CRISTIANA DOS SANTOS LAMEIRAS

A flexibilidade psicológica parental na doença crónica: Análise fatorial exploratória da versão portuguesa do PPFQ-10

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2022

A flexibilidade psicológica parental na doença crónica: Análise fatorial exploratória da versão portuguesa do PPFQ-10

CRISTIANA DOS SANTOS LAMEIRAS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica, na área de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Lara Palmeira

Coimbra, 2022

Agradecimentos

À Doutora Lara Palmeira, por toda a dedicação, paciência, e conhecimento partilhado.

Aos meus pais, por todo o sacrifício que fizeram e fazem por mim. Serão sempre o meu maior exemplo de resiliência. A vocês devo tudo o que sou hoje. Um obrigado nunca será suficiente.

Ao meu irmão, sempre presente do início ao fim deste percurso. Serás sempre o meu porto seguro. Por todo o apoio e força que transmites, obrigada!

À Inês e à Catarina, pelo apoio incondicional, mesmo longe mostram o verdadeiro sentido de amizade e família.

À Liliana e à Nádia, pois sem saberem foram a minha âncora nesta fase.

Aos meus amigos de Vila Franca – Daniel, João, Fábio e Gonçalo – por tudo, obrigada!

À Inês, companheira desta etapa, por toda a motivação e ajuda dada, obrigada!

Grata a todos aqueles que se cruzaram comigo ao longo do meu percurso académico, pela amizade que permanecerá sempre.

Lista de siglas

FP – Flexibilidade Psicológica

ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso

PPFQ-10 – Questionário de Flexibilidade Psicológica Parental

PSS – Escala de Stress Percebido

ESP – Escala Stress Parental

HADS – Escala Hospital Anxiety and Depression Scale

SCS – Escala de Autocompaixão de Neff – versão reduzida

M – Média

DP – Desvio-padrão

Resumo

Contexto/Objetivo: A flexibilidade psicológica tem sido consistentemente associada a melhor saúde mental e ao exercício de uma parentalidade mais consciente e positiva. O Questionário de Flexibilidade Psicológica Parental (PPFQ-10) é um instrumento que avalia a flexibilidade psicológica parental aquando da existência de um diagnóstico de uma doença prolongada de um filho, isto é a capacidade dos pais serem tolerantes e aceitantes no exercício da sua parentalidade quando são confrontados com a doença nos filhos. O objetivo deste estudo consistiu em avaliar a estrutura fatorial e características psicométricas da versão portuguesa reduzida do PPFQ-10.

Métodos/Metodologia: A amostra foi constituída por 72 participantes (71 mães), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (M = 35,1 e DP = 4,12), com um filho até aos seis anos de idade que tenha um diagnóstico de doença prolongada. A maioria (86,1%), n = 62) das crianças tinham diagnóstico de displasia da anca. Após o preenchimento do consentimento informado, foi solicitado aos pais o preenchimento online de um conjunto de questionários de autorresposta que avaliavam a flexibilidade psicológica, o stress, ansiedade, depressão, stress parental e autocompaixão.

Resultados: Os resultados da análise fatorial revelaram que o PPFQ-10 apresenta uma estrutura trifatorial que explicou 69,01% da variância da Flexibilidade Psicológica (FP) parental. Todos os itens contribuíram significativamente para a escala e respetivas subescalas. O PPFQ-10 total e a subescala aceitação emocional revelaram boas consistências internas (α de Cronbach = 0,84 e 0,90, respetivamente). Contudo, as subescalas ações baseadas em valores e disponibilidade para a dor apresentaram consistências internas adequadas (α de Cronbach = 0,70 e 0,63, respetivamente). Para além disso, o PPFQ-10 apresentou boa validade divergente e convergente.

Conclusão: Este estudo permitiu concluir que a PPFQ-10 demonstrou ser um bom instrumento válido, fiável e com boas qualidades psicométricas. Apresenta boa consistência interna, sugerindo ser um instrumento útil na investigação. Para além disso, este estudo sugere a associação entre a FP parental e maiores níveis de autocompaixão, e menores níveis de psicopatologia.

Palavras-chave: Flexibilidade psicológica parental; doença prolongada; análise fatorial exploratória.

Abstract

Background/Objective: Psychological flexibility has been consistently associated with better mental health and more conscientious and positive parenting. The Parental Psychological Flexibility Questionnaire (PPFQ-10) is an instrument that assesses parental psychological flexibility when a child is diagnosed with a long-term illness, i.e. the ability of parents to be tolerant and accepting in the exercise of parenting when they are confronted with their child's illness. The aim of this study was to assess the factor structure and psychometric characteristics of the reduced Portuguese version of the PPFQ-10.

Methods/Methodology: The sample was composed of 72 participants (71 mothers), aged between 18 and 65 years (M = 35.1 and SD = 4.12), with a child up to six years of age with a diagnosis of long-term illness. The majority (86.1%, n = 62) of the children had a diagnosis of hip dysplasia. After completing informed consent, parents were asked to complete a set of self-report questionnaires online that assessed psychological flexibility, stress, anxiety, depression, parental stress, and self-compassion.

Results: The results of the factor analysis revealed that the PPFQ-10 has a trifactor structure that explained 69.01% of the variance of parental Psychological Flexibility (PF). All items contributed significantly to the scale and its subscales. The total PPFQ-10 and the emotional acceptance subscale showed good internal consistency (Cronbach's α = 0.84 and 0.90, respectively). However, the subscales value-based actions and readiness for pain showed adequate internal consistencies (Cronbach's α = 0.70 and 0.63, respectively). In addition, the PPFQ-10 showed good divergent and convergent validity.

Conclusion: This study allowed us to conclude that the PPFQ-10 proved to be a good valid, reliable instrument with good psychometric qualities. It shows good internal consistency, suggesting that it is a useful instrument in research. In addition, it suggests an association between parental FP and higher levels of self-compassion, and lower levels of psychopathology.

Keywords: parental psychological flexibility; long-term illness; exploratory factor analysis.

Anexos

Anexo 1. Questionário Sociodemográfico

Anexo 2. Parental Psychological Flexibility Questionnaire-10

Anexo 3. Escala de Stress Percebido – Perceived Stress Scale

Anexo 4. Escala de Stress Parental

Anexo 5. Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Anexo 6. Escala de Autocompaixão de Neff – versão reduzida (SCS, Self Compassion Scale – short form (SF)

Tabelas

Tabela 1. *Média (M), desvios-padrão (DP) e valores de assimetria e curtose de todas as variáveis em estudo (n =72).*

Tabela 2. *Saturações fatoriais dos itens na Análise Fatorial exploratória com rotação Oblimin e respetivas comunalidades (h^2).*

Tabela 3. *Média (M), desvio-padrão (DP) e valores da Correlação se o item for eliminado do fator (α de Cronbach) do PPFQ-10.*

Tabela 4. *Matriz de correlações entre PPFQ-10 total e as restantes subescalas e variáveis em estudo.*

Introdução

A transição de tornar-se mãe/pai pode ser vista como um dos maiores desafios a enfrentar ao longo da vida, uma vez que é um processo de inúmeras mudanças que tem início nos primeiros anos de vida do bebé e se prolonga até à idade adulta. A pressão em torno dos pais ‘‘ideais’’, aqueles que devem ser bem-sucedidos em todos os pequenos desafios, mesmo em tarefas do dia-a-dia, faz com que a parentalidade possa também estar associada a preocupações e maiores níveis de stress (Cardoso, 2011). O exercício da parentalidade torna-se ainda mais desafiante quando, inesperadamente, surge um diagnóstico de doença prolongada (Bögels & Restifo, 2014).

