estimar a validade ecológica tanto do construto, quanto da

medida do instrumento, a fim de verificar se os resultados empíricos encontrados podem ser generalizados para ambientes da vida real ¹⁸⁷.

Finalmente, considera-se que os objetivos da presente pesquisa foram alcançados, em função de os resultados demonstrarem que a IP medeia a ação do estresse sobre o bem-estar psicológico, pois estresse alto causa mal-estar psicológico em função da IP. Os resultados também demonstraram que ter feito ou estar fazendo psicoterapia e (ou) tratamento psiquiátrico, aumenta o nível de FP.

7 DISCUSSÃO GERAL

O tamanho da amostra composta por 1.128 estudantes de graduação de universidade pública é considerado excelente. A distribuição por gênero ficou tendenciosa em função de 64,76% da amostra ser do gênero feminino, o que não condiz com a distribuição da população brasileira, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A distribuição por idade sinaliza um dado relevante do ponto de vista social, pois 25,57% dos estudantes têm entre 30 e 65 anos, sendo que destes, 4,38% têm idade entre 50 e 65 anos. Do ponto de vista do curso em andamento, a amostra também se revela não representativa por ser muito heterogênea, com poucos respondentes de cada curso citado.

As análises de evidências de validade e de confiabilidade do AAQ-II sinalizaram propriedades psicométricas iniciais satisfatórias e alinhadas com pesquisas anteriores sobre o mesmo instrumento^{4,59,100,130,142,147,148}. A estrutura interna, através da matriz de dados apresentou excelente fatorabilidade por obter um KMO = 0,91, que é considerado como sendo de alto nível para execução da AFE^{149,188} sendo, inclusive, um valor maior do que o encontrado por Barbosa & Murta (2015, KMO = 0,87)⁴ na pesquisa de validação da versão brasileira do instrumento. Além disso, a retenção de fatores também teve resultado semelhante ao de Barbosa & Murta, no que tange à unidimensionalidade. Na presente pesquisa, foram feitos, ainda, cálculos adicionais através da retenção de estruturas subjacentes^{150,151}, bem como foram aplicados os índices de I-Único e I-ECV, que corroboraram a estrutura unidimensional do instrumento¹⁵⁵. Igualmente, a variância dos itens tem uma proporção adequada em função de os itens serem explicados pelo fator latente, pois nove itens obtiveram comunalidade superior a 0,30, exceto o item 10, que teve valor de 0,28, sendo que, tecnicamente, a literatura recomenda que somente itens com comunalidade inferior a 0,20 sejam retirados dos instrumentos¹⁵³, bem como consideram valores iguais ou acima de 0,30 adequados¹⁵⁴.

No que tange ao objetivo específico de verificar a estrutura interna do AAQ-II através da AFE, para avaliar a confiabilidade do questionário, a análise demonstrou altos índices de fidedignidade do instrumento, pois as análises dos dados obtiveram um alfa de *Cronbach* = 0,89 e um *Greatest Lower Bound* (GLB) = 0,92. O GLB foi aplicado por ter um maior poder estatístico em relação ao alfa de *Cronbach*¹⁵⁸ e ao coeficiente Ômega¹⁵⁹. Evidencia-se o fato de o valor de alfa ser superior, tanto ao da pesquisa de Barbosa & Murta (2015)⁴, quanto das pesquisas citadas por elas em outros países, tais como Espanha (0,84), Estados Unidos da América/Reino Unido (0,84), Holanda (0,74), Itália (0,83) e Portugal (0,84). Há que se

considerar que os resultados acima descritos, não tiveram influência de resíduos, pois obteve-se um WRMR = 0,06, que denota um bom ajuste do modelo¹⁶⁰. Pode-se, então, afirmar que os resultados da pesquisa indicam que o AAQ-II tem evidências de validade e confiabilidade sólidas na amostra em questão, a partir de processos analíticos exploratórios, conforme amplamente registrado na literatura^{4,119,121,123,125,128,161}.

Quanto ao objetivo primário de verificar a função da IP como mediadora do impacto do estresse sobre o bem-estar psicológico, a primeira análise demonstrou que quanto menor for o nível de estresse, maior será o nível de bem-estar psicológico, conforme a literatura indica^{8,33,59,128-130,189-192}. Sabe-se que o estresse pode predizer morbidade física, incluindo doenças clínicas, tais como doenças cardiovasculares^{121,176}; disfuncionalidade mental incluindo depressão e ansiedade^{193, 173}; prejuízo laboral que se manifesta em qualquer tipo de trabalho²⁸; dificuldades sociais que podem influenciar a vida cotidiana, como também se manifestar em nível crônico do tipo ansiedade social¹⁹⁴; prejuízos acadêmicos que transtornam a vida dos estudantes de todos os níveis^{125,196}. A segunda análise de efeito direto indicou que maior nível de IP, prediz menor nível de bem-estar psicológico. Como dito anteriormente, a IP é uma postura rígida diante das experiências internas que envolve os pensamentos, as emoções e as memórias⁸⁷. Abundantes estudos empíricos sinalizam que a IP é preditora de experiências positivas minimizadas e de experiências negativas aumentadas¹⁹⁵. Na terceira análise feita a partir do modelo de regressão, a IP e o estresse foram testados juntos na predição do bem-estar, sendo que ambos apresentaram valores significativos, porém com efeitos menores sobre o bem-estar, muito provavelmente em função do controle de efeito parcial na relação entre os preditores¹⁷⁷. A relação entre IP e estresse permitiu a análise de um modelo de mediação¹⁷¹ que sinalizou um efeito mediador da IP no impacto do estresse sobre o bem-estar¹⁷⁸. A literatura é rica em pesquisas que demonstram a influência da IP no desenvolvimento de doenças físicas e emocionais, tais como ansiedade e depressão^{179,180}.

O objetivo secundário foi o de comparar o efeito da psicoterapia e do tratamento psiquiátrico no nível de IP, cujos resultados sinalizaram que indivíduos que nunca fizeram psicoterapia ou tratamento psiquiátrico têm maior nível de IP do que os que fizeram tais tratamentos. Em contra partida, pessoas que fazem psicoterapia ou tratamento psiquiátrico atualmente, demonstraram menor IP. Tais resultados estão alinhados com dados empíricos que demonstram a efetividade e a importância da psicoterapia e da psiquiatria na saúde mental dos indivíduos^{183,196,197}.

Apesar dos ótimos resultados das análises, a presente pesquisa tem algumas limitações a serem consideradas. A amostra é por conveniência e tem pouca representatividade, o que

impede a generalização dos resultados. Investigações futuras podem zelar por uma amostra de amplo espectro sociodemográfico. Outra restrição é o estudo ser correlacional, o que não garante a causalidade entre as variáveis testadas, além da possibilidade da existência de relações espúrias¹⁹⁸. A de se considerar, também, que os instrumentos utilizados são de autorrelato que podem produzir manipulação das respostas¹⁹⁹ a partir da desejabilidade social²⁰⁰, como em indivíduos deprimidos²⁰¹, por exemplo, que podem subnotificar os níveis de IP. Chama-se a atenção, ainda, para o fato de as respostas serem dadas a partir de um acontecimento passado, condição que pode ser contornada a partir de pesquisas futuras de caráter experimental, randomizadas e com controle sobre as variáveis independentes¹⁸⁵.

8 CONCLUSÃO GERAL

O AAQ-II é unidimensional, tem evidências de validade e índice de fidedignidade satisfatórios. A IP medeia a ação do estresse sobre o bem-estar psicológico, assim como ter passado por processo psicoterapêutico ou estar fazendo psicoterapia, bem como estar fazendo ou ter feito tratamento psiquiátrico, aumenta o nível de FP.

9 REFERÊNCIAS

1. Zaba Neto, A. Stress e qualidade de vida [Internet]. Instituto Assaly. 2019 [citado 26 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://institutoassaly.com.br/blog/stress-e-qualidade-de-vida/>
2. Lipp, M.E.N. Stress e transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. Bol - Acad Paul Psicol [Internet]. dezembro de 2020 [citado 26 de setembro de 2022];40(99):180–91. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2020000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
3. Association AER, Association AP, Education NC on M in, organizadores. Standards for Educational and Psychological Testing. New Orleans: American Educational Research Association; 2011.
4. Barbosa LM, Murta SG. Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. Psico-USF [Internet]. 2015 [citado 28 de agosto de 2021];20(1):75–85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712015000100008&lng=pt&tlng=pt
5. Sadir, M. A., Bignotto, M. M., Lipp, M.E.N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paideia. 2010;20:73–81.
6. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira R de O. Relação Entre Estressores, Estresse e Ansiedade. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [Internet]. abril de 2003 [citado 19 de janeiro de 2022];25:65–74. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rprs/a/Jfqm4RbzpJhbxskLSCzmgjb/?lang=pt>
7. Lipp, M. E. N., Tanganelli, M. S. Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. Psicol Reflex E Crítica [Internet]. 2002 [citado 22 de outubro de 2022];15:537–48. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/prc/a/9CHGKL5JLkzQb4LJZ8QsDhC/abstract/?lang=pt>
8. Borine R de CC, Wanderley K da S, Bassitt DP. Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde. Estud Interdiscip Em Psicol [Internet]. junho de 2015 [citado 6 de outubro de 2022];6(1):100–18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072015000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Isabely IR, Renata RS, Graziela GT. Estilo de vida e bem-estar de estudantes da área da saúde. Enferm Actual Costa Rica [Internet]. [citado 19 de maio de 2021];(34):67–81. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/448/44854610006/html/index.html>
10. The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. - PsycNET [Internet]. [citado 8 de junho de 2020]. Disponível em: <https://content.apa.org/record/2015-13569-001>

11. Feather, G., Williams, M. The moderating effects of psychological flexibility and psychological inflexibility on the relationship between climate concern and climate-related distress. *J Context Behav Sci.* 2022;23:137–43.
12. Baker, L. D., Berghoff, C., R. Embracing complex models: Exploratory network analyses of psychological (In)Flexibility processes and unique associations with psychiatric symptomology and quality of life. *J Context Behav Sci.* 2022;23:64–74.
13. Melo, W. V., Olaz, F., Pergher, G. K. Terapia de Aceitação e Compromisso. Em: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 109–50. (PROCOGNITIVA-Programa de Atualização em Terapia Cognitivo Comportamental.; vol. 1).
14. Medeiros AGAP de, Junior JASH. Terapia de aceitação e compromisso em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Ter Cogn [Internet].* 2019 [citado 21 de janeiro de 2022];15(2):112–9. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=296
15. Larsson A, Hartley S, McHugh L. A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *J Context Behav Sci [Internet].* 2022 [citado 30 de março de 2022];24:10–7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144722000114>
16. Barbosa LM, Murta SG. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Rev Bras Ter Comportamental E Cogn [Internet].* 2014 [citado 4 de outubro de 2022];16(3):34–49. Disponível em: <https://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/711>
17. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry [Internet].* outubro de 2017 [citado 5 de abril de 2022];16(3):245–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608815/>
18. Grant, A., Cassidy, S. Exploring the relationship between psychological flexibility and self-report and task-based measures of cognitive flexibility. *J Context Behav Sci.* 2022;23:144–50.
19. Bernardes MEM. Transformação do pensamento e da linguagem na aprendizagem de conceitos. *Psicol Educ [Internet].* 2008 [citado 1º de abril de 2022];(26):67–85. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-69752008000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
20. Uehara, E., Helenice, C. F., Jesus, L. F. Funções Executivas: um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. *Neuropsicol Latinoam.* 2013;25–37.
21. Schneider, W, Shiffrin, R. Controlled and Automatic Human Information Processing: Detection, Serch and Attention. *Psychol Rev.* 1997;1–66.
22. Miyake, A, Friedman, NP, Emerson, MJ, Witzki, AH, Howerter, A, Wager, TD. The Unity and diversity of executive Functions and their Contributions to Complex Frontal Lobe

