

Carolina Lopes da Conceição Ferreirinha

ESTUDO DA VERSÃO PORTUGUESA DA *PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY IN PAIN SCALE* EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
Área de Especialização em Terapias
Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2018



Estudo da versão portuguesa da *Psychological Inflexibility in Pain Scale* em mulheres com diagnóstico de endometriose

Carolina Lopes da Conceição Ferreirinha

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, julho de 2018

Aos meus pais e irmão, aos meus avós, à minha prima e ao meu namorado

Agradecimentos

À professora doutora Ana Galhardo, por ter sido incansável, por estar sempre disponível, por todas as aprendizagens, por ter sido uma excelente orientadora e professora ao longo do meu percurso académico.

A todos os professores e funcionários do Instituto Superior Miguel Torga com quem me cruzei ao longo destes anos, por terem contribuído e marcado de forma tão positiva a minha formação.

A todos os participantes deste estudo, porque sem a sua colaboração não teria sido possível.

A todos os colegas e amigos que fizeram parte desta etapa da minha vida, por todos os conhecimentos partilhados, pelo encorajamento e apoio.

À Cris, à Adeline e à Beatriz, pela amizade, pelo companheirismo, porque sem vocês não teria sido tão bom.

À minha prima, por estares ao meu lado incondicionalmente, por seres um dos meus maiores pilares.

Ao meu namorado, pela força, pela paciência, pela motivação, pela compreensão e apoio incondicionais.

Aos meus avós, pelas palavras de coragem, por todos os ensinamentos, por fazerem de tudo para me ver feliz.

Aos meus pais, padrasto e irmão, por acreditarem em mim, por me ensinarem a ser sempre mais e melhor, por todos os valores transmitidos, por serem uma inspiração. Porque sim, porque tudo. Sem vocês nada disto seria possível.

A toda a minha família, mil vezes obrigada!

Resumo

Introdução: A endometriose é uma condição crónica, incapacitante, que implica experiência da dor. A existência de instrumentos de avaliação que abordem processos de regulação emocional, como a inflexibilidade psicológica, nesta população é ainda escassa. Com o intuito de avaliar a inflexibilidade psicológica em pessoas com dor crónica, foi desenvolvida a *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS).

Objetivos: Desenvolvimento de uma versão em língua portuguesa da PIPS e estudo da sua estrutura fatorial e propriedades psicométricas numa amostra de mulheres com endometriose.

Método: 209 mulheres com diagnóstico de endometriose foram recrutadas através da Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose e da Associação Portuguesa de Fertilidade. Além da PIPS-PT, as participantes preencheram *online* um questionário sociodemográfico, a Escala Numérica da Dor, as Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), o Questionário de Aceitação da Dor Crónica (CPAQ) e o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II).

Resultados: Através da análise fatorial confirmatória da PIPS-PT o modelo de dois fatores: (1) evitamento da dor e (2) fusão cognitiva, mostrou os seguintes índices de ajustamento: $\chi^2/df = 2.72$, CFI = .92, GFI = .86, TLI = .91, RMSEA = .091, MECVI = 1.68. Relativamente aos valores de alfa de Cronbach, observou-se um valor de .94 para a escala total, de .94 para a subescala de evitamento da dor e de .82 para a subescala de fusão cognitiva. A fiabilidade compósita (FC) revelou um valor de .95 para a escala total, de .93 para a subescala de evitamento da dor e de .82 para a subescala de fusão cognitiva. A fidedignidade temporal mostrou um valor de correlação de .75 ($p < .001$). O valor de correlação entre as duas subescalas da PIPS-PT foi de .69 ($p < .001$). A PIPS-PT apresentou correlações positivas com o AAQ-II ($r = .49$; $p < .001$), com a Escala Numérica da Dor ($r = .51$, $p < .001$), com as escalas de depressão ($r = .45$; $p < .001$), de ansiedade ($r = .38$; $p < .001$), e de stresse ($r = .43$; $p < .001$) e uma correlação negativa com o CPAQ ($r = -.60$; $p < .001$).

Conclusão: Este estudo permitiu a disponibilização de um instrumento de autorresposta, válido e fidedigno para avaliar a inflexibilidade psicológica em mulheres com endometriose.

Palavras-chave: endometriose; inflexibilidade psicológica; dor crónica; estrutura fatorial; propriedades psicométricas.

Abstract

Introduction: Endometriosis is a chronic, incapacitating condition which involves experiencing pain. Assessment instruments addressing emotional regulation, such as psychological inflexibility, in this population are scarce. With the aim of assessing psychological inflexibility in people with chronic pain, the *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS) was developed.

Objectives: To develop a PIPS Portuguese version and study its factor structure and psychometric properties in a sample of women facing endometriosis.

Method: 209 women with an endometriosis diagnosis were recruited through the *Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose* and the *Associação Portuguesa de Fertilidade*. Besides the PIPS-PT, the participants completed a sociodemographic online questionnaire, the Numeric Pain Rating Scale (NPRS), the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS – 21), the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) and the Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II).

Results: Through the PIPS-PT confirmatory factor analysis, the two factor model: (1) avoidance of pain and (2) cognitive fusion, showed the following adjustment indices: $\chi^2/df = 2.72$, CFI = .92, GFI = .86, TLI = .91, RMSEA = .091, MECVI = 1.68. As for the Cronbach alpha values .94 was observed for the total scale, .94 for the pain avoidance subscale and of .82 for the cognitive fusion subscale. The composite reliability (CR) revealed a value of .95 for the total scale, of .93 for the pain avoidance subscale and of .82 for the cognitive fusion subscale. The test retest reliability showed a correlation of .75 ($p < .001$). The correlation between the two PIPS-PT subscales was of .69 ($p < .001$). The PIPS-PT showed positive correlations with the AAQ-II ($r = .49$; $p < .001$), the Numeric Pain Rating Scale ($r = .51$, $p < .001$), the depression scale ($r = .45$; $p < .001$), the anxiety scale ($r = .38$; $p < .001$) and the stress scale ($r = .43$; $p < .001$) and a negative correlation with the CPAQ ($r = -.60$; $p < .001$).

Conclusion: This study allowed the availability of a valid and reliable self-report instrument to assess psychological inflexibility in women with endometriosis.

Key words: Endometriosis; psychological inflexibility; chronic pain; factorial structure; psychometric properties.

Apêndices

Apêndice A - Questionário sociodemográfico e clínico

Apêndice B – Pedidos de autorização aos autores dos instrumentos e respectivas respostas

Apêndice C – Texto introdutório e consentimento informado

Apêndice D - Versão portuguesa da *Psychological Inflexibility in Pain Scale* - PIPS-PT

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão obtidos para as diferentes medidas utilizadas

Tabela 3 – Descritivas dos itens da PIPS-PT, correlações item-total e valor de α se item removido

Tabela 4 – Pesos fatoriais dos itens da PIPS-PT

Tabela 5 – Correlações da PIPS-PT com as variáveis idade, anos de escolaridade e duração do diagnóstico de endometriose

Tabela 6 - Correlações entre a PIPS-PT e as Escalas de depressão, ansiedade e stresse da EADS, o AAQ-II , o CPAQ e a Escala Numérica da Dor

Figuras

Figura 1 - Modelo da estrutura bifatorial da PIPS-PT

Introdução

A definição de endometriose mais comumente aceite é apontada por Kennedy et. al. (2005) como a presença de tecido de tipo endometrial fora do útero. Esta condição é maioritariamente encontrada em mulheres em idade reprodutiva e induz uma reação crónica e inflamatória. A endometriose pode ser associada a sintomas que têm impacto ao nível do bem-estar físico, mental e social, ainda assim, existem mulheres que não apresentam sintomatologia. Para além disso pode causar determinados sintomas como dismenorrea, dispareunia profunda, dor crónica pélvica, infertilidade, fadiga crónica, entre outros (Hickey, Ballard e Farquhar, 2014; Kennedy et al., 2005).

