



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA DE FÁTIMA MIRANDA DOS SANTOS

Perfeccionismo e Ansiedade de Doença em estudantes de medicina e em estudantes de direito – estudo comparativo

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

DAVID MANUEL GOMES MOTA

MARÇO/2022

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**PERFECCIONISMO E ANSIEDADE DE DOENÇA EM
ESTUDANTES DE MEDICINA E EM ESTUDANTES DE DIREITO –
ESTUDO COMPARATIVO**

**PERFECCIONISM AND ILLNESS ANXIETY IN MEDICAL STUDENTS AND IN LAW
STUDENTS – COMPARATIVE STUDY**

Mariana de Fátima Miranda dos Santos¹, David Manuel Gomes Mota^{1,2}, Ana Telma
Fernandes Pereira³

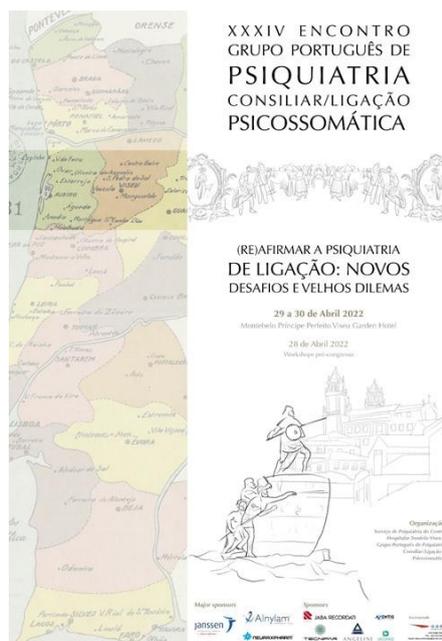
¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra,
Portugal

³Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra,
Coimbra, Portugal

Correio eletrónico: marianafsanatos1997@gmail.com

Parte deste trabalho foi submetido para apresentação na forma de poster, no XXXIV ENCONTRO DO GRUPO PORTUGUÊS DE PSIQUIATRIA CONSILIAR, LIGAÇÃO E PSICOSSOMÁTICA, a realizar de 28-30 de abril de 2022, no Hotel Montebelo Príncipe Perfeito Viseu Garden Hotel ([Anexo I](#)).



Índice

Abreviaturas.....	3
Resumo	4
Abstract.....	5
Introdução.....	6
Materiais e Métodos	8
Resultados.....	13
Discussão.....	25
Conclusão	29
Agradecimentos	30
Referências Bibliográficas.....	31
Anexos.....	34
Anexo I.....	35
Anexo II	36
Anexo III	37
Anexo IV.....	38

Abreviaturas

PAD – Perturbação de ansiedade de doença

PRN – Pensamento Repetitivo Negativo

SHAI – Short Health Anxiety Inventory

IAS-R – Inventário de Ansiedade sobre a Saúde - reduzido

QPP-15 – Questionário de Pensamento Perseverativo-15

BTPS-SF – Big Three Perfectionism Scale – Short Form

PRG – Perfeccionismo Rígido

PAC – Perfeccionismo Autocrítico

PNC – Perfeccionismo Narcísico

PR – Pensamento Repetitivo

ICI – Interferência Cognitiva e Improdutividade

Resumo

Introdução: A perturbação de ansiedade de doença (PAD) associa-se frequentemente a perturbações ansiosas e depressivas. O perfeccionismo é parcialmente mediado pelo pensamento repetitivo negativo (PRN). Os níveis de perfeccionismo são superiores em estudantes, não existindo estudos sobre a sua relação com a ansiedade de doença (AD), neste grupo populacional. O *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI) é útil e válido para avaliar AD. Não existe uma versão portuguesa validada.

Objetivos: (1) Validar a versão portuguesa da *SHAI*; analisar se se verificam diferenças significativas (2) nos níveis de AD, perfeccionismo e PRN entre estudantes de medicina e direito da Universidade de Coimbra; (3) nos níveis de AD, perfeccionismo e PRN por género e por grupos com vs. sem história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPP); (4) nos níveis de AD por anos de medicina; (5) explorar a relação entre perfeccionismo, PRN e AD.

Métodos: 378 estudantes de medicina e direito (78% raparigas) preencheram um formulário com questões sociodemográficas, a versão portuguesa preliminar da *SHAI*, o *Big Three Perfectionism Scale* (*BTPS-SF*) e o Questionário de Pensamento Perseverativo-15 (*QPP-15*).

Resultados: A versão portuguesa da *SHAI*, o *IAS-R*, apresentou boas validade de construto e consistência interna. Estudantes de direito apresentaram pontuações superiores no *IAS-R*, *QPP-15*, evitamento e procura de tranquilização do que os de Medicina, as quais não se distinguiram por género. Participantes com HPP apresentaram pontuações superiores no *IAS-R*, *BTPS-SF* e *QPP-15*. Alunos dos anos pré-clínicos apresentaram pontuações superiores no *IAS-R*, evitamento e procura de tranquilização. A AD correlaciona-se significativamente com o perfeccionismo e com o PRN. Este foi um mediador total da associação entre perfeccionismo e AD.

Discussão: O *IAS-R* pode ser usado para avaliar a AD na população portuguesa. Refutamos que os estudantes de medicina têm maior AD do que outros estudantes, pois apresentaram níveis de AD inferiores aos de direito. O maior conhecimento médico pode conferir-lhes maior acuidade na autoavaliação sintomática. Níveis superiores de AD nos anos pré-clínicos parecem evidenciar que a prática clínica diminui a AD. Evidenciou-se que o PRN é necessário para a associação entre perfeccionismo e AD, podendo ser um importante alvo na intervenção. O PRN, tendo sido superior nos estudantes de direito, pode contribuir para os seus maiores níveis de AD, bem como a HPP.

Palavras-chave: Perturbação de ansiedade de doença; Hipocondria; Estudantes de medicina; Perfeccionismo; Personalidade; Pensamento repetitivo negativo.

Abstract

Introduction: Illness anxiety disorder (IAD) has been associated to anxiety and depressive disorders. Perfectionism is partially mediated by negative repetitive thinking (NRT). Perfectionism is higher in students, but its relationship with Illness anxiety (IA) was not explored. Short Health Anxiety Inventory (SHAI) it is useful and valid to assess IA. There is no validated Portuguese version of the scale.

Objectives: (1) Validate the Portuguese version of *SHAI*; and to analyse if there are significant differences in: (2) IA, perfectionism and NRT levels between medical and law students from the University of Coimbra; (3) IA, perfectionism and NRT levels by gender and by groups with vs. without history of psychiatric disorder during lifetime (PPD); (4) IA levels by years of medical school; (5) explore the relationship between perfectionism, NRT and IA.

Methods: 378 law and medicine students (78% women) answered a form with sociodemographic questions, the preliminary Portuguese version of SHAI, the Big Three Perfectionism Scale (BTPS-SF) and the Perseverative Thinking Questionnaire-15 (QPP-15).

Results: Portuguese version of SHAI, the IAS-R, showed good psychometric qualities. Law students had higher scores on IAS-R, QPP-15, avoidance behaviour and reassurance seeking than medicine, with no differences in the scores by gender. Higher IAS-R, BTPS-SF and QPP-15 scores were observed in people with PPD. Students of preclinical years of medicine had higher IAS-R, avoidance, and reassurance-seeking scores. IA was mildly-moderately correlated with perfectionism and moderately-highly correlated with NRT. NRT was a total mediator of the association between perfectionism and IA.

Discussion: IAS-R can be used to assess IA in the Portuguese population. We refuted medical students have more IA than other students, as they had lower levels of IA than law students. Greater medical knowledge can provide medical students with greater accuracy in symptomatic self-assessment. Higher levels of IA in pre-clinical years seems to show that clinical practice reduces IA. We showed NRT is a necessary condition for the association between perfectionism and IA, so it can be an important target in intervention. PRN, having been superior in law students, may contribute to their higher AD levels, as well as PPD.

Keywords: Illness Anxiety Disorder; Hypochondria; Medical students; Personality; Perfectionism; Repetitive negative thinking.

Introdução

A Perturbação de Ansiedade de Doença (PAD), previamente conhecida como hipocondria, é definida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA 213) como uma preocupação excessiva em ter ou vir a desenvolver uma doença grave, na ausência de sintomas somáticos ou com sintomas de intensidade leve, durante, no mínimo, seis meses. Inclui atitudes excessivas como o autoexame frequente do corpo à procura de sinais de doença. Subdivide-se em dois subtipos: o de procura de cuidados médicos e realização de exames e o de evitamento de cuidados (raramente procura o médico). Independentemente do resultado negativo nos exames de diagnóstico e/ou da tranquilização por parte do médico, a ansiedade mantém-se, sendo frequente o percorrer vários médicos. Apesar da inexistência de doença física que justifique a preocupação, o indivíduo tem um elevado sofrimento psíquico, em função da ansiedade. Podem surgir repercussões tanto a nível pessoal, familiar, social e profissional e pode haver sobrecarga dos sistemas de saúde por parte destes utentes. É frequente a comorbilidade com perturbações de ansiedade e perturbações depressivas.(1)

A *short health anxiety inventory (SHAI)*, é uma ferramenta útil, prática e válida para avaliar ansiedade de doença, independentemente da existência de doença física. Até ao momento não existe uma versão portuguesa validada deste questionário, o que é imprescindível para avaliar esta característica na população portuguesa.

O percurso académico de um estudante de medicina é particularmente exigente. A literatura descreve uma elevada prevalência de perturbações mentais nestes estudantes, nomeadamente, perturbações de ansiedade e depressão.(2-4) Na sua génese estão fatores como, a elevada carga e tempo de estudo, o ambiente de ensino rigoroso e competitivo, a falta de tempo para atividades de lazer, os traços de personalidade como perfeccionismo e baixa autoestima, entre outros. (5, 6) Acredita-se que a ansiedade gerada, juntamente com uma compreensão incompleta do conhecimento médico adquirido e o contacto frequente com doentes pode levar os estudantes a interpretar sensações fisiológicas como patológicas, vulnerabilizando-os para o desenvolvimento de PAD. (7) Surgem, na literatura, termos como “nosofobia” ou “doença dos estudantes de medicina” e evidências de prevalência mais elevada nos anos pré-clínicos. (8). Existe alguma controvérsia, havendo estudos que mostram níveis semelhantes entre estudantes de medicina e outros estudantes.(9, 10) Em Portugal, está descrita uma maior prevalência de perturbações de ansiedade e depressão em estudantes de medicina, mas não existem dados sobre a PAD.(11)

O traço de personalidade perfeccionismo tem sido associado a síndromes ansiosas, e, de um modo geral, a perturbação psicológica, inclusive em amostras de estudantes. O seu efeito preditivo é parcialmente mediado pela utilização de estratégias desadaptativas de

regulação emocional cognitiva, como o pensamento repetitivo negativo (PRN) (12, 13). Existem evidências de que o perfeccionismo tende a ser mais elevado nos estudantes de medicina do que em estudantes de outras áreas não relacionadas com a saúde(14), mas a associação entre este traço de personalidade e a ansiedade relacionada com a doença ainda não foi suficientemente explorada, logo, torna-se relevante analisá-la neste grupo populacional.

