

# **Relação entre mindfulness disposicional, regulação emocional, inflexibilidade psicológica e sintomatologia emocional numa amostra clínica**

**Ana José Mendes Meireles**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória  
Co-orientador: Prof. Doutor Ricardo João Teixeira  
Co-orientadora: Prof. Doutora Célia Maria Pinto Nunes

**maio de 2020**



# **Dedicatória**

À minha família, especial à minha bisavó Emília- o meu pilar de sempre.



# Agradecimentos

Aos meus avós, que me transmitem paz, serenidade e me chamam à razão. Por serem uma presença assídua desde sempre. Foram eles que me inspiraram e incentivaram a prosseguir, com esforço, dedicação e amor. Por serem a minha grande referência, obrigada!

Aos meus pais, que sempre me apoiaram da melhor maneira e incentivaram a seguir os meus sonhos, pelo amor incondicional e por serem um suporte fulcral.

À minha irmã Irene, por ser um grande orgulho, pelo seu apoio fundamental e incansável, pela racionalidade, pelas conversas, risos, por todos os momentos e por todo o amor e carinho partilhado.

À Teresa, o meu grande pilar ao longo desta jornada, por toda a paciência, amizade, companheirismo, tranquilidade, racionalidade e por nunca desistir e acreditar sempre em mim.

Aos meus orientadores, por todo o seu tempo despendido, pelo auxílio com a análise estatística, pelas críticas construtivas e por toda a ajuda dispensada.

À Ana Catarina, por ser um amparo constante, uma voz amiga, por todo o carinho, companheirismo e por ter estado sempre presente.

Às minhas companheiras de treino, que por serem uma presença constante se tornaram num apoio inolvidável, num motivo e num incentivo à superação pessoal.

Aos Dinos e à família da Covilhã que me proporcionou um percurso académico recheado de aventuras, alegria, sentido de companheirismo, união e crescimento pessoal.

A todos os meus amigos e conhecidos, porque temos sempre alguma coisa a aprender com quem nos rodeia.



# Resumo

**Introdução:** A saúde mental é um elemento basilar no estado de saúde holístico do indivíduo. São múltiplas as variáveis que interferem com a saúde mental dos indivíduos, culminando em sintomatologia emocional mais ou menos elevada. Neste estudo as variáveis a ser estudadas incluem: variáveis sociodemográficas, regulação emocional, inflexibilidade psicológica e mindfulness disposicional.

A regulação emocional de um indivíduo permite que este se mantenha flexível e estável perante as mais diversas situações que lhe exijam qualquer tipo de adaptação.

A flexibilidade psicológica é a capacidade de um indivíduo se manter em contacto com o momento presente, tendo consciência dos seus pensamentos e das suas emoções, bem como moldar os seus comportamentos consoante as diferentes situações que possam surgir.

O mindfulness disposicional é um traço inerente ao próprio indivíduo no qual este apresenta um estado de consciência e atenção plena sem julgamento e de aceitação sem que haja prática de meditação.

**Objetivo:** Assim, é desiderato deste trabalho estudar a influência da regulação emocional, da inflexibilidade psicológica e do mindfulness disposicional, bem como da idade, do sexo, do estado civil, da escolaridade e da situação profissional na sintomatologia emocional.

**Materiais e métodos:** O estudo foi baseado numa amostra de 390 pacientes acompanhados em terapia cognitivo-comportamental numa clínica de saúde mental. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Mindfulness de Filadélfia (PHLMS), a Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS), o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ -II) e o Inventário Breve de Sintomas (BSI).

**Resultados:** Os resultados obtidos, com base na amostra clínica referente a este estudo, sugerem que existe uma relação significativa entre sintomatologia emocional e o género, sendo as mulheres que têm maior possibilidade de desenvolver sintomatologia emocional. Parece haver, também uma tendência para uma relação entre a sintomatologia emocional e a idade dos pacientes, sendo que a idade é mais elevada para o grupo dos que apresentam menos sintomatologia emocional.

Indivíduos que apresentavam sintomatologia emocional reduzida apresentaram valores significativamente mais elevados de mindfulness, nas subescalas PHLMS aceitação e PHLMS total, e de regulação emocional, na subescala melhoria do afeto intrínseco. Relativamente à regulação emocional -pioria afeto extrínseco e pioria afeto intrínseca- e à

inflexibilidade psicológica total valores mais elevados nestas estão associados a sintomatologia emocional elevada.

**Conclusão:** Com este estudo podemos concluir que o mindfulness e a regulação emocional são fatores protetores de sintomatologia emocional, isto é, níveis mais elevados de destes estão associados a sintomatologia emocional reduzida. Contrariamente, a inflexibilidade psicológica é um fator de risco para os sintomas emocionais, ou seja, valores mais elevados de inflexibilidade psicológica encontram-se associados a sintomatologia emocional elevada.

## **Palavras-chave**

Regulação emocional; mindfulness; inflexibilidade psicológica; sintomatologia emocional; psiquiatria; psicologia; saúde mental;

# Abstract

**Introduction:** Mental health is a basic element in the individual's holistic health status. There are multiple variables which interfere with the mental health of individuals, culminating in more or less high emotional symptoms. In this study, the variables to be studied include: emotion regulation, psychological inflexibility, dispositional mindfulness and a set of sociodemographic variables.

The emotion regulation of an individual allows him to remain flexible and stable in the most diverse situations in which some degree of adaptation is required.

Psychological flexibility is the ability of an individual to keep in touch with the present moment, being aware of his thoughts and emotions, as well as to shape his behaviors according to the different situations that may arise.

The dispositional mindfulness is a trait inherent to the individual himself, in which he presents a state of awareness and full attention without judgment and acceptance without the practice of meditation.

**Objective:** The purpose of this work is to study the influence of emotion regulation, psychological inflexibility and dispositional mindfulness, as well as age, sex, marital status, education and professional situation, in emotional symptomatology.

**Methods:** The study was based on a sample of 390 patients followed up on cognitive-behavioral therapy at a mental health clinic.

The instruments used were the Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), the Emotion Regulation of Others and Self (EROS) scale, the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ -II) and the Brief Symptom Inventory (BSI).

**Results:** The results obtained, based on the clinical sample referring to this study, suggest that there is a significant relationship between emotional symptomatology and gender, being that women are more likely to develop emotional symptoms. There also seems to be a trend towards a relationship between emotional symptoms and the age of the patients, with those with a higher average age having less emotional symptoms.

