



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Bárbara Maria Peres Videira

EMOÇÕES E DOENÇAS ORGÂNICAS

Dissertação no âmbito do mestrado em Psicologia clínica e da saúde (área de subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) orientada pelo Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2020

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

EMOÇÕES E DOENÇAS ORGÂNICAS

Bárbara Maria Peres Videira

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) orientada pelo Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Coimbra.

Julho de 2020



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Agradecimentos

À minha família pois sempre acreditou em mim mesmo quando eu deixava de o fazer.

Aos meus amigos por me terem dado todo o apoio que eu não sabia que precisava.

Ao professor doutor Rui Paixão, meu orientador, por toda a paciência, disponibilidade e inspiração que proporcionou a realização deste projeto.

Resumo

As emoções e o *stress* assumem um papel muito importante no bem-estar psicológico e físico dos indivíduos. São vários os estudos epidemiológicos que sugerem que é fundamental ter-se em consideração a totalidade do ser humano e das circunstâncias que o rodeiam para termos uma compreensão mais ampla dos processos de adoecimento. Isso apenas é possível, concebendo a dualidade corpo-mente como uma realidade única e indivisível.

No presente estudo, pretende-se contribuir, de alguma forma, para esta crença de que, perante uma doença chamada orgânica, temos de ter em conta não só o soma mas também e principalmente a psique do indivíduo. Para isso, recorrendo a uma amostra de 299 sujeitos, no qual 241 são mulheres (80,6%) e 58 são homens (19,4%), avaliaram-se as emoções (PANAS-VRP), as dificuldades de regulação emocional (DERS), a depressão, a ansiedade e o *stress* (EADS-21), os sintomas somáticos (PHQ-15) e a saúde geral, bem como algumas das suas componentes (SF36-V2), de forma a perceber o impacto das emoções negativas e da regulação emocional no bem-estar físico individual; e ainda, relacionar a participação das variáveis identificadas anteriormente (regulação emocional, *stress*, depressão, ansiedade) nos sintomas físicos e na doença física.

Após a análise dos resultados, acrescentam-se assim à literatura pré-existente, mais evidências desta bidirecionalidade mente-corpo e/ou corpo-mente, multicausalidade e interrelação entre os diversos fatores causais como explicação etiológica das doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Psicossomática, Emoções, *Stress*, Doenças, Saúde

Abstract

Emotions and stress play a very important role in the individual's psychological and physical well-being. There are several epidemiological studies that suggest that it is essential to take into account the totality of the human being and the circumstances that surround him in order to have a broader understanding of the processes of sickness. This is only possible by conceiving the body-mind duality as a unique and indivisible reality.

The present study intends to contribute in some way to this belief that, in the face of a disease called organic, we have to take into account not only the soma but also and mainly the individual's psyche. For this, using a sample of 299 subjects, in which 241 of them are female (80,6%) and 58 are male (19,4%), we evaluated the emotions (PANAS-VRP), difficulties in emotional regulation (DERS), depression, anxiety and stress (EADS-21), somatic symptoms (PHQ-15) and general health (SF36-V2) in order to understand the impact of negative emotions and difficulties in emotional regulation on individual physical well-being; and also relate the participation of the variables previously identified (emotional regulation, stress, depression, anxiety) in physical symptoms and physical illness.

After analyzing the results, more evidences of this bidirectionality mind-body and/or body-mind, multi-causality and interrelationship between the various causal factors, such as the etiological explanation of the diseases are added to the pre-existing literature.

Keywords: *Psychosomatic, Emotions, Stress, Diseases, Health*

Índice

Introdução	7
Enquadramento teórico	9
Saúde: Definição	9
Curar doentes ou curar doenças?.....	10
O processo de adoecer.....	11
Transformação.....	14
Regulação Emocional.....	16
Conceptualização e objetivos do estudo	25
Metodologia	26
Participantes	26
Instrumentos	27
Procedimentos	31
Resultados	33
Análise descritiva	33
Análises estatísticas.....	35
Discussão	39
Limitações do estudo.....	42
Conclusão.....	43
Bibliografia	44
Anexos	54
Lista de Anexos.....	54
Anexo A. Declaração de consentimento informado.....	55
Anexo B. Inquérito Sociodemográfico (IS)	56
Anexo C. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)	58
Anexo D. Escala de afetividade positiva e negativa (PANAS).....	59
Anexo E. Escala de Ansiedade, depressão e stress (EADS-21).....	60
Anexo F. Questionário de estado de saúde (SF36v2)	61
Anexo G. Escala de dificuldades de regulação emocional (DERS)	65

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (N = 299).....	26
Tabela 2 : Variáveis clínicas obtidas através do inquérito sociodemográfico (N=299)	27
Tabela 3: Análises descritivas dos diferentes instrumentos (Médias de resposta por dimensões e Médias de Pontuações Finais).....	34
Tabela 4:Correlações de Spearman entre os fatores e totais das escalas PHQ-15, SF-36, PANAS, EADS-21 e DERS para o sexo feminino (N=241)	35
Tabela 5: Correlações de Spearman entre os fatores e totais das escalas PHQ-15, SF-36, PANAS, EADS-21 e DERS para o sexo masculino (N=58)	36
Tabela 6. Modelos preditores do PHQ-15 a cada nova variável inserida.....	37
Tabela 7. Regressão hierárquica entre o PHQ-15 e as variáveis sexo, ansiedade, dor corporal, afeto negativo e vitalidade	38

Introdução

Escrever esta dissertação num período em que o país e o mundo enfrentavam uma pandemia sem precedentes nos nossos tempos, tornou o trabalho mais desafiante e mesmo confrontativo com algumas ideias que todos os dias se repetiam sobre o fenómeno pandémico. A sua veracidade foi-me questionada vezes sem conta: “como podia eu evidenciar que as emoções se repercutem no corpo ou que as doenças podem ser relacionadas a fatores internos?”, quando diariamente, um vírus como o COVID-19 não escolhia idades, raças, personalidades ou ideologias? Este vírus que se alastrou pelo mundo, independentemente das emoções positivas ou negativas das pessoas afetadas, tornou no imediato ideias, como a de uma doença infecciosa não ser apenas o produto de uma bactéria ou de um vírus mas também da decorrência da participação do indivíduo na sua totalidade, corpo e mente, na “aceitação” ou “rejeição” desse vírus ou dessa bactéria, questionáveis (Adler como citado em Silva, 1998/2001).

E se somos todos fisicamente suscetíveis a “apanhar” doenças ao longo da nossa vida, por que razão uns adoecem e outros não? Quer dizer, claramente a doença é um fenómeno biológico mas é, também, um fenómeno social, cultural, económico e psicológico (Uskul, & Horn, 2015). Segundo Silva (1998/2001), as doenças podem ser congénitas e, nessa situação, todos os outros fatores podem não ter uma influência significativa. Noutros casos, o desencadear da doença (mesmo congénita) pode estar associado a outros fatores como más condições ambientais, particularmente de níveis precários de higiene, alimentação e habitação, aumento a possibilidade do adoecer. O mesmo autor refere ainda, que embora não se possa negar o papel destas condições externas ambientais e sociais que, por si só desempenham um papel importante no estado de tensão e apreensão; este estado “é algo que vem do interior da pessoa e também tem influência no processo individual de adoecer” (Silva, 1998/2001, p. 174).

Cohen, Murphy e Prather (2019), num estudo de revisão, verificam que a exposição repetida a eventos de vida stressantes, recentes ou crónicos, aumenta o risco de um indivíduo desenvolver doenças clínicas após a inoculação com o vírus, isto é, leva a uma redução da resistência do hospedeiro a agentes infecciosos. Da mesma forma, já tinha sido evidenciado antes que os portadores de alto grau de *stress* emocional e afeto negativo contraíam gripe e outros fenómenos virais com mais facilidade, pois, para além da genética e da biologia dos microrganismos, estes sujeitos teriam menos capacidade para lidar com as situações de *stress* e sofrimento o que teria incidência direta na síntese dos anticorpos (Alonso et al., 2003). Isto justificaria, em parte, a observação relativa ao facto de nem todas as pessoas adoecerem em época de epidemia mesmo convivendo com a doença (Jacobs como citado em Silva, 1998/2001).

De qualquer modo, a nossa cultura e o nosso pensamento tende a organizar-se por dualismos antitéticos, que constituem verdadeiras sínteses simplificadoras da realidade inclusivamente, o pensamento científico ou, pelo menos, a organização desse pensamento. Nesse mesmo sentido, um dos grandes objetivos deste trabalho está exatamente no facto de considerarmos fundamental a desconstrução destas ideias: isto é, que muitas destas antinomias têm relações e sobreposições que devem ser pensadas. Centra-se, portanto, na discussão compreensiva dos fenómenos emocionais como base do bem-estar físico individual e como variável associada ao próprio adoecer.

O presente trabalho inclui, então, o enquadramento teórico resultante de uma revisão da literatura acerca da saúde e da doença, da regulação emocional e da psicossomática; a apresentação da metodologia com a descrição da amostra e dos instrumentos utilizados na investigação bem como o procedimento da recolha de dados. Por fim, são apresentados e analisados os dados aí obtidos com o objetivo de reconhecer as relações existentes entre as várias dimensões interatuantes nos sistemas humanos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Saúde: Definição

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não é só a ausência de doença mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social; diferentemente a saúde mental seria "um estado de bem-estar no qual um indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta os stressores quotidianos, trabalha produtivamente e de modo frutífero, e contribui para a sua comunidade" (WHO, 1998; WHO, 2018). Todavia, Milheiro (2002) defende que aquilo a que costumamos chamar saúde mental deveria chamar-se apenas saúde, justificando que o ser humano não existirá quando lhe separam a alma do corpo, o biológico do psicológico, a saúde/doença física/doença mental; como secularmente foi feito e, por tendência, ainda se faz. Impõe-se assim a noção do homem como unidade psicossomática (Eksterman, 1992/2010; Sami-Ali, 1987/1992).

Groddeck (1969 como citado em Sami-Ali, 1987/1992) defendeu que a doença física é também sempre uma doença psíquica e que a doença psíquica é também sempre uma doença física. Do mesmo modo, Sami-Ali (1987/1992) reconhece que o psíquico e o somático se complementam e coincidem no seio de um mesmo funcionamento. Para ele, as variáveis psíquicas e as variáveis ditas orgânicas seriam apenas duas maneiras de colocar o mesmo problema; tal como Platão, que já dizia ser impossível curar a cabeça sem curar o corpo e vice-versa (como citado em Rosa & Pinheiro, 2003).