Com o presente estudo pretende-se:

1. Validar a versão portuguesa da *Short Health Anxiety Inventory (SHAI)*;
2. Analisar se existem diferenças nos níveis de ansiedade de doença, entre os estudantes de medicina e os estudantes de direito da Universidade de Coimbra;
3. Analisar se os níveis de perfeccionismo e de pensamento repetitivo negativo (PRN) são significativamente diferentes entre os dois grupos de estudantes;
4. Analisar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade de doença, de perfeccionismo e de PRN em função do género e de ter vs. Não ter história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida;
5. Analisar se existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade de doença por anos do curso de medicina;
6. Analisar o papel do perfeccionismo e do PRN nos níveis de ansiedade relacionada com a doença nestas amostras de estudantes.

Materiais e Métodos

O presente estudo está em conformidade com os princípios éticos e legais, nomeadamente, com as recomendações da Declaração de Helsínquia, tendo sido aprovado pela comissão de ética de Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Referência CE-021/2022; [Anexo II](#))

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo observacional, correlacional e transversal que decorreu na Universidade de Coimbra, no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina.

Procedimento

Os participantes foram convidados a participar no estudo, durante os meses de fevereiro e março de 2022, através de e-mail e de publicações nas redes sociais, enviados/feitas pelos investigadores. A população alvo consistiu em estudantes de medicina da FMUC e estudantes de direito da FDUC matriculados no ano letivo de 2021/2022.

A participação foi voluntária, anónima, sem incentivos e foram excluídos participantes com menos de 18 anos de idade.

Apenas os participantes que deram o seu consentimento informado ([Anexo III](#)), preenchendo o formulário online, no qual eram dadas garantias de confidencialidade e anonimato dos dados, preencheram os questionários de autopreenchimento, disponibilizados através de um inquérito em formato *Google Forms* ([Anexo IV](#)). Este incluía questões sociodemográficas, clínicas, a versão portuguesa preliminar da *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI) e as versões portuguesas validadas da *Big Three Perfectionism Scale* (15) e do Questionário de Pensamento Perserverativo-15 (QPP-15)(16)

Instrumentos e variáveis

Relativamente às questões sociodemográficas, o inquérito incluiu o género, a idade, o curso de ensino superior e o ano de matrícula.

Para a avaliação de variáveis relacionadas com a história clínica, e começando pela história médica, partiu-se da questão inicial “Atualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?”. Se resposta afirmativa, seguia-se um campo aberto onde o participante podia indicar qual a doença e o ano de diagnóstico. Seguia-se a questão “No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?” e, se resposta afirmativa, seguia-se um campo aberto para indicar qual a doença e o ano de diagnóstico.

Para a história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida, utilizaram-se questões baseadas no DSM-5 e já validadas em estudos anteriores. Partindo da questão inicial “Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?”, se a resposta fosse afirmativa seguia-se um campo aberto onde o participante podia descrever a sua situação e, depois, três perguntas de resposta binária (sim ou não): “Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sente?”; “Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?”; “Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?”. Considerou-se que o participante tinha história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida quando assinalava resposta afirmativa quanto à procura de ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos com necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou incapacidade.

Short Health Anxiety Inventory

A ansiedade de doença foi avaliada através da SHAI. Foi obtida autorização para traduzir e validar a escala, junto do autor da versão original (17) que foi quem facultou a mesma à equipa de investigação, via e-mail. A escala original foi traduzida do inglês para português, independentemente por quatro investigadores do Instituto de Psicologia Médica (três psiquiatras e uma psicóloga), com experiência em psicométrica, perturbações de ansiedade e psicossomáticas. Depois destes chegarem a uma tradução final, de consenso, esta foi novamente traduzida para inglês, por uma investigadora (psicóloga clínica), com bom domínio da língua inglesa e que não tinha participado na tradução inicial. A versão portuguesa preliminar resultou da comparação desta retroversão com a versão inglesa original.

Consiste em dezoito itens em formato de escolha múltipla, onde os indivíduos escolhem a opção com que mais se identificaram nos últimos seis meses. Estes itens avaliam a preocupação com a saúde, atenção a sensações/alterações corporais, e medo das consequências de ter uma doença, permitindo estimar a magnitude da ansiedade de doença em dois componentes: probabilidade de doença (PD) e gravidade de doença (GD). Estão presentes duas subescalas (itens 19 e 20), avaliadas numa escala de resposta tipo Likert, que varia de 0 (“Não evitaria” / “Nunca”) a 8 (“Evitaria Sempre” / “Diariamente”), que permitem avaliar a procura de tranquilização e os comportamentos de evitamento, respetivamente.

A SHAI permite avaliar a ansiedade de doença independentemente da existência de doença física e tem demonstrado boa fidelidade e validade, sendo também sensível a tratamento.(18)

Big Three Perfectionism Scale-16

O perfeccionismo foi avaliado através da BTPS-SF. Versão reduzida com dezasseis itens, em formato de resposta tipo *Likert*, com cinco opções de resposta, desde 1 (“Discordo Muito”) a 5 (“Concordo Muito”). Avalia as três dimensões globais do perfeccionismo: o Perfeccionismo Rígido (PRG; 6 itens), o Perfeccionismo Autocrítico (PAC; 4 itens) e o Perfeccionismo Narcísico (PNC; 6 itens).

O PRG avalia a crença do indivíduo de que o seu desempenho tem de ser perfeito (Perfeccionismo auto-orientado - PAO), sendo a sua autoestima dependente de atingir os objetivos pessoais de perfeccionismo (Contingências de Valor Pessoal - CVP).

O PAC inclui os traços de Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), Dúvidas sobre as Ações (DA), Preocupação com os Erros (PE) e Auto-criticismo (AC). Segundo estes, o indivíduo acredita que os outros esperam sempre a perfeição dele, o que leva a insegurança e insatisfação perante o seu desempenho e a respostas excessivamente negativas face a erros ou falhas, levando a autocrítica exagerada por não atingir a dita perfeição.

O PNC define-se como tendência a exigir perfeição dos outros, de uma forma grandiosa, hipercrítica e autoritária. Engloba os traços de Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) e Hipercriticismo (HC), levando o indivíduo a ter expectativas irrealistas de perfeição em relação aos outros e a desvalorizá-los se imperfeição. Estes indivíduos acreditam que são perfeitos e superiores aos outros (Grandiosidade – G) e, por esse motivo, têm direito a tratamento especial (Entitlement – ENT) (19)

Questionário de Pensamento Perseverativo-15

O pensamento repetitivo negativo foi avaliado através da QPP-15. Com quinze itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 0 (“Nunca”) a 4 (“Sempre”). Avalia as características nucleares do PRN, independentemente da existência de perturbações específicas. Na versão portuguesa apresenta duas subescalas: Pensamento Repetitivo (PR; reflete o processo mental) e Interferência Cognitiva e Improdutividade (ICI; avalia os efeitos disfuncionais, de improdutividade e interferência, do PRN).

Participantes

A amostra consistiu em 378 estudantes universitários, sendo 278 (68.3%) de medicina e 120 (31.7%) de direito.

Um total de 295 participantes (78%) eram do sexo feminino.

A proporção de participantes do sexo feminino / masculino não variou significativamente por cursos ($X^2=2.275$, $p=0.086$).

Tabela 1 – Descrição da amostra de estudantes

		Curso MEDICINA	Curso DIREITO	TOTAL
		n (%)	n (%)	
Género	Feminino	207 (80,2)	88 (73,3)	295 (78)
	Masculino	51 (19,8)	32 (26,7)	83 (22)
Classes de idade	18-21	196 (76)	1 (0,8)	197 (52,1)
	22-25	48 (18,6)	119 (99,2)	167 (44,2)
	> 25	14 (5,4)	0	14 (3,7)
Ano de curso	1	39 (15,1)	20 (16,7)	59 (15,6)
	2	40 (15,5)	19 (15,8)	59 (15,6)
	3	37 (14,3)	34 (28,3)	71 (18,8)
	4	48 (18,6)	35 (29,2)	83 (22)
	5	37 (14,3)	5 (4,2)	42 (11,1)
	6	57 (22,1)	7 (5,8)	64 (16,9)
TOTAL		258 (68,3)	120 (31,7)	378 (100)

Verificou-se que 185 (48.9%) participantes tinham história prévia de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPP), sendo esta proporção significativamente mais elevada nos estudantes de direito (59.2%) do que nos de medicina (44.2%) ($X^2=7.356$, $p=0.005$).

Análise estatística

Para a análise estatística recorreu-se ao IBM SPSS *Statistics* versão 27.0.

Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. O tamanho da amostra (>30) e a distribuição das variáveis possibilitou o uso de testes paramétricos (índices de curtose e simetria entre -2 e 2).

O estudo da validade de construto da SHAI foi feito através de análise fatorial combinada e da matriz de correlações de *Pearson* entre a escala total (IAS-R_Total) e as suas dimensões (F1 – Probabilidade de Doença e F2 – Gravidade de doença).

Foram calculados os coeficientes alfa de *Cronbach* para avaliar a consistência interna das variáveis (total e dimensões) utilizadas. Estes devem ser superiores a 0.70 para confirmar a fiabilidade das variáveis utilizadas.

Para explorar a associação entre as variáveis foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson*, sendo interpretada a magnitude destas através dos critérios de Cohen (de 0.10 a 0.29 como fraca, de 0.30 a 0.49 como moderada e de 0.50 como elevada).

Para comparar as pontuações médias das variáveis entre cursos, por género, por história de perturbação psiquiátrica prévia e por anos de curso de medicina foi utilizado o *teste-t de Student* para amostras independentes. A comparação de proporções foi feita através do teste do χ^2 .

Conduzimos as análises de mediação através da metodologia de *bootstrapping* (Modelo 4 da *macro PROCESS* para *SPSS*)

Esta macro utiliza o método *bootstrapping* para calcular os intervalos de confiança para os efeitos direto (c'), indireto (c) e total (a soma dos anteriores).

O efeito direto resulta do impacto da variável independente (perfeccionismo total, PRG, PAC e PNC) na variável dependente (ansiedade sobre saúde), e o efeito indireto representa o impacto das variáveis mediadoras (PRN) na relação entre a variável independente e a dependente. Se o intervalo de confiança (95%) do efeito indireto não contiver o valor zero, admite-se que a diferença entre o efeito total e o direto é diferente de zero, e, portanto, o efeito indireto é significativo.