É ainda de destacar que, segundo Hickey, Ballard e Farquhar (2014), a endometriose é a causa mais comum de dor crónica pélvica. Tal como acontece noutras condições de dor crónica, muitas vezes os tratamentos novos para a dor relacionada com a endometriose, em ensaios clínicos e numa fase inicial, não têm muito sucesso, o que pode estar relacionado com o facto de haver diferentes mecanismos que dão origem à dor nesta população, sendo que não há um tratamento que resulte da mesma forma para todas as pessoas (Rogers et al., 2016).

De acordo com Souza et. al. (2011), a qualidade de vida em pacientes com endometriose não é apenas afetada pela doença em si, a infertilidade consiste numa característica relevante associada a este diagnóstico e pode ter influência na qualidade de vida destas mulheres. A intensidade da dor pélvica encontra-se associada à diminuição da qualidade de vida no que diz respeito a aspetos psicológicos.

Facchin et. al. (2016) sugerem que as mulheres com diagnóstico de endometriose e com maiores níveis de dor, têm maior propensão a evitar novas situações de risco, a ter preocupações mais pessimistas, medo, inibição e a sentirem maior incapacidade para lidar com problemas e obstáculos que consideram ser causados por acontecimentos externos. Contrariamente, as mulheres com maior *locus* de controlo interno, o que inclui um maior sentimento de auto-eficácia, experienciam níveis mais reduzidos de dor. De acordo com Kroska (2016), o medo-evitamento e a intensidade da dor encontram-se positivamente associados, remetendo para a ideia de que quem experiencia maior intensidade da dor tem tendência a evitar atividades que possam contribuir para o agravamento desta, sendo que as mulheres que evitam mais são também quem refere uma maior intensidade da dor. No mesmo estudo, é sugerido que as normas culturais e as crenças podem ter um diferente impacto na relação entre o medo-evitamento e a intensidade da dor.

Um outro elemento a considerar relativamente à forma como as mulheres lidam com a dor relaciona-se com as estratégias de *coping* que utilizam. As estratégias de *coping* servem como um mediador do stresse emocional em resposta à dor, existindo igualmente a indicação de que o grau de dor tem interferência no funcionamento psicossocial de cada indivíduo. Neste sentido, quando as estratégias de *coping* passam pelo evitamento, há uma maior tendência para obter resultados negativos no que diz respeito à incapacidade, ao experienciar a dor e ao funcionamento psicossocial. Contrariamente, quando são adotadas estratégias de *coping* mais racionais, podem ser obtidos resultados positivos nessas mesmas variáveis (Eriksen et. al, 2008).

As pacientes com endometriose assintomática podem não apresentar, forçosamente, uma qualidade de vida e saúde mental mais reduzida (Facchin et. al, 2015). Efetivamente, a dor crónica pélvica merece destaque no estudo da endometriose, uma vez que a presença de dor pélvica tem um impacto negativo na qualidade de vida, quer seja a nível físico como psicológico, bem como ao nível de sintomatologia depressiva e ansiosa. Na literatura, é várias vezes apontada a associação entre endometriose e desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva (Facchin et al., 2016; Facchin et al., 2017; Rowlands, Teede, Lucke, Dobson, & Mishra, 2016). A severidade da dor pélvica tem um grande impacto na saúde mental destas mulheres, inclusivamente no que diz respeito à ansiedade e depressão (Facchin et al., 2016; Facchin et al., 2017). A ansiedade encontra-se ainda relacionada com um tempo mais curto de diagnóstico, ou seja, com um diagnóstico mais recente. Os autores (Facchin et al., 2017) realçam a importância de uma boa comunicação acerca do diagnóstico, o que implica clareza, sensibilidade e respeito. Uma intervenção psicológica imediata pode permitir a redução do risco de desenvolvimento de perturbações mentais, ajudando estas pacientes a encontrar estratégias mais eficazes para lidar com a doença e com as suas implicações (Facchin et al., 2017).

A ligação entre a inflexibilidade psicológica enquanto processo de regulação emocional em casos de pacientes com dor crónica tem vindo a ser alvo de interesse ao nível da investigação (Kwok, Chan, Chen & Lo, 2016). Os mesmos autores defendem a importância de incluir componentes relacionados com a flexibilidade psicológica no tratamento psicológico de pacientes com dor crónica, no sentido de otimizar os benefícios do tratamento. De acordo com Hayes (2004), o principal objetivo da Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) consiste em permitir ao paciente sentir e pensar o que realmente se passa nesse momento; possibilitar ao paciente mover-se numa direção valorizada, com toda a sua história e reações automáticas. As técnicas utilizadas na ACT ajudam a encontrar um

contexto psicológico no qual os objetivos acima se tornem possíveis de alcançar. Este processo é um ciclo de deteção da fusão cognitiva e evitamento, permitindo a desfusão, estabelecendo novas e mais flexíveis funções para determinados eventos e movendo-se numa direção valorizada na qual se desenvolva um leque cada vez maior de comportamentos mais eficazes. Na ACT, os pacientes são estimulados a viver de acordo com os seus próprios valores, em vez de procurarem a verdade literal dos seus pensamentos ou avaliações. Assim, são possíveis mudanças poderosas e rápidas, uma vez que o que é considerado problemático é o contexto e o propósito da ação e não a história que existe por trás das dificuldades. Neste sentido, o problema não diz respeito ao que o paciente sente, pensa ou experiencia, as dificuldades relacionam-se com a tendência de encarar essas experiências literalmente, assim como a tentativa constante de lutar contra elas (Hayes, 2004).

Uma maior aceitação da dor encontra-se associada a níveis mais reduzidos da intensidade da dor, a menores níveis de ansiedade e evitamento, a menor sintomatologia depressiva, a menor incapacidade física e psicossocial e mais tempo de atividade diária em pessoas que procuram tratamento para a dor crónica. As pacientes que adotam estratégias de evitamento e que tentam livrar-se da dor, que consideram a dor um entrave a terem uma vida melhor, apresentam mais consequências negativas comparativamente com as mulheres que adquirem uma postura mais recetiva, apresentando estas um melhor funcionamento no que diz respeito à dor crónica (McCracken, 1998).

Nos casos em que as estratégias que têm como objetivo a redução da dor são benéficas, devem ser mantidas. Ainda assim, uma parte significativa da população que participou neste estudo realizou várias tentativas de tratamento para a dor que não se verificaram ser eficazes. Nessas situações, pode ser mais vantajoso aceitar a condição em que se encontram, sendo indicada a necessidade de estratégias diferentes que gerem mais aceitação da dor. Existem vários componentes envolvidos na experiência da dor como aspetos sensoriais, afetivos e emocionais relacionados com a dor, bem como alterações físicas e funcionais em diferentes áreas do quotidiano. Alguns destes aspetos têm tendência a ser mais responsivos a estratégias que envolvam a mudança, no entanto, existem outros que devem ser aceites (McCracken, 1998). De acordo com McCracken e Eccleston (2003), uma maior aceitação da dor crónica encontra-se relacionada com menores níveis de dor, de incapacidade, de depressão e de ansiedade associadas à dor, maior tempo despendido em atividades diárias e um melhor estatuto no trabalho. Os autores referidos sugerem ainda que, no que diz respeito à dor crónica, pode ser mais útil adotar uma posição de aceitação do que de enfrentamento.