A palavra "psicossomática" é usada para referenciar a influência entre psique e soma, e, especialmente, a incidência dos aspetos psicológicos no desenvolvimento de perturbações orgânicas (Alonso et al., 2003). No entanto, a verdade é que a ciência se desenvolveu separando o psíquico e o orgânico como entidades inteiramente distintas (Sami-Ali, 1987/1992), decompondo-se em milhares de diagnósticos e doenças consideradas orgânicas

ou psicológicas. Na DSM-5 (2013/2014), por exemplo, a perturbação somática é definida com base em sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas. Estes teriam a influência de diversos fatores: vulnerabilidade genética e biológica, experiências traumáticas precoces e aprendizagem, bem como normas culturais e sociais que desvalorizam o sofrimento psicológico em comparação com o sofrimento físico. No entanto, Coimbra de Matos (2002) sugere que a patologia psicossomática se desenvolve através da conjugação de uma personalidade predisponente e um acontecimento psíquico desencadeante.

De facto, é fundamental ter em consideração a totalidade do ser humano e das circunstâncias que o rodeiam para termos uma compreensão mais ampla dos processos de adoecer. Segundo Rodrigues e França (1992/2010), essa totalidade surge quando se tem em conta o doente e não a doença. Então coloca-se a questão: Curar doentes ou curar doenças?

Curar doentes ou curar doenças?

A medicina foca-se em tratar a doença orgânica, mas o corpo é constituído por organismo e psique. Groddeck, (como citado em Madeira & Jorge, 2019), opõe-se à dualidade corpo-mente e concebe-as como uma realidade única e indivisível; este era fortemente crítico da divisão da medicina em especializações por levarem a campos de investigações bastante estreitos e, conseqüentemente, levarem o médico a perder de vista o ser humano na sua totalidade.

A medicina psicossomática, por sua vez, começou por ser definida como o estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática (Eksterman, 1992/2010), contribuindo assim, de algum modo, para o dualismo antes referenciado. No entanto, a sua prática, ofereceu caminhos mais dirigidos à promoção da saúde voltada para o paciente, portanto menos voltada para o sintoma ou doença em si

(Rodrigues & França, 1992/2010). Atualmente, a amplitude do universo dos distúrbios psicossomáticos passou a abranger doenças em todos os órgãos, colocando o problema final: a de todas as doenças serem, afinal, psicossomáticas. No entanto, Marty e McDougall (1993 como citados em Cruz & Júnior, 2011) consideram um erro afirmar que uma dada doença é psicossomática pois consideram que a unicidade mente-corpo faz do homem um ser psicossomático por definição.

O processo de adoecer

Em geral, acredita-se que os eventos de vida stressantes influenciam o risco de doenças através dos seus efeitos sobre o afeto, comportamento e fisiologia (Cohen et al., 2019). Já Siegel e Brown (1988) tinham evidenciado correlações significativas entre eventos de vida negativos e doenças. Porém, é importante salientar que o mecanismo de *stress* é uma resposta normal às situações mais “complicadas da vida” (Matos, 2002). Desta forma, o *stress* pode ser classificado como *eustress*, caso seja avaliado como uma oportunidade ou um desafio capaz de potencializar o crescimento pessoal (Tarafdar et al., 2017). Ou, *distress*, quando se torna “anormal”, “patológico” e/ou “patogénico” e é excessivo, repetido ou crónico por ineficiência ou ausência de estratégias ativas de *coping*; ou desencadeado por situações imaginárias ou por uma interpretação distorcida da realidade (Matos, 2002), impedindo a realização de objetivos e criando obstáculos ou ameaças. (Tarafdar et al., 2017).

De facto, existem evidências consistentes de que a exposição a eventos de vida percecionados como negativamente stressantes predispõem a um maior risco de doenças, particularmente no caso de condições médicas crónicas, como doença cardiovascular, asma e depressão (Cohen et al., 2019). Segundo Rodrigues e França (1992/2010), este desgaste a que as pessoas são submetidas no seu dia-a-dia é um dos cofatores mais potentes no desenvolvimento de doenças.

Contudo, é importante enfatizar que o *distress* permanente pode não ser a causa da doença em pessoas saudáveis mas sim, influenciar o risco do seu aparecimento, suprimindo a capacidade do corpo de combater agentes patogênicos invasores ou aumentar a progressão dos processos pré-mórbidos em andamento, resultando então no eventual aparecimento da doença (Cohen et al., 2019). Esta exposição pode levar ainda à desregulação afetiva, como o aumento da ansiedade, medo e depressão ou induzir mudanças comportamentais, como adaptações ou respostas de combate aos fatores de *stress*, como o aumento do tabagismo, diminuição da atividade física e do sono, dietas pobres e menor adesão a regimes médicos, o que influencia também o risco de doença ou propicia uma maior severidade e progressão de múltiplas doenças já existentes (Cohen et al., 2019).

Todavia, Rosengren et al. (1993) verificaram que a presença desses eventos leva a um maior risco de mortalidade, mas apenas entre os participantes que apresentam pouco suporte emocional, uma vez que, segundo Dehghani (2018), o suporte social funciona como um amortecedor do *distress* psicológico.

De acordo com Marucha et al. (1998), a taxa de cura é 40% mais lenta durante períodos de elevado grau de *stress* e, segundo Silva (1998/2001), isto acontece pois a vinculação entre estado psicológico e redução das defesas do organismo baseia-se nas alterações orgânicas que as situações de *stress* provocam: a maior produção de cortisona, que ocorre nestas situações, levaria à maior destruição das células de defesa do organismo (Silva, 1998/2001), como os linfócitos T (Alonso et al., 2003). Isto é, o *stress* reduz a capacidade do sistema imunitário responder a desafios exógenos e endógenos (Gouin et al., 2011) podendo afetar vários aspetos da função imunitária e, assim, modular potencialmente a resistência à doença (Dantzer et al., 2018). No entanto, esta explicação é apenas parcial, uma vez que esta relação não ocorre apenas em situações de *stress* (Silva, 1998/2001).

Segundo Rodrigues e França (1992/2010), os danos provocados pelo *stress*

dependerão sobretudo da sua repetição e duração ao longo da vida e da forma como cada um se adapta e lida com ele. Esta componente individual do *stress* ligado à personalidade da pessoa, está muito relacionada com a sua história de vida (Silva, 1998/2001) e com a natureza dos seus conflitos intrapsíquicos (Mello-Filho, 1992 como citado em Silva, 1998/2001).

De igual forma, Lipowski (1974) afirmou que tanto as doenças chamadas físicas ou mentais têm uma origem multifatorial sendo que as variáveis sociais e as psicológicas fariam sempre parte dos fatores etiológicos de todas as doenças. Para Fava et al. (2002), os fatores que mais afetam a vulnerabilidade individual a todos os tipos de doença são: eventos recentes, *stress* crônico e carga alostática¹, personalidade, bem-estar psicológico, comportamentos e atitudes saudáveis. De acordo com o departamento de saúde e de serviços humanos dos EUA (1991 como citado em Salovey et al., 2000), estes últimos são os determinantes primários da saúde física individual. Maia (2002) concorda que os fatores de *stress* psicossociais diminuem a eficiência do sistema imunológico, o que levaria ao aumento de sintomas médicos (risco de uma doença), todavia, Kissen (1963) já tinha antes sublinhado que os fatores psicossociais têm diferentes pesos de indivíduo para indivíduo, mesmo considerando a mesma doença. Brosschot e van der Doef (2006), demonstraram que a redução da preocupação que os indivíduos manifestavam face a um fator de *stress* estava associada também a uma diminuição de queixas somáticas.

Capitanio (2008) salienta que a influência da personalidade sobre estes processos está ligada às escolhas que cada indivíduo faz, sendo que estas envolvem os tipos de situações a que eles se expõem (saudáveis ou não), o seu desempenho em comportamentos particularmente saudáveis, e a sua aderência a tratamentos recomendados.

¹ Termo criado por McEwen e Stellar (1993) para representar as consequências psicológicas da permanente ativação de respostas neuronais ou neuroendócrinas resultantes da exposição repetida ou crônica ao *stress*.

Transformação

Com já vimos, encontramos em algumas situações, no período anterior ao desencadear de uma doença, uma situação vivencial negativa para o sujeito. Segundo Coimbra de Matos (2002), estas situações vivenciais “são períodos longos ou relativamente curtos de acontecimentos stressantes em que a emoção é reprimida ou mesmo suprimida; ficando enclausurada. Existe um abafamento da revolta e sem revolta, não há revolução (transformação)”. Se a emoção não se libertar, vai ficar contida, perturbando o funcionamento do organismo. Ou seja, se o sofrimento psíquico não é satisfatoriamente expresso por emoções e pensamentos, comunicado em palavras ou gestos, a sua manifestação faz-se de forma indireta; isto é, leva ao aparecimento do sintoma. Deste modo, a saúde física fica em risco e o caminho para a doença está facilitado (Matos, 2002; Silva 1998/2001; Rodrigues & França, 1992/2010). Por conseguinte, Silva (1998/2001) explana que o sintoma físico é sempre um grito de socorro e uma tentativa de proclamar o sofrimento. Um estudo realizado por Geenen, et al. (2012) relata uma interação entre a supressão de emoções e sintomas somáticos, tal como acontece em pacientes com fibromialgia. Estes pacientes experimentaram emoções intensamente mas suprimem a sua expressão, sofrendo assim mais intensamente os sintomas. Desta forma, e de acordo com Pennebaker (1995 como citado por Uskul & Horn, 2015), as pessoas que inibiam a expressão de emoções ou adotavam estilos repressivos, têm geralmente uma saúde mais pobre e apresentam mudanças psicofisiológicas e imunológicas associadas como resultado da supressão de sentimentos negativos.

Matos (2002) salienta que são a ansiedade, a depressão e o ressentimento dos afetos que mais desgaste provocam no organismo. Também Maia (2002), após a revisão de diferentes estudos, concluiu que o afeto negativo está relacionado com uma diminuição da competência do sistema imunológico.

Silva (1998/2001), acrescenta que quando a energia psíquica dirigida a um

determinado impulso não é executada, não desaparece e apenas se inibe, podendo ser reinvestida ou reaparecer sob formas diferentes do impulso original, ou seja, quando não ocorre uma canalização satisfatória dessa energia, os conflitos intrapsíquicos daí decorrentes podem gerar doenças. Como se a virássemos contra nós mesmos; “adotamos comportamentos ou práticas claramente autodestrutivos ou então adoecemos” (Silva, 1998/2001, p. 286).

Bion (1970/2018, p. 9) referiu que “existem pessoas tão intolerantes ao sofrimento ou à frustração que sentem o sofrimento sem o sofrer e assim não o descobrem”. Do mesmo modo, Subic-Wrana et al. (2014), demonstraram que a vivência dos sentimentos de forma consciente estimula o uso de estratégias adaptativas de regulação emocional, sendo que quem apresentou níveis elevados de consciência emocional, reportou menos afetividade negativa. Isto é, a capacidade de conscientizar os diferentes sentimentos pode ser uma pré-condição para pensar sobre a situação causadora de sentimentos negativos e por adotar novas perspectivas que podem mudar o humor do indivíduo. Segundo os mesmos autores (2014), se não houver consciência emocional, existe maior relação entre estratégias de regulação emocional inadequadas e afetividade negativa.