Resultados

1. Estudo psicométrico – SHAI

a. **Validade de construto – Análise Factorial Confirmatória**

Para testar a estrutura fatorial da SHAI foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC), partindo do modelo obtido com análises fatoriais exploratórias e confirmatórias com outras amostras estudantes (20, 21), constituído por dois fatores.

Desde logo verificámos que o item 13 apresentava uma carga fatorial inferior a 0.40 no seu fator (F1) (0.221), pelo que foi retirado.

O primeiro ensaio de AFC, testando um modelo de dois factores, com 13 itens no F1 (do 1 ao 14, excetuado o 13) e 4 itens no F2 (do 15 ao 18) resultou em índices de ajustamento globalmente aceitáveis a bons (Marôco 2013) (Tabela 2)

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado cinco pares de erros com $IM > 11.000$, tal como sugerido por Marôco 2013. Estes correspondiam a itens das mesmas dimensões: par 2 (“Reparar em dores”) e 3 (“Consciência de sensações/alterações corporais”) - $IM=35.651$; par 3 e 5 (“Medo de ter doença grave”) - $IM=29.436$; par 1 (“Tempo gasto a preocupar-se com a saúde”) e 14 (“Familiares/Amigos diriam que me preocupo com a minha saúde”) - $IM=18.636$; par 11 (“Sentir-me em risco de desenvolver doença”) e 12 (“Pensar que tenho doença grave”) - $IM=13.584$; par 2 e 5 - $IM=12.621$. Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento (Tabela 2).

Por último, também o modelo de segunda ordem (Fig.1), no qual as duas dimensões foram agregadas num total de ansiedade de saúde (IAS-R_Total), mostrou índices de ajustamento favoráveis (Tabela 2)

Tabela 2 - Índices de ajustamento dos modelos testados

		X ² /GL	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Dois fatores	Modelo de 1ª ordem	2,509	0,063	0,909	0,895	0,913
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		Sofrível	Aceitável	Bom	Sofrível	Bom
Dois fatores (com 5 Pares de erros de itens correlacionados)	Modelo de 1ª ordem	1,704	0,043	0,959	0,951	0,942
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Bom
			Bom	Bom	Bom	
	Modelo de 2ª ordem	2,511	0,064	0,919	0,895	0,911
	Interpretação de valores (Maroco 2013)	Ajustamento				
		Sofrível	Aceitável	Bom	Sofrível	Bom

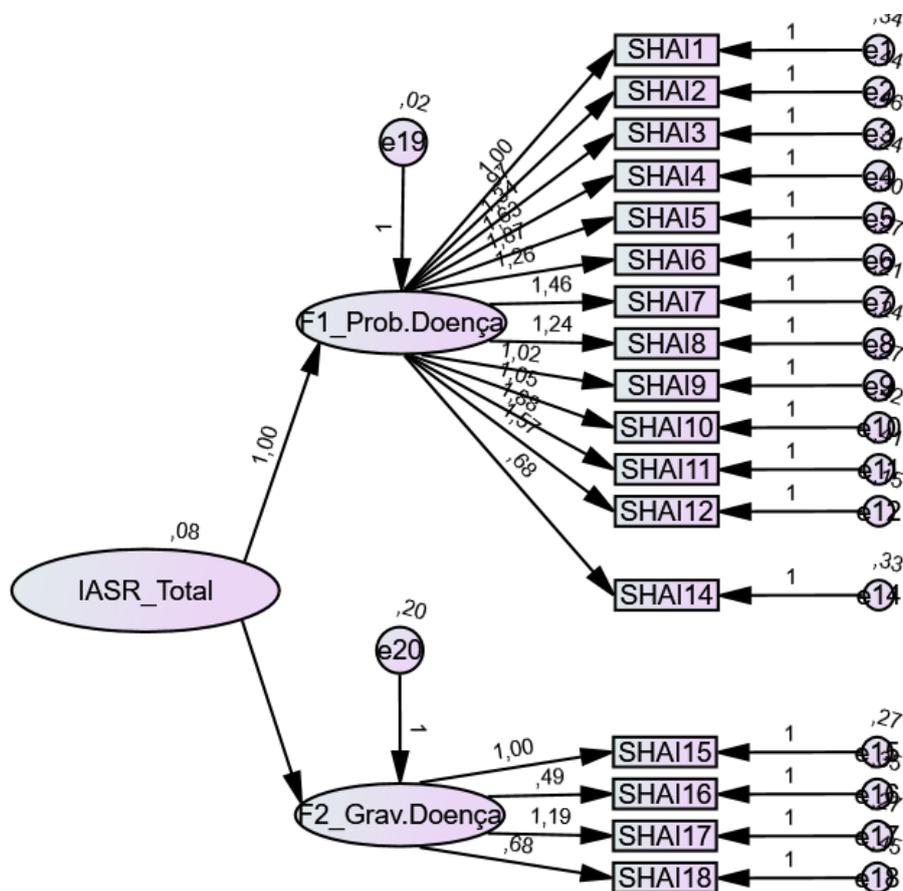


Figura 1- ERDP-PSM – Modelo factorial de segunda ordem

A matriz de correlações de *Pearson* entre as pontuações fatoriais e a pontuação total do IAS-R (Tabela 3) revela que estas são elevadas e significativas ($p < 0.001$), variando de 0.957 (entre o IAS-R_Total e F1) a 0.618 (entre o IAS-R_Total e F2). A correlação entre os fatores foi significativa e moderada, de 0.363.

Tabela 3 - Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as pontuações total e fatoriais

	IAS-R_Total	F1	F2
IAS-R_Total	1		
F1 – fator 1: probabilidade doença	0,957**	1	
F2 – fator 2: gravidade doença	0,618**	0,363**	1

** $p < 0,01$

b. Fidelidade – Consistência Interna

Os coeficientes alfa de *Cronbach* da escala global (17 itens) e das dimensões foram muito bons, sendo de 0.864 para a escala, 0.872 para o F1 e de 0.668 para o F2.

A Tabela 4 apresenta o alfa de *Cronbach* para cada item se este for excluído e a correlação item-total e item-dimensão corrigidas.

À exceção do item 16 e 18, todos os itens da escala contribuem para a consistência interna total e dimensional, pois apresentaram correlações item-total corrigido e item-total dimensional corrigido acima de 0.20 (bom) e de 0.40 (muito bom) e a exclusão de cada um faria com que o alfa de *Cronbach* da escala total/da dimensão diminuísse.

A exclusão do item 16, faz aumentar a consistência interna do seu fator (F2), logo poderíamos ponderar retirá-lo. Atendendo ao seu valor de correlação item-total corrigido (> 0.20) e ao valor de alfa de *Cronbach* se excluído da escala global, verifica-se que este item contribui para a consistência interna total, pelo que foi mantido.

A exclusão do item 18, aumenta a consistência interna da escala global, mas o mesmo não se verifica no seu fator (F2), pelo que foi mantido na escala.

Tabela 4 - Coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item e correlações item-total corrigido e item-dimensão corrigida (N=378)

	Carga factorial	Correlação de item – Total corrigido	Alfa de cronbach excluindo o item	Correlação de item – total dimensional corrigido	Alfa de cronbach excluindo o item da dimensão	Média ± Desvio padrão
	F1., α= 0,872					
1.tempo gasto a preocupar-se com a saúde	0,475	0,412	0,858	0,463	0,865	1,43 ± 0,664
2.reparar em dores	0,417	0,378	0,860	0,411	0,869	1,15 ± 0,773
3.consciência de sensações/alterações corporais	0,527	0,493	0,855	0,515	0,863	1,25 ± 0,801
4.capacidade de resistir a pensamentos sobre doença	0,725	0,658	0,848	0,672	0,854	0,94 ± 0,708
5.medo de ter doença grave	0,734	0,643	0,847	0,655	0,854	0,92 ± 0,804
6.imagens mentais do próprio doente	0,61	0,552	0,853	0,554	0,861	0,54 ± 0,651
7.capacidade de não pensar em saúde	0,707	0,630	0,850	0,661	0,855	0,62 ± 0,650
8.alívio se o médico diz que está tudo bem	0,622	0,589	0,851	0,575	0,860	0,35 ± 0,630
9.ouvir sobre uma doença e achar que a tenho	0,522	0,472	0,856	0,468	0,865	0,77 ± 0,615
10.pensar no significado de sensações/alterações corporais	0,455	0,451	0,857	0,431	0,868	1,30 ± 0,727
11.sentir-me em risco de desenvolver doença	0,681	0,601	0,850	0,622	0,857	1,11 ± 0,874
12.pensar que tenho doença grave	0,787	0,685	0,848	0,730	0,852	0,65 ± 0,630
14.familiares/amigos diriam que me preocupo com a minha saúde	0,349	0,311	0,862	0,336	0,871	0,98 ± 0,611
	F2., α=0,668					
15.capacidade de desfrutar da vida se tiver uma doença	0,713	0,423	0,858	0,553	0,541	1,17 ± 0,739
16.probabilidade de cura se tiver uma doença	0,4	0,265	0,864	0,322	0,684	1,06 ± 0,642
17.uma doença iria arruinar aspetos da minha vida	0,768	0,448	0,858	0,573	0,519	0,83 ± 0,815
18.perda de dignidade se tiver uma doença	0,469	0,244	0,867	0,387	0,652	0,68 ± 0,714

2. Estudo descritivo comparativo

Na **Tabela 5** encontram-se as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis em estudo, assim como os coeficientes alfa de *Cronbach* obtidos para as pontuações totais e dimensionais das escalas utilizadas.

Tabela 5 - Análise descritiva e consistência interna das variáveis

VARIÁVEIS	M	DP	MÍN.- MÁX.	Assimetria	EP assimetria	Curtose	EP curtose	α
IAS-R_Total	15,75	6,79	0-40	0,92	0,13	1,46	0,25	0,864
F1 – probabilidade doença	12,01	5,73	0-32	0,82	0,13	0,96	0,25	0,872
F2 – gravidade doença	3,74	2,11	0-11	0,59	0,13	0,25	0,25	0,668
Big3_total	44,54	10,89	16-72	-0,32	0,13	-0,31	0,25	0,921
PRG	12,74	4,03	4-20	-0,28	0,13	-0,63	0,25	0,861
PAC	20,27	5,36	6-30	-0,43	0,13	-0,52	0,25	0,852
PNC	11,53	4,33	6-28	0,93	0,13	0,72	0,25	0,851
QPP_total	30,80	15,13	0-60	0,00	0,13	-0,76	0,25	0,910
QPP_PR	15,94	7,43	0-28	-0,21	0,13	-0,69	0,25	0,911
QPP_ICI	14,85	8,35	0-32	0,19	0,13	-0,79	0,25	0,891

M – Média; DP – desvio-padrão; MÍN – mínimo; MÁX – máximo.

a. **Comparação por curso**

Na tabela 6, verifica-se que os estudantes de direito têm pontuações médias na pontuação total do IAS-R, no F1, na pontuação total do QPP-15, no PR e na ICI significativamente superiores às dos estudantes de medicina. Não se observam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de perfeccionismo entre os dois grupos.

