

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas

Franciele Cristiane Peloso

Bolsista CAPES/PROSUP

**Adaptação e Evidências de Validade de dois instrumentos baseados na
Terapia de Aceitação e Compromisso: o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*
(CPAQ) e o *Commitment Action Questionnaire* (CAQ)**

Orientador: Prof. Dr. Murilo Ricardo Zibetti

Coorientadora: Profa. Dra. Rebeca Veras de Andrade Vieira

São Leopoldo, agosto de 2023

FRANCIELE CRISTIANE PELOSO

**Adaptação e evidências de validade de dois instrumentos baseados na
Terapia de Aceitação e Compromisso: o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*
(CPAQ) e o *Commitment Action Questionnaire* (CAQ)**

Projeto de Pesquisa apresentado como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Ricardo Zibetti

Coorientadora: Profa. Dra. Rebeca Veras de Andrade Vieira

São Leopoldo, agosto de 2023.

P392a

Peloso, Franciele Cristiane.

Adaptação e evidências de validade de dois instrumentos baseados na Terapia de aceitação e compromisso : o Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) e o Commitment Action Questionnaire (CAQ) / por Franciele Cristiane Peloso. – 2023.

[109] f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2023.

Orientador: Dr. Murilo Ricardo Zibetti.

Coorientadora: Dra. Rebeca Veras de Andrade Vieira.

1. Terapia de aceitação e compromisso. 2. Flexibilidade psicológica. 3. Psicometria. 4. Instrumentos psicológicos. I. Título.

CDU: 159.923.2

ATA Nº 8/2023 de Defesa de Dissertação

Aos vinte e um dias do mês de setembro, do ano de 2023, com início às dez horas, reuniu-se em formato online, a Banca Examinadora da 271ª Sessão de Avaliação de Dissertação de Mestrado em Psicologia, integrada pelos professores: Dr. Murilo Ricardo Zibetti, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Presidente da Banca); Dr. Fabiano Koich Miguel, Universidade Federal de São Carlos; Dr. Ramiro Figueiredo Catelan, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Dra. Priscila Goergen Brust Renck, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, para o exame público da dissertação intitulada “Adaptação e evidências de validade de dois instrumentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso: o Commitment Action Questionnaire (CAQ) e a Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ).”, desenvolvida por Franciele Cristiane Peloso, sob orientação do Dr. Murilo Ricardo Zibetti e coorientação da Dra. Rebeca Veras de Andrade Vieira, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. A Presidente deu início aos trabalhos, apresentando os integrantes da Banca e convidando a mestranda para a apresentação de sua dissertação. Em seguida, a Banca realizou a arguição, sendo a Sessão suspensa às 11:33, por quinze minutos, para que os membros da banca procedessem ao julgamento e atribuição do conceito: Dr. Fabiano Koich Miguel: Aprovada e Dr. Ramiro Figueiredo Catelan: Aprovada e Dra. Priscila Goergen Brust Renck: Aprovada. A banca emitiu classificação final de **Aprovada com distinção**. A sessão foi encerrada às 11h45, e, para constar, eu, Karolina Germany Harenza, secretariei esta sessão e redigi a presente ata que dato juntamente com os membros da Banca Examinadora.

A emissão do Diploma está condicionada a entrega da versão final da Dissertação no prazo de 30 (trinta) dias após a defesa.

Houve alteração de título: Não (X) Sim () Novo Título:

São Leopoldo, 21 de setembro de 2023.

Dr. Murilo Ricardo Zibetti

Dr. Fabiano Koich Miguel

Dr. Ramiro Figueiredo Catelan

Dra. Priscila Goergen Brust Renck

Franciele Cristiane Peloso

Karolina Germany Harenza

Agradecimentos

Sinto que tenho muitos a quem agradecer. Essa dissertação está aqui, escrita, pela força direta e indireta de muitos. Primeiro, quero agradecer a minha família que sempre me apoia em todos os meus planos e me ajuda em tudo que eu preciso. Obrigada por tanto pai, mãe e mano, vocês são meu porto seguro! Obrigada também ao meu amor e maior apoiador, Iuri, que sempre esteve comigo e me ajudou em tudo o que podia, como organizar os dados para o reteste, fazer café e trazer lanches enquanto eu escrevia a dissertação nos finais de semana. Sem essa base segura e de muito apoio, esse trabalho não estaria aqui da maneira que está.

Murilo, meu super orientador, obrigada por me acompanhar nessa jornada até aqui! Com toda a certeza tu és uma inspiração de professor, sabedoria, humildade, humanidade. Obrigada por ser tão acolhedor e, muitas vezes, te diferenciar nesse contexto que pode ser tão competitivo, crítico e de pressão. Tu demonstraste que é possível ser e fazer diferente, que as coisas não precisam ser tão pesadas. Rebeca, minhas super coorientadora, sou tão grata por você ter me acompanhado nesse processo e me concedido a honra de adaptar esses dois instrumentos que, previamente, haviam sido pensados por você! Inspiração de mulher, psicóloga e ser humano, obrigada pelo teu olhar carinhoso e contribuições tão valiosas. Obrigada também ao grupo de pesquisa LabMind, que tanto contribuiu para a minha formação com todas as trocas de conhecimentos. Sentirei saudades de vocês e de fazer parte desse PPG, que tem uma marca importante na minha trajetória e que agora, infelizmente, não existirá mais.

Agradeço minhas companheiras de caminhada, que dividiram desde momentos na graduação, iniciação científica, estágio na clínica escola da Unisinos, até o mestrado comigo. Obrigada Luísa, Leticia Brenda, Emanuelli e Bianca. Nosso grupinho de bolsistas tornou as tempestades mais possíveis de serem navegadas. Também agradeço aos meus amigos de longa data que sempre me apoiaram, incentivaram, acreditaram em mim e fizeram parte deste processo comigo. Nossas jantãs de todas as terças/quartas foram importantes (e continuam sendo) para recarregar as energias, dar uma respirada, risada e seguir. Obrigada Bia, Ju, Nati e Tony!

Por fim, agradeço muito aos meus pacientes, que me fazem melhor a cada encontro e me inspiram a ser uma psicóloga melhor. Esse mestrado em Psicologia Clínica também é para e por vocês. Sou grata pela profissão que eu escolhi e por tudo que ela me proporcionou até agora. Que essa seja uma das várias travessias e crescimentos que ainda estão por vir.

É o tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

- Fernando Andrade

Sumário

Resumo da dissertação	10
Apresentação da Dissertação	11
Estudo Empírico I	17
Resumo	17
Introdução	18
Método	22
Adaptação do Instrumento	22
Delineamento	22
Participantes	22
Instrumentos	23
Procedimento de coleta de dados	26
Procedimentos éticos	26
Procedimento de análise de dados	26
Resultados	28
Adaptação do CAQ para o Brasil	28
Propriedades Psicométricas do CAQ para o Brasil	30
Discussão	35
Referência	41
Estudo Empírico II	49
Resumo	49
Introdução	50
Método	53
Delineamento	53
Participantes	54
Instrumentos	56
Procedimento de Coleta de Dados	58
Procedimento ético	59
Análise de dados	59
Resultados	61
Adaptação transcultural do CPAQ	61
Propriedades psicométricas do CPAQ	63
Discussão	70
Referências	76

Apêndice A – Questionário de dados sociodemográfico e clínicos	88
Apêndice B - Questionário de Ação com Compromisso Brasil (CAQ-18Br)	92
Apêndice C - Questionário de Ação com Compromisso breve Brasil (CAQ-8Br) .	94
Anexo D – Escala de Depressão, ansiedade e estresse (DASS-21)	95
Anexo E – Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)	97
Anexo F – Escala de Atenção e Consciência Plena (MAAS).....	98
Anexo G – WHOQOL-bref.....	99
Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido comitê de especialistas (TCLE).....	102
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	103
Apêndice J – Aprovação do Comitê de Ética da UNISINOS.....	104
Apêndice K – Questionário de Aceitação da dor crônica (CPAQ-20Br).....	107
Apêndice L – Questionário de Aceitação da dor crônica breve (CPAQ-8Br).....	109
Anexo M – Escala de Catastrófico sobre a Dor (B-PCS)	110

Resumo da dissertação

O modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é conhecido como flexibilidade psicológica e tem sido explorado para diferentes condições clínicas. No Brasil, ainda são poucos os materiais e instrumentos baseados na ACT. O objetivo dessa dissertação foi adaptar para população brasileira, examinar fidedignidade e explorar evidências de validade de dois instrumentos baseados na teoria da ACT, o *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) e o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) nas suas versões originais e breves. Trata-se de um estudo psicométrico com 292 participantes. A coleta ocorreu de forma *online* através do *Microsoft Forms*. Os dados foram manuseados através do SPSS 22 e JASP 17 através das análises Alfa de Chronbach, Ômega de Mcdonald, Análise de correlação de Spearman, Análise Fatorial Confirmatória, Análise Fatorial Multigrupo, teste U de Mann-Whitney. Tanto o CAQ-Br quanto o CPAQ-Br nas duas versões foram adaptados e obtiveram adequada confiabilidade para aplicação no contexto brasileiro. O CAQ é um instrumento que pode auxiliar na clínica psicológica ao estar conectado ao processo de valores da ACT. Já o CPAQ contribuí para mensurar resultado e processo no desenvolvimento da aceitação da dor crônica.

Palavras chaves: terapia de aceitação e compromisso; flexibilidade psicológica; psicometria; instrumentos psicológicos.

Abstract

The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) model is known as psychological flexibility and has been explored for different clinical conditions. In Brazil, there are still few materials and instruments based on ACT. The aim of this dissertation was to adapt for the Brazilian population, examine the reliability and explore evidence of validity of two instruments based on the ACT theory, the Commitment Action Questionnaire (CAQ) and the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in their original and brief versions. This is a psychometric study with 292 participants. The collection took place online through Microsoft Forms. Data were handled using SPSS 22 and JASP 17 using Chronbach's Alpha, Omega Mcdonald's, Spearman's correlation analysis, Confirmatory Factor Analysis, Multigroup Factor Analysis, Mann-Whitney U test. Both the CAQ-Br and the CPAQ-Br in both versions were adapted and obtained adequate reliability for application in the Brazilian context. The CAQ is an instrument that can help in clinical psychology as it is connected to the ACT values process. The CPAQ, on the other hand, contributed to measuring the result and process in the development of acceptance of chronic pain.

Keywords: acceptance and commitment therapy; psychological flexibility; psychometry; psychological instrument

Apresentação da Dissertação

Olhando para atrás, percebo o quanto a psicologia e a ciência sempre me encantaram, mesmo quando eu não compreendia direito esses caminhos. Escolhi fazer Psicologia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) justamente porque vi no site grupos de pesquisa e me interessei em um de psicooncologia. Entrei e desde o meu primeiro semestre participo do PPG de Psicologia da Unisinos. De 2015 até 2019 fui iniciação científica em um grupo de pesquisa de psicologia da saúde (esse mesmo que olhei no site!). No meu último ano de faculdade 2019-2020 fui iniciação científica em um grupo de pesquisa sobre casais e família no mesmo PPG. Paralelamente a pesquisa, sempre fui muito focada na clínica, fazendo estágios, cursos de extensão, etc. No último semestre da faculdade iniciei minha especialização em Terapia Comportamental Contextual (2020-2022) pelo Centro de Estudos do Casal e do Indivíduo (CEFI). Depois que me dediquei um ano exclusivamente a clínica, terminei a especialização e pensei: é hora de fazer o mestrado!

Voltei a Unisinos. Em 2021 iniciei no mestrado e baseada na minha experiência clínica e na bagagem até então, queria estudar algo relacionado a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Foram várias ideias diferentes até chegar na ideia de adaptar e buscar evidências de validade de dois instrumentos baseados na ACT, já que no Brasil ainda não existem muitos instrumentos para mensurar esses processos e a literatura sobre flexibilidade psicológica está crescente. E aqui estou prestes a defender essa dissertação, que me enche de orgulho, composta por dois estudos: o estudo I é adaptação e evidências de validade do *Commitment Action Questionnaire* e o estudo II é a adaptação e evidências de validade do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*. Antes de iniciar a introdução de alguns conceitos referentes ao tema da dissertação, gostaria de compartilhar brevemente o número de produções que fiz nesses dois anos.

Até o momento, foram produzidos quatro artigos que já estão aceitos ou publicados em revistas. Esses artigos são frutos de parceria entre colegas do grupo de pesquisa e com parceiros do grupo de outras instituições. Ainda, um capítulo de livro foi escrito em uma produção que será publicada sobre as terapias comportamentais contextuais e suas aplicações em diferentes contextos. Outros artigos já estão sendo previstos e combinados para após esse momento de defesa, incluindo, parcerias com a fisioterapia da universidade com a aplicação do instrumento de dor crônica adaptado para a população brasileira através dessa dissertação. Foram realizadas coorientações em quatro trabalhos da amostra de iniciação científica do grupo e três apresentações de pôster em congressos. Ao longo desses dois anos aperfeiçoei muito a minha análise de dados e compreensão estatística, além da escrita científica. Enfim, após essa breve contextualização, iniciarei a introdução breve de alguns conceitos chaves da presente dissertação.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) através do seu modelo de flexibilidade psicológica, foca suas intervenções comportamentais na aceitação do sofrimento e no compromisso com os valores para que, apesar de todos os desconfortos e dores da vida humana, uma vida valorosa seja vivida (Hayes, 2004; Hayes et al., 2006). O modelo da flexibilidade psicológica é composto por seis processos principais, que podem ser divididos em três pilares: 1) pilar da abertura (processos de defusão/aceitação), 2) pilar do momento presente (atenção ao momento presente e self como contexto) e 3) pilar do compromisso (clareza de valores e ação com compromisso). Em contrapartida, o modelo de psicopatologia da abordagem é compreendido como a inflexibilidade psicológica. Para fins didáticos, a Figura 1 demonstra o modelo da flexibilidade psicológica através do hexaflex. Na figura os processos de flexibilidade psicológica estão em azul enquanto os de inflexibilidade

psicológica estão em rosa. Ademais, a Figura 1 também apresenta na parte externa do modelo as dimensões psicológicas que são investigadas no modelo de saúde transdiagnóstico da ACT através dos seis processos de (in)flexibilidade. Sendo assim, alguns dos processos psicológicos básicos são contemplados neste modelo, como afeto, cognição, atenção, self, motivação e comportamento humano.

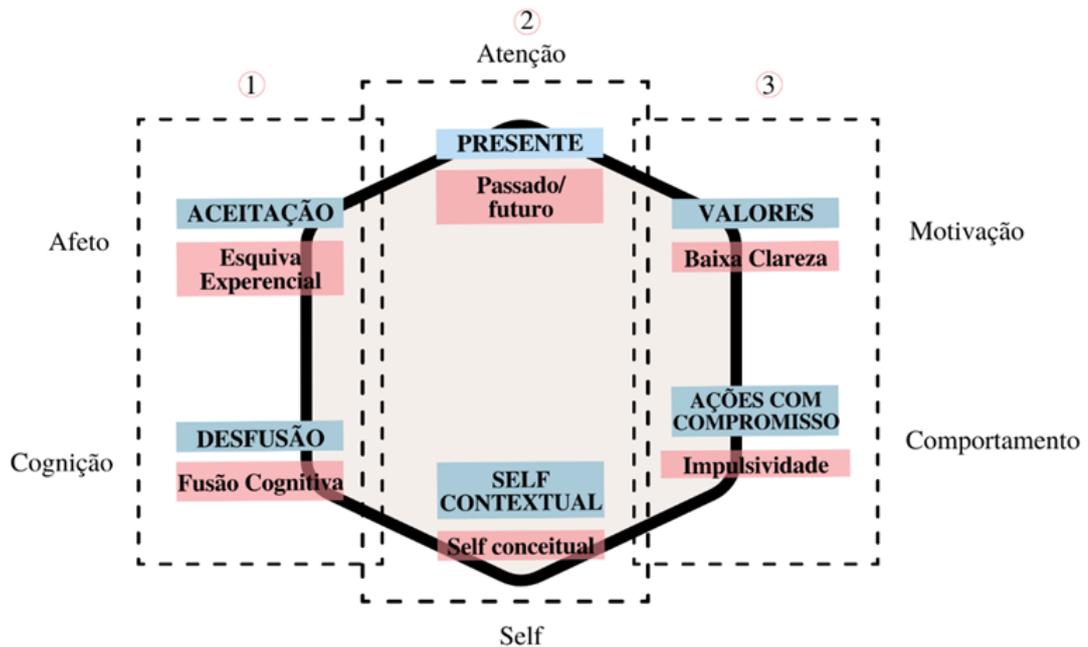


Figura 1. Hexaflex do modelo de (in)flexibilidade psicológica da ACT contendo divisão por pilares e as dimensões psicológicas contempladas pelo modelo. Criada pela própria autora.

Atualmente, se encontram diversos ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises que demonstram evidências de eficácia da ACT em diversas condições clínicas, como por exemplo, para ansiedade (Arch et al., 2012; Coto-Lesmes et al., 2020), depressão (Bai et al., 2020), uso de substâncias (Lee et al., 2015) e dor crônica (Hann & McCracken, 2014). ACT se caracteriza como uma abordagem transdiagnóstica e baseada em processos. A flexibilidade psicológica pode ser considerada um processo fundamental para promoção de saúde e bem-estar para população geral (A-Tjak et al., 2015; Kashdan & Rottenberg, 2010).

Considerando os dados da *American Psychological Association* (APA, 2021), a ACT tem sido considerada tratamento com evidências moderadas para diversos casos clínicos, como depressão, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo, e tem sido considerada um tratamento não medicamentoso com nível de evidência de eficácia para a população com dor crônica. A dor crônica é caracterizada como uma dor persistente por mais de três meses e pode ser considerada tanto uma doença em si quanto decorrer de outras condições clínicas, como por exemplo, câncer, dor pós-cirúrgica, trauma físico. A dor crônica está relacionada com altas taxas de depressão, ansiedade, estresse, imobilidade e, por isso, pode ser considerada uma condição clínica que produz altos níveis de sofrimento, má qualidade de vida e prejuízos econômicos (Du et al., 2021; Lin et al., 2019). No Brasil estima-se que cerca de 30% da população sofre algum tipo de dor crônica (SBED, 2018). A ACT, nesse contexto, tem focado especialmente, no processo de aceitação ou disposição para sentir a dor em busca de uma vida valorosa através do processo de ação com compromisso (APA, 2021; McCracken et al., 2013).

Uma revisão sistemática sobre psicoterapias e dor crônica concluiu que intervenções baseadas na aceitação tem impacto na redução da interferência da dor e no aumento da qualidade de vida dos pacientes (McCracken et al., 2022). Para afirmar que a ACT é superior aos demais tratamentos psicoterápicos ainda é necessário maiores evidências (McCracken et al., 2022). Outra revisão sobre o tema, esta publicada pela Cochrane (Williams et al., 2020) teve como objetivo determinar a eficácia clínica e a segurança de intervenções psicológicas para dor crônica em adultos (idade > 18 anos) em comparação com grupo controle ou lista de espera/tratamento usual. A partir de 59 estudos, essa revisão apontou que a terapia cognitivo-comportamental tem efeitos de baixo a moderados sobre a qualidade de vida desses pacientes. No mesmo estudo, num recorte de cinco estudos que usaram a ACT, a qualidade de evidências foi considerada

baixa. O estudo recomenda que a TCC, pelo número maior de estudos e a qualidade, seria a primeira opção de tratamento não medicamentoso para dor crônica. Entretanto, para aqueles que dominam a ACT e quando essa se torna uma preferência do paciente, ela também pode ser utilizada como uma opção adequada. Ambas as revisões apontam que apesar de não ter dados de eficácia tão coerentes ainda em pesquisas, a ACT apresenta processos centrais para efetividade do tratamento. Os dados dessas revisões também apontam que a ACT ainda é uma abordagem recente e precisa aumentar e melhorar a qualidade de seus estudos nessas amostras de dor crônica e para isso são necessários instrumentos que mensurem esse fenômeno com confiabilidade.