Matos (2002) aponta também estados como zanga contida, ressentimento com pouca consciência e depressão falhada como principais fatores desencadeantes de algumas perturbações psicossomáticas. Ou seja, para ele, as emoções de que a pessoa não se apercebe, ficam por resolver e tornam-se crônicas, causando efeitos orgânicos sobre os «órgãos de choque», como Silva (1998/2001) apelidou, (estômago, intestinos, artérias, coração, etc.). Anteriormente, Freud usara o termo “complacência somática” para se referir a estes órgãos escolhidos para se dar a conversão histérica. Ele acreditava que existem algumas partes do organismo extremamente sensíveis que condicionam, facilitam, descarregam e servem como quadros de determinados estados emocionais (Laplanche & Pontalis, 1987/2001).

Regulação Emocional

As emoções são reações psicofisiológicas de caráter universal e consistem em respostas adaptativas. Contudo, caso exista algum desajuste prolongado na frequência, intensidade ou adequação ao contexto, as emoções podem tornar-se patológicas o que terá impacto no indivíduo (Rodríguez et al., 2009). As emoções negativas levam a uma elevada ativação fisiológica (Rodríguez et al., 2009) e, segundo um estudo de revisão de Rodríguez et al. (2009), existem dados suficientes para afirmar que têm um efeito negativo na saúde.

A regulação emocional descreve a habilidade de uma pessoa modelar o seu estado e expressão emocional (Adrian et al., 2011). Segundo uma revisão bibliográfica feita por Guney et al. (2019) tem sido suportada, por estudos neurobiológicos, uma relação entre a regulação emocional e os sintomas somáticos. Contudo, a falta de clareza emocional e a não-aceitação das emoções seriam os fatores mais significativamente correlacionados à desregulação emocional e às queixas somáticas e qualidade de vida (Uliaszek et al., 2012). Isto está de acordo com Uskul e Horn (2015), que afirmaram que a regulação emocional, para além de ser uma característica central na saúde mental, tem alta relevância no contexto de saúde física.

Hoje considera-se demonstrada a inter-relação bidirecional entre o cérebro e o sistema imunitário dada a inervação dos órgãos imunitários pelo sistema nervoso central (Alonso et al., 2003; Cohen et al., 2019). Sabe-se, também, que o sistema nervoso autónomo, responsável pela coordenação do funcionamento de todos os órgãos internos, é regulado pelo sistema límbico (Cruz & Júnior, 2011). Este é composto por diversos centros que, para além de regularem as atividades dos órgãos, são também geradores dos afetos (Campos, 1992/2010), sofrendo influência das experiências afetivas e emocionais do indivíduo no seu contexto social (Cruz & Júnior, 2011). Inclui o hipotálamo, a sede das emoções, e o coordenador das diversas funções vegetativas. Regulando o sistema simpático e

parassimpático, compete ao hipotálamo agir sobre as diversas estruturas orgânicas, estimulando-as ou inibindo-as (Campos, 1992/2010). Esses efeitos e todos os demais resultantes da ação do sistema simpático tornam-se possíveis pela ação das catecolaminas, como a adrenalina e a noradrenalina, cuja quantidade no sangue aumenta em situação de alarme ou excitação, ou seja, em estados de tensão interna (Silva, 1998/2001; Alonso et al., 2003). A libertação excessiva ou prolongada destas substâncias pode causar alterações prejudiciais nos sistemas do corpo ou nos órgãos (Cohen et al., 2019), pois a constante tensão gerada pela ação das catecolaminas fere as paredes internas, possibilitando o depósito de placas de gordura (ateromas) que acabarão por as obstruir (Silva, 1998/2001).

Campos e Rodrigues (2005) afirmam que a disfunção pode resultar da alteração da fibra muscular lisa que existe em vários órgãos. Assim, a pessoa pode apresentar disfunções motoras no aparelho digestivo (vômitos, síndrome hipostênico, diarreia, prisão de ventre, discinesias); aparelho respiratório (asma, bronquite); aparelho geniturinário (disúria, cólica pielouretal, dismenorreia, polaciúria, vaginismo, taquiespermia); aparelho circulatório (hipertensão arterial diastólica, enxaqueca, cefaleia de tensão); e na pele (neurodermites, eczemas, pruridos). Estas alterações podem ocorrer ainda noutros órgãos ou sistemas e ao sabor das mais variadas situações de vida, ligadas a sentimentos de raiva (hostilidade), medo, dor (mal-estar), fome, humilhação, depressão, desesperança, desalento, tristeza e melancolia. Também Silva (1998/2001) acredita que algumas dores de cabeça, costas, algumas arritmias cardíacas, certos tipos de hipertensão arterial, algumas doenças digestivas, entre outras doenças, podem ser produzidas por uma excessiva ativação das respostas fisiológicas do órgão ou sistema que sofre a lesão ou disfunção por estes trabalharem em excesso por um período prolongado, isto é, indo “da emoção à lesão”.

Segundo Koechlin et al. (2018), é possível que, através do uso adaptativo de estratégias de regulação emocional, se reduza o estado emocional negativo e

consequentemente se reduza a vulnerabilidade ou a experiência da dor; pois tal como Berna, Leknes et al. (2010) evidenciaram, a indução de humor depressivo pode influenciar a percepção de dor. Contudo, existem evidências que demonstram que isso se deve ao facto de o humor negativo aumentar o foco atencional no corpo e consequentemente aumentar a percepção dos sintomas (Salovey et al., 2000). Salovey e Birnbaum (1989) demonstraram que em comparação com indivíduos tristes, aqueles que se sentiam felizes, consideravam-se mais capazes de se envolver em comportamentos de promoção da saúde e tinham mais confiança de que esses comportamentos aliviariam a sua doença. Já os indivíduos que estavam doentes e experienciavam um humor triste, por um lado parecem experienciar os seus sintomas de forma mais frequente, mais intensa e desconfortável. E por outro lado, eles acreditam que há pouco que possam realmente fazer para se sentirem melhor. Tal mal-estar pode levar a que estes indivíduos não adiram às recomendações de tratamento.

As abordagens contemporâneas sublinham a natureza dinâmica e sistémica dos processos emocionais, que consistem em componentes interagindo entre si a vários níveis, mas principalmente fisiológico, cognitivo e comportamental (Lewis, 2005). Da mesma forma, Coimbra de Matos (2003) explica que as emoções são uma espécie de almofada entre o corpo e o mundo exterior e que se houver um défice no funcionamento do sistema emocional, o corpo é diretamente atingido por vários agressores. Guney et al. (2019) salienta que os pacientes que sofrem diferentes sintomas somáticos, como dor no corpo, fadiga, sintomas específicos de órgãos, neurológicos funcionais ou gastrointestinais apresentam dificuldades semelhantes na regulação emocional. Deste modo, o mesmo autor, após um estudo de revisão, concluiu que o funcionamento concordante das modalidades de regulação emocional é vital para um funcionamento saudável do corpo.

Fava et al. (2002), após uma revisão de estudos, apontam as seguintes doenças como mais “sensíveis” a eventos de vida stressantes observadas através de estudos controlados:

Asma

Existe uma combinação de fatores genéticos, alérgicos, infecciosos, físicos e psicológicos que levam ao surgimento desta doença. Alonso et al. (2003) consideram que é possível haver influência dos fatores psicossociais na evolução da asma, sendo que a ansiedade e a depressão teriam papéis negativos importantes na evolução do doente asmático.

Diabetes

Segundo Alonso et al. (2003), os fatores de *stress* prejudicam a regulação do metabolismo dos carboidratos precipitando o aparecimento de diabetes. Desta forma, o seu surgimento teria uma relação com os eventos instigadores de *stress*. Contudo, é importante voltar a enfatizar que existem pessoas mais vulneráveis que outras ao efeito do *stress*.

Cefaleia

A cefaleia é o sintoma neurológico mais frequente, sendo que muitas pessoas são suscetíveis a ter mais dores de cabeça em alturas em que se encontrem sobre maior *stress* emocional (Alonso et al., 2003). Segundo o autor, a principal causa da cefaleia pode ser física ou emocional.

Doença autoimune

A etiologia das doenças autoimunes é multifatorial; todos os fatores genéticos, ambientais, hormonais e imunológicos são considerados importantes no seu desenvolvimento (Herrmann et al, 2000). Porém, Stojanovich e Marisavljevich (2008), após uma revisão de estudos, reconhecem que o *stress* é também um importante fator de risco.

Cancro

Segundo Alonso et al. (2003), cerca de metade dos pacientes que sofrem de cancro, apresentam transtornos mentais, contudo, para além de esses transtornos poderem ser simplesmente uma consequência do lidar com a doença, em comparação com outros fatores de risco, os fatores psicológicos, por si só, teriam pouca influência na origem desta doença, mas seriam um grande fator de risco na progressão da mesma.

Segundo Porro et al. (2012), os pacientes oncológicos suprimem mais as suas expressões emocionais, principalmente no que toca a emoções negativas. Desta forma, estes beneficiariam de certas intervenções (terapia de grupo, terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento) como foi demonstrado num estudo com pacientes com cancro da mama e melanoma (Alonso et al., 2003) em que se observaram efeitos benéficos a vários níveis como maior longevidade, melhoria da função imunológica, melhoria da qualidade de vida (incluindo maior controlo dos sintomas, como dor) após essas intervenções.

Doença infecciosa

As doenças infecciosas são causadas por agentes patogénicos como vírus ou bactérias (Cohen et al., 2019). Contudo, vivenciar eventos de vida stressantes, especialmente de forma crónica, pode aumentar o risco de um indivíduo desenvolver uma infeção respiratória ao estar exposto ao agente infeccioso (Pedersen et al., 2010). O mesmo foi verificado por Cohen (2016), isto é, a resistência do hospedeiro a agentes infecciosos pode ser reduzida por eventos stressantes.

Úlcera Péptica

O *stress* produz elevada secreção ácida e hipersecreção de peptina que acaba por prejudicar a mucosa. Assim, o *stress* psicológico é um fator de risco independente para o

desenvolvimento desta doença (Alonso et al., 2003). Contudo, o autor (2003) conclui que não existem estudos suficientemente rigorosos para verificar a causalidade desta relação.

Amenorreia hipotalâmica

Reinfeinstein (1946) definiu a amenorreia hipotalâmica como uma síndrome no qual os distúrbios psicológicos, evidentes ou latentes, perturbam o funcionamento menstrual.

Marcus, Loucks e Berga (2001) documentaram níveis de sintomas depressivos significativamente mais elevados em mulheres amenorreicas, levando-os a sugerir que o *distress* pode estar associado com a origem desta disfunção, embora nunca fique clara a relação causa-efeito nestas situações. No entanto, Reinfeinstein (1946), referencia alguns casos amenorreicos, onde, assim que a situação de *stress* é eliminada, a amenorreia também desaparece espontaneamente.