Com o intuito de avaliar este construto de flexibilidade psicológica têm vindo a ser desenvolvidos diversos instrumentos de avaliação aplicados a diferentes condições de saúde. Conhecem-se as versões do Questionário de Aceitação-Ação dirigidas a diversas temáticas, como é o caso da diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), da epilepsia (Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008), da imagem corporal (Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013; versão portuguesa de Cardoso, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011), do estigma (Levin, Luoma, Lillis, Hayes, & Vilardaga, 2014), do peso (Lillis & Hayes, 2008; versão portuguesa de Palmeira & Pinto-Gouveia, 2013), de fumar (Gifford et al., 2004), da ansiedade social (MacKenzie & Kocovski, 2010), das alucinações auditivas (Shawyer et al., 2007), do trabalho (Bond, Lloyd, & Guenole, 2013), *tinnitus* (Westin, Andersson, & Hayes, 2008), do abuso de substâncias (Luoma, Drake, Hayes, Kohlenberg, 2011), da dor crónica (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004; versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Costa, 2008), entre outras. Neste contexto, um dos instrumentos especificamente desenvolvido para a avaliação da inflexibilidade em pessoas com dor crónica foi a PIPS. Inicialmente, a PIPS foi composta por 38 itens, incluindo 4 diferentes fatores: evitamento, aceitação, fusão cognitiva e orientação para os valores. No entanto, após a análise estatística realizada pelos autores, optaram por eliminar alguns dos itens e fatores, ficando assim a PIPS composta por 16 itens agrupados em 2 fatores: evitamento e fusão cognitiva (Wicksell, Renöfält, Olsson, Bond, & Melin, 2008).

Existem já algumas versões da PIPS validadas para outros países, como é o caso de França, Espanha e Alemanha. Nesses países, a versão validada da PIPS é composta por 12 itens e duas subescalas, tal como na versão original, sendo elas o evitamento e a fusão cognitiva. Apenas na versão espanhola recorreram ao reteste, tendo sido este realizado uma a duas semanas após o preenchimento do primeiro questionário e tendo sido obtido um valor de $r = .97$. No que diz respeito à versão de Espanha, os autores correlacionaram a PIPS com os seguintes instrumentos: *Pain Visual Analogue Scale* (PVAS), *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS), *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ) e *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS). Verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa da PIPS com PVAS, FIQ, HADS-*anxiety*, HADS-*depression*, PCS e uma correlação negativa e significativa do ponto de vista estatístico com CPAQ e MAAS. Ainda sobre a versão espanhola, a consistência interna foi calculada através do alfa de Cronbach, tendo sido obtido um valor de .90 para a escala total, .92 para a subescala evitamento da dor e .61 para a subescala fusão cognitiva (Rodero et al., 2013). Quanto à versão francesa da PIPS,

os autores estabeleceram correlações entre a PIPS e o *Pain Catastrophizing* (PCS), *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ), *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ) e *Committed Action Questionnaire* (CAQ), tendo sido verificadas correlações positivas e estatisticamente significativas com PCS, CFQ e CAQ, e uma correlação negativa e também significativa do ponto de vista estatístico com o CPAQ. O item que demonstrou uma saturação mais baixa foi o item 9, que na versão francesa corresponde a: “Faria quase tudo para me livrar da minha dor.” A consistência interna desta versão, calculada através do alfa de Cronbach, obteve um valor de .89 (Martel et al., 2015). Na versão alemã da PIPS o cálculo das correlações com outros instrumentos foi realizado com as suas subescalas e não com a escala total. Assim, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre ambas as subescalas da PIPS e o CPAQ. Este estudo demonstrou uma correlação positiva e significativa do ponto de vista estatístico entre as subescalas da PIPS e a *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). A subescala evitamento apresentou ainda uma correlação moderada com o *Pain Disability Index* (PDI) e com a *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS). Relativamente à subescala fusão cognitiva, verificou-se uma correlação positiva ($r = .31, p < .001$) com a PDI. Quanto à HADS, ainda na versão alemã, encontrava-se correlacionada com a subescala evitamento da PIPS, no entanto, a subescala fusão cognitiva apenas revelou uma correlação positiva, ainda que baixa ($r = .22, p < .001$) com a subescala de ansiedade. No que concerne à consistência interna, calculada através do alfa de Cronbach tal como nas restantes versões, verificou-se um alfa de .78 para a escala total, .91 para a subescala evitamento e .26 para a subescala fusão cognitiva (Barke, Riecke, Rief, & Glombiewski, 2015).

A escolha da endometriose neste estudo deve-se ao facto de se tratar de uma condição crónica, incapacitante, que implica experiência da dor e que pode ter consequências relevantes na vida das pessoas, nomeadamente o confronto com um diagnóstico de infertilidade e as exigências do tratamento médico para esta última condição. Apesar de terem surgido nos últimos anos um número cada vez maior de estudos sobre a endometriose em diferentes domínios, os estudos relativos a variáveis psicológicas não são tão abundantes e, especificamente em Portugal, são particularmente escassos. O estudo procura colmatar uma lacuna na literatura em Portugal. Neste sentido, a disponibilidade de instrumentos de avaliação que possibilitem uma melhor compreensão de aspetos de natureza psicológica em pessoas com endometriose constitui também um contributo importante.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo consiste no desenvolvimento de uma versão em língua portuguesa da *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS; Wicksell et al., 2008) e estudar a sua estrutura fatorial e propriedades psicométricas numa amostra de mulheres com diagnóstico de endometriose.

Materiais e métodos

Participantes

A amostra foi constituída por 209 mulheres portuguesas com diagnóstico de endometriose. Os critérios de inclusão definidos foram idade igual ou superior a 18 anos e um diagnóstico de endometriose. De referir que o diagnóstico de endometriose foi indicado pelas participantes, não tendo existido consulta de processos médicos.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de autorresposta: a Escala Numérica da Dor; a *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS-PT); as Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21); o Questionários da Aceitação da Dor Crónica (CPAQ) e o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II).

A Escala Numérica da Dor pode ser composta por 11, 21 ou 101 pontos, sendo que os extremos correspondem a nenhuma dor e à pior dor que possa existir. Esta escala tanto pode ser respondida por escrito (graficamente), como pode verbalmente, no entanto, quando a opção é a da resposta por escrito tendem a ser usadas a escala de 11 ou de 21 pontos. Para além de ser de simples administração, este instrumento apresenta confiabilidade e validade para ser utilizado (Williamson & Hoggart, 2005).

A *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS) foi criada por Rikard K. Wicksell, Jonas Renöfält, Gunnar L. Olsson, Frank W. Bond e Lennart Melin, em 2008. Esta escala é composta por 16 itens e engloba duas subescalas: evitamento da dor (itens: 2, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16) e fusão cognitiva (itens: 1, 4, 5, 6, 10, 12). As respostas são dadas numa escala tipo Likert de 1 (nunca é verdade) a 7 (é sempre verdade) pontos, sendo que uma pontuação mais alta indica níveis mais elevados de inflexibilidade psicológica. A consistência interna, obtida através do alfa de Cronbach, é de .89 para a escala total, de .90 para a subescala de evitamento e de .75 para a subescala de fusão cognitiva. A intercorrelação encontrada entre as subescalas foi de .46, o que indica que as subescalas fornecem informação distinta no que diz

respeito à inflexibilidade psicológica. Os resultados indicam ainda que existe validade de ambas as subescalas, assim como da escala total (Wicksell et al., 2008).