O desafio de cuidar de uma criança com uma doença prolongada pode envolver, por vezes, tratamentos exigentes e/ou uma maior monitorização da criança exigindo dos seus cuidadores maior resiliência. A preocupação constante sobre os cuidados perante os filhos pode originar nos pais um sentimento de angústia, podendo despoletar elevados níveis de ansiedade, depressão ou stress que poderão afetar significativamente o bem-estar físico e psicológico dos mesmos a longo prazo (Jin et al., 2021). Nestas condições pode surgir na família um grande desgaste físico, emocional e cognitivo, experienciando muitas vezes emoções negativas face à condição dos filhos. O papel de cuidador, por vezes, significa uma sobrecarga quando os pais tentam satisfazer todas as necessidades que a família exige em diferentes circunstâncias (Mooney-Doyle & Deatrick, 2016).

A literatura tem consistentemente demonstrado que a FP se encontra associada a melhor qualidade de vida, bem-estar, ajustamento psicológico, comportamentos mais saudáveis e autocompaixão em diversas populações clinicas e não clinicas e em diferentes faixas etárias (Brassell et al., 2016; Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010; Pyszkowska & Rönnlund, 2021). Num estudo recente (Gloster et al., 2017), que envolveu 1,035 pessoas com idades entre os 18 e os 74 anos de idade verificou-se que a FP parece ter um papel protetor na relação entre acontecimentos de vida stressores e a saúde física e psicológica. A Flexibilidade Psicológica (FP) traduz-se na capacidade para observar e reconhecer os pensamentos e sentimentos à medida que eles surgem sendo capaz de os tolerar independentemente da sua valência mantendo ações comprometidas com os valores do individuo (Hayes & Strosahl, 2011). Esta

competência do individuo demonstra um conhecimento de si mesmo e do mundo à sua volta, pois permite possuir os mecanismos necessários de ajustamento quando confrontado com a necessidade de mudança (Kashdan & Rottenberg, 2010). Nesta definição também deve ser incluída a capacidade de ‘’*tolerar, aceitar, ou superar interferências, tais como lidar com formas de angústia*’’ quando é inevitável ter que lidar com pensamentos ou sentimentos indesejados. Reconhecer que podem existir adversidades que implicam uma adaptação às mesmas, tendo a capacidade de aceitar a mudança e ter o comportamento adequado para que esse ajustamento seja mais benéfico contribui para uma maior FP (Coyne et al., 2021).

Particularmente, em relação à parentalidade a FP refere-se à capacidade dos pais para aceitarem pensamentos, emoções e impulsos relacionados com os filhos enquanto mantém ações consistentes com uma parentalidade eficaz (Burke & Moore, 2015). Existem ainda poucos estudos que demonstrem os benefícios da FP parental. Contudo, Brassel e colaboradores (2016) observaram que níveis mais elevados de FP parental (e não da FP global) estão indiretamente associados a menores problemas externalizantes e internalizantes das crianças e que esta relação se verifica através das práticas parentais adaptativas (Brassell et al., 2016). Um estudo recente de natureza transversal (Silva, 2018), numa amostra de 454 pais, verificou que níveis elevados de sintomatologia depressiva se associam a menores níveis de FP, estando a depressão e ansiedade associados a um estilo parental mais autoritário.

A literatura (Timmers et al., 2019; Wallace et al., 2015) tem também demonstrando que a FP parental tem um impacto positivo no funcionamento da criança estando associado a menores níveis de psicopatologia e melhor saúde das crianças (Cheron et al., 2009). No mesmo sentido, uma parentalidade Mindful, mais focada no bem-estar, parece associar-se a maior positividade na relação pais-filhos e um nível mais elevado de confiança, capacidade de resposta, mais partilha emocional, maior FP dos pais face aos filhos e consequentemente um menor nível de stress parental (Duncan et al., 2009).

A FP parental pode ser demonstrada através da forma como os pais atuam no geral e, também através da reação que têm quando confrontados com os pensamentos e sentimentos que advêm da dor dos filhos (Feinstein et al., 2018; Smith et al., 2015).

Mais especificamente no contexto da doença cónica, a FP parental associou-se a uma maior aceitação parental face à dor crónica dos filhos e consequentemente um melhor funcionamento social, emocional e familiar, bem como melhor nível de funcionamento da criança com dor crónica (Lipsker et al., 2016; McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011). Um estudo de Beeckman et al., (2019) sugere que poderá existir um comportamento adaptativo de flexibilidade psicológica dos pais perante as atividades diárias do adolescente quando relacionado com a dor do mesmo.

Wallace et al., (2016) num estudo de intervenção direcionado para pais de adolescentes com dor crónica e baseado na abordagem de ACT, demonstram que a FP dos pais relacionada com a dor crónica dos filhos aumentou durante a intervenção e acompanhamento e as respostas de proteção parental diminuíram significativamente. Os autores concluíram que a FP pode ser um mediador das respostas dos pais em relação à dor, sugerindo a necessidade de investigações futuras para investigação e ampliação da utilidade destas abordagens face ao diagnóstico de doença prolongada na infância e adolescência, tendo em consideração que esta é uma área de estudo recente.

No contexto da familia, diversos estudos têm mostrado que a terapia de aceitação e compromisso (ACT) – que tem como objetivo principal promover a FP – tem-se revelado eficaz a promover a FP parental dos pais de crianças com dificuldades desenvolvimentais, dor crónica, cancro, asma, doença cardíaca congénita (Burke et al., 2014; Chong et al., 2020; Hahs et al., 2019; Sairanen et al., 2019; Wallace et al., 2016). Um estudo recente (Ben-Ari et al., 2021) que envolveu 152 pais de crianças com idades compreendidas entre 1 e os 6 anos submetidas a cirurgia pediátrica mostrou que a FP de um dos pais se associa, de forma positiva, ao nível de angústia pessoal, sendo um fator mediador significativo entre o nível de angústia pós-traumática dos pais, ou seja, a FP pode funcionar como um fator de proteção contra o aumento de angústia.

Dois estudos realizados com pais com filhos com doença crónica verificaram que, após uma intervenção (ACT), os pais apresentavam uma diminuição da angústia face ao diagnóstico de doença crónica dos filhos, comportamentos parentais mais adaptativos e uma diminuição das respostas de proteção parental, sendo que a FP se evidenciou como uma variável mediadora das respostas parentais (Jin et al., 2021; Wallace et al., 2016). Sairanen et al., (2019) num estudo direcionado para pais, com o

objetivo de analisar se uma intervenção baseada na ACT teria, ou não, efeitos na qualidade de vida dos filhos, através da melhoria de qualidade de vida dos pais incluindo promoção de flexibilidade psicológica, mostrou que podem existir efeitos indiretos na qualidade de vida nas crianças quando existe melhoria no bem-estar e capacidade de atenção dos pais.

Tendo em consideração a importância da flexibilidade psicológica é fundamental o desenvolvimento de instrumentos fidedignos que avaliem este construto (Sandoz et al., 2013). Muito embora existam diversos instrumentos para avaliar a FP tanto em modo geral (nomeadamente a AAQ-II; Bond et al., 2011) como diversos problemas específicos (e.g., para a diabetes, obesidade ou para a epilepsia; (Gregg et al., 2007; Lillis & Hayes, 2008; Lundgren et al., 2008) instrumentos que avaliem a flexibilidade em relação à parentalidade são mais escassos. Especificamente nesta área da parentalidade existe o Parental Acceptance Questionnaire (6-PAQ; Greene et al., 2015) originalmente desenvolvido para avaliar a flexibilidade psicológica no contexto da relação pais-filhos e o Parental Psychological Flexibility Questionnaire (PPF; Burke & Moore, 2014), uma medida que permite avaliar a flexibilidade psicológica entre os pais de pré-adolescentes e adolescentes. Não obstante, nenhuma destas medidas é específica para avaliar a FP na presença de uma doença crónica de um filho.