Doença Inflamatória

Segundo Gouin et al. (2011), o *stress* e as emoções negativas parecem promover a produção de mediadores inflamatórios, proporcionando um mecanismo fisiológico pelo qual estados psicológicos negativos afetariam a saúde. Também a depressão clínica e os seus sintomas têm sido relacionados com uma elevação da circulação de marcadores de inflamação. Outros autores revistos por Gouin et al. (2011) apontaram o *stress* pós-traumático, a raiva e a hostilidade como potenciadores de inflamação.

Doenças Gastrointestinais

O sistema digestivo está extremamente interligado com o SNA simpático e parassimpático, que regula o seu funcionamento. Segundo Alonso et al. (2003), é por este motivo que as manifestações emocionais, por vezes, têm consequências digestivas (aumento

ou diminuição do apetite, vômitos, diarreia, dispepsias, etc.). Da mesma forma, sintomas ansioso-depressivos e fatores de *stress* psicossocial têm um papel relevante nas doenças digestivas. Foi demonstrado por Mazaheri (2015) que existe uma ligação positiva entre a falta de clareza emocional e a não-aceitação de emoções, por um lado, e a depressão, por outro, com as perturbações gastrointestinais.

Doenças Cardiovasculares

Apesar do efeito do *stress* sobre o sistema cardiovascular ser potenciado por fatores genéticos, Dimsdale (2008) demonstrou repetidamente através de estudos prospetivos que as experiências stressantes crónicas estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de uma doença cardiovascular. Segundo Alonso et al. (2003), a depressão estaria também relacionada com uma pior evolução destes doentes, predispondo a novos enfartes. Segundo Cohen (2019), mesmo o *stress* agudo pode desencadear eventos cardíacos adversos, como isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, cardiomiopatia e enfarte do miocárdio, entre pacientes com doença cardíaca preexistente. Para Pressman e Cohen (2005), as emoções negativas como a raiva, ansiedade e frustração estão associadas com a futura ocorrência de uma isquemia em indivíduos com doença arterial coronária.

Doença cerebrovascular

Para Suinn (2001) podemos dizer que a raiva, como uma emoção, transforma-se em *stress*, e o ódio, como sentimento, resulta em mágoa crónica, o que leva a uma angústia e frustração, difíceis de gerir. Para ele é fundamental ter a noção de que nenhum dos dois é bom para a saúde pois, a raiva, aguda e stressante, proporciona uma revolução orgânica por vezes capaz de causar um transtorno físico agudo, como um derrame (AVC). Silva (1998/2001) também refere que as situações crónicas de tensão que mantêm

permanentemente ativado o sistema de luta e defesa do organismo, constituem um fator relevante de risco para o derrame cerebral, entre outras consequências. Contudo, não foram encontrados estudos suficientes sobre a problemática em questão.

Psoríase ou alopecia areata ou urticária

Do ponto de vista fisiológico, a pele é um dos órgãos mais sensíveis às emoções (Alonso et al., 2003). Segundo Silva (1998/2001), uma vez que é a parte do corpo que mantém contacto com o exterior, é compreensível que seja utilizada, inconscientemente, para comunicar emoções não expressas verbalmente. Isto acontece pois, mais uma vez, como o *stress* psíquico altera o funcionamento do sistema imunológico, influencia a manifestação e manutenção de certas doenças dermatológicas dependentes da ativação/inativação do *stress* do sistema imunitário, chegando a desencadear cerca de 40% a 50% dos surtos de psoríase (Alonso et al., 2003). Em relação aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, destaca-se a substância P², um neurotransmissor que intervém nos processos inflamatórios e cujas concentrações aumentam na pele em resposta ao *stress* emocional (Alonso et al., 2003). Também a urticária está associada a elevados valores de adrenalina e noradrenalina no plasma, sendo que estas são produzidas em situações de *stress* emocional. Esta é considerada uma das perturbações dermatológicas com maior comorbilidade com perturbações ansiosas (Alonso et al., 2003). A etiologia da alopecia areata continua pouco clara, embora tenham sido identificados fatores imunológicos, genéticos e psicológicos.

Nestas doenças, o tratamento psiquiátrico e psicológico têm um papel importante uma vez que as técnicas psicoterapêuticas permitem desenvolver técnicas para lidar melhor com o *stress*, ajudando também na adaptação à doença e aos seus estigmas. A redução dos sintomas

² A substância P é um peptídeo de 11 aminoácidos e é o membro principal da família das taquicinas e o mais importante na pele. É um dos mais potentes vasodilatadores conhecidos, sendo 100 vezes superior à histamina em idênticas concentrações molares. Pode ser encontrada nas fibras da derme e epiderme, glândulas sudoríparas, em corpúsculos de Meissner, nervos perivasculares e células de Merkel. Pode, ainda, ser sintetizada em células do sistema imune, como monócitos, mastócitos e eosinófilos (Kalil-Gaspar, 2003).

ansiosos ou depressivos, que estes pacientes frequentemente apresentam, leva a uma melhor evolução da própria doença dermatológica (Alonso et al., 2003).

Doença de Graves

Apesar de ter sido considerada como uma doença psicossomática pelo instituto de Chicago (como citado por Alonso et al., 2003), não existem ainda dados suficientes que permitam confirmar a influência de fatores psicossociais associados à doença (Alonso et al., 2003).

Síndrome de Cushing

Apesar de não haver muitos estudos conclusivos, sabe-se que a depressão major é uma perturbação que apresenta grande comorbidade com a síndrome de Cushing (Pereira et al., 2010), independentemente da sua etiologia (Sonino, & Fava, 1998). Daí resultaram várias explicações que justificassem esta frequência, desde eventos traumáticos, *stress* psicológico e perdas emocionais, como fatores patogénicos importantes (Sonino, & Fava, 1998).

De acordo com Murphy e Brown (1980), o desenvolvimento de uma perturbação psiquiátrica, como a depressão, serviria de mediador para uma relação de causalidade entre os eventos de vida graves e as doenças orgânicas; pois segundo Sonino et al. (1987 como citados em Fava et al., 1993), os sintomas depressivos precediam as manifestações físicas da síndrome.

Em comparação com aqueles que não estavam deprimidos, os pacientes com doença de Cushing e depressão parecem sofrer a doença de uma forma mais grave, tanto a nível da produção de cortisol quanto à sua apresentação clínica. (Sonino et al., 1996).

CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A desregulação afetiva tem múltiplas consequências na saúde, quer pelo impacto direto do afeto negativo no organismo, quer pelo tipo de comportamentos individuais daí resultantes. Como Cohen e Prather (2019) e Uskul e Horn (2015) referem, para além das alterações na regulação emocional (elevados níveis de ansiedade, medo, depressão); no sistema neuro-hormonal (alterações na produção de hormonas como o cortisol, testosterona e estrogénio); e inervação direta dos tecidos pelo sistema nervoso autónomo (aumento da atividade do sistema nervoso simpático resultante no aumento da liberação de noradrenalina); as emoções também influenciam o comportamento relacionado com a saúde (não fazer exercício físico, desnutrição, consumo excessivo de álcool, fumar, dormir pouco) e, desta forma, afetam indiretamente a saúde física.

Deste modo, o presente estudo tem os seguintes objetivos:

- a) Perceber a importância das emoções negativas e positivas na regulação emocional, bem como nos sintomas somáticos e na doença física;
- b) Perceber o impacto da regulação emocional no bem-estar físico individual;
- c) Perceber a importância do *stress*, da depressão e da ansiedade na regulação emocional, nos sintomas somáticos e na doença física;
- d) Definir um modelo capaz de relacionar a participação das variáveis identificadas anteriormente (regulação emocional, *stress*, depressão, ansiedade) nos sintomas físicos e na doença física.

METODOLOGIA

Participantes

Para o presente estudo, foram recolhidos dados entre 1 de dezembro 2019 e 24 de janeiro de 2020. A amostra final é constituída por 299 respondentes, dos quais 241 (80.6%) do sexo feminino e 58 (19.4%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 71 anos. Na tabela 1 são apresentadas as principais características sociodemográficas desta amostra.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra (N = 299)

	[min., máx.]	Total M (DP)
<i>Idade (anos)</i>	[14, 71]	30.94 (12.578)
<i>Escolaridade (anos)</i>	[5, 28]	14.99 (2.668)
<i>Rendimento Pessoal líquido mensal</i>	[0, 3500]	559.69 (3500)
<i>Rendimento Familiar líquido mensal</i>	[0, 5000]	1583.56 (5000)
		n (%)
<i>Sexo</i>		
Feminino		241 (80.6)
Masculino		58 (19.4)
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro		194 (64.9)
Casado/União de facto		86 (28.8)
Divorciado		15 (5.0)
Viúvo		2 (0.7)
Outro		2 (0.7)
<i>Profissão</i>		
Estudante		128 (42.8)
Empregado/a		127 (42.5)
Desempregado/a		20 (6.7)
Trabalhador/a-Estudante		18 (6.0)
Reformado/a ou Pensionista		6 (2.0)
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa		297 (99.3)
Outra		2 (0.6)

Tabela 2 : Variáveis clínicas obtidas através do inquérito sociodemográfico (N=299)

	Variáveis clínicas		
	<u>Feminino</u>	<u>Masculino</u>	<u>Total</u>
	<u>n (%)</u>	<u>n (%)</u>	<u>n (%)</u>
Asma	23 (7.7)	4 (1.3)	27 (9.0)
Diabetes	4 (1.3)	2 (0.7)	6 (2.0)
Cefaleias	108 (36.1)	11 (3.7)	119 (39.8)
Doença Autoimune	18 (6.0)	1 (0.3)	19 (6.4)
Cancro	9 (3.0)	1 (0.3)	10 (3.3)
Doença infecciosa	21 (7.0)	4 (1.3)	25 (8.4)
Úlcera péptica	8 (2.7)	1 (0.3)	9 (3.0)
Amenorreia hipotalâmica	11 (3.7)	0 (0)	11 (%)
Doença Inflamatória	8 (2.7)	1 (0.3)	9 (3.7)
Doença Gastrointestinal	30 (10.0)	8 (2.7)	38 (12.7)
Enfarte do miocárdio	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Doença Cardiovascular	4 (1.3)	4 (1.3)	8 (2.7)
Doença Cerebrovascular	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Psoríase ou alopecia areata ou urticária	13 (4.3)	2 (0.7)	15 (5.0)
Doença de Graves	7 (2.3)	1 (0.3)	8 (2.7)
Síndrome de Cushing	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico (IS)

O questionário sociodemográfico utilizado é composto pelas dimensões: idade, sexo, escolaridade, estado civil, estado laboral, rendimento líquido mensal pessoal e familiar. Por possíveis questões de interesse para o estudo, foi acrescentado uma variável de seleção de presença de doenças médicas ou sintomas (Anexo B).