Assim, nas últimas décadas, intervenções baseadas no modelo de flexibilidade psicológica da ACT têm sido pesquisadas e demonstrado evidências de eficácia tanto para promoção de saúde e bem-estar na população em geral, quanto para condições clínicas, especialmente, para a dor crônica. Entretanto, ainda existem poucos materiais adaptados para a cultura brasileira, tanto a nível de literatura quanto em relação a instrumentos que mensurem construtos dessa abordagem. Instrumentos com adequada adaptação e evidências de validade são importantes para o avanço das pesquisas empíricas e das práticas clínicas no contexto brasileiro. Compreende-se que fazer apenas a tradução do instrumento original para outra língua pode colocar a confiabilidade e a validade do instrumento em risco, pois cada língua tem suas características semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais (Borsa et al., 2012). Por isso, a presente dissertação teve como objetivo adaptar para população brasileira e buscar evidências de validade de maneira rigorosa para dois instrumentos baseados na ACT, o *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) e o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ).

Os instrumentos foram desenvolvidos pelo mesmo autor (McCracken et al., 2004; McCracken, 2013). Em contato com o autor foi solicitado a autorização da adaptação da medida CPAQ e ele sugeriu que a adaptação do CAQ fosse realizada concomitantemente. O CPAQ é um instrumento de aceitação da dor crônica, enquanto o CAQ é um instrumento de ação com compromisso, e utilizados juntos eles contemplam diferentes processos da flexibilidade psicológica. McCracken em comunicação informal com nós recomendou que fizéssemos a adaptação dos instrumentos na sua versão breve: CPAQ-8 e CAQ-8. Em ambos os casos, para diminuir a chance de múltiplas adaptações optamos por validar a versão original e breve de ambos os instrumentos.

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: apresentação inicial da dissertação, estudo I, estudo II e conclusão da dissertação. A seguir, os estudos resultados desta dissertação são apresentados de maneira detalhada, sendo o primeiro do CAQ-Br e o segundo do CPAQ-Br.

Estudo Empírico I

Adaptação e Evidências de Validade do *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) para o Brasil

Resumo

O objetivo deste estudo foi adaptar e apresentar evidências de validade do *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) e de sua versão abreviada (18 e 8 itens) para o Brasil. O estudo foi transversal e correlacional para buscar as propriedades psicométricas do CAQ-Br. A coleta de dados foi realizada de forma *online* e participaram do estudo 284 participantes com idade média de 31,41 anos (DP= 12,48), sendo 80,9% do sexo feminino e 75,3% da região sul do país. Foram realizadas análises de correlação de *Spearman*, análise fatorial confirmatória e de consistência interna. Os resultados apontaram a relação moderada e positiva da validade convergente (qualidade de vida e momento presente) e moderada e negativa na validade divergente (psicopatologia e evitação experiencial). A análise fatorial confirmatória apresentou estrutura adequada e com bons ajustes para o modelo de dois fatores e bifator em ambas a versão para o Brasil. α de Chronbach e o ω de McDonald demonstraram $>0,75$. Conclui-se que a versão adaptada do CAQ pode ser considerada uma medida com evidências de validade satisfatórias para mensuração de ações de compromisso em adultos brasileiros.

Palavras chaves: psicometria, terapia comportamental, Terapia de Aceitação e Compromisso.

Abstract

The objective of this study was adapted and to present evidence of validity of the *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) and its abbreviated version (18 and 8 items) for Brazil. The study was cross-sectional and correlational to look for the psychometric properties of the CAQ-Br. Data collection was carried out online and 284 participants with a mean age of 31.41 years (SD= 12.48) participated in the study, 80.9% female and 75.3% from the southern region of the country. They were analyzed independently using *Spearman*, confirmatory factor analysis and internal consistency. The results showed a moderate and positive relationship in the convergent validity (quality of life and present moment) and a moderate and negative relationship in the divergent validity (psychopathology and experiential avoidance). Confirmatory factor analysis showed adequate structure and good adjustments for the two-factor and two-factor models in both versions for Brazil. Chronbach's α and McDonald ω excuse >0.75 . It is concluded that an adapted version of the CAQ can be considered a measure with satisfactory proof of validity for measuring commitment actions in Brazilian adults.

Keywords: psychometry, behavioral therapy, Acceptance and Commitment Therapy.

Introdução

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem como objetivo promover, através do modelo de flexibilidade psicológica a aceitação do sofrimento inerente a vida humana em prol do compromisso de viver uma vida significativa e conectada aos valores (Hayes, 2004). A flexibilidade psicológica é composta por seis processos e globalmente definida como a escolha de mudar ou persistir com classes de comportamentos funcionais quando isso serve a fins valorosos (Hayes et al., 2006; Luoma et al., 2021).

A flexibilidade psicológica tem sido compreendida como um fator importante da saúde e bem-estar para população (A-Tjak et al., 2015; Gregg et al., 2014; Kashdan & Rottenberg, 2010). Em contrapartida, a inflexibilidade psicológica, especialmente pelos processos de evitação experiencial e fusão cognitiva tem sido associados com diferentes psicopatologias e condições, como depressão, ansiedade e sofrimento psicológico (Bai et al., 2020; Gloster et al., 2019; Järvelä-reijonen et al., 2020). Compreender o papel dos processos do modelo de flexibilidade psicológica da ACT na psicopatologia e na qualidade de vida com mais clareza torna-se fundamental.

Instrumentos de mensuração são as ferramentas mais recomendadas para avaliar tanto impacto das intervenções no desfecho clínico quanto mensurar processos de psicoterapia (Leonardi et al., 2023). No Brasil, existem instrumentos que mensuram evitação experiencial (Barbosa & Murta, 2014), momento presente (Barros et al., 2015), valores (Lucena-Santos et al., 2015) e desfusão cognitiva (Lucena-Santos et al., 2017; Peixoto et al., 2019) do modelo de flexibilidade psicológica adaptados e com evidências de validade. Entretanto, outros instrumentos que mensurem diretamente o processo de ação com compromisso não foram adaptados para a população brasileira até o momento.

O processo de ação com compromisso da flexibilidade psicológica tem sido foco de poucos estudos até o momento (Doorley et al., 2020; McCracken et al., 2015). Ação com compromisso refere-se a tomada de decisão no momento presente de agir guiado por objetivos que sejam coerentes com os valores mesmo que essas ações sejam acompanhadas por falhas momentâneas ou ocorram na presença de pensamentos difíceis, desconforto e impulsividade (Hayes et al., 2006; McCracken, 2013). O processo de ação com compromisso está conectado ao processo de valores da ACT e ambos podem ser considerados processos centrais da abordagem para promover a flexibilidade psicológica (Ferreira et al., 2019; Hayes et al., 2006; Zilio, 2017). Diante disso, desenvolver o processo de ação com compromisso para se aproximar de valores pode ser considerado um comportamento adaptativo e importante para amostras clínicas e não clínicas (Doorley et al., 2020; Kashdan & Rottenberg, 2010).

A fim de mensurar o processo de ação com compromisso foi desenvolvido o *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) (McCracken et al., 2013). Esse instrumento conta com 18 itens (McCracken et al., 2013) e, posteriormente, uma versão reduzida foi criada (CAQ-8) (McCracken et al., 2015). O CAQ avalia o comprometimento em ações baseadas em valores e cada item é mensurado por uma escala *Likert* de 0, “*never true*” (nunca verdadeiro) a 6, “*always true*” (sempre verdadeiro). Os itens do fator negativo são recodificados e somados ao fator positivo para o escore total. Ambas as versões dos instrumentos não têm ponto de corte definido na literatura, quanto mais se pontua, mais ação com compromisso.

O instrumento conta com dois fatores tanto na versão original quanto breve, sendo um fator de itens positivos sobre a ação com compromisso (nove itens no CAQ e quatro itens no CAQ-8) e outro fator com itens negativos (nove itens no CAQ e quatro itens no CAQ-8). Alguns autores (Bailey et al., 2016) tem dominado o fator positivo

como persistência nos valores e o fator negativo como comportamento não reativo, entretanto, a grande parte da literatura mantém a nomenclatura original. No estudo original o CAQ obteve adequada consistência interna para o fator positivo ($\alpha=0,90$) e para o fator negativo ($\alpha=0,84$) (McCracken, 2013). A versão CAQ-8 também apresentou consistência interna adequada e muito semelhante ao instrumento com mais itens, o fator positivo obteve $\alpha=0,87$ e o fator com itens negativos $\alpha=0,80$. A consistência interna total do CAQ é de $\alpha=0,91$ e do CAQ-8 é de $\alpha=0,87$ (McCracken et al., 2015; McCracken, 2013). Além disso, o CAQ e o CAQ-8 apresentaram uma forte e positiva correlação entre si, o que demonstra que o instrumento breve tem adequada validade de construto (McCracken et al., 2015). Somada às qualidades psicométricas, o tempo necessário para aplicação representa uma possível vantagem para a utilização da versão reduzida do instrumento.

A estrutura fatorial interna do CAQ foi explorada e resultou em um modelo de dois fatores em comparação ao modelo unifatorial (McCracken, 2013). Posteriormente, uma análise fatorial confirmatória foi realizada no CAQ-8 e apresentou um modelo de dois fatores e um modelo bifatorial com estatísticas adequadas e bom ajustes em comparação ao modelo unifatorial (McCracken et al., 2015). Evidências de validade do CAQ tem sido demonstrada em outras línguas, como por exemplo, português de Portugal (Rodrigues et al., 2022; Trindade et al., 2018), alemão (Terhorst et al., 2020), sueco (Åkerblom et al., 2016), persa (Mazloom et al., 2020) e chinesa (Wong et al., 2016). Todos os estudos encontraram que ambas as versões do CAQ confirmam a estrutura de dois fatores e/ou bifatorial como modelos adequados e com bons ajustes. O estudo na Alemanha foi o único que encontrou apenas o modelo bifatorial como adequado para a sua amostra em ambas as versões (Terhorst et al., 2020).

Para investigar as evidências de validade do instrumento a aplicação do CAQ tem sido recomendada tanto em amostras de adultos saudáveis como em diferentes amostras clínicas (McCracken et al., 2015). O CAQ já foi utilizado em diferentes contextos de pesquisa, como por exemplo, em dor crônica (Gagnon et al., 2017; McCracken, 2013), transtorno alimentares (Rodrigues et al., 2022), população não clínica (Trindade et al., 2018). Apesar da evidente importância de promover o processo de ação com compromisso com os valores da flexibilidade psicológica, ainda faltam pesquisas sobre esse processo em diferentes populações e para diferentes contextos. Ainda, em nossa revisão, não identificamos nenhum instrumento para avaliar o processo de ação com compromisso da ACT foi encontrado disponível para clínicos e pesquisadores no Brasil.

Diante disso, o presente estudo teve por objetivo adaptar e investigar as propriedades psicométricas do CAQ e do CAQ-8 em uma população adulta brasileira. Foram examinadas fidedignidade (consistência interna), evidências de validade de conteúdo, validade baseada na estrutura interna e validade baseada nas relações com medidas externas dos questionários na população brasileira. O estudo teve como hipótese: a) confiabilidade adequada para o escore total e para os dois fatores do CAQ-18 e CAQ-8, b) validade de conteúdo dos itens adequadas e semelhantes ao estudo original após a tradução do instrumento para o Brasil, c) CAQ-18 e CAQ-8 mantenham a mesma estrutura fatorial do estudo original (dois fatores e/ou bifatorial) na amostra brasileira e d) CAQ-18 e CAQ-8 correlaciona-se moderada e positivamente com momento presente e qualidade de vida, enquanto correlaciona-se moderada e negativamente com evitação experiencial, depressão, ansiedade e estresse.

Método

Adaptação do Instrumento

O processo de adaptação foi iniciado após o aceite do autor original do instrumento. Na fase de adaptação seguiu-se as diretrizes de Borsa e colaboradores (2012) que sintetizaram os processos de tradução e adaptação dos instrumentos psicológicos para diferentes culturas. Logo, as etapas cumpridas foram: 1) aceite do autor do instrumento original para tradução e adaptação em outubro de 2021, 2) tradução realizada por três tradutores independentes fluentes em inglês e nativos do Brasil, sendo um deles familiarizado com o construto, 3) síntese da tradução realizada pela pesquisadora e orientador, 4) avaliação do comitê de especialistas no assunto realizada por três psicólogas com conhecimento de psicometria e sendo duas com especialização em terapias comportamentais contextuais, 5) avaliação do público-alvo realizada por quatro pessoas de diferentes idades (sendo o mais novo 24 anos e o mais velho 64 anos), 6) tradução reversa realizada por dois tradutores, 6) síntese da tradução reversa realizada pela aluna e orientador e 7) apresentação da versão para o autor do instrumento original avaliar (Borsa, et al., 2012).

Delineamento

Para o processo de avaliação das evidências de validade e da fidedignidade do instrumento foi utilizado um método transversal, observacional e correlacional.

Participantes

Participaram do estudo psicométrico 284 adultos brasileiros de diferentes regiões do país, sendo 75,3% do Sul, 14,5% do Sudeste, 3,9% do Centro-oeste, 3,9% do Nordeste e 2,5% do Norte. Os participantes apresentaram idade entre 18 e 75 anos ($M=31,41$ anos; $DP= 12,48$), sendo 80,9% do sexo feminino. 80,2% da amostra se declarou heterossexual e 84,8% branca. Quanto ao estado civil, 53% eram solteiros.

Com relação ao trabalho, 63,3% estavam trabalhando e 56,2% tinham ensino médio, técnico, superior ou pós-graduação completa. Em relação a renda familiar, 30% da amostra indicou ganhar de 3 a 6 salários-mínimos por mês. Quanto à religião, 64,2% apontaram ter alguma religião, sendo 28,8% católicos.

Ainda, 29,3% da amostra declarou nunca ter realizado acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. 45,2% relataram algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, sendo o mais declarado transtorno de ansiedade (F=29,1%) seguido de transtorno depressivo maior (F=14,7%). 56,5% dos participantes indicaram não usar nenhum remédio psiquiátrico.

Instrumentos

Os participantes responderam um questionário sociodemográfico (Apêndice A) e os seguintes instrumentos:

- a. Questionário de Ação com compromisso (*Commitment Action Questionnaire* - CAQ) (McCracken, 2013) (Apêndice B e C): o questionário de ação com compromisso é composto por 18 itens na sua versão completa e 8 itens em sua versão breve, que buscam mensurar ação com compromisso. Para o escore total, os itens do fator negativo são invertidos e somados aos escores dos itens do fator positivo, quanto mais o participante pontuar, maior as ações de compromisso com os valores. Este é o instrumento foco do presente estudo e está detalhado ao longo da introdução.
- b. Escala de Depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) (Anexo D): esta escala tem como objetivo mensurar a depressão, ansiedade e estresse, além de um construto geral de psicopatologia. A DASS conta com 21 itens sendo 7 de depressão, 7 de

ansiedade e 7 de estresse e cada item é mensurado em uma escala *Likert* de quatro pontos variando de 0 (Não se aplicou de maneira alguma) a 3 (Aplicou-se muito ou na maioria do tempo). O escore é somado separadamente em cada dimensão e dividido pelo número de itens. Quanto mais se pontua em cada dimensão, mais depressão, ansiedade ou estresse e existe uma soma total de psicopatologia. No Brasil o instrumento foi adaptado e validado por Vignola e Tucci (2014) alfa de Cronbach de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade. Na presente amostra teve um alfa de *Cronbach* foi de 0,92 para depressão, 0,87 para estresse, 0,87 para ansiedade e 0,94 para o escore total.

- c. *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) (Bond et al., 2011) (Anexo E): o objetivo do AAQ-II é mensurar a inflexibilidade psicológica, que é considerado o modelo de psicopatologia da ACT. O instrumento é unifatorial e composto por 7 itens em uma escala *Likert* de 7 pontos variando de 1 (nunca) a 7 (sempre). O escore total é feito através da soma dos itens que pode resultar no máximo em 49 pontos, assim, quanto maior a pontuação, maior é a inflexibilidade psicológica. O instrumento foi adaptado e teve evidências de validade demonstradas para o Brasil por Barbosa e Murta (2015) em uma amostra de universitários e obteve um alfa de *Cronbach* de 0,87. Em Outro estudo brasileiro (Otero, 2016) obteve um alfa de *Cronbach* de 0,93. Na presente amostra obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0,93.
- d. Escala de Atenção e Consciência Plena (MAAS) (Brown & Ryan, 2003) (Anexo F): a escala de atenção e consciência plena tem como objetivo mensurar o quão presente a pessoa está em sua vida através de um modelo

unifatorial. A escala é composta por 15 itens que são respondidos em uma escala *Likert* de 6 pontos variando de 1 (quase sempre) a 6 (quase nunca). O escore total é feito através da soma de todos os itens dividido por 15, sendo a maior pontuação possível 90 pontos e a menor 15 pontos. Assim, quanto mais a pessoa pontuar na escala maior é seu nível de atenção e consciência plena. No Brasil a escala foi adaptada teve evidências de validade demonstradas (Barros et al., 2015) obtendo a confirmação do modelo unifatorial e alfa de *Cronbach* de 0,83. Na presente amostra o alfa de *Cronbach* foi de 0,86.

- e. WHOQOL-bref (Harper et al., 1998) (Anexo G): o WHOQOL é um instrumento que tem como objetivo mensurar a qualidade de vida através de quatro fatores: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e meio ambiente (8 itens). O WHOQOL-bref é composto por 26 itens, sendo 2 perguntas gerais sobre qualidade de vida e 24 itens referentes aos fatores, que são respondidos em uma escala *Likert* de 5 pontos variando de 1 (nada) a 5 (completamente). O escore é feito através da soma dos itens de cada dimensão, sendo que quanto mais a pessoa pontuar, maior a qualidade de vida. Além disso, o WHOQOL também resulta em um escore total, que é a soma de todas as dimensões. No Brasil o WHOQOL-bref foi adaptado e teve evidências de validade demonstradas (Fleck et al., 2000) apresentando um alfa de *Cronbach* que varia de 0,69 até 0,84 entre as dimensões e de 0,91 para o escore total (Fleck et al., 2000). Na presente amostra o alfa de *Cronbach* variou de 0,69 a 0,83 e o escore total foi de 0,92.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de forma *online* através de um questionário anônimo pelo plataforma *Forms* da *Microsoft*. O convite para coleta *online* foi divulgado por meio de um *card* explicativo em redes sociais, como *Facebook*, *Whatsapp*, *Instagram*. O *card* continha informações sobre o estudo, como o objetivo principal da pesquisa, critérios de inclusão e o *link* de acesso ao formulário. Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo o comitê de especialistas e o público alvo da fase de adaptação do instrumento (Apêndice H e I).

Procedimentos éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) seguindo as diretrizes das resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016) sob o número CAAE 59066722.7.0000.5344 (Apêndice J). Apenas pós o aceite do TCLE, os participantes tinham acesso e preenchiam os questionários da pesquisa. Em média os participantes demoraram 35 minutos para responder a pesquisa e ao final, como forma de agradecimento tiveram acesso a um material psicoeducativo sobre o modelo de flexibilidade psicológica da ACT.

Procedimento de análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados de maneira quantitativa a partir dos programas estatísticos *IBM SPSS Statistics*, versão 22.0 e do *JASP* versão 0.14.1 considerando o grau de significância de 5%. Foram realizadas análises descritivas (frequência, porcentagem, média e desvio padrão), a fim de delinear o perfil dos dados coletados (idade, escolaridade, sexo, estado civil). Foi verificada a distribuição da amostra para a utilização de estatísticas paramétricas ou não paramétricas para as

análises inferenciais.

As evidências de validade de conteúdo foram calculadas através do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) respondido pelo comitê de especialistas. O CVC avaliou a clareza da linguagem, pertinência para a cultura alvo e relevância teórica dos itens através de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos variando de 1 (não está/é claro, pertinente ou relevante) a 5 (está/é bastante claro, pertinente ou relevante). Para que sejam considerados adequados os itens precisam obter $>0,80$ (Cassepp-Borges et al., 2010).

A fidedignidade do CAQ foi mensurada através da consistência interna pelo Alfa de *Cronbach*, em que valores de $\alpha >,7$ indicam confiabilidade adequada (Sampieri et al., 2013; Urbina, 2007). Adicionalmente, foi utilizado o coeficiente Ômega de McDonald, que tem sido considerado uma medida mais atual e confiável de fidedignidade dos escores de um instrumento. Para verificar evidências de validade baseadas na estrutura interna foi realizada Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009).