Individuals who presented reduced emotional symptoms had significantly higher values of mindfulness, in the subscales PHLMS acceptance and PHLMS total, and of emotional regulation, in the subscale improvement of intrinsic affect. Regarding emotion regulation - worsening extrinsic affect and worsening intrinsic affect - and psychological inflexibility, higher values in these are associated with high emotional symptoms.

**Conclusion:** With this study, we can conclude that mindfulness and emotional regulation are protective factors of emotional symptomatology, that is, higher levels of mindfulness and emotional regulation are associated with reduced emotional symptoms. On the other hand, psychological inflexibility is a risk factor for emotional symptomatology, that is, higher values of psychological inflexibility are associated with more emotional symptoms.

## **Keywords**

Emotion regulation; mindfulness; psychological inflexibility; emotional symptomatology; psychiatry; psychology; mental health;

# Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	viii
Abstract	ix
Keywords	x
Índice	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos e Siglas	xv
1. Introdução	1
2. Materiais e Método	3
2.1 Tipo de estudo	3
2.2 Participantes	3
2.3 Questionário e variáveis	4
2.4 Procedimento	5
2.5. Análise dos dados	6
3. Resultados	9
3.1 Análise descritiva das variáveis em estudo	9
3.2 Relação entre sintomatologia emocional e as restantes variáveis em estudo	10
3.3. Fatores que influenciam significativamente a sintomatologia emocional dos pacientes	13
4. Discussão	15
5. Conclusão	19
6. Referências	21
Anexos	25



# **Lista de Tabelas**

Tabela1 - Descrição sociodemográfica da amostra

Tabela2 - Análise descritiva das variáveis em estudo

Tabela3 -Relação entre a sintomatologia emocional e as variáveis sociodemográficas

Tabela 4 - Sintomatologia emocional em função do nível da regulação emocional, da inflexibilidade psicológica e do mindfulness

Tabela 5 - Modelo de regressão logística



## **Lista de Acrónimos e Siglas**

PHLMS	Escala de Mindfulness de Filadélfia
EROS	Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu
AAQ	Questionário de Aceitação e Ação II
BSI	Inventário Breve de Sintomas
IGS	Índice Geral de Sintomas
ISP	Índice de Sintomas Positivos
TSP	Total de Sintomas Positivos
DGS	Direção Geral de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences®
ROC	Receiver Operating Characteristic
AUC	Area Underthe Curve
OR	Odds Ratio



# Introdução

Em Portugal, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), as perturbações mentais mais comuns são as perturbações depressivas e de ansiedade, respetivamente, com uma prevalência anual de 16,5% e de 7,9%.<sup>(1)</sup> Na globalidade das perturbações mentais comuns verifica-se uma prevalência de 22,9%.<sup>(1)</sup>

Atualmente, as perturbações mentais e os problemas que lhes são inerentes são a principal causa de incapacidade e uma das causas mais importantes de mortalidade precoce nos países industrializados, nos quais se inclui Portugal.<sup>(1,2)</sup>

A saúde mental é fulcral no estado de saúde holístico do indivíduo. A saúde mental, como conceito abstrato, é entendida como a aptidão adaptativa perante novas situações e tensões normais decorrentes do quotidiano, autoanálise de possíveis sinais de mal-estar, estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, bem como de projetos e objetivos de vida.<sup>(3)</sup>

A saúde mental e o bem-estar psíquico estabelecem o elo de ligação entre o cérebro, as experiências vivenciadas no quotidiano e as emoções envolvidas. Ainda que de difícil definição, emoções são processos complexos e dinâmicos de cariz biológico, fisiológico, neuronal, cognitivo e comportamental que promovem respostas adaptativas perante diferentes situações.<sup>(4,5)</sup>

São múltiplas as variáveis indicadas pela literatura como estando relacionadas com sintomatologia emocional, entre elas destacam-se - e irão ser focadas neste trabalho - as seguintes: regulação emocional, inflexibilidade psicológica, mindfulness disposicional, sexo e idade.

Regular as emoções no dia a dia é de extrema importância para o equilíbrio e adaptação de todos nós. Assim, assume-se regulação emocional como um sistema essencial para o indivíduo se manter flexível e estável perante as mais diversas situações que lhe exijam qualquer tipo de adaptação. A regulação emocional é importante para identificar, consciencializar, interpretar e rotular as emoções bem como aceitar e tolerar emoções negativas. Engloba 2 tipos de regulação: a intrínseca e a extrínseca.

Vários estudos associam níveis mais baixos de regulação emocional a maiores níveis de sintomatologia emocional.<sup>(6,7)</sup>

A flexibilidade psicológica é a capacidade de um indivíduo se manter em contacto com o momento presente, tendo consciência dos seus pensamentos, das suas emoções assim moldar os seus comportamentos consoante as diferentes situações que possam surgir.<sup>(8,9)</sup> Sumariamente, entende-se como capacidade de viver ativamente um

acontecimento tal e qual como ele é. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado de forma consistente que a inflexibilidade psicológica se relaciona com maior vulnerabilidade para sintomatologia emocional.(10–12)

O mindfulness é uma conduta de autorregulação com origem nas práticas budistas, baseado na aceitação e consciencialização equilibrada de si próprio e do que o rodeia. O mindfulness disposicional é um traço inerente ao próprio indivíduo, no qual este apresenta um estado de consciência e atenção plena, sem julgamento e de aceitação sem que haja prática de meditação.(13–15)

Neste sentido, associado a níveis mais elevados de mindfulness disposicional verificam-se um aumento da autoestima, da autorregulação, da aceitação de si mesmo associado à maior capacidade de adaptação cognitiva e modulação positiva na resposta a vários estímulos/emoções/situações.(16)

Múltiplos estudos comprovam que o mindfulness se relaciona com a diminuição dos sintomas psicológicos e somáticos gerais. Um exemplo desta realidade é o da dor crónica no qual a atenção plena influencia positivamente a intervenção e tratamento das dimensões psicológicas da dor bem como a diminuição das restrições em atividades de vida diárias causadas pela dor.

Emocionalmente, a prática de mindfulness a curto e a longo prazo cursa com uma regulação aprimorada das emoções, refletindo-se na aquisição de estratégias favoráveis para o indivíduo.(17)

Há também uma manifesta diminuição dos níveis de stress, da sintomatologia sentida, de depressão, de ansiedade, bem como de potenciais recaídas. Sendo assim é uma potencial ferramenta de prevenção e intervenção em problemas afetos à saúde mental, bem como à regulação emocional.