Quanto às Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), no estudo de validação para a população portuguesa, conduzido em 2004, observou-se que se mantêm as características da versão original (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A EADS-21 é composta por três subescalas: depressão (que engloba a disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia); ansiedade (que inclui excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjectivas de ansiedade) e, por fim, *stress* (que inclui dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e impaciência). A escala é composta por 21 itens, sendo que a cada subescala pertencem 7 itens e foi criada para indivíduos com idade superior a 17 anos. Em cada item existem 4 opções de resposta (em termos de gravidade ou frequência) numa escala tipo Likert (“não se aplicou nada a mim”; “aplicou-se a mim algumas vezes”; “aplicou-se a mim de muitas vezes” e “aplicou-se a mim a maior arte das vezes”). A EADS-21 apresenta três resultados, um por cada subescala, calculados pela soma dos 7 itens, sendo que resultados mais elevados estão associados a estados afetivos mais negativos. Na versão portuguesa, utilizada no presente estudo, a subescala da depressão obteve um alfa de Cronbach de .85, a subescala da ansiedade teve um alfa de Cronbach de .74 e, por fim, a subescala de *stress* apresentou um alfa de Cronbach de .81 (Pais-Ribeiro; Honrado & Leal, 2004). Na presente amostra os valores de consistência interna foram de .93 para a escala de depressão, .89 para a escala de ansiedade e de .93 para a escala de stresse.

Relativamente ao Questionário de Aceitação da Dor Crónica (CPAQ; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004; Costa & Gouveia, 2008) é um instrumento que avalia a disponibilidade para experienciar a dor e para a realização de atividades. O CPAQ é constituído por 20 itens que são respondidos com recurso a uma escala do tipo Likert de 7 pontos (0 = Nunca até 6 = Sempre), sendo que uma pontuação mais elevada indica uma maior aceitação da dor. Relativamente à validade, e na versão original deste instrumento, foram inicialmente considerados quatro fatores (Realização de atividades, Disponibilidade, Controlo dos pensamentos e Cronicidade). No entanto, dois dos fatores (Controlo de pensamentos e Cronicidade) não se encontravam associados ao valor total da aceitação, nem a outras medidas de mal-estar relacionado com dor e incapacidade e, por essas razões, foram excluídos. Assim, foram considerados 2 fatores: a Realização de atividades e a Disponibilidade para a dor, cuja consistência interna, obtida através do alfa de Cronbach, foi

de, respetivamente, .82 e .78, o que indica uma boa consistência interna. O valor de correlação entre as escalas foi de .36, o que é considerado um valor aceitável (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004). O CPAQ foi validado para a população portuguesa e, tal como na versão original, apresenta uma estrutura bifatorial: Realização de atividades e Disponibilidade para a dor. Quanto à consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, foi de .83 para a subescala Realização de atividades, de .89 para a subescala Disponibilidade para a dor, e de .91 para a escala total, revelando uma excelente consistência interna (Costa & Gouveia, 2009). Neste estudo observou-se um valor de alfa de Cronbach de .88 na subescala de Realização de atividades, de .83 na subescala de Disponibilidade para a dor e de .78 para o total da CPAQ.

O Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012) avalia a flexibilidade psicológica ou o evitamento experiencial. Este é um instrumento de autorresposta, composto por 7 itens e no qual as respostas são avaliadas numa escala de tipo Likert que pode variar entre 1 (“nunca verdadeiro”) e 7 (“sempre verdadeiro”). Quanto mais elevados forem os resultados, maior é a inflexibilidade psicológica, encontrando-se uma relação com maiores níveis de sintomatologia depressiva, stresse e sofrimento de forma geral. O AAQ-II apresenta uma estrutura fatorial unidimensional, uma boa validade convergente e discriminante, bem como uma boa consistência interna, tendo sido obtido um alfa de Cronbach de .84 na sua versão original (Bond et al., 2011). A estrutura fatorial foi confirmada na versão portuguesa deste instrumento, tal como uma boa validade convergente e divergente e foi obtido um alfa de Cronbach de .90 (Pinto-Gouveia et al., 2012). No presente estudo, o cálculo do alfa de Cronbach do AAQ-II mostrou um valor de .95.

Procedimentos

O questionário sociodemográfico e clínico foi elaborado para este estudo em particular, englobando as seguintes variáveis: idade, estado civil, anos de escolaridade, período de tempo entre a primeira vez que procurou assistência médica e o estabelecimento do diagnóstico de endometriose, duração do diagnóstico, realização de cirurgia devido à endometriose, medicação relacionada com a endometriose, problemas de fertilidade, existência de filhos, presença de dor e cronicidade da mesma (Apêndice A).

Procedeu-se à solicitação das autorizações para o uso dos instrumentos de autorresposta definidos de acordo com os objetivos do estudo junto dos respetivos autores,

tendo-nos sido facultado um parecer positivo relativamente a todos eles (Apêndice B). As instruções e os itens da PIPS foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por dois investigadores com fluência no inglês. Foram encontradas ligeiras inconsistências, as quais após discussão acabaram por dar origem à versão final em língua portuguesa. Num passo seguinte, esta versão foi revista por um nativo da língua inglesa, mas com fluência na língua portuguesa e que leciona inglês numa escola de línguas. Ainda que as diferenças entre a versão original e a traduzida fossem diminutas, foram efetuadas ligeiras alterações de modo a obter a maior coincidência possível com a escala original. De mencionar que os procedimentos levados a cabo são concordantes com as recomendações de Hambleton, Merenda, e Spielberger (2005) e da International Test Commission (2010).

Para efeitos de recolha da amostra, efetuou-se o contacto com a Direção da Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose – Mulher Endo, com o intuito de solicitar a colaboração desta associação na divulgação do presente estudo. Com o mesmo propósito foi também contactada a Direção da Associação Portuguesa de Fertilidade. As Direções destas associações, apreciaram favoravelmente o estudo proposto e disponibilizaram-se a divulgar-lo junto dos seus associados, sendo utilizados para o efeito, as respetivas páginas *web* e páginas da rede social *Facebook*. Esta divulgação integrou um texto explicativo do âmbito e objetivos do estudo, sendo igualmente explicitado o carácter voluntário da participação e disponibilizado o *link* de acesso à plataforma *Google Docs*, na qual foi alojado o conjunto dos instrumentos anteriormente descritos. Uma vez acedido este *link*, era novamente apresentada a contextualização do estudo e pedido o consentimento informado dos participantes (Apêndice C), sem o qual não era possível o prosseguimento da participação. De acrescentar que no texto de apresentação do estudo era também disponibilizado um endereço de *email* para contacto com os investigadores, através do qual poderiam ser clarificadas quaisquer dúvidas adicionais.

De mencionar ainda que os participantes eram informados da existência de uma segunda fase do estudo, destinada a analisar a validade teste-reteste da PIPS-PT, para a qual eram convidados a participar, implicando esta segunda participação a indicação do seu endereço de *email* para um contacto posterior, quatro semanas após o primeiro momento. A participação nesta segunda fase era igualmente voluntária e, caso optassem por apenas participar na primeira fase, poderiam fazê-lo, não tendo que facultar qualquer endereço de *email*. Os participantes que assinalaram estarem disponíveis para participar na segunda fase do estudo foram contactados através dos endereços de *email* disponibilizados, sendo-lhes enviado um *link* para a segunda fase, através do qual preenchiam apenas a PIPS-PT.

Análise de dados

A análise dos dados foi efetuada por recurso ao programa de análise de dados estatísticos IBM SPSS *Statistics* (versão 24) e AMOS (versão 24). Na descrição dos participantes procedeu-se ao cálculo de médias e desvios padrão em relação às variáveis contínuas e frequências e percentagens no que respeita às variáveis categoriais. Sempre que se pretendeu comparar pares de médias das variáveis em estudo recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. A associação entre variáveis foi calculada através do coeficiente de correlação de Pearson.