Assim McCracken & Gauntlett-Gilbert, (2011) desenvolveram o *Questionário de Flexibilidade Psicológica Parental* (PPFQ), originalmente composto por 24 itens, sendo uma medida para avaliar a flexibilidade psicológica dos pais nas respostas à dor crónica dos filhos, tendo por base a abordagem da ACT centrada na flexibilidade psicológica. A versão original do PPFQ apresentou boas qualidades psicométricas, resultados fiáveis, elevada consistência interna com correlações significativas entre os itens.

Posteriormente, Timmers et al., (2019) testaram uma versão reduzida do PPFQ que inclui 10 itens dos iniciais 24 num estudo que contou com 578 pais de adolescentes com dor crónica. Os resultados revelaram que a versão reduzida do PPFQ-10 apresentou uma estrutura trifatorial composta pelos fatores Aceitação Emocional, Ação baseada em valores e Disponibilidade para a Dor, bem como boas propriedades psicométricas. Para além disso, a flexibilidade psicológica parental deteve um impacto positivo no

funcionamento dos filhos, mesmo controlando a dor, estando associada a menos comportamentos de proteção parental e maior aceitação da dor do filho, suportando a importância da FP no contexto da parentalidade face a um diagnóstico de dor crónica.

Em suma, diversos estudos (Lipsker et al., 2016; McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011) comprovam que o PPFQ é um instrumento com validade e fiabilidade suficiente para se tornar útil na avaliação da FP dos pais aquando da existência de um diagnóstico de uma doença de carater crónico (Lipsker et al., 2016). Neste sentido, e dada a relevância da FP no ajustamento parental, particularmente no contexto de diagnóstico de uma doença prolongada, o presente estudo tem como objetivo avaliar as características da versão portuguesa do Questionário de Flexibilidade Psicológica Parental (PPFQ) numa amostra de pais com filhos até aos 6 anos de idade com um diagnóstico de doença crónica. Deste modo pretende-se examinar particularmente a sua estrutura fatorial, bem como estudar as suas propriedades psicométricas, nomeadamente: consistência interna, validade convergente e divergente.

Materiais e Métodos

Âmbito Geral do estudo

Este estudo é parte integrante do Projeto de Investigação ‘’*O (des)ajustamento parental face a um diagnóstico de doença prolongada em crianças nos primeiros dois anos de vida: um estudo longitudinal de curta-duração*’’, desenvolvido por investigadoras da Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto em colaboração com investigadoras do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC).

Amostra

A presente amostra envolveu 72 indivíduos sendo a maioria, 98,6% (n =71) pertencentes ao sexo feminino e unicamente 1,4% (n = 1) indivíduos do sexo masculino com uma média de idades de 35,1 (DP = 4,12). No que diz respeito aos anos de escolaridade, excetuando reprovações, a média situa-se nos 15,22 (DP = 2,50).

Relativamente ao estado civil, verificou-se que 6,9% (n = 5) eram solteiros, 91,7% (n = 66) eram casados ou em união de facto e 1,4% (n = 1) viúvos. Quanto ao número de filhos, observou-se que 63,9% (n = 46) têm apenas um filho, 29,2% (n = 21) têm dois filhos, 2,8% (n = 2) têm três filhos e somente 1,6% (n = 1) tem quatro filhos. Referente ao estatuto socioeconómico, 30,6% (n = 22) dos participantes pertencem ao nível alto, 40,3% (n = 29) ao médio e 29,2% (n = 21) ao estatuto baixo. Relativamente ao filho com diagnóstico de doença crónica, 69,4% (n = 50) corresponde ao sexo feminino e 30,6% (n = 22) ao sexo masculino. Quanto à idade da criança a média foi de 25,63 meses (DP = 21,89). A idade, em meses, aquando do diagnóstico encontrava-se entre os 0 e 48 meses de idade (M = 4,37, DP = 8,16). A maioria das crianças tinha o diagnóstico de displasia da anca (86,1%, n = 62), tendo sido apontados também diagnósticos de diabetes, autismo, alergias e torcicolo.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão neste estudo a amostra comtempla ser pai/mãe de uma criança até aos seis anos de idade que tenha tido um diagnóstico de doença prolongada, ou seja, doença que tenha uma duração superior a 12 meses; idade entre os 18 e os 65 anos; ser capaz de compreender e responder a questionários de autorresposta e, por fim, ter acesso a um computador com internet e disponibilidade para utilizar a plataforma Google Forms.

Procedimentos

Antes da recolha de dados, foi obtida aprovação da comissão de ética da FPCE-UC. Posteriormente foi requisitada a autorização para o uso dos instrumentos aos respetivos autores e para a sua aplicação no contexto da doença crónica. O instrumento a ser validado, *Parental Psychological Flexibility Questionnaire*-10, foi traduzido para português por um dos investigadores e os itens foram adaptados substituindo dor crónica por doença crónica. Não foram realizadas quaisquer outras alterações ao instrumento. Foi também realizada uma retroversão por um individuo que desconhecia a versão original. As duas versões foram comparadas com o objetivo de avaliar a correspondência entre ambas as versões não tendo sido necessário fazer alterações na tradução para o português.

Esta investigação baseou-se num método de amostragem não probabilística e por conveniência. A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um

conjunto de questionários *online*, de forma anónima e confidencial, através da plataforma Limesurvey. Para a divulgação do estudo, foi criada uma página de Facebook onde foi partilhado o *link* para preenchimento e foram feitos pedidos via e-mail para Instituições e Associações de pais com filhos com diversas doenças crónicas para que o estudo fosse divulgado pelas mesmas aos seus associados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico inclui um conjunto de questões em relação ao género, idade e estatuto socioeconómico dos pais, bem como um conjunto de itens específicos relativos à condição de saúde do filho nomeadamente (*Qual a/as doenças crónicas, idade do diagnóstico e duração da doença, tipo de tratamento atual e anterior)*.

Parental Psychological Flexibility Questionnaire-10 (PPFQ-10) teve a sua escala original desenvolvida por McCracken & Gauntlett-Gilbert (2011), versão portuguesa adaptada por Lara Palmeira et al., (2021) é um instrumento de autorrelato de 10 itens que avalia flexibilidade psicológica nos pais de crianças com diagnóstico de doença pediátrica. As respostas são obtidas numa escala em formato tipo *Likert* de sete pontos (0 – ''*Nunca verdadeiro*'' a 6 – ''*Sempre verdadeiro*''). Na sua versão original de 24 itens o instrumento apresenta excelente consistência interna (alfa de Cronbach = 0,91) (McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011) e os valores da versão de 10 itens, de Lipsker et al., (2016), o instrumento apresentou um alfa de Cronbach = 0,86. No presente estudo a consistência interna foi de 0,84.

Escala de Stress Percebido – Perceived Stress Scale (PSS) Cohen, Karmarck e Mermelstein (1983), versão portuguesa Trigo (2010). Esta escala tem três versões, sendo que neste estudo foi utilizada a versão de 10 itens para avaliar os níveis de stress percecionados pelos indivíduos. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de cinco pontos (0 – ''*Nunc*a'', 1 – *Quase nunca*'', 2 – ''*Algumas vez*es'', 3 – ''*Frequentemente*'', e 4 – ''*Mui*to *frequent*e''). O estudo da versão portuguesa de 10 itens, revelou boas qualidades psicométricas, tendo um alfa de Cronbach de 0, 87, sendo este um instrumento que avalia em que medida dos acontecimentos do quotidiano podem ser percecionados como indutores de stress (Trigo et al., 2010). No presente estudo a consistência interna foi de 0,89.