Na mesma tabela, encontram-se as pontuações médias nas variáveis das subescalas para avaliação de comportamentos de evitamento (itens 19.1 a 19.10) e de procura de tranquilização (itens 20.1 a 20.9). Verifica-se que os estudantes de direito apresentam pontuações significativamente superiores aos estudantes de medicina em 9 dos 10 itens da subescala de evitamento. Os estudantes de medicina apresentam pontuações superiores na procura de tranquilização em livros, enquanto os estudantes de direito apresentam pontuações superiores na procura de tranquilização junto de enfermeiros e no serviço de urgência.

Tabela 6 - Teste *t* de Student para comparação das pontuações médias nas variáveis de ansiedade de doença, perfeccionismo, pensamento repetitivo negativo, de evitamento e de procura de tranquilização por curso

VARIÁVEIS	MEDICINA (n=258)		DIREITO (n=120)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
IAS-R_total	15,23	6,22	16,87	7,78	-2,024	,044
F1 – Probabilidade doença	11,52	5,29	13,05	6,47	-2,257	,025
F2 – Gravidade doença	3,71	2,07	3,82	2,19	-,476	NS
BIG3_TOTAL	43,95	10,63	45,81	11,39	-1,547	NS
PRG	12,68	4,01	12,86	4,11	-0,403	NS
PAC	20,02	5,30	20,82	5,48	-1,353	NS
PNC	11,26	4,15	12,13	4,65	-1,842	NS
QPP_TOTAL	28,92	14,75	34,84	15,21	-3,598	<0,001
QPP_PR	15,05	7,19	17,88	7,60	-3,496	0,001
QPP_ICI	13,87	8,19	16,97	8,34	-3,400	0,001
19.1. Consulta no médico de família	1,12	1,817	1,70	2,199	-2,534	0,012
19.2. Visitar um amigo no hospital	0,63	1,384	0,95	1,639	-1,865	NS
19.3. Visitar um familiar no hospital	0,57	1,256	0,91	1,630	-2,015	0,045
19.4. Ir ao hospital para tratamento médico	0,82	1,439	1,27	1,935	-2,266	0,025
19.5. Falar sobre doenças	1,18	1,923	1,84	2,122	-3,002	0,003
19.6. Ler sobre doenças	1,07	1,864	2,20	2,371	-4,602	<0,001
19.7. Ir ao hospital por outra razão (ex. Dar um recado)	0,59	1,541	1,05	1,948	-2,280	0,024
19.8. Ver programas de televisão sobre doenças	1,43	2,229	2,67	2,664	-4,415	<0,001
19.9. Ouvir programas de rádio sobre doenças	1,53	2,326	2,94	2,790	-4,814	<0,001
19.10. Pensar sobre doenças	1,77	2,173	2,91	2,524	-4,270	<0,001
20.1. Amigos	2,98	2,387	3,24	2,490	-0,962	NS
20.2. Família	3,74	2,683	4,05	2,683	-1,048	NS
20.3. Ler livros	3,00	2,372	2,07	2,296	3,597	<0,001
20.4. Verificar se tenho alterações no corpo	3,87	2,381	3,43	2,329	1,711	NS
20.5. Médico de família	3,12	2,356	2,97	2,373	0,603	NS
20.6. Enfermeiros	2,19	2,253	2,76	2,507	-2,187	0,029
20.7. Consulta médica	3,81	2,382	3,65	2,519	0,583	NS
20.8. Serviço de urgência	2,33	2,362	2,95	2,628	-2,279	0,023
20.9. Outra (especifique)	0,60	1,697	0,79	1,865	-0,986	NS

b. Comparação por género

As pontuações médias nas variáveis medidas pelo IAS-R, BTPS-SF e QPP-15 não diferem significativamente por género (Tabela 7).

Tabela 7- Teste *t* de Student para comparação das pontuações médias nas variáveis de ansiedade de doença, perfeccionismo e pensamento repetitivo negativo por género

VARIÁVEIS	FEMININO (n=295)		MASCULINO (n=83)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
IAS-R_total	15,58	6,78	16,34	6,81	-0,894	NS
F1 – probabilidade doença	11,82	5,68	12,66	5,90	-1,179	NS
F2 – gravidade doença	3,76	2,13	3,67	2,05	0,322	NS
BIG3_TOTAL	44,06	10,74	46,23	11,33	-1,602	NS
PRG	12,58	4,08	13,27	3,83	-1,386	NS
PAC	20,00	5,26	21,20	5,64	-1,803	NS
PNC	11,47	4,21	11,75	4,74	-0,506	NS
QPP_TOTAL	30,44	15,27	32,07	14,65	-0,867	NS
QPP_PR	15,70	7,49	16,81	7,178	-1,198	NS
QPP_ICI	14,74	8,45	15,26	8,04	-0,507	NS

M – Média; DP – Desvio padrão; NS – Não significativo.

c. Comparação por grupos com vs. sem história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida

Na tabela 8, verifica-se que as pontuações médias no total do IAS-R, no F1, no F2, no BTPS-SF total, no PRG, no PAC, na pontuação do total do QPP, no PR e na ICI são significativamente superiores em pessoas com história prévia de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPP).

Tabela 8- Teste t de Student para comparação entre das pontuações médias nas variáveis de ansiedade de doença, perfeccionismo e pensamento repetitivo negativo por História de Perturbação Psiquiátrica Prévia

VARIÁVEIS	COM HPP (N=185)		SEM HPP (N=193)		t	p
	M	DP	M	DP		
IAS-R_Total	17,92	6,93	13,66	5,96	-6,418	<0,001
F1 – probabilidade doença	13,87	5,91	10,22	4,95	-6,518	<0,001
F2 – gravidade doença	4,05	2,14	3,44	2,04	-2,851	0,005
BIG3_TOTAL	46,30	10,22	42,85	11,27	-3,106	0,002
PRG	13,29	3,81	12,20	4,18	-2,620	0,009
PAC	21,44	4,95	19,15	5,51	-4,268	<0,001
PNC	11,57	4,29	11,50	4,37	-0,146	NS
QPP_TOTAL	35,98	14,16	25,83	14,38	-6,906	<0,001
QPP_PR	18,32	6,71	13,67	7,39	-6,397	<0,001
QPP_ICI	17,66	8,10	12,17	7,69	-6,762	<0,001

M – Média; DP – Desvio padrão; NS – Não significativo.

d. Comparação de pontuações na ansiedade de doença por anos do curso de medicina

A tabela 9 mostra a comparação de pontuações médias no IAS-R (total e dimensionais) entre os estudantes dos anos pré-clínicos (primeiro a terceiro ano, n=189; 50%) e os estudantes dos anos clínicos (quatro a sexto ano, n=189; 50%). As pontuações médias no total do IAS-R e no F1 são significativamente superiores nos anos pré-clínicos do curso de medicina.

Encontram-se também as pontuações médias nas variáveis de comportamento de evitamento e de procura de tranquilização. Verifica-se que o evitar visitar amigos/familiares no hospital e ler sobre doenças é significativamente superior nos anos pré-clínicos. O mesmo se verifica na procura de tranquilização no médico de família, enfermeiros, consulta de medicina e serviço de urgência.

Tabela 9 - Teste t de Student para comparação entre das pontuações médias nas variáveis de ansiedade de doença, de evitamento e de procura de tranquilização por anos de curso de medicina

VARIÁVEIS	ANOS PRÉ-CLÍNICOS (N=189)		ANOS CLÍNICOS (N=189)		t	p
	M	DP	M	DP		
IAS-R_Total	16,48	6,80	15,02	6,71	2,093	0,037
F1 – Probabilidade doença	12,65	5,70	11,37	5,70	2,192	0,029
F2 – Gravidade doença	3,82	2,14	3,66	2,08	0,779	NS
19.1. Consulta no médico de família	1,36	2,010	1,24	1,917	0,576	NS
19.2. Visitar um amigo no hospital	0,93	1,730	0,53	1,137	2,600	0,010
19.3. Visitar um familiar no hospital	0,88	1,651	0,48	1,039	2,834	0,005
19.4. Ir ao hospital para tratamento médico	0,98	1,621	0,94	1,631	0,221	NS
19.5. Falar sobre doenças	1,59	2,170	1,19	1,818	1,953	NS
19.6. Ler sobre doenças	1,72	2,309	1,14	1,834	2,714	0,007
19.7. Ir ao hospital por outra razão (ex. Dar um recado)	0,88	1,800	0,59	1,567	1,706	NS
19.8. Ver programas de televisão sobre doenças	1,75	2,390	1,90	2,496	-0,610	NS
19.9. Ouvir programas de rádio sobre doenças	1,96	2,553	2,00	2,583	-0,160	NS
19.10. Pensar sobre doenças	2,20	2,35	2,06	2,350	0,591	NS
20.1. Amigos	3,07	2,327	3,06	2,515	0,021	NS
20.2. Família	3,95	2,581	3,72	2,765	0,827	NS
20.3. Ler livros	2,59	2,241	2,82	2,522	-0,949	NS
20.4. Verificar se tenho alterações no corpo	3,83	2,321	3,63	2,421	0,824	NS
20.5. Médico de família	3,38	2,454	2,77	2,226	2,503	0,013
20.6. Enfermeiros	2,77	2,516	1,98	2,101	3,307	0,001
20.7. Consulta médica	4,03	2,424	3,49	2,400	2,175	0,030
20.8. Serviço de urgência	2,82	2,574	2,24	2,316	2,311	0,021
20.9. Outra (especifique)	0,75	1,853	0,57	1,644	0,998	NS

M – Média; DP – Desvio Padrão; NS – Não significativo.

2. Estudo correlacional

A tabela 11 apresenta os coeficientes de correlação de *pearson* entre as variáveis relacionadas com a ansiedade sobre a saúde, o perfeccionismo e o PRN. As variáveis de ansiedade sobre a saúde correlacionam-se significativa e positivamente e com magnitude ligeira a moderada com os traços de perfeccionismo (exceto PNC e Probabilidade de doença) e com magnitude moderada a elevada com o PRN.