Patient Health Questionnaire 15 (PHQ-15)

A PHQ-15 é uma subescala de autorresposta que avalia a sintomatologia física

(Almeida, 2006). Derivou do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), um instrumento de diagnóstico para perturbações mentais comuns desenvolvido por Kroenke, e colaboradores (2002).

De acordo com Fabião et al. (2011) a escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa e tem sido utilizada em vários estudos noutros países. Segundo os autores está traduzida em 15 línguas embora não tenham sido publicados estudos de validação.

É constituída por 15 itens relativos a sintomas somáticos, sendo que 14 representam os sintomas mais prevalentes da perturbação de somatização segundo os critérios da DSM-IV. Cada um destes itens é avaliado numa escala do tipo Likert de 0 (Nada incomodado) até 2 (Muito incomodado). Além de funcionar como medida contínua (Pontuação total variável entre 0 e 30 pontos), pode também considerar-se uma medida dimensional, através da definição de vários pontos de corte para a severidade dos sintomas somáticos (0, 5, 10 e 15, correspondendo a uma gravidade de sintomatologia baixa, média e grave, respetivamente). Desta forma, podemos perceber a presença de sintomas somáticos e a sua severidade. Segundo os autores (Kroenke et al., 2002), a confiabilidade interna do PHQ-15 mostrou-se excelente, com um *alpha* de Cronbach de .80 em ambas as amostras do estudo.

Escala de afetividade positiva e negativa (PANAS)

A PANAS é uma escala desenvolvida por Watson et al. (1988) para medir o afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN), definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos. O AN traduz o mal-estar subjetivo e o AP reflete o prazer e o bem-estar subjetivo (Galinha et al., 2014). Este construto pode assim medir o humor, o estado afetivo ou o afeto traço dos indivíduos (Watson & Clark, 1997).

Tem sido validada em diversas culturas e línguas e em todas elas demonstrou boas qualidades psicométricas (validade de constructo, convergente e discriminante) (Terracciano,

et al., 2003).

De forma a facilitar o preenchimento em estudos que envolvem muitas variáveis, Galinha et al. (2014), partindo de um estudo prévio de análise psicométrica da versão portuguesa da PANAS, desenvolveram uma versão mais reduzida da PANAS portuguesa (PANAS-VRP). Esta apresentou boas características psicométricas, invariância temporal num intervalo de dois meses e correlações elevadas entre o valor total do AP e do AN obtidos pela versão reduzida e pela versão integral da PANAS o que revela que a versão reduzida é equivalente à versão integral, medindo os mesmos constructos.

Esta versão é constituída por 10 itens divididos igualmente por duas dimensões (AP e AN) avaliados numa escala do tipo Likert com cinco níveis. Os cinco itens de cada dimensão representam pelo menos quatro categorias de emoções diferentes, mantendo boas propriedades psicométricas. O modelo de ajustamento revelou-se muito positivo e todos os valores de regressão ficaram acima de .61. Num momento final foram correlacionados o valor total de AP e o valor total de AN, obtidos com a redução da escala, os resultados demonstraram correlações elevadas acima dos .80. Os resultados alcançados pelos autores conferem validade à PANAS-VRP, sugerindo que esta é equivalente e mede os mesmos construtos que a PANAS portuguesa (Galinha et al., 2014).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A EADS, originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovinbond (1995), foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004).

É uma escala constituída por 21 itens, distribuídos igualmente por três dimensões: depressão, ansiedade e *stress*. Cada item remete para um sintoma emocional negativo a ser avaliado numa escala de quatro pontos do tipo Likert.

A EADS-21 tem propriedades idênticas às da versão original, indicando valores de

consistência interna de .831 para a ansiedade, .886 para a depressão e .859 para o *stress*. Devido à diferenciação entre três estados, é uma medida útil quer para a investigação, quer para o uso clínico (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Short Form Health Survey 36 item v2 (SF-36 v2)

O SF é um questionário de estado de saúde com o objetivo de medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença (Ferreira, 2000).

Originalmente desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), foi adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000).

É composto por 36 perguntas divididas em oito dimensões (Função física, Desempenho físico, Dor, Saúde geral, Vitalidade, Função social, Desempenho emocional e Saúde mental) (Ware & Sherbourne, 1992). Este questionário apresenta duas versões, tendo sido utilizada neste estudo a versão 2.

O *alpha* de Cronbach encontra-se entre .60 (função social) e .87 (função física e saúde geral) (Ferreira, 2000).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

A DERS foi originalmente desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) e tem o objetivo de avaliar as dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas em adultos (Coutinho et al., 2010).

Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Coutinho e colaboradores (2010). Possui 36 itens a serem respondidos numa escala do tipo Likert de 1 a 5 e é composta por seis dimensões que refletem seis dificuldades de regulação emocional específicas: falta de consciência das respostas emocionais (consciência); dificuldade de compreensão da resposta emocional (clareza); não-aceitação da resposta emocional (não-aceitação); acesso limitado a

estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes (estratégias); dificuldade de controlo dos impulsos (impulsos); e dificuldade de envolvimento em comportamentos orientados para objetivos aquando da experiência de emoções desagradáveis (objetivos) (Coutinho et al., 2010).

A escala original possui uma elevada consistência interna ($\alpha=.93$) (Gratz, & Roemer, 2004). Na versão adaptada revelou também elevada consistência interna ambas as amostras (amostra clínica [$\alpha=.938$] e amostra não-clínica [$\alpha=.946$]) (Coutinho et al., 2010).

Procedimentos

A ordem de aplicação dos instrumentos foi a seguinte: questionário sociodemográfico, PHQ-15, PANAS-VRP, EADS-21, SF36-V2 e DERS.

No consentimento informado constavam informações relativas ao objetivo do estudo, o contacto eletrónico do investigador, caso o(a) participante tivesse algum tipo de dúvidas ou questões, o cariz voluntário da participação, a possibilidade de desistir a qualquer momento e o anonimato das respostas (Anexo A).

A recolha dos dados foi feita de forma *online* (através de um formulário na plataforma *Google Forms*). O tratamento dos dados estatísticos do presente estudo foi efetuado através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 22 para *Windows*.

Antes de se iniciar a análise estatística, procedeu-se à apreciação da qualidade dos dados obtidos para que não houvessem *missings* e de *outliers* graves. A análise envolveu a caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas obtidas através do inquérito sociodemográfico através de estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e percentagens). Também foram realizadas análises descritivas dos diferentes instrumentos (médias de resposta por dimensão e médias de pontuações finais) e, com o objetivo de avaliar a fiabilidade dos instrumentos utilizados,

recorreu-se à medida do Coeficiente de Alpha (α de Cronbach).

Foram ainda realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk) no sentido de verificar se os pressupostos para a realização de testes psicométricos estavam preenchidos. Verificou-se que as pontuações obtidas não apresentavam uma distribuição normal e como tal, realizaram-se testes não paramétricos, neste caso, correlações de Spearman, entre as dimensões e totais das escalas PHQ-15, SF-36, PANAS, EADS-21 e DERS para os sexos feminino e masculino.

Por fim, foi testado um modelo de regressão linear hierárquica com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva das variáveis medidas pelo PANAS, DERS, SF36 e EADS nos sintomas somáticos (medidos pelo PHQ), controlando a variável sexo e assim, ficar também a saber o peso específico desta variável no modelo.

RESULTADOS

Análise descritiva

Na tabela 3 são apresentados os valores médios, desvios-padrão, mínimos e máximos das pontuações obtidas em cada um dos instrumentos clínicos utilizados e das suas dimensões e calculou-se o valor t para comparar as médias das pontuações obtidas no PHQ-15 em cada sexo, de forma a perceber se haviam diferenças significativas entre os resultados. Confirma-se que de facto, existem diferenças com um tamanho do efeito de .0138 (avaliado através do d de Cohen).

Tabela 3: Análises descritivas dos diferentes instrumentos (Médias de resposta por dimensões e Médias de Pontuações Finais)

	Mín./Máx.	M (DP)	<i>t</i>
PHQ-15			
PHQ-14 Índice total (Homens)	0/22	4.88 (4.400)	6.38****
PHQ-15 Índice Total (Mulheres)	0/24	8.46 (4.640)	
PANAS			
Afeto Positivo	5/25	15.33 (3.891)	
Afeto Negativo	5/20	9.09 (3.632)	
EADS-21			
Ansiedade	0/17	3.32 (3.959)	
Depressão	0/19	4.03 (4.448)	
Stress	0/21	6.20 (4.624)	
SF36v2			
Funcionamento Físico	11/30	27.67 (3.635)	
Desempenho Físico	4/20	16.71 (3.762)	
Dor Corporal	3/12	8.35 (2.158)	
Saúde Geral	6/25	17.82 (4.072)	
Vitalidade	4/20	12.39 (2.829)	
Funcionamento Social	2/9	6.17 (1.005)	
Desempenho Emocional	3/15	11.65 (3.127)	
Saúde Mental	7/25	18.23 (3.734)	
DERS			
Não-aceitação de respostas emocionais (Não aceitação)	6/30	12.45 (5.996)	
Acesso limitado às estratégias de regulação emocional (Estratégias)	8/39	16.89 (7.029)	
Falta de Consciência Emocional (Consciência)	6/29	14.78 (5.147)	
Dificuldades no controlo de impulsos (Impulsos)	6/27	11.63 (4.416)	
Dificuldades em agir de acordo com os objetivos (Objetivos)	5/25	13.58 (4.421)	
Falta de clareza emocional (Clareza)	5/20	10.07 (3.509)	
DERS (Total)	36/138	79.4 (22.07)	

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

Análises estatísticas

Na tabela 4 e 5 são correlacionados os fatores e totais das escalas PHQ-15, SF-36, PANAS, EADS-21 e DERS para ambos os sexos com o intuito de explorar as associações entre as diversas variáveis.