Escala de Stress Parental (ESP), Berry & Jones, 1995; adaptação portuguesa de Mixão, Leal & Maroco, 2007, é constituída por 18 itens, respondidos numa escala tipo *Likert* (1 – ''*Discord*o *Totalmente*'' a 5 – ''*Concordo Totalmente*''). Esta escala avalia os níveis de stress experienciados pelos pais e está dividida em 4 fatores: (1) Preocupações Parentais; (2) Satisfação; (3) Falta de Controlo e (4) Medos e Angústias. No momento de cotação da escala, os itens são classificados de acordo com os níveis de *stress* ou sentimentos negativos, ou seja, valores elevados apontam para níveis elevados de stress parental. Esta escala pode ser aplicada tanto a crianças quanto aos seus pais, com ou sem doença. A consistência interna avaliada pelo Alfa de Cronbach, na versão original, teve um valor de 0,83 (Ferreira, 2017; Silva, 2021). No presente estudo a consistência interna foi de 0,81.

Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond e Snaith, 1983, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007. Esta escala permite avaliar separadamente os níveis de ansiedade e depressão. É composta por 14 questões, 7 direcionadas para a ansiedade e outras 7 direcionadas para a depressão. É atribuída uma nota, pelo entrevistado, entre 0 a três, para cada questão (sendo que zero representa ''*Nenhuma gravidad*e'' e o três representa ''*Maior gravidade"*). Quanto mais elevado for o resultado, mais elevada será a morbilidade psicológica do individuo. Os valores cotados para cada subescala são 0 a 7 – ''*Ausência de sintomatologia*'', 8 a 10 – ''*Sintomatologia considerada leve*'', 11 a 14 – ''*Sintomatologia considerada moderad*a'' e de 15 a 21 – ''*Sintomatologia considerada elevada*''. Na avaliação das duas escalas, o valor de Alfa de Cronbach para a ansiedade foi de 0,76 e para a depressão teve um valor de Alfa de Cronbach de 0,81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo a consistência interna foi de 0,83 relativamente ao nível da Depressão, e de 0,81 relativamente ao nível da Ansiedade.

Escala de Autocompaixão de Neff – Versão Reduzida (SCS, Self-Compassion Scale – Short Form (SF), Neff, 2003, versão portuguesa Castilho & Pinto-Gouveia, 2011. É um instrumento de autorresposta composto por 12 itens, divididos em 6 subescalas: (1) Calor/Compreensão, (2) Autocrítica, (3) Humanidade Comum, (4) Isolamento, (5) Mindfulness e (6) Sobre-Identificação, respondidos em formato tipo *Likert* de 5 pontos (de 1 – ''*Quase nunca*'' ao 5 – ''*Quase sempre*'').

Quanto mais elevada for a pontuação, mais elevado será o nível de autocompaixão do individuo. Na escala original da versão inglesa da escala, os resultados obtidos indicam uma elevada intercorrelação, elevada consistência interna e fidelidade temporal. Os resultados da validação mostram que indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão relatam ser mais amáveis consigo próprios e com os outros, enquanto indivíduos com níveis mais baixos de autocompaixão referem ser mais amáveis com os outros do que com eles mesmos (Neff, 2003). A versão Portuguesa de 12 itens apresentou boa consistência interna com um Alfa de Cronbach de 0,89 (Castilho et al., 2015). No presente estudo a consistência interna foi de 0,81.

Análise Estatística

A análise estatística foi analisada através do *software* IBM SPSS Statistics versão 25. No que diz respeito à caracterização da amostra, foi feito o cálculo das frequências e percentagens para as diferentes variáveis categoriais e respetivas médias e desvio padrão para cada variável continua. A normalidade das variáveis foi explorada através do cálculo dos valores de *skewness* (Sk) e *kurtosis* (Ku), não tendo sido notadas violações graves à distribuição descrita como normal (Sk < | 3 | and Ku < | 10 | (Kline, 2005).

Posteriormente, procedeu-se à análise fatorial exploratória com o objetivo de analisar a estrutura fatorial da versão portuguesa do PPFQ-10. Neste estudo foi usado o critério revisto no estudo de Winter et al., (2009) que refere ser suficiente um número mínimo de 50 participantes para a análise fatorial exploratória.

A análise fatorial exploratória do PPFQ-10 foi realizada usando a rotação Oblimin tal como no estudo original, uma vez que se pressupôs que as subescalas do instrumento possam estar relacionadas. A adequação dos dados para a realização da análise foi avaliada através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin e das correlações item-total. A adequação dos itens foi avaliada através dos pesos fatoriais e das comunalidades. Foi considerado que um item saturava num fator sempre que apresentasse uma saturação fatorial superior a 0,50 (Tabachnick & Fidell, 2013).

De modo a avaliar a qualidade dos itens foi calculada a média, desvio padrão e correlação item-total, bem como a consistência interna se o item for eliminado.

Para avaliação da consistência interna do PPFQ-10 foi utilizado o coeficiente de alfa de Cronbach. A validade convergente e divergente do PPFQ-10 e respetivas subescalas foi explorada através do coeficiente de correlação de Pearson explorando a sua associação com variáveis de interesse (como autocompaixão, stress, ansiedade, depressão, suporte social percebido). A interpretação das correlações foi efetuada em concordância com as recomendações de Pallant, (2016), ponderando que os valores de *r* entre 0,10 e 0,29 equivalem a correlações fracas, valores de *r* entre 0,30 e 0,49 moderadas, e valores de *r* entre 0,50 e 1, fortes. Foi hipotetisado que a Flexibilidade psicológica estaria relacionada positivamente com autocompaixão e negativamente relacionada com os indicadores de psicopatologia nomeadamente ansiedade, depressão, stress e stress parental.

Resultados

Análise preliminar

As médias (M) e desvios-padrão (DP) de todas as variáveis em estudo bem como os valores da assimetria e curtose (α) encontram-se na tabela 1.

Tabela 1

Média (M), desvios-padrão (DP) e valores de assimetria e curtose de todas as variáveis em estudo (n = 72).

Escala	M	DP	Assimetria	Curtose
PPFQ-10	34,54	11,67	-0,02	-0,65
PSS	20,43	6,73	0,22	-0,70
ESP	33,32	7,07	0,55	1,13
HADS - Ansiedade	8,89	3,72	0,09	0,07
HADS – Depressão	7,19	4,65	0,32	-0,92
SCS - Autocompaixão	3,08	0,64	0,21	-0,38

Análise Fatorial Exploratória da versão Portuguesa do PPFQ-10

Neste estudo foram adotados os procedimentos indicados pelos autores da versão original (Lipsker et al., 2016; McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011). Em primeiro lugar, foi definida a solução de uma *Principal Axis Factoring* com o objetivo de entender qual o número de fatores possíveis a reter e se o mesmo replicava a estrutura fatorial proposta pelos autores da versão original. No que diz respeito à variância explicável pelos fatores, para a retenção de fatores foi seguido o critério de Kaiser, valor próprio (eigenvalue) igual ou superior a 1, sendo este considerado um critério clássico na literatura (Costello & Osborne, 2005). Relativamente à análise fatorial exploratória sem rotação, neste estudo, obtiveram-se 3 fatores com eigenvalue superiores a 1. Tal como no estudo original considerou-se que os itens saturavam num determinado fator quando a sua saturação fatorial fosse > 0,50. O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,75) mostrou-se não significativo e o teste de Bartlett mostrou-se significativo, ou seja, as correlações entre as variáveis são significativamente diferentes de zero (x^2 (45) = 336,055, p < 0,001), o que possibilitou comprovar que os dados são apropriados para análise.

Seguidamente realizou-se nova análise fatorial forçada a 3 fatores com rotação Oblimin, seguindo os mesmos procedimentos do estudo original. Verificou-se que os 3 fatores explicam 69,01% da variância total, sendo que o fator 1 (Aceitação emocional) explicou 42,10%, o fator 2 (Ações baseadas em valores) explicou 15,32% e o fator 3 (Disponibilidade para a dor) explicou 11,59%. A respetiva saturação fatorial e comunalidades de cada um dos itens encontra-se na tabela 2. Tal como se pode verificar todos os itens apresentam comunalidades e saturações fatoriais acima de 0,50.