A AFC foi implementada pelo pacote *Lavaan* inserido no programa estatístico JASP. Foi utilizado o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), que permite tratar os dados como ordinais e não requer a normalidade dos dados como pressuposto (Brown, 2006). Como índices de qualidade do ajuste foram utilizados *Qui-quadrado* (χ^2), o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Índice de Tucker Lewis* (TLI), *Standardized Root Mean Residual* (SMRM) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90%. O modelo foi considerado adequado quando valores de CFI e TLI superiores a 0,90 (preferencialmente igual ou maiores que 0,96), valores de RMSEA igual ou menor que 0,08 (com o intervalo de confiança superior de 90% não excedendo 0,10). O valor de

SRMR deve ser menor que 0,10. Análises Fatoriais Confirmatórias Multigrupos (AFCMG) também foram executadas para verificar a invariância do CAQ para os diferentes grupos: clínico (que declararam histórico de diagnóstico psiquiátrico) e controle. É indicado que entre invariância métrica, escalar e de configuração, para que se assume a invariância estrutural entre os grupos, é aceitável uma diferença de no máximo 0,010 no índice de ajuste CFI e ausência de diferença significativa entre os χ^2 dos modelos (Brown, 2006; Hair et al., 2009).

Por fim, as evidências de validade baseada nas relações com outras variáveis, como validade convergente e divergente foram executadas através de análises de Correlação de *Spearman* depois de ser realizado o teste de *Shapiro-Wilk* que apresentou a amostra como não paramétrica. Para validade convergente correlacionou-se o CAQ com o MAAS e WHOQOL. Já para validade divergente com AAQ-II e DAAS-21.

Resultados

Adaptação do CAQ para o Brasil

Os 18 itens do CAQ foram traduzidos por três tradutores. Na síntese da tradução, também não foram realizados ajustes, já que as três traduções estavam muito semelhantes. Os itens do CAQ são itens claros, simples e comportamentais, o que tornaram as sentenças muito adequadas em português, sem a necessidade de maiores ajustes. Para a versão brasileira nomeou-se o instrumento de CAQ-18Br e CAQ-8Br.

Na avaliação do comitê de especialistas foram feitas algumas sugestões, como por exemplo, alterar a palavra “falha” ou “fracasso”, ambas originadas da palavra em inglês *fail*, para o termo “não conseguir”. Então, modificou-se o item 2 de “Quando eu fracasso em atingir uma meta, eu posso mudar a forma de como abordá-la” (*When I fail in reaching a goal, I can change how I approach it*) para “Quando eu não consigo

atingir um objetivo, eu posso mudar minha forma de alcançá-lo”. O item 14 também foi modificado de “Se eu assumir um compromisso e mais tarde falhar em alcançá-lo, então eu o abandono” (*If I make a commitment and later fail to reach it, I then drop the commitment*) para “Se eu assumir um compromisso e mais tarde não conseguir alcançá-lo, então eu o abandono”.

Além disso, as avaliadoras notaram que no item 8 traduzido para “Quando eu não consigo alcançar o que quero fazer, faço questão de nunca mais fazer isso” (*When I fail to achieve what I want to do I make a point to never do that again*) era necessário o acréscimo da expressão “de novo” no final da frase, logo o item 8 final ficou “Quando eu não consigo alcançar o que quero fazer, faço questão de nunca mais fazer isso de novo”.

Na avaliação da população alvo, os quatro participantes fizeram sugestões e todas foram consideradas. O item 11 “É mais provável que eu seja guiado pelo que eu sinto do que pelos meus objetivos” (*I am more likely to be guided by what I feel than by my goals*) foi sugerido substituir a expressão “eu sinto” para “sentimentos”, pensando na melhor coerência da frase. Logo o item 11 final ficou em “É mais provável que eu seja guiado pelos meus sentimentos do que pelos meus objetivos”. Da mesma maneira, o item 12 que anteriormente era “Eu sou capaz de perseguir meus objetivos tanto quando parecem fáceis como quando parecem difíceis” (*I am able to pursue my goals both when this feels easy and when it feels difficult*) foi considerado um pouco complexo. Por isso, foi sugerida a simplificação para “Eu sou capaz de perseguir meus objetivos quando parecem fáceis e quando parecem difíceis”. O mesmo ocorreu com o item 13 que passou de “Eu sou capaz de persistir no que estou fazendo ou de mudar o que estou fazendo, dependendo do que me ajuda a alcançar meus objetivos” (*I am able to persist in what I am doing or to change what I am doing*

depending on what helps me reach my goals) para “Eu sou capaz de persistir ou mudar o que estou fazendo, dependendo do que me ajuda a alcançar meus objetivos”.

Por fim, a população alvo sugeriu que a palavra “desanimadoras” fosse trocada pela palavra “desconfortáveis” no item 15 traduzido para “Eu sou capaz de permitir experiências desanimadoras no processo de perseguir meus planos de longo prazo” (*I am able to incorporate discouraging experiences into the process of pursuing my long-term plans*). Os pesquisadores ficaram em dúvida sobre a alteração dessa palavra devido ao significado do item. Na etapa de avaliação do autor original, esse item foi apontado pelo autor que recomendou manter a palavra “desanimadoras”, pois uma experiência pode ser desanimadora, mas não necessariamente desconfortável ou vice-versa. Por exemplo, fazer exercício é desconfortável, mas isso não necessariamente causa desânimo ou desmotivação. Logo, o item 15 foi mantido com a palavra “desanimadoras”. Ademais, o autor original do instrumento não fez outras contribuições.

Propriedades Psicométricas do CAQ para o Brasil

Evidências baseada no conteúdo

O comitê de especialistas forneceu uma avaliação em uma escala *Likert* de 5 pontos para cada item traduzido de acordo com: a) clareza da linguagem, b) pertinência para a cultura alvo e c) relevância teórica (Cassepp-Borges et al., 2010) para o cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) foi calculado. Individualmente todos os itens apontaram resultados acima de 0,80. O conjunto de 18 itens do CAQ18-Br apresentou CVC 0,91 para clareza, 0,96 para pertinência e 0,96 para relevância. Já o conjunto de 8 itens do CAQ-8Br apresentou CVC 0,91 para clareza, 0,95 para pertinência e 0,95 para relevância. Esses resultados apontam para adequada validade de conteúdo e itens aceitáveis na versão completa e breve do instrumento.

Fidedignidade

O Alfa de *Cronbach* foi calculado para obter a consistência interna do CAQ-18Br e sua versão breve. Os 18 itens do instrumento obtiveram resultado adequado ($\alpha=0,89$), assim como a versão CAQ-8Br ($\alpha=0,83$). O Ômega de McDonald também apresentou resultados excelentes para a versão completa ($\omega=0,88$) e breve do instrumento ($\omega=0,82$). Em relação aos fatores, o fator positivo do CAQ-18Br apresentou $\alpha=0,91$ e $\omega=0,91$, já a versão breve obteve $\alpha=0,89$ e $\omega=0,89$ no fator positivo. O fator negativo da versão de 18 itens apontou $\alpha=0,84$ e $\omega=0,84$, enquanto o CAQ-8Br apresentou $\alpha=0,75$ e $\omega=0,76$ para o mesmo fator.

Evidência baseada na estrutura interna

Foram testados três modelos (unifatorial, de dois fatores e bifator). Para o CAQ-18Br o modelo de mensuração unifatorial não obteve ajustes adequados, o de dois fatores ficou dentro do limite da adequação dos valores de ajustes e o modelo bifator obteve índice de ajuste adequado. Para o CAQ-8Br os dados não se ajustaram ao modelo unifatorial, já os modelos de dois fatores e bifator tiveram índices de ajuste aceitáveis. Os resultados dessas análises podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1. Análise Fatorial Confirmatória do CAQ-18Br e CAQ-8Br

Modelos	Índices de ajuste			Resíduos	Índices comparativos				
	χ^2	gl	p		RMSEA	90% CI (inf-sup)	SRMR	CFI	TLI
CAQ-18Br	Um fator	1418.129	135	<,001	0,183	0,175-0,192	0,127	0,939	0,931
	Dois fatores	309.921	134	<,001	0,068	0,058 -0,078	0,060	0,992	0,991
	Bifator	128.205	117	0,226	0,018	0,000-0,036	0,038	0,999	0,999
CAQ-8Br	Um fator	306.709	20	<,001	0,225	0,203-0,248	0,124	0,951	0,931
	Dois fatores	14.500	19	0,754	0,000	0,000-0,037	0,029	0,999	0,999
	Bifator	5.078	12	0,955	0,000	0,000-0,000	0,016	1,000	1,000

Notas. IC90% = intervalo de confiança de 9%; χ^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; p= estatística do teste; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; Inf = Inferior e Sup = Superior.

Os pesos padronizados dos itens em relação aos fatores das subescalas na análise de estrutura de dois fatores e bifator, com intervalo de confiança de 90%, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Carga fatorial dos itens na estrutura de dois fatores e bifator

Item	CAQ-18Br		CAQ-8Br		Itens versão breve
	Estrutura dois fatores	Estrutura bifator	Estrutura dois fatores	Estrutura bifator	
1	0.642	0.597			
2	0.475	0.658			
3	0.473	0.710	0.859	0.711	✓
4	0.428	0.756	0.879	0.704	✓
5 ⁿ	0.543	0.192*			
6	0.528	0.657	0.818	0.735	✓
7	0.471	0.654	0.820	0.694	✓
8 ⁿ	0.414	0.519			
9 ⁿ	0.542	0.205			
10 ⁿ	0.549	0.289	0.504	0.637	✓
11 ⁿ	0.441	0.432			
12	0.594	0.535			
13	0.639	0.343			
14 ⁿ	0.374	0.655			
15	0.369	0.228			
16 ⁿ	0.496	0.536	0.785	0.782	✓
17 ⁿ	0.629	0.486	0.796	0.201*	✓
18 ⁿ	0.455	0.411	0.645	0.232*	✓

Notas. Cargas padronizadas de ambas as versões. * no item 5, 17 e 18 significam que p não foi significativo somente nesses itens. ⁿ indica os itens do fator negativo da escala.

A seguir, a Figura 2 demonstra o modelo bifator do CAQ-8Br, que mensura tanto um fator geral de ação com compromisso quanto um fator positivo e negativo.

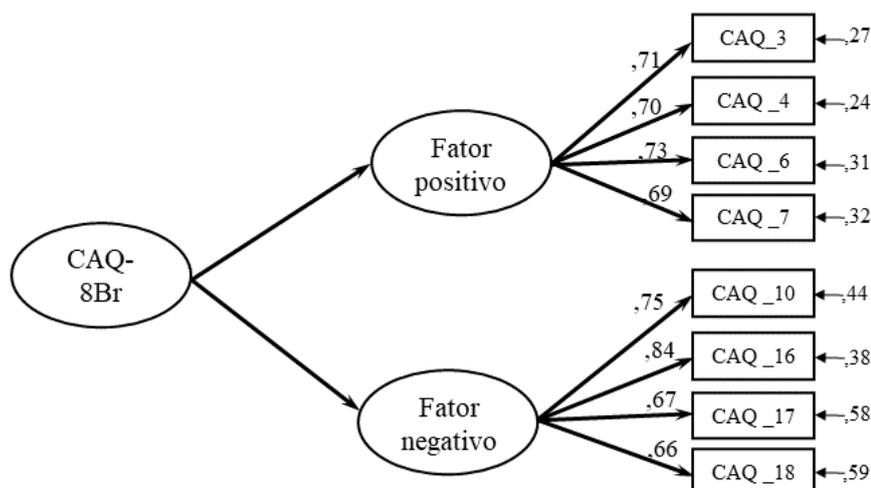


Figura 2. Modelo bifator do CAQ-8Br

Para verificar a invariância entre grupo clínico autorrelatado e controle foram realizadas AFCMG métrica, escalar e configural para o CAQ-8Br tanto no modelo de dois fatores quanto no modelo bifator. Foi verificado que é possível assumir a invariância de parâmetros entre os grupos da amostra, conforme indica a Tabela 3. Esse resultado indica adequação para a aplicação do CAQ-8Br em população clínica e saudável.

Tabela 3. Análise fatorial confirmatória multigrupo entre grupo clínico autorrelatado e controle

Modelo	Invariância da medida	Índices de Ajuste				
		RMSEA (90% IC)	SRMR	TLI	CFI	ΔCFI
<i>Grupo clínico versus controle</i>						
CAQ-8Br Dois fatores	Invariância Configural	0,027 (0,000-0,067)	0,046	0,999	0,999	-
	Invariância Métrica	0,050 (0,000-0,080)	0,054	0,996	0,997	0,002
	Invariância Escalar	0,021 (0,000-0,052)	0,052	0,999	0,999	0,002
<i>Grupo clínico versus controle</i>						
CAQ-8Br Bifator	Invariância Configural	0,000 (0,000-0,000)	0,027	1,005	1,000	-
	Invariância Métrica	0,048 (0,000-0,081)	0,051	0,997	0,998	0,002
	Invariância Escalar	0,010 (0,000-0,050)	0,048	1,000	1,000	0,002

Nota. CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; ΔCFI= Delta Comparative Fit Index.

Evidência baseada nas relações com outras variáveis

Para avaliar evidências de validade de tipo convergente foram correlacionados

os escores do CAQ-18Br e o CAQ-8Br com os dos instrumentos WHOQOL e MAAS. O CAQ-18Br correlacionou-se moderada e positivimamente com qualidade de vida total ($\rho = 0,49$) e seus quatro domínios: físico ($\rho = 0,44$), psicológico ($\rho = 0,49$), social ($\rho = 0,36$) e ambiental ($\rho = 0,31$).

Momento presente também correlacionou-se como o esperado com o CAQ-18Br ($\rho = 0,40$). Já para validade divergente correlacionou-se os instrumentos com a AAQ-II e DAAS-21. Novamente, conforme o esperado o CAQ-18Br correlacionaram-se moderada e negativamente com evitação experiência ($\rho = -0,55$), depressão ($\rho = -0,43$), ansiedade ($\rho = -0,38$) e estresse ($\rho = -0,40$). Também, houve correlação alta entre as duas versões do instrumento CAQ-18Br e o CAQ-8Br ($\rho = 0,95$).

A Tabela 4 a seguir demonstra os resultados do CAQ-8Br, que foram muito semelhantes ao CAQ-18Br. Além disso, a tabela acrescenta a correlação entre os fatores do instrumento breve com cada construto que deveriam convergir e divergir.

Tabela 4. Correlação entre o CAQ-8 para validade convergente e divergente

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 CAQ-8	-												
2 fator positivo	,84**	-											
3 fator negativo	,80**	,40**	-										
4 WHOQOL	,50**	,37**	,50**	-									
5 físico	,42**	,32**	,42**	,84**	-								
6 psicológico	,51**	,40**	,49**	,88**	,69**	-							
7 social	,37**	,25**	,39**	,83**	,51**	,58**	-						
8 ambiente	,28**	,20**	,28**	,66**	,56**	,53**	,48**	-					
9 MAAS	,41**	,31**	,39**	,50**	,43**	,52**	,33**	,29**	-				
10 AAQ-II	-,53**	-,35**	-,57**	-,72**	-,60**	-,73**	-,48**	-,50**	-,50**	-			
11 DASS_Depressão	-,44**	-,31**	-,47**	-,75**	-,56**	-,79**	-,54**	-,49**	-,40**	0,72**	-		
12 DASS_Ansiedade	-,37**	-,21**	-,42**	-,57**	-,53**	-,57**	-,34**	-,46**	-,40**	0,68**	,65**	-	
13 DASS_Estresse	-,40**	-,24**	-,46**	-,60**	-,53**	-,61**	-,40**	-,37**	-,45**	,66**	,71**	,73**	-
14 DASS_Total	-,44**	-,28**	-,50**	-,73**	-,60**	-,75**	-,49**	-,48**	-,46**	,77**	,71**	,73**	,90**

Nota. WHOQOL mensurando qualidade de vida e suas dimensões: física, psicológico, social e ambiente; Momento presente mensurado pela escala MAAS; Evitação Experiencial mensurada pelo AAQ-II; Depressão, Ansiedade, Estresse e psicopatologia mensurados pela DAAS-21.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo adaptar e investigar as propriedades psicométricas do CAQ-18Br e do CAQ-8Br em uma população adulta brasileira para fornecer uma medida de ação com compromisso – um dos pilares do modelo de flexibilidade psicológica da ACT. Foram realizadas análises para evidências de validade de conteúdo, de validade baseada na estrutura interna, de validade baseadas nas relações com medidas externas convergentes e divergentes, e de fidedignidade. A adaptação foi realizada para o português brasileiro e ambas as versões apresentaram boas evidências de validade para o Brasil.

A validade de conteúdo foi realizada através do coeficiente de validade de conteúdo (CVC) que avaliou cada item do CAQBr em três dimensões: a) clareza da linguagem, b) pertinência para a cultura alvo e c) relevância teórica. O conjunto de itens atingiu resultados maiores que 0,90 em cada dimensão. Isso aponta que os itens traduzidos avaliam de maneira adequada o construto de ação com compromisso. Além disso, a validade de conteúdo realizada tanto com o comitê de especialistas quanto com a população alvo reforça a adequação e compreensão dos itens para a língua portuguesa do Brasil. Após a adequação dessa primeira evidência de validade as outras foram realizadas.

A consistência interna de ambas as versões foi medida através do Alfa de Cronbach e do Ômega de McDonald. Ambas as mensurações apontaram boa fidedignidade para os escores total do instrumento, fator positivo e fator negativo separadamente. O coeficiente mais baixo foi para o fator negativo do instrumento, o que é consistente com o estudo original e outros de adaptações da escala (Åkerblom et al., 2016; Gagnon et al., 2017; McCracken et al., 2015; Wong et al., 2016). O fator

negativo do CAQ tem uma consistência interna menor que o fator positivo, entretanto, ainda nos limites adequados para o instrumento psicométrico (Sampieri et al., 2013).

Para a evidência de validade baseada na estrutura interna do CAQ-18Br e CAQ-8Br competiram três modelos na AFC. O modelo de um fator obteve índices de ajustes inadequados, resultando no pior modelo para ambas as versões. No CAQ-18 tanto o modelo de dois fatores quanto o bifator encontram-se adequados, sendo o modelo bifator o com os melhores índices de ajustes. O estudo original do instrumento apenas explora a estrutura de dois fatores (McCracken, 2013) e a única adaptação posterior que testou o modelo bifator para o instrumento completo foi o estudo da Alemanha (Terhorst et al., 2020). O presente estudo optou por analisar tanto a estrutura original de dois fatores quanto a estrutura bifator do CAQ-18Br, pois a versão de oito itens do instrumento informa a possibilidade de um escore geral sobre ação com compromisso, por isso, recomenda testar o modelo com essa forma de estrutura (McCracken et al., 2015).

No CAQ-8Br o modelo de dois fatores e bifator também obtiveram bons índices de ajuste, mantendo a estrutura proposta teoricamente e replica o estudo inglês original que testou ambas as estruturas (McCracken et al., 2015). Essa estrutura tem se demonstrado estável com os dados obtidos em outras adaptações (Åkerblom et al., 2016; Mazloom et al., 2020; Rodrigues et al., 2022; Terhorst et al., 2020; Trindade et al., 2018). Esses resultados apontam que o CAQ mensura tanto um modelo geral de ação com compromisso quanto um modelo multidimensional, que engloba aspectos positivos e negativos da ação com compromisso. O instrumento informa através do escore total o quão comprometido a perseguir um comportamento direcionado a objetivos uma pessoa está, ao mesmo tempo em que captura os aspectos positivos e negativos desse processo de ação com compromisso. O fator positivo do instrumento

refere-se à persistência em metas que contribuam para alcançar valores, mesmo que estas sejam difíceis, já o fator negativo refere-se a comportamentos impulsivos e reativos frente a possíveis falhas que implicam em comportamentos que o afastam dos valores. Os presentes resultados sugerem que uma estrutura de dois fatores e bifator são igualmente adequadas para a amostra brasileira dando suporte psicométrico ao CAQ-Br.

Devido a adequação do CAQ-8Br tanto no modelo de dois fatores quanto no bifator resolveu-se testar a invariância de ambos os modelos em relação ao grupo clínico com diagnóstico psiquiátrico autorrelatado e controle. Em ambos os modelos a invariância do modelo foi adequada para o CAQ-8Br. Esse resultado permite dizer que versão do CAQ-8Br é comparável entre um grupo saudável e um clínico o que permitiria seu uso no contexto da clínica. Cabe ressaltar, que as categorias foram baseadas em autorrelato de presença ou ausência clínica, diante disso, ressalta-se a importância de novos estudos com uma população clínica avaliada propriamente através de outras medidas para além do autorrelato.