No que concerne à sintomatologia emocional associada ao sexo, é evidenciado através de vários estudos que as mulheres apresentam uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento de perturbações emocionais, apresentando níveis mais elevados de ansiedade e depressão quando comparadas com os homens.(18–20)

Relativamente à sintomatologia emocional associada à idade, vários estudos sustentam a hipótese de que a depressão é menos frequente e menos grave em idades mais avançadas. (18,21,22)

Assim, é desiderato deste trabalho estudar a influência da regulação emocional, da inflexibilidade psicológica e do mindfulness disposicional, bem como da idade, do sexo, do estado civil, da escolaridade e da situação profissional na sintomatologia psicopatológica.

# **Materiais e métodos**

## **Tipo de estudo**

Este estudo é de carácter observacional analítico e transversal.

Assim, é um estudo que pretende estudar a influência da regulação emocional, da inflexibilidade psicológica e do mindfulness na sintomatologia emocional com base na consulta e análise de dados resultantes do preenchimento de um questionário, num momento específico.

## **Participantes**

A amostra deste estudo incluiu 390 utentes acompanhados em terapia de orientação cognitivo-comportamental numa clínica de saúde mental do distrito do Porto, com idades compreendidas entre os 13 e os 66 anos, tendo sido aplicado um questionário por cada paciente.

Não se implementaram critérios de exclusão com a ressalva de os participantes não terem problemas neurológicos e cognitivos que pudessem interferir no preenchimento de instrumentos de autorrelato.

Na Tabela 1 observam-se os dados sociodemográficos da amostra. A média de idades era de aproximadamente 34 anos ( $34,33 \pm 9,99$ ). A maioria dos participantes era do sexo feminino (66,4%). Relativamente às habilitações literárias dos participantes, 59% apresentavam instrução superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento) e em relação ao status profissional cerca de 63,9% destes estava empregado.

Atendendo à dimensão da amostra do presente estudo, o erro de estimativa cometido é inferior a 5%, considerando um grau de confiança de 95%.

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica da amostra

		n	%
Sexo	Masculino	131	33,6
	Feminino	256	66,4
Estado civil	Casado/junto	175	44,9
	Solteiro	191	49,0
	Divorciado/separado/viúvo	24	6,1
Estado civil classes	Acompanhado	175	44,9
	Sozinho	215	55,1
Escolaridade	<= 9º ano	39	10,0
	12º ano	121	31,0
	Licenciatura	173	44,4
	Mestrado/ Doutoramento	57	14,6
Situação Profissional	Desempregado	64	16,4
	Trabalha	249	63,9
	Estudante	71	18,2
	Reformado	6	1,5
	Média ± Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	34,33 ± 9,99	13	66

## Questionário e variáveis

Aplicou-se um questionário que incluía as escalas das variáveis em estudo, estando devidamente validadas para a população portuguesa (Anexo 1).

### Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu - EROS

EROS é a Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu. É uma escala *likert* de 5 pontos, entre 1 (nada) e 5 (muito), constituída por 19 itens respeitantes à regulação interpessoal das emoções e abrange os 4 principais tipos de regulação emocional: melhoria intrínseca do afeto, pioria intrínseca do afeto, melhoria extrínseca do afeto e pioria extrínseca do afeto. (23)

### O Questionário de Aceitação e Ação II - AQQ-II

O Questionário de Aceitação e Ação II (AQQ-II) é uma escala de domínio único que tem como objetivo avaliar a inflexibilidade psicológica ou o evitamento experiencial de quem o responde, não sendo uma ferramenta de diagnóstico para perturbações psicológicas. É um questionário de autorrelato com 7 itens avaliados numa escala tipo *likert* de 1 a 7, em que 1 corresponde a nunca verdadeiro e 7 a sempre verdadeiro. (24)

Resultados com valores mais elevados predizem maior inflexibilidade psicológica ou maior evitamento experiencial.

### **Escala de Mindfulness de Filadélfia - PHLMS**

A Escala de Mindfulness de Filadélfia (PHLMS) é uma escala composta por 20 itens, que tem como objetivo avaliar o mindfulness em 2 componentes centrais: aceitação e consciencialização. Trata-se de um instrumento de autorresposta composto por 20 itens avaliados numa escala *likert* de 1 a 5, (1 nunca a 5 sempre).

Valores mais elevados indicam um estado de maior atenção plena.(25)

### **Inventário Breve de Sintomas - BSI**

O Inventário Breve de Sintomas (BSI) é uma escala autorrelato constituída por 53 itens. É indicada para avaliar sintomas psicopatológicos que configura e retrata a sintomatologia e o mal-estar psicológico de quem o responde. (26)

Há 9 dimensões que são analisadas com este questionário: somatização, obsessões e compulsões, ansiedade, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ideação paranoide, psicoticismo e ansiedade fóbica.

Adicionalmente, avalia também 3 índices globais: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP). Estes 3 índices mais globais constituem juízos sumários da perturbação emocional calculando o mal-estar psicológico bem como o número de sintomas apresentados.

Procedeu-se à dicotomização da variável sintomatologia emocional (BSI) em duas categorias: sintomatologia emocional reduzida e elevada. Esta dicotomização foi feita tendo como ponto de corte um valor de índice de sintomas positivos superior ou igual a 1,7 ( $ISP \geq 1,7$ ).

## **Procedimento**

Os participantes responderam, de forma anónima e confidencial, ao questionário já citado que englobava perguntas de cariz sociodemográfico e as perguntas relativas às diferentes variáveis em estudo configuradas na forma de escalas: Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS), Escala de Mindfulness de Filadélfia (PHLMS), Escala de Aceitação e Ação II (AAQ-II) e Inventário Breve de Sintomas (BSI).

Antes do preenchimento do questionário, os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o conteúdo do mesmo e foram assegurados o anonimato e a confidencialidade das respostas.

A recolha de dados foi realizada após o parecer favorável da comissão de ética da referida clínica (Anexo 2).

## **Análise dos dados**

Após a recolha dos dados através do instrumento utilizado, a análise estatística foi realizada com o auxílio do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 25, para Mac Os.

Numa primeira fase, foi realizada uma análise descritiva dos dados por forma a obter uma descrição dos mesmos (foram determinadas as frequências relativas e absolutas das variáveis qualitativas e a média, desvio-padrão, valor máximo e valor mínimo das variáveis quantitativas).

