



Ispa

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO PSY-FLEX
EM PORTUGAL E NO BRASIL

Nanci Carvalho Monteiro Lobato Lemos

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor David Dias Neto

Professor de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor David Dias Neto

Dissertação submetida como requisito parcial para a
obtenção do grau de: MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

2023

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de David Dias Neto, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos à minha família, amigos e professores pelo apoio, incentivo e orientação ao longo desta jornada acadêmica. Sem o apoio deles, este trabalho não teria sido possível.

À minha família, quero agradecer pelo vosso apoio constante. As vossas palavras de encorajamento, compreensão e paciência foram fundamentais para manter a minha motivação durante os momentos desafiantes.

Ao Professor Doutor David Dias Neto, meu orientador de dissertação, gostaria de expressar a minha gratidão pela orientação excepcional que me proporcionou ao longo deste projeto. A sua experiência, sabedoria e disponibilidade para guiar-me foram cruciais para o desenvolvimento desta dissertação. As suas valiosas sugestões, feedback construtivo e incentivo constante ajudaram-me a melhorar a minha pesquisa e a crescer como académica.

Agradeço também aos restantes professores e colegas que contribuíram de várias formas para o meu desenvolvimento académico.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo a adaptação transcultural do instrumento Psy-Flex de Gloster e colaboradores (2021) a falantes do português de Portugal e português do Brasil. A análise fatorial confirmatória (CFA) indicou que o modelo unifatorial da escala Psy-Flex foi adequado para ambas as amostras, com bons índices de ajustamento, corroborando a validação original e a teoria subjacente. A consistência interna da escala foi considerada razoável, com resultados semelhantes no Brasil e em Portugal. Os resultados da validade convergente demonstraram que a Psy-Flex se correlaciona positivamente com construtos teoricamente semelhantes, como outra medida de flexibilidade psicológica, *mindfulness* e bem-estar mental (emocional, social e psicológico). Na validade divergente, a Psy-Flex mostrou uma relação negativa com medidas de evitação experiencial e a inflexibilidade psicológica, fusão cognitiva e psicopatologia (depressão, ansiedade e stress). As amostras de Portugal e Brasil apresentaram níveis mais altos de flexibilidade psicológica quando comparado com o artigo original. Em resumo, a escala Psy-Flex adaptada para o português é um instrumento confiável e válido para avaliar a flexibilidade psicológica em contextos de pesquisa e prática clínica em ambos os países.

Palavras-chave: Flexibilidade Psicológica, Adaptação transcultural, Psy-Flex, Terapia de Aceitação e Compromisso, Inflexibilidade Psicológica.

Abstract

The present study aimed at the cross-cultural adaptation of the Psy-Flex instrument by Gloster and colleagues (2021) for speakers of Portuguese in Portugal and Brazil. Confirmatory factor analysis (CFA) indicated that the one-factor model of the Psy-Flex scale was suitable for both samples, with good fit indices, corroborating the original validation and underlying theory. The internal consistency of the scale was considered reasonable, with similar results in both Brazil and Portugal. Convergent validity results demonstrated that Psy-Flex positively correlates with theoretically similar constructs, such as another measure of psychological flexibility, mindfulness, and mental well-being (emotional, social, and psychological). In divergent validity, Psy-Flex showed a negative relationship with measures of experiential avoidance and psychological inflexibility, cognitive fusion, and psychopathology (depression, anxiety, and stress). The samples from Portugal and Brazil exhibited higher levels of psychological flexibility compared to the original article. In summary, the Psy-Flex scale adapted to Portuguese is a reliable and valid instrument for assessing psychological flexibility in research and clinical practice in both countries.

Keywords: Psychological Flexibility, Cross-cultural adaptation, Psy-Flex, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Inflexibility.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)	1
1.2 Flexibilidade Psicológica	3
1.2.1 Aceitação vs Evitação Experimental	4
1.2.2 <i>Defusion</i> vs Fusão Cognitiva	4
1.2.3 Atenção Plena vs Atenção Inflexível	5
1.2.4 Self-as-context vs <i>Conceptualized Self</i>	6
1.2.5 Valores vs Perturbação dos valores	6
1.2.6 Ação Comprometida vs Inação/Impulsividade	7
1.3 Flexibilidade e Inflexibilidade Psicológica	8
1.4 Psy-Flex: Instrumento de Flexibilidade Psicológica	8
1.5 Pesente estudo	10
2. Método	11
2.1 Participantes	11
Tabela 1. Caracterização da amostra	11
Tabela 2. Caracterização da amostra por distrito de residência em Portugal	12
Tabela 3. Tabela 3. Caracterização da amostra por estado de residência no Brasil	13
2.2 Instrumentos	14
2.3 Procedimento	17

2.4 Análise Estatística	18
3. Resultados	18
Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos itens da Psy-Flex	18
3.1 Análise Factorial Confirmatória (CFA)	19
Figura 1 – Modelo unifatorial da Psy-Flex	19
Figura 2 – Modelo unifatorial da Psy-Flex em Portugal e no Brasil	20
3.2 Consistência Interna	20
Tabela 5 – Estatísticas Item-Total	20
3.3 Caracterização das variáveis psicológicas	21
Tabela 6 – Caracterização das variáveis psicológicas	21
3.4 Validade convergente e divergente	22
3.4.1. Medidas de flexibilidade psicológica e seus componentes	22
3.4.2. Medida de Bem-Estar	22
3.4.3. Medida de psicopatologia	23
Tabela 7 – Validade convergente e divergente da Psy-Flex com os restantes construtos	23
4. Discussão	24
4.1 Limitações e Sugestões	28
Referências	30

1. Introdução

1.1 Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

O conceito de flexibilidade psicológica foi introduzido pela Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al, 1999). A ACT faz parte das terapias de terceira geração do modelo cognitivo-comportamentais (Teasdale, 2003) fundamentada na filosofia funcionalista (Hayes et al., 1993), tendo incorporado a ciência contextual comportamental como um elemento central (Hayes et al., 2012a). Além disso, ela se baseia na “teoria das molduras relacionais” (RFT; Hayes et al., 2001), que é uma perspectiva contextual da linguagem e cognição humana.

O contextualismo funcional é uma filosofia pragmática que foi desenvolvida com o objetivo de esclarecer questões filosóficas da análise do comportamento (Biglan & Hayes, 1996). O contextualismo percebe os eventos como ações contínuas em um contexto. Assim, estas ações são vistas como eventos completos que só podem ser separados para fins pragmáticos em que todo comportamento deve ser explicado em termos de variáveis contextuais (Hayes et al., 1993). Portanto, nesta perspectiva, pensamentos e sentimentos não causam diretamente outras ações. A ACT reflete o contextualismo funcional ao enfatizar a utilidade como um critério de verdade. Portanto, os pensamentos não são vistos como corretos ou incorretos, mas como úteis na obtenção de uma vida mais significativa. Assim, os eventos privados não causam outros comportamentos, não sendo necessária nenhuma tentativa de alterar o conteúdo dos eventos privados, mas sim a relação que o indivíduo tem com estes mesmo eventos (Ruiz, 2010).

A Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory* - RFT; Hayes et al., 2001) é uma abordagem comportamental contextual da linguagem e cognição humanas que possui uma crescente base de evidências empíricas. Esta abordagem baseia-se na análise comportamental e tem como objetivo explicar como os seres humanos desenvolvem a capacidade de entender e utilizar linguagem de maneira complexa, bem como realizar tarefas cognitivas. A principal ideia da RFT é que os seres humanos aprendem a relacionar estímulos uns aos outros sob controle contextual arbitrário. Isto significa que somos capazes de fazer conexões entre coisas que não compartilham propriedades físicas óbvias. A RFT argumenta

que esse tipo de comportamento é adquirido por meio de um processo de treinamento com múltiplos exemplares, no qual as pessoas são expostas repetidamente a diferentes estímulos e aprendem a relacioná-los de maneira específica. O que é particularmente notável é que, uma vez que uma "moldura relacional" tenha sido estabelecida, podendo ser aplicada a novos estímulos sem a necessidade de treinamento adicional. Isso significa que podemos generalizar nossas habilidades de relação de estímulos para contextos novos e diferentes (Hayes et al., 2001). A RFT também se concentra na importância das palavras e símbolos na linguagem e cognição humanas, argumentando que as palavras e símbolos não são apenas representações diretas de coisas no mundo, mas também têm a capacidade de evocar pensamentos e sentimentos complexos. Essa capacidade de relacionar palavras e símbolos a estímulos é central para a nossa compreensão da linguagem e do pensamento humano (Hayes et al., 2001).

A Teoria das Molduras Relacionais (RFT) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) estão intimamente relacionadas, uma vez que a RFT desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento da ACT, fornecendo uma base teórica sólida para a compreensão de como a linguagem, o pensamento e o *self* funcionam. Segundo estas teorias, a linguagem pode contribuir para o sofrimento humano de várias formas, ao permitir dar significado e importância aos nossos pensamentos, tornando-os, assim, mais impactantes na nossa experiência (Hayes, et al., 2012b). A linguagem, também, pode levar as pessoas a evitarem experiências emocionais ou físicas desconfortáveis. Ao rotular e julgar essas experiências negativamente, a linguagem pode aumentar o sofrimento e a evitação. A capacidade da linguagem de criar narrativas e histórias sobre eventos passados ou futuros pode levar à ruminação, em que as pessoas se fixam em pensamentos negativos, perpetuando o sofrimento. Também pode distrair as pessoas da experiência presente, levando à desconexão de suas emoções e sensações corporais. Isso pode aumentar o sofrimento, pois impede a capacidade de estar plenamente presente no momento (Hayes, et al., 2012b).