A estrutura fatorial da PIPS-PT foi alvo de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Assim, foi usado o Modelo de Equações Estruturais tendo sido examinado o ajustamento global do modelo através do método de máxima verosimilhança. Os coeficientes de assimetria (*Sk*) e curtose (*Ku*) foram analisados para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis. A distância quadrada de Mahalanobis (M^2) foi usada para analisar a existência de *outliers*. A qualidade do ajustamento foi avaliada através do qui-quadrado normalizado, do *Comparative Fit Index* (CFI), do *Goodness Fit Index* (GFI) e do *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Em todas as análises foi considerada uma significância estatística com um valor de *p* igual ou inferior a .05.

No que concerne ao cálculo da consistência interna da PIPS-PT, escala total e respetivas subescalas, foi estimado o alfa de Cronbach. Atendendo a que alguns autores contestam a utilização desta análise, foi adicionalmente calculada a fiabilidade compósita (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Resultados

A amostra do presente estudo foi constituída por 209 mulheres com diagnóstico de endometriose. Como se pode observar na Tabela 1, estas participantes apresentaram uma média de idade de 34.03 anos ($DP = 6.44$) e uma média de anos de escolaridade de 14.62 anos ($DP = 2.80$). No que respeita ao estado civil, a maioria das participantes era casada ($n = 112$; 53.6%), seguindo-se o estado civil solteira ($n = 54$; 25.8%). Relativamente à existência de filhos, 135 (64.6%) mulheres não tinham filhos e 74 (35.4%) mulheres indicaram ter filhos.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes

N = 209				
	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	18	50	34.03	6.44
Anos de escolaridade	7	24	14.62	2.80
Tempo entre início dos sintomas e diagnóstico	1	30	6.82	6.11
Duração do diagnóstico	1	26	4.55	4.56
			<i>N</i>	<i>%</i>
Estado civil				
Solteira			54	25.8
Casada			112	53.6
União de facto			28	13.4
Divorciada			14	6.7
Viúva			1	0.5
Realização de cirurgia				
Sim			142	67.9
Não			67	32.1
Medicação				
Sim			133	63.6
Não			76	36.4
Problemas de fertilidade				
Sim			126	60.3
Não			83	39.7
Filhos				
Sim			74	35.4
Não			135	64.6
Dores				
Sim			188	90.0
Não			21	10.0
Dor Crónica (n = 188)				
Sim			156	74.6
Não			32	15.3

As participantes referiram que em média decorreram 6.82 anos ($DP = 6.11$) entre o início dos sintomas e o estabelecimento de um diagnóstico de endometriose, sendo que este foi definido em média há 4.55 anos ($DP = 4.56$). Cento e quarenta e duas respondentes (67.9%) já haviam realizado cirurgia relacionada com a endometriose e 133 (63.6%) indicaram tomar medicação para este problema de saúde. De mencionar ainda que 126 participantes (60.3%) referiram ter problemas de fertilidade decorrentes da endometriose. Relativamente à existência de dor, 188 (90%) relataram possuir essa experiência e destas 156 (74.6%) reportaram tratar-se de dor crónica.

Num primeiro momento, foram explorados os valores médios obtidos nas diferentes variáveis em estudo pelos sujeitos da amostra. Estes resultados são reportados na Tabela 2.

Tabela 2

Médias e desvios-padrão obtidos para as diferentes medidas utilizadas

	Média	Desvio-padrão
PIPS-PT - total	83.13	21.40
PIPS-PT - evitamento	48.73	15.55
PIPS-PT – fusão cognitiva	34.40	7.44
END	7.61	2.29
EADS – depressão	10.05	6.35
EADS – ansiedade	8.66	6.17
EADS – stresse	12.22	5.83
AAQ-II	27.97	13.65
CPAQ	47.71	17.67

Os resultados referentes às características dos itens da PIPS-PT, nomeadamente médias, desvios-padrão, correlação item-total e valor de alfa de Cronbach se o item for removido, são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Descritivas dos itens da PIPS-PT, correlações item-total e valor de α se item removido

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i> item- total	α se item removido
1. Faria quase tudo para me livrar da minha dor.	5.83	1.61	.62	.93
2. Não faço coisas que são importantes para mim para evitar sentir a minha dor.	4.63	1.97	.65	.93
3. Quando estou em sofrimento, afasto-me das outras pessoas.	5.49	1.78	.67	.93
4. É importante que eu aprenda a controlar a minha dor.	5.72	1.81	.36	.94
5. É importante compreender o que causa a minha dor.	6.43	1.29	.52	.94
6. A minha dor provoca-me raiva.	5.22	1.90	.67	.93
7. Digo coisas como “Não tenho energia nenhuma”, “Não estou bem o suficiente”, “Não tenho tempo”, “Não me atrevo”, “Tenho demasiadas dores”, “Sinto-me demasiado mal” ou “Não tenho vontade”.	5.61	1.71	.74	.93
8. Evito fazer coisas quando existe o risco de provocar dor ou de piorar as coisas.	5.43	1.76	.78	.93
9. Evito planear atividades por causa da minha dor.	4.79	2.10	.76	.93
10. Esforço-me muito por combater a minha dor.	5.65	1.71	.66	.93
11. Não sou eu quem controla a minha vida, é a minha dor.	4.13	2.07	.74	.93
12. Preciso de compreender o que está errado para conseguir seguir em frente.	5.56	1.85	.59	.94
13. Devido à minha dor, já não faço planos para o futuro.	3.69	2.18	.69	.93
14. Adio coisas por causa da minha dor.	4.56	2.06	.80	.93
15. Cancelo atividades já planeadas quando estou com dores.	5.09	2.00	.74	.93
16. Interrompo atividades se começar a sentir dor ou a piorar.	5.31	1.81	.76	.93

No que respeita à análise da estrutura fatorial da PIPS-PT, foi testado um modelo bidimensional, de acordo com o proposto pelos autores da versão original. Ainda que a análise da distância quadrada de Mahalanobis tenha indicado a existência de *outliers*, optou-se por manter estes sujeitos de modo a que a variabilidade associada ao fator em estudo não diminuísse. Tendo-se procedido à análise da normalidade das variáveis, nenhuma delas revelou valores de *Sk* e *Ku* sugestivos de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e

[Ku] <10). O ajustamento do modelo bifatorial indicou valores de $\chi^2/gl = 4.01$, CFI = .86, GFI = 78., TLI = .84, RMSEA = .12, MECVI = 2.33. Face a estes valores foram explorados os índices de modificação, tendo-se observado a existência de correlações entre os resíduos dos itens 11 e 13, 15 e 16, 14 e 15, 4 e 5. Atendendo a estas correlações, o modelo foi recalculado, passando a englobar as referidas correlações (Figura 1).