Seguidamente, usaram-se alguns métodos da estatística inferencial. Foi realizada uma análise bivariada entre a sintomatologia emocional e as variáveis em estudo.

Recorreu-se ao teste do qui-quadrado ou ao teste exato de Fisher (no caso em que mais de 20% das células das tabelas de contingência apresentaram uma frequência esperada inferior a 5) para verificar a existência de relação entre as variáveis qualitativas e o BSI.

Com o propósito de se quantificar o grau de associação entre estas variáveis aplicou-se o coeficiente de associação V de Cramer. A classificação baseou-se no seguinte critério:(27)

- V < 0,1 - associação muito fraca;
- 0,1 ≤ V < 0,3 - associação fraca;
- 0,3 ≤ V < 0,5 - associação moderada;
- V ≥ 0,5- associação forte.

Relativamente à existência de diferença significativa entre os valores das variáveis quantitativas para os dois grupos(sintomatologia emocional reduzida e sintomatologia emocional elevada),recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney uma vez que os pressupostos para a utilização do teste t com amostras independentes (normalidade dos dados) não se verificaram. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. (Anexo 3)

Foi ajustado um modelo de regressão logística por forma a perceber quais os fatores que influenciam a presença de sintomatologia emocional elevada nos pacientes, tendo sido considerada como variável dependente a sintomatologia emocional e utilizada a escala BSI dicotomizada.Como variáveis independentes foram consideradas as variáveis que apresentaram uma relação significativa aquando da realização da análise bivariada (sexo, mindfulness aceitação, regulação emocional: pioria intrínseca do afeto, melhoria intrínseca do afeto, pioria extrínseca do afeto e inflexibilidade psicológica). Não se

verificaram situações de multicolinearidade/colinearidade entre as variáveis independentes inseridas no modelo.

Para interpretar se o modelo se ajusta bem aos dados, recorreu-se ao teste de HosmerandLemeshow. A área abaixo da curva ROC (ReceiverOperatingCharacteristic), AUC, foi apresentada por forma a analisar o poder discriminante do modelo e a percentagem de variação explicada da BSI pelo modelo foi calculada através do  $R^2_{\text{NegelKerke}}$ . Como método de seleção das variáveis foi utilizado o *BackwardStepwise(Likelihood Ratio)*.



# Resultados

## Análise descritiva das variáveis em estudo

A Tabela 2 apresenta os valores máximos e mínimos bem como o valor médio e o desvio-padrão calculados para cada variável e para as respectivas escalas e subescalas tendo por base as respostas ao questionário aplicado aos participantes deste estudo.

Tabela 2 –Análise descritiva das variáveis em estudo

Variáveis e escalas	Subescalas	Média ± desvio padrão	Mínimo	Máximo
Mindfulness (PHLMS)	Consciencialização	37,32±6,26	17	50
	Aceitação	24,84±6,17	11	46
	Total	62,16± 7,36	39	90
Regulação emocional (EROS)	Melhoria afeto extrínseco	3,53±0,89	1	5
	Pioria afeto extrínseco	1,54±0,81	1	5
	Melhoria afeto intrínseco	3,04±0,83	1	5
	Pioria afeto intrínseco	1,77±0,91	1	5
Inflexibilidade psicológica (AAQ II)	Total	33,69±8,95	7	49
Perturbação emocional (BSI)	Somatização	8,44±6,34	0	27
	Obsessões e Compulsões	11,31±5,52	0	24
	Sensibilização interpessoal	6,44±4,16	0	16
	Depressão	10,72±6,18	0	23
	Ansiedade	10,25±5,75	0	24
	Hostilidade	6,45±4,30	0	20
	Ansiedade Fóbica	6,32±5,42	0	20
	Ideação paranóide	7,79±4,71	0	19
	Psicoticismo	6,70±4,21	0	19

Pela análise da Tabela 2, podemos observar que os valores máximos obtidos coincidem na sua maioria com os valores máximos possíveis de cada subescala excetuando-se as seguintes: PHLMS aceitação e PHLMS total. No que concerne à sintomatologia emocional na escala BSI, os resultados obtidos através do preenchimento do questionário são também, na sua maioria, coincidentes com os valores máximos possíveis para as subescalas correspondentes com exceção das seguintes: somatização, depressão, ideação paranoide e psicoticismo.

Relativamente aos valores mínimos, verifica-se que estes são, na sua maioria, concordantes com os valores mínimos possíveis de cada subescala excetuando-se a variável mindfulness na totalidade das suas subescalas: PHLMS consciencialização, PHLMS aceitação e PHLMS total.

## **Relação entre sintomatologia emocional e as restantes variáveis em estudo**

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos participantes com sintomatologia emocional reduzida e elevada considerando cada variável sociodemográfica analisada bem como a percentagem correspondente. No caso específico da idade, são apresentados a média e o desvio padrão.

Pela análise da Tabela 3, podemos constatar que existe uma relação significativa entre sintomatologia emocional e o sexo, sendo o grau de associação entre as variáveis fraco ( $p < 0,05$ ;  $V = 0,113$ ). É importante referir que, dos pacientes que apresentam sintomatologia emocional elevada, 69,4% são do sexo feminino (isto apesar de em ambos os sexos a maioria dos pacientes apresentar sintomatologia emocional elevada).

Parece haver uma tendência para a existência de relação entre a sintomatologia emocional e a escolaridade ( $p < 0,1$ ), sendo que a maioria dos pacientes com sintomatologia emocional elevada é licenciado (45%).

É importante referir ainda que parece haver uma tendência para a existência de relação entre a sintomatologia emocional e a idade dos pacientes ( $p < 0,1$ ), sendo que são os que apresentam sintomatologia emocional reduzida os que têm uma idade mais elevada.