No presente estudo o CAQ-18Br e CAQ-8Br obtiveram alta correlação entre eles ($\rho = 0,95$) e o padrão de correlação das duas versões com medidas externas foi semelhante, o que pode apontar que a redução no número de itens não alterou a medição do construto. Por isso, deu-se foco as correlações entre o CAQ-8Br e seus fatores com outras variáveis externas. Como o esperado, o CAQ-8Br correlacionou-se moderada e positivamente com momento presente e qualidade de vida, o que está de acordo com o modelo de flexibilidade psicológica da ACT (Åkerblom et al., 2016; Kashdan et al., 2020; McCracken et al., 2015; McCracken, 2013). Ressalta-se que o domínio psicológico da qualidade de vida foi a associação mais forte e positiva com ação com compromisso, o que indica que o instrumento está mensurando um fenômeno psicológico. Ainda, tanto o fator positivo do instrumento quanto o fator negativo

apresentaram correlações significativas com os construtos convergentes, indicando que quanto mais persistência em metas que aproximem de valores e comportamentos não reativos ou impulsivos, maior a qualidade de vida e atenção com o momento presente (Masuda & Tully, 2012; McCracken et al., 2015; Terhorst et al., 2020).

Ainda, o CAQ-8Br correlacionou-se moderada e negativamente com evitação experiencial, depressão, ansiedade e estresse, todos processos associados com psicopatologia e inflexibilidade psicológica (Bond et al., 2011; Dindo et al., 2017; Doorley et al., 2020). O fator positivo e negativo do instrumento também se correlacionou como o esperado. Destaca-se que o fator negativo, que se refere a comportamentos não reativos ou impulsivos, apresentou correlações mais fortes, o que já foi encontrado em outros estudos (Gagnon et al., 2017; Wong et al., 2016). As correlações mais fortes do fator negativo foram, especialmente, com a inflexibilidade psicológica e psicopatologia. Esses resultados do ponto de vista teórico, podem ser interpretados que quanto menos inflexível, fusionado com seus próprios comportamentos internos (pensamentos e sentimentos) e baseado no princípio da esquiva de experiência aversiva (reativo/impulsivo) o indivíduo fica, mais livre ele está para escolher as suas ações (Hayes et al., 2006). Esses resultados acumulam evidências de validade para o CAQ-Br e seus fatores, ao apontar que o instrumento mensura um construto convergente com a flexibilidade psicológica e divergente com aspectos da inflexibilidade psicológica.

Ação com compromisso refere-se a perseguir ou mudar comportamentos baseados em objetivos que, se alcançados, aproximam o indivíduo de seus valores. Esse processo é de extrema importância no modelo de flexibilidade psicológica da ACT e está agrupado com o processo de valores (Doorley et al., 2020; Kashdan & Rottenberg, 2010). Na prática clínica pode-se notar que esse processo pode comportar diferentes

habilidades aprendidas pelos pacientes, que os levem em direção aquilo que é importante. Mensurar o quanto a pessoa está comprometida com seus comportamentos de mudança torna-se essencial para o planejamento de intervenções. Ainda, o baixo comprometimento com comportamentos de mudança parece estar associado a diferentes psicopatologias (Bond et al., 2011; Dindo et al., 2017).

Ambas as versões do CAQ-Br podem ser consideradas medidas confiáveis para mensurar ação com compromisso em adultos no Brasil. Em especial, sua versão breve (CAQ-8Br) apresenta algumas vantagens, como diminuição do tempo de aplicação, mantendo propriedades psicométricas (fidedignidade e estrutura fatorial) semelhantes ao CAQ-18Br. Assim, encorajamos a utilização do CAQ-8Br para o campo de estudos da flexibilidade psicológica e para a clínica no país. O uso do CAQ-8 já vem sendo encorajado em diferentes países que validaram apenas a escala na versão breve (Mazloom et al., 2020; Rodrigues et al., 2022; Trindade et al., 2018; Wong et al., 2016). Posição confirmada em comunicação informal pelo autor do instrumento original.

O presente estudo conta com limitações, particularmente quanto aos procedimentos de coleta e amostra obtida. A maior parte da amostra foi coletada no sul do país, especialmente, do estado do Rio Grande do Sul e pode não abranger toda a diversidade cultural das diferentes regiões do país. Ainda, a maior parte da amostra é composta por mulheres com níveis altos de escolaridade, o que mais uma vez, pode não ser representativo de toda a população. Todos os participantes foram recrutados através de um levantamento divulgado nas redes sociais. Portanto, recomenda-se que novos estudos sejam realizados com amostras clínicas para testar a validade de critério e preditiva do CAQ-8Br.

Apesar das limitações, o estudo contou com uma amostra grande de participantes. Foram averiguadas diversas evidências de validade e os resultados

parecem promissores para avaliação de ação com compromisso no Brasil através do CAQ-8Br e 18Br. Assim, o CAQ encontra-se como uma medida confiável para mensurar ação com compromisso para prática clínica e para contribuir com a pesquisa na crescente literatura do modelo de flexibilidade psicológica da ACT no país.

Referência

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30–36.
<https://doi.org/10.1159/000365764>
- Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L. M. (2016). A Validation and Generality Study of the Committed Action Questionnaire in a Swedish Sample with Chronic Pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, *23*(3), 260–270.
<https://doi.org/10.1007/S12529-016-9539-X/TABLES/4>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *260*, 728–737.
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.09.040>
- Bailey, R. W., Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G., & Ashworth, J. (2016). Examining Committed Action in Chronic Pain: Further Validation and Clinical Utility of the Committed Action Questionnaire. *The Journal of Pain*, *17*(10), 1095–1104. <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2016.06.011>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *34*–49. <https://doi.org/1982-3541>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico-USF*, *20*(1), 75–85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Barros, V. V. de, Kozasa, E. H., De Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2015). Validity

evidence of the brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 87–95.

<https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.

<https://doi.org/10.1016/J.BETH.2011.03.007>

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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.

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 (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506–

520). Artmed Editora.

- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, *14*(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, *14*(12), 1–11. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- Ferreira, T. A. da S., Simões, A. S., Ferreira, A. R., & dos Santos, B. O. S. (2019). What are Values in Clinical Behavior Analysis? *Perspectives on Behavior Science* *2019* *43:1*, *43*(1), 177–188. <https://doi.org/10.1007/S40614-019-00219-W>
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Revista de Saúde Pública*, *34*(2), 178–183. www.fsp.usp.br/rsp
- Gagnon, J., Dionne, F., Balbinotti, M., & Monestès, J. L. (2017). Dimensionality and validity of the Committed Action Questionnaire (CAQ-8) in a chronic pain and university student population. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.06.002>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Aggeler, T., Geisser, N., Juillerat, G., Schmidlin, N., Müller-Siemens, S., & Gaab, J. (2019). Psychoneuroendocrine evaluation of an acceptance and commitment based stress management training. *Psychotherapy Research*, *29*(4), 503–513. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1380862>
- Gregg, J. A., Namekata, M. S., Louie, W. A., & Chancellor-Freeland, C. (2014). Impact

of values clarification on cortisol reactivity to an acute stressor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 299–304.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.002>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009).

Introdução. In *Análise multivariada de dados* (6th ed., pp. 37–39). Bookman Editora. [https://books.google.com.br/books?hl=pt-](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=oFQs_zJI2GwC&oi=fnd&pg=PA7&ots=KJ1NPc-byq&sig=bfZ_9mb1wa4xyKf4l1c-T-Zew9w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[BR&lr=&id=oFQs_zJI2GwC&oi=fnd&pg=PA7&ots=KJ1NPc-](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=oFQs_zJI2GwC&oi=fnd&pg=PA7&ots=KJ1NPc-byq&sig=bfZ_9mb1wa4xyKf4l1c-T-Zew9w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[byq&sig=bfZ_9mb1wa4xyKf4l1c-T-Zew9w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=oFQs_zJI2GwC&oi=fnd&pg=PA7&ots=KJ1NPc-byq&sig=bfZ_9mb1wa4xyKf4l1c-T-Zew9w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Harper, A., Power, M., Orley, J., Herrman, H., Schofield, H., Murphy, B., Metelko, Z.,

Szabo, S., Pibernik-Okanovic, M., Quemada, N., Caria, A., Rajkumar, S., Kumar, S., Saxena, S., Chandiramani, K., Amir, M., Bar-On, D., Tazaki, M., Noji, A., ...

Sartorius, N. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and

the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance

and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Järvelä-reijonen, E., Puttonen, S., Karhunen, L., Sairanen, E., & Laitinen, J. (2020). The

Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Intervention on Inflammation and Stress Biomarkers : a Randomized Controlled Trial.

International Journal of Behavioral Medicine, 27, 539–555.

Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & Mcknight, P. E.

- (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829–850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Leonardi, J. L., Máximo, T., Bacchi, A. D., & Josua, D. (2023). Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica TT - Evidence-based practice in psychology and the efficacy of clinical behavior analysis. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 14(01). <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-27092016-154635/>
- Lovibond, P. F., & Lovibond S H. (1995). *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)*. Behaviour Research and Therapy.
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Silva Oliveira, M. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2017.02.004>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. da 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. da S. Oliveira (Eds.), *Terapias Comportamentais Contextuais: guias para terapeutas* (1st ed., pp. 273–309). Sinopsys editora.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2021). Os seis processos centrais da ACT e seus respectivos processos. In J. B. Luoma, S. C. Hayes, & R. D. Walser (Eds.),

Aprendendo ACT: manual de habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para terapeutas (2nd ed., pp. 27–51). Sinopsys Editora.

- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *17*(1), 66–71.
<https://doi.org/10.1177/2156587211423400>
- Mazloom, M., Mohammadkhani, S., Akbari, M., & Hasani, J. (2020). Psychometric Properties of the Committed Action Questionnaire, the Persian Version. *Practice in Clinical Psychology*, *8*(2), 153–162. <https://doi.org/10.32598/JPCP.8.2.680.1>
- McCracken, L., Chilcot, J., & Norton, S. (2015). Further development in the assessment of psychological flexibility: A shortened Committed Action Questionnaire (CAQ-8). *European Journal of Pain*, *19*(5), 677–685. <https://doi.org/10.1002/ejp.589>
- McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *Journal of Pain*, *14*(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>
- Otero, T. B. (2016). *Evidências de validade do AAQ-2 (Questionário de Aceitação e Ação II) em profissionais da atenção primária à saúde no Brasil e correlações com ansiedade, mindfulness e autocompaixão* [Universidade Federal de São Paulo]. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41857>
- Peixoto, E. M., Honda, G. C., Gagnon, J., Nakano, T. de C., Rocha, G. M. A. da, Zanini, D. S., & Balbinotti, M. A. A. (2019). Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ): novas evidências de validade e invariância transcultural. *Psico*, *50*(1), e27851. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.1.27851>
- Rodrigues, T. F., Vieira, A. I., Vaz, A. R., Brandão, I., Timóteo, S., Nunes, P.,

- Fernandez-Aranda, F., & Machado, P. P. P. (2022). The factorial structure and psychometric properties of the Committed Action Questionnaire (CAQ-8) in a Portuguese clinical sample with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(1), 222–229. <https://doi.org/10.1002/PPP.2621>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2013). Definição do alcance da pesquisa a ser realizada: exploratória, descritiva, correlacional ou explicativa. In R. H. Sampieri, C. F. Collado, & M. del P. B. Lucio (Eds.), *Metodologia de pesquisa* (pp. 99–110). Penso editora.
- Terhorst, Y., Baumeister, H., Mccracken, L. M., & Lin, J. (2020). Further development in the assessment of psychological flexibility: validation of the German committed action questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(260), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01497-8>
- Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Developments on committed action: Validity of the CAQ-8 and analysis of committed action's role in depressive symptomatology in breast cancer patients and healthy individuals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e42–e50. <https://doi.org/10.1002/PPP.2125>
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica* (S. Urbina (ed.); 1st ed.). Artmed Editora.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wong, W. S., McCracken, L., Wong, S., Chen, P. P., Chow, Y. F., & Fielding, R. (2016). The Chinese Version of the 8-Item Committed Action Questionnaire (ChCAQ-8): A preliminary analysis of the factorial and criterion validity.

Psychological Assessment, 28(6), e111–e118. <https://doi.org/10.1037/PAS0000187>

Zilio, D. (2017). Algumas considerações sobre a terapia de aceitação e compromisso (ACT) e o problema dos valores. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 2(2), 159–165. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v2i2.61>

Estudo Empírico II

Evidências de Validade da *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) e da versão reduzida (CPAQ-8) para o Brasil

Resumo

O objetivo do estudo foi adaptar o CPAQ-20 e CPAQ-8 para o Brasil, além de obter evidências de validade com um grupo clínico autorrelatado com maior e menor aceitação da dor em relação a variável qualidade de vida. Após a adaptação iniciou-se a coleta para o estudo psicométrico com 292 participantes, sendo 49 do grupo clínico autorrelatado de dor crônica, com idade média de 31,68 anos (DP=12,51 anos). A análise fatorial confirmatória indicou o ajuste do modelo teórico de dois fatores do CPAQ aos dados coletados na versão brasileira. As correlações de Spearman foram nas direções esperadas para validades divergentes (pensamentos catastróficos da dor e psicopatologia), convergentes (qualidade de vida) e concorrente (ações com compromisso). Correlações foram realizadas apenas com o grupo clínico autorrelatado e os resultados foram semelhantes, com exceção do fator disposição para dor. As análises de fidedignidade indicaram excelentes níveis de consistência pelos índices α de Cronbach e ω de McDonald e 49 participantes realizaram o reteste. A qualidade de vida diferiu significativamente entre os grupos de maior e menor aceitação da dor crônica. O CPAQ foi adaptado e foram demonstradas evidências de validade e de fidedignidade do instrumento para uso clínico e em pesquisas em dor crônica no Brasil.

Palavras-chaves: psicometria, dor crônica, entrevista psicológica, qualidade de vida, terapia de aceitação e compromisso.

Abstract

The objective of the study was to adapt the CPAQ-20 and CPAQ-8 to Brazil, in addition to obtaining evidence of validity with a clinical group with high and low acceptance of pain in relation to the quality of life variable. After adaptation, data collection for the psychometric study began with 292 participants, 49 of whom were in the chronic pain clinical group, with a mean age of 31.68 years (SD=12.51 years). Confirmatory factor analysis indicated the fit of the CPAQ two-factor theoretical model to the data collected in the Brazilian version. Spearman correlations were in the expected directions for divergent (catastrophic thoughts of pain and psychopathology), convergent (quality of life) and concurrent (committed actions) validities. Correlations were performed only with the clinical group and the results were similar, except for the disposition to pain factor. Reliability analyzes indicated excellent levels of consistency by Cronbach's α and McDonald's ω indices, and 49 participants performed the retest. Quality of life differed significantly between the high and low chronic pain acceptance groups. The CPAQ was adapted and evidence of validity and reliability of the instrument for clinical use and research on chronic pain in Brazil was demonstrated.

Keywords: psychometry, chronic pain, psychological interview, quality of life, acceptance and commitment therapy.

Introdução

A prevalência de dor crônica no Brasil é de aproximadamente 20% (SBED, 2018), estatística similar a estimativa mundial. A dor crônica pode ser definida como uma dor persistente que dura mais de três meses e, portanto, não apresenta mais uma função adaptativa de alerta para o corpo (Treede et al., 2015). Essa condição é associada com altas taxas de sofrimento (depressão, ansiedade e alto risco de suicídio), má qualidade de vida e prejuízos econômicos (Lin et al., 2019; McCracken et al., 2022; SBED, 2018). Logo, o tratamento psicológico desempenha um papel crucial no contexto da dor crônica, pois não se trata apenas de manejar o sofrimento físico, mas também de compreender e gerenciar os aspectos emocionais e psicológicos que acompanham essa condição, ajudando os pacientes a recuperarem qualidade de vida e bem-estar (Lin et al., 2019; McCracken et al., 2022).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem realizado intervenções baseadas na aceitação como uma maneira de produzir respostas mais adaptativas diante da dor crônica (Gloster et al., 2020; Lin et al., 2019; McCracken et al., 2013; Veehof et al., 2016). O processo de esquiva experiencial da dor, processo divergente ao da aceitação, é muito associado ao aumento do estresse, depressão, ansiedade e complicações nas dores crônicas. Por isso, esse processo tem sido um dos principais alvos das intervenções psicológicas da ACT com o objetivo de promover a exposição e aceitação da dor (Lin et al., 2019; McCracken et al., 1999; Mccracken, 1998). McCracken (1998) definiu esse processo, como “reconhecer a dor, desistindo de tentativas improdutivas de controlar a dor, agir como se a dor não implicasse necessariamente em incapacidade e ser capaz de comprometer seus esforços para viver uma vida satisfatória apesar da dor” (Mccracken, 1998, p. 22).

O *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) (McCracken et al., 2004) foi o primeiro questionário desenvolvido de ACT para o contexto da dor crônica. O CPAQ tem sido usado em mais de 90 estudos para investigar o processo de aceitação da dor crônica, apresenta boa qualidade psicométrica e acumula extenso número de evidências ao longo dos anos (Kim & Kratz, 2021; Reneman et al., 2010). A primeira versão do CPAQ contava com 34 itens e foi baseada no *Acceptance and Action Questionnaire* (Geiser, 1992; Hayes et al., 2004). A versão final do CPAQ conta com 20 itens em sua versão total e com dois fatores: envolvimento em atividade (11 itens) e disposição à dor (9 itens) (McCracken et al., 2004).

O primeiro fator avalia a abertura para participar de atividades diárias enquanto a dor está presente e o segundo, avalia o grau em que a dor é permitida na experiência sem esforços para evitá-la ou controlá-la (McCracken et al., 2004). No estudo da versão original, a fidedignidade do CPAQ-20 se mostrou adequada apresentando alfa de Cronbach de 0,72 para o fator de disposição à dor e 0,91 para envolvimento em atividade no seu estudo original (Vowles et al., 2008). O CPAQ-20 é um instrumento com estrutura de dois fatores e os autores também adotaram a soma desses dois fatores como uma medida total de aceitação da dor crônica (Vowles et al., 2008). Não existe consenso sobre um ponto de corte que estabeleça a aceitação da dor, mas quanto mais se pontua, maior a aceitação da dor (Kim & Kratz, 2021).

Existe uma versão abreviada do instrumento de 8 itens (CPAQ-8), que mantém a mesma estrutura fatorial e uma consistência interna semelhante quando comparado com o CPAQ de 20 itens (Fish et al., 2010, 2013). O CPAQ-8 obtém consistência interna de $\alpha = 0,80$ para o instrumento total, $\alpha = 0,89$ para o fator envolvimento em atividades e $\alpha = 0,77$ no fator disposição à dor (Fish et al., 2010). Assim, o CPAQ-8 se apresenta como uma opção para mensurar a aceitação da dor crônica por ser um instrumento breve, que

diminuí o tempo de aplicação e obter resultados psicométricos muito semelhantes ao CPAQ de 20 itens (Fish et al., 2010, 2013).

A versão CPAQ-20 e CPAQ-8 se encontram adaptados e apresentam evidências de validade em outras onze culturas além do inglês, como por exemplo, em chinês (Liu et al., 2016), italiano (Monticone et al., 2013), português de Portugal (Costa & Gouveia, 2009), espanhol (Rodero et al., 2010), grego (Vasiliou et al., 2018), coreano (Cho et al., 2012). Segundo a revisão feita por Kim & Kratz (2021) essas versões são consistente e amplamente utilizadas em diferentes tipos de dor crônica, como por exemplo, câncer, fibromialgia, esclerose múltipla, artrite, síndrome do intestino irritável, dor musculoesquelética, lesões na medula espinhal.

No Brasil, foram encontradas duas dissertações de mestrado que fizeram uso do CPAQ, entretanto, estas dissertações não tiveram foco na adaptação ou propriedades psicométricas do instrumento para o Brasil (Saban, 2013; Siqueira, 2018). Siqueira (2018) concluí sua dissertação apontando a necessidade de um estudo de adaptação e a busca de evidências de validade para a escala de aceitação da dor crônica na população brasileira.

Observa-se na literatura a carência de instrumentos que mensurem a aceitação da dor crônica e de estudos que investiguem as qualidades psicométricas deste construto no Brasil. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi adaptar a *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) e buscar evidências de validade para a versão completa (20 itens) e breve (8 itens) do instrumento. Além disso, o presente estudo teve o objetivo específico de obter evidências de validade de critério clínico ao comparar dois grupos - um com menor e outro com maior aceitação da dor crônica - em relação a variável de qualidade de vida.