- Tasks: a Latent variable Analysis. *Cognit Psychol.* 2000;41:49–100.
23. Diamond, A. Executive Functions. *Annu Rev Psychol.* 2013;135–68.
24. Baddeley, A. The Central Executive: a Concept and Some Misconceptions. *J Int Neuropsychological Soc.* 1988;4:523–6.
25. Baggetta P, Alexander PA. Conceptualization and Operationalization of Executive Function. *Mind Brain Educ [Internet]*. 2016 [citado 2 de junho de 2022];10(1):10–33. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/mbe.12100>
26. Dias, N.M., Seabra, A. G. Funções executivas: desenvolvimento e intervenção-Temas sobre desenvolvimento. *ResearchGate.* 2013;8.
27. World Health Organization. World Health Organization. WHOQOL user manual. [Internet]. Geneva (Switzerland; 1998. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf
28. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties | This paper was drafted by Mick Power and Willem Kuyken on behalf of the WHOQOL Group. *Soc Sci Med [Internet]*. 15 de junho de 1998 [citado 8 de outubro de 2022];46(12):1569–85. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000094>
29. Berlim MT, Fleck MPA. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Braz J Psychiatry [Internet]*. outubro de 2003 [citado 8 de outubro de 2022];25:249–52. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbp/a/ZTfZVhMzdr8whM7Xmzz95Wz/?lang=en>
30. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57:1069–81.
31. RIOS, O.F. L. S. Níveis de stress e depressão em estudantes universitários [Internet]. [São Paulo]: PUC-SP; 2006 [citado 21 de outubro de 2022]. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15516/1/OlgaDeFatimaLeiteRios.pdf>
32. Lipp, M. E. N. Stress e suas implicações. *Estud Em Psicol.* 1984;5–19.
33. Selye,H. Perspectives in Stress Research. *Johns Hopkins Univ Press.* 1959;2(4):403–16.
34. Moreira, M. D., Mello Filho, J. de. *Psicoimunologia hoje. Em: Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 119–51.
35. Abreu KL de, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicol Ciênc E Prof [Internet]*. junho de 2002 [citado 5 de dezembro de 2022];22:22–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/nHqtFfWQX4h3yHBdrrmSbBN/abstract/?lang=pt>
36. Lipp, M.E.N. *Pesquisas sobre stress no Brasil.* Campinas: Papirus; 1997.

37. Lipp, M.E.N., Tanganelli, M. S. Estresse emocional: a contribuicao de estressores internos e externos. *Bibl Virtual Em Saúde-BVS*. 2002;537–48.
38. Levin ME, Luoma JB, Haeger JA. Decoupling as a Mechanism of Change in Mindfulness and Acceptance: A Literature Review. *Psychol Fac Publ [Internet]*. 2015;56. Disponível em: https://digitalcommons.usu.edu/psych_facpub/1095
39. Haves SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:29.
40. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn Ther Res [Internet]*. 1º de outubro de 2012 [citado 5 de abril de 2022];36(5):427–40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/>
41. Beck AT. Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Arch Gen Psychiatry [Internet]*. 1963 [citado 28 de março de 2022];9(4):324. Disponível em: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
42. Beck, A T., Rush, A.J., Shaw, B. F., Emery, G. *Cognitive Therapy of Depression*. 1 st. New York: The Guilford Press; 1979.
43. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther [Internet]*. 2006 [citado 22 de janeiro de 2022];44(1):1–25. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796705002147>
44. Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy: Introduction. *Cogn Behav Pract [Internet]*. 1º de novembro de 2012 [citado 31 de maio de 2022];19(4):499–507. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722912000508>
45. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther [Internet]*. 2004 [citado 28 de agosto de 2021];35(4):639–65. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133>
46. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Springer; 2001.
47. Hofmann SG, Hayes SC. TCC Moderna CBT: movendo-se em direção a terapias baseadas em processos. *Rev Bras Ter Cogn [Internet]*. dezembro de 2018 [citado 4 de outubro de 2022];14(2):77–84. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872018000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
48. Hayes SC, Strosahl, K., Wilson, K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. [Internet]. New York: Guilford Press; 1999 [citado 23 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999

49. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn Ther Res*. 1º de outubro de 2012;36(5):427–40.
50. Sidman M. *Equivalence Relations and Behavior: A Research Story*. Boston, MA: Authors Cooperative; 1994.
51. Yesilyaprak N, Batmaz S, Yildiz M, Songur E, Akpınar Aslan E. Automatic thoughts, cognitive distortions, dysfunctional attitudes, core beliefs, and ruminative response styles in unipolar major depressive disorder and bipolar disorder: a comparative study. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2019 [citado 24 de março de 2022];29(4):854–63. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1690815>
52. Rego TC. *Vygotsky: Uma perspectiva histórico-cultural da educação*. 25ª edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2014.
53. Luoma, J. B., Hayes S. C., Walser, R. D. *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists*. 2nd Second Edition, Revised ed. Oakland, CA: Context Press; 2017.
54. Lezak, M. The Problem of Assessing Executive Functions. *Int J Psychol*. 1982;17:281–97.
55. Baddeley, A, Hitch, G. Working Memory. *Psychol Learn Motiv*. 1974;8:47–89.
56. Atkinson, R. C., Shiffrin, R. M. The Control of Short-Term Memory. *Sci Am* [Internet]. 1971;225:82–90. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/24922803>
57. Rezende, Eduardo. *Funções Executivas: História e conceitos dentro da psicologia* [Internet]. *PsicoEdu*. [citado 30 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.psicoedu.com.br/2018/09/funcoes-executivas-psicologia.html>
58. Hayes SC, Luoma J, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes, and Outcomes*. Em: *The Act in Context*. 1º ed Abgdon: Routledge; 2015.
59. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30–6.
60. Hayes SC. *The Act in Context: The Canonical Papers of Steven C. Hayes*. New York: Routledge; 2015. 354 p.
61. Stynes, G., Leão, C. S., McHugh, L. Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: A systematic review. *J Context Behav Sci* [Internet]. 2022 [citado 30 de março de 2022];23:174–89. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2212144722000060?token=F3DFBCA6B8DAA485783DD11420368D7433204E493D2232402BC25AEB4BF8DCDF4002FC88CAD59580ECC2A64FA0C5A0DC&originRegion=us-east-1&originCreation=20220330125722>

62. Oliveira IR de. *Trial-Based Cognitive Therapy: A Manual for Clinicians*. 1 edition. New York: Routledge; 2014. 224 p.
63. Maria Amélia Penido, Vania Bitencourt Powell, Irismar Reis de Oliveira. *Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social*. Em: Associação Brasileira de Psiquiatria; Nardi AE, Silva AG, Quevedo JL, organizadores. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 107–30. (PROPSIQ programa de atualização em psiquiatria; vol. 4).
64. Powell VB, Oliveira OH de, Seixas C, Almeida C, Grangeon MC, Caldas M, et al. Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. setembro de 2013 [citado 9 de setembro de 2018];35(3):243–7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462013000300243&lng=en&nrm=iso&tlng=en
65. Kostoglou SL, Pidgeon AM. The Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric validation for an Australian population. *Aust J Psychol* [Internet]. 1º de junho de 2016 [citado 24 de março de 2022];68(2):123–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajpy.12101>
66. Batmaz S, Kocbiyik, Sibel, Yuncu, Ozgur Ahmet. *Turkish Version of the Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric Properties*. Hindawi Publ Corp. 2015;2015.
67. de Oliveira IR, Seixas C, Osório FL, Crippa JAS, de Abreu JN, Menezes IG, et al. Evaluation of the Psychometric Properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a Sample of Undergraduate Students. *Innov Clin Neurosci* [Internet]. 2015 [citado 24 de março de 2022];12(7–8):20–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558787/>
68. Hayes SC, Kirk D, Strosahl, Kelly G, Wilson. *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2016.
69. Bach, P. A, Moran, D. J. *ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications; 2008.
70. Harris R, Hayes SC. *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. 2º edição. New Harbinger Publications; 2019. 394 p.
71. Baer R. *Assessing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients: Illuminating the Theory and Practice of Change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010. 330 p.
72. Hayes SC. Contextual approach to therapeutic change. Em: *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford; 1987. p. 327–87.
73. Greenberg SS, School SD, Kelley DM. *Creative Acts for Curious People: How to Think, Create, and Lead in Unconventional Ways*. Emeryville: Ten Speed Press; 2021.
74. Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G. *Intervenções Clínicas em Grupos de Idosos: A Depressão em Foco*. PROPSIQ - Soc Bras Psicol. 2021;4:9–48.

75. Amer, J. Practical Management of Depression. JAMA. 1964;
76. Wu Q, Feng J, Pan CW. Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. Elsevier J Affect Disord [Internet]. 2022 [citado 30 de março de 2022]; Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722003093>
77. Peckham AD, McHugh RK, Otto MW. A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depress Anxiety* [Internet]. 2010 [citado 19 de abril de 2022];27(12):1135–42. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20755>
78. Kovács M, Beck A. Cognitive-Affective Processes in Depression. Em 1979.
79. Gotlib, I. H., Joormann, J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;285–312.
81. Kline NS. The Practical Management of Depression. JAMA [Internet]. 1964 [citado 29 de março de 2022];190(8):732–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1964.03070210038007>
82. Salazar de Pablo G, Solmi M, Vaquerizo-Serrano J, Radua J, Passina A, Mosillo P, et al. Primary prevention of depression: An umbrella review of controlled interventions. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado 31 de março de 2022];294:957–70. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721007801>
83. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, organizadores. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
84. Wang Q, Wang C, Deng Q, Zhan L, Tang Y, Li H, et al. Alterations of regional spontaneous brain activities in anxiety disorders: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2022 [citado 30 de março de 2022];296:233–40. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721010211>
85. Hayes SC, Smith S. Get Out of Your Mind & Into Your Life: The New Acceptance & Commitment Therapy: The New Acceptance and Commitment Therapy. Illustrated edição. Oakland, Calif: New Harbinger Publications; 2005.
86. Macedo LSR de, Silveira A da C da. Self: um conceito em desenvolvimento. *Paid Ribeirão Preto* [Internet]. agosto de 2012 [citado 5 de novembro de 2022];22:281–90. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/paideia/a/Bcb4hf9B9TmfwqZJtQRPTRs/?lang=pt>
87. Hayes SC. *A Liberated Mind: How to Pivot Toward What Matters*. Avery; 2019. 446 p.
88. Hayes SC, M. D. Sonntag RF. *Cognitive Defusion*. 1ª edição. Oakland, CA: New Harbinger Pubns Inc; 2007.
89. Bruijniks, S., J. E., Meeter, M., Lemmens, L., Peeters, F., Cuijpers, P., Renner, F., et al. Mechanistic pathways of change in twice weekly versus once weekly sessions of psychotherapy for depression. *Behav Res Ther*. 2022;151.