Tabela 3 – Relação entre a sintomatologia emocional e as variáveis sociodemográficas

		BSI					
		Com sintomatologia emocional reduzida <sup>a</sup>		Com sintomatologia emocional elevada <sup>a</sup>		<i>p-value</i>	V de Cramer
		n	%	n	%		
Totais		98	25,1	291	74,9		
Sexo	Masculino	42	42,9 32,1	89	30,6 67,9	0,035**#3	0,113
	Feminino	56	57,1 21,7	202	69,4 78,3		
Estado Civil	Casado/Junto	51	52,0 29,1	124	42,6 70,9	0,263#3	0,083
	Solteiro	42	42,9 22,1	148	50,9 77,9		
	Divorciado/ separado/viúvo	5	5,1 20,8	19	6,5 79,2		
Escolaridade	≤ 9º ano	5	5,1 12,8	34	11,7 87,2	0,094*#3	0,128
	12º ano	32	32,7 26,4	89	30,6 73,6		
	Licenciatura	41	41,8 23,8	131	45,0 76,2		
	Mestrado/ Doutoramento	20	20,4 35,1	37	12,7 64,9		
Situação Profissional	Desempregado	10	10,2 15,6	54	18,6 84,4	0,198#4	0,109
	Trabalha	70	71,4 28,2	178	61,1 71,8		
	Estudante	17	17,4 23,9	54	18,6 76,1		
	Reformado	1	1,0 16,7	5	1,7 83,3		
		Média ± Desvio padrão		Média ± Desvio padrão		<i>p-value</i> <sup>#5</sup>	
Idade		35,63 ± 9,58		33,89 ± 10,12		0,074*	

<sup>a</sup> Ponto de corte: ISP (índice sintomas positivos) ≥ 1,7

#3 - Teste de Qui-quadrado; #4 – Teste Exato de Fischer; #5-Teste de Mann-Whitney; \*\*\*p<0,01; \*\*p<0,05;

\*p<0,1.

A Tabela 4 mostra a média e o desvio padrão das respostas dos participantes para cada subescala em estudo em cada um dos grupos da escala BSI.

Apresenta-se também o p-value do teste aplicado para estabelecer a relação entre as variáveis mindfulness, regulação emocional e inflexibilidade psicológica e a sintomatologia emocional.

Tabela 4 – Relação entre mindfulness, regulação emocional e inflexibilidade psicológica com sintomatologia emocional

Variável	Subescala	BSI		<i>p-value</i> <sup>#5</sup>
		Sintomatologia emocional reduzida <sup>a</sup>	Sintomatologia emocional elevada <sup>a</sup>	
		Média ± desvio padrão	Média ± desvio padrão	
Mindfulness	PHLMS Consciencialização	37,23 ± 5,84	37,33 ± 6,40	0,906
	PHLMS Aceitação	26,51 ± 6,26	24,25 ± 6,04	0,001***
	PHLMS Total	63,74 ± 7,00	61,58 ± 7,38	0,013**
Regulação emocional	Melhoria afeto Extrínseco	3,64 ± 0,79	3,49 ± 0,92	0,355
	Pioria afeto Extrínseco	1,37 ± 0,06	1,60 ± 0,86	0,028**
	Melhoria afeto Intrínseco	3,22 ± 0,80	2,97 ± 0,80	0,007***
	Pioria afeto Intrínseco	1,36 ± 0,51	1,91 ± 0,97	<0,001***
Inflexibilidade psicológica		27,01 ± 8,65	36,04 ± 7,68	<0,001***

<sup>a</sup>Ponto de corte: ISP ≥ 1,7; #5 - Teste de Mann-Whitney; \*\*\*p < 0,01; \*\*p < 0,05; \*p < 0,1

Pela interpretação da Tabela 4, concluímos que existe uma diferença significativa entre os indivíduos que apresentam sintomatologia emocional reduzida e os que apresentam sintomatologia emocional elevada, o que respeita às variáveis mindfulness (PHLMS aceitação e PHLMS total), regulação emocional (EROS: pioria afeto extrínseco, melhoria afeto intrínseco e pioria afeto intrínseco) e inflexibilidade psicológica (AAQ- II).

Pode-se observar que a variável mindfulness, nas subescalas PHLMS aceitação etotal, e a variável regulação emocional, na subescalamelhoria feto intrínseco, apresentam um valor significativamente mais elevado para o caso dos pacientes com sintomatologia emocionalreduzida.

Quanto à regulação emocional, nas subescalas pioria afeto extrínseco e pioria afeto intrínseco, e à inflexibilidade psicológica total os valores são significativamente mais elevados para o caso dos pacientes com sintomatologia emocionalelevada.

## **Fatores que influenciam a sintomatologia emocional dos pacientes**

A Tabela5 contemplaos resultados obtidos após aplicação de um modelo de regressão logística tendo sido considerada como variável dependente a sintomatologia emocional e como variáveis independentes que apresentaram uma relação significativa com a variável dependente nas análises anteriores.

Tabela 5 - Modelo de regressão logística incluindo as variáveis que influenciam significativamente a

			IC 95%		
	Coef.	p-value	OR	Inferior	Superior
Constante	-3,533	<0,001	0,029		
Sexo <sup>b</sup>	0,596	0,031	1,814	1,056	3,117
Regulação emocional - Pioria intrínseca do afeto	0,728	0,001	2,070	1,340	3,199
Inflexibilidade psicológica	0,117	<0,001	1,124	1,086	1,163

p<sub>Hosmer-Lemeshow</sub>=0,720; R<sup>2</sup><sub>Negelkerke</sub>=0,322; AUC=0,811, IC<sub>95%</sub>= [0,764;0,858]; % Classificação Global Correta=79,2%

sintomatologia emocional.

b. Categoria de referência= homem

De acordo com os dados da Tabela 5, conclui-se que o modelo se ajusta bem aos dados ( $p_{\text{Hosmer}} > 0,05$ ). Cerca de 32,2% da variação da sintomatologia emocional é explicada através do modelo ( $R^2_{\text{NegelKerke}} = 0,322$ ). O modelo classifica corretamente 79,2% dos dados e tem um bom poder discriminante ( $AUC = 81,1\%$ ).

Observamos uma relação significativa entre a regulação emocional e a sintomatologia emocional: por cada unidade de aumento da escala regulação emocional, na subescala pioria intrínseca do afeto, a chance de apresentar sintomatologia emocional elevada duplica (OR=2,070; IC<sub>95</sub>= [1,340;3,199]).

Observamos uma relação significativa entre a inflexibilidade psicológica e a sintomatologia emocional: por cada unidade de aumento da inflexibilidade psicológica, a chance de apresentar sintomatologia emocional elevada aumenta 12,4% (OR=1,124; IC<sub>95</sub>= [1,086 ;1,163]).

Relativamente à variável sexo, as mulheres têm 81,4% mais possibilidade de desenvolver sintomatologia emocional elevada quando comparadas com os homens (OR=1,814; IC<sub>95</sub>= [1,056;3,117]).