Método

Delineamento

Primeira etapa: Adaptação transcultural do CPAQ

O contato inicial e a autorização pelo autor original do instrumento foi recebida em outubro de 2021, a partir desse aceite foi iniciada a primeira etapa de adaptação transcultural através de sete passos (Borsa et al., 2012). As primeiras traduções (1) do inglês para o português brasileiro foram realizadas por três tradutores independentes fluentes em inglês e nativos do Brasil. Um dos tradutores tinha proximidade com os construtos psicológicos avaliados e os outros dois eram professores de inglês, o que auxilia para uma tradução mais livre. Pequenos ajustes foram realizados na síntese das traduções (2) para corrigir discrepâncias idiomáticas entre os responsáveis pela adaptação para chegar em uma versão única. A avaliação do comitê de especialistas (3) foi realizado por três profissionais da psicologia especialistas em Terapias Comportais Contextuais e/ou com experiência em tradução e adaptação transcultural de medidas psicológicas. Poucas sugestões de modificação dos itens foram feitas pelas juízas e todas foram consideradas. As avaliadoras forneceram uma avaliação em uma escala *Likert* de 5 pontos para cada item traduzido de acordo com: a) clareza da linguagem, b) pertinência para a cultura alvo e c) relevância teórica (Cassepp-Borges et al., 2010). Posteriormente o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) foi calculado. O CVC varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, mais forte a validade de conteúdo do item.

A avaliação da população-alvo (4), que teve um caráter qualitativo de compreensão verbal e análise de conteúdo, foi realizada por um homem de 64 anos de idade com diagnóstico de dor crônica, uma mulher de 26 anos com diagnóstico de dor crônica, um homem de 25 anos e uma mulher de 57 anos, ambos sem diagnóstico. Os quatro forneceram uma avaliação em escala *Likert* de 5 pontos para cada item traduzido de acordo com: a) clareza da linguagem, b) pertinência para a cultura alvo e

c) relevância teórica (Cassepp-Borges et al., 2010). O CVC foi calculado e todos os 20 itens do CPAQ apresentaram $CVC \geq 0.8$. Novamente, poucas sugestões de modificação dos itens foram feitas pela população alvo e todas foram consideradas.

A tradução reversa (5) foi realizada por dois tradutores fluentes em inglês. Posteriormente, foi realizada a síntese da tradução reversa (6), que foi enviada ao autor original (7). O autor original sugeriu modificações de alguns itens com o objetivo de manter a qualidade e a semelhança semântica com o instrumento original. Nessa etapa, as juízas especialistas e os participantes do público alvo assinaram o TCLE. Para os juízes foi enviada uma versão de termo específica (Apêndice H).

Segunda etapa: propriedades psicométricas do CPAQ

Após a etapa de adaptação do instrumento iniciou-se o processo de investigação das evidências de validades do CPAQ-20Br e CPAQ-8Br.

Participantes

Foram avaliados 292 participantes, sendo 237 mulheres (81,2%), com idades entre 18 e 75 anos, a idade média dos adolescentes foi de 31,68 anos, com desvio padrão 12,51 anos. A maioria da amostra considerou-se heterossexual (79,8%), branca (84,9%) e residia no sul do Brasil (74,3%), sendo 201 no estado do Rio grande do Sul. 155 participantes (53,1%) encontra-se solteiro, 90 (30,8%) tem como nível de escolaridade ensino superior incompleto seguido de 50 (17,1%) com ensino superior completo. 183 participantes (62,7%) declararam trabalhar atualmente. 81 dos participantes (27,7%) declararam que não tinham alguma religião. Essa

No momento da pesquisa 69,5% (F=203) relataram estar com algum tipo de dor, sendo a intensidade da dor que variava de mínimo 1 a máximo 10 de 4,96 em média (DP=1,88). 49 participantes (16,8% da amostra) referiram ter dor crônica diagnosticada

por um médico (traumatologista, neurologista, dentista, reumatologista, psiquiatra). A

Tabela 1 apresenta dados clínicos mais detalhados dessa parte da amostra.

Tabela 1. Dados clínicos da amostra com dor crônica

População Clínica (N=49)		
	%	F
Tipo de dor crônica		
dor crônica de cabeça ou orofacial (ex: enxaqueca)	37	17
dor crônica musculoesquelética	28,3	13
dor crônica primária (ex: fibromialgia)	21,7	10
dor crônica neuropática	6,5	3
dor crônica visceral	4,3	2
dor crônica pós cirurgia ou pós-traumática	2,2	1
Dados descritivos sobre a dor na população clínica		
	Mín-Máx	Média (DP)
Tempo de dor em meses	3-800	74,61 (DP=137,07)
Quanto os tratamentos ajudaram no controle da dor nas últimas 24h?	1-10	5,98 (DP= 2,44)
Interferência da dor em atividades gerais	1-10	4,78 (DP=2,63)
Interferência da dor no humor	1-10	5,47 (DP= 3,04)
Interferência da dor no caminhar	1-10	4,22 (DP= 3,13)
Interferência da dor no trabalho	1-10	4,94 (DP= 3,28)
Interferência da dor no relacionamento	1-10	4,10 (DP= 3,02)
Interferência da dor no sono	1-10	5,29 (DP= 3,43)
Interferência da dor em apreciar a vida	1-10	5,16 (DP= 3,18)

Nota. Os dados sobre interferência da dor foram perguntados através do questionário clínico em escalas que os participantes poderiam marcar de 1 a 10.

Em um segundo momento, dentro de um intervalo médio de quatro meses, foi realizado um reteste com 49 pessoas (16,78% da amostra total de 292 pessoas) que participaram da pesquisa. Desses 49 participantes do reteste, 26,5% (F=13) relataram diagnóstico de dor crônica. A idade média foi de 34,27 (DP=13,26) e desses 67,3% eram da região sul do país. A amostra desse estudo foi composta por voluntários que também participaram do estudo I, porém para este estudo ocorreu uma pequena ampliação da amostra. Os critérios para participação no estudo foram: a) adultos maiores de 18 anos, b) ter mais de 4 anos de estudo formal, c) residentes no Brasil com fluência verbal e escrita em português. Para as amostras clínicas os participantes

precisavam relatar dor persistente por um período superior a 3 meses presente na maior parte dos dias.

Instrumentos

Os participantes completaram a seguinte bateria de instrumentos psicológicos:

- a) Questionário de dados sociodemográfico e clínico (Apêndice A): questionário elaborado pela autora do estudo com o objetivo de obter informações sobre os participantes, por exemplo, idade, estado civil, situação de trabalho, tipo de dor crônica, tempo de dor crônica, medicação utilizada, intensidade da dor medida em uma escala de 0 (sem dor) a 10 (pior dor possível) e frequência da dor.
- b) Questionário de Aceitação da Dor Crônica (*Chronic Pain Acceptance Questionnaire* - CPAQ) (McCracken et al., 2004) (Apêndice K e L): o questionário de aceitação da dor crônica é composto por 20 itens e tem como objetivo mensurar o quanto a pessoa com dor aceita a sua dor por meio de duas dimensões: envolvimento em atividade (11 itens) e disposição à dor (9 itens). O CPAQ é mensurado por uma escala *Likert* de 0, “*never true*” a 6, “*always true*”, podendo atingir uma pontuação máxima de 120 pontos no instrumento total, sendo 66 pontos no fator envolvimento em atividades e 54 pontos em disposição para dor. O fator disposição para dor é composto integralmente de itens de pontuação reversa. O escore do instrumento é feito a partir da soma de todos os itens do fator envolvimento e a soma de todos os itens reversos da disposição para a dor. Quanto maior a pontuação do participante no questionário maior aceitação da dor crônica. A escala apresentou um α de Cronbach de 0,72 para o fator de disposição à dor e 0,91 para envolvimento em atividade (Vowles et al.,

- 2008). Já a sua versão breve apresentou α de Cronbach de 0,77 para o fator de disposição à dor e 0,89 para envolvimento em atividade.
- c) Questionário de Ação com compromisso (Commitment Action Questionnaire - CAQ) (McCracken et al., 2015) (Anexo C): o questionário de ação com compromisso é composto por 8 itens que buscam mensurar as ações com compromisso através de um escore total, fator positivo (4 itens) e fator negativo (4 itens). No Brasil o instrumento foi adaptado na presente pesquisa e obteve um ω de McDonald = 0,82 para escore total, $\omega=0,89$ para o fator positivo e $\omega=0,76$ para o fator negativo.
- d) Escala de Depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) (Anexo D): esta escala tem como objetivo mensurar a depressão, ansiedade, estresse e psicopatologia geral através de 21 itens. No Brasil o instrumento foi adaptado e conta com evidências de validade em uma amostra de 18 aos 75 anos e obteve um modelo adequado com α de Cronbach de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade (Vignola & Tucci, 2014). No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de 0,92 para depressão, 0,87 para estresse, 0,87 para ansiedade e 0,94 para o escore total de psicopatologia.
- e) WHOQOL-bref (Harper et al., 1998) (Anexo G): o WHOQOL é um instrumento da OMS que tem como objetivo mensurar a qualidade de vida através de quatro fatores e um escore total: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e meio ambiente (8 itens). Na adaptação brasileira apresenta um α de Cronbach que varia de 0,69 até 0,84 entre as dimensões e de 0,91 para o escore total no estudo brasileiro (Fleck et al., 2000). No presente estudo o alfa de *Cronbach* variou de 0,69 a 0,83 e o escore total foi de 0,92.

- f) Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor (B-PCS) (Sullivan et al., 1995) (Anexo M): essa escala tem como objetivo mensurar os pensamentos catastróficos em pacientes com dor através de 13 itens que mensuram três dimensões: desesperança (3 itens), ampliação (4 itens) e ruminação (6 itens). No Brasil o instrumento foi adaptado e evidências de validade foram demonstradas no estudo de Sehn et al. (2012) apresentando adequação do modelo teórico de três fatores aos dados obtidos e α de Cronbach que variou de 0,86 a 0,88 para as dimensões e 0,91 para o escore total (Sehn et al., 2012). No presente estudo o alfa de *Cronbach* foi de 0,94 para escore total, 0,84 para desesperança, 0,84 para ampliação e 0,87 para ruminação.

Procedimento de Coleta de Dados

A coleta foi realizada através de um levantamento *online* e questionário anônimo pelo *Microsoft Forms* para população em geral e amostra com dor crônica. O convite para coleta *online* foi divulgado por meio de um *card* explicativo em redes sociais, como *Facebook*, *Whatsapp*, *Instagram*. Para alcançar a amostra clínica *online* o *card* foi divulgado em grupos específicos de pacientes com dor crônica nas redes sociais através de uma busca intencional desses participantes. O *card* contava com informações sobre o estudo, como o objetivo principal da pesquisa, critérios de inclusão e o *link* de acesso ao formulário. Os participantes do estudo concordaram e aceitaram o TCLE (Apêndice I) para terem acesso aos instrumentos.

Posteriormente, dentro de um intervalo médio de quatro meses, realizou-se um reteste. Para isso, foram contatados novamente todos aqueles participantes que, ao final da pesquisa, aceitaram participar do reteste e informaram algum contato. Estes, receberam via mensagem em aplicativo ou *e-mail* um novo convite para responder

algumas informações sociodemográficas e o instrumento CPAQ-20Br.

Procedimento ético

O presente estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o número CAAE: 59066722.7.0000.5344. As diretrizes das resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012; 2016) foram seguidas (Apêndice J).

Análise de dados

Os dados foram analisados através do *IBM SPSS Statistics*, versão 22.0 e do *JASP* versão 0.17 considerando o grau de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Foram realizadas análises descritivas e foi verificada a distribuição da amostra significativamente diferente da normal, portanto não paramétrica. A partir disso foram feitas as análises inferenciais adequadas.

As evidências de validade de conteúdo foram calculadas através do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Foram considerados adequados itens com escores acima de 0,80 (Hernández-Nieto, 2002; Cassepp-Borges et al., 2010). A fidedignidade do CPAQ foi mensurada através do coeficiente $\hat{\Omega}$ de McDonald, do Alfa de Cronbach para comparação com outros estudos. Também foi realizado uma análise do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) de concordância absoluta, modelo aleatório de duas vias para o teste-reteste feito com uma subamostra (Koo & Li, 2016; Sampieri et al., 2013; Urbina, 2007).

Para verificar evidências de validade baseadas na estrutura interna foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFCs). As AFCs fazem parte do grupo de estatísticas que compõem as Modelagens de Equações Estruturais (*Structural Equation Modeling* – SEM) (Hair et al., 2009). Ao comparar o modelo previsto com os dados coletados foi possível determinar se a estrutura teórica da escala obteve indicadores psicométricos

que validem a escala brasileira diante do construto proposto. As AFCs foram implementada pelo pacote *Lavaan* inserido no programa estatístico JASP através do método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (Li, 2016). Como índices de qualidade do ajuste foram utilizados *Qui-quadrado* (χ^2), o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Índice de Tucker Lewis* (TLI) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90%. O modelo foi considerado adequado mediante valores de CFI e TLI superiores a 0,90, a valores de RMSEA igual ou menores que 0,08 e o valor de SRMR menor que 0,10 (Brown, 2006; Hair et al., 2009).

As evidências de validade baseada nas relações com outras variáveis, como validade convergente, divergente e concorrente foram calculadas através de análises de Correlação de *Spearman* entre as escalas e entre os fatores. Para evidências de validade com outras medidas presumiu-se que o instrumento CPAQ-20Br e CPAQ-8Br fosse correlacionado positivamente com o WHOQOL e CAQ, e negativamente com a DASS e o PCS.

A amostra obtida foi subdividida entre controles (população em geral) e grupo clínico autorrelatado (participantes com autorrelato de dor crônica) e foi definida uma pergunta filtro para estabelecer essa divisão (“*Você tem diagnóstico de dor crônica?*”). Caso a pessoa autorrelata-se que sim, na sequência, ela respondia questões relacionadas a dor crônica para o grupo clínico. Este grupo foi importante para averiguar a evidência de validade de critério clínico ao comparar dois grupos - um com maior e menor aceitação da dor crônica. Para isso foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney* comparando os grupos quanto a variável qualidade de vida. O critério para alocação nos grupos foi realizado através da mediana do escore total do CPAQ-20Br (<52 pontos maior aceitação) e do CPAQ-8br (<19 pontos maior aceitação). Assim, foi

possível verificar se ocorreu diferenças entre os grupos em relação aos processos da flexibilidade psicológica e o impacto na variável qualidade de vida.

Resultados

Adaptação transcultural do CPAQ

A etapa de tradução (1) do instrumento do inglês para o português brasileiro foi realizada sem discrepâncias entre os três tradutores. Apenas alguns pequenos ajustes foram realizados na síntese das traduções (2), como por exemplo, no item 1 (*I am getting on with the business of living no matter what my level of pain is*) o termo “*getting on with the business of living*” foi traduzido para “continuo com a minha vida”. No item 3 (*It's OK to experience pain*) o termo OK despertou dúvidas entre ‘tudo bem’ e ‘normal’. Em um primeiro momento, optou-se por “Está tudo bem sentir dor”.

No momento de avaliação dos juízes especialistas (3), as juízas avaliaram a clareza do *layout* e instruções do instrumento em sua versão estendida e não sugeriram nenhuma modificação. Em relação ao conteúdo dos itens, para melhor compreensão, as juízas sugeriram modificações nos itens: 1, 3, 4, 8, 9 e 18. No item 1 (*I am getting on with the business of living no matter what my level of pain is*), as juízas sugeriram trocar o termo “eu continuo com a minha vida” para “eu sigo minha vida”. No item 3 (*It's OK to experience pain*) ocorreu a discussão sobre a tradução “Está tudo bem sentir dor”, pois havia muito risco de interpretações divergentes da proposta, como a “invalidação da dor”. Diante disso, três alternativas foram apontadas por uma das juízas: “É normal sentir dor”, “Sentir dor faz parte da vida” e “Faz parte sentir dor”. As três opções foram levadas para a etapa de avaliação qualitativa do público-alvo para as considerações de qual seria a opção mais adequada. O item 4 (*I would gladly sacrifice important things in my life to control this pain better*) a expressão “*I would gladly sacrifice*” foi traduzida

inicialmente por “eu teria o prazer de sacrificar” e foi modificada para “eu facilmente sacrificaria”.

No item 8 (*There are many activities I do when I feel pain*) as juízas apontaram a ambivalência da frase traduzida para “Há muitas atividades que posso fazer quando sinto dor”, podendo significar que quando eu sinto dor eu me envolvo em muitas atividades para fugir da dor (esquiva experiencial) ou no sentido que quando eu estou com dor ainda assim consigo fazer muitas atividades (aceitação). Diante disso, essa dúvida foi apresentada ao autor da versão original na final de adaptação. No item 9 (*I lead a full life even though I have chronic pain*) a expressão “*full life*” primeiramente traduzido como “vida significativa” foi alterada para “vida plena”. No item 18 (*My worries and fears about what pain will do to me are true*) as juízas sugeriram adaptar a expressão “*are true*”, primeiramente traduzida para “são verdadeiros” para “são reais”. O item 18 foi o único item que ficou abaixo do esperado no CVC.

Na etapa de avaliação qualitativa do público-alvo (4) algumas sugestões também foram realizadas, como por exemplo, modificar as traduções do plural “dores crônicas” para o singular “dor crônica”. O item 3 foi discutido com a população-alvo que indicaram a tradução “Sentir dor faz parte da vida”, pois não está “tudo bem” sentir dor e nem é “normal” sentir dor crônica. Entretanto, para manter a maior semelhança com o instrumento original foi acordado discutir com o autor original esse item.

O item 8 foi apontado por um dos avaliadores da população-alvo como ambíguo, assim como uma das juízas já havia mencionado. Resolve-se discutir o item 8 com o autor original do instrumento na etapa seguinte do processo de adaptação transcultural. O item 6 (*Although things have changed, I am living a normal life despite my chronic pain*) primeiramente traduzido para “Embora as coisas tenham mudado, eu estou vivendo uma vida normal apesar da minha dor crônica” foi apontado como confuso pela

população-alvo por apresentar duas conjunções adverbiais concessivas: embora e apesar. Diante disso, o item foi modificado para “Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal”.

Foi realizada a tradução reversa (5) e a síntese dessas traduções (6) para o envio ao autor original (7) (McCracken et al., 2004). No item 3 (*It's OK to experience pain*) traduzido para “Sentir dor faz parte da vida” o autor original discordou da tradução por entender que não significa a mesma coisa que o item original. O autor sugeriu sinônimo que mantém o mesmo significado para a expressão “*Ok*”, como aceitável ou permissível. Diante disso, o item 3 foi reformulado e a versão final é “Sentir dor é aceitável”. No item 8 (*There are many activities I do when I feel pain*) traduzido para “Há muitas atividades que posso fazer quando sinto dor” o autor concordou que é um item ambíguo no inglês, pois é a descrição de um comportamento, podendo ter a função de evitação ou aceitação da dor. O item foi mantido da maneira que foi traduzido. Por fim, no item 18 (*My worries and fears about what pain will do to me are true*) o autor original sugeriu a troca da expressão “são reais” para “são verdadeiros”, pois o significado não é o mesmo. Logo, para manter a o significado do conteúdo com o original, o item 18 final foi “Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros”.

Propriedades psicométricas do CPAQ

Evidências baseada no conteúdo

No CPAQ apenas o item 18 (*There are many activities I do when I feel pain*) ficou abaixo do esperado no quesito clareza e obteve CVC= 0,68. Todos os outros itens, incluindo pertinência e relevância do próprio item 18, ficaram acima de CVC $\geq 0,8$. Na versão CPAQ-20Br o CVC total resultou em 0,92 para clareza, 0,95 pertinência e 0,95

relevância. Na versão breve do instrumento CPAQ-8Br o CVC total dos oito itens resultou em 0,94 para clareza, 0,95 pertinência e 0,96 relevância.

Fidedignidade

O CPAQ-20Br total obteve um Ômega de McDonald (ω) de 0,80 e Alfa de Cronbach (α) 0,84. O fator disposição para dor obteve $\omega=0,86$ e $\alpha =0,86$. O fator engajamento em atividades $\omega=0,87$ e $\alpha=0,87$. Já o CPAQ-8Br obteve ω total de $=0,70$ e $\alpha=0,70$. O fator disposição para dor do instrumento breve obteve $\omega=0,79$ e $\alpha=0,79$, já o fator engajamento em atividades $\omega=0,78$ e $\alpha=0,78$.