A ACT levanta a tese da normalidade destrutiva, em que processos psicológicos humanos comuns e úteis como a linguagem, estão na base do sofrimento e disfuncionalidade humana. Assim, o sofrimento é visto como uma parte natural da experiência humana e está enraizado na forma como os seres humanos reagem a pensamentos, emoções e sensações físicas (Hayes et al., 2012b). A ACT não busca eliminar ou suprimir o sofrimento, mas, em vez disso, promove a aceitação das experiências internas e o compromisso com ações alinhadas aos valores do indivíduo (Hayes et al., 2012b). Esta abordagem tem como foco primordial a

modificação do contexto em vez do conteúdo dos pensamentos, emoções e sensações (Hayes et al., 2012b). A ACT oferece uma abordagem terapêutica que visa melhorar o bem-estar emocional e psicológico, ao permitir que as pessoas vivam uma vida mais rica e significativa, mesmo na presença do sofrimento, através da busca pela flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012b).

1.2 Flexibilidade Psicológica

A flexibilidade psicológica pode ser definida como “a capacidade do indivíduo em permanecer em contato com o momento presente, independentemente dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais desagradáveis, enquanto o mesmo escolhe os próprios comportamentos com base na situação e nos valores pessoais” (Hoffmann et al., 2019). Através dos trabalhos realizados em ACT e RFT foram definidas características principais que deram origem a um modelo responsável pela adaptabilidade humana e inversamente relacionado ao sofrimento humano, o modelo de flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012b). As conceptualizações teóricas têm apontado para a existência processos centrais na flexibilidade psicológica que são fundamentais para compreender como a ACT funciona e como ela pode ser aplicada para melhorar a qualidade de vida das pessoas. O modelo de flexibilidade psicológica é simultaneamente um modelo de saúde psicológica, modelo de intervenção psicológica e modelo de psicopatologia (Hayes et al., 2012).

O modelo de flexibilidade psicológica conta com seis processos centrais que estão inversamente relacionados com processos de inflexibilidade psicológica, tendo recebido a nomenclatura de hexaflex - aceitação vs evitação experimental; a defusão cognitiva vs fusão cognitiva; atenção flexível ao momento presente vs atenção inflexível; *self-as-context* vs apego ao *conceptualized self*; valores vs perturbação dos valores, dominância de valores fusionados ou evitativos; ação de compromisso vs inação, impulsividade ou persistência evitativa (Hayes et al, 2012).

Os principais processos de Flexibilidade Psicológica estão sobrepostos e inter-relacionados, não sendo um fim em si mesmos, mas um caminho para alcançar uma vida mais consciente e consistente com os valores próprios. Assim, estes processos funcionam como um

todo em que cada um serve de apoio ao outro e todos visam a flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2006).

1.2.1 Aceitação vs Evitação Experimental

A aceitação é um dos pilares da ACT, envolve a disposição de reconhecer e abraçar plenamente as experiências internas, como pensamentos, emoções e sensações físicas, sem tentar evitá-las ou controlá-las. A aceitação envolve estar disposto a permitir que esses estados internos ocorram sem resistência, reconhecendo que eles são uma parte natural da experiência humana (Hayes et al., 2012b). A aceitação promove a abertura e flexibilidade em abraçar os momentos em alternância à evitação experimental.

Por sua vez, a Evitação Experimental envolve a tentativa de evitar ou eliminar pensamentos e emoções indesejados a qualquer custo. Isso pode levar a um ciclo de evitação, no qual a pessoa luta constantemente contra seus estados internos. Há um paradoxo inerente esta tentativa de suprimir os pensamentos, como a maior parte do conteúdo é angustiante, por definição dá lugar a regulação emocional voluntária, mas sim a esquiva da situação, o que muitas vezes piora o sofrimento (Hayes et al., 2004b).

Para corrigir esta esquiva experimental, os terapeutas da ACT ensinam o cliente a acolher o conteúdo privado indesejado sem esforçar-se para suprimir, bem como explorar os altos e baixos destas experiências com uma atitude curiosa e com autocompaixão (Hayes et al., 2012b). A aceitação esta particularmente focada nos aspetos emocionais da nossa experiência humana.

1.2.2 *Defusion* vs Fusão Cognitiva

A *cognitive defusion* (desfusão cognitiva em português) é o processo de perceber os pensamentos como eventos mentais, em vez de factos concretos. Assim, a desfusão diminui o significado literal e o impacto das experiências internas. Isto ajuda as pessoas a se afastarem

de pensamentos negativos ou autocríticos, tornando mais fácil escolher comportamentos alinhados com seus valores e objetivos (Hayes et al., 2012b).

A fusão cognitiva é o seu oposto, envolvendo a identificação excessiva com os pensamentos. Quando alguém está fundido com seus pensamentos, eles acreditam que seus pensamentos são a verdade absoluta, o que pode levar a sofrimento psicológico significativo (Hayes et al., 2012b).

Os terapeutas da ACT ajudam os clientes a perceberem que os pensamentos são apenas palavras ou narrativas mentais, em vez de fatos inquestionáveis. Essa compreensão ajuda as pessoas a desfazer a fusão entre o "eu" e seus pensamentos, o que permite uma relação mais flexível com a linguagem interna (Hayes et al., 2012b). Assim, para corrigir o apego excessivo aos conteúdos mentais (fusão), os psicólogos da ACT ensinam os clientes a verem os eventos privados como eles realmente são e não pelo que aparentam ser (verdades literais).

1.2.3 Atenção Plena vs Atenção Inflexível

O *Mindfulness*, ou atenção plena, é a capacidade de estar presente no momento presente de forma consciente e sem julgamento (Kabat-Zinn, 1990). Estar consciente e presente no momento atual é essencial para a flexibilidade psicológica. Isso envolve prestar atenção plena e se engajar nas experiências presentes, ao invés de ficar preso em preocupações passadas ou futuras (Hayes et al., 2012b).

O contrário deste processo é a atenção inflexível na qual a pessoa se concentra apenas em aspectos específicos da experiência e evita conscientemente ou inconscientemente outros aspectos, podendo levar a desconexão com a experiência presente (Hayes et al., 2012).

Em vez de processos atencionais rígidos em que as pessoas ficam mentalmente presas no passado recordado ou no futuro imaginado, a ACT pretende estabelecer processos atencionais flexíveis ao possibilitar o cliente voltar ao momento presente. Os protocolos de ACT estão repletos de exercícios e intervenções que promovem *mindfulness* (Hayes et al., 2004a) e prática contemplativa (Hayes & Wilson, 2003). Através da prática da *mindfulness*, as pessoas aprendem a observar seus pensamentos e sentimentos sem se deixar levar por eles, ajudando a reduzir a ruminação e a reatividade emocional (Hayes et al., 2012b).

1.2.4 *Self-as-context vs Conceptualized Self*

A capacidade de manter-se centrado e presente através da adoção da tomada de perspectiva representa a principal fonte de saúde e flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012). A estabilidade do *Self* remete para ideia de que o eu emerge com um senso de identidade estável, levando a que o indivíduo possa estar ciente de seu próprio fluxo de experiências sem apego a elas. *Self-as-context* (eu-como-contexto em português) refere-se à compreensão de si mesmo como uma consciência mais ampla e estável que está separada de pensamentos e emoções passageiros, permitindo uma perspectiva mais objetiva e flexível sobre o self como “eu observador” (Hayes et al, 2012b). Este "eu observador" é a parte de uma pessoa que pode observar e refletir sobre seus pensamentos, sentimentos e ações, ao invés de ser completamente identificado com eles. Este processo ajuda a criar uma distância entre o "eu" e as experiências internas, promovendo uma perspectiva mais flexível.

Contrariamente, o apego ao *Conceptualized Self* (eu conceitualizado em português) envolve a identificação excessiva com a imagem ou conceito que a pessoa tem de si mesma. Isso pode levar a uma sensação de autoestima condicional e rigidez na autoimagem (Hayes et al., 2012b).

Para corrigir o apego excessivo ao self conceitualizado bem como a sobre identificação com a própria história. Os profissionais da ACT ajudam o cliente a desenvolver uma conexão mais fortalecida com o self do aqui e do agora. Assim, esta perspectiva de observador é usada para proporcionar a exploração consciente dos sentimentos e pensamentos de forma não fusionada e com uma atitude de aceitação (Hayes et al., 2012b).

1.2.5 Valores vs Perturbação dos valores

Identificar e esclarecer os valores pessoais é outro aspeto crucial da flexibilidade psicológica. Os valores representam o que é realmente importante para cada indivíduo, e o processo terapêutico ajuda as pessoas a conectarem as suas ações e escolhas aos seus valores mais profundos. Definir e agir de acordo com os valores pessoais ajuda a criar um senso de propósito e direção na vida (Hayes et al., 2012b).

Por sua vez, a perturbação dos valores ocorre quando os valores são obscurecidos ou influenciados por pensamentos, emoções ou influências externas. A perturbação dos valores ocorre quando a pessoa não age de acordo com seus valores, devido a pensamentos fusionados - identificação excessiva - ou evitativos - tentativas de evitar desconforto (Hayes et al., 2012b).