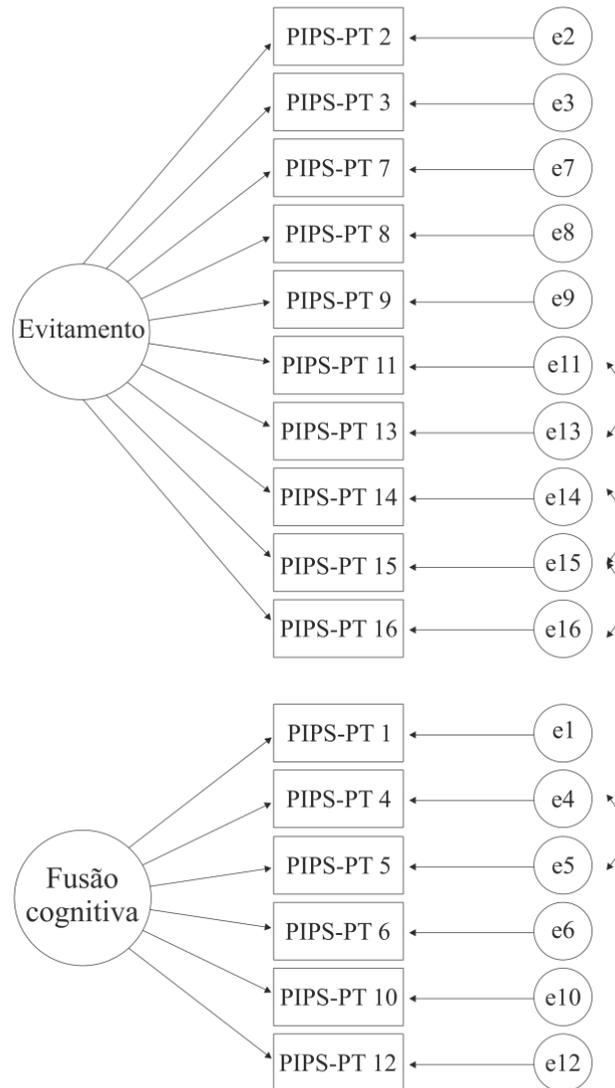


Figura 1. Modelo da estrutura bifatorial da PIPS-PT

Os pesos fatoriais dos itens da PIPS-PT variaram entre .424 e .834 (Tabela 4). Para este segundo modelo, os valores dos índices de ajustamento foram os seguintes: $\chi^2/gl = 2.72$, CFI = .92, GFI = .86, TLI = .91, RMSEA = .091, MECVI = 1.68.

Tabela 4

Pesos fatoriais dos itens da PIPS-PT

Item	Peso fatorial
1. Faria quase tudo para me livrar da minha dor.	.736
2. Não faço coisas que são importantes para mim para evitar sentir a minha dor.	.688
3. Quando estou em sofrimento, afasto-me das outras pessoas.	.692
4. É importante que eu aprenda a controlar a minha dor.	.424
5. É importante compreender o que causa a minha dor.	.644
6. A minha dor provoca-me raiva.	.688
7. Digo coisas como “Não tenho energia nenhuma”, “Não estou bem o suficiente”, “Não tenho tempo”, “Não me atrevo”, “Tenho demasiadas dores”, “Sinto-me demasiado mal” ou “Não tenho vontade”.	.789
8. Evito fazer coisas quando existe o risco de provocar dor ou de piorar as coisas.	.834
9. Evito planear atividades por causa da minha dor.	.823
10. Esforço-me muito por combater a minha dor.	.773
11. Não sou eu quem controla a minha vida, é a minha dor.	.778
12. Preciso de compreender o que está errado para conseguir seguir em frente.	.678
13. Devido à minha dor, já não faço planos para o futuro.	.708
14. Adio coisas por causa da minha dor.	.827
15. Cancelo atividades já planeadas quando estou com dores.	.755
16. Interrompo atividades se começar a sentir dor ou a piorar.	.763

Relativamente à consistência interna da PIPS-PT, analisada através do alfa de Cronbach, foi obtido um valor de .94 para a escala total, de .94 para a subescala de evitamento da dor e de .82 para a subescala de fusão cognitiva. Através do cálculo da fiabilidade compósita, a PIPS-PT revelou um valor de .95 para a escala total, sendo este de .93 para a subescala de evitamento da dor e de .82 para a subescala de fusão cognitiva.

Tal como se pode verificar na Tabela 5, a PIPS-PT apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o número de anos de escolaridade ($r = -.158$; $p < .05$), bem como com a duração do diagnóstico ($r = -.160$; $p < .05$) Relativamente à subescala evitamento da dor, esta encontrou-se correlacionada, tal como a PIPS-PT, com o número de anos de escolaridade ($r = -.169$; $p < .05$) e com a duração do diagnóstico ($r = -.169$; $p < .05$), existindo também significância estatística nestas correlações.

Tabela 5

Correlações da PIPS-PT com as variáveis idade, anos de escolaridade e duração do diagnóstico de endometriose

	Idade		Anos de Escolaridade		Duração do Diagnóstico	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
PIPS-PT total	-.10	.149	-.16*	.022	-.16*	.020
PIPS-PT evitamento da dor	-.07	.290	-.17*	.015	-.17*	.014
PIPS-PT fusão cognitiva	-.13	.052	-.10	.139	-.11	.122

* $p < .05$

Tendo-se procedido à análise das correlações entre a PIPS-PT e as demais variáveis em estudo, como se pode verificar na Tabela 6, foi obtida uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o AAQ-II, que avalia a inflexibilidade psicológica ($r = .49$; $p < .001$) Relativamente à escala de aceitação da dor (CPAQ), a PIPS-PT revelou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com esta medida ($r = -.60$; $p < .001$). No que respeita à Escala Numérica da Dor, verificou-se um valor de correlação de $.51$ ($p < .001$). Observaram-se também correlações positivas e significativas com as escalas de depressão ($r = .45$; $p < .001$), de ansiedade ($r = .38$; $p < .001$), e de stresse ($r = .43$; $p < .001$). Ao serem consideradas as associações entre as subescalas de evitamento e de fusão cognitiva e as restantes medidas utilizadas verifica-se um padrão idêntico em relação à subescala de evitamento, sendo que em relação à subescala de fusão cognitiva a magnitude das correlações se revelou, de uma forma geral, mais baixa. Já no que respeita ao valor de correlação encontrado entre as duas subescalas da PIPS-PT, este foi de $.69$ ($p < .001$).

Tabela 6

Correlações entre a PIPS-PT e as Escalas de depressão, ansiedade e stresse da EADS, o AAQ-II, o CPAQ e a Escala Numérica da Dor

	EADS Depressão	EADS Ansiedade	EADS Stresse	AAQ-II	CPAQ	Escala Numérica da Dor
PIPS-PT	.45**	.38**	.43**	.49**	-.60**	.51**
PIPS-PT evitamento	.49**	.41**	.45**	.50**	-.63**	.50**
PIPS-PT fusão cognitiva	.26**	.23**	.29**	.36**	-.40**	.41**

** $p < .001$

Para além da análise da validade convergente através das correlações com construtos semelhantes, como é o caso da inflexibilidade psicológica avaliada através do AAQ, procedeu-se ainda ao cálculo da variância extraída média (VEM), tendo sido obtido um resultado de .59 para a subescala evitamento da dor e de .45 para a subescala fusão cognitiva. Em relação à validade discriminante, o valor da VEM da subescala de evitamento da dor (.59) é superior ao quadrado da correlação entre os factores (.47), o mesmo não se observando para a subescala de fusão cognitiva (.45).

Adicionalmente foram exploradas eventuais existências de diferenças nas médias, quer em relação à PIPS-PT (*score* total), quer em relação às suas subescalas, em função de as participantes terem ou não filhos e experienciarem problemas de fertilidade como resultado da sua endometriose, não se tendo constatado diferenças significativas ($p > .05$).

Por último, foi efetuado o cálculo da fidedignidade temporal por um período de 4 semanas, numa subamostra de 88 participantes, tendo-se verificado um valor de correlação de .75 ($p < .001$).