Tabela 10 - coeficientes de correlação de *pearson* entre as variáveis relacionadas com ansiedade de doença, perfeccionismo e pensamento repetitivo negativo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. IAS-R_Total	1									
2. F1 – probabilidade doença	0,957**	1								
3. F2 – gravidade doença	0,618**	0,363**	1							
4. BIG3_Total	0,272**	0,226**	0,263**	1						
5. PRG	0,190**	0,171*	0,147*	0,871**	1					
6. PAC	0,300**	0,257**	0,268**	0,858**	0,736**	1				
7. PNC	0,137*	NS	0,194**	0,642**	0,347**	0,235**	1			
8. QPP_total	0,502**	0,476**	0,323**	0,446**	0,353**	0,539**	0,124*	1		
9. QPP_PR	0,460**	0,439**	0,288**	0,398**	0,320**	0,508**	NS	0,954**	1	
10. QPP_ICI	0,501**	0,472**	0,330	0,454**	0,355**	0,525**	0,161*	0,964**	0,839**	1

**p<0,001; *p<0,05; NS – Não significativo.

Análises de mediação

Com base no padrão de resultados obtido nas correlações, foram realizados diversos modelos de mediação simples (modelo 4) com a pontuação total no QPP como mediador (M) da relação entre o perfeccionismo (Y, variáveis independentes) e a ansiedade sobre a saúde (AS) (X, variáveis dependentes). Nas figuras 2 a 4, são apresentados os diagramas relativos aos modelos de mediação testados. Na tabela 12 apresenta-se o resumo dos resultados das análises de mediação, com indicação dos efeitos diretos (c') e indiretos (c) que foram estimados para todas as mediações.

O modelo composto pelo PRG e PRN explica 3.6% da variabilidade da ansiedade de doença ($R^2=3.6\%$). O Modelo com o PAC e o PRN explica 9% da variabilidade da ansiedade de doença. O modelo com o PNC e o PRN explica 1.9% da variabilidade da ansiedade relacionada com a saúde. Em todos os modelos, foi comprovado um efeito total significativo sobre a variável dependente (Ansiedade sobre a saúde).

Verificou-se que a associação entre o perfeccionismo e a ansiedade de doença é mediada totalmente pelo PRN. Logo, sem o PRN o efeito do perfeccionismo na AS não é significativo.

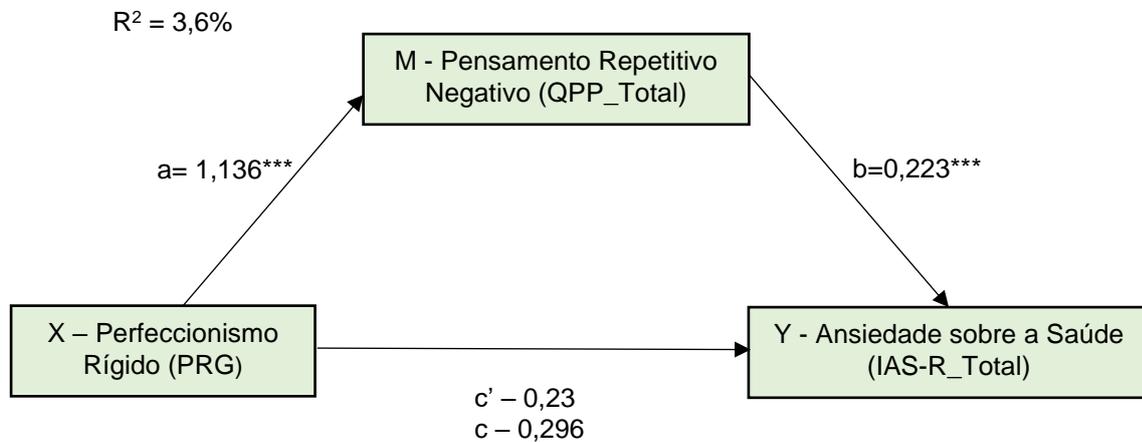


Figura 2 - Efeito mediador do PRN na relação entre PRG e AS. $^{***}p \leq 0,001$; $^{**}p \leq 0,01$; $^*p \leq 0,05$

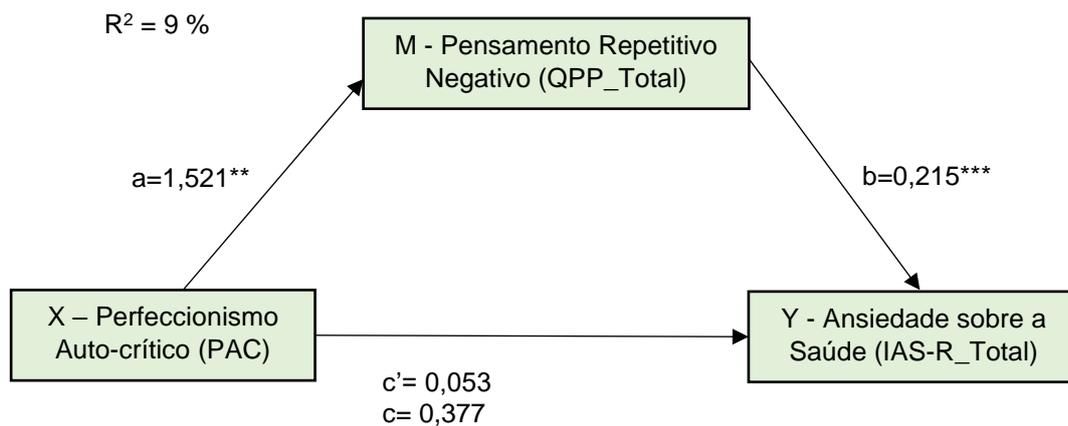


Figura 3 - Efeito mediador do PRN na relação entre PAC e AS. $^{***}p \leq 0,001$; $^{**}p \leq 0,01$; $^*p \leq 0,05$

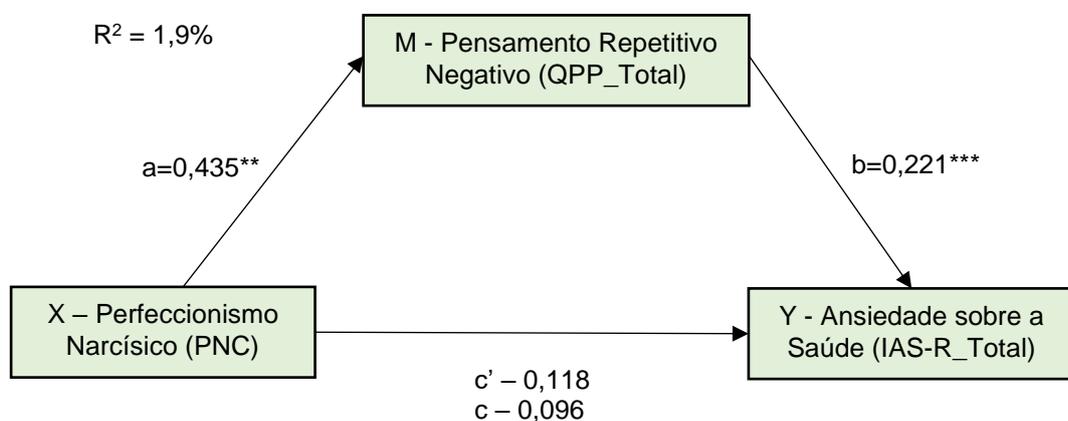


Figura 4- Efeito mediador do PRN na relação entre PNC e AS. $^{***}p \leq 0,001$; $^{**}p \leq 0,01$; $^*p \leq 0,05$

Tabela 11 - Efeitos total, direto e indireto dos modelos de mediação

	Coeficiente	DP	p	INTERVALO CONFIANÇA (95%)	
				Inferior	Superior
Modelo 1 – Efeito mediador do PRN na relação entre PRG e AS (R²=3.6%)					
Efeito total	0,319	0,085	<0,001	0,152	0,487
Efeito direto (c´)	0,023	0,080	NS	-0,135	0,181
Efeito indireto (c)	0,296	0,050	---	0,205	0,400
Interpretação	Mediação Total				
Modelo 2 – Efeito mediador do PRN na relação entre PAC e AS (R²=9%)					
Efeito total	0,380	0,062	<0,001	-0,258	0,503
Efeito direto (c´)	0,053	0,067	NS	0,430	0,185
Efeito indireto (c)	0,327	0,048	---	0,238	0,428
Interpretação	Mediação Total				
Modelo 3 - Efeito mediador do PRN na relação entre PNC e AS (R²=1,9%)					
Efeito total	0,215	0,080	0,008	0,057	0,372
Efeito direto (c´)	0,118	0,070	NS	-0,020	0,257
Efeito indireto (c)	0,096	0,040	---	0,023	0,178
Interpretação	Mediação Total				

NS – não significativo; DP – Desvio-padrão

Discussão

Um dos objetivos deste trabalho foi estudar a estrutura fatorial e analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da SHAI, à qual foi dado o nome de Índice de Ansiedade sobre a Saúde-Reduzido (IAS-R). Foi testada a estrutura fatorial do IAS-R através de análise fatorial confirmatória, partindo do modelo bi-fatorial (F1 – Probabilidade de Doença e F2 – Gravidade de Doença) encontrado em outras amostras de estudantes e defendido em Alberts et al. (2012).

Desde logo, foi retirado o item 13, pois apresentava uma carga fatorial inferior a 0.40 no seu fator (F1) (0.221). Está reportada alguma controvérsia quanto à contribuição deste item para a escala (21), tanto que, os nossos resultados no que toca a este item são compatíveis com os reportados por Abramowitz (18) onde o item 13 foi também excluído por carga fatorial baixa (para critério de 0.40).

O modelo de 1ª ordem com dois fatores obtido com 13 itens em F1 e 4 itens em F2 resultou em índices de ajustamento globalmente bons a aceitáveis ($\chi^2/gf=2.509$; $CFI=0.909$; $GFI=0.913$; $TLI = 0.895$; $RMSEA=0.063$, $p<0.001$). Foram obtidos melhores índices de ajustamento com um segundo modelo de 1ª ordem com cinco pares de erros de itens correlacionados ($\chi^2/gf=1.704$; $CFI=0.959$; $GFI=0.942$; $TLI = 0.951$; $RMSEA=0.043$ $p<0.001$). O modelo final de segunda ordem, onde os dois fatores foram agregados num total de ansiedade de saúde, apresentou índices de ajustamento também favoráveis ($\chi^2/gf=2.511$; $CFI=0.919$; $GFI=0.911$; $TLI = 0.895$; $RMSEA=0.064$, $p<.001$).