Tabela 4: Correlações de Spearman entre os fatores e totais das escalas PHQ-15, SF-36, PANAS, EADS-21 e DERS para o sexo feminino (N=241)

		PHQ-15	SF-36						PANAS		EADS-21			DERS		
			SG	V	FS	SM	DC	DE	DF	FF	Afeto Neg.	Afeto Pos.	Depr.	Ans.	Stress	
PHQ-15		-														
SF-36	SG	-.399***	-													
	V	-.538***	.444***	-												
	FS	-.033	.132*	.002	-											
	SM	-.454***	.416***	.637***	.034	-										
	DC	-.461***	.476***	.401***	.190*	.285***	-									
	DE	-.399***	.337***	.504***	-.089	.567***	.329***	-								
	DF	-.312***	.426***	.323***	.080	.308***	.472***	.508***	-							
	FF	-.215**	.505***	.245***	.204*	.176**	.445***	.215**	.335***	-						
PANAS	Afeto Neg.	.523***	-.232***	-.433***	.044	.402***	-.188**	-.442***	-.237***	-.047	-					
	Afeto Pos.	-.135*	.314***	.308***	.124	-.566***	.175**	.241***	-.314	.276***	-.025	-				
EADS-21	Depr.	.507***	-.435***	-.615***	.041	-.696***	-.247***	-.517***	-.291***	-.200**	.476***	-.336***	-			
	Ans.	.643***	-.402***	-.533***	.103	-.583***	-.384***	-.491***	-.314***	-.228***	.578***	-.151*	.593***	-		
	Stress	.551***	-.310***	-.552***	.161*	-.623***	-.272***	-.454***	-.229***	-.041	.620***	-.104	.653***	.710***	-	
DERS		.365***	-.335***	-.512***	.106	-.610***	-.173**	-.479***	-.318***	-.129*	.421***	-.321***	.607***	.505***	.478***	-

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

Tabela 5: Correlações de Spearman entre os fatores e totais das escalas PHQ-15, SF-36, PANAS, EADS-21 e DERS para o sexo masculino (N=58)

		PHQ-14	SF-36							PANAS		EADS-21		DERS	
			SG	V	FS	SM	DC	DE	DF	FF	Afeto Neg.	Afeto Pos.	Depr.	Ans.	Stress
PHQ-14		-													
SF-36	SG	-.116	-												
	V	-.320*	.294*	-											
	FS	.065	.223	.067	-										
	SM	-.396**	.120	.559***	.029	-									
	DC	-.315*	.321*	.477***	.213	.328*	-								
	DE	-.184	.333*	.472***	.043	.680***	.256	-							
	DF	-.285*	.420**	.376**	.072	.505***	.404**	.631***	-						
	FF	-.171	.360**	.141	.207	.142	.332*	.191	.482***	-					
PANAS	Afeto Neg.	.485***	-.199	-.382**	-.038	-	-.303*	-.279*	-.163	-.061	-				
	Afeto Pos.	-.113	.366**	.199	.015	.166	.093	.326*	.272*	.134	.154	-			
EADS-21	Depr.	.436**	-.055	-	-.010	-	-.268*	-	-.207	-.015	.536***	-.097	-		
	Ans.	.411**	-.160	-.301*	-.110	-	-	-.433**	-	-.095	.473***	-.002	.396**	-	
	Stress	.411**	-.148	-	-.052	-	-.184*	-	-.340**	-.082	.605***	.009	.640***	.533***	-
DERS		.231	-	-.	-.017	-	-.330*	-	-	-.248	.471***	-.185	.536***	.479***	.530***
			.380**	.480***		.637***		.537***	.483***						

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

Para testar os preditores significativos dos sintomas somáticos realizou-se uma regressão hierárquica por blocos com o PHQ-15 como variável dependente. O sexo foi considerado como uma variável independente no primeiro bloco (método *enter*) e as restantes variáveis independentes (afeto positivo e negativo (PANAS), dificuldades de regulação emocional (DERS), fatores do SF36 (FF, DF, DE, DC, SG, V, FS, SM), ansiedade, depressão e *stress* (EADS)) foram selecionadas para o segundo bloco. Neste bloco usou-se o método *stepwise* para que, as variáveis não significativas para o modelo, fossem automaticamente eliminadas, isto é, apenas os melhores preditores do PHQ-15 se mantêm na análise. A ansiedade, dor corporal, afeto negativo e vitalidade revelaram ser os melhores preditores.

Tabela 6. Modelos preditores do PHQ-15 a cada nova variável inserida

	R²	ΔR²	R²_a	F	ΔF
Sexo	.092	.092	.089	30.040***	30.040***
Sexo e ansiedade	.420	.328	.416	107.203***	167.524***
Sexo, ansiedade e DC	.462	.041	.456	84.292***	22.729***
Sexo, ansiedade, DC e afeto negativo	.482	.020	.475	68.404***	11.630**
Sexo, ansiedade, DC, afeto negativo e vitalidade	.495	.013	.486	57.361***	7.312**

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

No modelo 1, que só considera a variável sexo, apenas 8,9% da variabilidade dos sintomas somáticos é explicada. Contudo, podemos observar na tabela 6 que, a cada nova variável inserida, se as anteriores se mantiverem constantes, o poder explicativo do modelo vai melhorando sucessivamente. No 5º modelo, que inclui sexo, ansiedade, dor corporal,

afeto negativo e vitalidade, o valor aumenta significativamente (48,6%). Assim, a inclusão destas variáveis parece ter melhorado o seu poder explicativo. Por este motivo, apresenta-se em seguida a análise de regressão linear hierárquica desse modelo comparado com o modelo que inclui apenas o sexo como variável independente. Podemos verificar que os valores de t se revelam sempre estatisticamente significativos.

Tabela 7. Regressão hierárquica entre o PHQ-15 e as variáveis sexo, ansiedade, dor corporal, afeto negativo e vitalidade

	B	SE B	β	t
Constante	8.461	0.288		29.399***
Sexo	-3.581	0.653	-.303	-5.481***
Constante	11.292	1.429		7.903***
Sexo	-2.479	0.507	-.210	-4.890***
Ansiedade	0.413	0.067	.349	6.170***
Dor corporal (DC)	-0.395	0.104	-.182	-3.820***
Afeto negativo	0.196	0.067	.152	2.920**
Vitalidade (V)	-0.234	0.086	-.141	-2.704**

$R^2 = .495$; $R^2_a = .486$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos pré-estabelecidos (perceber a importância das emoções negativas e positivas na regulação emocional, bem como nos sintomas somáticos e na saúde física; perceber o impacto da regulação emocional no bem-estar físico individual; perceber a importância do *stress*, da depressão e da ansiedade na regulação emocional, nos sintomas somáticos e na doença física; e definir um modelo capaz de relacionar a participação das variáveis identificadas anteriormente (regulação emocional, *stress*, depressão, ansiedade) nos sintomas somáticos e na doença física) discutem-se em seguida os resultados obtidos. Para a avaliação da magnitude das correlações realizadas recorreu-se aos valores sugeridos por Pestana e Gageiro (2003).

Indo ao encontro do primeiro objetivo, podemos observar através dos valores obtidos nas correlações de Spearman que, nas mulheres, a relação do afeto negativo (PANAS) com a regulação emocional (DERS) se revelou estatisticamente significativa com um valor moderado de .421 ($p < .001$), bem como com os sintomas somáticos (PHQ-15) com o valor de .523, enquanto o afeto positivo (PANAS) apresentou uma associação muito baixa e inversa com a DERS e baixa com a PHQ-15 mas estatisticamente significativas ($p < .001$). Este dado parece evidenciar que o afeto negativo terá mais impacto nas dificuldades de regulação emocional e nos sintomas somáticos do que o afeto positivo. Quanto à saúde física, avaliada pela SF36, verifica-se uma associação moderada de .402 ($p < .001$) do afeto negativo com a saúde mental (SM) e associações inversas moderadas com a vitalidade (V) ($r = -.433$; $p < .001$) e desempenho emocional (DE) ($r = -.442$; $p < .001$). O afeto positivo apresentou uma associação moderada inversa com a SM ($r = -.566$; $p < .001$). No entanto, foram encontradas diferenças para o sexo masculino, pois, neste caso, apenas as dificuldades de regulação emocional e os sintomas somáticos apresentaram correlações positivas e estatisticamente

significativas com o afeto negativo ($r = .471$; $p < .001$ e $r = .485$; $p < .001$, respetivamente). Foram observadas relações inversas moderadas da DERS com a V ($r = -.480$; $p < .001$), SM ($r = -.637$; $p < .001$), DE ($r = -.537$; $p < .001$) e DF ($r = -.483$; $p < .001$), sugerindo que, com o aumento de dificuldades a regular as emoções, os valores da vitalidade, desempenho emocional e físico e saúde mental do sujeito diminuem.

Estes resultados permitem-nos também responder ao segundo objetivo, pois, para o sexo feminino verificam-se correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas da DERS com os sintomas somáticos ($r = .365$; $p < .001$), afeto negativo ($r = .421$; $p < .001$), depressão ($r = .607$; $p < .001$), ansiedade ($r = .505$; $p < .001$) e *stress* ($r = .478$; $p < .001$); e associações inversas moderadas significativas das dificuldades de regulação emocional com a V ($r = -.512$; $p < .001$), SM ($r = -.610$; $p < .001$) e DE ($r = -.479$; $p < .001$). Estes valores sugerem que as dificuldades de regulação emocional aumentam os valores dos sintomas somáticos, afeto negativo, depressão, ansiedade e *stress* e diminuem os valores de saúde mental e desempenho emocional bem como da vitalidade. Para o sexo masculino, verificam-se correlações positivas moderadas estatisticamente significativas da DERS com o afeto negativo ($r = .471$; $p < .001$), depressão ($r = .536$; $p < .001$), ansiedade ($r = .479$; $p < .001$) e *stress* ($r = .530$; $p < .001$); e associações moderadas inversas e significativas das dificuldades de regulação emocional (DERS) com a V ($r = -.480$; $p < .001$), SM ($r = -.637$; $p < .001$), desempenho emocional ($r = -.537$; $p < .001$) e desempenho físico ($r = -.483$; $p < .001$), sugerindo que com a diminuição dos valores destas variáveis, reveladoras de bem-estar físico individual, aumentam as dificuldades de regulação emocional.

Perante o terceiro objetivo, relativamente ao sexo feminino, verificam-se correlações positivas moderadas estatisticamente significativas da depressão, ansiedade e *stress* com os sintomas somáticos ($r = .507$; $p < .001$; $r = .643$; $p < .001$ e $r = .551$; $p < .001$, respetivamente), com os totais obtidos na DERS ($r = .607$; $p < .001$; $r = .505$; $p < .001$ e $r = .478$; $p < .001$,

respetivamente) e com o afeto negativo ($r = .476$; $p < .001$; $r = .578$; $p < .001$ e $r = .620$; $p < .001$, respetivamente). Contudo, verificaram-se associações moderadas inversas significativas com a V ($r = -.615$; $p < .001$; $r = -.533$; $p < .001$ e $r = -.552$; $p < .001$, respetivamente), SM ($r = -.696$; $p < .001$; $r = -.583$; $p < .001$ e $r = -.623$; $p < .001$, respetivamente) e DE ($r = -.517$; $p < .001$; $r = -.491$; $p < .001$ e $r = -.454$; $p < .001$, respetivamente). A ansiedade apresenta ainda uma correlação inversa moderada com a SG ($r = -.402$; $p < .001$). Relativamente ao sexo masculino verificam-se associações positivas moderadas e estatisticamente significativas da ansiedade, depressão e *stress* com os totais obtidos na DERS ($r = .536$; $p < .001$; $r = .479$; $p < .001$ e $r = .530$; $p < .001$, respetivamente). Estas correlações foram também observadas com o afeto negativo ($r = .536$; $p < .001$; $r = .473$; $p < .001$ e $r = .605$; $p < .001$, respetivamente). Contudo, verificaram-se correlações inversas moderadas e significativas entre os três fatores com a SM ($r = -.644$; $p < .001$; $r = -.521$; $p < .001$ e $r = -.613$; $p < .001$, respetivamente); da depressão e do *stress* com a V ($r = -.584$; $p < .001$ e $r = -.451$; $p < .001$, respetivamente) e DE ($r = -.534$; $p < .001$ e $r = -.466$; $p < .001$, respetivamente); e da ansiedade com o DF ($r = -.518$; $p < .001$).

Respondendo ao último objetivo, as variáveis que mais predizem os sintomas somáticos são a ansiedade, o afeto negativo, a dor corporal e a vitalidade. Também o sexo tem poder explicativo específico sobre a variável dependente ($\beta = -.210$, $p = .000$), sendo que as mulheres sofrem mais com sintomas somáticos do que os homens, quando as outras variáveis estão presentes. Estas variáveis, todas juntas, explicam 49,5% da variável dependente, com um erro padrão de regressão de 3,355 e os valores de F ($f = 57,361$; $p = .000$), com significância estatística, o que leva a inferir que têm poder explicativo sobre os sintomas somáticos. Contudo, é de salientar que a dor corporal e a vitalidade apresentam relações inversas com os sintomas somáticos, ou seja, com o aumento da vitalidade e dor corporal, prevê-se que os sintomas somáticos diminuam.

Limitações do estudo

Apesar dos esforços de seguir todos os critérios e procedimentos adequados, é possível encontrar algumas limitações neste estudo. Em primeiro lugar, destaca-se a distribuição não proporcional por género da amostra, maioritariamente feminina.

O facto de a amostra ter sido recolhida *online* através de questionários de autorresposta pode também limitar a credibilidade ou fidedignidade das respostas uma vez que o protocolo era extenso e, por essa razão, podendo contribuir para diminuir a capacidade de concentração bem como aumentar a fadiga dos respondentes.

Medir os sintomas e as emoções e correlacioná-los através de diferentes testes não nos permite clarificar a direção da causalidade, é tão possível e provável que as associações verificadas sejam atribuíveis a estados psicológicos que influenciam a saúde física, como é que a saúde física contribua para os estados psicológicos.

Embora exista uma grande variedade de estudos nesta área, foi também difícil encontrar pesquisas atuais sendo que os artigos mais recentes consistiam quase e apenas em revisões bibliográficas. Uma potencial razão desta lacuna pode ser o desafio que é realizar estudos empíricos que reúnam conceitos tão complexos e interdisciplinares como a regulação emocional, a saúde física e os sintomas somáticos. Esta questão fundamental de saber se estados emocionais provocam doenças só pode ser rigorosamente avaliada por estudos experimentais contudo existem considerações éticas e morais que proíbem a sua realização em humanos, devido aos efeitos duradouros dos eventos stressantes na patogénese de doenças graves (Cohen et al., 2019).

CONCLUSÃO

É verdade que se tem vindo a falar da unidade mente-corpo e/ou corpo-mente quase desde o início da humanidade, mas também é verdade que, apesar de serem muitos os autores que defendem a unidade indivisível do ser humano, esta continua a ser ignorada nas práticas clínicas talvez por continuarmos sem conseguir explicar, de forma precisa, o modo com as emoções se repercutem no corpo (Rosa & Pinheiro, 2003).

Após uma revisão bibliográfica sobre os vários mecanismos envolvidos no processo de adoecimento, fundamenta-se aqui a crença da multicausalidade e interrelação entre os diversos fatores causais como explicação etiológica das doenças, sejam eles psicológicos, biológicos ou comportamentais. Esta parece ser a mais proeminente e plausível crença entre todos os autores. E não poderia ser de outra forma.

Contudo, neste estudo focámo-nos nas emoções e nas dificuldades de regulação emocional como um fator importante para o despoletar da doença e, de facto, verificaram-se correlações significativas do afeto negativo com os sintomas somáticos; da ansiedade, depressão e *stress* com as dificuldades na regulação emocional. Nas mulheres, verificou-se que, com o aumento da ansiedade, os valores de saúde geral (medidos pela SF36) diminuem. Verifica-se também que o sexo tem o seu próprio papel nestas correlações e principalmente na predição dos valores somáticos, com as mulheres em desvantagem.

Dado isto, talvez seja importante refletir sobre a importância da psicoterapia a ajudar as pessoas a lidar de maneira mais eficaz com as experiências e emoções negativas, melhorar as estratégias de *coping* ou substituir estratégias mal adaptativas de regulação emocional por outras mais adaptativas, prevenindo assim os potenciais efeitos negativos ao nível do bem-estar psicológico e físico e promovendo a saúde individual.

Bibliografia

- Adrian, M., Zeman, J., & Veits, G. (2011). Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, *110*(2), 171–197. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2011.03.009>
- Almeida, V. M. S. (2006). *Somatização e expressão emocional – Um estudo nos Cuidados Primários de Saúde* [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia]. RepositóriUM. <http://hdl.handle.net/1822/5943>
- Alonso, L. M., Llop, R. O., & Rodes, J. E. R. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, *8*(105), 5654–5664. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(03\)71043-9](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(03)71043-9)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais* (J. C., Fernandes, Trans.; 5a ed, pp. 369–370) Climepsi Editores. (Trabalho original publicado em 2010)
- Berna, C., Leknes, S., Holmes, E. A., Edwards, R. R., Goodwin, G. M., & Tracey, I. (2010). Induction of Depressed Mood Disrupts Emotion Regulation Neurocircuitry and Enhances Pain Unpleasantness. *Biological Psychiatry*, *67*(11), 1083–1090. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.01.014>
- Bion, W. R. (2018). *Attention and Interpretation*. Rotledge. (Trabalho original publicado em 1970)
- Brosschot, J. F., & van der Doef, M. (2006). Daily worrying and somatic health complaints: Testing the effectiveness of a simple worry reduction intervention. *Psychology & Health*, *21*(1), 19–31. <https://doi.org/10.1080/14768320500105346>
- Campos, E. P. (2010). Aspectos Psicossomáticos em cardiologia: Mecanismos de somatização

- e meios de reagir ao estresse. In J. Mello-Filho, M. Burds e colaboradores (Eds.), *Psicossomática hoje*. (2a ed., pp. 318–342). Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1992)
- Campos, E. P., & Rodrigues, A. L. (2005). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças – Psicologia da saúde*, 13(2), 290–308. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v13n2p290-308>
- Capitanio, J. P. (2008). Personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 647–650. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.02.002>
- Cerchiari, E. A. N. (2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(4), 64-79. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>
- Cohen, S. (2016). Psychological stress, immunity and physical disease. In R. Sternberg, S. Fiske & D. Foss (eds.), *Scientists making a difference: The greatest living behavioral and brain scientists talk about their most important contributions* (pp. 419–423). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1184/R1/5099050.v1>
- Cohen, S., Murphy, M. L. M., & Prather, A. A. (2019). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annual review of psychology*, 70(1), 577–597. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145–51. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>.
- Cruz, M. Z., & Júnior, A. P. (2011). Corpo, mente e emoções: Referenciais teóricos da psicossomática. *Simbio-Logias*, 4(6), 46–66. <http://hdl.handle.net/11449/140656>
- Dantzer, R., Cohen, S., Russo, S. J., & Dinan, T. G. (2018). Resilience and immunity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 74, 28–42. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.08.010>

- Dehghani, F. (2018). Type D personality and life satisfaction: The mediating role of social support. *Personality and Individual Differences, 134*, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.005>
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College and Cardiovascular, 51(13)*, 1237–1246. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Eksterman, A. (2010). Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a medicina. In J. Mello-Filho, M. Burds e colaboradores (Eds.), *Psicossomática hoje*. (2a ed., pp. 93–105). Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1992)
- Fabião, C., Barbosa, A. Fleming, M., & Silva, M. C. (2011). Instrumentos de rastreio de somatização em geral e perturbações somatoformes nos cuidados primários. *Acta Médica Portuguesa, 24*, 439–448. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/460/168>
- Fava, G. A., Fabbri, S., Belaise, C., & Tossani, E. (2002). Psychosomatic medicine: alive and well in the new century. *Revista portuguesa de psicossomática, 4(2)*, 63–94. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28740207.pdf>
- Fava, G. A., Sonino, N., & Morphy, M. A. (1993). Psychosomatic view of endocrine disorders. *Psychotherapy and psychosomatics, 59(1)*, 20–33. <https://doi.org/10.1159/000288641>
- Ferreira, P. L. (2000). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II -- Validation tests. *Acta médica portugues, 13(3)*, 119–27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11026151/>
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista da associação portuguesa de psicologia, 28(1)*, 53–65.

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v28n1/v28n1a05.pdf>

- Geenen, R., van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M. A., Bijlsma, J. W., & van Middendorp, H. (2012). The match-mismatch model of emotion processing styles and emotion regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.004>
- Gouin, J., Hantsoo, L. V., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). Stress, negative emotions, and inflammation. In J. Decety, & J. T. Cacioppo (Eds.) *The Oxford handbook of social neurosciences* (pp. 814–829). Oxford library of psychology. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342161.013.0054>
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Guney, Z. E. O., Sattel, H., Witthoft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PLoS ONE*, *14*(6), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Herrmann, M., Schölmerich, J., & Straub, R. H. (2000). Stress and rheumatic diseases. *Rheumatic disease clinics of North America*, *26*(4), 737–763. [https://doi.org/10.1016/s0889-857x\(05\)70167-8](https://doi.org/10.1016/s0889-857x(05)70167-8)
- Kalil-Gaspar, P. (2003). Neuropeptídeos na pele. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *78*(4), 483–498. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000400010>
- Kissen, D. M. (1963). The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine. *The journal of nervous and mental disease*, *136*(1), 34–42. <https://doi.org/10.1097/00005053-196301000-00004>
- Koehler, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of

- emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic research*, 107, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (Tamen, P., Trans.; 4a ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Lewis, M. D. (2005). Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(2), 169–245. <https://doi.org/10.1017/s0140525x0500004x>
- Lipowski, Z. J. (1974). Physical illness and psychopathology. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 483–497. <https://doi.org/10.2190/7279-X24X-FPV9-E8WV>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075)
- Madeira, M. O. M., & Jorge, M. A. C. (2019). O encantador do isso – Um retorno a Groddeck. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 22(2), 238–253. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n2p238.5>
- Maia, A. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: Um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 207–225. <http://hdl.handle.net/1822/5826>
- Marcus, M. D., Loucks, T. L., & Berga, S. L. (2001). Psychological correlates of functional hypothalamic amenorrhea. *Fertility and Sterility*, 76(2), 310–

316. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(01\)01921-5](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)01921-5)

Marucha, P. T., Kiecolt-Glaser, J. K., & Favagehi. (1998). Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 362–365.