A correlação teste-reteste foi realizada com 49 participantes e os resultados demonstraram confiabilidade alta nos escores do CPAQ-20Br e seus dois fatores (ICC = 0,709; IC 95% = (0,397 – 0,853), $F(48,240) = 9,598$, $p < 0,001$). O CPAQ-8Br e seus fatores apresentou confiabilidade moderada no teste-reteste (ICC = 0,668; IC 95% = (0,376 – 0,821), $F(48,240) = 6,647$, $p < 0,001$).

Evidência baseada na estrutura interna

Foram realizadas análises fatoriais confirmatórias para testar a validade da estrutura fatorial para o público brasileiro do CPAQ. A estrutura consistia em um modelo de dois fatores para a escala de 20 itens (Vowles et al., 2008) e para a escala breve de oito itens (Fish et al., 2010, 2013). O modelo de dois fatores apresentou ajuste adequado para o CPAQ-20Br: $\chi^2 = 416.743$ ($p < 0,001$); $\chi^2/df = 169$; CFI = 0,977; TLI = 0,974; RMSEA = 0,071; SRMR = 0,070. O modelo de dois fatores para o CPAQ-8Br também apresentou ajustes adequados com índices suficientes para a população brasileira: $\chi^2 = 57.858$ ($p < 0,001$); $\chi^2 / df = 19$; CFI = 0,984; TLI= 0,977; RMSEA = 0,084; SRMR = 0,060. O modelo do CPAQ-20Br e CPAQ-8Br com os pesos padronizados dos itens em relação aos fatores com intervalo de confiança de 90% são apresentados na Figura 2 e Figura 3, respectivamente.

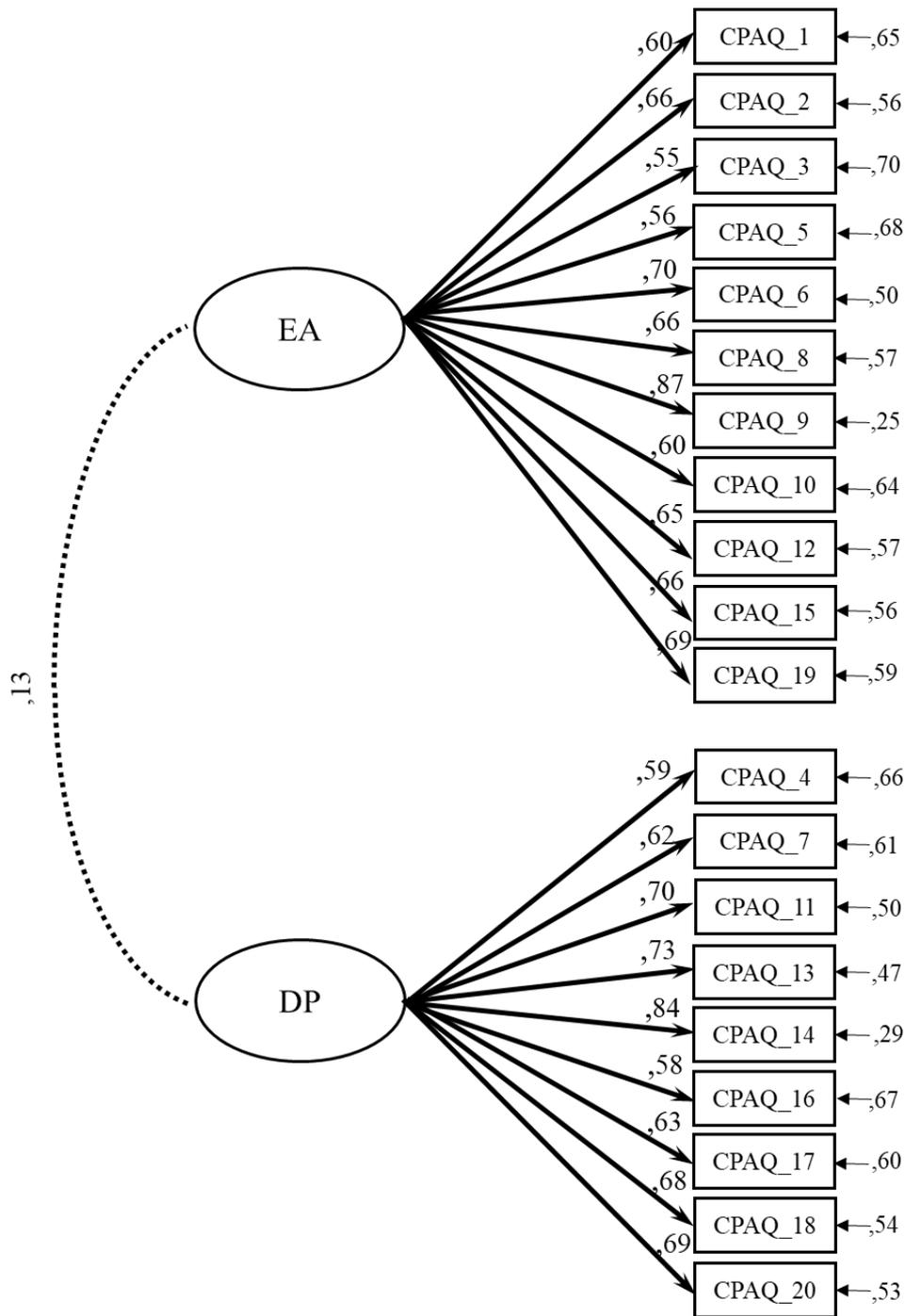


Figura 2. Modelo ilustrativo de dois fatores do instrumento CPAQ-20Br. EA= engajamento em atividades e DP= disposição para dor.

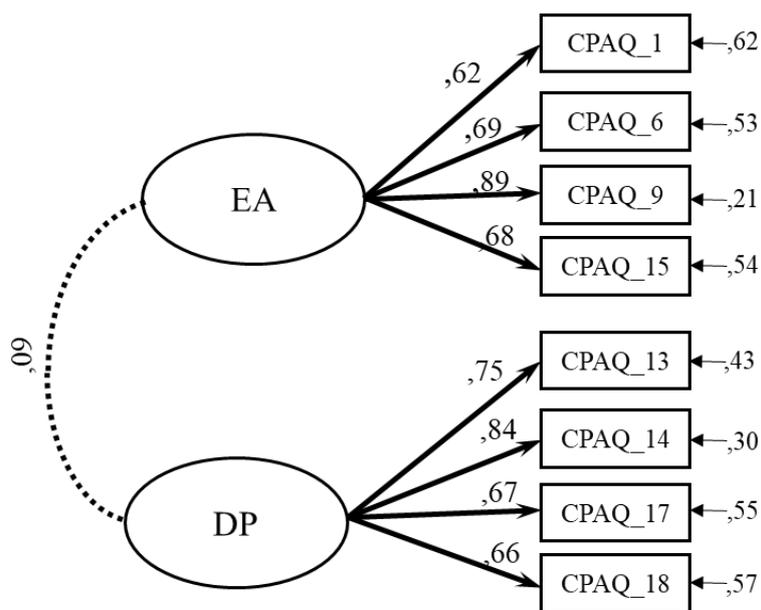


Figura 3. Modelo ilustrativo de dois fatores do instrumento CPAQ-8Br. EA= engajamento em atividades e DP= disposição para dor.

Evidência baseada nas relações com outras variáveis

Foram realizadas análises de correlação de Spearman entre a versão estendida e breve do instrumento CPAQ-Br. A correlação do escore total entre as duas versões foi de rho (ρ) = 0,916 ($p < 0,01$), entre o fator disposição para a dor foi de $\rho = 0,925$ ($p < 0,01$) e entre o fator engajamento em atividade $\rho = 0,917$ ($p < 0,01$). Todas as correlações foram altas, o que indica a semelhança entre as duas versões, apesar da versão breve contar com 12 itens a menos. Foram realizadas novas correlações com a versão do CPAQ-8Br com outras medidas para avaliar a validade concorrente (CAQ-8Br), convergente (WHOQOL-26) e divergente (BPCS e DAAS) dos escores. Os resultados são apresentados na Tabela 2. Correlações entre o escore total do CPAQ-8Br e outras variáveis sociodemográficas e clínicas foram testadas, entretanto, apenas a variável horas de sono apresentou uma correlação negativa com aceitação da dor crônica ($\rho = -0,305$; $p = 0,33$).

Tabela 2. Correlação entre o CPAQ-Br para validade concorrente, convergente e divergente

		CPAQ-20Br			CPAQ-8Br		
		Total	Fator DP	Fator EA	Total	Fator DP	Fator EA
1	BPCS	-,50**	-,60**	-,24**	-,48**	-,53**	-,20**
2	BPCS_desesperança	-,46**	-,58**	-,20**	-,42**	-,49**	-,15*
3	BPCS_ampliação	-,42**	-,53**	-,18**	-,42**	-,47**	-,16**
4	BPCS_ruminação	-,52**	-,57**	-,27**	-,49**	-,51**	-,22**
5	CAQ-8Br	,26**	,18**	,22**	,23**	,13*	,22**
6	fator positivo	,24**	,04	,30**	,18**	,01	,29**
7	fator negativo	,21**	,29**	,07	,22**	,27**	,07
8	WHOQOL	,26**	,27**	,16**	,26**	,24**	,15*
9	físico	,34**	,34**	,22**	,36**	,33**	,22**
10	psicológico	,19**	,22**	,10	,19**	,18**	,09
11	social	,15**	,15**	,10	,12*	,13*	,06
12	ambiente	,26**	,23**	,18**	,25**	,20**	,18**
13	DASS	-,18**	-,23**	-,09	-,14*	-,16**	-,07
14	DASS_depressão	-,16**	-,18**	-,09	-,12*	-,12*	-,07
15	DASS_ansiedade	-,24**	-,31**	-,11	-,20*	-,23**	-,07
16	DASS_estresse	-,14*	-,18**	-,07	-,11*	-,12*	-,05

Nota. BPCS mensurando Pensamento Catastrófico sobre a Dor e suas três dimensões: desesperança, ampliação e ruminação; WHOQOL mensurando qualidade de vida e suas dimensões: física, psicológico, social e ambiente; DASS-21 mensurando psicopatologia total, depressão, ansiedade e estresse. Fator DP = disposição para a dor; Fator EA = engajamento em atividades. * p= valor de significância considerando $p < 0,05$. ** p= valor de significância considerando $p < 0,01$.

Para melhor compreender como o grupo clínico autorrelatado comportou-se frente as mesmas variáveis, uma nova análise de correlação foi realizada somente com os 49 participantes que autorrelataram dor crônica. A Tabela 3 representa os dados da amostra clínica.

Tabela 3. Correlação entre o CPAQ-Br no grupo com dor crônica para validade convergente, concorrente e divergente

		CPAQ-20Br			CPAQ-8Br		
		Total	Fator DP	Fator EA	Total	Fator DP	Fator EA
1	BPCS	-,70**	-,70**	-,47**	-,68**	-,59**	-,52**
2	BPCS_desesperança	-,64**	-,67**	-,44**	-,60**	-,55**	-,44**
3	BPCS_ampliação	-,60**	-,64**	-,37**	-,61**	-,53**	-,44**

4	BPCS_ruminação	-,70**	-,62**	-,52**	-,69**	-,55**	-,52**
5	CAQ-8Br	,45**	,34*	,43**	,43**	,35*	,41**
6	fator positivo	,30*	,20	,38**	,31*	,21	,40**
7	fator negativo	,52**	,48**	,31*	,49**	,46**	,27*
8	WHOQOL	,48**	,26	,58**	,44**	,23	,57**
9	físico	,58**	,36*	,64**	,55**	,30*	,64**
10	psicológico	,40**	,21	,50**	,35*	,19	,50**
11	social	,34*	,20	,40**	,31*	,14	,40**
12	ambiente	,39**	,17	,53**	,37*	,13	,56**
13	DAAS	-,43**	-,28	-,47**	-,40**	-,23	-,47**
14	DASS_depressão	-,41**	-,26	-,45**	-,39**	-,23	-,48**
15	DASS_ansiedade	-,38**	-,27	-,41**	-,34*	-,22	-,40**
16	DASS_estresse	-,44**	-,27	-,45**	-,39**	-,20	-,41**

*Nota. BPCS mensurando Pensamento Catastrófico sobre a Dor e suas três dimensões: desesperança, ampliação e ruminação; WHOQOL mensurando qualidade de vida e suas dimensões: física, psicológico, social e ambiente; DASS-21 mensurando psicopatologia total, depressão, ansiedade e estresse. Fator DP = disposição para a dor; Fator EA = engajamento em atividades. * p= valor de significância considerando $p<0,05$. ** p= valor de significância considerando $p<0,01$.*

Evidência de Validade de Critério

O grupo clínico autorrelatado (N=49) obteve uma média de 52,20 pontos (DP=21,37) no escore total do instrumento CPAQ-20Br, 20,17 (DP=12,46) no fator disposição para dor e 31,73 (DP=13,76) no fator engajamento em atividades. Já no CPAQ-8Br a média para pontuação no escore total foi de 20,92 pontos (DP= 9,61), 7,69 pontos (DP=6,24) no fator disposição para dor e 13,22 pontos (DP= 5,70) no fator engajamento em atividades. Foi realizada a mediana do escore total do CPAQ-20Br e do CPAQ-8Br para a divisão dos grupos entre maior e menor aceitação da dor crônica. A mediana do CPAQ-20Br foi de 52 pontos e a mediana do CPAQ-8Br foi de 19 pontos. Dessa maneira, aqueles que pontuaram igual ou mais que 52 ou 19 no escore total foram considerados com maior aceitação da dor e aqueles que pontuaram menos que esses valores foram considerados com menor aceitação da dor.

Ambos os grupos foram comparados em relação a qualidade de vida total e suas subcategorias, como psicológico, físico, social e ambiental. Considerando a possível diferença entre o nível de dor dos participantes da amostra clínica e tempo de dor,

comparou-se as variáveis intensidade da dor nos últimos sete dias, intensidade da dor no momento da coleta de dados e tempo de diagnóstico de dor em meses nos grupos de maior e menor aceitação da dor. Os resultados não apontaram diferença significativa entre os grupos na variável intensidade da dor nos últimos sete dias ($U= 260,500$; $p=0,573$), intensidade da dor no momento da coleta de dados ($U= 75,500$; $p=0,890$) e tempo de diagnóstico de dor ($U=289,500$, $p=0,849$). Logo, o controle do nível de dor dos participantes foi desconsiderado na comparação entre os grupos em relação a variável qualidade de vida. A Tabela 5 apresenta as diferenças entre os grupos com relação às dimensões da qualidade de vida.

Tabela 5. Teste U de Mann Whitney entre grupo com maior e menor aceitação comparados em relação a qualidade de vida e suas dimensões

	Menor aceitação (N=23)		Maior aceitação (N=26)		U	p	tamanho de efeito r
	Posto médio	Mediana	Posto médio	Mediana			
CPAQ-20Br							
Qualidade de vida	17,95	9,30	28,16	10,57	146,000	0,010	0,38
Física	17,43	2,86	31,00	3,29	125,000	0,001	0,49
Psicológica	19,00	2,75	28,4	3,50	165,000	0,019	0,34
Social	20,75	2,67	26,86	3,00	203,500	0,125	0,22
Ambiental	18,61	3,00	28,74	3,62	156,500	0,011	0,37
CPAQ-8Br							
Qualidade de vida	18,19	9,30	27,96	10,55	151,000	0,014	0,36
Física	17,11	2,57	31,3	3,21	117,500	0,000	0,51
Psicológica	19,77	2,75	27,72	3,41	182,000	0,047	0,29
Social	20,36	2,67	27,2	3,00	195,000	0,086	0,25
Ambiental	20,55	3,06	27,04	3,56	199,000	0,105	0,24

Nota. Considerando o nível de significância de $p<0,05$.

No grupo baseado no CPAQ-20Br apenas a dimensão social da qualidade de vida não foi significativa. Já na divisão estabelecida através da mediana do CPAQ-8Br as dimensões social e ambiental não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de maior e menor aceitação. Ainda, a dimensão psicológica na divisão

estabelecida pelo CPAQ-20Br apresentou uma significância e tamanho de efeito maior do que no CPAQ-8Br.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo primário adaptar a *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) e buscar evidências de validade para a sua versão original e breve na população brasileira. A tradução foi realizada para que os itens ficassem adequados ao português brasileiro e a partir disso, verificou-se a fidedignidade, evidência de validade de conteúdo, evidência de validade baseada na estrutura interna e evidência de validade baseada nas relações com medidas externas (validade convergente e divergente). Ademais, o presente estudo comparou o grupo clínico autorrelatado com maior e menor aceitação (N=49) em relação a variável qualidade de vida. Nesse estudo a versão CPAQ-20Br e CPAQ-8Br foram traduzidas para o português brasileiro e apresentaram adequados conjuntos de evidências e confiabilidade para o Brasil.

A adaptação do instrumento passou por uma etapa rigorosa com juíz especialistas e com valiosa contribuição do autor original da escala nessa etapa. Algumas palavras e expressões foram alteradas para os itens ficarem mais adequados ao contexto brasileiro, porém a estrutura geral dos itens foi preservada na versão brasileira. O item 18 da escala, que compõe o fator disposição para dor, foi o único que obteve a clareza abaixo do esperado no CVC, logo, recomenda-se a explicação do item ao respondente caso ocorra dúvidas na sua interpretação. Ademais, a adaptação e evidências de validade de conteúdo do instrumento apresentaram-se com notável adequação.

A confiabilidade do instrumento foi apresentada através do coeficiente do Ômega de McDonald que resultou em bons índices tanto para o CPAQ-BR total e seus

dois fatores em ambas as versões do instrumento. O Alfa de Cronbach foi testado para comparação com outros estudos e como o esperado, os níveis de confiabilidade foram muito semelhantes ao estudo original do CPAQ-20 (Vowles et al., 2008) e do CPAQ-8 (Fish et al., 2013). No teste e reteste, realizado através do CCI, os resultados do CPAQ-20Br foi alto e do CPAQ-8Br foi considerado moderado. Os estudos de adaptação realizados até o momento que fizeram a análise de teste-reteste do instrumento apontam que o CPAQ-20Br obtém um desempenho maior no reteste do que a versão breve do instrumento (Cheung Ning et al., 2008; Liu et al., 2016; Reneman et al., 2010; Rodero et al., 2010). Apesar disso, os resultados deste estudo apontam que ambas as versões têm confiabilidade adequada para a população brasileira e estabilidade ao longo do tempo.

Tanto o CPAQ-20Br quanto o CPAQ-8Br apresentaram uma estrutura de dois fatores muito semelhantes e adequadas na análise fatorial confirmatória, assim como os estudos originais (Vowles et al., 2008; Fish et al., 2013) e as adaptações realizadas até o momento (Kim & Kratz, 2021). Ambos os modelos foram apresentados no estudo por compreender que tanto a versão de 20 itens quanto a de 8 itens apresenta um adequado ajuste interno na população brasileira e, portanto, a opção por uma delas é de escolha do aplicador de acordo com as necessidades e contextos.

O CPAQ-20 na sua versão completa é a versão mais estudada e adaptada até o momento em outros países (Kim & Kratz, 2021). No entanto, existem pesquisas semelhantes que procuram adaptar e buscar evidências de validade para ambas as versões, uma vez que ambas demonstram sólida adequação teórica na população (Liu et al., 2016). Ademais, os autores do instrumento original (McCracken et al., 2004) recomendam fazer a soma dos dois fatores para um escore total de aceitação da dor crônica.

Foram realizadas correlações entre os escores e fatores do CPAQ-20Br e CPAQ-8Br com outros questionários. O escore total do CPAQ-Br de ambas as versões se comportou como o esperado: quanto maior a aceitação da dor crônica, maior a qualidade de vida, as ações com compromisso e menor grau de pensamentos catastróficos sobre a dor e psicopatologia (depressão, ansiedade, estresse). Esses resultados foram de acordo com outros achados e com o modelo de flexibilidade psicológica da ACT (Hayes et al., 2006; Lin et al., 2019; Vowles et al., 2008). A aceitação da dor crônica refere-se ao aspecto físico, emocional e cognitivo da dor, logo, faz sentido teórico que quando a pessoa aceita sua condição o grau de pensamentos catastróficos tende a diminuir e os níveis de psicopatologia também. Em contrapartida, os níveis de ação com compromisso na construção de uma vida valiosa tendem a aumentar e a qualidade de vida também.