90. Dobson, K. S., Dozois, D. J. D. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). The Guilford Press. 2010;
91. Twohig MP, Hayes SC. ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad. Una guía sesión a sesión para maximizar los resultados. Desclée De Brouwer; 2020. 433 p.
92. Melo, W., Olaz, F., Perger, G. Terapia de aceitação e compromisso. Em: PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 109–50. (Ciclo 5; vol. 1).
93. Hofmann, SG, Hayes, SC, Lorscheid, DN. *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. Oakland: Context Press; 2021.
94. Six Principles of Acceptance and Commitment Therapy. [Internet]. Explore Our Extensive Counselling Article Library. 2014 [citado 21 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.aipc.net.au/articles/six-principles-of-acceptance-and-commitment-therapy/>
95. Mpsych JK, PhD LWC. *The ACT Workbook for Perfectionism: Build Your Best (Imperfect) Life Using Powerful Acceptance and Commitment Therapy and Self-Compassion Skills*. Workbook edição. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2021.
96. Harris R, Hayes SC. *The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living: A Guide to ACT*. 1ª edição. Trumpeter; 2008. 258 p.
97. Hayes SC, Barcellos ACB, Haydu VB, Galbes V. UM ENFOQUE CONTEXTUAL PARA MUDANÇA TERAPÊUTICA. :54.
98. Hayes DS. *A Liberated Mind: The essential guide to ACT*. Vermilion; 2019.
99. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, organizadores. *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. Guilford Publications; 2011.
100. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses | Elsevier Enhanced Reader. 2020 [citado 21 de março de 2022];18:181–92. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2212144720301940?token=B5E2C67FC4CCF074CE1116F3F5DA6B857A54272AC84F889C455EEB3433D5233014FD92CE4494D8B5006C7BC1D14AB427&originRegion=us-east-1&originCreation=20220321123255>
101. Walser RD, Dclinpsy CC. *The Heart of ACT: Developing a Flexible, Process-Based, and Client-Centered Practice Using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: Context Press; 2019.
102. Dahlin, M., Johansson, A., Romare, H., Carlbring, P., Andersson, G. Worry-specific versus self-tailored internet-based treatments for generalized anxiety disorder, with scheduled support or support on demand: A pilot factorial design trial | Elsevier Enhanced Reader. Elsevier Internet Interv [Internet]. 2022 [citado 30 de março de 2022];28. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214782922000380?token=2CB5FD8A292542217>

EE8FD6F3FC8DED0015FB7E1DCFC044EBF2AB386AF19CD9F90A290BB4026D6468EF02780F825F55B&originRegion=us-east-1&originCreation=20220330192352

103. Hayes S, Harris R. ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009.

104. Hayes, 1993 | Association for Contextual Behavioral Science [Internet]. [citado 23 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://contextualscience.org/node/2548>

105. Hayes S, Hofmann SG. Process Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy. Second edition. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2018.

106. Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Polusny, M. A., et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*. 2004;

107. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88.

108. Pinto-Gouveia J, Carvalho T, Cunha M, Duarte J, Walser RD. Psychometric properties of the Portuguese version of the Acceptance and Action Questionnaire–Trauma Specific (AAQ-TS): A study with Portuguese Colonial War Veterans. *J Affect Disord* [Internet]. outubro de 2015 [citado 27 de janeiro de 2023];185:81–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715003973>

109. Pakenham KI, Fleming M. Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychol Health* [Internet]. 1º de outubro de 2011 [citado 27 de janeiro de 2023];26(10):1292–309. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.517838>

110. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, López J. Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging Ment Health* [Internet]. 3 de outubro de 2014 [citado 27 de janeiro de 2023];18(7):897–904. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.896868>

111. Juarascio A, Forman E, Timko CA, Butryn M, Goodwin C. The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAAQ). *Eat Behav* [Internet]. agosto de 2011 [citado 27 de janeiro de 2023];12(3):182–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015311000432>

112. Juarascio A, Forman E, Timko CA, Butryn M, Goodwin C. The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAAQ). *Eat Behav* [Internet]. agosto de 2011 [citado 27 de janeiro de 2023];12(3):182–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015311000432>

113. Jacoby RJ, Abramowitz JS, Buchholz J, Reuman L, Blakey SM. Experiential avoidance in the context of obsessions: Development and validation of the Acceptance and Action

Questionnaire for Obsessions and Compulsions. *J Obsessive-Compuls Relat Disord* [Internet]. outubro de 2018 [citado 27 de janeiro de 2023];19:34–43. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221136491830085X>

114. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Behav Modif* [Internet]. 1º de setembro de 2007 [citado 27 de janeiro de 2023];31(5):543–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>

115. Boffa JW, Tock JL, Morabito DM, Schmidt NB. Measuring Psychological Inflexibility of Suicidal Thoughts: The Acceptance and Action Questionnaire for Suicidal Ideation (AAQ-SI). *Cogn Ther Res* [Internet]. outubro de 2022 [citado 27 de janeiro de 2023];46(5):1016–29. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10608-022-10309-w>

116. Beacham AO, Linfield K, Kinman CR, Payne-Murphy J. The chronic illness acceptance questionnaire: Confirmatory factor analysis and prediction of perceived disability in an online chronic illness support group sample. *J Context Behav Sci* [Internet]. abril de 2015 [citado 27 de janeiro de 2023];4(2):96–102. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212144715000150>

117. Reneman MF, Kleen M, Trompeter HR, Schiphorst Preuper HR, Köke A, van Baalen B, et al. Measuring avoidance of pain: validation of the Acceptance and Action Questionnaire II-pain version. *Int J Rehabil Res* [Internet]. junho de 2014 [citado 27 de janeiro de 2023];37(2):125. Disponível em: https://journals.lww.com/intjrehabilres/Abstract/2014/06000/Measuring_avoidance_of_pain_validation_of_the.5.aspx

118. Whiting DL, Deane FP, Ciarrochi J, McLeod HJ, Simpson GK. Validating measures of psychological flexibility in a population with acquired brain injury. *Psychol Assess* [Internet]. junho de 2015 [citado 27 de janeiro de 2023];27(2):415–23. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/pas0000050>

119. Trigueros R, Navarro-Gómez N, Aguilar-Parra JM, Cangas AJ. Factorial Structure and Measurement Invariance of the Acceptance and Action Questionnaire-Stigma (AAQ-S) in Spain. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 20 de janeiro de 2020 [citado 27 de janeiro de 2023];17(2):658. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/2/658>

120. Tomé FR. Como estar entre os outros? O álcool como uma estratégia de evitamento experiencial na ansiedade social. [Internet]. [Coimbra-Portugal]: Universidade de Coimbra; 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/43577416.pdf>

121. Spatola CAM, Cappella EAM, Goodwin CL, Baruffi M, Malfatto G, Facchini M, et al. Development and initial validation of the Cardiovascular Disease Acceptance and Action Questionnaire (CVD-AAQ) in an Italian sample of cardiac patients. *Front Psychol* [Internet]. 14 de novembro de 2014 [citado 27 de janeiro de 2023];5. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.01284/abstract>

122. Pires CP, Putwain DW, Hofmann SG, Martins DS, MacKenzie MB, Kocovski NL, et al. Assessing psychological flexibility in test situations: The Test Anxiety Acceptance and Action Questionnaire for Adolescents. *Rev Psicopatología Psicol Clínica* [Internet]. 30 de

dezembro de 2020 [citado 27 de janeiro de 2023];25(3):147. Disponível em:
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/29014>

123. Pinto VN, Ferreira MC, Valentini F. Evidências de Validade da Escala de Flexibilidade Psicológica no Trabalho em Amostras Brasileiras. *Psico* [Internet]. 25 de agosto de 2015 [citado 27 de janeiro de 2023];46(3):362–73. Disponível em:
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/18679>

124. Martins MJ, Castilho P, Macedo A, Pereira AT, Vagos P, Carvalho D, et al. A pilot study of the Portuguese version of the Voices Acceptance and Action Scale: Psychometric properties in a clinical sample with psychosis-spectrum disorders. *Análise Psicológica* [Internet]. 11 de março de 2019 [citado 27 de janeiro de 2023];37(1):107–18. Disponível em:
<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/1561>

125. Levin ME, Krafft J, Pistorello J, Seeley JR. Assessing psychological inflexibility in university students: Development and validation of the acceptance and action questionnaire for university students (AAQ-US). *J Context Behav Sci* [Internet]. abril de 2019 [citado 27 de janeiro de 2023];12:199–206. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221214471830070X>

126. Houghton DC, Compton SN, Twohig MP, Saunders SM, Franklin ME, Neal-Barnett AM, et al. Measuring the role of psychological inflexibility in Trichotillomania. *Psychiatry Res* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 27 de janeiro de 2023];220(1–2):356–61. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178114006970>

127. Farris SG, Zvolensky MJ, DiBello AM, Schmidt NB. Validation of the Avoidance and Inflexibility Scale (AIS) among treatment-seeking smokers. *Psychol Assess* [Internet]. junho de 2015 [citado 27 de janeiro de 2023];27(2):467–77. Disponível em:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/pas0000059>

128. Dochat C, Afari N, Wooldridge JS, Herbert MS, Gasperi M, Lillis J. Confirmatory factor analysis of the Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties-Revised (AAQW-R) in a United States sample of adults with overweight and obesity. *J Context Behav Sci* [Internet]. janeiro de 2020 [citado 27 de janeiro de 2023];15:189–96. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212144719302637>

129. Burton Murray H, Zhang F, Manasse SM, Forman EM, Butryn ML, Juarascio AS. Validation of the food craving Acceptance and action questionnaire (FAAQ) in a weight loss-seeking sample. *Appetite* [Internet]. janeiro de 2022 [citado 27 de janeiro de 2023];168:105680. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666321005870>

130. Bond FW, Lloyd J, Guenole N. The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *J Occup Organ Psychol* [Internet]. 2013 [citado 27 de janeiro de 2023];86(3):331–47. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joop.12001>

131. Organização Mundial da Saúde (OMS). Wellbeing measures in primary health care/ the deprecare project. Em Stockholm, Sweden; 1998.

132. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney, N.S.W.: Psychology Foundation of Australia; 1995. 42 p. (Psychology Foundation monograph).
133. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord.* fevereiro de 2014;155:104–9.
134. Lorenzo-Seva U, Timmerman ME, Kiers HAL. The Hull Method for Selecting the Number of Common Factors. *Multivar Behav Res.* 11 de abril de 2011;46(2):340–64.
135. Muthén B, Muthén L. Mplus. Em: Handbook of item response theory 2017. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
136. JASP. JASP Team; 2022.
137. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Bookman Editora; 2009. 682 p.
138. Zinbarg RE, Revelle W, Yovel I, Li W. Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* [Internet]. 2005 [citado 5 de dezembro de 2022];70(1):123–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11336-003-0974-7>
139. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. Factor 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Appl Psychol Meas.* 2013;37:497–8.
140. Brown TA. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Second edition. Guilford Publications; 2015. 482 p.
141. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 4 de dezembro de 2022];18(2):226–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502411/>
142. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav Ther* [Internet]. 2011 [citado 20 de março de 2022];42(4):676–88. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789411000888>
143. Hayes, S. C. A Liberated Mind: The essential guide to ACT. London: Vermilion; 2019.
144. The work-related acceptance and action questionnaire (WAAQ): Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts | Association for Contextual Behavioral Science [Internet]. [citado 27 de janeiro de 2023]. Disponível em: https://contextualscience.org/WAAQ_Bond_Lloyd_Guenola
145. Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J, Carvalho S, Lillis J. New developments in the assessment of weight-related experiential avoidance (AAQW-Revised). *J Context Behav Sci* [Internet]. julho de 2016 [citado 27 de janeiro de 2023];5(3):193–200. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212144716300333>

146. Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J. FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*; 2013.
147. Paladines-Costa B, López-Guerra V, Ruisoto P, Vaca-Gallegos S, Cacho R. Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) in Ecuador. *Int J Environ Res Public Health*. 13 de março de 2021;18(6):2944.
148. Otero TB. Evidências de Validade do AAQ-II (Questionário de Aceitação e Ação II) em Profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil e Correlações com Ansiedade Mindfulness e Autocompaixão. SÃO PAULO. 2016;106.
149. Hutcheson GD, Sofroniou N. *The Multivariate Social Scientist: Introductory Statistics Using Generalized Linear Models*. 1st edition. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Ltd; 1999. 288 p.
150. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* [Internet]. 1º de junho de 1965 [citado 4 de dezembro de 2022];30(2):179–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02289447>
151. Patil VH, Singh SN, Mishra S, Todd Donovan D. Efficient theory development and factor retention criteria: Abandon the ‘eigenvalue greater than one’ criterion. *J Bus Res* [Internet]. 1º de fevereiro de 2008 [citado 4 de dezembro de 2022];61(2):162–70. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014829630700152X>
152. Fava JL, Velicer WF. The effects of overextraction on factor and component analysis. *Multivar Behav Res*. 1992;27:387–415.
153. Child D. *The Essentials of Factor Analysis*. A&C Black; 2006. 200 p.
154. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston : Pearson/Allyn & Bacon; 2007.
155. Reise SP, Moore TM, Haviland MG. Bifactor Models and Rotations: Exploring the Extent to which Multidimensional Data Yield Univocal Scale Scores. *J Pers Assess* [Internet]. novembro de 2010 [citado 4 de dezembro de 2022];92(6):544–59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2981404/>
156. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Second Edition*. Second edição. New York: The Guilford Press; 2004.
157. Huysamen GK. Coefficient alpha : unnecessarily ambiguous ; unduly ubiquitous. 2006 [citado 4 de dezembro de 2022]; Disponível em: <https://repository.up.ac.za/handle/2263/4295>
158. Lila M, Oliver A, Catalá-Miñana A, Galiana L, Gracia E. The Intimate Partner Violence Responsibility Attribution Scale (IPVRAS). *Eur J Psychol Appl Leg Context* [Internet]. 1º de janeiro de 2014 [citado 4 de dezembro de 2022];6(1):29–36. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889186114700095>

159. Wilcox S, Schoffman DE, Dowda M, Sharpe PA. Psychometric properties of the 8-item english arthritis self-efficacy scale in a diverse sample. *Arthritis*. 2014;2014:385256.
160. DiStefano C. Examining fit with structural equation models. Em: Principles and methods of test construction: Standards and recent advances. Göttingen, Germany: Hogrefe; 2016. p. 166–93. (Psychological assessment—science and practice).
161. Apêndices_pdf.pdf [Internet]. [citado 27 de janeiro de 2023]. Disponível em: https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/862/2/Ap%c3%aandices_pdf.pdf
162. Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull*. setembro de 2007;133(5):859–83.
163. Fischer R, Karl JA. A Primer to (Cross-Cultural) Multi-Group Invariance Testing Possibilities in R. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [citado 4 de dezembro de 2022];10. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01507>
164. Bichi A, Talib R. Item Response Theory: An Introduction to Latent Trait Models to Test and Item Development. *Int J Eval Res Educ IJERE*. 1º de junho de 2018;7.
165. Cavalcanti AL da SR, Bagarollo MF, Lipp MEN, Constantini AC. Treino de controle do stress de Lipp: uma revisão integrativa de literatura. *Bol - Acad Paul Psicol* [Internet]. 2021 [citado 18 de maio de 2023];41(100):37–47. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2021000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
166. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *J Clin Psychol*. 2007;63(9):871–90.
167. Dadfar M, Momeni Safarabad N, Asgharnejad Farid AA, Nemati Shirzy M, Ghazie pour Abarghouie F. Reliability, validity, and factorial structure of the World Health Organization-5 Well-Being Index (WHO-5) in Iranian psychiatric outpatients. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. abril de 2018 [citado 29 de janeiro de 2023];40(2):79–84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892018000200079&lng=en&tlng=en
168. Bech P, Gudex C, Johansen S. The WHO (Ten) Weil-Being Index: Validation in Diabetes. *Psychother Psychosom* [Internet]. 1996 [citado 29 de janeiro de 2023];65(4):183–90. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/289073>
169. Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. dezembro de 2006 [citado 29 de janeiro de 2023];14(6):863–71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600006&lng=en&tlng=en
170. Szabó, M. The Short Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) Factor Structure in a Young Adolescent Sample. *Journal of Adolescence*. *J Adolesc* [Internet].

- 2010 [citado 4 de novembro de 2022];1–8. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1468989](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1468989)
171. MacKinnon DP, Fairchild AJ, Fritz MS. Mediation analysis. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:593–614.
172. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*, Second Edition. New York: Guilford Publications; 2015. 482 p.
173. Cobos Sanchiz D, Espejo M, Sánchez L, Matud M. The Importance of Work-Related Events and Changes in Psychological Distress and Life Satisfaction amongst Young Workers in Spain: A Gender Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:4697.
174. Barbayannis G, Bandari M, Zheng X, Baquerizo H, Pecor KW, Ming X. Academic Stress and Mental Well-Being in College Students: Correlations, Affected Groups, and COVID-19. *Front Psychol* [Internet]. 2022 [citado 4 de dezembro de 2022];13. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.886344>
175. Ravikumar T. Occupational stress and psychological wellbeing during COVID 19: Mediating role of positive psychological capital. *Curr Psychol N B NJ*. 2022;1–8.
176. Kim HG, Cheon EJ, Bai DS, Lee YH, Koo BH. Stress and Heart Rate Variability: A Meta-Analysis and Review of the Literature. *Psychiatry Investig*. 2018;15(3):235–45.
177. Field A, Miles J, Field Z. *Discovering Statistics Using R*. London: Sage; 2012.
178. Costa J, Marôco J, Pinto-Gouveia J, Galhardo A. Validation of the Psychometric Properties of Acceptance and Action Questionnaire-II in Clinical and Nonclinical Groups of Portuguese Population. *Int J Psychol*. 2014;12.
179. Dixon MR, Hayes SC, Stanley C, Law S, al-Nasser T. Is Acceptance and Commitment Training or Therapy (ACT) a Method that Applied Behavior Analysts Can and Should Use? *Psychol Rec* [Internet]. 2020 [citado 4 de dezembro de 2022];70(4):559–79. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00436-9>
180. Monestès JL, Karekla M, Jacobs N, Michaelides MP, Hooper N, Kleen M, et al. Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *Eur J Psychol Assess*. 2018;34:247–57.
181. Espejo EP, Gorlick A, Castriotta N. Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based transdiagnostic CBT for anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2017;46:65–71.
182. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychol Assess*. 2011;23(3):692–713.
183. Strauss B, Gawlytta R, Schleu A, Frenzl D. Negative effects of psychotherapy: estimating the prevalence in a random national sample. *BJPsych Open* [Internet]. 2021 [citado

- 4 de dezembro de 2022];7(6):e186. Disponível em:
<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/negative-effects-of-psychotherapy-estimating-the-prevalence-in-a-random-national-sample/1C4E7F900F5CAF2CFAD129D54E4CC00C#>
184. Valencia P.D. Does the Acceptance and Action Questionnaire II really measure experiential avoidance. *Rev Evaluar*. 2019;42–52.
185. Wolgast M. What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behav Ther*. 2014;45(6):831–9.
186. Rochefort C, Baldwin AS, Chmielewski M. Experiential Avoidance: An Examination of the Construct Validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behav Ther*. maio de 2018;49(3):435–49.
187. Andrade C. Internal, External, and Ecological Validity in Research Design, Conduct, and Evaluation. *Indian J Psychol Med [Internet]*. 2018 [citado 4 de dezembro de 2022];40(5):498–9. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6149308/>
188. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R, Tatham R. *Análise Multivariada de Dados*. Bookman; 2009.
189. Vandenberghe L, Valadão VC. Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Rev Bras Ter Cogn [Internet]*. dezembro de 2013 [citado 4 de outubro de 2022];9(2):126–35. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872013000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
190. Lipp, M.E.N. *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papiros; 1996.
191. Lipp MEN. Estresse emocional: a contribuicao de estressores internos e externos. *Rev Psiquiatr Clín [Internet]*. 2001 [citado 22 de outubro de 2022];347–9. Disponível em:
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art347.htm>
192. Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paid Ribeirão Preto [Internet]*. abril de 2010 [citado 6 de outubro de 2022];20:73–81. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/paideia/a/ctxdtbWNVN6FFJCFvtGKXJ/?lang=pt>
193. Rusch L, Kanter J, Leonard R, Weeks C. Depression stigma in a predominantly low income African American sample with elevated depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 1º de janeiro de 2009;196:919–22.
194. Burato KR da S, Crippa JA de S, Loureiro SR. Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. *Estud Psicol Natal [Internet]*. 2009 [citado 10 de setembro de 2018];14(2):167–74. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-294X2009000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

195. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010 [citado 4 de dezembro de 2022];30(7):865–78. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810000413>
196. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;47(3):414–25.
197. Vázquez GH. The Impact of Psychopharmacology on Contemporary Clinical Psychiatry. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* [Internet]. 2014 [citado 4 de dezembro de 2022];59(8):412–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143297/>
198. Sampieri R, Collado C, Lucio M. Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças. Porto Alegre: Penso; 2013.
199. Wilson T, Lindsey S, Schooler T. A Model of Dual Attitudes. *Psychol Rev*. 1º de fevereiro de 2000;107:101–26.
200. Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, Tobin KE. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addict Behav* [Internet]. outubro de 2017 [citado 4 de dezembro de 2022];73:133–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519338/>
201. Rusch LC, Kanter JW, Manos RC, Weeks CE. Depression stigma in a predominantly low income African American sample with elevated depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*. dezembro de 2008;196(12):919–22.