Discussão

O presente trabalho teve como principal objetivo o desenvolvimento de uma versão portuguesa da *Psychological Inflexibility in Pain Scale* (PIPS; Wicksell et al., 2008), que designámos por PIPS-PT, numa amostra de mulheres com um diagnóstico de endometriose. Nesta sequência pretendeu-se analisar a estrutura fatorial e propriedades psicométricas desta medida de modo a explorar se esta se revelava adequada para utilização nesta população específica. Com efeito, a PIPS-PT demonstrou uma estrutura bifatorial, tal como sucedia com a versão original em língua inglesa e boas qualidades psicométricas, nomeadamente em relação à consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita, bem como relativamente à fidedignidade temporal. De modo semelhante, observou-se também que este instrumento apresentava indicadores de boa validade convergente e discriminante.

A PIPS-PT tem como objetivo avaliar a inflexibilidade psicológica em pessoas com dor crónica. Uma vez que a endometriose tem como característica a dor crónica e que os estudos acerca das variáveis psicológicas em pessoas com este diagnóstico são particularmente escassos em Portugal, optou-se por validar este instrumento nesta população específica. Os próprios autores da versão original sugeriram que o estudo fosse replicado em amostras diferentes, com o intuito de aumentar a validade deste instrumento (Wicksell et al., 2008).

No que diz respeito à população em estudo, os resultados corroboraram estudos anteriormente feitos (Hickey, Ballard e Farquhar, 2014; Kennedy et al., 2005; Souza et al., 2011) pois verificou-se que a maioria destas mulheres não tem filhos e evidenciam a existência de problemas de fertilidade associados ao seu diagnóstico de endometriose. Existem vários estudos que postulam que uma parte considerável das mulheres com endometriose apresenta dor crónica decorrente desta condição (Hickey, Ballard e Farquhar, 2014; Kennedy et al., 2005; Rogers et al., 2016), sendo que a presente investigação confirma esses dados.

No que diz respeito à estrutura fatorial da PIPS-PT e atendendo ao modelo bifatorial testado, verificou-se um ajustamento adequado. Relativamente ao qui-quadrado normalizado, foi obtido um valor considerado sofrível (Marôco, 2010), no entanto, sabe-se que este é uma medida sensível ao tamanho da amostra pelo que estudos futuros poderão considerar uma amostra de maior dimensão. Também em relação ao *Goodness of Fit Index* (GFI) se verificou um ajustamento sofrível (Marôco, 2010). Este indicador explica a proporção da covariância

que ocorre entre as variáveis manifestas explicada pelo modelo ajustado e também ele varia com o tamanho da amostra. De referir ainda que surgiu a necessidade de proceder à correlação entre resíduos de itens nos quais se encontrou semelhanças em relação à forma de redação dos mesmos. Com efeito, é muitas vezes necessário localizar erros de medida correlacionados entre itens que apresentam uma redação idêntica (Brown, 2003). Quanto aos pesos fatoriais, todos os itens demonstraram pesos elevados, sendo que o mais baixo foi encontrado para o item 4.

Quanto às variáveis sociodemográficas, este estudo revelou que a inflexibilidade psicológica tende a ser mais elevada quanto menos anos de escolaridade existirem e quanto mais recente for o diagnóstico de Endometriose. Assim, podemos equacionar que o nível de escolaridade pode influenciar o recurso a estratégias de regulação emocional englobadas numa dimensão geral de inflexibilidade psicológica, ou seja, as mulheres com maior escolaridade poderão ter acesso a outro tipo de recursos que lhes permitem ser menos evitantes e menos suscetíveis a fusionarem-se com os seus pensamentos.

No que diz respeito à validade convergente da PIPS-PT com os restantes instrumentos utilizados no estudo, foi obtida uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o AAQ-II, que tal como a PIPS-PT avalia a inflexibilidade psicológica. Esta relação era espectável atendendo à semelhança dos construtos avaliados, o que sugere que a PIPS-PT avalia a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial nas circunstâncias específicas de ocorrência de dor. Quanto ao CPAQ, instrumento referente à aceitação da dor, foi obtida uma correlação negativa e estatisticamente significativa, o que indica que quanto maior for a aceitação da dor, menor será a inflexibilidade psicológica. Este resultado era também ele esperado atendendo a que a aceitação é frequentemente apontada como um processo de regulação emocional oposto à inflexibilidade psicológica. Relativamente à validade divergente, a PIPS-PT demonstrou uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as escalas de depressão, de ansiedade e de stresse, o que significa que quanto mais elevados são os níveis de inflexibilidade psicológica, maior vulnerabilidade existe para a ocorrência de sintomas de depressão, de ansiedade e de stresse (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Ruiz, 2010). Assim, pode afirmar-se que a PIPS-PT apresenta uma validade convergente e divergente adequadas. No que diz respeito à Escala Numérica da Dor, uma vez que se verificou um valor de correlação positivo e estatisticamente significativo, pode supor-se que quanto mais elevada for a inflexibilidade psicológica, maior será a tendência para perceber a dor como mais intensa (McCracken,

1998; McCracken & Eccleston, 2003). De facto, a inflexibilidade psicológica envolve o evitamento, tentativas de controlo ou fusão cognitiva, em relação a acontecimentos privados dolorosos. Como tal, o recurso a esta poderá traduzir-se numa maior focalização da dor, lutando contra esta, procurando controlá-la ou evitar estar em contacto com a dor. Este processo poderá conduzir a uma perceção distorcida da intensidade da dor e ao uso de formas de lidar com a dor desadaptativas, quer pelo evitamento, quer pela valorização excessiva (através da fusão cognitiva) da dor na vida em geral.

Comparativamente com as versões da PIPS validadas noutros países, a PIPS-PT e a PIPS versão espanhola (Rodero et al., 2013) foram as únicas que avaliaram a estabilidade temporal. O facto de na versão de Espanha o valor de correlação ser mais elevado do que em Portugal pode estar ligado ao facto de terem sido utilizados intervalos de tempo diferentes. Enquanto na PIPS-PT o intervalo de tempo entre o preenchimento da PIPS e o reteste foi de cerca de quatro semanas, em Espanha foram utilizadas uma a duas semanas, podendo ter existido o efeito de recência. Em todas as versões se verificou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o CPAQ e esta consistia precisamente numa das recomendações dos autores na versão original, examinar a relação entre a PIPS e outras medidas como por exemplo uma medida de aceitação (Wickesell et al., 2008). Tanto na PIPS-PT como na versão espanhola e na alemã, foram analisadas as correlações com instrumentos que medem a ansiedade e depressão. Apesar dos instrumentos não serem exatamente os mesmos, medem o mesmo construto e, na versão portuguesa e na espanhola, verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas com a inflexibilidade psicológica. Este facto já era espectável, uma vez que na literatura são muitas vezes associadas condições de dor crónica ao desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003). No entanto, contrariamente ao que sucedeu no nosso estudo, na versão alemã da PIPS verificou-se que a subescala fusão cognitiva não se correlacionava com a subescala depressão (Barke et al., 2015).

Com efeito, a análise da variância extraída média (VEM), de acordo com as recomendações de Fornell e Larcker (1981), é tida como adequada para valores iguais ou superiores a .50. No caso das subescalas da PIPS-PT este critério foi confirmado para a subescala de evitamento da dor, mas não para a subescala de fusão cognitiva. Também em relação à validade discriminante se observa que a subescala de evitamento da dor avalia um componente distinto da fusão cognitiva, mas o mesmo não pode ser referido para esta última subescala. Assim, em investigações futuras, atendendo a que esta parece ser a subescala que

coloca mais questões do ponto de vista das suas propriedades psicométricas, poderá ser útil uma revisão dos seus itens, pois também os autores da versão original referem que a fusão cognitiva é um construto difícil de medir através de instrumentos de autorresposta (Wicksell et al., 2008).