O fator disposição para dor, que se refere ao grau em que a dor é permitida na experiência sem esforços para evitá-la ou controlá-la correlacionou-se como o esperado com todas as medidas, exceto, o fator positivo do CAQ. Esses achados apontam que os participantes não compreendiam a aceitação da dor como uma condição para permanecer comprometidos e motivados em perseguir seus objetivos. Já o fator engajamento em atividades, que se refere ao envolvimento em atividades enquanto a dor está presente, não se correlacionou com o fator negativo de ações com compromisso, dimensões psicológica e social de qualidade de vida e psicopatologia (depressão, ansiedade, estresse). Todas as correlações foram na direção esperada, entretanto, não são significativas. A maioria da amostra total do estudo não apresentou diagnóstico de dor crônica e não convivia com essa experiência, logo, é possível que a falta dessa experiência (sentir dor) pode alterar a percepção da flexibilidade diante da dor e sua associação com outras variáveis.

Diante disso, optou-se por correlacionar o CPAQ-20Br e o CPAQ-8Br com as mesmas variáveis nos 49 participantes com autorrelato de dor crônica. Como o esperado, o escore total do CPAQ-Br apresentou as correlações esperadas com todas as variáveis em ambas as versões. A dimensão disposição para dor correlacionou-se negativamente com pensamentos catastróficos e positivamente com qualidade de vida na dimensão física, como o esperado. Entretanto, não se correlacionou com o fator positivo do instrumento de ações com compromisso, dimensão psicológica, social, ambiente e qualidade de vida total, além de psicopatologia (depressão, ansiedade e estresse) em ambas as versões. Esses achados diferem do estudo original de construção do instrumento (McCracken et al., 2004; Mccracken, 1998), entretanto, outras adaptações já encontraram esse mesmo resultado em populações clínicas (Cheung Ning et al., 2008; Rodero et al., 2010). Isso pode ser explicado devido a diferenças culturais apreendidas sobre a disposição e aceitação para sentir a dor crônica sem tentar evitar ou controlar. Novos estudos sobre a relação com a dor crônica nas culturas possibilitarão lançar luz sobre este aspecto.

Por sua vez, o fator engajamento em atividades, correlacionou-se com todas as variáveis de maneira esperada e significativa tanto no instrumento CPAQ-20Br quanto no CPAQ-8Br. Isso endossa a hipótese de que ao viver a experiência de dor crônica no dia a dia, compreende-se o quanto ela se associa com qualidade de vida, pensamentos catastróficos, ações com compromisso e na psicopatologia. Neste estudo, ficou mais evidente que a experiência de dor crônica é definitiva para avaliar apropriadamente o impacto nas demais atividades. O uso de um escore único de aceitação da dor crônica (soma dos fatores), indicado pelos autores do instrumento original, tem correlações de maior magnitude com outras dimensões, como ficou demonstrado neste estudo (McCracken et al., 2004; Vowles et al., 2008).

Por fim, realizou-se uma comparação entre dois grupos, um com maior e outro com menor aceitação da dor crônica, em relação a qualidade de vida e suas dimensões. A dor crônica é associada com baixa qualidade de vida e costuma ser um desfecho comum em tratamentos psicológicos e medicamentosos (Treede et al., 2015; Williams et al., 2020; McCracken et al., 2022). A divisão realizada através da mediana do CPAQ-20Br resultou em uma diferença significativa entre os grupos apontando que os participantes com maior aceitação da dor pontuaram mais em qualidade de vida total, dimensão física, psicológica e ambiental com tamanho de efeito de pequeno a médio. Os resultados baseados na divisão do CPAQ-8Br foram semelhantes, com exceção da dimensão ambiental que não foi significativa. Logo, a maior disposição para sentir dor e o maior engajamento em atividades apesar da dor parecem contribuir para a qualidade de vida nessa amostra clínica. Ainda, nessa amostra, a intensidade da dor e o tempo de diagnóstico de dor não impactaram nos resultados referentes a qualidade de vida, o que sugere que a aceitação da dor crônica não é impactada pelo tempo de diagnóstico ou não é simplesmente experienciar níveis mais baixos de dor. Mais estudos são necessários para explorar essa relação. Esses achados são semelhantes aos encontrados na literatura ao compreender que aqueles pacientes que interrompem seus comportamentos de esquiva da dor podem passar a se engajar em comportamentos que os aproximem de uma vida valiosa (Rodero et al., 2010; Liu et al., 2016; Lin et al., 2019).

Esse estudo conta com algumas limitações. Os participantes do grupo clínico autorrelataram a sua dor crônica, o que impactou em uma variabilidade alta de tipos de dor crônica e de tempo do diagnóstico de dor. Variáveis de diferenças clínicas e sociodemográficas, como idade, escolaridade, sexo, diferentes tipos de dor crônica, frequência, intensidade e tempo da dor não foram amplamente exploradas, mas poderão ser investigadas no futuro. Estudos com amostras ambulatoriais de dor crônica, com

exploração dessas variáveis, também poderão fornecer mais evidências de validade desse instrumento. Uma vez demonstradas evidências de validade nesse contexto mais estudos poderão ser realizados com o CPAQ-20Br e o CPAQ-8Br para mostrar a eficácia de intervenções da ACT em pacientes com dor crônica. Devido à ausência de disponibilidade de outra medida para avaliar o construto de aceitação no Brasil, a validade concorrente foi examinada com o CAQ. Outros estudos já utilizaram essa medida de flexibilidade psicológica construída pelo mesmo autor do CPAQ para validade concorrente (McCracken et al., 2015; Terhorst et al., 2020).

Em conclusão, o CPAQ-20Br e o CPAQ-8br foram adaptados e apresentaram adequadas evidências de validade e confiabilidade para medir aceitação da dor crônica na população brasileira. Embora a aceitação da dor seja considerada um dos principais processos em intervenções para pacientes com dor crônica para a melhora da qualidade de vida, são poucos os estudos em nosso país que estudam esse conceito. O CPAQ-Br pode contribuir para que sejam feitos novos estudos de eficácia de intervenções psicológicas em pacientes com dor crônica no Brasil. O uso do CPAQ-Br também pode ser de extrema valia para a prática clínica com pacientes com dor crônica.

Referências

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- 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 (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506–520). Artmed Editora.
- Cheung Ning, M., Wong Chi Ming, T., Yap Chooi Mae, J., & Phoon Ping, C. (2008). *Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in Cantonese-Speaking Chinese Patients*. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.04.005>
- Cho, S., Heiby, E. M., McCracken, L. M., Moon, D. E., & Lee, J. H. (2012). Psychometric properties of a Korean version of the Chronic Pain Acceptance

- Questionnaire in chronic pain patients. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(6), 1059–1064. <https://doi.org/10.1007/S11136-011-0010-9>
- Costa, J., & Gouveia, J. P. (2009). Aceitação da dor: Abordagem psicométrica do Chronic Pain Acceptance Questionnaire numa amostra portuguesa com dor crónica. *PSICOLOGIA*, 23(1), 103–126. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v23i1.319>
- Fish, R. A., Hogan, M. J., Morrison, T. G., Stewart, I., & McGuire, B. E. (2013). Willing and Able: A Closer Look at Pain Willingness and Activity Engagement on the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8). *The Journal of Pain*, 14(3), 233–245. <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2012.11.004>
- Fish, R. A., McGuire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain*, 149(3), 435–443. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.12.016>
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183. www.fsp.usp.br/rsp
- Geiser, D. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. [Unpublished dissertation]. University of Nevada-Reno.
- 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.

<https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2020.09.009>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009).

Introdução. In *Análise multivariada de dados* (6th ed., pp. 37–39). Bookman

Editora. <https://books.google.com.br/books?hl=pt->

BR&lr=&id=oFQs_zJI2GwC&oi=fnd&pg=PA7&ots=KJ1NPc-

byq&sig=bfZ_9mb1wa4xyKf4l1c-T-Zew9w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Harper, A., Power, M., Orley, J., Herrman, H., Schofield, H., Murphy, B., Metelko, Z.,

Szabo, S., Pibernik-Okanovic, M., Quemada, N., Caria, A., Rajkumar, S., Kumar,

S., Saxena, S., Chandiramani, K., Amir, M., Bar-On, D., Tazaki, M., Noji, A., ...

Sartorius, N. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-

BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*,

28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance

and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research*

and Therapy, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D.,

Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H.,

Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., &

Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a

working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578.

<https://doi.org/10.1007/BF03395492>

Kim, S., & Kratz, A. L. (2021). A review of the use and psychometric properties of the

chronic pain acceptance questionnaires. *Rehabilitation Psychology*, 66(1), 102–

105. <https://doi.org/10.1037/rep0000342>

- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/J.JCM.2016.02.012>
- Lin, J., Scott, W., Carpenter, L., Norton, S., Domhardt, M., Baumeister, H., & Mccracken, L. M. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Systematic Reviews, 8*(140). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>
- Liu, Y., Wang, L., Wei, Y., Wang, X., Xu, T., & Sun, J. (2016). Validation of a Chinese version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) and CPAQ-8 in chronic pain patients. *Medicine, 95*(33). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004339>
- Lovibond, P. F., & Lovibond S H. (1995). *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)*. Behaviour Research and Therapy.
- McCracken, L., Chilcot, J., & Norton, S. (2015). Further development in the assessment of psychological flexibility: A shortened Committed Action Questionnaire (CAQ-8). *European Journal of Pain, 19*(5), 677–685. <https://doi.org/10.1002/ejp.589>
- Mccracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain : Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21–27. https://doi.org/10.15064/jjpm.38.6_441
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *Journal of Pain, 14*(11), 1398–1406. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.06.011>

- McCracken, L. M., Spertus, I. L., Janeck, A. S., Sinclair, D., & Wetzel, F. T. (1999). Behavioral dimensions of adjustment in persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance. *Pain, 80*(1–2), 283–289. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00219-X](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00219-X)
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- McCracken, L. M., Yu, L., & Vowles, K. E. (2022). New generation psychological treatments in chronic pain. *BMJ, 376*. <https://doi.org/10.1136/BMJ-2021-057212>
- Monticone, M., Ferrante, S., Rocca, B., Nava, T., Parini, C., & Cerri, C. (2013). Chronic pain acceptance questionnaire: confirmatory factor analysis, reliability, and validity in Italian subjects with chronic low back pain. *Spine, 38*(13), E824-31. <https://doi.org/10.1097/BRS.0B013E3182917299>
- Reneman, M. F., Dijkstra, A., Geertzen, J. H. B., & Dijkstra, P. U. (2010). Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. *European Journal of Pain, 14*, 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.08.003>
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., del Hoyo, Y. L., Serrano-Blanco, A., & Luciano, J. V. (2010). Validation of the Spanish version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) for the assessment of acceptance in fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*(37). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-37>
- Saban, M. T. (2013). *Análise dos efeitos da Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo de clientes com dor crônica* [Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/16708>

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2013). Definição do alcance da pesquisa a ser realizada: exploratória, descritiva, correlacional ou explicativa. In R. H. Sampieri, C. F. Collado, & M. del P. B. Lucio (Eds.), *Metodologia de pesquisa* (pp. 99–110). Penso editora.

SBED. (2018). Dor no Brasil. In *Sociedade Brasileira de Estudos da Dor*.

<https://sbed.org.br/duvidas-frequentes-2/dor-no-brasil/>

Sehn, F., Chachamovich, E., Vidor, L. P., Dall-Agnol, L., de Souza, I. C. C., Torres, I. L. S., Fregni, F., & Caumo, W. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Medicine*, *13*, 1425–1435. <https://doi.org/10.1111/J.1526-4637.2012.01492.X>

Siqueira, J. L. D. (2018). *Adaptação Brasileira de um programa interdisciplinar de reabilitação em dor baseado em ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso)*. Universidade Federal de São Paulo - USP.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, *7*(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>

Terhorst, Y., Baumeister, H., Mccracken, L. M., & Lin, J. (2020). Further development in the assessment of psychological flexibility: validation of the German committed action questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(260), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01497-8>

Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek,

- E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain, 156*(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica* (S. Urbina (ed.); 1st ed.). Artmed Editora.
- Vasiliou, V. S., Karekla, M., Michaelides, M. P., & Kasinopoulos, O. (2018). Construct validity of the G-CPAQ and its mediating role in pain interference and adjustment. *Psychological Assessment, 30*(2), 220–230. <https://doi.org/10.1037/PAS0000467>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders, 155*, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., McLeod, C., & Eccleston, C. (2008). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire: Confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain, 140*(2), 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.08.012>
- Williams, A. C. d. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020*(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.PUB4>

Conclusão da dissertação

A presente dissertação teve como objetivo adaptar para população brasileira e buscar evidências de validade para dois instrumentos baseados na ACT. O estudo I da dissertação refere-se a adaptação e psicomетria do *Commitment Action Questionnaire* (CAQ) e o estudo II refere-se a adaptação e psicomетria do *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) para o Brasil. Ambos os estudos alcançaram o objetivo esperado de adaptar e buscar evidências de validade para os instrumentos baseados no modelo de flexibilidade psicológica da ACT para o Brasil.

O CAQ 18-Br e CAQ-8Br apresentaram bons dados de evidências de validade de conteúdo após a adaptação do instrumento do inglês para o português, o que demonstra a adequação cultural a língua. Ambas versões obtiveram boa adequação no modelo de dois fatores e bifactor proposto na versão breve do instrumento e como apontado na literatura, a versão do CAQ-8Br resultou em um melhor ajuste e confiabilidade. Diante disso, essa medida foi correlacionada com variáveis externas e comportou-se da maneira esperada, ao se correlacionar positivamente com momento presente, qualidade de vida e negativamente com psicopatologia (ansiedade, depressão, estresse) e inflexibilidade psicológica. O CAQ-18Br e CAQ-8Br estão adequados para uso no Brasil e, recomenda-se, o uso da versão breve por apresentar melhores resultados na população brasileira, além de ter um tempo de aplicação menor. O CAQ é um instrumento que mensura ação com compromisso e pode ser utilizado tanto na prática clínica quanto em pesquisas.

A adaptação do instrumento do CAQ para uso clínico, que mensura ação com compromisso, representa um avanço importante na investigação da ACT no Brasil, já que para esse processo não existia nenhuma mensuração. A incorporação da ACT em práticas terapêuticas no contexto brasileiro oferece uma abordagem inovadora e eficaz

para lidar com uma variedade de questões psicológicas e emocionais. Ao adaptar e disponibilizar essa ferramenta aos profissionais de psicologia, espera-se fortalecer a capacidade de mensuração do terapeuta sobre esse processo afim de auxiliar seus pacientes a desenvolverem uma relação mais saudável com seus pensamentos, sentimentos e comportamentos comprometidos com seus valores. A adaptação do CAQ para o Brasil abre portas para uma intervenção terapêutica mais eficaz e precisa na mensuração, como também destaca a importância de novas pesquisas para aprimorar ainda mais o uso da ACT na prática clínica no país. Com esse instrumento adaptado, os psicólogos estão mais bem equipados para ajudar seus clientes a viverem vidas mais significativa, promovendo o bem-estar psicológico.

A versão brasileira do CPAQ-20Br e do CPAQ-8Br foram adaptadas e apresentaram adequadas evidências de validade e confiabilidade. Altos escores no CPAQ foram correlacionados com baixa catastrofização sobre a dor e alta qualidade de vida, especialmente física. Na amostra geral o fator disposição para dor contribuiu mais para estes resultados, entretanto, para a amostra clínica o fator engajamento em atividades foi o principal correlacionado. Logo, para pacientes com dor crônica e níveis mais baixos de aceitação recomenda-se a psicoeducação sobre a disposição para dor e, especialmente, o incentivo para se engajar em atividades para além da dor. Recomendamos medir a aceitação da dor crônica no Brasil através do CPAQ em ambas as versões em contexto de pesquisa ou clínico, sendo da escolha do clínico ou pesquisador qual versão aplicar, já que ambas são adequadas ao contexto brasileiro.

A adaptação do instrumento baseado ACT para a dor crônica no contexto brasileiro representa um avanço significativo no tratamento dessa condição complexa. A integração dos princípios da ACT na abordagem terapêutica da dor crônica oferece uma promissora alternativa para pacientes que enfrentam desafios diários e emocionais

consideráveis. Ao adaptar o CPAQ para a realidade brasileira, proporciona-se a oportunidade de sanar a laguna de mensuração existente até o momento dessa abordagem na dor crônica. Isso abre possibilidade de novas investigações que proporcionem uma maior compreensão e gestão da dor crônica, bem como para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, é importante destacar que esse trabalho é o início de uma jornada a qual mais pesquisas e implementações são necessárias para aprimorar ainda mais a eficácia dessa abordagem no contexto clínico. Acreditamos que esta adaptação do CPAQ representa um passo importante na direção de seguir investigando a proposta de intervenção da ACT e seus benefícios para aqueles que sofrem com a dor crônica em nosso país.

A pesquisa conta com limitações, como o número de participantes da pesquisa e maioria residir na região sul do país. Entretanto, apesar das limitações, a dissertação atingiu seus objetivos e trouxe resultados que contribuem com a ciência psicológica no Brasil. Tanto o CAQ-Br quanto o CPAQ-Br estão disponíveis com adequada adaptação e com diferentes resultados de evidências de validade para o país, o que possibilita seu uso em outras pesquisas para a crescente literatura sobre flexibilidade psicológica da ACT e também na clínica.

Referência da dissertação

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30–36.
<https://doi.org/10.1159/000365764>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(5), 750–765.
<https://doi.org/10.1037/A0028310>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *260*, 728–737.
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.09.040>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, *22*(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *263*, 107–120.
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.11.154>
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic

- pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2014.10.001>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1–7. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2015.08.004>
- McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *Journal of Pain*, 14(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1–2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>

Apêndice A – Questionário de dados sociodemográfico e clínicos

Data: ___/___/___

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Código da aplicação: _____

Aplicador: _____

SOCIODEMOGRÁFICO		
1	Idade atual (em anos)	Idade: _____
2	Qual foi o sexo atribuído no seu nascimento?	(1) Feminino (2) Masculino
3	Como você se identifica?	(1) Cisgênero (2) Transgênero (3) Não-binário
4	Qual das alternativas a seguir descreve melhor a sua orientação sexual?	(1) Prefiro não declarar (2) Heterossexual (3) Gay/Lésbica/Homossexual (4) Bissexual (5) Pansexual (6) Assexual
4	Qual a sua cor ou raça?	(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Outro, especifique: _____
5	Em qual região do Brasil você reside?	(1) Norte (2) Sul (2) Sudeste (3) Centro-oeste (4) Nordeste
6	Qual a sua cidade e estado?	Cidade – estado: _____
7	Qual seu estado civil atual?	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a), união estável ou mora junto (3) Separado(a) ou divorciado (a) (4) Viúvo(a) (5) Outro, especifique: _____
8	Qual o seu nível de escolaridade mais alto?	(1) Sem escolaridade formal (analfabeto) (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo (8) Pós-graduação incompleto (9) Pós-graduação completo

		(10) Ensino técnico incompleto (11) Ensino técnico completo
9	Você estuda atualmente?	(0) Não (1) Sim. O que?
10	Ao total quantos <u>anos</u> de estudo formal você tem?	Anos de estudo:
11	Você trabalha atualmente?	(0) Não, estou desempregada (o) (1) Sim, estou empregada (o) – trabalho formal ou informal (2) Sou aposentado/pensionista/encostado (a) pelo INSS
12	Se sim, qual função você exerce no seu trabalho e por quantas horas?	Função: Horas semanais:
13	Qual a sua renda mensal aproximada?	(1) Menos de 1 salário mínimo (2) De 1 a 3 salários mínimos (3) De 3 a 5 salários mínimos (4) Acima de 5 salários mínimo
14	Você se identifica com alguma das seguintes religiões?	(1) Budismo (2) Candomblé (3) Catolicismo (4) Cristianismo (5) Espiritismo (6) Hinduísmo (7) Igreja Evangélica (8) Islamismo (9) Judaísmo (10) Protestantismo (11) Umbanda (12) Nenhuma religião (13) Outro, especifique: _____

SAÚDE

15	Como você classificaria seu estado de saúde?	(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Muito bom
16	Você realiza exercícios físicos?	(0) Não (1) Sim, 1x por semana (2) Sim, 2x por semana (3) Sim, 3x ou mais por semana
17	Você tem dificuldades em dormir?	(0) Não (1) Sim. Especifique: _____
18	Quantas horas você costuma dormir por noite?	Tempo de horas dormidas por noite: _____

19	Você fuma cigarros? <i>Exemplo: 10 cigarros por dia</i>	(0) Não (1) Sim. Quantos cigarros (unidade e não carteira) por dia?
20	Você faz uso de álcool? <i>Exemplo: 5x na semana</i>	(0) Não (1) Sim. Com que frequência?
21	Você faz uso de algum tipo de droga?	(0) Não (1) Sim. Qual/quais?
22	Você tem alguma doença crônica?	(1) Não (2) Sim
23	Se sim, qual? (Marcar todas que se aplicarem).	Apneia do sono Asma Bronquite Câncer Colesterol alto Diabetes Hipertensão Osteoporose Problemas cardiovasculares Outra, especifique: _____
24	Você realizou ou realiza acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?	Não Sim, realizei/o acompanhamento com psicólogo (a) Sim, realizei/o acompanhamento com psiquiatra Sim, realizei/o acompanhamento com psicólogo (a) e psiquiatra
25	Se sim para a pergunta anterior, você já foi diagnosticado com alguma condição específica, como depressão, ansiedade ou outras?	(0) Não (1) Sim. Especifique qual/quais: _____
26	Você faz uso de alguma medicação para cuidar dessa(s) condição(ões)?	(0) Não (1) Sim. Especifique qual/quais: _____
DOR		
24	Você sentiu algum tipo de dor nos últimos 7 dias?	(0) Não (1) Sim
25	Se sim, qual foi a intensidade da sua dor?	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Sem dor	Pior dor possível
26	Você está com dor agora?	(0) Não (1) Sim
27	Se sim, qual é a intensidade da sua dor?	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Sem dor	Pior dor possível
28	Qual(is) o(s) local(is) em que você sentiu ou está com dor?	