10 APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL”.

Objetivo do Estudo

Nesta pesquisa pretendemos avaliar as qualidades do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST-R). O CD-Quest é um questionário composto por 15 tipos de distorções cognitivas, ou seja, formas como a mente cometer erros de julgamento.

Justificativa do Estudo

As distorções cognitivas são ocorrências importantes nos transtornos mentais. A sua identificação tem relevância na clínica, porque muitas intervenções psicoterápicas visam às correções dessas distorções. As distorções cognitivas podem ser definidas como percepções errôneas das situações vividas ou de estados emocionais que, em excesso, podem levar a dificuldades emocionais e comportamentais ou contribuir para o agravamento do transtorno psiquiátrico. O CD-Quest na sua versão original possui 15 itens e o tempo de aplicação é de aproximadamente até 20 minutos, o que pode comprometer seu uso na prática clínica. Considerando tal limitação, torna-se relevante a redução desse questionário, objetivando um tempo menor de aplicação. Estudar a validade da versão reduzida (CD-Quest-R), uma vez que demonstre ser equivalente à escala original, permitirá sua maior utilização pelos clínicos, com impacto importante no cuidado da saúde mental na comunidade.

Metodologia

Para participar desta pesquisa, o(a) Sr.(a) precisa ser brasileiro(a), maior de 18 anos e ser aluno de graduação, pós-graduação lato sensu, mestrado ou doutorado na UFBA. Todos os alunos da UFBA que atendam essas exigências podem responder a um conjunto de questionários ou escalas que avaliam 1) a presença ou não das distorções cognitivas (CD-Quest); o bem-estar atual do participante (The World Health Organization Five Well-being index - WHO-5); os sintomas de depressão, estresse e ansiedade pela (escala DASS-21)” a sua flexibilidade psicológica e capacidade de viver no presente (Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II) e os dados sócio demográficos. Depois dos questionários respondidos, as informações serão analisadas a fim de se verificar se o CD-Quest é adequado ou não, para identificar as distorções cognitivas.

Riscos

Há o risco de o(a) Sr.(a) sentir ligeiro cansaço por causa da quantidade de perguntas. Porém, tais respostas serão escolhidas com um click do *mouse*. O(a) Sr.(a) também poderá se sentir desconfortável com algumas perguntas, mas o pesquisador garante que poderá fazer pausas sem perder as respostas já selecionadas, como também poderá desistir de continuar participando da pesquisa a qualquer momento. Outra informação importante é que, em toda pesquisa, existe o risco

ainda que remoto de as informações serem vazadas como, por exemplo, pessoas que não fazem parte do grupo de pesquisa terem acesso às informações coletadas ou o site provedor da pesquisa ser invadido por *hackers*. O pesquisador, no entanto, garante que fará tudo o que estiver ao seu alcance para minimizar esses riscos e manter as respostas guardadas de forma segura. O fato de o questionário ser respondido na *internet* ajuda na segurança em se guardar as respostas, pois elas estarão em um *site* seguro e especializado em fazer esse tipo de pesquisa, no qual somente o pesquisador terá acesso às informações através de uma senha. Além disso, os dados não circularão em papéis impressos. Na eventualidade da ocorrência de situações psicológicas ou emocionais desencadeadas pelas questões durante o preenchimento dos questionários, o participante receberá de forma gratuita a assistência integral e imediata necessária para sanar o dano ocorrido.

Benefícios

Esta pesquisa visa a aumentar o conhecimento científico sobre as distorções cognitivas através do aprimoramento da escala CD-Quest-R. A curto e médio prazos, o(a) Sr(a) não terá um ganho específico e direto ao participar deste estudo. Porém, a maioria da população não sabe que as distorções cognitivas existem. Por isso, as pessoas deixam de receber esclarecimentos sobre aspectos prejudicados de sua vida, a exemplo de relacionamentos em sua vida pessoal ou no trabalho. Sendo assim, o(a) Sr(a) poderá ter um ganho indireto, ao participar da pesquisa, através do aumento dos seus conhecimentos a respeito das distorções cognitivas. Assim, poderá ser útil à comunidade e contribuir para o desenvolvimento do tratamento de tais erros de percepção constituídos pelas distorções cognitivas. Além disso, o(a) Sr(a) terá direito a assistência psicológica integral gratuita na eventualidade de danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios comprovadamente decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário, conforme os itens II.3.1 e II.3.2 da Resolução CNS 466 de 2012, desde que comunique o fato ao pesquisador.

Compensação e Ressarcimento

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa. Tampouco terá qualquer despesa adicional. Para participar do estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Assistência/Interrupção ou Encerramento/Indenização

Caso o(a) Sr.(a) venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, receberá a orientação adequada para assistência integral e imediata, na rede pública de saúde, além de lhe ser garantido o direito à indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Pesquisador responsável: Stefano Emanuel Santos Tourinho

Endereço: Av. Cardeal da Silva, 1985 Apt. 601- Bairro Federação- CEP 40231-305 -Salvador-Bahia.
 Celular/Whatsapp: (71)99999-9895
 E-mail: sestourinho@gmail.com

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA) está localizado na Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, - Instituto de Ciências da Saúde – Térreo, Vale do Canela. Horário de funcionamento: De segunda-feira a sexta-feira, das 07h00min às 17h30min. Telefone: (71) 3283-8951.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição após o trabalho ser finalizado. Estima-se que, a partir de agosto de 2022, os resultados da pesquisa estejam prontos para serem divulgados para os respondentes do questionário. Caso o(a) Sr.(a) tenha interesse em tomar conhecimento, basta solicitar ao pesquisador pelos meios de comunicação divulgados acima. Seu nome ou as informações que indiquem sua participação não serão liberados para uso na pesquisa sem a sua permissão. O(a) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação futura, pois os seus dados pessoais serão codificados, e o acesso ao banco de dados será protegido por senha. Tais mecanismos serão utilizados para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados, tais como nome e e-mail. É importante que, ao término do preenchimento dos questionários, o participante mantenha uma cópia eletrônica das suas respostas. Os questionários respondidos, após seu armazenamento em dispositivo eletrônicos, serão apagados da plataforma virtual, do ambiente compartilhado e do ambiente de nuvem.

Este termo de consentimento deverá ser impresso pelo(a) Sr(a), através do botão "imprimir", localizado ao final desse termo, que ficará habilitado após sua concordância em participar da pesquisa. Uma via virtual desse termo de consentimento será arquivada pelo pesquisador responsável, juntamente com todos os dados e resultados da pesquisa, em seu computador pessoal, protegido por senha, bem como em um *pen drive*, guardado como *backup*, em cofre pessoal, também protegido por senha. Sendo assim, todos os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Salvador, _____ de _____ de 20 .

Nome	completo (participante)	Data
Stefanio	Emanoel Santos Tourinho	
Nome	completo (pesquisador responsável)	Data

APÊNDICE B - Questionário de Dados Sociodemográficos

GÊNERO: _____

IDADE: _____

CURSO EM ANDAMENTO: _____

REALIZA TRATAMENTO PSICOLÓGICO

Sim

Não

JÁ REALIZOU, NO PASSADO, TRATAMENTO PSICOLÓGICO?

Sim

Não

REALIZA TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO COM USO DE MEDICAÇÃO?

Sim

Não

REALIZOU, NO PASSADO, TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO COM USO DE MEDICAÇÃO?

Sim

Não

11 ANEXOS

ANEXO A – Autorização do comitê de ética em pesquisa.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa:
 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL

Informações Preliminares

Responsável Principal

CPF/Documento: 724.032.175-49	Nome: STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO
Telefone: 71999999895	E-mail: stefanio.tourinho@hotmail.com

Instituição Proponente

CNPJ:	Nome da Instituição: PÓS Instituto de Ciências da Saúde
-------	---

Essa submissão de emenda é exclusiva do seu Centro Coordenador?

A emenda é exclusiva de seu Centro Coordenador, então as alterações realizadas em seu projeto, em virtude da emenda, NÃO serão replicadas nos Centros Participantes vinculados e nos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes, quando da sua aprovação.

É um estudo internacional? Não

Equipe de Pesquisa

CPF/Documento	Nome
049.063.495-87	Irismar Reis de Oliveira
475.067.257-20	CYBELE PERCIANO CYPRIANO
105.024.197-50	Pedro P. Pires

Área de Estudo

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

- Grande Área 7. Ciências Humanas

Título Público da Pesquisa: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL

Contato Público

CPF/Documento	Nome	Telefone	E-mail
724.032.175-49	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	71999999895	stefanio.tourinho@hotmail.com

Contato Científico: STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO

Data de Submissão do Projeto: 17/01/2022

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1885788_E2.pdf

Versão do Projeto: 4

Desenho de Estudo / Apoio Financeiro

Desenho:

Estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional.

Apoio Financeiro

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo
				Financiamento Próprio

Palavra Chave

Palavra-chave
ESCALA CD-QUEST-R
VALIDAÇÃO DE ESCALA
DISTORÇÕES COGNITIVAS

Detalhamento do Estudo

Resumo:

O projeto objetiva a validação da escala para distorções cognitivas, CD-QUEST, na sua versão reduzida (CD-QUEST-R), em população de estudantes universitários de uma universidade pública brasileira. Será realizado um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional em uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação da universidade. A amostra mínima será estimada em torno de 5% a 10% do total de alunos acima de 18 anos matriculados nos cursos de graduação e pós-graduação. Os estudantes que aceitarem participar da pesquisa assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido e serão submetidos às escalas autoaplicáveis (CD-QUEST, HADS, WHO-5 e AAQ-II) e a um questionário sociodemográfico. Os questionários serão fornecidos por via digital através de plataforma da própria universidade. Será avaliada a fidedignidade teste-reteste utilizando técnicas que envolvem análises fatoriais exploratórias e análises fatoriais confirmatórias.

Introdução:

A Terapia Cognitiva (TC) desenvolvida por Aaron Beck, na década de 60, base conceitual para a terapia cognitivo-comportamental (TCC), observa que a forma como as pessoas se veem e se comportam, depende fundamentalmente de como elas percebem e interpretam as situações vivenciadas. Essas formas de percepção foram denominadas pensamentos automáticos (PA) e quando passam a produzir ideias distorcidas das vivências, produzindo "erros lógicos", há um potencial para o surgimento de emoções negativas no indivíduo e comportamentos disfuncionais. Quando a pessoa percebe de forma distorcida situações da sua vida ou estados emocionais, tais percepções são conhecidas como "distorções cognitivas", que, em excesso, podem levar a dificuldades emocionais ou contribuir para a exacerbação de transtornos psiquiátricos (BECK, 1964). Aaron Beck (BECK et al., 1979) desenvolveu a terapia cognitiva para reestruturar tais Pensamentos Automáticos (PA) e ajudar os indivíduos a obter alívio de seu sofrimento psicológico, transformando as distorções cognitivas de pensamentos automáticos disfuncionais em pensamentos mais funcionais ou imparciais. Portanto, as distorções cognitivas como formas de pensamento errôneas, irracionais e exageradas são entendidas como fundamentais para o desenvolvimento e persistência de inúmeros transtornos mentais (MORRISON et al., 2021). Percebeu-se que a cognição tem uma influência direta nas emoções, no comportamento e nas relações interpessoais (DE OLIVEIRA et al., 2015). Dessa forma, a partir do momento em que o processamento da informação tem algum tipo de viés, as respostas emocionais e comportamentais passam a ser disfuncionais, impactando negativamente as relações interpessoais e no bem-estar do indivíduo (BECK, 1976). Para a prática da terapia cognitivo comportamental (TCC) é essencial a identificação e correção desses vieses no pensamento (as distorções cognitivas) (COVIN et al., 2011). Os pensamentos automáticos distorcidos (distorções cognitivas) intensificam os sintomas nos transtornos mentais, o que torna fundamental a sua avaliação através de medidas adequadas. Essas medidas podem contribuir para o processo de diagnóstico do paciente. Ademais, podem ser utilizadas para o seguimento da evolução clínica do tratamento. São importantes também pela possibilidade de compararmos aspectos relacionados à cognição com outros elementos da vida psicológica do sujeito, permitindo uma visão mais geral das características clínicas, que podem definir um pior ou melhor prognóstico dos sintomas apresentados. Tal necessidade compeliu a estruturação da primeira versão do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest) (DE OLIVEIRA et al., 2015). O CD-Quest não foi o primeiro instrumento a ser utilizado para avaliar a presença de distorções cognitivas em populações com transtornos psiquiátricos específicos e na população em geral. Por exemplo, para a avaliação das distorções cognitivas na população em geral, quatro instrumentos foram encontrados na literatura: o Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ-30), um questionário de 30 itens desenvolvido por Hollon e Kendall, para medir a frequência de ocorrência das distorções cognitivas (HOLLON; KENDALL, 1980), o Questionário de Vieses Cognitivos (CBQ) (KRANTZ; HAMMEN, 1979), o Questionário de Erros Cognitivos (CEQ) (LEFEBVRE, 1981) e a Escala de Distorções Cognitivas, instrumento que mede a tendência de fazer 10 distorções cognitivas em domínios interpessoais e de realização (CDS) (COVIN et al., 2011). O CD-Quest é uma escala composta por 15 itens, que ampliam as informações sobre as distorções cognitivas. De Oliveira et al. (DE OLIVEIRA et al., 2015) incluíram na escala três tipos diferentes de informação: frequência (ou seja, quantas vezes um paciente experimentou a distorção), intensidade de crença na distorção e escore combinado de frequência/intensidade. Tal estrutura facilita uma hierarquização da experiência do paciente, já que trabalha com as diferentes dinâmicas apresentadas pelas distorções cognitivas (SEIXAS et al., 2021). Por exemplo, distorções cognitivas experimentadas com baixa intensidade e alta frequência podem não ser detectadas por outros instrumentos que não apresentam tais informações. O CD-Quest foi desenvolvido como parte de uma abordagem psicoterápica, a Terapia Cognitiva Processual (TCP) (DE OLIVEIRA et al., 2015). As propriedades psicométricas do CD-Quest foram avaliadas na Austrália (KOSTOGLU; PIDGEON, 2015), Turquia (BATMAZ; KOÇBIYIK; YUNCU, 2015), Estados Unidos (MORRISON et al., 2015) e China (QIAN et al., 2020). Em estudo conduzido por Morrison et al. (MORRISON et al., 2015) sobre a versão em inglês do questionário, a estrutura fatorial da escala foi analisada em uma amostra de 906 graduandos na Universidade de Temple nos Estados Unidos da América. Os resultados mostraram uma excelente validade de construção do CD-Quest para uma estrutura unidimensional, consistência interna e validade convergente com o Questionário de Pensamentos Automáticos Revisado (ATQ-R) (KENDALL; HOWARD; HAYS, 1989). Outros grupos também validaram a escala com resultados semelhantes, como o relatado pelo estudo em estudantes universitários (KOSTOGLU; PIDGEON, 2015), que utilizou análise fatorial confirmatória (CFA). O CD-Quest demonstrou consistência interna adequada, forte correlação com as subescalas (intensidade e frequência) e validade convergente com o Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ) e o Questionário de Autodeclarações Ansiosas (ASSQ) (KENDALL; HOLLON, 1989). Resultados também semelhantes foram observados no estudo de validação realizado na China, que teve como base uma amostra de estudantes universitários (QIAN et al., 2020). Uma limitação do CD-Quest que dificulta na

Data de Submissão do Projeto: 17/01/2022

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1885788_E2.pdf

Versão do Projeto: 4

prática a sua aplicabilidade é o seu tamanho: em média, um participante leva de 7 a 10 minutos para completar o CD-Quest completo de 15 itens. Esse tempo pode ser proibitivo em uma variedade de contextos, como quando faz parte de uma bateria que avalia uma ampla gama de construções, quando é administrada repetidamente durante um experimento com medidas repetidas, ou em ambientes clínicos (MORRISON et al., 2021). Conseqüentemente, iniciaram-se os estudos com versões reduzidas da escala. A validação das versões reduzidas foi realizada tomando os dados de estudos realizados em diversos países, inclusive no Brasil. Por conta disso, se tornou necessário um estudo para a construção e validação da versão reduzida (CD-QUEST-R) com 5 e 9 itens, não só numa população amostral maior, como também utilizando indivíduos de populações mais heterogêneas. Diante do exposto, é compreensível a construção de um projeto de pesquisa que objetiva a realização do estudo de validação (avaliação das características psicométricas) das versões reduzidas do CD-Quest, ou seja, do CD-Quest-R5 e CD-Quest-R9, numa população mais ampla e heterogênea, como a de universitários que atendem os cursos de graduação e pós-graduação de uma universidade pública do Brasil.

Hipótese:

O CD-Quest na versão reduzida de 5 e 9 itens (CD-QUEST-R) tem precisão semelhante à sua versão completa com 15 itens.

Objetivo Primário:

Avaliar as propriedades psicométricas, validade e composição fatorial da versão reduzida do questionário de distorções cognitivas (CD-QUEST-R).

Objetivo Secundário:

Replicar um estudo anterior (DE OLIVEIRA et al., 2015) sobre as propriedades psicométricas do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST) em sua versão brasileira em português utilizada com estudantes de graduação e pós-graduação; Avaliar o perfil da saúde mental de estudantes universitários de graduação e pós-graduação de uma universidade pública brasileira; Obter dados para a construção de programas de prevenção do adoecimento psíquico em população de estudantes universitários.

Metodologia Proposta:

Este é um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional. Será realizado em uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A amostra mínima será estimada em torno de 5% a 10% do total de alunos matriculados nos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os estudantes que aceitarem participar da pesquisa, assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido e serão submetidos às escalas autoaplicáveis: CD-QUEST, HADS, WHO-5, AAQ-II e um questionário sociodemográfico. Os questionários serão fornecidos via online, através da plataforma da própria Universidade. Cada escala objetiva uma medida específica: O CD-Quest tem como objetivo de medir a frequência e intensidade das distorções cognitivas. Identifica distorções cognitivas e as relaciona com emoções e comportamentos. Também oferece uma medida quantitativa para monitoramento clínico. O CD-Quest é composto por 15 itens que avaliam a frequência relativa à última semana uma escala de 5 pontos ("Não (Não ocorreu)", "Ocasional (1 -2 dias durante a semana passada)", "Grande parte do tempo (3-5 dias durante a semana passada)", "Quase todo o tempo (6-7 dias durante a semana passada)"). O CD-Quest também mede a intensidade, ou o grau de crença na cognição. Cada item corresponde a uma distorção cognitiva, que é devidamente explicada e exemplificada; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – Escala com 45 itens, usada para mensurar sintomas de ansiedade e depressão, com itens que variam de 0 a 3 pontos. Escores acima de nove pontos sugerem sintomas moderados (ZIGMOND; SNALTH, 1983); "DASS -21, ESCALA PROPOSTA POR LOVIBOND E LOVIBOND (1995), TEM OS MESMOS OBJETIVOS DA HADS, OU SEJA, MEDIR OS TRAÇOS LATENTES DE DEPRESSÃO, ESTRESSE E ANSIEDADE. AS CARACTERÍSTICAS SÃO CONSISTENTEMENTE RELACIONADAS COM A EXPERIÊNCIA ESTUDANTIL, CONSIDERANDO O ESTRESSE POR DEFINIÇÃO COMO UMA SÍNDROME DE ADAPTAÇÃO, ENQUANTO QUE DEPRESSÃO E ANSIEDADE SE CONFIGURAM COMO DIMENSÕES PERMEADAS PELA AFETIVIDADE NEGATIVA EM DIFERENTES ASPECTOS. A DASS-21 TEM AINDA DUAS VANTAGENS RELEVANTES: (1) SEU FORMATO ABREVIADO E PRÁTICO PARA APLICAÇÃO E (2) SEU LIVRE USO EM FUNÇÃO DA LICENÇA ABERTA. The World Health Organization Five Well-being index (WHO-5): Escala que avalia o bem estar através de cinco questões que variam de 0 a 5, também avaliando humor e energia. WHO-5 foi traduzido e validado para a população (DE SOUZA; HIDALGO, 2012); Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II): Avalia a capacidade de agir com base em valores. Essa capacidade é denominada Flexibilidade psicológica (FP). Trata-se da capacidade de viver conscientemente no presente, podendo mudar ou não, dependendo das consequências desejadas (HAYES et al., 2006); Questionário de identificação constituído por itens relacionados à caracterização sociodemográfica dos participantes, visa obter as seguintes informações: idade, gênero, raça, estado civil, curso, semestre atual, situação laboral e nível socioeconômico.

Critério de Inclusão:

Alunos matriculados nos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Bahia, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que se voluntariem para preencher os questionários disponibilizados através da internet.