## Discussão

A saúde mental é um conceito abstrato e complicado de definir, pelo que não há consenso entre autores na sua definição. Segundo a OMS, saúde mental é definida como “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere*”.(29) A saúde mental é um elemento fulcral na individualidade e no bem-estar da pessoa e está intrinsecamente relacionada com a saúde física e social, constituindo-se assim uma tríade interdependente. É incontestável que a maioria das doenças é influenciada por fatores biopsicossociais.(28)

Cada vez mais há uma crescente preocupação com o estado de saúde mental da população, quer nacional quer mundial, pois tem-se verificado uma incidência crescente de perturbações mentais. Assim, é fulcral sensibilizar de forma efetiva os indivíduos e a sociedade para a natureza e o impacto destes problemas, por forma a diminuir o estigma associado e aumentar o seu controlo.

O presente estudo teve como objetivo principal estudar a relação entre regulação emocional, flexibilidade psicológica, mindfulness disposicional e sintomatologia emocional.

Relativamente à variável regulação emocional representada nas suas subescalas, verificam-se valores significativamente mais elevados de melhoria do afeto intrínseco no grupo de pacientes com sintomatologia emocional reduzida.

No caso da pioria do afeto extrínseco e pioria do afeto intrínseco, são os indivíduos com sintomatologia emocional elevada que apresentam valores significativamente mais elevados. Os resultados do modelo de regressão logística confirmam esta relação. Um estudo de Coutinho, obteve resultados semelhantes, concluindo que indivíduos com psicopatologia apresentam diferenças significativas no que concerne à regulação emocional, isto é, apresentam dificuldades e limitações relativas à regulação emocional.(7)

Quando analisada a variável inflexibilidade psicológica, verificou-se que existe uma probabilidade acrescida dos indivíduos apresentarem sintomatologia emocional elevada quando têm maiores níveis de inflexibilidade psicológica. Múltiplos estudos referem que a inflexibilidade psicológica, por ser no imediato uma incapacidade de modificar e/ou adaptar um comportamento face a um acontecimento inesperado, aumenta o nível de stress quer a curto quer a longo prazo o que leva a uma maior vulnerabilidade para manifestação futura de psicopatologia, desregulação emocional e conseqüentemente ansiedade ou depressão.(11)(12)

Segundo Bond, níveis mais elevados de inflexibilidade psicológica foram relacionados com sintomas depressivos, ansiedade, stress e perturbação psicológica geral. Adicionalmente, a inflexibilidade psicológica pode ser entendida como um fator de risco para perturbações mentais, maior sofrimento psicológico e mais limitações no seu quotidiano, com o exemplo de apresentarem um maior número de faltas ao trabalho.(8)

Gilbert obteve resultados que apoiam a relação positiva entre a inflexibilidade psicológica, a depressão e a ansiedade, apesar de que em menor grau no caso da ansiedade.(10) Assim, é relevante que haja uma atuação no âmbito da inflexibilidade psicológica quer a nível de prevenção quer como possível alvo terapêutico, para que se consiga controlo sintomatológico e maior qualidade de vida.

Relativamente ao mindfulness, a presente investigação constatou que se associa a esta variável em valores mais elevados, na subescala aceitação bem como ao seu total, um nível de sintomatologia emocional mais reduzido.

Estudos científicos já realizados obtiveram resultados concordantes com os obtidos neste estudo, no sentido em que níveis mais elevados de mindfulness na sua vertente aceitação estão diretamente relacionados com sintomatologia emocional menos grave e menos frequente, correlacionando-se de forma moderadamente negativa com estados de depressão e moderadamente positiva com estados de bem-estar mental e emocional.(34)

Num destes estudos, Cardaciotto, constatou especificamente que o mindfulness na vertente aceitação está negativamente relacionado com a depressão e a ansiedade, isto é, níveis mais elevados de aceitação estão associados a sintomatologia emocional reduzida e a melhor qualidade de vida.(34)

Em relação à análise dos dados sociodemográficos da amostra em estudo, verificou-se que globalmente a maioria os participantes apresentavam sintomatologia emocional, o que é facilmente justificado por se tratar de uma amostra clínica.

Através deste estudo pudemos concluir que são na maioria as mulheres que apresentam sintomatologia emocional elevada.

Segundo Nolen-Hoeksema, há várias hipóteses, ainda que na sua maioria inconclusivas, que sustentam a maior frequência de sintomatologia emocional e doenças do foro psíquico em mulheres. (18,19)

Um estudo realizado numa unidade de cuidados primários do centro de Portugal, verificou que relativamente ao sexo, foram as mulheres quem tinha valores médios de ansiedade e de depressão mais elevados quando comparadas com os homens.(20)

Os resultados obtidos nesta investigação estão, portanto em conformidade com estudos prévios, onde é relatado que as mulheres têm uma maior suscetibilidade para desenvolver sintomas e patologia do foro mental/depressiva.(18–20)

No corrente estudo, verificou-se uma tendência para uma relação entre a sintomatologia emocional e a idade dos pacientes, sendo que são os participantes com sintomatologia emocional reduzida que apresentam uma idade mais elevada.

Segundo Fiske, a depressão parece estar menos relacionada e ser menos frequente em adultos mais velhos em comparação com adultos mais jovens. Porém, apesar de menos frequente deve ser feita uma avaliação do estado psicológico do idoso, em altura oportuna, como são exemplo as consultas de medicina geral e familiar, de modo a que caso haja uma instalação de sintomatologia emocional se possa prevenir/tratar atempadamente. (21)

Nolen-Hoeksema frisou que os adultos mais velhos possuem uma maior capacidade de gestão e regulação das suas emoções bem como são mais capazes de adquirir estratégias que lhes sejam vantajosas face aos desafios do quotidiano, o que culmina numa menor incidência de depressão e doenças do foro psíquico nesta faixa etária mais tardia.(18)

Antagonicamente, a DGS refere que os adultos em idade mais avançada têm maior propensão para a depressão, sendo o pico desta atingido em idades mais avançadas, mas uma menor prevalência de ansiedade quando comparados com adultos mais jovens. (22)

É de extrema importância a implementação de planos de prevenção e intervenção de modo a que se consiga combater e contrariar a incidência crescente da sintomatologia emocional e das patologias do foro mental. Assim, se por um lado cada indivíduo deve tentar encontrar as suas próprias estratégias para manutenção de uma homeostasia interna é certo que quando este equilíbrio não se consegue com recurso a estratégias próprias se deva recorrer a ajuda especializada que permita uma abordagem individualizada, direcionada e eficaz. Dadas as conclusões retiradas do presente estudo e da investigação prévia, a aposta em técnicas baseadas em mindfulness, treino/melhoria da regulação emocional e controlo/diminuição da inflexibilidade psicológica podem ser de grande valor na redução de sintomas emocionais, prevenção de patologias/distúrbios do foro mental e melhoria da qualidade de vida e bem-estar da sociedade.