Assim, se o cliente estiver desconexo dos seus valores pessoais ou estar a atuar de forma inconsistente com estes, a ACT ajuda-o a optar pelos seus valores de modo consciente e a conectar-se com qualidades positivas que podem estar relacionadas com a situação (Hayes et al., 2012b).

1.2.6 Ação comprometida vs Inação/Impulsividade

Uma vez que os valores são clarificados, a ACT incentiva as pessoas a agirem de acordo com esses valores, mesmo quando enfrentam obstáculos ou desconforto. Isto envolve tomar medidas significativas e comprometidas em direção aos objetivos pessoais, em vez de serem impulsionados por evitação ou reatividade emocional (Hayes et al., 2006). Isso significa agir de forma coerente com os valores, mesmo quando surgem pensamentos ou emoções negativas (Hayes et al., 2012b).

Contrariamente a inação, impulsividade ou persistência Evitativa são formas de evitar agir de acordo com os valores. Inação refere-se a não agir em direção aos valores, impulsividade envolve agir sem considerar os valores, e persistência evitativa é continuar em ações que não estão alinhadas com os valores, mas que servem para evitar desconforto imediato (Hayes et al., 2012b).

Caso o cliente tenha dificuldades em agir conforme os seus valores pessoais de forma efetiva ou envolve-se em atos impulsivos ou de persistência evitativa, os profissionais de ACT ajudam a associar ações específicas aos seus próprios valores escolhidos, através da ação de compromisso. Bem como, incentivam a construir padrões cada vez maiores de ações efetivas com base nos valores, assim como é realizado na terapia comportamental tradicional (Hayes et al., 2012b).

1.3 Flexibilidade e Inflexibilidade Psicológica

De acordo com a teoria da ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso), a flexibilidade psicológica tem sido identificada como um importante mediador de resultados psicoterapêuticos. Níveis mais elevados de flexibilidade psicológica estão associados a níveis mais baixos de sofrimento psicológico, bem como uma melhor qualidade de vida (Hayes et al., 2013). Diversas meta-análises de ensaios clínicos destacaram os impactos positivos de promover flexibilidade psicológica na saúde mental em grupos clínicos da população, como perturbações de ansiedade (Gloster et al., 2020), depressão (Gloster et al., 2020), cancro (Li et al., 2021), diabetes (Ngan et al., 2021), e distúrbios não clínicos de grupos populacionais (French et al., 2020). A proliferação de ensaios ACT resultou em estudos empíricos na América do Sul, Europa, Ásia, África e Austrália, tendo sido acompanhado por resultados positivos, com a maioria dos estudos relatando resultados que favorecem o ACT (Gloster et al., 2020).

Em contraste a este fenómeno, a inflexibilidade psicológica refere-se a um conjunto de pensamentos e sentimentos negativos (fusão cognitiva), bem como estratégias de evitação usadas para diminuir o sofrimento associado (evitação experiencial). Estas estratégias resultam em dificuldades para compreender as contingências contextuais e comportar-se em congruência aos valores e objetivos próprios (Bond et al., 2011).

Enquanto a flexibilidade psicológica está associada ao bem-estar e saúde mental, no seu oposto, a inflexibilidade tem sido relacionada à índices de psicopatologia, neuroticismo, à dificuldade em realizar atividades diárias, à redução do tempo livre, isolamento social (Gloster et al., 2011), diminuição da experiência de emoções positivas e o aumento das emoções negativas (Kashdan et al., 2006). No ambiente de trabalho, funcionários com baixa flexibilidade psicológica tem mais probabilidade em ter um mau desempenho (Hayes et al., 2006), faltar mais ao trabalho e sofrer mais de problemas psicológicos (Bond et al., 2011).

1.4 Psy-Flex: Instrumento de Flexibilidade Psicológica

Assim, com o objetivo de medir a flexibilidade psicológica como um importante preditor de bem-estar mental, vários instrumentos foram desenvolvidos. No entanto, Gloster e colaboradores (2021) notaram que a maioria não cobria todos os domínios, não possuíam um marcador de tempo e não eram específicos ao contexto. Isto porque a teoria da flexibilidade psicológica baseada no behaviorismo contextual pressupõe que o comportamento está sempre inserido no contexto (Hayes et al., 2012a). Assim, a medida deve ser sensível ao contexto situacional e temporal de forma que possa informar sobre o nível de flexibilidade psicológica que indivíduo possui, sendo particularmente relevante em pacientes que buscam tratamento (Levin et al., 2012).

Gloster e colaboradores (2021) notaram que apenas duas medidas de flexibilidade psicológica incluíram marcadores temporais como (na última semana) na sua instrução: o *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI; Rolffs et al., 2018) e o *Openness and Engagement State Questionnaire* (OESQ; Benoy et al., 2019a). Ao incluir o período de tempo nas instruções o efeito do resultado em termos de sensibilidade ao tratamento melhora substancialmente (Benoy, et al., 2019b).

Para além disto, os autores também notaram que os questionários existentes não eram claros quanto a medição dos seis processos centrais da flexibilidade psicológica. Ora por medirem o seu oposto – a inflexibilidade psicológica - que está mais relacionado a psicopatologia do que propriamente a aceitação, ora porque deixam algumas dimensões da flexibilidade psicológica sem avaliação. Apenas dois questionários avaliam todos os processos de flexibilidade psicológica: o *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI; Rolffs et al., 2018) e o *Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes* (CompACT; Francis et al., 2016).

Assim, visando englobar tanto o contexto situacional como avaliar todas as dimensões Gloster et al. (2021) criaram a Psy-Flex, com um tempo mais curto de resposta com o objetivo de facilitar a integração do instrumento nas rotinas clínicas e de pesquisa. O instrumento tem apenas seis itens em que cada item mede um componente da flexibilidade psicológica (aceitação, a defusão cognitiva, o estar presente, estabilidade do *Self*, valores e compromisso), com sensibilidade ao contexto e medidor temporal. Os resultados do estudo demonstraram que a flexibilidade psicológica é um preditor de bem-estar mental em ambas amostras tanto clínicas como não clínicas, demonstrando assim a importância e robustez da medida (Gloster et al. 2021).

1.5 Presente estudo

O presente estudo tem como objetivo a adaptação e validação transcultural da Psy-Flex à língua portuguesa, as amostras de falantes do português de Portugal e do português do Brasil para garantir que o instrumento realmente avalia o que se propõem a avaliar. A tradução e adaptação transcultural de um instrumento é um processo necessário para que o mesmo possa ser aplicado a uma nova realidade com diferenças linguísticas, culturais e de valores (Cassepp-Borges et al., 2010). Assim, a realização de uma tradução literal não é suficiente, sendo necessário levar em consideração as especificidades da cultura alvo. Este processo deve ser realizado por tradutores bilíngues, com experiência na área da saúde e nas culturas envolvidas (Hunt et al., 1991). Também é necessário realizar análises psicométricas das medidas para cada cultura em que serão utilizadas, permitindo, assim, verificar se o instrumento é válido e confiável para a população alvo. Os parâmetros que permitem concluir a validade são: a estrutura factorial, a consistência interna, as evidências de validade convergente e divergente (Lucena-Santos et al., 2015).

Assim, a necessidade de uma validação transcultural contribui para o desenvolvimento do instrumento de medida de flexibilidade psicológica Psy-Flex. Os objetivos de estudo são os seguintes: (1) Testar a unifatoriedade do modelo; (2) Comparar a Flexibilidade Psicológica entre as duas amostras; e (3) Testar a validade convergente e divergente com outras medidas de saúde e bem-estar mental, medidas de ACT e medidas de psicopatologia. Espera-se que as respostas dos participantes a Psy-Flex estejam correlacionadas positivamente com medidas de saúde e bem-estar mental e medidas de ACT e negativamente correlacionadas com medidas de psicopatologia e inflexibilidade psicológica.

No presente estudo, os instrumentos utilizados para a adaptação transcultural serão em parte os mesmos utilizados no artigo original de Gloster et al. (2021) ou similares, de forma a procurar medir os mesmos domínios, isto é, medidas de ACT, de saúde e bem-estar mental e psicopatologia. Nas medidas de ACT serão utilizados o *Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes* (CompACT), *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II), *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ-7) e *Mindful Attention and Awareness* (MAAS). Relativamente à medida de bem-estar e saúde mental será utilizado o

Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Por sua vez, como medida de psicopatologia será utilizada a *Depression, Anxiety Stress Scale (DASS-21)*. Devido a estas escalas terem adaptações distintas em Portugal e no Brasil, foram criados dois protocolos diferentes.

2. Método

2.1 Participantes

Os participantes deste estudo originam-se de duas amostras diferentes, conforme a identificação com cada dialeto: português de Portugal ou português do Brasil. O critério de inclusão de ambas amostras foi referente a participantes adultos. O critério de amostragem foi o de conveniência em que os participantes foram recolhidos de forma online através de redes de contactos pessoais. Foram recolhidos os seguintes dados demográficos: género, idade, naturalidade, residência, estado civil, estatuto profissional e escolaridade.

A caracterização da amostra pode ser verificada na tabela 1. A amostra foi constituída por 873 participantes, dos quais 213 eram falantes do português de Portugal e 660 falantes do português do Brasil. A média de idades era de 36 anos, variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 84 anos. A maioria era do género feminino (74.2%), possuía mestrado ou superior (47.5%), o estado civil era solteiro (47.9%) e trabalha a tempo inteiro (N=560).

Tabela 1 – Caracterização da amostra (N =873).

	Portugal	Brasil	Total
<i>n</i>	213	660	873
Idade (M; DP)	35.5 (14.7)	36.48 (12.2)	36.2 (12.8)
Género %			
Masculino	25.4	25.4	25.4
Feminino	74.6	74.1	74.2
Outros	0.0	0.5	0.4
Escolaridade %			

Até o 9º ano/Ensino Fundamental	1.9	0.6	0.9
Ensino Médio/Secundário	20.7	8.8	11.7
Bacharelato/Licenciatura	31.5	42.6	39.9
Mestrado ou superior	46.0	48.0	47.5
Estado civil %			
Solteiro(a)	62.9	43.0	47.9
Casado(a)/união de fato	29.6	49.1	44.3
Divorciado(a)/separado(a)	6.6	6.8	6.8
Viúvo(a)	0.9	1.1	1.0
Estatuto Profissional (N)			
Trabalho a tempo inteiro	131	429	560
Trabalho em meio período	20	121	141
Desempregado(a)	9	29	35
Estudante	54	94	148
Reformado(a)/Pensionista	11	26	37
Dono(a) de casa	6	37	43

Nota: Os participantes puderam escolher entre mais de uma opção no estatuto profissional, optando-se por mostrar os valores absolutos.

Na tabela 2 pode-se verificar a distribuição dos participantes relativamente ao distrito de residência em Portugal, tendo sido composto maioritariamente por participantes residentes da zona de Lisboa (50.2%). Por ser a zona com maior densidade populacional era esperado que a maior parte dos participantes estivessem compreendidos nesta zona, apesar disto, foi conseguido participantes das mais diversas zonas de Portugal embora em menor quantidade.

Tabela 2 – Caracterização da amostra por distrito de residência em Portugal (N =213).

	N	%
Aveiro	8	3.6
Beja	2	0.9
Braga	6	2.7
Bragança	2	0.9
Castelo Branco	3	1.4

Coimbra	5	2.3
Évora	5	2.3
Faro	3	1.4
Guarda	2	0.9
Leiria	5	2.3
Lisboa	112	50.5
Portoalegre	2	0.9
Porto	18	8.1
Santarém	5	2.3
Setúbal	32	14.4
Vila Real	2	0.9
Açores	3	1.4
Madeira	7	3.2

Na tabela 3 pode ser observado a distribuição dos participantes em território brasileiro, com a maior parte dos participantes a residir em São Paulo (28.3%). Por ser a zona com maior densidade populacional era esperado que a maior parte dos participantes estivessem compreendidos nesta zona, apesar disto, a amostra abrangeu participantes de todos os estados brasileiros, embora em menor quantidade.

Tabela 3 – Caracterização da amostra por estado de residência no Brasil (N =660).

	N	%
Alagoas	6	1.0
Amapá	1	0.2
Amazonas	5	0.8
Bahia	21	3.3
Ceará	16	2.5
Espírito Santo	63	10.0
Goiás	15	2.4
Maranhão	3	0.5
Mato Grosso	2	0.3
Mato Grosso do Sul	5	0.8

Minas Gerais	65	10.3
Pará	3	0.5
Paraíba	13	2.1
Paraná	55	8.7
Pernambuco	17	2.7
Piauí	3	0.5
Rio de Janeiro	60	9.5
Rio Grande do Norte	34	5.4
Rio Grande do Sul	34	5.4
Rondônia	1	0.2
Santa Catarina	13	2.1
São Paulo	178	28.3
Sergipe	4	0.6
Tocantins	5	0.8
Distrito Federal	8	1.3

2.2 Instrumentos

Psy-Flex

O Psy-Flex (Gloster et.al, 2021) é um instrumento de medida de Flexibilidade Psicológica com 6 itens. Cada item da escala avalia uma dimensão: Estar presente, abertura a experiências, *cognitive defusion*, *self-as-context*, consciência dos próprios valores, e comprometimento. Uma alta pontuação na escala sugere uma alta Flexibilidade Psicológica. Os itens são avaliados de acordo com a frequência das afirmações na última semana de 1 (“pouco frequente”) a 5 (“muito frequente”). O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de falantes do português de Portugal $\alpha = .75$ e do português do Brasil $\alpha = .74$.

Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT)

O CompACT criado por Francis e colaboradores (2016) é uma medida de Flexibilidade Psicológica com 23 itens. Este instrumento divide-se em três subescalas: abertura à experiência (e.g. item 2 “um dos meus maiores objetivos é estar livre de emoções dolorosas”), consciência comportamental (e.g. item 19: “parece que funciono em “piloto automático”, sem prestar muita atenção ao que estou a fazer.”) e ação valorizada (e.g. item 1 “consigo identificar as coisas que são realmente importantes para a minha vida, e segui-las.2). Neste estudo foi utilizada a adaptação transcultural portuguesa do CompACT que possui 18 itens (Trindade et. al, 2021) tanto para amostra de português de Portugal como para amostra de português do Brasil. O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de falantes do português de Portugal nas subescalas Consciência Comportamental $\alpha = .88$, Ações Valorizadas $\alpha = .86$, Abertura à Experiência $\alpha = .74$ e Escala Global $\alpha = .85$, quando na amostra de falantes do português do Brasil nas subescalas Consciência Comportamental $\alpha = .88$, Ações Valorizadas $\alpha = .91$, Abertura à Experiência $\alpha = .79$ e Escala Global $\alpha = .89$.

Mindful Attention and Awareness (MAAS)

O MAAS criado por Brown e Ryan (2003) é um questionário de 15 itens que pretende medir o nível de mindfulness, nomeadamente a atenção e consciência presente na vida quotidiana dos indivíduos (e.g. item 3 “acho difícil permanecer concentrado no que está a acontecer no momento presente”). Os itens são avaliados de 1 (“quase sempre”) a 4 (“quase nunca”). No presente artigo foram utilizadas a adaptação portuguesa (Gregório & Pinto-Gouveia, 2013) e brasileira (Barros et al., 2015) de acordo com o dialeto escolhido. O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de falantes do português de Portugal $\alpha = .92$ e do português do Brasil $\alpha = .90$.

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

O AAQ-II criada por Bond e colaboradores (2011), é um questionário de 7 itens que avalia a evitação experimental e a inflexibilidade psicológica (e.g. item 1 “as minhas

experiências e memórias dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize”). Os itens vão de 1 (“nunca verdadeiro”) a 7 (“sempre verdadeiro”). Uma alta pontuação nesta escala é interpretada como um alto nível de inflexibilidade (Bond et al., 2011). Os autores da escala original também demonstraram que a AAQ-II está associada a outras medidas de psicopatologia, como sintomatologia depressiva e ansiosa (Bond et al., 2011). No presente artigo foram utilizadas a adaptação portuguesa (Dinis et. al, 2012) e brasileira (Barbosa & Murta, 2015) de acordo com o dialeto escolhido. O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de falantes do português de Portugal $\alpha = .93$ e do português do Brasil $\alpha = .94$.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7)

O CFQ-7 criado por Gillanders e colaboradores (2014), é um questionário de 7 itens que avalia a fusão cognitiva (e.g. item 2 “fico tão enredado/ a (“preso/a”) nos meus pensamentos que me torno incapaz de fazer as coisas que eu mais quero fazer”). Os itens são avaliados por uma escala que vai de 1 (“nunca verdadeiro”) a 7 (“sempre verdadeiro”). No presente artigo foram utilizadas a adaptação portuguesa (Pinto-Gouveia et. al, 2020) e brasileira (Peixoto et. al, 2019) de acordo com o dialeto escolhido. O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de falantes do português de Portugal $\alpha = .95$ e do português do Brasil $\alpha = .94$.

Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)

O MHC-SF criado por Lamers e colaboradores (2011) é amplamente utilizado para medir o bem-estar, consistindo em 14 itens. Cada item avalia a frequência da duração de cada afirmação durante o mês passado em uma escala de 0 (“nunca”) a 5 (“quase todos os dias”). As afirmações incluem aspetos emocionais (e.g. item 2 “interessado pela vida”), sociais (e.g. item 6 “que a nossa sociedade é um lugar bom, ou que se está a tornar num lugar melhor para toda a gente”) e psicológicos (e.g. item 13 “confiante para pensar e expressar as suas próprias ideias e opiniões”) do bem-estar. No presente artigo foram utilizadas a adaptação portuguesa (Fonte et al., 2020) e brasileira (Machado & Bandeira, 2015) de acordo com o dialeto escolhido. O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de

falantes do português de Portugal nas subescalas Bem-Estar Emocional $\alpha = .86$, Bem-Estar Social $\alpha = .84$, Bem-Estar Psicológico $\alpha = .88$ e Escala Global $\alpha = .92$, quanto na amostra de falantes do português do Brasil nas subescalas Bem-Estar Emocional $\alpha = .88$, Bem-Estar Social $\alpha = .80$, Bem-Estar Psicológico $\alpha = .85$ e Escala Global $\alpha = .98$.

Depression, Anxiety Stress Scale (DASS-21)

O DASS-21 criado por Lovibond e Lovibond (1995), mede a psicopatologia nomeadamente a depressão, ansiedade e stress. A escala possui 21 itens e tem sido largamente utilizada. Os itens são avaliados numa escala de frequência de 0 (“não se aplica”) a 3 (“aplicou-se a maior parte das vezes”) em que cada afirmação ocorreu na última semana. Os itens podem ser referentes a subescalas depressão (e.g. item 3 “não consegui sentir nenhum sentimento positivo”), ansiedade (e.g. item 9 “preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula”) e stress (e.g. item 14 “estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer”). No presente estudo foi utilizada a adaptação portuguesa denominada por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21; Ribeiro et. al, 2004) e adaptação brasileira (Vignola, 2013). O instrumento demonstrou uma consistência interna alta em ambas amostras de falantes do português de Portugal nas subescalas Depressão $\alpha = .90$, Ansiedade $\alpha = .87$ e Stress $\alpha = .91$, quanto na amostra de falantes do português do Brasil nas subescalas Depressão $\alpha = .90$, Ansiedade $\alpha = .87$ e Stress $\alpha = .87$.

2.3 Procedimento

A escala Psy-Flex foi traduzida de forma independente por dois colaboradores do estudo falantes do português de Portugal e dois falantes do português do Brasil. Após reunião em duas etapas e discussão sobre os itens, chegou-se a uma versão compreensiva final que posteriormente foi retro traduzida.

O protocolo do estudo foi administrado através do Qualtrics e divulgado de forma online através de envio de e-mails, redes sociais, rede de contactos entre outros. Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e deram o consentimento informado

antes de preencher o questionário. Os participantes escolhem qual o dialeto que mais se identificam português de Portugal ou português do Brasil, sendo direcionado um protocolo com instrumentos adaptados a cada um dos dialetos para cada uma das amostras. Os participantes preencheram os dados demográficos: género, idade, naturalidade, residência, estado civil, estatuto profissional e escolaridade. Posteriormente, foram instruídos a preencherem o protocolo composto pelas variadas escalas. Os instrumentos foram administrados de forma aleatória.

2.4 Análise estatística

A análise estatística compreendeu medidas de estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Utilizou-se a Análise Factorial Confirmatória (CFA), o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o teste t de Student para uma amostra, o teste t de Student para amostras independentes e o coeficiente de correlação de Pearson.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28.0 para Windows e o Software AMOS v.24.

3. Resultados

As estatísticas descritivas dos 6 itens da Psy-Flex podem ser observadas na Tabela 2. Os valores medianos obtidos são todos significativamente superiores ao ponto médio de avaliação da escala (3), $p < .001$, o que significa que os sujeitos respondem muito perto do ponto 4 (frequentemente), indicando elevada flexibilidade psicológica.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos itens da Psy-Flex.

	Min	Max	<i>M</i>	<i>Med</i>	Assimetria	Curtose
Psy-Flex 1	1	5	4.0	4.0	-.64	.39
Psy-Flex 2	1	5	3.4	3.0	-.26	.23
Psy-Flex 3	1	5	3.3	3.0	-.19	.11

Psy-Flex 4	1	5	3.9	4.0	-.67	.30
Psy-Flex 5	1	5	3.7	4.0	-.61	.31
Psy-Flex 6	1	5	4.0	4.0	-.83	.86

3.1 Análise Factorial Confirmatória (CFA)

A análise da estrutura do modelo unifatorial da escala Psy-Flex foi realizada através de uma análise fatorial confirmatória (CFA), podendo ser verificado na Figura 1. Os valores obtidos, $\chi^2/df = 3.601$; CFI = .985; GFI = .982; RMSEA = .055, SRMR = .023, indicam uma boa qualidade de ajustamento. O ajustamento do modelo implicou a correlação dos erros 1 e 2, 2 e 3, 3e 1 e 4.

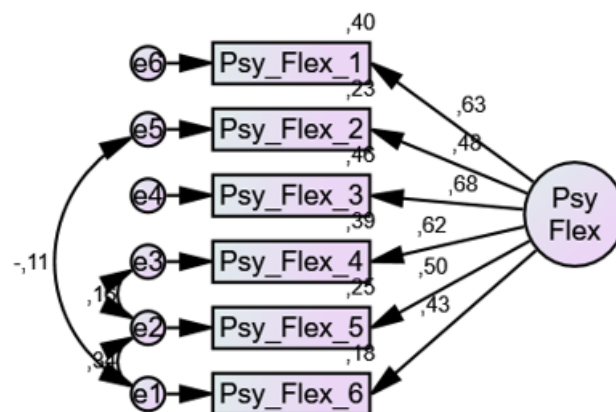


Figura 1 – Modelo unifatorial da Psy-Flex

O modelo ajustado em simultâneo na amostra de falantes do português de Portugal e português do Brasil mostrou-se adequado (Figura 2), $\chi^2/df = 2.855$; CFI=0,979; GFI=0,988, TLI=0,946; RMSEA=0,046; IC90% RMSEA]0,028; 0,065[.

A análise de invariância do modelo fatorial refinado, assumindo a mesma estrutura para ambos as variantes da língua portuguesa (invariância configuracional) não revelou a existência de diferenças significativas nos pesos fatoriais dos dois países [$\Delta\chi^2(5) = 3.129$; $p = .680$], nas correlações [$\Delta\chi^2(1) = 0.181$; $p = .670$] e nos resíduos [$\Delta\chi^2(9) = 18.730$; $p = .028$]. Contudo, as médias (interceptos) dos itens diferem significativamente entre os dois países [$\Delta\chi^2(6) = 116,201$; $p < .001$].

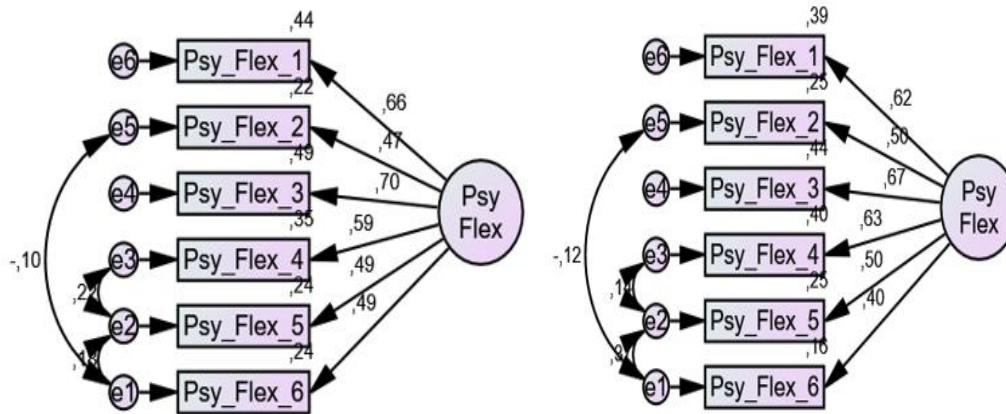


Figura 2 – Modelo unifatorial da Psy-Flex em Portugal e no Brasil.

3.2 Consistência Interna

A consistência interna da escala Psy-Flex, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, foi de .74 (razoável). Este valor não melhoraria significativamente se eliminássemos alguns dos 6 itens que a compõem. A consistência interna das dimensões das restantes escalas, variou entre um mínimo de .19 (inaceitável) a um máximo de .90 (excelente), como pode ser verificado na tabela 3. A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014).

Tabela 5 – Estatísticas Item-Total.

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Psy_Flex_1	18.27	9.425	.527	.695
Psy_Flex_2	18.93	9.661	.356	.743
Psy_Flex_3	18.97	8.912	.532	.691
Psy_Flex_4	18.44	8.974	.542	.689
Psy_Flex_5	18.57	8.919	.530	.692
Psy_Flex_6	18.35	9.701	.409	.725

3.3 Caracterização das variáveis psicológicas

As estatísticas descritivas dos valores obtidos na Psy-Flex podem ser observadas na tabela 4. O valor médio no presente estudo foi significativamente superior ao da amostra comunitária utilizada por Gloster et al. (2021), (22.3 vs 20.4), $t(1446.63) = -9.45$, $p < .001$. Os valores obtidos na amostra de falantes do português de Portugal são significativamente superiores aos da amostra de falantes do português do Brasil (23.1 vs 22.1), $d = 3.54$, $t(871) = 3.76$, $p < .001$. As variáveis demográficas foram globalmente semelhantes nas amostras de Portugal e Brasil, tendo diferido na escolaridade $\chi^2(3, N = 873) = 27,39$, $p < .001$ e no estado civil $\chi^2(3, N = 873) = 27,162$, $p < .001$.

Tabela 6 – Caracterização das variáveis psicológicas.