Riscos:

Há o risco de o(a) Sr.(a) sentir ligeiro cansaço por causa da quantidade de perguntas. Porém, as respostas da escala serão escolhidas com um clique do mouse. O Sr.(a) também poderá se sentir desconfortável com algumas perguntas, mas o pesquisador garante que poderá fazer pausas sem perder as respostas já selecionadas, como também poderá desistir de continuar participando da pesquisa a qualquer momento. Outra informação importante que o(a) Sr.(a) precisa saber, é que em toda pesquisa existe o risco ainda que remoto de as informações serem vazadas como, por exemplo, pessoas que não fazem parte do grupo de pesquisa terem acesso às informações coletadas ou o site provedor da pesquisa ser invadido por um hacker. O pesquisador garante que fará tudo o que estiver ao seu alcance para minimizar estes riscos e manter as respostas guardadas de forma segura. O fato de o questionário ser respondido na internet ajuda na segurança em se guardar as respostas, pois elas estarão em um site seguro e especializado em fazer esse tipo de pesquisa, no qual somente o pesquisador terá acesso às informações através de uma senha. Além disso, os dados não estarão circulando nas mãos de pessoas em papéis impressos, pois tudo será feito no computador. Na eventualidade da ocorrência de situações psicológicas ou emocionais, desencadeadas pelas questões, durante o preenchimento dos questionários, o participante receberá de forma gratuita a assistência integral e imediata necessária para sanar o dano ocorrido.

Benefícios:

Esta pesquisa visa a aumentar o conhecimento científico sobre as distorções cognitivas através do aprimoramento da escala CD-Quest-R. A curto e médio prazos, o(a) Sr(a) não terá um ganho específico e direto ao participar deste estudo. Porém, a maioria da população não sabe que as distorções cognitivas existem. Por isso, as pessoas deixam de receber esclarecimentos sobre aspectos prejudicados de sua vida, a exemplo de relacionamentos em sua vida pessoal ou no trabalho. Sendo assim, o(a) Sr(a) poderá ter um ganho indireto, ao participar da pesquisa, através do aumento dos seus conhecimentos a respeito das distorções cognitivas. Assim, poderá ser útil à comunidade e contribuir para o desenvolvimento do tratamento de tais erros de percepção constituídos pelas distorções cognitivas. Além disso, o(a) Sr(a) terá direito a assistência psicológica integral gratuita na eventualidade de danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios comprovadamente decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário, conforme os itens II.3.1 e II.3.2 da Resolução CNS 466 de 2012, desde que comunique o fato ao pesquisador.

Metodologia de Análise de Dados:

A utilização de instrumentos psicológicos produzidos e validados em populações diversas da nossa, exige adaptação semântica para que se mantenha seu conteúdo e uma avaliação psicométrica (capacidade de mensurar as características psicológicas dos indivíduos com confiabilidade e precisão) para constatar a sua validade em uma população diferente da população para a qual foi originalmente destinada. Adaptar um instrumento para diferentes populações em diferentes países, permite generalizar maior dos dados e comparações das medidas entre diferentes grupamentos humanos (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Considerando que o CD-Quest foi criado na língua portuguesa. Decidimos então avaliar as propriedades psicométricas das versões reduzidas com 5 e 9 itens, uma vez que foi gerada com base em uma amostra de estudantes universitários americanos. A validação da versão reduzida em amostra pequena e específica no Brasil, não excluiu nosso esforço de ampliarmos essa validação para populações mais heterogêneas, o que permitirá uma análise da precisão desse questionário para a avaliação das distorções cognitivas. A validade de um instrumento está relacionada a sua capacidade de medir aquilo que objetiva mensurar. Nesse sentido, temos três categorias: a validade de conteúdo, a validade de constructo e a validade de critério. Segundo Meneses-Gaya (GAYA, 2011), a validade de conteúdo avalia se a escala abrange as diferentes características do objeto a ser medido. A validade de constructo se relaciona a capacidade de confirmar as hipóteses esperadas sobre o objeto. A validade de critério define a capacidade de distinguir indivíduos que diferem em determinadas características, podendo ser de dois tipos. O primeiro, a chamada validade concorrente, que compara os achados da escala com uma medida padrão no mesmo momento e um segundo tipo, a validade preditiva, quando o critério-padrão é aplicado posteriormente. Duas características importantes de uma escala são avaliadas na sua validação. A fidedignidade teste-reteste, que avalia a consistência da medida em períodos diferentes de tempo e a fidedignidade interavaliadores, que mede a precisão do instrumento de medir a mesma coisa, quando aplicado no mesmo sujeito por avaliadores diferentes. A fidedignidade teste-reteste, é um procedimento de teste T para amostra dependentes ou pareadas, onde a fidedignidade é representada pela distância entre as médias não ser diferente de 0 (hipótese nula). Por fim, devemos considerar que as qualidades psicométricas de um instrumento dependem da prevalência das características estudadas na população, que divergem considerando populações clínicas e não-clínicas, o que corrobora o esforço da validação em populações mais heterogêneas do que em populações com patologias psiquiátricas específicas, como ocorreu na validação inicial da versão reduzida do CD-Quest. A validação de um instrumento deve conter a avaliação da sua estrutura fatorial, ou seja, os diferentes constructos que deve mensurar. As técnicas utilizadas envolvem análise fatoriais exploratórias (AFEs) e análises fatoriais confirmatórias (AFCs). Além da análise fatorial, devemos realizar a validade de conteúdo, comparando seus resultados com resultados obtidos por outras escalas utilizadas. Também avaliamos a sua consistência interna entre itens e a consistência das suas medidas em tempos distintos (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Os procedimentos de análise fatorial empregam operações como matrizes de correlação para extrapolar a existência de uma variável latente como causa comum da variação de resposta aos itens.

Desfecho Primário:

Validação da escala CD-Quest na sua versão reduzida (CD-Quest-R) em população de estudantes universitários.

Desfecho Secundário:

Avaliação do perfil sociodemográfico de uma amostra de estudantes universitários de uma universidade pública brasileira. Avaliação da prevalência de distorções cognitivas em uma população de estudantes universitários. Avaliação da associação de distorções cognitivas com a presença de sintomas mentais em uma população de estudantes universitários.

Tamanho da Amostra no Brasil: 5.000

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de participantes da pesquisa
Sim	BRASIL	5.000

Data de Submissão do Projeto: 17/01/2022

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1885788_E2.pdf

Versão do Projeto: 4

Outras Informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?
Não

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:
5.000

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	5.000	PREENCHIMENTO DE ESCALAS

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?
Não

Propõe dispensa do TCLE?
Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?
Não

Cronograma de Execução

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Formatação do estudo e submissão à qualificação.	01/01/2022	31/01/2022
Revisão bibliográfica sobre o tema e submissão do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.	31/08/2021	30/09/2021
Coleta de dados com aplicação das escalas.	30/11/2021	30/12/2021
Compilação e análise dos dados com a criação de um banco de dados.	01/12/2021	31/12/2021
Ajustes necessários na análise dos dados e na organização da dissertação final e apresentação.	01/02/2022	28/02/2022

Orçamento Financeiro

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
SISTEMA OPERACIONAL PARA O PREENCHIMENTO ONLINE DAS ESCALAS	Custeio	R\$ 2.000,00
Total em R\$		R\$ 2.000,00

Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador:

Assistência/Interrupção ou Encerramento/Indenização Caso o(a) Sr.(a) venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, receberá a orientação adequada para assistência integral e imediata, na rede pública de saúde, além de lhe ser garantido o direito à indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Bibliografia:

BATMAZ, S.; KOCBIYIK, S.; YUNCU, O. A. Turkish Version of the Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric Properties. *Depression Research and Treatment*, v. 2015, 2015. BECK, A. et al. *Cognitive Therapy of Depression and Anxiety*. New York: [s.n.], BECK, A. T. *Thinking and Depression*. *Archives of General Psychiatry*, 1964. BECK, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976. BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. v. 22, n. 53, p. 423–432, 2012. CARVALO, C.; DE OLIVEIRA, I. R. Análise Psicométrica do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest). [s.l.] Universidade Federal da Bahia, 2014. COVIN, R. et al. Measuring cognitive errors: Initial development of the cognitive distortions scale (CDS). *International Journal of Cognitive Therapy*, v. 4, n. 3, p. 297–322, 2011. DE OLIVEIRA, I. R. et al. Evaluation of the psychometric properties of the cognitive distortions questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. *Innovations in Clinical Neuroscience*, v. 12, n. 7–8, p. 20–27, 2015. DE SOUZA, C. M.; HIDALGO, M. P. L. World Health Organization 5-item well-being index: Validation of the Brazilian Portuguese version. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 262, n. 3, p. 239–244, 2012. GAYA, C. DE M. ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO PARA TRANSTORNOS DEPRESSIVOS, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL E TABACO RIBEIRÃO. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2011. HAYES, S. C. et al. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, v. 44, n. 1, p. 1–25, 2006. HOLLON, S. D.; KENDALL, P. C. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, v. 4, n. 4, p. 383–395, 1980. KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.

Data de Submissão do Projeto: 17/01/2022

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1885788_E2.pdf

Versão do Projeto: 4

Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, v. 13, n. 1, p. 81–93, 1989. KENDALL, P. C.; HOWARD, B. L.; HAYS, R. C. Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, v. 13, n. 6, p. 583–598, 1989. KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr.*, n. 30, p. S54-64, 2008. KOSTOGLU, S. L.; PIDGEON, A. M. The Cognitive Distortions Questionnaire: Psychometric validation for an Australian population. *Australian Journal of Psychology*, v. 68, n. 2, p. 123–129, 2015. KRANTZ, S.; HAMMEN, C. L. Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 88, n. 6, p. 611–619, 1979. LEFEBVRE, M. F. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 49, n. 4, p. 517–525, 1981. MORRISON, A. S. et al. The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Psychometric properties and exploratory factor analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, v. 8, n. 4, p. 287–305, 2015. MORRISON, A. S. et al. Optimized Short-Forms of the Cognitive Distortions Questionnaire. 2021. OLIVEIRA, I. R. DE. Kafka's trial dilemma: Proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. *Medical Hypotheses*, v. 77, n. 1, p. 5–6, 2011. QIAN, L. et al. Reliability and validity of the chinese version of the cognitive distortions questionnaire (cd-quest) in college students. *Medical Science Monitor*, v. 26, p. 1–8, 2020. SEIXAS, C. et al. Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Validation and Psychometric Properties in a Sample of Brazilian Undergraduate Students. no prelo, 2021. ZIGMOND, A. S.; SNALTH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.* [revista en Internet] 2014 [acceso 28 de noviembre de 2019]; 64(5): 361-370. *Acta psychiatrica scandinavica*, v. 67, n. 6, p. 361–370, 1983.