<https://doi.org/10.1097/00006842-199805000-00025>

Matos, A., C. (2002). Esquizoidia e doença psicossomática: conservação de energia e inibição da ação. *Revista portuguesa de psicossomática*, 4(2), 9–33.

Matos, A. C. (2003). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada*. Climepsi editores.

Mazaheri M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iran Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(4), e954. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-954>

McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093–2101.

<https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>

Mello-Filho, J., & Moreira, M. D. (2010). Psicoimunologia hoje. In J. Mello-Filho, M. Burds e colaboradores (Eds.), *Psicossomática hoje*. (2a ed., pp. 167–213). Artmed Editora.

Milheiro, J. (2002). Prefácio – À maneira da água. In A. C. Matos (Eds.). *Mais amor menos doença: A psicossomática revisitada* (pp. 11–16). Climepsi editores.

Murphy, E., & Brown, G. W. (1980). Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *The British Journal of Psychiatry*, 136(4), 326–

338. <https://doi.org/10.1192/bjp.136.4.326>

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e

Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>

- Pedersen, A., Zachariae, R., & Bovbjerg, D. H. (2010). Influence of psychological stress on upper respiratory infection—A meta-analysis of prospective studies. *Psychosomatic Medicine*, 72(8), 823–832. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181f1d003>
- Pereira, A. M., Tiemensma, J., & Romijn, J. A. (2010). Neuropsychiatric Disorders in Cushing's Syndrome. *Neuroendocrinology*, 92(1), 65–70. <https://doi.org/10.1159/000314317>
- Pestana, M., H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Sílabo. <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
- Porro, M. L., Andrés, M. L. & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341–355. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a10.pdf>
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925–971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Reifenstein, E. C. (1946). Psychogenic or “Hypothalamic” Amenorrhea. *Medical Clinics of North America*, 30(5), 1103–1114. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(16\)35908-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)35908-9)
- Rodrigues, A. L., & França, A. C. L. (2010). Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: Via estresse e trabalho. In J. Mello-Filho, M. Burds e colaboradores (Eds.), *Psicossomática hoje*. (2a ed., pp. 11–134). Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1992)
- Rodríguez, J. A. P., Linares, V.R., González, A. E. M., & Guadalupe, L. A. O. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85–112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1342/134213131007>

- Rosa, A., & Pinheiro, C. (2003). A pele transparente: Do estado limite ao limite soma/psique. *Revista portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 32–36.
<https://www.redalyc.org/pdf/287/28750104.pdf>
- Rosengren, A., Orth-Gomer, K., Wedel, H., & Wilhelmsen, L. (1993). Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Medical Journal*, 307, 1102–5.
<https://doi.org/10.1136/bmj.307.6912.1102>
- Salovey, P., & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 539–551.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.3.539>
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist*, 55(1), 110–121. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.110>
- Sami-Ali, M. (2002). *Pensar O Somático - Imaginário e Patologia* (Marques, M. E., Trans.; 2a ed.). ISPA. (Trabalho original publicado em 1987)
- Siegel, J., & Brown, J. (1988). A prospective study of stressful circumstances, illness symptoms, and depressed mood among adolescents. *Developmental Psychology*, 24(5), 715–721. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.5.715>
- Silva, M. A. (2001). *Quem ama não adoece: o papel das emoções na prevenção e na cura das doenças* (Editora Pergaminho, Trans.; 2a ed.). Pergaminho. (Trabalho original publicado em 1998)
- Sonino, N., Zielesny, M., Fava, G. A., Fallo, F., & Boscaro, M. (1996). Risk factors and long-term outcome in pituitary-dependent Cushing's disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 81(7), 2647–2652.
<https://doi.org/10.1210/jcem.81.7.8675592>
- Stojanovich, L., & Marisavljevic, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease.

- Autoimmunity Reviews*, 7(3), 209–213. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2007.11.007>
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y., Knebel, A., Lane, R. D., & Wiltink, J. (2014). How is emotional awareness related to emotion regulation strategies and self-reported negative affect in the general population? *PLoS ONE*, 9(3), e91846. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091846>
- Suinn, R. M. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56(1), 27–36. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.1.27>
- Tarafdar, M., Cooper, C. L., & Stich, J.-F. (2017). The technostress trifecta - techno eustress, techno distress and design: Theoretical directions and an agenda for research. *Information systems journal*, 29(1), 6–42. <https://doi.org/10.1111/isj.12169>
- Terracciano, A., McCrae, R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European journal of psychological assessment*, 19(2), 131–141. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.2.131>
- Uliaszek, A. A., Prensky, E., & Baslet, G. (2012). Emotion regulation in profiles in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 23(3), 364–369. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.01.009>
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–83. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Watson, D., & Clark, L. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 267–296. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_4
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

WHO. (1998). *Health promotion glossary*. World Health Organization.

WHO. (2018). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A. Declaração de consentimento informado

Anexo B. Inquérito sociodemográfico (IS)

Anexo C. Patient health questionnaire (PHQ-15)

Anexo D. Escala de afetividade positiva e negativa (PANAS)

Anexo E. Escala de Ansiedade, depressão e *stress* (EADS-21)

Anexo F. Questionário de estado de saúde (SF36v2)

Anexo G. Escala de dificuldades de regulação emocional (DERS)

Anexo A. Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

O presente estudo tem como objetivo compreender o impacto das emoções na qualidade de vida da população. É uma investigação desenvolvida pela aluna Bárbara Maria Peres Videira, sob a orientação do Prof.º Doutor Rui Paixão.

Para colaborar basta responder a um questionário com duração aproximada de 10 minutos. A sua participação é voluntária e, por isso, tem o direito de desistir a qualquer momento, se assim o entender.

Os requisitos éticos inerentes à investigação serão cumpridos:

- a) Confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes;
- b) Utilização destes estritamente para fins da investigação;
- c) Dúvidas solicitadas acerca da investigação serão esclarecidas a qualquer momento.

Obrigada desde já pela colaboração!

Em caso de dúvidas contacte:

barbaravideira12@gmail.com

Anexo B. Inquérito Sociodemográfico (IS)

Sexo (Masculino/Feminino): _____

Idade (Anos): _____

Nacionalidade:

Portuguesa

Outra

Se selecionou “Outra” indique qual: _____

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a ou em união de facto

Divorciado/a

Viúvo/a

Outro

Escolaridade (Neste campo pretende-se que insira o último ano completo e concluído por si. Ex: 5º ano de escolaridade corresponde a 5 anos de escolaridade; Licenciatura corresponde a 15 ou 16 anos de escolaridade; Mestrado concluído corresponde a 17, etc.): _____

Situação Laboral:

Estudante

Empregado/a

Reformado/a ou Pensionista

Desempregado/a

Trabalhador/a-estudante

Se selecionou “Empregado/a”, indique a sua profissão: _____

Rendimentos Pessoais (Indique o valor mensal – se não tem, escreva “0”): _____

Rendimentos Familiares (Indique o valor mensal): _____

Selecione se tem ou já teve alguma das seguintes doenças médicas ou sintomas:

- Asma
- Diabetes
- Cefaleias (dor de cabeça)
- Doença autoimune
- Cancro
- Doença infecciosa
- Úlcera péptica/gástrica
- Amenorreia hipotalâmica (Ausência de menstruação durante mais de 6 meses)
- Doença inflamatória intestinal
- Doença gastrointestinal
- Enfarte do miocárdio (Ataque cardíaco)
- Doença cardiovascular
- Doença cerebrovascular
- Psoríase ou alopecia (calvície) areata ou urticária
- Doença de graves (hipertiroidismo)
- Síndrome de Cushing

Anexo C. Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

SINTOMAS FÍSICOS (PHQ-15)

Nas últimas 4 semanas, até que ponto se sentiu incomodado(a) pelos seguintes sintomas?

Por favor, assinale com um X a
resposta mais correta

	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Muito incomodado
a. Dores de estômago			
b. Dores nas costas			
c. Dores nos braços, pernas ou articulações (joelhos, ancas, etc.)			
d. Dores de cabeça			
e. Dor no peito			
f. Tonturas			
g. Desmaios			
h. Coração a bater com força ou acelerado			
i. Falta de ar			
j. Dor ou problemas durante a relação sexual			
k. Obstipação (prisão de ventre), intestino solto ou diarreia			
l. Náusea, gases ou indigestão			
m. Fadiga ou falta de energia			
n. Dificuldades em dormir			
SÓ MULHERES o. Cólicas menstruais ou outros problemas relacionados com a menstruação			

Anexo D. Escala de afetividade positiva e negativa (PANAS)

PANAS-VRP

Este questionário consiste num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a resposta correta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta: 1 "Nada ou muito ligeiramente"; 2 "Um pouco"; 3 "Moderadamente"; 4 "Bastante"; 5 "Extremamente".

Indique em que medida [*Inserir a instrução temporal de resposta apropriada*].

	1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

Anexo E. Escala de Ansiedade, depressão e stress (EADS-21)

<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo F. Questionário de estado de saúde (SF36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
-------------	----------------	----------	---------------	------------

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5
-------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a 1	Sim, um pouco limitado/a 2	Não, nada limitado/a 3
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Anexo G. Escala de dificuldades de regulação emocional (DERS)

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si colocando o número apropriado da escala abaixo indicada na linha anterior a cada item:

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----
quase nunca (0-10%)	algumas vezes (11-35%)	metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- ___ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- ___ 2) Presto atenção a como me sinto.
- ___ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.
- ___ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- ___ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- ___ 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- ___ 7) Sei exactamente como me estou a sentir.
- ___ 8) Interesso-me por aquilo que estou a sentir.
- ___ 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- ___ 10) Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.
- ___ 11) Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- ___ 12) Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.
- ___ 13) Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.

- ___ 14) Quando estou chateado, fico fora de controlo.
- ___ 15) Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- ___ 16) Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- ___ 17) Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.
- ___ 18) Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- ___ 19) Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.
- ___ 20) Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas
- ___ 21) Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- ___ 22) Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- ___ 23) Quando estou chateado, sinto que sou fraco.
- ___ 24) Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos
- ___ 25) Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.
- ___ 26) Quando estou chateado, tenho dificuldades em concentrar-me.
- ___ 27) Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- ___ 28) Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- ___ 29) Quando estou chateado, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- ___ 30) Quando estou chateado, começo a sentir-me muito mal comigo próprio
- ___ 31) Quando estou chateado, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- ___ 32) Quando estou chateado, perco o controlo sobre os meus comportamentos.
- ___ 33) Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- ___ 34) Quando estou chateado, dedico algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.
- ___ 35) Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor
- ___ 36) Quando estou chateado, as minhas emoções parecem avassaladoras.