	Portugal		Brasil		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>α</i>	<i>M (DP)</i>	<i>α</i>			
Psy-Flex	23.1 (3.3)	.75	22.1 (3.6)	.74	3.54	-3.76	.001***
CompACT							
Consciência	3.6 (1.5)	.88	3.4 (1.2)	.88	1.29	1.58	.114
Comportamental							
Ações	4.6 (1.0)	.86	4.0 (1.0)	.91	1.00	8.17	.001***
Valorizadas							
Abertura à	2.8 (0.9)	.74	3.2 (0.9)	.79	0.92	-3.98	.001***
Experiência							
Global	3.7 (0.9)	.85	3.6 (0.9)	.89	0.89	2.25	.025*
AAQ II	3.3 (1.5)	.93	3.4 (1.4)	.94	1.45	-0.96	.336
CFQ – 7	3.5 (1.5)	.95	3.6 (1.4)	.94	1.44	-1.21	.226
MAAS	4.0 (1.0)	.92	3.6 (1.0)	.90	0.97	5.69	.001***
MHC – SF							
Emocional	4.7 (0.9)	.86	4.2 (1.1)	.88	1.06	4.75	.001***
Social	3.5 (1.2)	.84	3.2 (1.0)	.80	1.12	4.24	.001***
Psicológico	4.5 (1.0)	.88	4.1 (1.1)	.85	1.06	3.85	.001***

Global	4.2 (1.0)	.92	3.8 (0.8)	.92	0.98	4.61	.001***
DASS – 21							
Depressão	0.6 (0.7)	.90	0.7 (0.7)	.90	0.70	-2.83	.005**
Ansiedade	0.5 (0.6)	.87	0.5 (0.6)	.87	0.59	0.50	.618
Stress	0.9 (0.7)	.91	0.9 (0.7)	.87	0.66	-1.99	.047**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.4 Validade convergente e divergente

Para avaliar a validade convergente, realizou-se uma comparação entre o *Psy-Flex* e outras escalas que avaliam construtos comparáveis, como componentes da flexibilidade psicológica e bem-estar. Para a validade divergente, realizou-se a comparação com construtos teoricamente opostos como inflexibilidade psicológica e psicopatologia. Os resultados detalhados das medidas de validade convergente podem ser consultados na Tabela 5. O padrão de correlações das amostras de falantes do português de Portugal e português do Brasil entre a *Psy-Flex* com os restantes construtos segue o mesmo padrão.

3.4.1. Medidas de flexibilidade psicológica e seus componentes

A *Psy-Flex* e o AAQ-II, que avalia a evitação experiencial, apresentaram uma correlação alta e negativa em ambas amostras de Portugal ($r = -.52$) e Brasil ($r = -.59$). A *Psy-Flex* também se correlacionou fortemente e negativamente com o CFQ-7, que avalia a fusão cognitiva em Portugal ($r = -.50$) e no Brasil ($r = -.57$). Além disso, a *Psy-Flex* apresentou correlações positivas com todas as subescalas do MAAS em ambas amostras de Portugal ($r = .29$) e Brasil ($r = .42$).

3.4.2. Medida de Bem-Estar

O *Psy-Flex* também se correlacionou positivamente com o MHC-SF. Pontuações mais altas no *Psy-Flex* coincidiram com pontuações mais elevadas nas subescalas de bem-estar

emocional, social, psicológico e global do MHC-SF, respectivamente em Portugal ($r = .42, .29, .42$ e $.41$) e no Brasil, respectivamente ($r = .42, .39, .56$ e $.53$).

3.4.3. Medida de psicopatologia

As pontuações do Psy-Flex correlacionou-se negativamente com o DASS. Pontuações mais altas no Psy-Flex coincidiram com pontuações mais baixas nas subescalas de depressão, ansiedade e stress do DASS, respectivamente em Portugal ($r = -.59, -.46$ e $-.50$) e no Brasil, respectivamente ($r = -.51, -.36, -.43$).

Tabela 7 – Vaidade convergente e divergente da Psy-Flex com os restantes construtos.

	Portugal	Brasil
CompACT		
Consciência Comportamental	.44***	.50***
Ações Valorizadas	.48***	.57***
Abertura à Experiência	.48***	.59***
CompACT Global	.58***	.65***
AAQ	-.52***	-.59***
CFQ	-.50***	-.57***
MAAS	.29***	.42*
MHC-SF		
Emocional	.42***	.42***
Social	.29***	.39***
Psicológico	.42***	.56***
Global	.41***	.53***
DASS		
Depressão	-.59***	-.51***
Ansiedade	-.46***	-.36**
Stress	-.50***	-.43***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4. Discussão

A flexibilidade psicológica consiste na capacidade em reconhecer e adaptar-se as mais diversas situações; mudar a mentalidade e o repertório interno comportamental quando as estratégias utilizadas comprometem o funcionamento adaptativo; possibilita a manutenção do equilíbrio entre os domínios mais importantes da vida; e faz com que o indivíduo esteja aberto e comprometido com os seus comportamentos congruentes com os seus valores (Kashdan & Rottenberg, 2010). O presente estudo teve como objetivo validar a adaptação transcultural do instrumento de flexibilidade psicológica Psy-Flex (Gloster et al., 2012) à língua portuguesa. Para facilitar o uso do instrumento tanto no Brasil como em Portugal, foi criada apenas uma adaptação para ambos países.

A análise fatorial confirmatória (CFA) mostrou que o modelo unifatorial da escala Psy-Flex é adequado para ambas as amostras, com bons índices de ajustamento, corroborando, assim, com a validação original (Gloster et al., 2021) e com a conceptualização teórica (Hayes et al., 2012b). Hayes e colaboradores (2012b) tem teorizado a flexibilidade psicológica como um modelo unificado do funcionamento humano em que os seis processos estão organizados e interrelacionados. Embora a ACT seja baseada numa abordagem dimensional de avaliação clínica, buscou-se a criação de um modelo unificado num todo coerente que não visasse avaliar literalmente escores das dimensões. Assim, a abordagem funcional contextual buscou a utilidade ao limitar os processos básicos num modelo coerente (Hayes, et al., 2012b).

Relativamente a validade convergente a Psy-Flex relacionou-se significativa e positivamente com a CompACT, como o esperado, na medida que ambos instrumentos visam avaliar a flexibilidade psicológica. A CompACT originalmente foi criada com base no trabalho de Hayes e colaboradores (2011), em que propõem que a flexibilidade psicológica pode ser definida de forma pragmática em termos de três processos "diádicos": (1) "abertura à experiência e desvinculação da literalidade" (aceitação; desfusão); (2) "autoconsciência e perspetiva" (consciência do momento presente; *self-as-context*); e (3) "motivação e ativação" (valores; ação comprometida). Assim, as subescalas da CompACT denominadas como Abertura à Experiência engloba itens da díade Desfusão e Aceitação, Ações Valorizadas engloba itens dos processos Valores e Compromisso e Consciência Comportamental engloba itens das díades de *Mindfulness* e *Self-as-context*. Embora a Psy-Flex seja um instrumento unifatorial, os seus itens têm como objetivo avaliar os seis processos de flexibilidade

psicológica. Assim, a correlação positiva não apenas com a escala global da CompACT, mas de cada subescala corrobora com a ideia de que ambos instrumentos são sensíveis e avaliam construtos semelhantes.

Relativamente a validade convergente com outras medidas de ACT, os resultados demonstraram que pessoas que tiveram um maior nível de *mindfulness* também alcançaram maiores resultados em flexibilidade psicológica. Um dos princípios fundamentais da adaptabilidade humana é que para dar resposta de forma efetiva às contingências da vida a pessoa precisa estar psicologicamente presente para fazer contato com estas contingências (Hayes et al., 2012b). Assim, estar consciente do momento presente tem um papel fundamental na flexibilidade psicológica, não só por fazer parte de um dos processos centrais, mas também por ser essencial à desfusão cognitiva e aceitação das experiências vividas.

Por sua vez, como esperado a Psy-Flex relacionou-se significativa e negativamente com o instrumento AAQ. O AAQ foi desenvolvido no contexto da ACT por Hayes e colaboradores (2004) com o objetivo de avaliar a evitação experiencial e a inflexibilidade psicológica (Bond et al., 2011). Este instrumento mostrou-se muito útil na avaliação da evitação experiencial e desempenhou um papel crucial na avaliação dos resultados do tratamento da ACT (Bond et al., 2011). Como teoricamente esperado, os participantes que tiveram uma alta pontuação em flexibilidade psicológica, obtiveram uma baixa inflexibilidade psicológica. Estes resultados ajudam a corroborar o modelo de inflexibilidade psicológica que resulta nos processos contrários dos processos centrais, como a evitação experimental. A evitação experimental é um dos processos-chave no ciclo do sofrimento que tem como consequência uma imediata fusão com instruções mentais que acabam por encorajar a supressão, eliminação ou controlo das experiências que sejam percebidas como estressantes (Hayes et al., 2012b). Assim, uma postura mais aceitante das dificuldades e adversidades da vida aumenta a flexibilidade psicológica que contribui para uma maior abertura à experiência.

Em concordância com a evitação experimental, os resultados também demonstraram uma relação negativa entre a flexibilidade psicológica e a fusão cognitiva. A fusão cognitiva leva ao sofrimento quando as pessoas acreditam fortemente no conteúdo literal das suas cognições. Se pensarmos no exemplo da perturbação de pânico, é habitual que a pessoa esteja constantemente fusionada e vigilante aos primeiros sinais de reações indesejadas que estejam a ocorrer. No entanto, este constante ciclo de monitoramento autoimposto a fim de evitar a perturbação, acaba por ser a própria perturbação (Hayes et al., 2012b).