Upload de Documentos

Arquivo Anexos:

Tipo	Arquivo
Outros	AAQ2.pdf
Cronograma	cronograma.pdf
Outros	cartarespostaparecer.pdf
Outros	cartadeanuenciaics.pdf
Comprovante de Recepção	PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1862392.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado com alteracao destacada.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle com emenda em destaque.pdf
Orçamento	orcamento.pdf
Outros	escaladass.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto com alteracao marcada.pdf
Outros	escalade ansiedade de depressao hospitalar hads.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle com alteracao marcada.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf
Outros	equipa detalhada atualizada.pdf
Outros	questionariosociodemografico.pdf
Outros	emenda ao projeto.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle sem emenda em destaque.pdf
Outros	escalawho5.pdf
Outros	cartadeanuenciaufba.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto com alteracao em destaque.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle sem alteracao marcada.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle com alteracao marcada em vermelho.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle sem alteracao marcada em vermelho.pdf
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf
Outros	carta emendadois.pdf
Outros	acordoconfidencial da cybele.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto sem alteracao marcada.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto sem alteracao em destaque.pdf
Outros	CDQuest.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto com alteracao marcada em vermelho.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto sem alteracao marcada em vermelho.pdf

Data de Submissão do Projeto: 17/01/2022

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1885788_E2.pdf

Versão do Projeto: 4

Finalizar

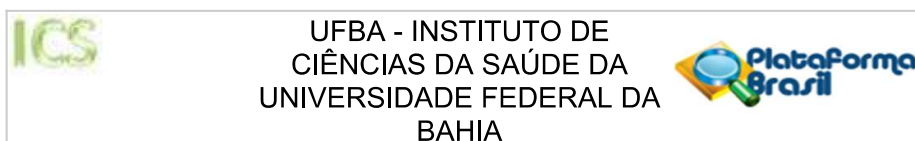
Manter sigilo da íntegra do projeto de pesquisa: Sim

Prazo: 1 ano

Justificativa da Emenda:

1. Alteração: TCLE página 1 / 4. Justificativa: Foi inserido o tempo de duração para aplicação da escala CD-Quest. "onde se lê" o tempo de aplicação é de aproximadamente, "leia-se" o tempo de aplicação é de aproximadamente 20 minutos. Documento anexado: TCLE com alteração destacada e limpo 2. Alteração: TCLE página 1/4. Projeto página 8/14. Justificativa: No TCLE foi retirado o nome da escala (WHO-5) e inserido a escala (DASS-21) é a que será utilizada na pesquisa. Além de inserir no projeto e no TCLE a informação: "onde se lê" os sintomas de ansiedade e depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS); "leia-se" A escala DASS-21 vai avaliar os sintomas de depressão, estresse e ansiedade pela (escala DASS-21)" Documento anexado: TCLE e projeto com alteração destacada e limpo 3. Alteração: TCLE página 2/4. Projeto página 11/14. Justificativa: Foi corrigido a ortografia no item riscos, "onde se lê" Há o risco de o(a) Sr.(a) se sentir ligeiro cansaço, "leia-se" Há o risco de o(a) Sr.(a) sentir ligeiro cansaço. Documento anexado: TCLE e projeto com alteração destacada e limpo.

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO CD-QUEST-R EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL

Pesquisador: STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51959321.0.0000.5662

Instituição Proponente: PÓS Instituto de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.090,561

Apresentação do Projeto:

O projeto objetiva a validação da escala para distorções cognitivas, CD-QUEST, na sua versão reduzida (CD-QUEST-R), em população de estudantes universitários de uma universidade pública brasileira. Será realizado um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional em uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação da universidade. A amostra mínima será estimada em torno de 5% a 10% do total de alunos acima de 18 anos matriculados nos cursos de graduação e pós-graduação. Os estudantes que aceitarem participar da pesquisa assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido e serão submetidos às escalas autoaplicáveis (CD-QUEST, HADS, WHO-5 e AAQ-II) e a um questionário sociodemográfico. Os questionários serão fornecidos por via digital através de plataforma da própria universidade. Será avaliada a fidedignidade teste-reteste utilizando técnicas que envolvem análises fatoriais exploratórias e análises fatoriais confirmatórias.

Objetivo da Pesquisa:

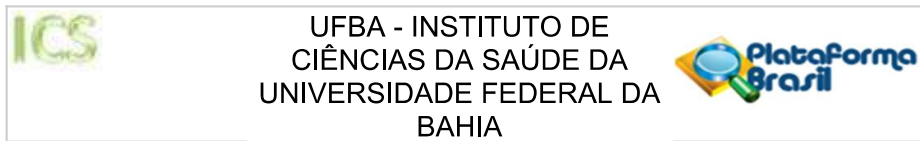
Objetivo Primário:

Avaliar as propriedades psicométricas, validade e composição fatorial da versão reduzida do questionário de distorções cognitivas (CD-QUEST-R).

Objetivo Secundário:

Replicar um estudo anterior (DE OLIVEIRA et al., 2015) sobre as propriedades psicométricas do

Endereço: Miguel Calmon	CEP: 40.110-902
Bairro: Vale do Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951	E-mail: cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.090.561

Questionário de Distorções Cognitivas (CD-QUEST) em sua versão brasileira em português utilizada com estudantes de graduação e pós-graduação; Avaliar o perfil da saúde mental de estudantes universitários de graduação e pós-graduação de uma universidade pública brasileira; Obter dados para a construção de programas de prevenção do adoecimento psíquico em população de estudantes universitários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consideramos a possibilidade do participante se sentir cansado(a), pela quantidade de perguntas a serem respondidas, o que poderá ser minimizado pela simplicidade das respostas a serem dadas, que envolvem um click do mouse. Poderá haver desconforto com algumas perguntas, mas o pesquisador garantirá que o participante poderá fazer pausas sem perder as respostas já dadas, como também poderá desistir de continuar participando da pesquisa a qualquer momento. Há um risco remoto de as informações serem vazadas como, por exemplo, pessoas que não fazem parte do grupo de pesquisa terem acesso às informações coletadas ou o site provedor da pesquisa ser invadido por um hacker, o que será minimizado pelo fato de o questionário ser respondido na internet, pois as respostas estarão em um site seguro e especializado em fazer esse tipo de pesquisa, no qual somente o pesquisador terá acesso às informações através de uma senha. Além disso, os dados não estarão circulando nas mãos de pessoas em papéis impressos, pois tudo será feito no computador. O pesquisador estará disponível no endereço, celular (WhatsApp) ou e-mail abaixo, a fim de esclarecer suas dúvidas ou retirá-lo da pesquisa, caso queira sair.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um estudo quantitativo, transversal/seccional e correlacional a ser realizado em uma amostra de estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O número de participantes da pesquisa é de 5000 pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e encontram-se adequados.

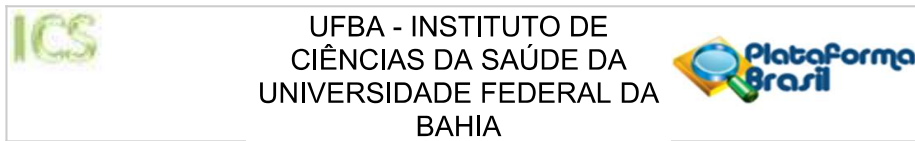
Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise das respostas do parecer CEP n - 5.015.849, conclui-se que todas as pendências apontadas anteriormente foram atendidas. Sendo assim, neste presente momento não foram observados óbices éticos no projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canela **CEP:** 40.110-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951 **E-mail:** cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.090,561

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1817406.pdf	03/11/2021 16:47:17		Aceito
Outros	cartarespostaparecer.pdf	03/11/2021 16:45:48	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclesmalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:45:09	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecomalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:44:46	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:44:23	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaomarcadaemvermelho.pdf	03/11/2021 16:43:54	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	21/09/2021 11:21:44	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	cartadeanuenciaufba.pdf	13/09/2021 20:04:02	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	cartadeanuenciaics.pdf	13/09/2021 20:03:38	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	09/09/2021 07:56:53	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoemalteracaomarcadaemvermelho.pdf	09/09/2021 07:56:38	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/09/2021 07:56:08	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	31/08/2021 19:34:46	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	AAQ2.pdf	31/08/2021 19:27:03	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	questionariosociodemografico.pdf	31/08/2021	STEFANIO	Aceito

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

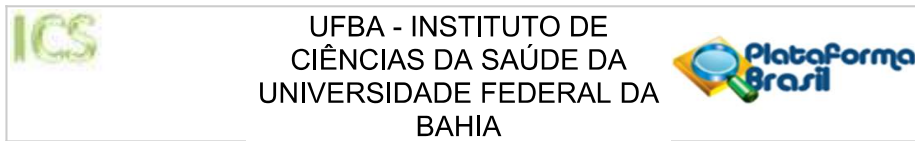
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8951

CEP: 40.110-902

E-mail: cepics@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.090,561

Outros	questionariosociodemografico.pdf	19:26:31	EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	escaladeansiedadeedepressaohospitalar hads.pdf	31/08/2021 19:25:08	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	escalawho5.pdf	31/08/2021 19:23:06	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
Outros	CDQuest.pdf	31/08/2021 19:22:32	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	31/08/2021 19:17:57	STEFANIO EMANOEL SANTOS TOURINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Novembro de 2021

Assinado por:
DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ
(Coordenador(a))

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canela **CEP:** 40.110-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951 **E-mail:** cepics@ufba.br

ANEXO C- Questionário de Aceitação e Ação-II (AAQ-II)

AAQ-2												
Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalie cada uma delas e marque sua escolha de acordo com a escala abaixo:												
1	2	3	4	5	6	7						
Nunca verdadeiro	Raramente verdadeiro	Poucas vezes verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro						
1	Não há nenhum problema quando me lembro de algo que seja desagradável.					1	2	3	4	5	6	7
2	Minhas experiências e lembranças dolorosas tornam difícil eu viver de acordo com meus valores.					1	2	3	4	5	6	7
3	Tenho medo dos meus sentimentos.					1	2	3	4	5	6	7
4	Preocupa-me não ser capaz de controlar as minhas preocupações e sentimentos.					1	2	3	4	5	6	7
5	Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.					1	2	3	4	5	6	7
6	Estou no controle da minha vida.					1	2	3	4	5	6	7
7	As emoções causam problemas à minha vida.					1	2	3	4	5	6	7
8	Preocupações atravessam o caminho do meu sucesso.					1	2	3	4	5	6	7
9	Parece-me que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.					1	2	3	4	5	6	7
10	Os meus pensamentos e sentimentos não interferem no modo como quero viver minha vida.					1	2	3	4	5	6	7
SUB TOTAL												
TOTAL												
<small>Fonte: Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. & Zettle, R.D. (2005). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance.</small>												

ANEXO D - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 0 | Não se aplicou de maneira alguma | | | | |
| 1 | Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo | | | | |
| 2 | Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo | | | | |
| 3 | Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo | | | | |
| 1 | Achei difícil me acalmar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Senti minha boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante ou falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Senti tremores (ex. nas mãos) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Senti que estava sempre nervoso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Senti que não tinha nada a desejar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Senti-me agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Achei difícil relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Senti-me depressivo (a) e sem ânimo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Senti que ia entrar em pânico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Não consegui me entusiasmar com nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Senti que não tinha valor como pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Senti medo sem motivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Senti que a vida não tinha sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO E- Índice de bem-estar OMS-5 (WHO-5) versão de 1998

Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Senti-me activo/a e enérgico/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