No tocante à consistência interna, verificou-se que, em todas as versões, o alfa de Cronbach da subescala fusão cognitiva foi consideravelmente inferior tanto ao da subescala evitamento, como ao da subescala total. Contudo, ainda que os valores encontrados no presente estudo sigam a mesma tendência dos outros estudos, o valor encontrado para esta subescala na PIPS-PT, por comparação, foi mais elevado.

Ainda que as propriedades da PIPS-PT denotem similitudes com as encontradas noutras versões, devem ser tidas em conta algumas limitações metodológicas no presente estudo. As participantes foram recrutadas através de associações de pacientes, o que pressupõe que estejam mais predispostas a procurar e a obter apoio junto destas estruturas. Por outro lado, observa-se um grupo heterogéneo, quer em termos da duração do diagnóstico, quer da existência de problemas de fertilidade e de filhos (apesar de em relação a estas duas últimas variáveis não se terem verificado diferenças entre os grupos no que respeita, quer a PIPS-PT total, quer em relação às subescalas). Assim, em estudos futuros, o controlo destas variáveis deverá ser considerado. De referir também que a amostra apresenta um nível de escolaridade elevado e que a recolha de dados foi efetuada *online*, o que poderá introduzir viés nos resultados. De acrescentar que em estudos futuros seria igualmente interessante avaliar a capacidade da PIPS-PT para captar mudanças terapêuticas nos casos em que estas pessoas realizassem algum tipo de intervenção psicoterapêutica que procure diminuir a inflexibilidade psicológica.

Apesar das limitações anteriormente referidas, o contributo deste estudo relaciona-se com o facto de permitir a disponibilização deste instrumento em língua portuguesa, apresentando este boas características psicométricas. Também é importante reforçar que em Portugal são escassos os estudos acerca de variáveis psicológicas em mulheres com endometriose, pelo que com o desenvolvimento da PIPS-PT passa a estar disponível um instrumento que avalia a inflexibilidade psicológica e que, estando validado nesta população específica, poderá ser utilizado em futuras investigações e contribuir para o desenvolvimento de mais estudos que envolvam variáveis psicológicas nestas mulheres. Em paralelo, a sua utilização num contexto clínico de acompanhamento psicológico de mulheres com um diagnóstico de endometriose permitirá uma avaliação deste processo de regulação emocional,

podendo contribuir para o delinear de estratégias terapêuticas, nomeadamente a escolha de abordagens que incluam a inflexibilidade psicológica como um alvo da intervenção.

Referências Bibliográficas

- Barke, A., Riecke, J., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2015). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Validation, factor structure and comparison to the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) and other validated measures in German chronic back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *16*(171), 1-10. doi: 10.1186/s12891-015-0641-z.
- 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. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire (WAAQ): Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *86*, 331-347. doi:10.1111/joop.12001.
- Brown, T. A. (2003). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire: Multiple factors or method effects. *Behavior Research and Therapy*, *41*, 1411-1426.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Aceitação da dor: Abordagem psicométrica do Chronic Pain Acceptance Questionnaire numa amostra portuguesa com dor crónica. *Psicologia*, *23*(1), 103-126.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(1), 34-47.
- Eriksen, H-L. F., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J-A., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *139*, 100-105. doi:10.1016/j.ejogrb.2007.10.002.

- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: Pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-7. doi: 10.3109/0167482X.2015.1074173.
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Erzegovesi, S., Martoni, M. M., & Vercellini, P. (2016). Personality in women with endometriosis: Temperament and character dimensions and pelvic pain. *Human Reproduction*, 1-7. doi: 10.1093/humrep/dew108.
- Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., ... Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: Searching for predictors of psychological distress. *Human Reproduction*, 1-7. doi: 10.1093/humrep/dex249.
- Fornell, C. & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi: 10.2307/3151312.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343. doi:10.1037/0022-006X.75.2.336.
- Hambleton, M., & Merenda, P. Spielberger (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hickey, M., Ballard, K. & Farquhar, C. (2014). Endometriosis. *BMJ*, 2017, 1-9. doi:10.1136/bmj.g1752.
- International Test Commission. (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. Recuperado em 13, maio, 2018 <http://www.intestcom.org>.

- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., ... Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 20(10), 2698–2704. doi: 10.1093/humrep/dei135.
- Kroska, E. B. (2016). A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: The paradox of chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 13, 43-58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.011>.
- Kwok, S. S. W., Chan, E. C. C., Chen, P. P. & Lo, B. C. Y. (2016). The “self” in pain: The role of psychological inflexibility in chronic pain adjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 39, 908-915. doi: 10.1007/s10865-016-9750-x.
- Levin, M.E., Luoma, J.B., Lillis, J., Hayes, S.C. & Vilardaga, R. (2014). Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 21-26.
- Lillis, J., & Hayes, S.C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 348-354. doi:10.1037/h0100865.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Behavior Medicine*, 31, 225-235.
- Luoma, J. B., Drake, C., Hayes, S. C., Kohlenberg, B. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 3-13. doi:10.3109/16066359.2010.524956.
- MacKenzie, M. B. & Kocovski, N. L. (2010). Self-reported acceptance of social anxiety symptoms: Development and validation of the Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 214 – 232.
- Marôco, J. (2010). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martel, M-E., Dionne, F., Gauchet, A., Zouikri-Roland, Y., Decker, E., Trouillet, R., ... Monestès, J-L. (2015). *Psychological Inflexibility for pain: Translation and validation for a french-speaking population*. Póster apresentado na 13º ACBS Annual World Conference, Berlim. Recuperado em 7, junho, 2018 de <https://contextualscience.org/files/13%20Fri%20Psychological%20Inflexibility%20for%20Pain.pdf>
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166. doi:10.1016/j.pain.2003.10.012.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A. & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II portuguese version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Rodero, B., Pereira, J. P., Pérez-Yus, M. C., Casanueva, B., Serrano-Blanco, A., Ribeiro, M. J. R. C., ... Garcia-Campayo, J. (2013). Validation of a Spanish version of the psychological inflexibility in pain scale (PIPS) and an evaluation of its relation with acceptance of pain and mindfulness in sample of persons with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(62), 1-10.
- Rogers, P. A. W., Adamson, G. D., Al-Jefout, M., Becker, C. M., D'Hooghe, T. M., Dunselman, G. A. J., ... Zondervan, K. T. (2016). Research priorities for endometriosis: Recommendations from a global consortium of investigators in endometriosis. *Reproductive Science*, 2016, 1-25. doi: 10.1177/1933719116654991.
- Rowlands, I. J., Teede, H., Lucke, J., Dobson, A. J., & Mishra, G. D. (2016). Young women's psychological distress after a diagnosis of polycystic ovary syndrome or endometriosis. *Human Reproduction*, 1-10. doi: 10.1093/humrep/dew174.

- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1): 125-162.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image – Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1), 39-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>.
- Shawyer, F., Ratcliff, K., Mackinnon, A., Farhall, J., Hayes, S.C. & Copolov, D. (2007). The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 593–606.
- Souza, C. A., Oliveira, L. M., Scheffel, C., Genro, V. K., Rosa, V., Chaves, M. F. & Filho, J. S. C. (2011). Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis-a crosssectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(41), 1-5.
- Westin, V., Andersson, G., & Hayes, S. C. (2008). Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1259-1265.
- Williamson, A. & Hoggart, B. (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *Journal of clinical nursing*, 14(7), 798-804. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x.