A flexibilidade psicológica esteve relacionada negativa e significativamente com a medida de depressão, ansiedade e stress em ambas as amostras. O modelo de flexibilidade psicológica está focado num conjunto limitado de processos relacionados de forma coerente que contribuem para adaptabilidade humana e o oposto da psicopatologia e sofrimento humano (Hayes et al, 2012b). Os processos opostos a flexibilidade psicológica - evitação experimental, fusão cognitiva, atenção inflexível, self conceptualizado, perturbação dos valores, inação, impulsividade ou persistência evitativa (Hayes et al, 2012b) – desempenham um papel importante na expressão da psicopatologia. Como por exemplo o pensamento fusionado está muito presente na ruminação da depressão e a evitação experimental em pessoas com perturbação de ansiedade. Para além disto, a inflexibilidade se manifesta em muitas outras psicopatologias, sejam em déficits graves na função executiva da esquizofrenia (Heinrichs, 2005), num controle deficiente da atenção no PHDA (Barkley, 1997) ou num estilo de resposta mais desinibido no abuso de substâncias (Iacono et al., 1999). Apesar de ser consensual que a flexibilidade seja reduzida na existência da psicopatologia, ainda não é claro se a inflexibilidade é antecedente ou consequente da psicopatologia (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Em contrapartida, como esperado a Psy-Flex demonstrou relação positiva com o bem-estar nas suas vertentes emocionais, sociais e psicológicas em ambas as amostras. A relação de flexibilidade psicológica e saúde mental tem sido largamente apoiada pela literatura. Isto porque, a flexibilidade psicológica, tem uma conceptualização transdiagnóstica que envolve uma série de competências inter e intrapessoais, considerada um aspeto crucial da saúde (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Quando comparado com a amostra comunitária do artigo original, as amostras de Portugal e Brasil alcançaram a níveis mais altos de flexibilidade psicológica. Vale ressaltar que em ambas amostras a maioria dos participantes tinha um nível de escolaridade elevado e possuíam emprego, o que são fatores protetores de saúde mental que podem favorecer os resultados comparados com a população em geral de ambos países. Para além disto, apesar dos resultados demonstrarem diferenças entre os níveis de flexibilidade psicológica nas amostras de Portugal e do Brasil, estas diferenças são esperadas na medida que a flexibilidade psicológica pode ser influenciada por diferenças culturais. Culturas diferentes têm valores, crenças e práticas que moldam a forma como as pessoas pensam, se comportam e se relacionam com suas emoções e experiências internas. Cada cultura tem suas próprias normas, valores e expectativas em relação ao comportamento, à expressão emocional e à comunicação (Sue et al., 2022).

A ACT dá ênfase a fatores contextuais das cognições e comportamentos, sendo assim, um tratamento culturalmente sensível que é compatível com diversos padrões culturais, significados e valores de indivíduos de grupos étnico-culturais (Hayes et al., 2006). A ACT pressupõe que o mesmo conjunto de processos centrais contribui para o sofrimento psicológico e que técnicas baseadas em princípios são utilizadas para direcionar esses processos e promover uma vida mais satisfatória. Embora as técnicas de intervenção variem de acordo com o contexto cultural, os processos são os mesmos. Uma ampla variedade de evidências tem apoiado a aplicabilidade cultural dos processos de ACT (Hayes et al., 2006; Hayes, Muto e Masuda, 2011).

Segundo Hayes e Pistorello (2015) os nativos de língua portuguesa tem tido uma tradição de ciência psicológica e comportamental relacionada à justiça social. Assim, estes autores esperam que os profissionais falantes de língua portuguesa proporcionem uma melhor compreensão dos métodos de terceira geração da terapia cognitiva comportamental de forma a promover a justiça social e prosperidade humana ao reduzir barreiras desnecessárias. As escalas de autorrelato podem ser recursos bastante úteis para a prática psicológica, desde que estejam previamente validados no contexto específico no qual são utilizados (Urbina, 2014). O que pode ser notado numa pesquisa sobre instrumentos disponíveis na língua portuguesa é que existe sempre ou quase sempre mais de uma versão, uma para o português de Portugal e outra para o português do Brasil. Apesar de partilharem a mesma língua, existem naturalmente diferenças culturais e variações linguísticas que podem dificultar o uso do mesmo instrumento. Acreditamos que ambos os países podem beneficiar-se bastante do uso comum de um mesmo instrumento, nomeadamente no que diz respeito a comunicação científica dos resultados que proporcionam um melhor desenvolvimento da prática clínica. O resultado do presente estudo demonstrou que a análise de invariância configuracional não demonstrou diferenças entre as duas amostras demonstrando que o modelo de medida pode ser utilizado nos dois países, sendo assim, a comparação de valores médios dos itens dos respetivos fatores entre países garantida uma vez que os itens apresentaram um funcionamento semelhante. Assim, os estudos transculturais têm uma grande relevância pois permitem não apenas verificar diferenças entre indivíduos e culturas, como também compreender as semelhanças e características comuns entre os mesmos (Borsa et al., 2012).

Assim, a escala Psy-Flex adaptado transculturalmente para a língua portuguesa, quando aplicada a participantes portugueses e brasileiros, é um instrumento que produz dados

confiáveis e válidos em ambos contextos culturais. A Psy-Flex revelou pesos fatoriais dos itens entre os dois países possibilitando assim a utilização de uma única versão. O resultado do presente estudo contribui para o desenvolvimento do instrumento de medida de flexibilidade psicológica. Assim, a Psy-Flex pode ser utilizada com validade na avaliação da flexibilidade psicológica quer em contexto de investigação científica, quer na prática profissional de psicólogos em contexto de intervenção clínica.

4.1 Limitações e Sugestões

O presente estudo alcançou os objetivos definidos a priori de adaptação transcultural do instrumento Psy-Flex, porém, pode-se pontuar algumas limitações que devem ser consideradas. Derivada da dificuldade em alcançar participantes por outros meios, a amostra utilizada foi recolhida de acordo com o critério de conveniência, o que limita a sua generalização para população. Embora tenha sido por conveniência, houveram outras pessoas envolvidas na partilha do estudo e, portanto, tendo alargado assim a rede de contactos. Para além disto, embora a amostra não tenha englobado de forma representativa as localizações geográficas do Brasil e de Portugal, houveram participantes em todos os territórios (distritos e estados). Sendo assim, estudos posteriores que consigam abarcar de forma representativa ambos territórios contribui para o estudo e desenvolvimento do instrumento.

No presente estudo a amostra engloba participantes da população geral sem discriminar a existência de psicopatologia pré-existente. No estudo original, os autores recrutaram uma amostra clínica, tendo enriquecido o trabalho ao comparar a amostra comunitária com a clínica. Assim, sugere-se a realização de estudos futuros com falantes da língua portuguesa que possam contemplar amostras clínicas para compreender melhor o construto da flexibilidade psicológica aquando da pré-existência de psicopatologia.

A flexibilidade psicológica tem sido largamente apontada teoricamente como um construto preditor de bem-estar (Kashdan & Rottenberg, 2010). Porém, embora os estudos sejam promissores e forneçam forte apoio ao modelo da ACT para o sofrimento psicológico, alguns autores, como Wolgast (2014), argumentam que a relação frequentemente identificada entre flexibilidade psicológica e bem-estar psicológico pode ser derivado da má operacionalização e medição do processo (e sub-processos) de flexibilidade psicológica, em vez de uma evidência direta da centralidade desse processo para a saúde psicológica (Francis et al., 2016). Posto isto,

seria interessante em estudos futuros compreender melhor o fator mediador da flexibilidade psicológica no bem-estar mental.

A unifatoridade da Psy-Flex apoia o modelo unificado em que os seis processos centrais da flexibilidade psicológica estão interrelacionados. Derivado das diferenças encontradas nas amostras de Portugal e Brasil, relativamente a existência de uma fraca relação da Psy-Flex com o *mindfulness*, bem como uma relação negativa fraca com a fusão cognitiva, seria interessante perceber o peso destes processos nas pontuações de flexibilidade psicológica. Assim, apesar de ambos países terem apresentados altos índices de flexibilidade psicológica (com Portugal ainda sendo mais elevado), seria interessante em estudos futuros perceber quais processos são mais predominantes em cada contexto cultural.

Referências

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire-II-versão brasileira. *Psico-USF*, 20, 75-85.
- Barkley, R. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 271–279.
- Barros, V. V. D., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W. D., & Ronzani, T. M. (2015). Validity evidence of the brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 87-95.
- Benoy, C., Knitter, B., Knellwolf, L., Doering, S., Klotsche, J., & Gloster, A. T. (2019a). Assessing psychological flexibility: Validation of the open and engaged state questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 253–260.
- Benoy, C., Knitter, B., Schumann, I., Bader, K., Walter, M., & Gloster, A. T. (2019b). Treatment sensitivity: Its importance in the measurement of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13(July), 121–125
- Biglan A & Hayes SC (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., ... (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., Xavier, A., & Gregório, S. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Flynn, M. K., Berkout, O. V., & Bordieri, M. J. (2016). Cultural considerations in the measurement of psychological flexibility: Initial validation of the Acceptance and Action Questionnaire–II among Hispanic individuals. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 81.
- Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. (2020). The Portuguese adaptation of the mental health continuum-short form for adult population. *Community mental health journal*, 56(2), 368-375.
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 134-145.
- French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 360-374.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., et al. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment*, 23(4), 970-82.

- Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T., Benoy, C., ... & Bader, K. (2021). Psy-Flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 13-23.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindful attention and awareness: Relationships with psychopathology and emotion regulation. *The Spanish journal of psychology*, 16, E79.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D, & Roche B (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012a). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 1–16.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004a). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes S, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, & Lillis J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Process and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., & Sarbin, T. R. (Eds.). (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Muto, T., & Masuda, A. (2011). Seeking cultural competence from the ground up. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 232– 237.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). New York: Guilford press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012b). Acceptance and commitment therapy. *In The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Hayes S., Strosahl K., Wilson K., Bissett R., Pistorello J., Toarmino D., Polusny M., Dykstra T., Batten S., Bergan J., Stewart S., Zvolensky M., Eifert G., Bond F., Forsyth J., Karekla M., & McCurry S. (2004b). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 161.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*(4), 141-168.
- Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2015). Prefácio: A terceira geração da terapia cognitiva e comportamental no brasil e nos demais países de língua portuguesa. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 21-27). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.
- Heinrichs, W. R. (2005). The primacy of cognition in schizophrenia. *American Psychologist*, *60*, 229–242.
- Hoffmann, D., Rask, C. U., & Frostholm, L. (2019). Acceptance and commitment therapy for health anxiety. In E. Hedman-Lagerlof (Ed.), *The clinician's guide to treating health anxiety* (pp. 123–142). Academic Press.
- Hunt, S. M., Alonso, J., Bucquet, D., Niero, M., Wiklund, I., McKenna, S. (1991). Cross-cultural adaptation of health measures. European Group for Health Management and Quality of Life Assessment. *Health Policy*, *19*(1), 33-44.
- Iacono, W. G., Carlson, S. G., Taylor, J., Elkins, I. J., & McGue, M. (1999). Behavioral disinhibition and the development of substance use disorders: Findings from the Minnesota Twin Family Study. *Development and Psychopathology*, *11*, 869–900.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1301-20.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865–878.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, *67*(1), 99–110.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, *43*(4), 741–756
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y., & Bai, Y. (2021). Effects of acceptance and commitment therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *115*, 103876.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 335– 343.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015). Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil. In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, M. S. (Eds.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para Profissionais* (pp. 273-309). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive mental health scale: validation of the mental health continuum-short form. *Psico-USF*, *20*, 259-274.

- Ngan, H. Y., Chong, Y. Y., & Chien, W. T. (2021). Effects of mindfulness-and acceptance-based interventions on diabetes distress and glycaemic level in people with type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 38(4), e14525.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling components of flexibility via the hexaflex model: Development and validation of the multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Peixoto, E. M., Honda, G. C., Gagnon, J., de Cássia Nakano, T., da Rocha, G. M. A., Zanini, D. S., & Balbinotti, M. A. A. (2019). Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ): novas evidências de validade e invariância transcultural. *Psico*, 50(1).
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S., & Pinto, A. M. (2020). Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms—the role of cognitive fusion. *Current Psychology*, 39(2), 528-539.
- Teasdale, J. T. (2003). Mindfulness and the third wave of cognitive-behavioural therapies. Paper presented at the European Association for behavioural and cognitive therapies annual congresses, Prague, Czech Republic.
- Trindade, I. A., Ferreira, N. B., Mendes, A. L., Ferreira, C., Dawson, D., & Golijani-Moghaddam, N. (2021). Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT): Measure refinement and study of measurement invariance across Portuguese and UK samples. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 30-36.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Vignola, R. C. B. (2013). Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil.

Wolgast, M. (2014). What does the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839.

RG40/Anexo III - Parecer do professor de seminário da dissertação de mestrado

Para os efeitos do disposto pelo Regulamento de Dissertações de Mestrado, Seminários de Dissertação e Manual de Estilo, em vigor no Ispa – Instituto Universitário, considero que o estudante _____, inscrito no curso _____, na área de especialização _____, reúne as condições para solicitar a realização de provas públicas da dissertação de mestrado.

Declaro também que procedi à verificação da conformidade do presente trabalho, através do protocolo e respetivo software de deteção de plágios TURNITIN, e não detetei indícios de utilização de elementos alheios não identificados.

Proponho ainda ao Conselho Científico um Júri com a respetiva composição*.

	Instituição/Organização proveniência
Presidente:(indicar título académico)	
Arguente:(indicar título académico)	
Orientador:(indicar título académico)	

* Para elementos do Júri externos deverão ser juntos a este formulário os respetivos *curriculum vitae*, datados e assinados.

O Professor de Seminário Assinatura

Assinado por: **David Manuel Dias Neto**
 Num. de Identificação: 11530265
 Data: 2023.11.09 12:43:41+00'00'

Lisboa, de _____ de 20_____

CONSELHO CIENTÍFICO	DESPACHO DO REITOR
Parecer sobre a composição do júri:	Fundamentação
<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido Data / /20 O Conselho Cientifico _____	<input type="checkbox"/> Homologado <input type="checkbox"/> Não Homologado
Proposta de alteração da composição do júri:	
Presidente:	Data / /20
Arguente:	
Orientador:	
	Reitor

RG40/Anexo IV – Parecer do orientador de dissertação de mestrado

Eu,, orientador do estudante, com n.º de estudante, inscrito no curso de, na área de especialização, considero que a versão final da dissertação de mestrado com o título:

.....

Cumpre os requisitos para discussão.

O Orientador

Assinatura.....

Assinado por: **David Manuel Dias Neto**
 Num. de Identificação: 11530265
 Data: 2023.11.09 12:44:30+00'00'

Lisboa, de de 20...




CAMPO 1	
Serviços Académicos	
	Observações
Candidato sem UCs em atraso (exceto UC Estágio)	
Sim Não	
O Chefe dos SA _____	Data ___/___/___

RG40/Anexo V – Autorização para depósito de RPES/dissertações/teses no Repositório do Ispa

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO			
Nome completo:		Nº Aluno:	
N.º CC:	E-mail:	Telm.:	
Mestrado/Doutoramento:		Especialização:	

2. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO		
Dissertação	Tese	RPES
Título do Trabalho:		
Data de Conclusão:		Orientador:

3. DECLARAÇÃO
<p>Declaro que concedo ao Ispa uma licença não-exclusiva de arquivar, reproduzir, comunicar e/ou distribuir através do seu repositório institucional, nas condições abaixo indicadas, a versão final do(a) meu (minha) RPES/dissertação/tese em suporte digital, aprovada após a realização das provas de defesa pública e, quando for caso disso, após confirmação pelo(s) orientador(es) e homologação pelo presidente do júri da introdução das alterações solicitadas.</p> <p>Declaro que autorizo o Ispa a digitalizar e converter o documento, para efeitos de preservação e acesso em repositório institucional e sem alterar o seu conteúdo, para qualquer formato ou ficheiro, meio ou suporte.</p> <p>Declaro ainda que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e nas referências bibliográficas. b) O(A) RPES/dissertação/tese agora entregue corresponde à versão final apresentada ao júri; c) Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética e disciplinar. <p>Retenho todos os direitos de autor relativos ao documento, bem como o direito de o usar em trabalhos futuros.</p>

4. PEDIDO DE CONFIDENCIALIDADE					
<p>Autoriza-se a disponibilização imediata do texto integral do documento, em livre acesso;</p> <p>Solicita-se o embargo, a partir de hoje, do acesso ao texto integral do RPES/dissertação/tese e respetivos anexos durante o período de 1 ano; 2 anos;</p> <p>Solicita-se a restrição permanente do acesso aos Anexos. Autoriza-se, no entanto, a disponibilização imediata do RPES/dissertação/tese em livre acesso;</p> <p>Solicita-se a restrição permanente do acesso aos Anexos e o embargo do acesso ao RPES/dissertação/tese durante o período de 1 ano; 2 anos, a partir de hoje.</p> <p>O pedido de embargo/ restrição acima assinalado tem a seguinte justificação, devidamente validada pelo respetivo professor orientador no quadro 6:</p>					
<table border="0"> <tr> <td>Contém dados</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">Assinado por: Nanci Carvalho Monteiro Lobato Lemos Identificação: B132626738 Data: 2023-11-09 às 13:35:59</td> <td rowspan="2">bargo apenas no Repositório).</td> </tr> <tr> <td>Compromisso</td> </tr> </table>	Contém dados		Assinado por: Nanci Carvalho Monteiro Lobato Lemos Identificação: B132626738 Data: 2023-11-09 às 13:35:59	bargo apenas no Repositório).	Compromisso
Contém dados					Assinado por: Nanci Carvalho Monteiro Lobato Lemos Identificação: B132626738 Data: 2023-11-09 às 13:35:59
Compromisso					

5. ASSINATURA DO AUTOR
Assinatura: _____

6. ORIENTADOR
Como professor orientador do RPES/dissertação/tese acima identificado valido a pretensão de embargo assinalada pelo seu autor no quadro 4.
Assinatura: _____
Assinado por: David Manuel Dias Neto Num. de Identificação: 11530265 Data: 2023.11.09 12:45:34+00'Data:

7. ADVERTÊNCIA
<p>No âmbito do Repositório Ispa que visa colecionar, preservar e disponibilizar na Internet a produção científica, em texto integral de acesso livre, da comunidade académica do Ispa, são disponibilizadas, para consulta, todas as teses, dissertações e RPES realizados no Ispa.</p> <p>É arquivado um exemplar em formato digital devidamente identificado na capa com os seguintes elementos: Título, Autor, n.º de Estudante, Designação – Ispa Instituto Universitário, Ano Letivo, Curso, Área de Especialização.</p> <p>Ficam temporariamente excluídas da consulta e empréstimo as teses, dissertações e RPES cujos autores pretendam declarar um embargo, justificando devidamente em cima.</p>