Tabela 2

Saturações fatoriais dos itens na Análise Fatorial exploratória com rotação Oblimin e respetivas comunalidades (h^2).

	Fator 1 Aceitação Emocional	**Fator 2 Ações baseadas em valores**	**Fator 3 Disponibilidade para a dor**	**h^2**
10. Estou em luta com pensamentos e emoções sobre a doença da minha criança.	0,93			0,87
9. Sinto-me assoberbado/a pela preocupação com a doença da minha criança.	0,94			0,90
6. Sofro terrivelmente com a doença da minha criança e preciso de parar este sofrimento.	0,76			0,65
8. A doença da minha criança torna impossível que eu me foque noutras coisas.	0,78			0,67
1.Apesar da doença da minha criança é possível realizar atividades que são importantes para a nossa familia.		0,81		0,68
2.Quando a minha criança tem sintomas da doença, sou capaz de permanecer consciente dos objetivos e outras coisas importantes para nós enquanto familia.		0,78		0,61
4.É possível viver uma vida normal mesmo enquanto a minha criança tem esta doença.		0,73		0,59
3.Evito situações em que a minha criança sinta desconforto devido à sua doença.			0,88	0,80
5.Quando a minha criança realiza atividades o controlo da sua doença vem sempre em primeiro lugar.			0,74	0,59
7.A minha criança tem de evitar atividades que lhe causem desconforto devido à sua doença.			0,59	0,54

Análise dos itens e da consistência interna da versão portuguesa do PPFQ-10

A escala total mostrou uma boa consistência interna (α = 0,84). A subescala ‘’Aceitação emocional’’ apresentou um α de 0,90, sendo considerada uma consistência muito boa; a subescala ‘’Ações baseadas em valores’’ apresenta um α de 0,70 e, por fim, a subescala ‘’Disponibilidade para a dor’’ apresenta um α de 0,63 sendo que os dois últimos valores podem ser considerados aceitáveis (DeVellis, 1991).

Na tabela 3 encontram-se descritas as características dos itens que compõem a PPFQ-10. Tal como pode ser observado todos os itens contribuem para a consistência interna do instrumento, por outro lado todos os itens apresentavam correlações item-total acima de 0,30.

Tabela 3

Média (M), desvio-padrão (DP) e valores da Correlação se o item for eliminado do fator (α de Cronbach) do PPFQ-10.

	M	**DP**	**Correlação do item total corrigida**	**α de Cronbach se o item for eliminado**
Fator 1 – Aceitação Emocional				
Item 6	3,33	2,06	0,69	0,81
Item 8	4.01	1,95	0,71	0,81
Item 9	3,32	2,03	0,71	0,81
Item 10	3,49	2,21	0,72	0,80
Fator 2 – Ações baseadas em valores				
Item 1	5,03	1,38	0,35	0,84
Item 2	4,72	1,33	0,40	0,84
Item 4	4,81	1,35	0,51	0,83
Fator 3 – Disponibilidade para a dor				
Item 3	1,12	1,93	0,33	0,84
Item 5	0,99	1,52	0,31	0,84
Item 7	3,72	2,16	0,58	0,82

Análise das Correlações entre as diferentes subescalas do PPFQ-10

Foi feita uma análise de correlação através dos coeficientes de correlação de Pearson (Cohen et al., 2003) de forma a verificar correlações entre o PPFQ-10 total e as suas subescalas. Na tabela 4 encontram-se os resultados destas análises. Os resultados mostram que o PPFQ-10 total se encontra positivamente e fortemente correlacionado de forma estatisticamente significativa com todas as subescalas. A subescala aceitação emocional apresentou correlações positivas e moderadas com as subescalas ações baseadas em valores e disponibilidade para o sofrimento. Não obstante, as subescalas ações baseadas em valores e disponibilidade para o sofrimento não revelaram uma correlação significativa.

Análise da validade convergente e da validade divergente

Para avaliação da validade convergente e divergente do PPFQ-10 e das respetivas subescalas foram realizadas análises de correlação através do coeficiente de correlação de Pearson (Cohen et al., 2003). Como se pode ver na tabela 4, o PPFQ-10 revelou uma correlação positiva e fraca com a autocompaixão (SCS) e correlações moderadas com o stress percebido, depressão, ansiedade e stress parental.

Tabela 4

Matriz de correlações entre PPFQ-10 total e as restantes subescalas e variáveis em estudo.

Variáveis	PPFQ-10 total	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Aceitação Emocional (fator 1)	0,91***			
Ações baseadas em valores (fator 2)	0,65***	0,47***		
Disponibilidade para a Dor (fator 3)	0,71***	0,46***	0,24	
Autocompaixão	0,14***	0,33	0,23	-0,10
Stress Percebido	-0,34*	-0,39**	0,19	0,08
Depressão	-0,39**	-0,54***	-0,30*	-0,03
Ansiedade	-0,40**	-0,61***	-0,28	-0,06
Stress Parental	-0,23*	-0,27	-0,21	-0,02

Nota: *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$;

Relativamente à subescala aceitação emocional verificou-se que esta apenas se mostrou negativa e moderada a fortemente relacionada com indicadores de psicopatologia nomeadamente sintomas de ansiedade, depressão e stress, não revelando correlações significativas com a autocompaixão e stress parental. Por fim as subescalas ações baseadas em valores e disponibilidade para o sofrimento não se mostram significativas correlacionadas com as restantes variáveis em estudo, com exceção da correlação negativa e moderada entre as ações baseadas em valores e depressão.

Discussão

Nas últimas décadas a literatura tem salientado a importância da flexibilidade psicológica para a saúde mental em diversos contextos incluindo na parentalidade. Mais recentemente no contexto da doença, estudos têm demonstrado que pais que demonstram uma maior flexibilidade psicológica em relação à doença do filho podem demonstrar maior nível de aceitação o que se vai refletir na forma e eficiência do exercício da parentalidade (Brassell et al., 2016; Burke & Moore, 2015).

O presente estudo visa contribuir para a compreensão do construto de flexibilidade psicológica parental no contexto de doença cónica, uma vez que até ao momento, em Portugal, não existe nenhum instrumento especificamente desenvolvido para este efeito. Assim o presente estudo tem como principal objetivo avaliar a estrutura fatorial da versão portuguesa reduzida do Questionário de Flexibilidade Psicológica Parental (PPFQ-10; Lipsker et al., 2016), de 10 itens, numa amostra portuguesa de pais de crianças com diagnóstico de doença crónica.

Os resultados da análise fatorial possibilitaram replicar a estrutura fatorial do estudo original de McCracken & Gauntlett-Gilbert, (2011) e também da versão reduzida de Lipsker et al., (2016) que compreendia três fatores: aceitação emocional, ações baseadas em valores e disponibilidade para a dor. Foi ainda possível reter três dos quatro fatores correspondentes aos propostos por Wallace et al., (2015). A estrutura fatorial encontrada explicou 69,01% da variância, sendo este um resultado idêntico aos estudos anteriores (Lipsker et al., 2016).