A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente alfa de *Cronbach*. Esta revelou-se muito boa para a escala global (IAS-R_Total), com um alfa de *Cronbach* de 0.864, compatível com os valores reportados noutros estudos (17, 21). Nas dimensões, o valor situou-se entre 0.872 para F1 e 0.668 para F2, demonstrando que os itens do instrumento medem de forma consistente a dimensão a que pertencem. Valores semelhantes aos relatados em outras versões da escala (22-24) Apesar do valor de alfa ser ligeiramente inferior a 0.700 para o F2, este resultado não é problemático, se tivermos em conta o reduzido número de itens. Com exceção do item 16 e 18, há uma diminuição do alfa de *Cronbach* em caso de exclusão, o que indica que, de um modo geral, os itens contribuem para a consistência interna da respetiva dimensão e da escala total. Atendendo ao seu valor de correlação item-total corrigido, o item 16 apresenta boa validade interna, pelo que foi mantido na escala. O item 18, apesar de não contribuir para a consistência interna global, contribui para a consistência do seu fator (F2). Não foram identificados estudos com menção a esta problemática nos alfas de *Cronbach* dos itens 16 e 18.

Os coeficientes de correlação entre os fatores e a escala global foram elevados e significativos, o que indica uma correlação forte. Entre os fatores foram moderados (0.363) e

significativos, indicando que os dois fatores se relacionam, mas avaliam dimensões diferentes da AS. Estes valores são consistentes com os reportados em estudos anteriores (25, 26).

Não foi utilizado um cut-off para definir ansiedade de doença, pois existe falta de estudos rigorosos e claros sobre qual o valor de corte ideal para interpretação da SHAI. Contudo, pontuações maiores são indicativas de maiores níveis de ansiedade de doença.

Outro objetivo no estudo foi verificar se existiam diferenças nos níveis de AS entre estudantes de medicina e direito, pois existe a crença antiga de que os estudantes de medicina apresentam maior ansiedade de doença, surgindo termos como “hipocondria dos estudantes de medicina” e até mesmo “doença dos estudantes de medicina”.

O curso de Direito foi escolhido porque a proporção de estudantes do sexo masculino e feminino tem sido muito semelhante à do curso de Medicina nos últimos anos. A distribuição de outras variáveis sociodemográficas nos dois cursos em comparação, como as classes etárias e os anos do curso foi também semelhante.

Tal como alguns estudos recentes (9, 10, 27), o presente estudo vem refutar esta ideia, visto que as pontuações médias no IAS-R e no F1 foram significativamente inferiores em estudantes de medicina, em comparação com estudantes de direito. Uma das potenciais explicações para este achado pode passar pelo facto de os estudantes de medicina adquirirem um conhecimento mais completo sobre as doenças, sintomas e tratamentos, nomeadamente em fontes de informação fidedignas. Esta justificação, apesar de especulativa, é consistente com as maiores pontuações médias na procura de tranquilização em livros, observadas neste estudo. Assim, em relação aos estudantes de direito, os de medicina podem desenvolver maior competência e confiança na avaliação, deteção e diagnóstico dos seus sintomas/alterações corporais, não manifestando tanta ansiedade de doença, nem procurando tanta tranquilização em fontes externas. Esta interpretação que propomos é consistente com a menor procura de tranquilização por parte destes estudantes e com as menores pontuações ao nível de comportamentos de evitamento verificadas neste estudo.

Outra hipótese, é que o contacto frequente com doentes permita observar como as doenças se manifestam na realidade, tornando-os mais realistas e racionais. Isto parece ser constatado no presente estudo, já que os níveis de ansiedade de doença foram significativamente superiores nos estudantes de medicina dos anos pré-clínicos, em relação aos anos clínicos. Ora, nos anos pré-clínicos o contacto com as doenças é essencialmente teórico e os estudantes adquirem um vasto conhecimento sem o compreenderem totalmente. Durante os anos clínicos, ao começarem a frequentar os serviços de saúde e a observar doentes, podem, com isso, interpretar e integrar melhor a informação adquirida até então, diminuindo potenciais crenças erradas sobre sintomas próprios. No nosso estudo, verificamos

que nos anos pré-clínicos os estudantes parecem também apresentar níveis mais elevados de comportamentos de evitamento de estímulos relacionados com doença, como visitar um amigo/familiar no hospital ou ler sobre doenças, bem como procurar maior tranquilização nos serviços de saúde, em relação aos estudantes dos anos clínicos.

Outro objetivo do presente estudo foi estudar o papel do perfeccionismo e do PRN na ansiedade de doença (AD). Verificou-se que a AD apresentava uma correlação ligeira a moderada com o perfeccionismo (exceto entre PNC e PD) e correlação moderada a elevada com o PRN, pelo que foram efetuadas análises de mediação entre perfeccionismo (variável independente), e ansiedade sobre a saúde (variável dependente), com o PRN como mediador. Verificou-se que, tal como para perturbação psicológica e ansiedade em geral (12), o PRN medeia a relação entre aquele traço e a ansiedade de doença. Mais especificamente, o PRN é um mediador total do efeito do perfeccionismo na ansiedade de saúde, sendo então condição necessária para a associação entre os dois. Isto é, são precisos níveis elevados PRN, para que o perfeccionismo seja preditor de AD. Ora, os estudantes de direito, apresentaram pontuações médias no PRN superiores aos estudantes de medicina e nos níveis de perfeccionismo não apresentaram diferenças significativas. Logo, os maiores níveis de PRN apresentados pelos estudantes de direito podem contribuir para explicar as pontuações médias superiores no IAS-R. Assim, põe-se a hipótese de que a presença de sintomas/alterações corporais, menos compreendidos por estes estudantes do que pelos de medicina, possam determinar preocupação excessiva, nomeadamente com os seus potenciais efeitos e consequências negativas ao nível dos seus desempenhos e no seu futuro, levando-os a pensar excessivamente no que estão a sentir (ruminação).

Estes achados vão ao encontro da literatura que descreve uma maior prevalência de ansiedade e de perturbação psicológica em estudantes de direito, em relação a estudantes de outros cursos, inclusivé de medicina (28-30). Alguns dos preditores apontados para este fenómeno são *bullying*, uso de substâncias, elevada carga de trabalho académico, métodos tradicionais de ensino, falta de tempo para estar com a família e amigos e estilo de vida pouco saudável (alimentação desequilibrada e sono inadequado). (31) Também traços de personalidade como o perfeccionismo e a competitividade têm sido apontados para explicar os elevados níveis de ansiedade dos estudantes de direito. (29) O conhecimento insuficiente sobre as doenças em geral pode levar a um maior medo das suas consequências, o que é consistente com a maior procura de tranquilização por parte destes estudantes, que constatámos neste estudo.

Observou-se que as pontuações no BTP-SF, QPP-15 e IAS-R são superiores em pessoas com história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida. A proporção de HPP foi

superior em estudantes de direito, podendo esta ser outro fator a contribuir para os maiores níveis de ansiedade de doença encontrados nestes jovens.

O sexo feminino tem sido associado a maior prevalência de perturbação psicológica, mas no presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na ansiedade de doença, perfeccionismo e PRN por género. De resto, este achado não é inédito (20, 22).

Na amostra a que tivemos acesso, a percentagem de participantes (48.9%) com HPP é superior à de outros estudos feitos com amostras de adultos da população geral, nomeadamente com dados colhidos durante a pandemia, de 35% (32) e numa amostra recentemente recolhida, de mulheres com idade superior a 40 anos, de 31%. (33) Isto mostra o quão afetados por estas perturbações estão os estudantes.

O estudo apresenta algumas limitações. Tratou-se de um estudo transversal, o que impede de retirar conclusões relativas à causalidade, pelo que seria importante realizar um estudo longitudinal no futuro. A amostra consistiu apenas em estudantes da Universidade de Coimbra, pelo que seria útil replicar o estudo alargando-o a estudantes de outras universidades, de modo a perceber se os resultados são generalizáveis. Ao ter esta oportunidade, será também importante incluir uma medida de ansiedade traço ou de neuroticismo.

Conclusão

A versão portuguesa da SHAI revelou boas propriedades psicométricas, podendo ser usada para avaliar os níveis de ansiedade de doença em amostras da população geral portuguesa.

Os estudantes de direito apresentaram níveis de ansiedade de doença superiores aos estudantes de medicina, o que parece ser explicado pela maior proporção de HPP verificada nestes estudantes, bem como pelos seus níveis de PRN, também significativamente superiores. O presente estudo contribuiu para a compreensão do processo através do qual o perfeccionismo se relaciona com a ansiedade, através do PRN e reforça que este processo deve ser um alvo preferencial nas estratégias de prevenção e tratamento de perturbação psicológica.

A progressão no curso de medicina parece mitigar a ansiedade de doença, sendo menor nos anos clínicos, o que sublinha a importância de investir numa boa prática clínica.

Deve-se abandonar termos como “hipocondria dos estudantes de medicina” e “doença dos estudantes de medicina”, pois não só não têm fundamento, como mostra o nosso estudo, como podem ser estigmatizantes e levar à desvalorização errada das queixas destes estudantes.

Por fim, a evidência de que a percentagem de jovens estudantes universitários com HPP é superior à que tem sido reportada em estudos com adultos da população geral é alarmante. As faculdades devem ser alertadas para a necessidade de intervir ao nível da saúde mental dos seus estudantes.

Agradecimentos

Agradeço à Doutora Ana Telma Pereira e ao Dr. David Mota por toda a simpatia, disponibilidade, dedicação e partilha de conhecimentos, que tornaram possível a realização deste trabalho.

Agradeço à Dra. Carolina Cabaços pelo seu contributo neste projeto de investigação.

Agradeço ao Professor António Doutor Macedo a oportunidade de realizar a tese de mestrado com a equipa de investigação e docência do Instituto de Psicologia Médica.

Agradeço a todos os estudantes que participaram no estudo.

Agradeço à minha família e amigos por todo o apoio e motivação.