DOR CRÔNICA

29	<p>Você tem diagnóstico de dor crônica?</p> <p><i>A dor crônica é uma dor persistente por mais de três meses.</i></p>	<p>(0) Não</p> <p>(1) Sim. Foi realizada por qual profissional da saúde?</p>
30	<p>Marque o tipo de dor crônica que você apresenta:</p>	<p>(1) Dor crônica primária (<i>dor sem causa ou região específica, como dor lombar ou fibromialgia</i>)</p> <p>(2) Dor crônica do câncer (<i>devido ao câncer</i>)</p> <p>(3) Dor crônica pós cirurgia ou pós-traumática (<i>dor após cirurgia ou machucado no local</i>)</p> <p>(4) Dor crônica neuropática (<i>fraqueza, dormência e dor devido a danos nos nervos, normalmente nas mãos e nos pés. Pode ser causado por diabetes</i>)</p> <p>(5) Dor crônica de cabeça ou orofacial (<i>disfunção temporomandibular e/ou cefaleia – enxaqueca</i>)</p> <p>(6) Dor crônica visceral (<i>lesões e dor em órgãos específicos, como estômago, rim, fígado</i>)</p> <p>(7) Dor crônica musculoesquelética (<i>dor causada por lesões nos ossos, articulações, músculos, tendões, ligamentos</i>)</p>
31	<p>Há quanto tempo você sente essa dor em meses? <i>Por exemplo, sinto dor há 1 ano, ou seja, 12 meses.</i></p>	<p>Tempo da dor <u>em meses</u>:</p>
32	<p>Nos últimos 3 meses (90 dias), quantos dias você sentiu dor? <i>Por exemplo, nos últimos 90 dias senti dor pelo menos 20 dias.</i></p>	<p>Frequência da dor <u>em dias</u>:</p>
33	<p>Marque o número que melhor descreve a intensidade da sua dor quando ela está presente:</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Sem dor Pior dor possível</p>	
34	<p>Com que tipo de profissionais você já realizou tratamento com foco na dor crônica? Marque quantas alternativas você precisar.</p>	<p>(1) Médico</p> <p>(2) Fisioterapeuta</p> <p>(3) Psicólogo</p> <p>(4) Nutricionista</p> <p>(5) Terapia Ocupacional</p> <p>(6) Outro. Qual?</p>
35	<p>Existe algum horário do dia em que a sua dor é pior?</p>	<p>(1) Início da manhã</p> <p>(2) Final da manhã</p> <p>(3) Início da tarde</p> <p>(4) Fim da tarde</p> <p>(5) À noite</p> <p>(6) Durante o sono</p> <p>(7) Não noto se ela piora</p> <p>(8) Ela piora, mas sem um horário certo</p>

36	Você já foi hospitalizado devido a dor crônica?	(0) Não (1) Sim. Se sim, quanto tempo hospitalizado?
----	---	---

Apêndice B - Questionário de Ação com Compromisso Brasil (CAQ-18Br)

CAQ-18Br

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalie a veracidade de cada afirmação de acordo com o que se aplica a você, escolhendo um número. Use a escala de classificação a seguir para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “sempre verdadeiro”, circule o número 6 na mesma linha dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu sou capaz de persistir em uma ação mesmo após passar por dificuldades	0	1	2	3	4	5	6
2	Quando eu não consigo atingir um objetivo, eu posso mudar minha forma de alcançá-lo	0	1	2	3	4	5	6
3	Eu consigo permanecer comprometido com meus objetivos, mesmo quando há momentos em que não consigo alcançá-los	0	1	2	3	4	5	6
4	Quando uma meta é difícil de alcançar, eu sou capaz de dar pequenos passos para alcançá-la	0	1	2	3	4	5	6
5	Eu ajo impulsivamente quando eu me sinto sob pressão	0	1	2	3	4	5	6
6	Eu prefiro mudar a forma como abordo um objetivo em vez de desistir	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu sou capaz de seguir meus planos de longo prazo mesmo nos momentos em que o progresso é lento	0	1	2	3	4	5	6
8	Quando eu não consigo alcançar o que quero fazer, faço questão de nunca mais fazer isso de novo	0	1	2	3	4	5	6
9	Eu fico preso fazendo a mesma coisa repetidamente, mesmo que não seja bem-sucedido	0	1	2	3	4	5	6

10	Acho difícil continuar uma atividade, a menos que eu sinta que ela será bem-sucedida	0	1	2	3	4	5	6
11	É mais provável que eu seja guiado pelos meus sentimentos do que pelos meus objetivos	0	1	2	3	4	5	6
12	Eu sou capaz de perseguir meus objetivos quando parecem fáceis e quando parecem difíceis	0	1	2	3	4	5	6
13	Eu sou capaz de persistir ou mudar o que estou fazendo, dependendo do que me ajuda a alcançar meus objetivos	0	1	2	3	4	5	6
14	Se eu assumir um compromisso e mais tarde não conseguir alcançá-lo, então eu o abandono	0	1	2	3	4	5	6
15	Eu sou capaz de permitir experiências desanimadoras no processo de perseguir meus planos de longo prazo	0	1	2	3	4	5	6
16	Se me sinto angustiado ou desanimado, deixo meus compromissos de lado	0	1	2	3	4	5	6
17	Eu fico tão envolvido no que estou pensando ou sentindo que eu não consigo fazer as coisas que importam para mim	0	1	2	3	4	5	6
18	Se eu não puder fazer algo do meu jeito, não vou fazer de jeito nenhum	0	1	2	3	4	5	6

Apêndice C - Questionário de Ação com Compromisso breve Brasil (CAQ-8Br)

CAQ-8Br

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalie a veracidade de cada afirmação de acordo com o que se aplica a você, escolhendo um número. Use a escala de classificação a seguir para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “sempre verdadeiro”, circule o número 6 na mesma linha dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu consigo permanecer comprometido com meus objetivos, mesmo quando há momentos em que não consigo alcançá-los	0	1	2	3	4	5	6
2	Quando uma meta é difícil de alcançar, eu sou capaz de dar pequenos passos para alcançá-la	0	1	2	3	4	5	6
3	Eu prefiro mudar a forma como abordo um objetivo em vez de desistir	0	1	2	3	4	5	6
4	Eu sou capaz de seguir meus planos de longo prazo mesmo nos momentos em que o progresso é lento	0	1	2	3	4	5	6
5	Acho difícil continuar uma atividade, a menos que eu sinta que ela será bem-sucedida	0	1	2	3	4	5	6
6	Se me sinto angustiado ou desanimado, deixo meus compromissos de lado	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu fico tão envolvido no que estou pensando ou sentindo que eu não consigo fazer as coisas que importam para mim	0	1	2	3	4	5	6
8	Se eu não puder fazer algo do meu jeito, não vou fazer de jeito nenhum	0	1	2	3	4	5	6

Anexo D – Escala de Depressão, ansiedade e estresse (DASS-21)

DASS-21

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	1	2	3
Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	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, 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 – Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

AAQ-II

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

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Muito raramente	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo F – Escala de Atenção e Consciência Plena (MAAS)
MAAS

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

1	2	3	4	5	6
Quase sempre	Muito frequentemente	Relativamente frequente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca

1. Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois	1	2	3	4	5	6
2. Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa	1	2	3	4	5	6
3. Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente	1	2	3	4	5	6
4. Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho	1	2	3	4	5	6
5. Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção	1	2	3	4	5	6
6. Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez	1	2	3	4	5	6
7. Parece que eu estou “funcionando no piloto automático”, sem muita consciência do que estou fazendo	1	2	3	4	5	6
8. Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas	1	2	3	4	5	6
9. Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá	1	2	3	4	5	6
10. Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo	1	2	3	4	5	6
11. Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6
12. Eu dirijo no “piloto automático” e depois penso porque eu fui naquela direção	1	2	3	4	5	6
13. Encontro-me preocupado com futuro ou com o passado	1	2	3	4	5	6
14. Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção	1	2	3	4	5	6
15. Eu como sem estar consciente do que estou comendo	1	2	3	4	5	6

Anexo G – WHOQOL-bref

WHOQOL-bref

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões tomando como referência as duas últimas semanas. Marque a alternativa que lhe parece mais apropriada e lembre-se, não há resposta certa ou errada, pois trata-se de sua percepção sobre aspectos da vida.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
--	------	-------------	-------	-------	---------------

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido comitê de especialistas (TCLE)

TCLE Comitê de Especialistas



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética é responsável por assegurar os cuidados éticos da pesquisa com seres humanos.

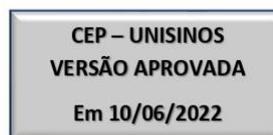
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a avaliar como juiz (a) os instrumentos Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) e o Commitment Action Questionnaire (CAQ) para a etapa Avaliação de Comitê Expert do processo de adaptação de instrumentos. A pesquisa é intitulada de: “Adaptação e evidências de validade de dois instrumentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso: o Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) e o Commitment Action Questionnaire (CAQ)”, cujo objetivo é adaptar e buscar evidências de validade para dois instrumentos de ACT na população em geral e no contexto da dor crônica. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pósgraduação em psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sobre autoria da pesquisadora e mestranda Franciele Cristiane Peloso sob orientação do Professor Dr. Murilo Zibetti e coorientação da Professora Dra. Rebeca Vieira.

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: você deverá ler e concordar com esse termo. A avaliação do material levará, aproximadamente, 20 minutos. Os riscos pela participação são mínimos, como dispendir algum tempo avaliando os itens de ambos os instrumentos. Você poderá desistir da participação da pesquisa e/ou entrar em contato com a pesquisadora responsável para pedir ajuda e tirar dúvidas. A participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém proporcionará maiores estudos empíricos sobre a psicoterapia de Aceitação e Compromisso na população em geral e no contexto da dor crônica.

A avaliação desses instrumentos é voluntária e não obrigatória. Caso você decida não participar ou então desistir na metade do processo, isso não acarretará nenhum prejuízo para você. Caso você tenha dúvidas poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Franciele Cristiane Peloso, através do contato francielepeloso@outlook.com ou (51) 999391235.

Li e concordo com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TCLE



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética é responsável por assegurar os cuidados éticos da pesquisa com seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada de: “Adaptação e evidências de validade de dois instrumentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso: o Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) e o Commitment Action Questionnaire (CAQ)”, cujo objetivo é adaptar e buscar evidências de validade para dois instrumentos. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós graduação em psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sobre autoria da pesquisadora e mestranda Franciele Cristiane Peloso sob orientação do Professor Dr. Murilo Zibetti e coorientação da Professora Dra. Rebeca Vieira.

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: você deverá ler e concordar com esse termo, responder a algumas perguntas (como dados pessoais) e alguns questionários que investigam sua saúde e sua vida atual. O preenchimento deste material levará, aproximadamente, 30 minutos. Os riscos pela participação são mínimos, como se sentir desconfortável ao responder sobre questões de sua vida pessoal e privada, além de ter que dispender algum tempo respondendo os questionários. Em caso de desconforto, você poderá desistir da participação da pesquisa e/ou entrar em contato com a pesquisadora responsável para pedir ajuda e dar os encaminhamentos necessários. A participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém proporcionará maiores estudos empíricos sobre a relação da psicoterapia de Aceitação e Compromisso na população em geral e no contexto da dor crônica. Além disso, no final da participação na pesquisa você receberá um material psicoeducativo sobre flexibilidade psicológica e saúde.

A participação na presente pesquisa é voluntária e não obrigatória. Caso você decida não participar ou então desistir na metade do processo, isso não acarretará nenhum prejuízo para você. As informações coletadas pela pesquisa serão tratadas com extrema confidencialidade e sigilo. Os resultados da pesquisa serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Franciele Cristiane Peloso, através do contato francielepeloso@outlook.com ou (51) 999391235.

Li e concordo com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em 10/06/2023

Apêndice J – Aprovação do Comitê de Ética da UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação e Evidências de Validade de dois instrumentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso: o Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) e o Commitment Action Questionnaire (CAQ)

Pesquisador: FRANCIELE CRISTIANE PELOSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59066722.7.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.462.198

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto do curso de Mestrado em Psicologia Clínica. O presente estudo será de método transversal, observacional e correlacional, através do qual serão realizadas as propriedades psicométricas dos instrumentos CPAQ e CAQ.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem apresentado evidência de eficácia para população com dor crônica. Existem instrumentos internacionais com evidências de validade para mensurar os processos da ACT no contexto da dor crônica, especialmente os processos de aceitação e ações com compromisso. Entretanto, não foram identificadas nenhuma medida para esse contexto no Brasil. O objetivo deste trabalho será adaptar para população brasileira, examinar fidedignidade e explorar evidências de validade de dois instrumentos baseados na teoria da ACT, o Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) e o Commitment Action Questionnaire (CAQ). Após a adaptação dos instrumentos originais, a coleta acontecerá online. O estudo contará com no mínimo 380 participantes. Serão realizadas análises para evidências de validade de conteúdo, para estrutura interna, para relações com outras variáveis e de fidedignidade dos escores do CPAQ e CAQ. Logo, serão utilizados testes de correlação com medidas que se relacionam com os construtos estudados, Análise Fatorial Confirmatória, teste-t student e alfa de Cronbach. Espera-se que ambos os instrumentos apresentem propriedades psicométricas adequadas para o Brasil.

Endereço: Av. Unisinos, 950 - Ramal 3219

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1122

Fax: (51)3591-3219

E-mail: cep@unisinos.br

Continuação do Parecer: 5.462.198

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são claros e delimitados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram previstos de maneira adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está bem redigido e em linguagem amigável.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme "Parecer Consubstanciado do CEP", o projeto está aprovado (neste parecer encontrará o número de aprovação). Acesse a Plataforma Brasil e localize o TCLE aprovado e carimbado, em folha timbrada. É obrigatório o uso desse TCLE para reproduzir cópias e entregar aos participantes da coleta de dados. Instruções para localização do TCLE aprovado: Na aba "Pesquisador", clicar na lupa da coluna "Ações", em "Documentos do Projeto de Pesquisa", na Árvore de Arquivos, expandir as pastas totalmente, com as setas apontadas para baixo, até encontrar TCLE/Termos de Assentimento, clicando encontrará TCLE aprovado (em pdf), data 10/06/2022. Dúvidas, faça contato com Adriana Capriolli, 51- 3591-1122 ramal 3219.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1955537.pdf	26/05/2022 16:54:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/05/2022 15:50:22	FRANCIELE CRISTIANE PELOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.pdf	26/05/2022 15:46:28	FRANCIELE CRISTIANE PELOSO	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950 - Ramal 3219

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1122

Fax: (51)3591-3219

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 5.462.198

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/05/2022 15:40:23	FRANCIELE CRISTIANE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FrancieleCristianePeloso.pdf	10/06/2022 14:30:19	Cátia de Azevedo Fronza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 10 de Junho de 2022

Assinado por:
Cátia de Azevedo Fronza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950 - Ramal 3219
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1122 **Fax:** (51)3591-3219 **E-mail:** cep@unisinos.br

Apêndice K – Questionário de Aceitação da dor crônica (CPAQ-20Br)

CPAQ-20Br

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalia a veracidade de cada afirmação de acordo com o que se aplica a você, escolhendo somente um número. Use a escala de classificação a seguir para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “sempre verdadeiro”, circule o número 6 na mesma linha dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu sigo minha vida, não importa qual seja o meu nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
2	Minha vida está indo bem, embora eu tenha dor crônica	0	1	2	3	4	5	6
3	Sentir dor é aceitável	0	1	2	3	4	5	6
4	Eu facilmente sacrificaria coisas importantes na minha vida para controlar melhor esta dor	0	1	2	3	4	5	6
5	Não é necessário que eu controle minha dor para lidar bem com minha vida	0	1	2	3	4	5	6
6	Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu preciso me concentrar em me livrar da minha dor	0	1	2	3	4	5	6
8	Há muitas coisas que eu posso fazer quando eu sinto dor	0	1	2	3	4	5	6
9	Eu levo uma vida plena, mesmo tendo dor crônica	0	1	2	3	4	5	6
10	Controlar a dor é menos importante do que outros objetivos em minha vida	0	1	2	3	4	5	6
11	Meus pensamentos e sentimentos sobre a dor precisam mudar antes que eu possa dar passos importantes em minha vida	0	1	2	3	4	5	6
12	Apesar da dor, agora estou seguindo um certo rumo em minha vida	0	1	2	3	4	5	6
13	Manter o meu nível de dor sob controle é prioridade quando estou fazendo algo	0	1	2	3	4	5	6
14	Antes de fazer qualquer plano importante, eu preciso ter algum controle sobre minha dor	0	1	2	3	4	5	6

15	Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
16	Eu terei melhor controle sobre minha vida se eu puder controlar meus pensamentos negativos sobre a dor	0	1	2	3	4	5	6
17	Eu evito me colocar em situações em que a dor possa aumentar	0	1	2	3	4	5	6
18	Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6
19	É um alívio perceber que eu não preciso mudar a minha dor para seguir em frente com a minha vida	0	1	2	3	4	5	6
20	Eu tenho que lutar para fazer as coisas quando eu sinto dor	0	1	2	3	4	5	6

Apêndice L – Questionário de Aceitação da dor crônica breve (CPAQ-8Br)

CPAQ-8Br

Instruções: Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Avalia a veracidade de cada afirmação de acordo com o que se aplica a você, escolhendo somente um número. Use a escala de classificação a seguir para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acredita que uma afirmação é “sempre verdadeiro”, circule o número 6 na mesma linha dessa afirmação.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro

1	Eu sigo minha vida, não importa qual seja o meu nível de dor	0	1	2	3	4	5	6
2	Embora as coisas tenham mudado por causa da minha dor crônica, eu estou vivendo uma vida normal	0	1	2	3	4	5	6
3	Eu levo uma vida plena, mesmo tendo dor crônica	0	1	2	3	4	5	6
4	Manter o meu nível de dor sob controle é prioridade quando estou fazendo algo	0	1	2	3	4	5	6
5	Antes de fazer qualquer plano importante, eu preciso ter algum controle sobre minha dor	0	1	2	3	4	5	6
6	Quando minha dor aumenta, ainda consigo cuidar das minhas responsabilidades	0	1	2	3	4	5	6
7	Eu evito me colocar em situações em que a dor possa aumentar	0	1	2	3	4	5	6
8	Minhas preocupações e medos sobre o que a dor fará comigo são verdadeiros	0	1	2	3	4	5	6

Anexo M – Escala de Catastrófico sobre a Dor (B-PCS)

B-PCS

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o grau destes pensamentos e sentimentos quando está com dor:

1. A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
2. O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
3. O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
4. O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
5. O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
6. O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
7. O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
8. O desejo profundo que a dor desapareça é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
9. O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
10. O pensamento que ainda poderá doer mais é	0	1	2	3	4

	Mínimo	Leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
11. O pensamento que a dor é grave poque ela não quer parar é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
12. O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
13. A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa