UNIVERSIDADE BEIRA INTERIOR

FACULDADE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

LIVRO DE ATAS

EDITORES

Manuel Loureiro, Graça Esgalhado, Madalena Cruz & Jóni Ledo

TÍTULO: QUARTAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR – SAÚDE MENTAL E MUDANÇAS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE - ATAS

EDITORES**:** MANUEL LOUREIRO/ GRAÇA ESGALHADO / MADALENA CRUZ/ JÓNI LEDO

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – FCSH / UBI

ESTRADA DO SINEIRO, S/N • 6200-209 COVILHÃ

4ª EDIÇÃO: MAIO DE 2025

EDITOR | UBI - UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR. SERVIÇOS GRÁFICOS

QUARTAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

"SAÚDE MENTAL E MUDANÇAS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE"

ATAS

Editado por:

Manuel Loureiro, Graça Esgalhado, Madalena Cruz & Jóni Ledo

Maio de 2025

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UBI, Covilhã

Sitío do congresso: https://4ci-pcs.ubi.pt/

COMISSÃO CIENTÍFICA

Ana Cunha – Universidade da Beira Interior
Ana Paula Amaral – Universidade da Beira Interior
Ana Torres – Universidade da Beira Interior
Anabela Pereira – Universidade de Évora
André Oliveira – Universidade da Beira Interior
Antonio Cabaco – Universidade Pontifícia de Salamanca
Carla Sofia Nascimento – Universidade da Beira Interior
Carlos Albuquerque – Instituto Politécnico de Viseu
Cláudia Silva – Universidade da Beira Interior
Cristina Queirós – Universidade do Porto
Ema Oliveira – Universidade da Beira Interior
Fátima Simões – Universidade da Beira Interior
Felipe Alckmin Carvalho – Universidade da Beira Interior
Filipa Pimenta – ISPA-Instituto Universitário
Graça Esgalhado – Universidade da Beira Interior
Isabel Leal – ISPA-Instituto Universitário
João Maroco – ISPA-Instituto Universitário
Jorge Cardoso – Instituto Universitário Egas Moniz
José Luís Pais Ribeiro – Universidade do Porto
José Ornelas – ISPA-Instituto Universitário
Ludovina Ramos – Universidade da Beira Interior
Luísa Barros – Universidade de Lisboa
Manuel Loureiro – Universidade da Beira Interior (Coordenador)
Maria da Graça Pereira – Universidade do Minho
Maria Miguel Barbosa da Costa – Universidade da Beira Interior
Marina Carvalho – Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes
Marta Alves – Universidade da Beira Interior
Patrícia Pascoal – Universidade Lusófona
Paula Carvalho – Universidade da Beira Interior
Paulo Rodrigues – Universidade da Beira Interior
Paulo Vitória – Universidade da Beira Interior
Pedro Costa – ISPA-Instituto Universitário
Ricardo Barroso – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Rosa Marina Afonso – Universidade da Beira Interior
Samuel Monteiro – Universidade da Beira Interior
Sandra Carina Guimarães – Universidade da Beira Interior
Sara Monteiro – Universidade de Aveiro
Saúl Neves de Jesus – Universidade do Algarve
Sofia Campos – Instituto Politécnico de Viseu
Vítor Costa – Universidade da Beira Interior

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Manuel Loureiro – Universidade da Beira Interior (Coordenador)

ORGANIZAÇÃO

3º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde - Universidade da Beira Interior

COMISSÃO ORGANIZADORA

Graça Esgalhado (Coordenadora),
Areolina Duran
Carla Pereira
Daniela Sabino
Filipa Inácio
Guilherme Madeira
Hugo Vicente
Inês Batista
Joni ledo
Lídia Ferreira
Madalena Cruz
Mariana Dinis
Micaela Nogueira
Patrícia Silva
Raquel Marques
Rita Castelo

APOIOS

OS NOSSOS CONTACTOS

conferenciaspcs.ubi@gmail.com

https://4ci-pcs.ubi.pt/

@ci.pcs.ubi

Estrada do Sineiro, 6200-209, Covilhã

PREÂMBULO

A realidade em que vivemos no contexto atual, independentemente do nível em que nos coloquemos, local, regional, nacional ou global, coloca os cidadãos perante margens substanciais de incerteza face ao futuro. Bastará pensar nos conflitos político-militares, alguns anos atrás apenas previstos ou antecipados por um punhado de analistas mais argutos e atentos, para vermos as nuvens sombrias que pairam sobre o futuro das novas gerações, nuvens essas adensadas pela enorme fatura material e emocional que vamos pagando cada dia que passa. Por outro lado, os resultados das opções políticas e da própria ação política, são pouco animadores. Isto porque, se por um lado, vemos ser posto em causa o quadro de referência axiológico que acreditamos estar na base dos mais elementares direitos humanos e, portanto, de todo o avanço civilizacional, por outro, não tem sido possível observar na ação política ações competentes e os consequentes resultados capazes contribuir de uma forma séria e eficaz para debelar as dificuldades a que nos referimos.

Em tempos de incerteza decorrente de mudanças nem sempre suficientemente antecipadas, são múltiplos os desafios que enfrentam os profissionais e investigadores na área da Psicologia Clínica e da Saúde, quer seja no sentido de contribuir para aumentar a nossa capacidade de compreensão dos próprios fenómenos, quer seja no sentido de ajudar aqueles cujo limiar de tolerância à incerteza foi ultrapassado ou que, de alguma forma, necessitam de ver melhorada a sua capacidade de resposta às exigências adaptativas.

Podemos afirmar que aquela multiplicidade de desafios se encontra representada em toda a diversidade dos temas a apresentar seja pelos conferencistas convidados(s) de mérito e reconhecimento internacional, seja pelos restantes participantes, cujos resumos submetidos constam deste Livro de Resumos e pelos quais fomos surpreendidos e ficamos gratos. É que, neste labor profissional e académico, vemos também uma afirmação de cidadania, para além da natural vontade de melhor compreender as dificuldades e melhor fundamentar soluções para as mesmas.

Esperamos que nesta experiência partilhada nos possamos superar na construção de mais e melhor conhecimento na área da Psicologia Clínica e da Saúde, que contribua para superar os desafios da atualidade.

Por fim, dado que as Jornadas Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI são pensadas e desenvolvidas no contexto do 3º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde é devida uma palavra de reconhecimento pelo seu contributo para este projeto a todas as alunas e alunos, e, na pessoa da atual diretora, Professora Doutora Graça Esgalhado, a todas e a todos os colegas.

O Coordenador da Comissão Científica

Manuel Joaquim Loureiro

Professor Catedrático

Índice

PREÂMBULO 6

CAPÍTULO 1 10

Comportamentos de gestão de peso em adultos portugueses emergentes 10

Capítulo 2 35

Psychometric Properties of the KHQ Symptom Severity Scale Among Middle-Aged Women 35

Capítulo 3 58

Os Fatores Dietéticos e de Estilo de Vida Estão Associados à Gravidade dos Sintomas da Menopausa? 58

Capítulo 4 67

Efeitos diretos e indiretos do luto parental na relação conjugal e satisfação sexual do casal: um estudo diádico 67

Capítulo 5 83

Preditores da Depressão em Condições Neurodegenerativas: Incapacidade, Alexitimia, Fusão Cognitiva, Vida Comprometida. 83

Capítulo 6 100

A Relação entre a Autoestima, a Regulação Emocional e as Perturbações Depressivas em Adultos: Uma Revisão Sistemática da Literatura 100

Capítulo 7 119

Relação entre maus-tratos infantis e estratégias de regulação emocional em adultos: Revisão sistemática da literatura 119

Capítulo 8 137

Influência da Comunicação Centrada no Paciente na Saúde da População Idosa Inativa 137

Capítulo 9 155

Homonegatividade Percebida e Sofrimento Psicológico de Homens Gays no Brasil: A Cor da Pele Importa? 155

Capítulo 10 174

O sentido da vida em estudantes universitários: projeto de investigação 174

Capítulo 11 182

Adição ao Trabalho, *Distress* e Estratégias de *Coping* em Adultos Ocupacionalmente Ativos 183

Capítulo 12 203

4YourMind – Lidar com a Ansiedade: Um Programa de Prevenção de Problemas de Ansiedade de Estudantes Universitários 204

Capítulo 13 ..... *219*

Programa "(Not) To Be Sad" : Validação de um Programa Breve de Intervenção iCBT para a Depressão e a Ansiedade no Ensino Superior **219**

Capítulo 14 ..... *231*

Parentalidade à distância e utilização das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) **231**

Capítulo 15 ..... *248*

O tipo de Paixão e a Regulação Emocional em estudantes do ensino superior com comportamentos aditivos **248**

Capítulo 16 ..... *265*

Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico **265**

Capítulo 17 ..... *287*

Contributos do Biofeedback para promoção da Saúde Mental em Estudantes Universitários **287**

Capítulo 18 ..... *305*

Suporte de Pares em Saúde Mental no Ensino Superior: perfil dos estudantes voluntários **305**

Capítulo 19 ..... *316*

Intervenção artístico-expressiva em mulheres cabo-verdianas em tratamento oncológico em Portugal: considerações preliminares **316**

Capítulo 20 ..... *329*

Adesão ao Autocuidado e *Coping* em indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2 ..... **329**

Capítulo 21 ..... *345*

Intervenções Psicológicas Promotoras de Desempenho Académico e Bem-estar Universitário **345**

Capítulo 22 ..... *358*

Bem-estar em adultos de meia-idade e idosos portugueses **358**

Capítulo 23 ..... *374*

Quantitative measures to assess masculinity in prisons: preliminary findings from a systematic literature review **374**

Capítulo 24 ..... *391*

Insomnia in Portuguese Adolescents: What Determinants? **391**

Capítulo 25 ..... *412*

Necessidades Informacionais de sobreviventes oncológicos com *Cancer-related Cognitive Impairment* (CRCI): Revisão Narrativa **412**

Capítulo 26.....*429*

Avaliação e Intervenção em Pessoas com Demência.....**429**

Capítulo 27.....*442*

Narcisismo, Perturbação de Personalidade Narcísica e Desafios Atuais dos Conceitos442

CAPÍTULO 1

Comportamentos de gestão de peso em adultos portugueses emergentes

Leonor Silva[1], Bianca Martins[2], Filipa Pimenta[1,3]

[1] ISPA – Instituto Universitário, Portugal

[2] UNESP – Universidade Estadual Paulista, Portugal

[3] WJCR – William James Center of Research, Portugal

Autor Correspondente: Leonor Silva. **E-mail:** Leonor.cams@gmail.com

Resumo: Adultos emergentes portugueses podem desenvolver padrões alimentares disfuncionais, aumentando o risco de obesidade ao longo da vida. Ainda há pouca investigação sobre como fatores emocionais/cognitivos se associam a um peso saudável. Este estudo explorou se a satisfação com a dieta, o comportamento alimentar disfuncional (alimentação emocional-[AE], restrição cognitiva-[RC], a alimentação descontrolada-[AD]) e a incongruência alimentar predizem estratégias de gestão de peso (imitação-[I_M], procura de informação-[PI] e gestão de impulsos–aceitação-[GI_A], consciencialização-[GI_C] e distração-[GI_D]). **Método:** Neste estudo quantitativo, correlacional e transversal participaram 601 adultos portugueses entre os 18 e os 35 anos (M_{idade}=26.60; DP_{idade}=4.55) que preencheram um questionário *online* (com dados socio-demográficos, o questionário alimentar de três fatores [TFEQ-18], o questionário Oxford Food and Activity Behaviours [OxFAB-MAW], o questionário de incongruência de desejo-meta alimentar [DG-DI] e o questionário de satisfação com o comportamento dietético [SWDB]). **Resultados:** O descontrolo alimentar (β_{I_M} = .523; $p \leq$. 001; β_{PI} = .183; p = 0.009; β_{GI_C} = .262; p = 0.002; β_{GI_D} = .224; p = 0.008) e a restrição cognitiva (β_{I_M} = .283; $p \leq$ .001; β_{PI} = .500, $p \leq$ .001; β_{GI_D} = .435; $p \leq$ .001; β_{GI_A} = .284; $p \leq$. 001) predizem estas estratégias de gestão de peso**. Discussão e Conclusão:** Intervenções psicológicas que abordem padrões de desregulação e restrição alimentar podem levar a um maior investimento em comportamentos funcionais de gestão de peso.

Palavras-chave: Adultos emergentes; Estratégias de gestão de peso; Incongruência alimentar; Satisfação com a dieta; Comportamento alimentar disfuncional.

Abstract: Abstract: Portuguese emerging adults may develop dysfunctional eating patterns, increasing their lifetime risk of obesity. There is still little research on how emotional/cognitive factors associate with a healthy weight. This study explored whether diet satisfaction, dysfunctional eating behaviour (emotional eating-[EA], cognitive restriction-[CR], uncontrolled eating-[AD]) and eating incongruence predict weight management strategies (imitation-[I_M], information seeking-[PI] and impulse management-acceptance-[GI_A], awareness-[GI_C] and distraction-[GI_D]). **Method**: In this quantitative, correlational and cross-sectional study, 601 Portuguese adults between the ages of 18 and 35 (M_{age} = 26.60; SD_{age} = 4.55) took part and completed an online questionnaire (with socio-demographic data, the three-factor food questionnaire-[TFEQ-18], the Oxford Food and Activity Behaviours questionnaire [OxFAB-MAW], the food desire-meta incongruence questionnaire [DG-DI] and the satisfaction with dietary behaviour questionnaire [SWDB]). **Results:** The uncontrolled eating (β_{I_M} = .523; $p \leq$. 001; β_{PI} = .183; p = 0.009; β_{GI_C} = .262; p = 0.002; β_{GI_D} = .224; p = 0.008) and the cognitive restriction (β_{I_M} = .283; $p \leq$ .001; β_{PI} = .500, $p \leq$ .001; β_{GI_D} = .435; $p \leq$ .001; β_{GI_A} = .284; $p \leq$. 001) predict these weight management strategies. **Discussion and Conclusion:** Psychological interventions that address patterns of eating dysregulation and restriction may lead to greater investment in functional weight management behaviors.

Key-Words: Emerging adults; Weight management strategies; Dietary incongruence; Dietary satisfaction; Dysfunctional eating behavior.

1. Introdução

A obesidade é um problema crescente em todo o mundo, estima-se que em 2022 existiam uma em cada oito pessoas afetadas, número que duplicou desde 1990 entre a população adulta e quadruplicou entre os adolescentes (OMS, 2024). O Instituto Nacional de Estatística em 2020 (INE, 2020) previu que em Portugal existam cerca de 53% pessoas com excesso de peso ou obesidade. Dados nacionais mais recentes, relativos ao ano de 2021, estimaram que cerca de 28,7% dos adultos portugueses teriam obesidade e desses 67,6% apresentavam níveis de pré-obesidade (SPEO, 2023). Considerada uma doença crónica complexa, recidivante, multifactorial e endémica, define-se por excesso de ingestão de gordura quando comparado com o gasto calórico ou energético, sendo considerada prejudicial para a saúde individual (OMS, 2024), podendo reduzir a esperança média de vida até 14 anos (Kitahara et al., 2014). É também uma das maiores

causas de mortalidade e comorbilidades passíveis de ser prevenida (Direção Geral de Saúde, 2005). O diagnóstico é clínico e feito maioritariamente através do índice de massa corporal (IMC), embora essa métrica apresente cada vez mais limitações (Haam et al., 2023; Pi-Sunyer, 2000). Ainda que a informação e a educação sobre este tema aumentem todos os anos, os estudos parecem mostrar que estes esforços são insuficientes para causar uma mudança significativa e duradoura na população (Love, Bhullar & Schutte, 2019). O tratamento exclusivo com alterações ao estilo de vida em pessoas adultas parece ter eficácia limitada, pois a maioria dos indivíduos adultos acaba por recuperar o peso inicial após três a cinco anos (Nordmo et al., 2019).

1.1 Hábitos alimentares em adultos emergentes

Sabe-se que a idade adulta é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por inúmeras alterações, desafios e responsabilidades (Santos & Antunes, 2007). A definição precisa das diferentes faixas etárias da idade adulta não é consensual (Romesin & Porksen, 2004). A idade adulta emergente abrange pessoas dos 18 aos 29 anos, podendo ir até aos 35 anos (American Psychological Association, 2018, 2023; Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023). Seja qual for a nomenclatura utilizada, esta fase parece caracterizar-se por ser um período de instabilidade, de maior responsabilidade, desafios de identidade, início da independência financeira e alimentar e mudanças de vida associadas muitas vezes ao início da vida universitária e que parecem contribuir para o ganho de peso (Barros et al.; 2021, Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009).

1.2 Taxonomia Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB)

É consensual que o tratamento mais eficaz para a obesidade requer intervenções psicológicas (não só comportamentais), mas também cognitivas que promovam uma perda efetiva de peso, previnam o ganho de peso e que o perpetuem no tempo (Santos, Andrade & Teixeira, 2015). A taxonomia OxFAB procurou promover a sistematização e descrição das principais estratégias comportamentais e cognitivas funcionais utilizadas em pessoas adultas para a gestão do seu peso (Hartmann-Boyce et al., 2016). Sabe-se que a combinação de intervenções comportamentais e cognitivas pode reduzir o peso corporal em 7-10% (Butryn, Webb & Wadden, 2011). O Oxford Food and Activity Behaviors (OxFAB), foi um instrumento que surgiu ancorado na taxonomia OxFAB, a partir de teorias de mudança de comportamentos e taxonomias prévias, com o objetivo de estruturar estratégias cognitivas e comportamentais adotadas por pessoas que tentam ativamente gerir o seu peso (Leitão et al., 2023). Este questionário procura projetar o mundo interno do indivíduo e todo o empenho que ele dedica (ou não) ao cumprir (ou

não) com os seus objetivos de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2016). Este questionário pode ainda contribuir para que sejam identificáveis os aspetos centrais que motivam as pessoas a ter comportamentos de gestão de peso, permitindo numa intervenção, o profissional focar-se e individualizar-se nessas áreas ditas sensíveis (Hartmann-Boyce et al., 2018). Outra das vantagens da utilização deste questionário pode considerar-se a criação de novas e diferentes estratégias de gestão de peso que o indivíduo podia não estar alerta e que podem efetivamente resultar consigo (Hartmann-Boyce et al., 2018). Os comportamentos de gestão de peso acontecem ao longo de todo o ciclo de vida e com diferentes objetivos (Joki et al., 2020). O sucesso destes comportamentos define-se não só pela quantidade de peso perdido como pela manutenção do objetivo que lhe deu origem (Jorge et al., 2019). A investigação sobre comportamentos de gestão de peso já não aborda apenas a ingestão calórica, o gasto e a sua diferença (Hartmann-Boyce et al., 2016). Esta tem-se debruçado sobretudo nas mudanças individuais de comportamento que são realizadas (Dombrowski et al., 2014) e que são mantidas (Hartmann-Boyce et al., 2014; Mitchell et al., 2011). Embora programas meramente comportamentais de gestão de peso, como mudanças na dieta e aumento da atividade física, sejam eficazes, somente uma parte da população consegue resultados duradouros (Davis, 2013).

1.2.1 A imitação ou modelagem como estratégia de gestão de peso

A imitação ou modelagem, surge muitas vezes associada às redes sociais ou aos média, mas também à imitação de comportamentos de familiares e amigos, não baseados na evidência científica. Esta estratégias é muitas vezes procurada por pessoas que não conseguem aceder a acompanhamento profissional e que procuram muitas vezes imitar os resultados de figuras públicas, familiares ou amigos (Faria, Almeida & Ramos, 2021). Atualmente, um dos fatores que parece influenciar mais os comportamentos de gestão de peso e o comportamento alimentar em adultos jovens é a imitação de padrões sugeridos pelas redes sociais ou pelos pares (Aparicio-Martinez et al.; 2019, Deliens et al., 2014), ainda que um estudo realizado em Portugal no ano de 2014 (Santos, Andrade & Teixeira, 2015) tenha sugerido que esta estratégia é a menos utilizada em adultos portugueses.

1.2.2 A procura de informação como estratégia de gestão de peso

A internet, as redes sociais e os pares são hoje um importante agente de mudança comportamental sobretudo nos jovens e jovens adultos (Reid & Weigle, 2014). Com a quantidade de informação que existe disponível e de fácil acesso sobre alimentação e comportamentos de gestão de peso, torna-se difícil ao consumidor perceber quais as informações que são fidedignas ou não (Szűcs et al., 2015). A procura de informação

sobre os comportamentos e estratégias para gerir o peso incluem conhecimento sobre hábitos alimentares, saúde e nutrição e para isso importa existir uma consciencialização sobre a própria saúde individual (Leitão et al., 2023).

1.2.3 A gestão de impulsos (aceitação, consciencialização e distração) como estratégia de gestão de peso

Da mesma forma, a aceitação dos impulsos como estratégia de gestão de peso tem ganho cada vez mais enfoque, sobretudo na forma de intervenções que se focam na auto-compaixão, associados à terapia cognitivo-comportamental e integrativa de 3.ª geração (Neto & Baptista, 2021). Neste tipo de intervenções procura-se que a pessoa aceite, de forma consciente (distraindo-se ou não) do seu estado emocional negativo relacionado com a sua conduta alimentar e que isso favoreça uma relação saudável consigo mesma (Rahimi-Ardabili et al., 2020).

1.3 Fatores que se relacionam com o comportamento alimentar

Existem fatores psicológicos como a incongruência entre o desejo-objetivo alimentar, satisfação com a dieta e comportamento alimentar desajustado ou disfuncional que parecem ser relevantes para a forma como cada um se relaciona e vê a sua alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019) e consequentemente molda a sua atitude alimentar (Martins et al., 2020).

1.3.1 A incongruência desejo-meta alimentar como fator autorregulável

Por incongruência desejo-objetivo alimentar entende-se o desacordo que existe entre o objetivo alimentar e o desejo impulsivo alimentar (Hofmann et al., 2008). Por objetivo (ou meta) entende-se qualquer cognição consciente (exemplo: comer mais legumes, comer menos açúcar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Objetivos alimentares pouco congruentes podem reduzir a auto-eficácia e o esforço individual (Heckhausen & Heckhausen, 2018), enquanto a congruência alimentar fortalece a auto-regulação e as expectativas de sucesso na gestão de peso (Weiner, 2012). O instrumento *Dietary Goal-Desire Incongruence* (DG-DI) (Questionário de Incongruência de Desejo-meta Alimentar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019) permite estimar esta incongruência desejo-meta alimentar, através da avaliação do acordo ou desacordo que existe entre um comportamento idealizado e os objetivos desejados (Li et al., 2021).

1.3.2 A satisfação com a dieta como fator autorregulável

A satisfação com a dieta é uma variável que pode facilitar ou dificultar o processo de perda de peso (James et al., 2018) e considera-se parte cognitiva importante da atitude alimentar, uma vez que diz respeito à visão que a pessoa tem sobre a congruência das

suas ações com os seus objetivos individuais e conscientes sobre a alimentação (Love, Bhullar & Schutte, 2019). O instrumento *Satisfaction With Dietary Behavior (SWDB)* (Questionário de Satisfação com o Comportamento Alimentar) (Love, Bhullar & Schutte, 2019) permite confirmar a consistência e persistência do comportamento alimentar face aos objetivos de alimentação individual impostos (Li et al., 2021), procurando estimar a perceção que a pessoa tem entre o seu comportamento e as metas que estabelece para a sua dieta, avaliando conceito de satisfação com o comportamento alimentar (Martins et al., 2024).

1.3.3 O comportamento alimentar disfuncional como fator auto-regulável

O comportamento alimentar disfuncional difere de perturbação alimentar, no entanto este tipo de comportamento é responsável por comorbilidades, sofrimento físico e psicológico e um elevado investimento financeiro por parte do estado (DPhil & Rolls, 2001) podendo ser um forte preditor de perturbações alimentares (Amaral et al., 2019). Caracteriza-se por formas de agir face à alimentação pouco adaptativas ou pouco saudáveis, recorrendo a técnicas ou atitudes problemáticas como compulsão alimentar, alimentação descontrolada, excessiva preocupação com a imagem corporal, comer em segredo, cumprimento de dietas restritivas ou purgativas, vigilância constante de calorias ou alimentos ou alimentação emocional (Pereira & Alvarenga, 2007). A alimentação emocional é definida como o ato de comer em resposta a estados emocionais negativos (Karlsson et al., 2000). A alimentação descontrolada ou desinibição pode definir-se como a ausência de autocontrolo ou consumo excessivo de alimentos, na presença ou ausência de saciedade física (Gilhooly et al., 2007). A restrição cognitiva refere-se a pensamentos e comportamentos alimentares conscientes para perder ou manter o peso, como o jejum intermitente e monitorização/contagem de calorias (estratégias comportamentais) ou o pensar repetidamente em alimentos que possam "engordar" ou que se sejam considerados "proibidos" (estratégia cognitiva) (Lowe & Timko, 2004). O instrumento *The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-18)* (Questionário Alimentar de Três Fatores) tem como objetivo estimar aspetos específicos do comportamento alimentar, nomeadamente no que diz respeito a estes três fatores: restrição cognitiva (RC), alimentação descontrolada/descontrolo alimentar (DA) e alimentação emocional (AE) (Martins et al., 2020).

A intervenção nos comportamentos de gestão de peso (como a imitação de modelos ajustados, a procura de informação em fontes fidedignas e a gestão de impulsos), não se deve basear apenas na instrução comportamental de estratégias padrão, uma vez

que as abordagens eficazes podem variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo e podem depender de uma série de fatores. Assim, é desejável traçar perfis distintos de comportamentos de gestão de peso, que possam refletir não apenas os métodos adotados, mas também as condições e contextos em que essas estratégias são mais eficazes. Desta forma, este estudo tem como principal objetivo explorar se a satisfação com a dieta, o comportamento alimentar disfuncional e a incongruência alimentar predizem estratégias de gestão de peso (como a imitação, a procura de informação e a gestão de impulsos), numa amostra de adultos emergentes portugueses.

2. Métodos

2.1 Desenho de investigação

Este estudo socorreu-se de um método quantitativo com um desenho de investigação do tipo observacional e descritivo. Trata-se de um estudo correlacional, exploratório e transversal.

2.2 Participantes

O atual estudo recolheu amostra através do método não probabilístico de conveniência e bola de neve. Este estudo contou com a participação 601 indivíduos com idades entre os 18 e os 35 anos (M_{idade} = 26.60, DP_{idade} = 4.55). Os critérios de inclusão foram: (1) ter nacionalidade portuguesa; (2) ter idade compreendida entre 18 a 35 anos; (3) ter literacia para responder ao inquérito e (4) ter acesso à internet. A caracterização socio-demográfica desta amostra pode encontrar-se no Anexo A.

2.3 Material

Para este estudo foi utilizado um protocolo de questionário *online* e de autorresposta que continha um questionário com dados sociodemográficos e socioeconómicos, caraterísticas antropométricas, dados sobre saúde mental e física, dados sobre atitude alimentar e hábitos alimentares; questionário alimentar de três fatores (TFEQ-18); questionário de incongruência de desejo-meta alimentar (DG-DI), questionário Oxford Food and Activity Behaviours for middle age woman (OxFAB-MAW) e o questionário de satisfação com o comportamento dietético (SWDB).

2.4 Procedimento

A recolha de dados iniciou-se a meio de outubro de 2024 e terminou no fim de fevereiro de 2025. Foi partilhado um questionário online onde foram exibidos os objetivos do estudo, a natureza voluntária de participação, a garantia de

confidencialidade dos dados, o consentimento informado, o tempo aproximado de resposta para a conclusão do questionário e a partilha dos nomes das investigadoras principais com um e-mail criado exclusivamente para o efeito. O estudo foi divulgado através de um link, *QRcode* e respetivo poster de divulgação nas redes sociais (*Instagram, Linkedin, Facebook* e *WhatsApp*) e pessoalmente.

2.5 Análise de dados

Na análise de dados contemplou-se uma análise descritiva dos dados recolhidos, através de medidas de tendência central e medidas de dispersão, onde se obteve a média (*M*), o desvio-padrão (*DP*) e a mediana (*Me*). Posteriormente foi avaliada a sensibilidade psicométrica dos itens, utilizando os indicadores de assimetria (*Sk*) e curtose (*Ku*). De acordo com Marôco (2021), valores de *Ku* superiores a 7 e de *Sk* superiores a 3 consideram-se desvios severos à normalidade univariada e violações à homogeneidade da normalidade. Para analisar a dimensionalidade do modelo de medida procedeu-se à análise fatorial confirmatória (AFC) através do estimador "WLSMV" (Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted) e os seguintes índices de ajustamento: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Consideram-se ajustes aceitáveis para valores de CFI e TLI superiores a .9, valores de RMSEA inferiores a .10 e SRMR com valores inferiores a .08 (Kline, 2016, Marôco, 2021). Além dos valores pontuais de RMSEA apresentam-se também intervalos de confiança a 90% para ilustrar os subconjuntos de números reais desse mesmo índice (Chen, 2007). As cargas fatoriais (λ) dos itens dos instrumentos foram consideradas adequadas quando o valor é igual ou superior a .40 (Hair et al., 2006). A fiabilidade individual dos itens (r^2) foi considerada adequada para valores ≥ .25 (Marôco, 2021). O ajustamento dos modelos foi melhorado através da análise das correlações entre os erros dos itens (tendo por base os índices de modificação) calculados através de multiplicadores de Lagrange, até um máximo de 11 modificações por escala (Kline, 2016) e consoante indicações teóricas (Marôco, 2021). A validade convergente foi considerada aceitável para valores de VEM (variância extraída média) superiores a .5, esclarecendo que pelo menos 50% da variância dos itens é explicada pelo fator que estão a medir (Fornell-Larcker, 1981). Já a validade discriminante, foi avaliada utilizando o critério de Fornell-Larcker (1981). A fiabilidade foi analisada por meio de dois estimadores de consistência interna, a fiabilidade composta sugerida por Fornell-Larcker (CF), pelo Omega de Macdonald (ω) e pelo alfa (α) (Cronbach), onde se consideram valores aceitáveis para as métricas resultados iguais ou

superiores a .7 segundo Marôco (2021). Para responder à questão de investigação, utilizou-se a modelagem de equações estruturais. Utilizou-se tendencialmente um nível de significância entre 5% e até 10% sendo este último interpretado como marginalmente significativo, utilizado comummente na área da psicologia clínica e da saúde (Olsson-Collentine, Assen, & Hartgerink, 2019). Para avaliar a qualidade das trajetórias utilizou-se o coeficiente de regressão (β) para representar os efeitos diretos nas relações entre os construtos teóricos. A análise de dados foi realizada através dos softwares R Core Team através RStudio (versão 4.4.1) e IBM SPSS Statistics (versão 29).

3. Resultados

Foi desenhado um modelo de equações estruturais que procurou responder ao objetivo desta investigação. O modelo original (Anexo B) apresentou um muito bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, $IC_{90\%}$ = [.049, .054], SRMR = .05). O fator alimentação emocional não impactou significativamente nenhuma estratégia de gestão de peso, razão pela qual se refinou o modelo sem a existência deste fator. O modelo refinado (Anexo C) de equações estruturais manteve um muito bom ajustamento global à amostra em estudo (CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, $IC_{90\%}$ = [.049, .057], SRMR = .05). Todos os valores de β (beta) e de p (p-value) do modelo original e do modelo refinado podem ser consultados no anexo D.

Assim, neste novo modelo refinado as variáveis independentes restrição cognitiva (β = .500; $p \leq .001$), descontrolo alimentar (β = .183; p = .009) e incongruência alimentar (β = .088; p = .093) predizem significativa e positivamente o comportamento de gestão de peso procura de informação. Contrariamente à satisfação com a dieta (β = .033; p = .422) que não impacta este comportamento. Assim, quanto maior a restrição cognitiva, o descontrolo alimentar e a incongruência alimentar maior a procura de informação.

A satisfação com a dieta (β = .139; p = .003), a restrição cognitiva (β = .284 ; $p \leq$ .001) e a incongruência desejo-meta alimentar (β = .142; p = .013) predizem positiva e significativamente o comportamento alimentar gestão de impulsos - aceitação. Por outro lado, o descontrolo alimentar (β = .098; p = .220) não se relaciona com esta estratégia. Pode dizer-se que maior satisfação com a dieta, maior restrição cognitiva e maior incongruência alimentar contribuem positivamente para a adoção da estratégia de peso gestão de impulsão (aceitação).

O descontrolo alimentar (β = .262; p = .002) e a incongruência alimentar (β = .151; p = .013) predizem positivamente o comportamento de gestão de peso gestão de

impulsos - consciencialização. Desta forma, maior descontrolo alimentar e incongruência alimentar levam a uma maior procura deste tipo de comportamento de gestão de peso. Contrariamente, esta estratégia de gestão de peso não é predita pela satisfação com a dieta (β = .076; p = .150) nem pela restrição cognitiva (β = .587; p = .587).

A estratégia de gestão de peso gestão de impulsos - distração é predita positivamente pelas variáveis independentes restrição cognitiva (β = .435; $p \leq .001$) e descontrolo alimentar (β = .224; p = .008). Quanto mais restrição cognitiva e descontrolo alimentar maior a adoção deste comportamento de gestão de peso. Por sua vez, a incongruência desejo-meta alimentar (β = -.011; p = .857) e a satisfação com a dieta (β = .006; p = .890) não se relacionam com esta estratégia.

Por fim, a satisfação com a dieta (β = .120; $p \leq .001$), a restrição cognitiva (β = .283; $p \leq .001$) e o descontrolo alimentar (β = .523; $p \leq .001$) predizem positiva e significativamente a imitação/modelagem. Será correto afirmar que maior satisfação com a dieta, maior restrição cognitiva e maior descontrolo alimentar levam a uma maior imitação/modelagem como estratégia de gestão de peso. Contrariamente, a incongruência alimentar (β = .030; p = .533) não se relaciona com este comportamento de gestão de peso.

4. Discussão

Estados fisiológicos, cognitivos e emocionais afetam a forma como cada pessoa gere o seu comportamento alimentar e a sua forma de estar face à alimentação (Hamburg et al., 2014), sendo por isso a investigação nesta área uma prioridade. Não existe muita bibliografia sobre de que forma é que certas variáveis auto reguladas, como a satisfação com a dieta, a incongruência desejo-meta alimentar e o comportamento alimentar disfuncional (avaliado pela restrição cognitiva, a alimentação ou ingestão emocional e o descontrolo alimentar), influenciam estes comportamentos de gestão de peso, tornando este estudo importante e inovador, sobretudo para a prática clínica da psicologia. Dado que estes profissionais trabalham com estados internos e grande parte das vezes auto reguláveis (OPP, 2015).

A não satisfação com a dieta pode levar à dificuldade em adotar estratégias funcionais de gestão de peso (James et al., 2018) sendo parcialmente corroborado por esta investigação, onde a satisfação com a dieta só prediz os comportamentos de gestão de peso imitação/modelagem e a gestão de impulsos (aceitação). Isto pode acontecer porque instrumentos que procuram mensurar a satisfação com a dieta têm dificuldade

em definir o que significa “estar satisfeito com” (Love, Bhullar & Schutte, 2019). Grande parte dos respondentes pode achar que estar satisfeito com a sua alimentação significa adotar uma dieta que faça perder peso (Kolotkin et al., 2009) ou que adotou certos tipos de comportamento que o levem a ficar mais satisfeito (Kolotkin et al., 2001). Sendo que neste estudo utilizámos o conceito de satisfação com a dieta como a consistência e persistência do comportamento alimentar face aos objetivos de alimentação individual impostos (Li et al., 2021), independentemente se o objetivo fosse o ganho, a manutenção ou a perda de peso. Ainda que os resultados a que se chegou possam ser congruentes com o facto de a experiência subjetiva de satisfação com a dieta possa predizer o comportamento de imitação e modelagem na medida em que o indivíduo não se sente excluído socialmente, sente-se validado e aceite nas suas escolhas alimentares e está inserido num ambiente onde há consenso sobre o que é “bom” comer se estiver a copiar os hábitos alimentares do grupo onde está inserido. Isto pode dever-se ao facto de os consumidores perceberem que as suas escolhas alimentares estão positivamente alinhadas com a sua preferências pessoais e valores, reforçados por normas sociais e culturais. Cruwys, Bevelander e Hermans (2015) concluíram que a identificação e imitação de comportamentos alimentares num grupo gera uma maior identificação social, aumentando a sensação de auto-eficácia e de satisfação com a escolha alimentar. Já Higgs (2015) demonstrou que percecionar positivamente o que os outros estão a comer influencia a forma como comemos e como nos sentimos sobre isso, ou seja, a satisfação com a nossa alimentação. Sendo que estes autores (Cruwys, Bevelander, & Hermans, 2015; Higgs, 2015), referem que esta satisfação pode ser confundida com satisfação social e relacional ao invés de satisfação com a dieta. No que respeita ao resultado de que maior satisfação com a dieta prediz maior a adoção de estratégias de gestão de peso de aceitação do impulso para a alimentação, pode dever-se ao facto de que quanto mais satisfeitas as pessoas estão com a sua dieta, mais provável é que aceitem os seus impulsos (ao invés de suprimi-los), já que a satisfação emocional com a dieta ajuda a reduzir o desejo de comer compulsivamente ou emocionalmente, trazendo assim aumento de consciência – e facilidade na gestão/aceitação - sobre os impulsos alimentares.

Refletindo sobre outro fator que impacta os comportamentos de gestão de peso, a incongruência alimentar que se refere à distância que existe entre o desejo alimentar e o objetivo alimentar (Love, Bhullar, & Schutte, 2019) prediz positivamente as estratégias de gestão de impulsos (aceitação e consciencialização) e a procura de informação. Maior

incongruência alimentar parece relacionar-se positivamente com maior ausência de autocontrolo (Finlayson et al., 2011). A aceitação e a consciencialização parecem afetar a autoconsciência e a autorregulação (Leary & Kowalski, 1990), na medida que é preciso que estas existam para que exista também autocontrolo (Tackett & McAdams, 2012). Se a incongruência alimentar parece levar a uma maior ausência de autocontrolo, a aceitação pode ser uma estratégia eficaz para lidar contra essa mesma incongruência. Isto porque um indivíduo em vez de lutar contra esses desejos ou sentir-se de certa forma culpado por tê-los, pode aceitá-los e assim lidar melhor com os impulsos ajudando-o a manter-se controlado sobre o seu comportamento alimentar, apesar da discrepância entre o seu desejo alimentar e a sua meta face à dieta. Mas para haver uma aceitação é preciso primeiro existir uma consciência de que esse conflito interno existe (Tackett & McAdams, 2021). Ao invés de ser combativo face a este conflito interno, estas estratégias de gestão de peso permitem ao indivíduo sentir desejo por determinado alimento, sem que por isso seja controlado por ele, ajudando-o a reduzir a pressão interna associada a uma escolha aceitante e consciente e por isso mais controlada. A incongruência alimentar pode relacionar-se, por outro lado, com a procura de informação na medida em que, ao tomar consciência deste conflito o indivíduo tende a procurar estratégias, conhecimentos ou orientações que o ajudem a lidar melhor com esse conflito. Outro dos achados interessantes deste estudo foi o facto desta variável (i.e., incongruência desejo-meta alimentar) não se relacionar com a restante estratégia de comportamentos de gestão de peso que diz também respeito à gestão de impulsos (distração). Embora a incongruência alimentar possa gerar desconforto, a distração (como estratégia de gestão de peso) parece atuar como uma fuga ao desejo alimentar e não propriamente relacionada com o conflito entre o desejo e o objetivo alimentar. Esta mesma variável (incongruência alimentar) também não se relacionou com a ocorrência da imitação ou modelagem como estratégia de gestão de peso; isto pode dever-se ao facto de a incongruência ser intrapessoal e a imitação interpessoal. Adicionalmente, alguém que procure imitar comportamentos de gestão de peso de amigos ou familiares pode não apresentar-se incongruente com os seus desejos e com as suas metas para a dieta.

Refletir sobre o papel que variáveis como a restrição cognitiva e o descontrolo alimentar (neste caso não funcionais) possam ter na predição positiva de certos comportamentos funcionais de perda de peso pode ser considerado um desafio. Neste estudo, estas variáveis são as que mais se relacionam com as diferentes estratégias de

gestão de peso. A restrição cognitiva relacionou-se significativamente com todas as estratégias de gestão de peso com exceção da gestão de impulsos – consciencialização. Este achado é coincidente com a literatura sobre o tema ao demonstrar que pessoas com elevados níveis de restrição cognitiva tendem a estar menos focadas na sua alimentação, nomeadamente no que diz respeito à prática de *mindfulness eating* (Beshara, Hutchinson & Wilson, 2013; Camilleri et al., 2015). Isto pode acontecer porque pessoas com elevados níveis de restrição cognitiva não tendem a apresentar um controlo muito ativo sobre a sua forma de agir (o que seria esperado na gestão de impulsos por consciencialização) (Karlsson et al., 2000). Embora esta seja uma estratégia alimentar consciente e voluntária (Karlsson et al., 2000), estes indivíduos podem tender a adotar estratégias mais passivas (como por exemplo imitar outros ou distrair-se) ou depender de soluções externas (como procurar informação), ao procurarem contornar as suas limitações ao nível do auto-controlo e da toma deliberada de decisões. Em suma, pessoas com maior restrição cognitiva procuram estratégias de gestão de peso que envolvam menos processamento cognitivo ou procuram contornar esta limitação com ajuda de fatores externos. O descontrolo alimentar (DA) associou-se positivamente a diferentes estratégias de gestão de peso: procura de informação, gestão de impulsos por distração e por consciencialização, bem como à modelagem social (imitação). Estes dados sugerem que nesta amostra, indivíduos com níveis mais elevados de DA recorrem a estratégias cognitivas e comportamentais como forma de lidarem com estes episódios de perda de controlo alimentar, indo ao encontro de literatura anterior (Camilleri et al., 2015; Polivy & Herman, 2002). A procura de informação como estratégia de controlo alimentar parece representar um esforço consciente para modificar estes hábitos descontrolados, podendo funcionar como uma estratégia compensatória (Bryant et al., 2008). No mesmo sentido, a gestão por impulsos por distração parece funcionar como um mecanismo utilizado para redirecionar a atenção do impulso ou ato de comer descontroladamente para outras atividades neutrais (Kristeller & Wolever, 2011). A gestão de impulsos por via da consciencialização, pode refletir diversas tentativas de desenvolver uma maior auto-consciência emocional e comportamental, frequentemente observadas em intervenções baseadas na 3.ª geração (como o *mindfulness),* que se têm mostrado eficazes na redução de episódios de alimentação compulsiva (Tapper et al., 2009). No que respeita à imitação, pessoas com maior propensão ao descontrolo alimentar tendem a reproduzir comportamentos alimentares de outros, particularmente em contextos sociais, reforçando o papel da influência externa sobre o comportamento

alimentar (López-Guimerà et al., 2010). Por sua vez, não se observar uma correlação significativa entre o descontrolo alimentar e a gestão de impulsos por aceitação, pode explicar uma menor capacidade de tolerância a sensações desconfortáveis sem recurso à alimentação como forma de regulação (Svaldi et al., 2012). Pessoas com elevados níveis de descontrolo alimentar tendem a recorrer a múltiplas estratégias para contrariar estes comportamentos (Svaldi et al., 2012); no entanto a ausência de aceitação emocional pode claramente comprometer a eficácia destas suas ações, perpetuando ciclos de descontrolo alimentar e potenciado a possibilidade de perturbação do comportamento alimentar (Wonderlich et al., 2017).

É fundamental que estas intervenções focadas na gestão de peso tenham em consideração fatores emocionais e psicológicos dos indivíduos, pois estes desempenham um papel central nos comportamentos alimentares individuais. A introdução de variáveis auto reguladas com a satisfação com a dieta, a incongruência alimentar e o comportamento alimentar disfuncional oferece um caminho promissor para compreender as motivações internas e subjetivas que podem impactar o uso de diferentes estratégias de gestão de peso. A partir desse entendimento, podem ser desenvolvidas diferentes estratégias de gestão de peso e, por isso, personalizadas, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis e sustentáveis. Ainda que a introdução de certas medidas de comportamentos de gestão de peso possam potenciar sofrimento e angústia psicológica, daí que nesta tipologia de intervenção faça sentido incluir profissionais de saúde mental, de forma a minimizar o dano psicológico. Estes resultados permitem concluir que não existe só uma forma de abordar os comportamentos de gestão de peso, mas sim uma possível combinação de diferentes estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais sendo possível a sua individualização e personalização.

6. Referências

Amaral, A., Stice, E., & Ferreira, M. (2019). A controlled trial of a dissonance-based eating disorders prevention program with Brazilian girls. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 32(1). https://doi.org/10.1186/s41155-019-0126-3.

American Psychological Association (2018). *Emerging adulthood*. https://dictionary.apa.org/emerging-adulthood.

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A., Martinez-Jimenez, M., Redel-Macías, M., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body

Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4177. https://doi.org/10.3390/ijerph16214177.

Barros, G., Da Silva, S., Andaki, A., & De Sousa, T. (2021). Sobrepeso e obesidade em universitários: prevalências e fatores associados. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 26, 1–9. https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0225.

Beshara, M., Hutchinson, A., & Wilson, C. (2013). Does mindful eating improve weight loss? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 538–549.

Butryn, M., Webb, V., & Wadden, T. (2011). Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatric Clinics*, 34 (4), 841-859.

Camilleri, G. Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V., Hercberg, S., & Péneau, S. (2015). Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating: correlations and demographic and behavioral associations in a French population-based sample. *Appetite*, 95, 259–264. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.009.

Cruwys, T., Bevelander, K., & Hermans, R. (2015). Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite,* 86, 3–18. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035.

Davis, A. (2013) *Americans' Desire to Shed Pounds Outweighs Effort*. https://news.gallup.com/poll/166082/americans-desire-shed-pounds-outweighs-effort.aspx.

Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53.

Direção Geral da Saúde (2005). *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – Programa Nacional de Combate à Obesidade.* https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Combate-%C3%A0-Obesidade.pdf

Dombrowski, S., Knittle, K., Avenell, A., Araujo-Soares, V., & Sniehotta, F. (2014). Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*, *348*, 14 (6). https://doi.org/10.1136/bmj.g2646

DPhil, M., & Rolls, B. (2001). Dysfunctional eating in the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2), 235-248. https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70220-3.

Faria, A., Almeida, S., & Ramos, T. (2021). Impacts and consequences of fad diets and supplementation on eating behavior. *Research, Society and Development*, 10 (10), 1-13. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19089.

Finlayson, G., et al. (2011). Implicit wanting and explicit liking are markers for trait binge eating. A susceptible phenotype for overeating. *Appetite*, 57 (3), 722-728. https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.012.

Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39–50. https://doi.org/10.2307/3151312.

Gilhooly, C., Das, S., Golden, J., McCrory, M., Dallal, G., Saltzman, E., Kramer, F., & Roberts, S. (2007). Food cravings and energy regulation: the characteristics of craved foods and their relationship with eating behaviors and weight change during 6 months of dietary energy restriction. *International Journal of Obesity*, *31*(12), 1849–1858. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803672.

Gobbo, J., & Dellazzana-Zanon, L. (2023). Sentido na vida na adultez emergente: Contribuições para a Psicologia do Desenvolvimento. *Subjetividades*, 23 (2), 1-12. 10.5020/23590777.rs.v23iEsp. 1.e12968.

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). NJ: Pearson Prentice Hall.

Haam, J., Kim, B., Kim, E., Kwon, H., Kang, J., Park, J., Kim, K., Rhee, S., Kim, Y., & Lee, K. (2023). Diagnosis of Obesity: 2022 Update of Clinical Practice Guidelines for Obesity by the Korean Society for the Study of Obesity. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, *32*(2), 121–129. https://doi.org/10.7570/jomes23031.

Hamburg, M., Finkenauer, C., & Schuengel, C. (2014). Food for love: the role of food offering in empathic emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, *5*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00032.

Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Koshiaris, C., & Jebb, S. (2016). Development of tools to study personal weight control strategies: OxFAB taxonomy. *Obesity*, *24*(2), 314–320. https://doi.org/10.1002/oby.21341

Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Piernas, C., Koshiaris, C., Velardo, C., Salvi, D., Jebb, S. (2018). Cognitive and behavioural strategies for weight management in overweight

adults: Results from the Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB) cohort study. *PLOS ONE*, 13 (8), 1-15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202072.

Hartmann-Boyce, J., Jebb, S., Fletcher, B., & Aveyard, P. (2014). Self-Help for Weight Loss in Overweight and Obese Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, *105*(3), e43–e57. https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302389.

Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2018). *Motivation and Action*. In Springer eBooks. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65094-4.

Higgs, S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviors. *Appetite,* 86, 38–44. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.021.

Hofmann, W., Friese, M., & Wiers, R.(2008). Impulsive versus reflective influences on health behavior: a theoretical framework and empirical review. *Health Psychology Review*, *2*(2), 111–137. https://doi.org/10.1080/17437190802617668.

Instituto Nacional de Estatística (2020). Inquérito Nacional de Saúde. file:///C:/Users/leand/Downloads/26InqNacSa%C3%BAde2019_Retif.pdf

James, B. et al. (2018). Validation of the Diet Satisfaction Questionnaire: a new measure of satisfaction with diets for weight management. *Obesity Science & Practice*, 4 (6), 506-514. https://doi.org/10.1002/osp4.299.

Karlsson, J., Persson, L., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ). *Eating Behaviors*, 1(1), 17–31.

Kitahara, C., Flint, A., De Gonzalez, A., Bernstein, L., Brotzman, M., MacInnis, R., Moore, S., Robien, K., Rosenberg, P., Singh, P., Weiderpass, E.,. . . Hartge, P. (2014). Association between Class III Obesity (BMI of 40–59 kg/m2) and Mortality: A Pooled Analysis of 20 Prospective Studies. *PLoS Medicine*, *11*(7), e1001673. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001673.

Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford.

Kristeller, J., & Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605.

Kolotkin, R., Crosby, R., Kosloski, K., & Williams, G. (2001). Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, *9*(2), 102–111. https://doi.org/10.1038/oby.2001.13.

Kolotkin, R., Norquist, J., Crosby, R., Suryawanshi, S., Teixeira, P., Heymsfield, S., Erondu, N., & Nguyen, A. (2009). One-year health-related quality of life outcomes in

weight loss trial participants: comparison of three measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, *7*(1). https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-53.

Joki, A. et al. (2020). Exploration of finnish adults' successful weight management over the life course: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1). doi: 10.1186/s12889-019-8128-8.

Jorge, R., Santos, I., Carraça, E. V., Teixeira, V., & Teixeira, P.(2019). Behavioral and psychological predictors of weight loss and long-term weight loss maintenance: a conceptual review of reviews. *Acta Portuguesa De Nutrição*, *17*, 16–20. https://doi.org/10.21011/apn.2019.1703

Leary, M., & Kowalski, R. (1990). The Role of Self-Awareness in Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 896-907.

Leitão, M., Hartmann-Boyce, J., Pérez-López, FR, Marôco, J., & Pimenta, F. (2023). Weight management strategies in Middle-Aged Women (MAW): Development and validation of a questionnaire based on the Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB-MAW) in a Portuguese sample. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069775.

Li, X., Shan, Y., Gao, Y., Jiang, X., Wang, H., Yang, X., & Ding, Y. (2021). The Cross-Cultural Adaptation and the Reliability Test for the Chinese-Version Dietary Behavior and Psychological Series Scales in Maintenance Hemodialysis Patients. *Patient Preference and Adherence*, *Volume 15*, 1903–1912. https://doi.org/10.2147/ppa.s322868.

López-Guimerà, G., Levine, M., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13(4), 387–416. https://doi.org/10.1080/15213269.2010.525737.

Love, H., Bhullar, N. & Schutte, N. (2019). Psychological aspects of diet: Development and validation of three measures assessing dietary goal-desire incongruence, motivation, and satisfaction with dietary behavior. *Appetite*, 138, 223-232. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.018.

Lowe, M., & Timko, C. (2004). What a difference a diet makes: Towards an understanding of differences between restrained dieters and restrained nondieters. *Eating Behaviors*, *5*(3), 199–208. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.01.006.

Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais, fundamentos teóricos, software & Aplicações* (3ª edição). Report Number.

Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2020). Psychometric characteristics of the Three-Factor Eating Questionnaire-18 and eating behavior in undergraduate students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, *26*(2), 525–536. https://doi.org/10.1007/s40519-020-00885-9.

Martins, B., Da Silva, W., Marôco, J., & Campos, J. (2024). Psychometric evaluation in a Brazilian context of three instruments proposed to investigate affective and cognitive aspects of eating. *Current Psychology*, *43*(24), 21146–21161. https://doi.org/10.1007/s12144-024-05942-5.

Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: adaptação do questionário de marcadores da adultez junto de jovens portugueses. *Psychologica*, 51, 147-168.

Mitchell, N., Catenacci, V., Wyatt, H., & Hill, J. (2011). Obesity: overview of an epidemic. *Psychiatric Clinics*, 34 (4), 717-732, 10.1016/j.psc.2011.08.005.

Neto, D., & Baptista, T. (2021). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Intervenções Clínicas*. Edições Sílabo.

Nordmo, M., Danielsen, Y., & Nordmo, M. (2019). The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, *21*(1). https://doi.org/10.1111/obr.12949.

Olsson-Collentine, A., Assen, M., & Hartgerink, C. (2019). The prevalence of marginally significant results in psychology over time. *Psychology Science*, 30 (4), 567-586. doi: 10.1177/0956797619830326.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Intervenção Psicológica em crise e em catástrofe*.

https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_em_crise_e_catastrofe.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2024). *Obesity and overweight*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

Pereira, R. & Alvarenga, M. (2007). Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectrum*, 20 (3), 141-148. https://doi.org/10.2337/diaspect.20.3.141.

Pi-Sunyer, X. (2000). Obesity: criteria and classification. *Proceedings of the Nutrition Society*, *59*(4), 505–509. https://doi.org/10.1017/s0029665100000732.

Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.

Rahimi-Ardabili, H., Vartanian, L. R., Zwar, N., Sharpe, A., & Reynolds, R. (2020). Efficacy and acceptability of a pilot dietary intervention focusing on self-compassion, goal-setting and self-monitoring. *Public Health Nutrition*, *23*(15), 2746–2758. https://doi.org/10.1017/s1368980020000658.

Reid, D., & Weigle, P. (2014). Social Media Use among Adolescents: Benefits and Risks. *Adolescent Psychiatry*, *4*(2), 73–80. https://doi.org/10.2174/2210676604021407091158 10.

Romesin, H., & Porksen, B. (2004). *Del ser al hacer: Los Origenes de la biologia del conocer.* J C Saez Editor.

Santos, B., & Antunes, D. (2007). *Vida adulta, processos motivacionais e diversidade*. Educação, 1 (61), 149-164.

Santos, I., Andrade, A., & Teixeira, P. (2017). Tentativas de controlo do peso na população adulta portuguesa: prevalência, motivos e comportamentos. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 77-86.

SPEO - Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade (2023) *World Obesity Day.*https://www.speo-obesidade.pt/world-obesity-day-posicao-speo-e-spedm/.

Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Emotion suppression but not reappraisal is associated with psychopathology in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(4), 464–468. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.08.001.

Szűcs, V., Szabó, E., & Bánáti, D. (2015). Exploration of healthy nutrition attitudes using a questionnaire survey. *Orvosi Hetilap*, *156*(16), 636–643. https://doi.org/10.1556/oh.2015.30129.

Tackett, J., & McAdams, D. (2012). Self-Consciousness and the Self-Regulation of Behavior. *Journal of Research in Personality*, *46*(4), 408-420.

Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F., & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396–404. https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.012.

Weiner, B. (2012). *Handbook of Theories of Social Psychology.* SAGE Publications.

Wonderlich, J. et al. (2017). The relation between craving and binge eating: Integrating neuroimaging and ecological momentary assessment. *Appetite*, 117, 294-302. http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.005.

7. Anexos

Anexo A: Caracterização da amostra

Tabela 1 - Caracterização socio-demográfica da amostra

Características		***Amostra n= 601 (%)***
Sexo biológico		
	Masculino	147 (24.46)
	Feminino	446 (74.21)
	Outro	1 (0.17)
	Prefiro não responder	7 (1.16)
Ocupação		
	Estudante	173 (28.79)
	Trabalhador estudante	138 (22.96)
	Trabalhador	282 (46.92)
	Sem ocupação	8 (1.33)
Rendimento familiar		
	Até 550,21	3 (0.50)
	Mais de 550,21 e até 831,14	10 (1.66)
	Mais de 831,14 e até 1176,57	33 (5.49)
	Mais de 1176,57 e até 1522,93	67 (11.15)
	Mais de 1522,93 e até 1939	84 (13.98)
	Mais de 1939 e até 2842,21	106 (17.64)
	Mais de 2842,21 e até 3714,07	104 (17.30)
	Mais de 3714,07 e até 5799,93	131 (21.80)
	Mais de 5799,93	63 (10.48)

Tabela 2 - Caracterização da amostra em termos de estatística descritiva de dados antropométricos

	Média	***Desvio padrão***	***Mediana***	***Mínimo***	***Máximo***	***Assimetria***	***Curtose***
Idade (anos)	26.60	4.55	26	18	35	.337	-.972
Peso (Kg)	69.23	12.00	68	43	106	.353	-.227
Altura (metros)	1.69	0.09	1.68	1.5	1.92	.229	-.586
IMC (Kg/m²)	24.33	3.89	23.6	15.94	40.39	1.253	2.335

Legenda: IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 3 - Caracterização da saúde física e mental da amostra

Características		***Amostra n= 601 (%)***
Prática de exercício físico		
	Não	289 (48.1)
	Sim	307 (51.5)
	Não respondeu	5 (0.8)
Frequência semanal de exercício físico		
	1x semana	28 (4.66)
	2x semana	82 (13.64)
	3x semana	101 (16.81)
	4x semana	51 (8.49)
	5x semana	26 (4.33)
	6x semana	12 (2)
	Todos os dias	7 (1.16)
Diagnóstico de alguma perturbação alimentar		
	Não	582 (96.8)
	Sim	19 (3.2)
Diagnóstico de alguma doença mental		
	Não	507 (84.4)

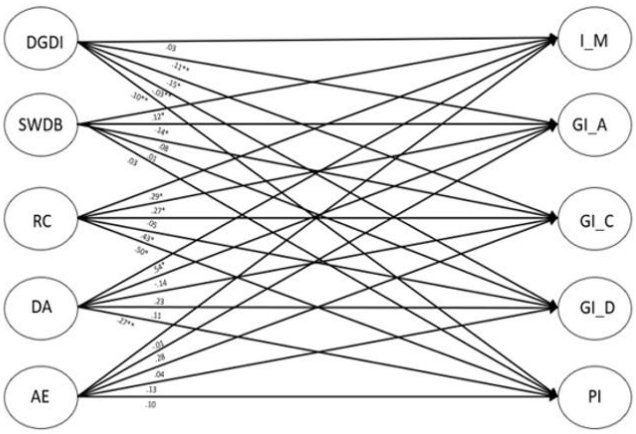
Tem algum cuidado com a saúde mental	Sim	94 (15.6)
	Não	355 (59.1)
	Sim	245 (40.8)
	Não respondeu	1 (0.2)

Tabela 4 - Caracterização dos hábitos alimentares e da relação com a alimentação da amostra

Características		***Amostra n= 601 (%)***
Faz dietas com o objetivo de modificar o corpo		
	Não	124 (20.6)
	Raramente	171 (28.5)
	Algumas vezes	191 (31.8)
	Com frequência	95 (15.8)
	Sempre	20 (3.3)
Faz dietas com acompanhamento profissional		
	Não	289 (48.1)
	Poucas vezes	145 (24.1)
	A maior parte das vezes	116 (19.3)
	Sempre	51 (8.5)
Satisfação com a alimentação		
	Muito insatisfeito	9 (1.5)
	Insatisfeito	52 (8.7)
	Nem insatisfeito, nem satisfeito	164 (27.3)
	Satisfeito	318 (52.9)
	Muito satisfeito	58 (9.7)
Auto avaliação sobre a alimentação		
	Muito má	5 (.8)
	Má	49 (8.2)
	Nem boa, nem má	167 (27.8)
	Boa	319 (53.1)
	Muito boa	61 (10.1)
Número de refeições diárias		
	1x dia	2 (.3)
	2x dia	12 (2)
	3x dia	102 (17)
	4x dia	169 (28.1)
	5x dia	155 (25.8)
	6x ou mais por dia	131 (26.8)
Acredita que as emoções influenciam a alimentação		
	Nunca	75 (12.5)
	Raramente	61 (10.1)
	Às vezes	174 (29)
	Muitas vezes	230 (38.3)
	Sempre	59 (9.8)
	Não respondeu	2 (.3)

Anexo B: **Modelo de equações estruturais original**

(CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, $IC_{90\%}$ = [.049, .054], SRMR = .05)

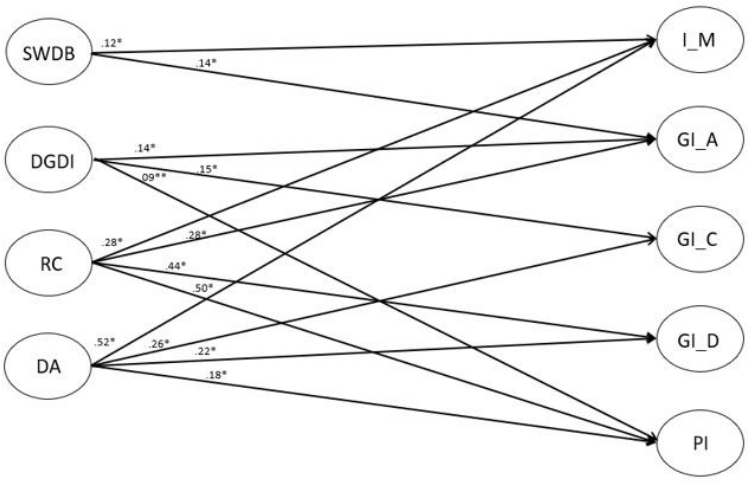


Legenda:
* $p < ,05$ (Significativo)
** $.05 \leq p < .10$ (Marginalmente significativo) (Chen, 2007)

DGDI: Incongruência alimentar
SWDB: Satisfação com a dieta
RC: Restrição cognitiva
DA: Descontrolo alimentar
AE: Alimentação emocional
I_M: Imitação/Modelagem
GI_A: Gestão de impulsos – aceitação
GI_C: Gestão de impulsos – Consciencialização
GI_D: Gestão de impulsos – Distração
PI: Procura de informação

Anexo C: Modelo de equações estruturais refinado

(CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .05, $IC_{90\%}$ = [.049, .057], SRMR = .05)



Legenda:
Só se apresentam valores de β estatisticamente significativos
* $p < ,05$ (Significativo)
** $.05 \leq p < .10$ (Marginalmente significativo) (Chen, 2007)

DGDI: Incongruência alimentar
SWDB: Satisfação com a dieta
RC: Restrição cognitiva
DA: Descontrolo alimentar
I_M: Imitação/Modelagem
GI_A: Gestão de impulsos – aceitação
GI_C: Gestão de impulsos – Consciencialização
GI_D: Gestão de impulsos – Distração
PI: Procura de informação

Anexo D: Modelos de equações estruturais

Tabela 35 - Modelo de equações estruturais original

		p	*β*
Procura de informação			
	Satisfação com a dieta	0.432	0.032
	Incongruência alimentar	0.076	0.100
	Restrição cognitiva	0.000	0.504
	Descontrolo Alimentar	0.100	0.266
	Alimentação Emocional	0.572	-0.098
Gestão de impulsos – Aceitação			
	Satisfação com a dieta	0.004	0.140
	Incongruência alimentar	0.072	0.114
	Restrição cognitiva	0.001	0.274
	Descontrolo Alimentar	0.471	-0.142
	Alimentação Emocional	0.183	0.279
Gestão de impulsos – Consciencialização			
	Satisfação com a dieta	0.150	0.076
	Incongruência alimentar	0.026	0.150
	Restrição cognitiva	0.608	0.046
	Descontrolo Alimentar	0.271	0.228
	Alimentação Emocional	0.867	0.038
Gestão de impulsos - Distração			
	Satisfação com a dieta	0.878	0.007
	Incongruência alimentar	0.696	-0.026
	Restrição cognitiva	0.000	0.429
	Descontrolo Alimentar	0.560	0.111
	Alimentação Emocional	0.521	0.134
Imitação/Modelagem			
	Satisfação com a dieta	0.001	0.120
	Incongruência alimentar	0.551	0.031
	Restrição cognitiva	0.000	0.283
	Descontrolo Alimentar	0.000	0.535
	Alimentação Emocional	0.932	-0.014

Legenda:
P: p-value
β: Beta

Tabela 36 - Modelo de equações estruturais refinado

		p	*β*
Procura de informação			
	Satisfação com a dieta	0.422	0.033
	Restrição cognitiva	0.000	0.500
	Descontrolo Alimentar	0.009	0.183
	Incongruência alimentar	0.093	0.088
Gestão de impulsos – Aceitação			
	Satisfação com a dieta	0.003	0.139
	Restrição cognitiva	0.001	0.284
	Descontrolo Alimentar	0.220	0.098
	Incongruência alimentar	0.013	0.142
Gestão de impulsos – Consciencialização			

	Satisfação com a dieta	0.150	0.076
	Restrição cognitiva	0.587	0.049
	Descontrolo Alimentar	0.002	0.262
	Incongruência alimentar	0.013	0.151
Gestão de impulsos - Distração			
	Satisfação com a dieta	0.890	0.006
	Restrição cognitiva	0.000	0.435
	Descontrolo Alimentar	0.008	0.224
	Incongruência alimentar	0.857	-0.011
Imitação/Modelagem			
	Satisfação com a dieta	0.001	0.120
	Restrição cognitiva	0.000	0.283
	Descontrolo Alimentar	0.000	0.523
	Incongruência alimentar	0.533	0.030

Legenda:
P: p-value
β: Beta

Capítulo 2

Psychometric Properties of the KHQ Symptom Severity Scale Among Middle-Aged Women

Marta G. Porto[1], Filipa Pimenta[1], Inês Queiroz-Garcia[1], Marta Uva[2], Matilde Patrone[2], Teresa Mascarenhas[3], & João Marôco[4]

[1] William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

[2] Ispa – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

[3] Department of Obstetrics and Gynecology, CHSJEPE/Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

[4] INTREPID LAB, ECEO – Universidade Lusófona & CETRAD, Lisbon, Portugal

Autor Correspondente: Marta G. Porto. **E-mail:** mporto@ispa.pt

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é prevalente entre mulheres de meia-idade, com impacto psicossocial relevante. A avaliação biopsicossocial, apoiada por equipas multidisciplinares e instrumentos padronizados, é essencial para a prestação de cuidados individualizados. Embora o *King's Health Questionnaire* esteja validado, a sua componente suplementar — a *King's Symptom Severity Scale* (KHQ-SSS) — carecia de validação formal como instrumento independente. Este estudo visou avaliar as fontes de evidência de validade do KHQ-SSS. **Métodos:** Participaram 1.538 mulheres portuguesas, entre os 40 e 65 anos, que autorrelataram sintomas de IU. Procedeu-se a uma Análise Fatorial Confirmatória (DWLS). A fiabilidade interna foi aferida através dos coeficientes alfa ordinal e ômega; a invariância da medida foi testada por MGCFA; e a validade convergente através da correlação de Pearson entre as pontuações do KHQ-SSS e do ICIQ-UI SF. **Resultados:** A versão de cinco itens do KHQ-SSS apresentou uma estrutura unidimensional estável, com excelentes índices de ajustamento (CFI=0.983, TLI=0.965, RMSEA=0.075) e boa fiabilidade interna (α=0.70), estabelecendo evidência de validade

baseada na estrutura interna. A forte correlação com o ICIQ-UI SF (*r*=0.589) confirmou a validade convergente da escala. **Discussão:** O KHQ-SSS demonstrou ser uma medida psicométrica válida e robusta para a avaliação da gravidade da IU, contribuindo para práticas clínicas mais abrangentes e centradas no paciente.

Palavras-chave: Incontinência urinária; King's Health Questionnaire; Validação; Qualidade de vida.

Introduction: Urinary incontinence (UI) is prevalent among middle-aged women and has a significant psychosocial impact. A biopsychosocial assessment, supported by multidisciplinary teams and standardized instruments, is essential for providing individualized care. Although the King's Health Questionnaire has been validated, its supplementary component — the King's Symptom Severity Scale (KHQ-SSS) —lacked formal validation as a standalone instrument. This study aimed to assess the sources of validity evidence for the KHQ-SSS. **Method:** A total of 1,538 Portuguese women aged 40 to 65 years who self-reported UI symptoms participated in the study. A Confirmatory Factor Analysis (DWLS) method was conducted. Internal reliability was assessed using ordinal alpha and omega coefficients; measurement invariance was tested through MGCFA; and convergent validity was evaluated via Pearson correlation between KHQ-SSS scores and those of the ICIQ-UI SF. **Results:** The five-item version of the KHQ-SSS demonstrated a stable unidimensional structure with excellent fit indices (CFI=.983; TLI=.965; RMSEA=.075) and good internal reliability (α=.70), providing evidence of validity based on internal structure. A strong correlation with the ICIQ-IU SF (*r*=.589) confirmed the scale's convergent validity. **Discussion:** The KHQ-SSS proved to be a valid and robust psychometric measure for assessing UI severity, contributing to more comprehensive and patient-centered clinical practices.

Keywords: Urinary incontinence; King's Health Questionnaire; Validation; Quality of life.

1. Introduction

The International Continence Society (ICS) defines Urinary Incontinence (UI) as the complaint of any involuntary loss of urine (Abrams et al., 2003; Haylen et al., 2010). UI represents a significant worldwide public health issue with a profound impact on QoL, particularly among the psychosocial dimensions experienced by women. UI also imposes a substantial economic burden on healthcare systems and society. Projections indicate total annual costs reaching €69.2 billion in the United States by 2023 and €86.7 billion across the European Union by 2030, reflecting significant direct healthcare expenditures and indirect costs associated with diminished productivity, informal caregiving, and loss of functional independence (Million et al., 2021; Subak et al., 2006).

UI prevalence rates range from 25 to 45% in midlife. This life stage is particularly critical, as these physiological and behavioral shifts heighten susceptibility to overlapping lower urinary tract symptoms (LUTS), contributing to the onset or exacerbation of UI (Bedretdinova et al., 2016; Coyne et al., 2009; Irwin et al., 2006). Notably, population-level data from Portugal corroborate these trends, reporting an overall female prevalence of 9.9%, with a marked escalation from 2.0% in women aged 18–39 to 28.9% in those aged 75–85 (Manso et al., 2023; Silva et al., 2013).

The development and persistence of UI are influenced by a complex interplay of biological, obstetric, and individual and socio-environmental factors, including age, obesity and adiposity, parity, mode of delivery, menopausal status, menopausal Replacement Therapy, Hysterectomy, diet , high impact exercise, comorbidities: Diabetes, Urinary Tract Infection, Cognitive Impairment, Ischemic Heart Disease, Physical Impairment, and Depression, socioeconomic vulnerability, and ethnicity (AboAlheija et al., 2024; Alizadeh et al., 2023; Gartland et al., 2016; Seshan et al., 2023; Suhr & Lahmann, 2018).

Clinically, UI is primarily categorized into three main subtypes: Stress urinary incontinence (SUI), often resulting from urethral hypermobility or intrinsic sphincter deficiency; Urgency urinary incontinence (UUI), typically associated with detrusor overactivity; and Mixed urinary incontinence (MUI), characterized by the co-occurrence of both SUI and UUI symptoms. Notably, MUI is frequently linked to a greater psychological and functional burden due to the compounded nature of the symptoms (Alencar-Cruz & Lira-Lisboa, 2019; Faria et al., 2015; Saboia et al., 2017). Further underscoring the clinical heterogeneity of this condition, findings from the EPINCOT

study revealed significant variability in symptom severity, with 42.1% of women reporting mild, 45.5% moderate, and 10.5% severe UI (Ebbesen et al., 2013).

Despite the established efficacy of non-invasive interventions, notably Pelvic Floor Muscle Therapy (PFMT), UI persists as a significant yet underreported, underdiagnosed, and consequently undertreated condition (Hägglund et al., 2003; Nambiar et al., 2018). Alarmingly, fewer than 50% of women with UI pursue medical intervention (Shaw et al., 2019). Among the multifaceted predictors influencing UI healthcare seeking behavior, the perceived severity of UI consistently emerges as the most salient determinant (Kinchen et al., 2003). This underscores the critical and immediate imperative for the implementation of timely, patient-centered strategies aimed at optimizing the assessment and subsequent management of UI within routine clinical practice (Aoki et al., 2017).

Comprehensive evaluation of UI in contemporary clinical practice requires the integration of both objective assessments—such as physical examination, pad testing, and urodynamic studies—and standardized patient-reported outcome (PRO) instruments. While objective measures quantify physical parameters, PROs are essential for capturing perceived/self-reported symptom severity, functional impairment, and treatment benefit, playing a critical role in promoting shared decision-making and delivering individualized care (Arlandis-Guzmán et al., 2023).

Strong correlations between self-report instruments and objective measures (e.g., the 24-hour pad weight test) underscore their psychometric robustness and clinical validity across both research and applied settings (Burkhard et al., 2020; Nambiar et al., 2018). In this context, several PRO instruments have been developed and validated to assess both the severity of urinary symptoms and their broader impact on women's health and quality of life.

Among the most widely adopted are the King's Health Questionnaire (KHQ; Kelleher et al., 1997) and the ICIQ-UI Short Form (ICIQ-UI SF; Avery et al., 2004), both of which have demonstrated strong psychometric properties, including in Portuguese populations (Viana et al., 2015), and have received Grade A recommendations from the International Consultation on Incontinence (ICI). Both tools have been extensively validated, including in Portuguese samples (Viana et al., 2015), and are highly recommended by the International Consultation on Incontinence (ICI), having received a Grade A recommendation. They are routinely used in both clinical practice and research (Arlandis-Guzmán et al., 2023).

However, few PROM's are specifically designed to assess the severity of UI symptoms. Widely used tools such as the Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Severity Index (ISI), and the Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID) primarily focus on aspects like leakage frequency, volume, and UI type. However, these instruments often fail to capture additional clinically relevant symptoms—such as nocturia, urinary frequency, and recurrent urinary tract infections (UTIs)—that contribute to a more comprehensive understanding of UI. This limited scope may constrain diagnostic precision and hinder personalized treatment planning.

The King's Health Questionnaire (KHQ), a widely validated instrument for assessing the impact of UI on quality of life, includes a lesser-known supplementary component—the King's Symptom Severity Scale (KHQ-SSS). This subscale encompasses a broader range of UI symptoms, including those often overlooked in traditional measures, such as nocturia, recurrent UTIs, and both stress and urgency incontinence. Despite its clinical relevance, the KHQ-SSS is not incorporated into the KHQ's primary severity scoring algorithm and has not been formally validated as a standalone instrument. This study therefore aimed to evaluate the psychometric properties of the KHQ-SSS as an independent tool for assessing UI symptom severity.

2. Methods

2.1 Design

This study followed a cross-sectional, observational, descriptive, and correlational design.

2.2 Participants

Initially, the non-probabilistic sample comprised 1606 women (M_{age} = 50.19 years, SD_{age} = 6.58) who self-reported occasional or frequent urine loss. Inclusion criteria were: (1) being female; (2) aged between 40 and 65 years; (3) experiencing involuntary urine loss either during increases in intra-abdominal pressure and/or following an uncontrollable urge to urinate, either occasionally or frequently; and (4) having internet access.

Exclusion criteria were: (1) being pregnant or within six months postpartum; (2) having undergone prior UI-related surgery; (3) having an oncological disease; (4) having neurological disabilities; and (5) experiencing pelvic organ prolapse. After excluding 56 women due to previous UI-related surgeries and 12 women who declined to provide informed consent, the final analytical sample comprised 1538 participants.

2.3 Measures

Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID). The QUID (Bradley et al., 2010), specifically designed to identify UI in women, was used to assess different UI types. The diagnostic cut-off points were set ≥ 6 for urge UI and ≥ 4 for stress UI. To be classified as having mixed UI, participants had to meet both criteria simultaneously. The QUID consists of six items, with three assessing stress incontinence symptoms, and the remaining three addressing urge incontinence symptoms. Each item is rated on a Likert scale ranging from 0 ("none of the time") to 5 ("all of the time"), resulting in a total possible score of 0 to 15 for each dimension. The QUID demonstrated moderate to good internal consistency, with α=.64 for stress UI scores and α=.87 for urge UI scores (Bradley et al., 2010).

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF). The ICIQ-UI SF (Avery et al., 2004) was used to assess the frequency and amount of urinary leakage, as well as its overall impact on daily life. This questionnaire consists of three scored questions addressing these aspects, with sample items such as: "How often do you leak urine?" or "How much urine do you usually leak (whether you wear protection or not)?". Responses are summed to yield an overall score ranging from 0 to 21, where higher scores indicate more severe UI symptoms. Additionally, the ICIQ-UI SF includes a fourth, unscored question that identifies the circumstances in which leakage occurs. The total score on the ICIQ-UI Short Form can be interpreted categorically to reflect symptom severity: scores of 1–5 indicate slight incontinence, 6–12 moderate, 13–18 severe, and 19–21 very severe. The instrument has demonstrated excellent internal consistency reliability (α = 0.95; Avery et al., 2004).

King's Health Questionnaire (KHQ). The KHQ (Kelleher et al., 1997) was used to assess the impact of UI on health-related quality of life, being a multidimensional patient-reported outcome measure (PROM) widely used in both clinical and research settings. Developed to capture the psychosocial, physical, and relational consequences of UI, the KHQ has demonstrated robust psychometric properties across diverse populations and has been validated for use in Portuguese (Viana et al., 2015). The KHQ consists of 21 items divided across 3 parts and 9 domains, each scored on a scale of 0 to 100, where higher scores indicate greater perceived impairment: Part I includes two domains: (1) General Health Perception, assessed via a five-point scale from *very good* to *very poor*, and (2) Incontinence Impact, rated on a four-point scale measuring perceived burden (*not at all* to *a lot*); Part II assesses six domains reflecting functional and psychosocial

limitations, including: (3) Role Limitations, (4) Physical Limitations, (5) Social Limitations, (6) Personal Relationships, (7) Emotions, (8) Sleep/Energy and (9) Severity Measures. Each of these domains comprises two to three items answered on a four-point Likert scale (*not at all* to *all the time* or equivalent wording), allowing fine-grained analysis of the multifaceted burden of UI. Part III includes the Symptom Severity Scale, composed of 10 sub-items (Appendix A) assessing the frequency and severity of core urinary symptoms such as nocturia, urgency, stress and urge incontinence, bedwetting, intercourse incontinence, urinary infections, dysuria, and dribbling. Each sub-item is rated on a four-point severity scale (*none* to *severe*), yielding a total score ranging from 0 to 30. This supplementary scale assesses eleven bladder-related symptoms: urinary frequency (frequent need to void), nocturia (waking at night to urinate), urgency (a sudden and difficult-to-control urge to urinate), urge urinary incontinence (involuntary leakage associated with urgency), stress urinary incontinence (leakage during physical exertion such as coughing or running), nocturnal enuresis (bedwetting during sleep), coital incontinence (urinary leakage during sexual intercourse), recurrent urinary tract infections, bladder pain, difficulty passing urine (voiding dysfunction).

2.4 Procedure

This study's data was collected during the COVID-19 pandemic (March to October 2020) using Google Forms, an online survey platform that included all previously described measures. Due to COVID-19 restrictions, a contingent plan was implemented as an alternative to hospital-based recruitment. Participants were recruited via social media, particularly Facebook, where invitations were shared in groups of middle-aged and menopausal women. These groups were provided with a brief overview of the study and its objectives.

2.5 Data analysis

Following the Standards for Educational and Psychological Testing (American Educational Research Association et al., 2014), two sources of validity evidence were assessed: (1) internal structure, focusing on dimensionality, internal consistency reliability, and measurement invariance; and (2) relations to other variables.

Data analyses were performed using R 4.0 statistical system (R Core Team) via RStudio and IBM SPSS Statistics 27.0. Descriptive statistics–including the mean (*M*), standard deviation (*SD*), skewness (*Sk*) and kurtosis (*Ku*)–were used to assess the distribution

properties of the KHQ-SSS items. These analyses were conducted using the multivariate normality (MVN) library (Kormaz et al., 2014) in R. Items were considered severe violations of normality if the absolute values of $Sk > 3$ and $Ku > 7$ (Marôco, 2021). Sample size estimation followed the recommendations of Hair et al. (2019), suggesting a minimum of 5 to 10 participants per manifest variable (i.e., between 50 and 100 participants, considering the initial ten items), thereby ensuring adequate statistical power.

Given the strong theoretical foundation supporting the hypothesized factor structure, the present study employed Confirmatory Factor Analysis (CFA) as the initial analytic strategy. The use of CFA is supported by prior research and established theory that clearly define the expected relationships between latent constructs and their observed indicators. As such, CFA enables a direct assessment of model fit, offering a rigorous test of the hypothesized factor structure and underlying conceptual framework (Bandalos & Finney, 2019).

The CFA was performed to evaluate validity evidence based on internal structure, using the diagonally weighted least squares (DWLS) estimation method, which is designed for ordinal data, via the *Lavaan* package (v. 0.6-14) in R (Finney et al., 2016; Marôco, 2024). Error term correlations were applied based on modification indices (> 11; $p < .001$), along with theoretical considerations. An acceptable goodness of fit included: Comparative Fit Index (CFI) ≥ .90, Tucker–Lewis Index (TLI) ≥ .90, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ≤ .08 and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ≤ .08 (Byrne, 2016; Marôco, 2021). Internal structure validity evidence was also evaluated using the criterion that the Average Variance Extracted (AVE) exceeded .50, in line with Fornell and Larcker (1981) guidelines. Additionally, it was confirmed that the AVE for each factor was greater than the squared correlations between factors.

Internal consistency reliability was assessed using ordinal α—derived from the polychoric correlation matrix—and ω coefficients. Values above .70 for both indicated acceptable reliability (Marôco, 2021). The package semTools was used to estimate the reliability indices.

Finally, measurement invariance of the KHQ-SSS model was evaluated using two independent Multigroup Confirmatory Factor Analyses (MGCFA). For this purpose, the total sample was randomly divided into two equal subgroups (50%–50 %) using SPSS randomization procedures, and a series of hierarchically nested models were estimated to test increasingly restrictive levels of measurement invariance—namely, configural,

metric, scalar, latent mean, and strict invariance. Second, a separate MGCFA was conducted to assess invariance across clinical groups defined by type of UI: stress, urge, and mixed UI. Both analyses were performed employing robust maximum likelihood estimation (MLR), as this estimator performs well with ordinal datsa non severely biased (Marôco, 2024). Invariance was assumed when the absolute value of the change in Comparative Fit Index (|ΔCFI|) was less than 0.01 (Cheung & Rensvold, 2002), and the absolute value of the change in RMSEA (|ΔRMSEA|) was less than 0.02 (Rutkowski & Svetina, 2014).

Convergent validity evidence regarding validity evidence based on relations to other variables was assessed through Pearson correlation between the total scores of KHQ-SSS and the ICIQ-UI SF.

To classify the severity levels of UI, and given that the original scale does not provide predefined cut-off points, the total score was computed by summing the responses to the five retained KHQ-SSS items. A score range of 5 to 20 was therefore possible, reflecting increasing symptom severity. The threshold of 12.5 was selected to distinguish between *mild to moderate* (5–12.5) and *moderate to severe* (12.5–20) UI. This cut-off was determined based on its midpoint placement within the total scale range, ensuring a balanced division between lower and higher symptom burden. Additionally, the threshold provided a practical and interpretable distinction between levels of severity, aligning with the scale's continuous structure and facilitating its use in both clinical and research settings.