Feita a análise das propriedades dos itens, os resultados deste estudo demonstraram boas propriedades psicométricas, o que significa que todos os itens da escala contribuem para a consistência interna da mesma. O instrumento apresentou uma boa consistência interna no geral e também no fator de aceitação emocional. Por seu lado, os fatores ações baseadas em valores e disponibilidade para a dor apenas apresentaram consistências internas mais baixas e que podem ser consideradas aceitáveis, resultados que são semelhantes aos encontrados nos estudos anteriores (Lipsker et al., 2016; Wallace et al., 2015). De salientar que os estudos que utilizaram as versões mais longas do instrumento obtiveram consistências internas mais elevadas nestes fatores quando comparado com os estudos que utilizaram as versões reduzidas de

10 itens do instrumento. Neste sentido, estes dados parecem apontar para a necessidade de melhorar a versão reduzida deste instrumento. Por outro lado, é possível que estes resultados também possam dever-se ao reduzido tamanho da nossa amostra. Não obstante, os nossos resultados são semelhantes aos resultados do estudo de Lipsker et al., (2016) que incluiu uma amostra consideravelmente mais alargada (mais de 200 pais). Assim, estes resultados parecem sugerir a necessidade de refinar o instrumento no sentido de melhorar a consistência interna destas duas subescalas de modo a permitir uma avaliação mais fidedigna da disponibilidade destes pais para a dor e da sua capacidade para tomarem ações congruentes com os seus valores de vida.

Tal como esperado em linha com os estudos anteriores (Lipsker et al., 2016; McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011) o total do instrumento e as diferentes subescalas estavam positivamente relacionadas traduzindo maior flexibilidade psicológica parental no contexto de um diagnóstico de doença crónica.

Em concordância com os autores dos primeiros estudos, (Lipsker et al., 2016; McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011), também os nossos resultados permitem concluir que este é um instrumento fiável e válido para uso clínico. Não obstante e tanto quanto sabemos este é o primeiro estudo a avaliar a flexibilidade psicológica parental de pais de crianças pequenas com doença crónica, uma vez que os estudos anteriores estão direcionados para crianças mais velhas, sobretudo adolescentes com dor crónica (Lipsker et al., 2016; McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011).

Foi ainda explorada a validade convergente e divergente do PPFQ-10 e das respetivas subescalas. Os resultados mostraram que a flexibilidade psicológica parental está relacionada com maior ajustamento parental, nomeadamente menores níveis de ansiedade, depressão, stress parental e stress percebido. Estes resultados estão de acordo com os estudos anteriores, que demonstraram que pais que são mais flexíveis no exercício da sua parentalidade tendem a apresentar comportamentos parentais mais adaptativos e menos autoritários, mais baseados nos seus valores e menores níveis de psicopatologia, nomeadamente menores níveis de depressão (Lipsker et al., 2016; Silva, 2018).

Por outro lado, a flexibilidade psicológica parental mostrou-se associada a maiores competências de autocompaixão, isto significa que os pais que são capazes de

aceitar as experiências, tolerar o desconforto perante uma doença do filho, estão disponíveis para a dor, são pais que tendem a ter uma relação com eles próprios baseada na empatia, cuidado e no suporte. Estes resultados corroboram a extensa literatura existente que demonstra ligação entre estes construtos (Duncan et al., 2009; Frade et al., 2021; Leeming & Hayes, 2016).

Quanto à relação entre stress parental e a flexibilidade parental, os resultados demonstraram de um modo surpreendente, uma associação fraca, havendo uma associação significativa com a flexibilidade psicológica parental no global mas não com as subescalas do PPFQ-10. Uma exequível explicação poderá ser o facto do instrumento que avalia o construto de stress parental ser mais direcionado para a avaliação do nível de stress vivenciado na parentalidade, podendo não ser o mais indicado quando usado em amostras específicas que associam a parentalidade a uma doença crónica (Santos, 1998). De facto, o questionário de stress parental parece centrar-se na experiência de se ter um filho e no impacto que o surgimento de uma criança tem na vida dos pais. Contudo, este questionário não é específico para pais com filhos com doenças crónicas que estão sujeitos a outras fontes de stress no exercício da sua parentalidade. Um outro resultado interessante foi a ausência de associações significativas entre as subescalas ações baseadas em valores e disponibilidade para a dor com as restantes variáveis em estudo com exceção da relação entre a subescala ações baseadas em valores e depressão. Na verdade, em estudos anteriores (Lipsker et al., 2016; Wallace et al., 2015) a subescala disponibilidade para a dor foi considerada como a mais discrepante de todas, não tendo também uma correlação significativa com os indicadores psicopatológicos. Muito provavelmente, a ausência de relação entre as variáveis pode ser justificada pela baixa consistência interna desta subescala, o que poderá indicar a necessidade da mesma ser revista no sentido de poderem captar de modo mais preciso o construto em causa. Por outro lado, também é plausível que estes resultados possam ser explicados pelo facto de a nossa amostra ser composta por pais com crianças muito pequenas, completamente dependentes dos pais e que, por isso, não têm a sua vida muito limitada pela doença, uma vez que a maioria das crianças ainda não desenvolveu habilidade motora para caminhar e a displasia da anca é uma doença que não envolve níveis elevados de desconforto para o bebé/criança.

No que concerne às limitações deste estudo, é importante salientar o fato de a amostra ser maioritariamente com elementos do sexo feminino o que não garante uma justa representatividade nos resultados. Nesse sentido, estudos posteriores deverão tentar incluir a visão de ambos os progenitores ou cuidadores da criança de modo a obter visão mais abrangente do impacto que uma doença crónica pode ter na família. Outra limitação prende-se com o tamanho reduzido da amostra em estudo. Contudo, existem autores (e.g., (Sapnas & Zeller, 2002; Winter et al., 2009) que consideram que os resultados de uma análise fatorial e avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento podem ser fiáveis quando o N da amostra é superior a 50, pelo que um tamanho amostral pequeno não deve ser critério de exclusão (Sapnas & Zeller, 2002). Por este ter sido um estudo de momento único, não se realizou teste-reteste e também pelo método de recolha da amostra ter sido feita através de questionários de autorresposta, poderão estes serem considerados como possíveis limitações neste estudo devido a desejabilidade social, por possibilidade de vergonha os pais tenderem a dar respostas que indiquem maior desejabilidade social, desta forma estudos futuros poderão utilizar outros métodos como entrevista clinica ou observação comportamental. Em futuras investigações seria pertinente incluir mais representatividade na amostra, uma análise fatorial confirmatória para que fosse possível aferir se a estrutura fatorial se mantém inalterada quando equiparada com distintas amostras de população e continuar a estudar as qualidades psicométricas deste instrumento.

Em síntese, este é o primeiro estudo que avaliou a estrutura fatorial e as características psicométricas do PPFQ-10 numa amostra portuguesa de pais com crianças com menos de seis anos com uma doença crónica. Os resultados mostram evidência preliminar de que é um instrumento fiável e válido, de fácil e rápido preenchimento que permite averiguar a inflexibilidade psicológica parental na presença de uma doença crónica, mas que poderia beneficiar de continuar a ser investigado. O estudo salienta a importância da FP parental no contexto de uma doença crónica. Neste sentido, seria importante a disponibilização de informação acerca do que é a flexibilidade psicológica e como pode ser promovida nestes pais, por exemplo através de intervenções de baixa intensidade, eventualmente até baseadas nas novas tecnologias de informação, de modo a que os pais possam no exercício da sua parentalidade adotar uma postura mais tolerante e flexível mantendo ações congruentes com os seus valores

de vida, mesmo perante um evento adverso e stressor como é certamente a presença de uma doença prolongada dos filhos.

Referências Bibliográficas

Beeckman, M., Simons, L. E., Hughes, S., Loeys, T., & Goubert, L. (2019). Investigating How Parental Instructions and Protective Responses Mediate the Relationship Between Parental Psychological Flexibility and Pain-Related Behavior in Adolescents With Chronic Pain: A Daily Diary Study. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2350. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02350

Ben-Ari, A., Aloni, R., Ben-David, S., Benarroch, F., & Margalit, D. (2021). Parental Psychological Flexibility as a Mediating Factor of Post-Traumatic Stress Disorder in Children after Hospitalization or Surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), 11699. https://doi.org/10.3390/ijerph182111699

Bögels, S., & Restifo, K. (2014). Introduction to Mindful Parenting. Em S. Bögels & K. Restifo (Eds.), *Mindful Parenting: A Guide for Mental Health Practitioners* (pp. 3–14). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7406-7_1

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., 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 flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, *42*, 676–688.

Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K., & Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(2), 111–120. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.03.001

Burke, K., & Moore, S. (2014). Development of the Parental Psychological Flexibility Questionnaire. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(4), 548–557. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0495-x

Burke, K., & Moore, S. (2015). Development of the Parental Psychological Flexibility Questionnaire. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(4), 548–557. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0495-x

Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V., & Walser, R. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. *Families, Systems, & Health*, *32*(1), 122–127. https://doi.org/10.1037/fsh0000012

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai—Estudo sobre a Avaliação das Competências Parentais* [Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem]. Universidade Católica Portuguesa.

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample: Factor Analysis of the Long and Short Self-Compassion Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(9), 856–870. https://doi.org/10.1002/jclp.22187

Cheron, D. M., Ehrenreich, J. T., & Pincus, D. B. (2009). Assessment of Parental Experiential Avoidance in a Clinical Sample of Children with Anxiety Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, *40*(3), 383–403. https://doi.org/10.1007/s10578-009-0135-z

Chong, Y. Y., Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2020). The role of parental psychological flexibility in childhood asthma management: An analysis of cross-lagged panel models. *Journal of Psychosomatic Research*, *137*, 110208. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110208

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences.* Hillsdale: Erlbaum.

Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). *Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis*. https://doi.org/10.7275/JYJ1-4868

Coyne, L. W., Gould, E. R., Grimaldi, M., Wilson, K. G., Baffuto, G., & Biglan, A. (2021). First Things First: Parent Psychological Flexibility and Self-Compassion During COVID-19. *Behavior Analysis in Practice*, *14*(4), 1092–1098. https://doi.org/10.1007/s40617-020-00435-w

DeVellis, R. (1991). *Scale Development Theory and Applications Applied Social Research Methods Series.* SAGE Publications.

Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent–Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *12*(3), 255–270. https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3

Feinstein, A. B., Sturgeon, J. A., Bhandari, R. P., Yoon, I. A., Ross, A. C., Huestis, S. E., Griffin, A. T., & Simons, L. E. (2018). Risk and Resilience in Pediatric Pain: The Roles of Parent and Adolescent Catastrophizing and Acceptance. *The Clinical Journal of Pain*, *34*(12), 1096–1105. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000639

Ferreira, A. C. A. (2017). *Esgotamento emocional parental face a crianças com problemas de comportamento*.

Frade, M. de F., Firmino, C. F., Sousa, L. M. M. de, & Frade, J. M. G. (2021). A Parentalidade Mindful como prática parental: Análise de conceito. In A Obra Prima: a arte de cuidar no inicio da vida. Em A. M. A. Frias & C. C. Agostinho, *A Obra Prima: A arte de cuidar no início da vida* (1.ª ed., pp. 240–255). Editora Científica Digital. https://doi.org/10.37885/211006491

Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(2), 166–171. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003

Greene, R. L., Field, C. E., Fargo, J. D., & Twohig, M. P. (2015). Development and validation of the parental acceptance questionnaire (6-PAQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*(3), 170–175. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.05.003

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*.

Hahs, A. D., Dixon, M. R., & Paliliunas, D. (2019). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 154–159. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.002

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), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2ª Edição).

Jin, X., Wong, C. L., Li, H., Chen, J., Chong, Y. Y., & Bai, Y. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for psychological and behavioural changes among parents of children with chronic health conditions: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(7), 3020–3033. https://doi.org/10.1111/jan.14798

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865–878. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001

Kline, T. J. B. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation.* Sage Publications.

Leeming, E., & Hayes, S. C. (2016). Parents are people too: The importance of parental psychological flexibility. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*(2), 158–160. https://doi.org/10.1111/cpsp.12147

Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. https://doi.org/10.1037/h0100865

Lipsker, C. W., Kanstrup, M., Holmström, L., Kemani, M., & Wicksell, R. (2016). The Parent Psychological Flexibility Questionnaire (PPFQ): Item Reduction and Validation in a Clinical Sample of Swedish Parents of Children with Chronic Pain. *Children*, *3*(4), 32. https://doi.org/10.3390/children3040032

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 Behavioral Medicine*, *31*. https://doi.org/10.1007/s10865-008-9151-x

McCracken, L. M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2011). Role of psychological flexibility in parents of adolescents with chronic pain: Development of a measure and preliminary correlation analyses. *Pain*, *152*(4), 780–785. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.12.001

Mooney-Doyle, K., & Deatrick, J. A. (2016). Parenting in the face of childhood life-threatening conditions: The ordinary in the context of the extraordinary. *Palliative and Supportive Care*, *14*(3), 187–198. https://doi.org/10.1017/S1478951515000905

Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85–101. https://doi.org/10.1080/15298860309032

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*. 14.

Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS Program*.

Pyszkowska, A., & Rönnlund, M. (2021). Psychological Flexibility and Self-Compassion as Predictors of Well-Being: Mediating Role of a Balanced Time Perspective. *Frontiers in Psychology*, *12*, 671746. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.671746

Sairanen, E., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Kaipainen, K., Carlstedt, F., Anclair, M., & Hiltunen, A. (2019). Effectiveness of a web-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for wellbeing of parents whose children have chronic conditions: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *13*, 94–102. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.004

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*. https://doi.org/doi:10.1016/j.jcbs.2013.03.002i

Santos, S. V. (1998). *A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características*. 11.

Sapnas, K. G., & Zeller, R. A. (2002). *Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement.* https://doi.org/10.1891/jnum.10.2.135.52552

Silva, A. R. S. (2021). *Satisfação Parental: O Papel do Autocriticismo*. Universidade Portucalense.

Silva, C. S. L. (2018). *Correlatos da Flexibilidade Psicológica Parental e o seu papel na relação entre sintomatologia ansiosa e depressiva e estilos parentais*. Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Smith, A. M., Sieberg, C. B., Odell, S., Randall, E., & Simons, L. E. (2015). Living Life With My Child's Pain: The Parent Pain Acceptance Questionnaire (PPAQ). *The Clinical Journal of Pain*, *31*(7), 633–641. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000140

Tabachnick, B., & Fidell, S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (Boston : Pearson Education).

Timmers, I., Simons, L. E., Hernandez, J. M., McCracken, L. M., & Wallace, D. P. (2019). Parent psychological flexibility in the context of pediatric pain: Brief assessment and associations with parent behaviour and child functioning. *European Journal of Pain*, ejp.1403. https://doi.org/10.1002/ejp.1403

Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). *Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa*.