Referências Bibliográficas

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5). Fifth ed 2013. 947 p.
2. Perotta B, Arantes-Costa FM, Enns SC, Figueiro-Filho EA, Paro H, Santos IS, et al. Sleepiness, sleep deprivation, quality of life, mental symptoms and perception of academic environment in medical students. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):111.
3. Asfaw H, Fekadu G, Tariku M, Oljira A. Anxiety and Stress Among Undergraduate Medical Students of Haramaya University, Eastern Ethiopia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:139-46.
4. McKerrow I, Carney PA, Caretta-Weyer H, Furnari M, Miller Juve A. Trends in medical students' stress, physical, and emotional health throughout training. *Med Educ Online*. 2020;25(1):1709278.
5. Damiano RF, de Oliveira IN, Ezequiel ODS, Lucchetti AL, Lucchetti G. The root of the problem: identifying major sources of stress in Brazilian medical students and developing the Medical Student Stress Factor Scale. *Braz J Psychiatry*. 2020;43(1):35-42.
6. Miguel AQC, Tempiski P, Kobayasi R, Mayer FB, Martins MA. Predictive factors of quality of life among medical students: results from a multicentric study. *BMC Psychol*. 2021;9(1):36.
7. Meng J, Gao C, Tang C, Wang H, Tao Z. Prevalence of hypochondriac symptoms among health science students in China: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222663.
8. Rohilla J, Tak P, Jhanwar S, Hasan S, Gaykwad R, Yadav R, et al. Health anxiety among medical students: A comparison between preclinical and clinical years of training. *J Educ Health Promot*. 2020;9:356.
9. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM Open*. 2014;5(2):2042533313512480.
10. Szczurek K, Furgal N, Szczepanek D, Zaman R, Krysta K, Krzystanek M. "Medical Student Syndrome"-A Myth or a Real Disease Entity? Cross-Sectional Study of Medical Students of the Medical University of Silesia in Katowice, Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18).
11. Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students. 2018. 2018;31(9):9.

12. Macedo A, Soares MJ, Amaral AP, Nogueira V, Madeira N, Roque C, et al. Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*. 2015;72:220-4.
13. Macedo A, Marques C, Quaresma V, Soares MJ, Amaral AP, Araújo AI, et al. Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*. 2017;119:46-51.
14. Brennan-Wydra E, Chung HW, Angoff N, ChenFeng J, Phillips A, Schreiber J, et al. Maladaptive Perfectionism, Impostor Phenomenon, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2021;45(6):708-15.
15. Pereira A, Araújo A, Cabaços C, Brito M, Carneiro M, Pereira D, et al. The Portuguese version of the Big three perfectionism scale–short form (BTPS-SF). *EABCT Congress 2022; Barcelona2022*.
16. B C, Pereira A, J C, Soares MJ, Amaral A, Bos S, et al. Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version2013.
17. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843-53.
18. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cognit Ther Res*. 2007;31(6):871-83.
19. Smith MM, Saklofske DH, Stoeber J, Sherry SB. The Big Three Perfectionism Scale:A New Measure of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2016;34(7):670-87.
20. Wheaton MG, Berman NC, Franklin JC, Abramowitz JS. Health anxiety: Latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010;32(4):565-74.
21. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2013;27(1):68-78.
22. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *Int J Clin Health Psychol*. 2019;19(3):251-60.
23. Kocjan J. Short Health Anxiety Inventory (SHAI)-Polish version: evaluation of psychometric properties and factor structure. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2016;3:68-78.

24. Zhang Y, Liu R, Li G, Mao S, Yuan Y. The reliability and validity of a Chinese-version Short Health Anxiety Inventory: an investigation of university students. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:1739-47.
25. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther*. 2007;38(1):86-94.
26. Fergus TA, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory and Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: A Comparison of Two Self-Report Measures of Health Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*. 2011;35(6):566-74.
27. Azuri J, Ackshota N, Vinker S. Reassuring the medical students' disease--health related anxiety among medical students. *Med Teach*. 2010;32(7):e270-5.
28. H. E-G, G E-K, M. A, N. A. PERCEIVED STRESS AMONG MEDICAL AND LAW STUDENTS IN MANSOURA, EGYPT. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*. 2009;33(1):1-13.
29. Skead NK, Rogers SL. Do law students stand apart from other university students in their quest for mental health: A comparative study on wellbeing and associated behaviours in law and psychology students. *Int J Law Psychiatry*. 2015;42-43:81-90.
30. Dammeyer MM, Nunez N. Anxiety and Depression Among Law Students: Current Knowledge and Future Directions. *Law and Human Behavior*. 1999;23(1):55-73.
31. Flynn A, Li Y, Sánchez B. The Mental Health Status of Law Students: Implications for College Counselors. *Journal of College Counseling*. 2019;22:2-12.
32. Cabaços C, Macedo A, Soares S, Manão A, Araújo AI, Amaral AP, et al. As pessoas com história de problema psicológico ou psiquiátrico aderem mais ou menos às Recomendações da DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) para minimizar o impacto da COVID-19? XV Congresso Nacional de Psiquiatria 2021.
33. Duarte RVB. *C orrelatos psicológicos e psiquiátricos da patologia alimentar em mulheres na meia idade emais velhas*: Universidade de Coimbra; 2022.

Anexos

Anexo I: *Abstract* submetido ao XXXIV Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar, ligação e psicossomática

Short Health Anxiety Inventory - Validação da versão portuguesa

Mariana de Fátima Miranda dos Santos¹, Ana Telma Fernandes Pereira², David Manuel Gomes Mota^{2,3}, Carolina Cabaços^{2,3}, António Macedo^{2,3}

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

³CRI de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A ansiedade de doença define-se como preocupação excessiva em ter ou vir a desenvolver doença grave, mesmo perante a ausência de sintomas. O *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI; Salkovskis et al., 2002) é uma ferramenta útil, prática e válida para avaliar ansiedade de doença, independentemente da existência de doença física. Até ao momento não existe uma versão portuguesa validada deste questionário de auto-preenchimento.

Objetivo: Analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da SHAI.

Métodos: 378 estudantes de medicina e de direito da Universidade de Coimbra responderam a um formulário *online Google Forms* que incluía questões sociodemográficas, a versão portuguesa preliminar da SHAI e o Questionário de Pensamento Perseverativo (QPP15).

Resultados: A análise fatorial confirmatória (AFC), partindo do modelo bi-factorial obtido em análises fatoriais exploratórias e confirmatórias com amostras de estudantes (Wheaton et al. 2010; Alberts et al. 2012) (F1 – Probabilidade de Doença e F2 – Gravidade de Doença), revelou índices de ajustamento favoráveis para o modelo de segunda ordem ($\chi^2/gf=2.511$; $CFI=0.919$; $GFI=0.911$; $TLI = 0.895$; $RMSEA=0.064$, $p<.001$). Os coeficientes de correlação entre as pontuações fatoriais e a total foram elevados e significativos ($p<.001$), variando de 0.957 (entre Total e F1) a 0.618 (entre Total e F2). Entre os fatores, os coeficientes moderados, de 0.363 ($p<.001$). Os coeficientes de alfa de *Cronbach* foram de 0.854 para a escala total e de 0.872 e 0.668 para as duas subescalas, respetivamente. Os coeficientes de correlação entre as variáveis de ansiedade de saúde, medidas pelo SHAI e de pensamento repetitivo negativo foram significativos, positivos e moderados, >0.400 . As pontuações médias (total e dimensionais) não se distinguiram significativamente por géneros.

Conclusão: A versão portuguesa da SHAI revelou boa validade de construto e convergente e fidelidade (consistência interna), podendo ser usada para avaliar os níveis de ansiedade de doença em amostras da população geral portuguesa.



Mariana Santos <marianafsanos1997@gmail.com>

Envio parecer CE_Proc. CE-021/2022_Mariana Santos

1 mensagem

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

29 de março de 2022 às 15:08

Para: marianafsanos1997@gmail.com

Cc: apereira@fmed.uc.pt, 10694@chuc.min-saude.pt, amacedo@ci.uc.pt, csm.cabacos@gmail.com

Exma. Senhora

Dr. Mariana de Fátima Miranda dos Santos,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título "**Perfeccionismo e ansiedade de doença em estudantes de medicina e em estudantes de direito – estudo comparativo**", foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 22 de março, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

"Esclarecimentos recebidos e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estágio, pelo que emite parecer favorável à sua realização.

Contudo, solicita que:

- 1) sendo a validação da escala uma primeira fase da investigação, antecedendo a sua aplicação a todos os participantes, que o desenho do estudo seja alterado em conformidade;**
- 2) a versão final dos documentos a corrigir seja enviada, com as alterações efetuadas devidamente assinaladas, para encerramento do processo administrativo".**

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo III: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Perfeccionismo e Ansiedade de doença em estudantes de medicina e em estudantes de direito – estudo comparativo

É convidado a participar voluntariamente neste estudo porque é estudante de medicina ou estudante de direito da Universidade de Coimbra.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a ansiedade de doença em estudantes de medicina, em comparação com estudantes de direito, bem como sobre a relação entre esta condição e a personalidade.

Este estudo irá decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O Investigador Principal ou outro membro da equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender. Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e a garantir prova pública dessa proteção. Prevemos que serão incluídos aproximadamente 600 participantes.

Se aceitar participar iremos solicitar o preenchimento de questionários de autopreenchimento, cujas perguntas são sobre si e o modo como se tem sentido. O preenchimento demora cerca de 7-15 minutos.

A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar. A sua participação não acarreta qualquer risco. É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Se não estiver interessado em participar, a sua relação com os investigadores não será prejudicada.

Aos interessados em participar, é pedido para lerem atentamente todas as questões e responderem segundo as instruções.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anónimos de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional. Ao participar neste estudo, permite que as suas informações sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Agradecemos desde já a participação neste estudo.

CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:
projetoansiedadedoenca@gmail.com

Contactos dos investigadores:
Mariana Santos: marianafsantos1997@gmail.com, 926214866
Ana Telma Pereira: apereira@fmed.uc.pt, 964404676
David Mota: 10694@chuc.min-saude.pt

Declaro que recebi informação acerca das circunstâncias da minha participação neste projeto de investigação. Li atentamente e compreendi a informação do Consentimento Informado. Concordo com as condições e desejo participar neste estudo voluntariamente. Compreendo que a participação neste estudo é voluntária e confidencial. Compreendo que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação. Reservoo direito de desistir da minha participação a qualquer momento.

Ao assinalar este quadrado, confirmo que dou o meu consentimento informado e que desejo prosseguir para o estudo.

Anexo IV: Questionário

Secção I: Questionário

1. Género:

- Feminino
- Masculino

2. Idade:

- 18-21
- 22-25
- >25

3. Curso que frequenta:

- Medicina
- Direito

4. Ano do curso que frequenta:

- 1º
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º
- 6º

5. Atualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

- Não
- Sim

5.1 Se assinalou “sim”, por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

6. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?

- Não
- Sim

6.1 Se assinalou “sim”, por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

7.1 Se assinalou “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afectiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

7.2 Se assinalou “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

a. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?

Não

Sim

a1. Se “sim”, por favor indique qual/quais:

Médico de família

Médico psiquiatra

Psicólogo

Outro. Qual? _____

b. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?

Não

Sim

c. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?

Não

Sim

c1. Se “sim”, por favor indique qual/quais medicamentos:

Secção II: SHAI

Cada questão nesta secção consiste num grupo de quatro afirmações. Por favor, leia cada grupo atentamente e selecione a frase que melhor descreve os seus sentimentos **DURANTE OS ÚLTIMOS SEIS MESES**.