A principal limitação do estudo advém do facto de se tratar de uma amostra clínica, não descurando a importância deste tipo de amostra no estudo de relações entre variáveis que são risco ou proteção para problemas emocionais.Outra limitação prende-se com os instrumentos de medida serem exclusivamente de auto-relato, o que pode afetar a validade dos dados. Acresce o facto de se tratar de um estudo do tipo transversal, não permitindo a inferência da direção da relação entre as variáveis.Acrescenta-se ainda o

inconveniente de não se ter conhecimento sobre a prática de mindfulness prévia ao estudo, que pode condicionar em certo grau o nível de mindfulness disposicional.

## Conclusão

Com este estudo podemos concluir que o mindfulness e a regulação emocional são fatores protetores da sintomatologia emocional e, por outro lado, a inflexibilidade psicológica é um fator de risco para os sintomas emocionais. Estes resultados indicam aspetos relevantes para a prevenção e o tratamento de sintomatologia e de perturbações emocionais.

De encontro ao que foi dito em parágrafos anteriores e face à crescente incidência e prevalência de sintomatologia emocional, reforça-se a necessidade, a importância e o interesse maior da realização de estudos futuros que abordem esta temática em amostras mais abrangentes e não exclusivamente clínicas. Assim, deve ser feita uma identificação mais robusta de fatores de risco e de proteção relacionados com a sintomatologia emocional. É também necessário melhorar a preparação dos profissionais de saúde para lidar com estes problemas, implementar respostas multidisciplinares bem como aplicar programas de rastreio e de intervenção precoce a fim de contrariar o peso das perturbações emocionais para os indivíduos, as famílias e a sociedade.



## Referências

1. Programa Nacional para a Saúde Mental, PROGRAMA. Programa Nacional para a Saúde Mental [Internet]. Lisboa; 2017. [citado em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>
2. Saúde DG de. Porque se fala em saúde mental? [Internet]. 2016 [citado em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
3. Saúde CN de. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. [Internet]. Saúde CN. Lisboa; 2019 [citado em 2020 jan 15]. Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
4. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion Regulation and Mental Health. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2(2):151–64. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.
5. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inq.* 2015;26(1):1–26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781.
6. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion Regulation and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11(1):379–405. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739.
7. Coutinho J, Ribeiro E, Al E. Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiquiatria Clínica.* 2010;37(4):145–51.
8. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav Ther.* 2011;42(4):676–88. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007.
9. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006.
10. Gilbert KE, Tonge NA, Thompson RJ. Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2018;62:88–96. doi:10.1016/j.jbtep.2018.09.006.
11. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(4):865–78. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001.

12. Stange JP, Alloy LB, Fresco DM. Inflexibility as a Vulnerability to Depression: A Systematic Qualitative Review. *Clin Psychol Sci Pract.* 2017;24(3):245–76.doi:10.1111/cpsp.12201.
13. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD, Warren K, Ryan RM, Mindfulness JDC, et al. Mindfulness : Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. 2017;18(4).doi:10.1080/10478400701598298.
14. Brown KW, Ryan RM. The Benefits of Being Present : Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822–48. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
15. Riggs NR, Black DS, Ritt-olson A. Associations Between Dispositional Mindfulness and Executive Function in Early Adolescence. 2014;doi:10.1007/s10826-014-0077-3.
16. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2011;31(6):1041–56. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006.
17. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Al E. Mindfulness : A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 2004;11(3):230–41.doi:10.1093/clipsy/bph077.
18. Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Pers Individ Dif [Internet].* 2011;51(6):704–8.doi:10.1016/j.paid.2011.06.012.
19. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychol Bull.* 1987;101(2):259–82.doi:10.1037//0033-2909.101.2.259.
20. Ventura Â, Caetano C, Costa S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Rev Enferm Ref [Internet].* 2008;II(8):45–9. [citado em 2020 mai 1].Disponível em:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239955004>
21. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363–389.doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.
22. Saúde DG de. Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Direção-Geral da Saúde (DGS). Lisboa; 2018.
23. Teixeira RJ, Pereira A, Chaves C. Escala de Regulac□a□o Emocional dos Outros e do Eu (EROS). *Psicol SAÚDE DOENÇAS.* 2018;19:34–41.doi:10.15309/18psd190106.

24. Pinto-Gouveia J, Gregório S, Dinis A, Xavier A. Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2012;12(2):139–56.
25. Teixeira RJ, Ferreira G, Pereira MG. Portuguese validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised and the Philadelphia Mindfulness Scale. *Mindfulness & Compassion.* 2017;2(1):3–8.doi:10.1016/j.mincom.2017.03.001.
26. Canavarro M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. Testes e provas psicológicas em Port. 1999;2:87–109.
27. J.Cohen. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* [Internet]. New York; 1988 [citado em 2020 jan 5].Disponível em: <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
28. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol.* 2017;51(3):407–11.doi:10.1002/wps.20231.
29. Patuleia N, Rosa E, Pinto AR, Al E. Portal da Saúde Mental - A saúde mental [Internet]. [citado em 2020 mai 1]. Disponível em: <https://www.portaldasaudemental.pt/a-saude-mental/>
30. Saúde OM de. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2018 [cited 2020 May 1]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
31. Ford BQ, Gross JJ. Emotion regulation: Why beliefs matter. *Can Psychol.* 2018;59(1):1–14.doi:10.1037/cap0000142.
32. Beauchaine TP. Vagal tone, development, and Gray’s motivational theory: Toward an integrated model of autonomic nervous system functioning in psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2001;13(2):183–214.doi:10.1017/S0954579401002012.
33. Beauchaine TP. Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44(5):875–96. doi:10.1080/15374416.2015.1038827.
34. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The philadelphia mindfulness scale. *Assessment.* 2008;15(2):204–23.doi:10.1177/1073191107311467.



# Anexos

## Anexo 1. Questionário aplicado

### Escala de Mindfulness de Filadélfia

Por favor seleccione o número que corresponde à frequência com que vivenciou cada uma das afirmações seguintes na passada semana.