Wallace, D. P., McCracken, L. M., Weiss, K. E., & Harbeck-Weber, C. (2015). The Role of Parent Psychological Flexibility in Relation to Adolescent Chronic Pain: Further Instrument Development. *The Journal of Pain*, *16*(3), 235–246. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.11.013

Wallace, D. P., Woodford, B., & Connelly, M. (2016). Promoting psychological flexibility in parents of adolescents with chronic pain: Pilot study of an 8-week group intervention. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *4*(4), 405–416. https://doi.org/10.1037/cpp0000160

Winter, J. C. F., Dodou, D., & Wieringa, P. A. (2009). Exploratory Factor Analysis With Small Sample Sizes. *Multivariate Behavioral Research*, *44*(2), 147–181. https://doi.org/10.1080/00273170902794206

ANEXOS

Questionário Sociodemográfico

Dados relativos aos pais:

1. Código participante ()
2. Idade _____
3. Género ☐ F ☐ M , ☐ Outro: _____
4. Estado Civil: ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ou em União de Facto ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a
5. Escolaridade (nº anos completos excetuando reprovações): _____
6. Profissão: _____
7. Nº de filhos: _____
8. Idade do(s) filho(s)

Dados relativos ao bebé com doença crónica:

9. Género do filho com doença crónica: ☐ F ☐ M
10. Idade do filho com doença crónica (em meses): _____ ; ☐ Não quero responder
11. Qual é a doença crónica com que o/a seu/sua bebé foi diagnosticado/a? _____ ; ☐ Não sei/ Não quero responder
12. Há quantos meses foi realizado este diagnóstico? _____; ☐ Não sei/ Não quero responder
13. Idade do bebé no diagnóstico? (se na gravidez indique os meses de gestação) _____ ; ☐ Não sei/ Não quero responder
14. Diagnóstico foi feito por quem? _____ ; ☐ Não sei/ Não quero responder
15. Tempo entre apresentação dos primeiros sintomas/sinais e diagnóstico: _____ ; M ☐ Não sei/ Não quero responder
16. Tipo de tratamento atual:
    - ☐ oral,
    - ☐ injetável,
    - ☐ supositório,
    - ☐ tópico,
    - ☐ tala,
    - ☐ gesso
    - ☐ Cirurgia

- ☐ outro: ___
- ☐ Não sei/ Não quero responder

17. Tipo de tratamento realizado no passado (finalizado):

- ☐ Não se aplica/ não existiu
- ☐ oral,
- ☐ injetável,
- ☐ supositório,
- ☐ tópico,
- ☐ tala,
- ☐ gesso
- ☐ Cirurgia
- ☐ outro: ___
- ☐ Não sei/ Não quero responder
- ☐ 18. Devido a esta doença, o/a bebé foi hospitalizado? Não / Sim/ Não quero responder

18.1 Se sim indique tempo de duração do internamento (questão não obrigatória).

18.2 Qual a probabilidade de o seu/sua bebé necessitar de hospitalização (escala de 1-10?)/ ☐ Não sei/ Não quero responder

19. O/A bebé realizou cirurgia ou tem cirurgia marcada?

- ☐ Não
- ☐ Sim, já realizou cirurgia
- ☐ Sim, tem cirurgia agendada
- ☐ Não quero responder

19.1. Qual a probabilidade de o seu/sua bebé necessitar de cirurgia (escala de 1-10) Não sei/ Não quero responder

20. Como avalia a atividade da doença do/a bebé neste momento?

- ☐ Ativa
- ☐ Inativa / em remissão
- ☐ Não se aplica
- ☐ Não sei/ Não quero responder

21. Existem complicações médicas associadas à doença crónica?

- ◻ Não
- ◻ Sim. Quais? _____
- ◻ Não sei/ Não quero responder

22. Existem efeitos secundários dos tratamentos?

- ◻ Não
- ◻ Sim. Quais? _____
- ◻ Não sei/ Não quero responder

Parental Psychological Flexibility Questionnaire-10 (PPFQ-10)

(McCracken & Gauntlett-Gilbert, 2011; adaptação de Palmeira et al., 2021[1])

Instruções: Por favor, indique o quanto cada afirmação é verdadeira ou falsa para si, usando a escala abaixo. Por exemplo, se acredita que uma das afirmações é "sempre verdadeira" deverá assinalar o número 6.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca Verdadeiro	Muito Raramente Verdadeiro	Raramente Verdadeiro	Às vezes Verdadeiro	Frequente-mente Verdadeiro	Muito Frequente-mente Verdadeiro	Sempre Verdadeiro

1. Apesar da doença da minha criança é possível realizar atividades que são importantes para a nossa família.	0	1	2	3	4	5	6
2. Quando a minha criança tem sintomas da doença sou capaz de permanecer consciente dos objetivos e outras coisas importantes para nós enquanto família.	0	1	2	3	4	5	6
3. Evito situações em que a minha criança sinta desconforto devido à sua doença.	0	1	2	3	4	5	6
4. É possível viver uma vida normal mesmo enquanto a minha criança tem esta doença.	0	1	2	3	4	5	6
5. Quando a minha criança realiza atividades o controlo da sua doença vem sempre em primeiro lugar.	0	1	2	3	4	5	6
6. Sofro terrivelmente com a doença da minha criança e preciso de parar este sofrimento.	0	1	2	3	4	5	6
7. A minha criança tem de evitar atividades que lhe causem desconforto devido à sua doença.	0	1	2	3	4	5	6
8. A doença da minha criança torna impossível que eu me foque noutras coisas.	0	1	2	3	4	5	6
9. Sinto-me assoberbado/a pela preocupação com a doença da minha criança.	0	1	2	3	4	5	6
10. Estou em luta com pensamentos e emoções sobre a doença da minha criança.	0	1	2	3	4	5	6

[1] Validação portuguesa do instrumento em curso.

PSS_ Perceived Stress Scale

(Versão original de Cohen, et al., 1983; Versão portuguesa de Trigo et al., 2010)

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência você se sentiu ou pensou de determinada maneira.

Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável.

		Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1	No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2	No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3	No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4	No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5	No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6	No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7	No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8	No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9	No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10	No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

Escala de Stress Parental

(Maria de Lurdes Mixão, Isabel Leal, João Maroco, 2007)

As seguintes afirmações descrevem sentimentos e perceções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando o número no respetivo espaço, de acordo com a grelha seguinte.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente

1. Estou contente no meu papel de pai (mãe). ☐

2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s). ☐

3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar. ☐

4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s). ☐

5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s). ☐

6. Gosto de passar tempo com os meu(s) filho(s). ☐

7. O(s) meu(s) filho(s) é/são uma importante fonte de afeto para mim. ☐

8. A maior fonte de stress da minha vida é o meu(s) filho(s). ☐

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente

9. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida. ☐

10. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro. ☐

11. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s). ☐

12. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim. ☐

13. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s). ☐

14. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe). ☐

15. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida. ☐

16. Sinto-me satisfeito(a) como pai (mãe). ☐

17. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis ☐

HADS

(Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa Pais-Ribeiro et al.,2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto agora
( ) Só um pouco
( ) Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
( ) Sim e muito forte
( ) Sim, mas não muito forte
( ) Um pouco, mas não me aflige
( ) De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto como antes
( ) Muito menos agora
( ) Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
( ) A maior parte do tempo
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:
( ) Nunca
( ) Poucas vezes
( ) De vez em quando
( ) Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
( ) Quase sempre
( ) Muitas vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
( ) Nunca
( ) Por vezes
( ) Muitas vezes
( ) Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
( ) Completamente
( ) Não dou a atenção que devia
( ) Talvez cuide menos que antes
( ) Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
( ) Muito
( ) Bastante
( ) Não muito
( ) Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
( ) Tanto como antes
( ) Não tanto como antes
( ) Bastante menos agora
( ) Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico.
14. ( ) Muitas vezes
( ) Bastantes vezes
( ) Por vezes
( ) Nunca

15. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
( ) Muitas vezes
( ) De vez em quando
( ) Poucas vezes
( ) Quase nunca

SCS_ Self-compassion Scale-Short Form

(Versão original: Neff, 2003; Tradução e Adaptação: Castilho & Gouveia, 2011)

Instruções

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder.

À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

1.Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação	1	2	3	4	5
2.Tento ser compreensivo/a e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto	1	2	3	4	5
3.Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação	1	2	3	4	5
4.Quando me sinto em baixo tenho a tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu	1	2	3	4	5
5.Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana	1	2	3	4	5
6.Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio/a a ternura e o afecto que necessito	1	2	3	4	5
7.Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções)	1	2	3	4	5
8.Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho/a no meu fracasso	1	2	3	4	5
9.Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado/a com tudo aquilo que está errado	1	2	3	4	5
10.Quando me sinto inadequado/a de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo	1	2	3	4	5
11.Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações	1	2	3	4	5
12.Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto	1	2	3	4	5