1. a. Não me preocupo com a minha saúde.
b. Ocasionalmente preocupo-me com a minha saúde.
c. Passo muito tempo a preocupar-me com a minha saúde.
d. Passo a maioria do tempo a preocupar-me com a minha saúde.
2. a. Sinto menos dores do que a maioria das pessoas (da minha idade).
b. Sinto tantas dores como a maioria das pessoas (da minha idade).
c. Sinto mais dores do que a maioria das pessoas (da minha idade).
d. Sinto dores no meu corpo constantemente.
3. a. Por norma, não noto sintomas/sensações ou alterações corporais.
b. Às vezes, noto sintomas/sensações ou alterações corporais.
c. Muitas vezes, noto sintomas/sensações ou alterações corporais.
d. Constantemente, noto sintomas/sensações ou alterações corporais.
4. a. Resistir a pensamentos sobre doenças nunca é um problema para mim.
b. A maioria das vezes, consigo resistir a pensamentos sobre doenças.
c. Tento resistir a pensamentos sobre doença, mas frequentemente não sou capaz.
d. Os meus pensamentos sobre doenças são tão fortes que já nem tento resistir.
5. a. Por norma, não tenho medo de ter uma doença grave.
b. Às vezes, tenho medo de ter uma doença grave.
c. Muitas vezes, tenho medo de ter uma doença grave.
d. Estou sempre com medo de ter uma doença grave.
6. a. Não tenho imagens mentais de mim doente.
b. Às vezes, tenho imagens de mim doente.
c. Frequentemente, tenho imagens de mim doente.
d. Constantemente, tenho imagens de mim doente.
7. a. Eu não tenho qualquer dificuldade em parar de pensar na minha saúde.
b. Às vezes, tenho dificuldade em parar de pensar na minha saúde.
c. Muitas vezes, tenho dificuldade em parar de pensar na minha saúde.
d. Nada me faz parar de pensar na minha saúde.
8. a. Sinto-me aliviado/a quando o meu médico me diz que está tudo bem.
b. Sinto-me aliviado/a inicialmente, mas algumas vezes as preocupações regressam mais tarde.
c. Sinto-me aliviado/a inicialmente, mas as preocupações regressam sempre mais tarde.
d. Eu nunca sinto alívio, mesmo quando o médico me diz que está tudo bem.

9. a. Se ouço falar sobre uma doença, nunca penso que a tenho.
b. Se ouço falar sobre uma doença, às vezes penso que a tenho.
c. Se ouço falar sobre uma doença, muitas vezes penso que a tenho.
d. Se ouço falar sobre uma doença, penso sempre que a tenho.
10. a. Se eu reparo num sintoma ou alteração corporal, raramente me pergunto sobre o seu significado.
b. Se eu reparo num sintoma ou alteração corporal, muitas vezes me pergunto sobre o seu significado.
c. Se eu reparo num sintoma ou alteração corporal, pergunto-me sempre sobre o seu significado.
d. Se eu reparo num sintoma ou alteração corporal, tenho de saber o seu significado.
11. a. Normalmente, sinto que tenho muito baixo risco de desenvolver uma doença grave.
b. Normalmente, sinto que tenho baixo risco de desenvolver uma doença grave.
c. Normalmente, sinto que tenho risco moderado de desenvolver uma doença grave.
d. Normalmente, sinto que tenho risco elevado de desenvolver uma doença grave.
12. a. Eu Nunca penso que tenho uma doença grave.
b. Às vezes, penso que tenho uma doença grave.
c. Muitas vezes, penso que tenho uma doença grave.
d. Habitualmente, penso que tenho uma doença grave.
13. a. Se noto um sintoma ou sensação corporal inexplicado/a nunca faço nada para tentar livrar-me dele.
b. Se noto um sintoma ou sensação corporal inexplicado/a, às vezes, tento livrar-me dele.
c. Se noto um sintoma ou sensação corporal inexplicado/a, muitas vezes, tento livrar-me dele.
d. Se noto um sintoma ou sensação corporal inexplicado/a tento sempre livrar-me dele.
14. a. Os meus familiares/amigos diriam que eu não me preocupo o suficiente com a minha saúde.
b. Os meus familiares/amigos diriam que eu me preocupo o suficiente com a minha saúde.
c. Os meus familiares/amigos diriam que eu preocupo demasiado com a minha saúde.
d. Os meus familiares/amigos diriam que eu sou hipocondríaco/a.

Nas questões seguintes, pense como seria se tivesse uma doença grave que o preocupe especialmente (como doença cardíaca, cancro, esclerose múltipla, etc.). Embora não consiga saber exatamente como é que isso seria, por favor tente imaginar o melhor possível como seria a sua reação mais provável neste cenário, baseando-se no que conhece sobre a sua pessoa e sobre doenças graves.

15. a. Se eu tivesse uma doença grave continuaria a ser capaz de desfrutar bastante da minha vida.
b. Se eu tivesse uma doença grave continuaria a ser capaz de desfrutar um pouco da minha vida.
c. Se eu tivesse uma doença grave seria quase incapaz de desfrutar da minha vida.
d. Se eu tivesse uma doença grave seria completamente incapaz de desfrutar a minha vida.
16. a. Se eu tivesse uma doença grave seria muito provável que a medicina moderna me conseguisse curar.
b. Se eu tivesse uma doença grave seria provável que a medicina moderna me conseguisse curar.
c. Se eu tivesse uma doença grave seria pouco provável que a medicina moderna me conseguisse curar.
d. Se eu tivesse uma doença grave a medicina moderna não me conseguiria curar.
17. a. Uma doença grave iria arruinar alguns aspetos da minha vida.
b. Uma doença grave iria arruinar muitos aspetos da minha vida.
c. Uma doença grave iria arruinar quase todos os aspetos da minha vida.
d. Uma doença grave iria arruinar todos aspetos da minha vida.
18. a. Se eu tivesse uma doença grave não iria sentir-me como se tivesse perdido a minha dignidade.
b. Se eu tivesse uma doença grave iria sentir que perdi um pouco da minha dignidade.
c. Se eu tivesse uma doença grave iria sentir que perdi bastante da minha dignidade.
d. Se eu tivesse uma doença grave iria sentir que perdi toda a minha dignidade.

Escolha um número da escala abaixo apresentada que represente o quanto evitaria cada uma das situações devido a medo ou outros sentimentos desagradáveis.

Escreva o número mais adequado a cada situação no respetivo espaço. (____)

0.....	....1....	....2....	....3....	....4....	....5....	....6....	....7....	.....8
Não evitaria		Evitaria um pouco		Evitaria		Evitaria muito		Evitaria sempre

1. Consulta no médico de família. (____)
2. Visitar um amigo no hospital. (____)
3. Visitar um familiar no hospital. (____)
4. Ir ao hospital para tratamento médico. (____)
5. Falar sobre doenças. (____)
6. Ler sobre doenças. (____)
7. Ir ao hospital por outra razão (ex. Dar um recado). (____)
8. Ver programas de televisão sobre doenças. (____)
9. Ouvir programas de rádio sobre doenças. (____)
10. Pensar sobre doenças. (____)

Escolha um número da escala abaixo apresentada que represente o quanto procura tranquilização sobre o seu estado de saúde, junto das diversas fontes. Escreva o número mais adequado a cada situação no respetivo espaço. (____)

0.....	....1....	....2....	....3....	....4....	....5....	....6....	....7....	.....8
Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Diariam

1. Amigos (____)
2. Família (____)
3. Ler livros (____)
4. Verificar se tenho alterações no corpo (____)
5. Médico de família (____)
6. Enfermeiros (____)
7. Consulta médica (____)
8. Serviço de Urgência (____)
9. Outra (especifique)_____ (____)

Secção III: BTPS-SF

Para cada afirmação, assinale um **círculo**, à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, desde 1 a 5.

Use a seguinte escala de resposta:

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
1	2	3	4	5

1.	Toda a gente espera que eu seja perfeito.	1	2
2.	Tenho uma forte necessidade de ser perfeito.	1	2
3.	Critico-me duramente quando faço alguma coisa que não esteja perfeita.	1	2
4.	Para me sentir bem comigo preciso constantemente de procurar alcançar a perfeição.	1	2
5.	Tenho dúvidas sobre tudo o que faço.	1	2
6.	Sinto incerteza em relação à maior parte das coisas que faço.	1	2
7.	Fico desapontado comigo quando não faço as coisas de modo perfeito.	1	2
8.	Tenho o direito de ser tratado de forma especial.	1	2
9.	Para mim, é importante ser perfeito em tudo o que tento fazer.	1	2
10.	Sinto-me insatisfeito com as outras pessoas, mesmo quando sei que estão a tentar fazer o seu melhor.	1	2
11.	As outros admiram secretamente a minha perfeição.	1	2
12.	Espero que as outras pessoas abram uma exceção às regras para mim.	1	2
13.	Espero que os que me são próximas sejam perfeitos.	1	2
14.	A opinião que tenho de mim está ligada a ser perfeito.	1	2
15.	Fico frustrado quando os outros cometem erros.	1	2
16.	Cometer um pequeno erro, mesmo que pequeno, iria incomodar-me.	1	2

Secção IV: QPP-15

Neste questionário ser-lhe-á pedido que descreva a forma como habitualmente pensa sobre experiências negativas ou problemas. Por favor leia as seguintes afirmações e assinale em que medida elas se aplicam a si, quando pensa nas experiências negativas ou problemas.

Utilize a seguinte escala de resposta:

Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
0	1	2	3	4

1.	Os mesmos pensamentos passam pela minha cabeça vezes sem conta.	0	1	2	3	4
2.	Os pensamentos metem-se na minha cabeça.	0	1	2	3	4
3.	Não consigo parar de cismar neles.	0	1	2	3	4
4.	Penso em muitos problemas sem resolver nenhum deles.	0	1	2	3	4
5.	Não consigo fazer mais nada enquanto penso sobre os meus problemas.	0	1	2	3	4
6.	Os meus pensamentos repetem-se.	0	1	2	3	4
7.	Os pensamentos vêm-me à cabeça sem que eu queira.	0	1	2	3	4
8.	Fico bloqueado em certas questões e não consigo avançar.	0	1	2	3	4
9.	Questiono-me continuamente sem encontrar nenhuma resposta.	0	1	2	3	4
10.	Os meus pensamentos impedem-me de prestar atenção a outras coisas.	0	1	2	3	4
11.	Estou continuamente a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
12.	Os pensamentos surgem subitamente na minha cabeça.	0	1	2	3	4
13.	Sinto-me levado a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
14.	Os meus pensamentos não me ajudam muito.	0	1	2	3	4
15.	Os meus pensamentos consomem toda a minha atenção.	0	1	2	3	4

Obrigada pela sua colaboração!