25. \*

*Mark only one oval per row.*

	1. Nunca	2. Raramente	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes	5. Quase sempre
1. Estou consciente dos pensamentos que me passam na mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tento distrair-me quando sinto emoções desagradáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando falo com outras pessoas, estou consciente das suas expressões faciais e emocionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Há aspectos sobre mim que prefiro não pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quando tomo banho de chuveiro, tenho consciência de como a água vai correndo pelo meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tento estar ocupado para desviar a minha mente de pensamentos e sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Quando estou sobressaltado, reparo nas reações interiores do meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quem me dera poder controlar as minhas emoções mais facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Quando caminho ao ar livre, estou consciente dos cheiros ou do movimento do ar na minha cara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu digo a mim mesmo que não devia ter certos pensamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quando alguém me pergunta como me sinto, consigo identificar facilmente as minhas emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Há coisas em que tento não pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tenho consciência dos pensamentos que estou a ter quando o meu humor muda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Digo a mim mesmo que não devia sentir-me triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Reparo nas mudanças no interior do meu corpo, como o meu coração a bater mais rápido ou os meus músculos a ficarem tensos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Se existe algo em que					

## Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu

Há ocasiões em que as pessoas tentam fazer os outros sentirem-se melhor (por exemplo, mais felizes, mais calmos, menos ansiosos, menos irritados) e ocasiões em que elas tentam fazer os outros sentirem-se pior (por exemplo, menos alegres, menos animados, mais zangados, mais preocupados).

Nas últimas 2 semanas, em que medida você usou as seguintes estratégias para influenciar a forma como alguém se sentia. Não importa se as estratégias funcionaram ou não, apenas em que medida você as usou.

### SUBESCALA EXTRÍNSECA - Como é que você lida com os sentimentos das outras pessoas: \*

Mark only one oval per row.

	1. De modo nenhum	2. Apenas um pouco	3. De forma moderada	4. Bastante	5. Em grande medida
1. Dei conselhos úteis a alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apontei a alguém os seus defeitos para tentar fazê-lo sentir-se pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Fiz algo de bom a alguém para tentar que este se sentisse melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Agi de forma irritada com alguém para tentar fazê-lo sentir-se pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Expliquei a alguém como me magoou a mim ou outros, para tentar que a pessoa se sentisse pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Assinalei as características positivas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fiz rir alguém para tentar fazê-lo sentir-se melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Escutei os problemas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Passei tempo com alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

não quero pensar, tento várias coisas para retirar isso da minha mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Quando as minhas emoções mudam, tenho consciência delas imediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tento não pensar nos meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Quando converso com outras pessoas, estou consciente das emoções que estou a sentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Quando tenho uma má recordação, tento distrair-me para ela desaparecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SUBESCALA INTRÍNSECA - Como é que você lida com os seus próprios sentimentos: \***

*Mark only one oval per row.*

	1. De modo nenhum	2. Apenas um pouco	3. De forma moderada	4. Bastante	5. Em grande medida
1. Procurei problemas na minha situação atual para me fazer sentir pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pensei nas minhas características positivas para me fazer sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ri-me para tentar melhorar o que estava a sentir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expressei-me com cinismo para me tentar fazer sentir pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pensei sobre os meus defeitos para me fazer sentir pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Fiz algo que gosto para tentar melhorar o que eu sentia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Procurei apoio de outras pessoas para me tentar fazer sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pensei sobre experiências negativas para me tentar fazer sentir pior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensei em algo agradável para me tentar fazer sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pensei em aspectos positivos da minha situação para tentar melhorar o que sentia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Questionário de Aceitação e Ação

Abaixo apresenta-se uma lista de frases. Por favor, classifique a veracidade de cada frase (considerando o último mês) na coluna à direita, utilizando a seguinte escala:

Mark only one oval per row.

	1. nunca verdadeiro	2. muito raramente verdadeiro	3. raramente verdadeiro	4. às vezes verdadeiro	5. frequentemente verdadeiro	6. quase sempre verdadeiro	7. sempre verdadeiro
1. As minhas experiências e memórias dolorosas tornam difícil para mim viver uma vida que eu valorize	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenho medo dos meus sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Preocupa-me não ser capaz de controlar as minhas preocupações e sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As minhas memórias dolorosas impedem-me de ter uma vida plena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. As emoções causam problemas na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Parece que a maioria das pessoas lida com as suas vidas melhor do que eu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. As preocupações dificultam o caminho do meu sucesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 2. Comissão de ética



### - DECISÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA -

Para os devidos efeitos, declara-se que o projeto '*Avaliação de processos de regulação emocional em pacientes com acompanhamento psicoterapêutico*', foi considerado como APROVADO pela Comissão de Ética desta instituição, após reunião dos elementos que a constituem: Doutor Ricardo João Teixeira e Doutor Jorge Mota-Pereira.

Do projeto, fazem parte integrante os trabalhos de mestrado das alunas Ana José Meireles e Teresa Maria Gama Magalhães, da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 5 de fevereiro de 2020



Ricardo João Teixeira, Prof. Dr.  
Psicólogo, Psicoterapeuta  
Cédula Profissional nº 689  
[www.ricardojoaoteixeira.pt](http://www.ricardojoaoteixeira.pt)



### Anexo 3. Verificação da normalidade das variáveis quantitativas

		Variáveis	p-value #1
<b>PHLMS</b>		PHLMS	<0,001
		Conscencialização	
		PHLMS	0,033
		Aceitação	
		PHLMS Total	0,002
<b>Escala breve de sintomas</b>		BSI Somatização	<0,001
		BSI Obsessões e Compulsões	0,001
		BSI Sensibilização interpessoal	<0,001
		BSI Depressão	<0,001
		BSI Ansiedade	<0,001
		BSI Hostilidade	<0,001
		BSI Ansiedade Fóbica	<0,001
		BSI Ideação paranóide	<0,001
		BSI Psicoticismo	<0,001
		AAQ II total	<0,001
<b>EROS</b>		EROS melhoria afeto extrínseco	<0,001
		EROS pioria afeto extrínseco	<0,001
		EROS melhoria afeto intrínseco	0,006133
		EROS pioria afeto intrínseco	<0,001

#1: Teste de Kolmogorov – Smirnov

Após análise da tabela, como p-value<0,05 não existe normalidade.