3. Results

3.1 Brief sample clinical characterization

Among the 1538 women with UI included in the study, the majority had experienced one or two vaginal deliveries (61.2%), and more than half (54.6%) reported a history of perineal laceration. Most participants were in the peri- or postmenopausal stage (77.3%). Overweight and obesity were common, affecting 56.5% of the sample. Physical illnesses were reported by 34.4%, and 14.7% had a diagnosed mental health condition, most frequently depression (8.8%) and anxiety (4.7%). Stress UI was the most prevalent subtype (36.2%), followed by urgency (21.7%) and mixed UI (16.1%). Regarding severity, based on the ICIQ-UI SF, 38.5% of participants were classified as having slight UI, 40.6% moderate, 15.1% severe, and 5.8% very severe. Although 41% of women sought medical support for UI, only 29.1% received any treatment, and just 24% reported

engaging in pelvic floor muscle training (Tables 1, 2, and 3). The sociodemographic characteristics of the participants are presented in Table 1.

Table 1 – Sociodemographic characteristics of participants.

Characteristics	Women with UI (n=1,538)	
	N	%
Age range (in years)		
40−44	353	23.3
45−49	392	25.9
50−54	368	24.3
55−59	266	15.9
60−65	159	10.5
Nationality		
Portuguese	1482	96.3
Other	56	3.7
Level of education		
4th grade	6	0.4
9th grade	118	7.8
12th grade	447	29.5
Bachelor's degree	573	37.9
Postgraduate degree	358	22.0
Doctorate	36	2.4
Professional status		
Active	1245	80.6
Inactive	293	19.4
Sexual-affective relationship		
Yes	1222	79.1
No	316	20.9
Number of biological children		
0	152	10.0
1	462	28.9
2	695	45.9
3	185	12.2
> 4	44	2.9

Note. UI = Urinary incontinence.

Additionally, information on clinical details, lifestyle-related factors, and UI (Table 2) was gathered.

Table 2 – Clinical characteristics of participants.

Characteristics	Women with UI (n=1,538)	
	N	%
Number of vaginal deliveries		
0	425	28.1
1	442	27.6
2	509	33.6
3	131	8.7
4	31	2.0
Number of caesarean deliveries		
0	1062	70.2
1	325	19.8
2	121	8.0
3	28	1.9
4	2	0.1
Perineal laceration		
Yes	851	54.6
No	687	45.4
Physical illness diagnosis[a]		
No	993	65.6
Yes	545	34.4
Asthma	45	2.9
Hypothyroidism	51	3.3
Diabetes	35	2.2
Hypertension	72	4.7
Mental illness diagnosis[a]		
No	1290	85.3
Yes	248	14.7
Depressive disorder	133	8.8
Anxiety disorder	96	4.7
Obsessive disorder	4	0.3
Psychotic disorder	5	0.3
Menopausal status		
Premenopause	349	22.7
Perimenopause	559	36.3
Postmenopause	630	41.0
Medical help to manage menopausal symptoms		
Yes	664	43.9
No	874	56.1
Coffee intake		
Yes	1263	83.5
No	275	16.5
Hot/cold beverages intake		
Yes	1286	85.0
No	252	15.0
High impact physical activity		
Yes	207	13.7
No	1331	86.3
BMI Status		
Underweight (BMI < 18.5 kg/m^2)	32	2.1
Normal weight (BMI 18.5–24.9 kg/m^2)	651	41.4
Overweight (BMI 25.9–29.9 kg/m^2)	552	36.5
Obesity class I (BMI 30–34.9 kg/m^2)	226	14.9
Obesity class II (BMI 35–39.9 kg/m^2)	60	4.0
Obesity class III (BMI > 40 kg/m^2)	17	1.1
UI Types		
Stress	558	36.2
Urgency	334	21.7

Mixed	243	16.1
UI Severity		
Mild to Moderate	1200	78.0
Moderate to Severe	338	22.0
ICIQ-UI SF levels		
Slight [1–5]	592	38.5
Moderate [6–12]	624	40.6
Severe [13–18]	233	15.1
Very Severe [19–21]	89	5.8
Medical help for UI		
Yes	620	41.0
No	918	59.0
Treatment for UI		
Yes	448	29.1
No	1090	70.9
Prescribed UI medication		
Yes	70	4.6
No	1468	95.4
Pelvic floor muscle training		
Yes	369	24
No	1169	76

Note. UI = Urinary incontinence. [a] Most prevalent self-reported diagnosis.

Participants' menopausal status was classified according to the guidelines outlined in the Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW; Soules et al., 2001). Based on self-reported menstrual patterns, participants were categorized into three groups: (1) premenopausal, defined as no reported changes in menstrual cycle regularity; (2) perimenopausal, characterized by variable cycle lengths (deviations greater than seven days from their typical cycle) or the absence of two or more consecutive cycles, leading to an amenorrhea period of more than sixty days; and (3) postmenopausal, defined as having experienced at least twelve consecutive months of amenorrhea. Detailed information regarding menopausal classification is presented in Table 3.

Table 3 – Severity and UI types per menopause status.

Menopause Status	**Severity**		**UI types**			
	Mild to Moderate	**Moderate to Severe**	**Stress**	**Urgency**	**Mixed**	**Below UI Scores**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pre-menopausal	258 (21.5)	91 (26.9)	87 (15.6)	39 (11.7)	30 (12.3)	193 (47.9)
Peri-menopausal	424 (35.3)	135 (39.9)	242 (43.4)	144 (43.1)	103 (42.4)	65 (16.1)
Pos-menopausal	518 (43.2)	112 (33.2)	229 (41.0)	151 (45.2)	110 (45.3)	145 (36.0)

Note. UI = Urinary Incontinence.

3.2 Validity evidence based on the internal structure

3.2.1 Dimensionality

3.2.1.1 Items' distributional properties

Descriptive statistics were analyzed for each item (Table 4). No severe violations of normality were observed, as all items presented acceptable absolute values of skewness ($.01 \leq |Sk| \leq 1.38$) and kurtosis ($.27 \leq |Ku| \leq 2.00$).

Table 4 – Descriptive statistics of the KHQ-SSS items.

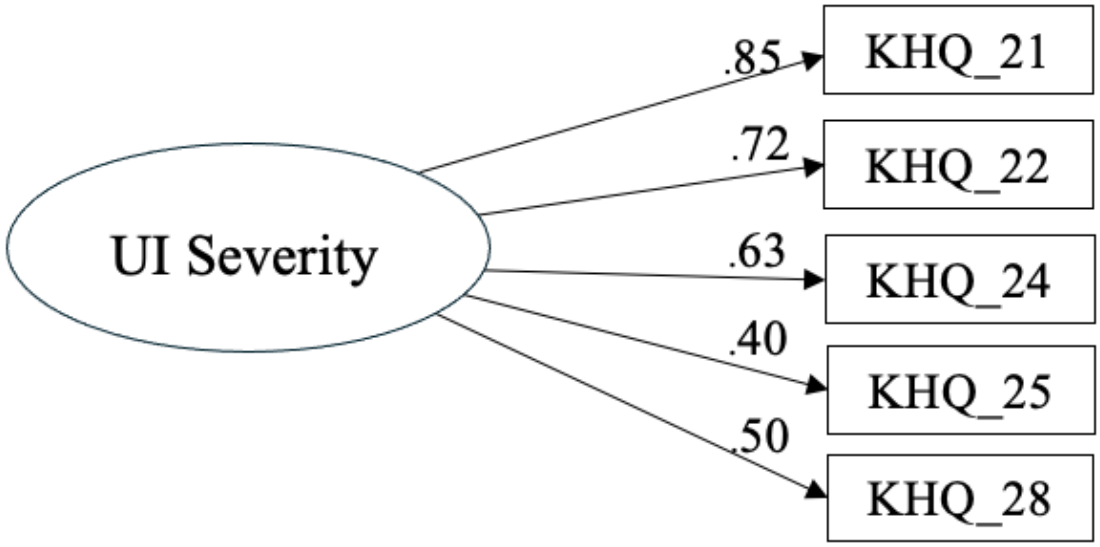
Item	*M*	*SD*	Min	Max	*Sk*	*Ku*
KHQ 21	1.81	1.39	0	4	-0.06	-1.21
KHQ 22	1.70	1.38	0	4	-0.01	-1.24
KHQ 23	1.45	1.34	0	4	0.38	-0.45
KHQ 24	1.52	1.39	0	4	0.18	-1.30
KHQ 25	2.31	1.19	0	4	-0.42	-0.27
KHQ 26	0.82	1.10	0	4	0.92	0.12
KHQ 27	1.12	1.26	0	4	0.67	-0.28
KHQ 28	0.67	1.13	0	4	1.38	-2.00
KHQ 29	1.36	1.28	0	4	-0.21	-0.60
KHQ 30	1.58	1.32	0	4	0.15	0.35

3.2.1.2 Factor related validity evidence

To examine the latent structure underlying the KHQ-SSS, a CFA was conducted on the original set of 10 items. The initial model revealed an unacceptable fit to the data, prompting a refinement process to improve its psychometric quality. Following standard psychometric criteria, items with factor loadings below .40 were removed from the analysis. As a result, the final structure retained the five items with the strongest psychometric properties: 21. Frequency – going to the toilet often; 22. Nocturia – getting up at night to urinate; 24. Urge incontinence – urine leakage associated with a strong desire to pass urine; 25. Stress incontinence – urine leakage with physical activity (e.g., coughing, running); and 28. Frequent urinary infections. All final items, except for item 25 ($\lambda = .40$), demonstrated adequate standardized factor loadings ($.50 \leq \lambda \leq .85$) and satisfactory individual reliability, indicating their substantial contribution to the measurement of UI symptom severity. Although item 26 exhibited a loading below .50, it was retained due to its clinical significance in the context of UI. The final unidimensional, first-order factor structure of the KHQ-SSS was confirmed via CFA

(Figure 1), showing excellent model fit indices: CFI = .983, TLI = .965, RMSEA = .075, and SRMR = .036.

Figure 1 – First-order latent factor structure of the reduced five-item version KHQ-SSS in a sample of Portuguese middle-aged women with UI (n = 1538). *Note*. Numeric values represent standardized factor loadings for each item.



3.2.1.3 Internal consistency reliability

Internal consistency estimates were calculated to assess the reliability of the KHQ-SSS scores. The results indicated acceptable reliability ($\alpha_{ordinal}$ = .70; ω = .70), suggesting that the item scores are consistently clustered around the latent variable (i.e., severity). These findings support the robustness of the data collected using the KHQ-SSS.

3.2.1.4 Measurement invariance of the KHQ-SSS

The measurement invariance of the KHQ-SSS model was assessed using MGCFA. To this end, the total sample was randomly split into two equal subsamples (50%–50%) (Table 5) using SPSS randomization procedures. The results demonstrated configural, strict measurement, and structural invariance across the two groups, indicating that the factor structure of the KHQ-SSS is stable and consistent across samples. Collectively, these findings provide robust support for the validity evidence based on the internal structure of the KHQ-SSS.

Table 5 – Measurement invariance of the KHQ-SSS.

Model	Df	χ^2	$\Delta\chi^2$	ΔDf	P[$\Delta\chi^2$>]	CFI	RMSEA	ΔCFI	ΔRMSEA
Configural	10	40.949	—	—	—	0.990	0.064	0.000	0.000
Metric	14	44.414	3.004	4	0.557	0.990	0.054	0.000	-0.010
Scalar	24	48.290	6.987	10	0.727	0.992	0.037	0.002	-0.017
Strict	25	50.565	0.613	1	0.434	0.991	0.037	0.000	0.000

Note. Df = degrees of freedom; χ^2 = chi-square value; $\Delta\chi^2$ = difference in chi-square from the previous model; ΔDf = difference in degrees of freedom from the previous model; P[$\Delta\chi^2$>] = p-value for the chi-square difference test.

3.2.1.5 Structural invariance of the KHQ-SSS across UI types

Multi-group confirmatory factor analysis (MGCFA) provided evidence for strict invariance of the one-factor structure of the KHQ-SSS across different types of UI.

Table 6 – Multigroup Invariance of the one-factor model of the KHQ-SSS across UI types.

Model	Df	χ^2	$\Delta\chi^2$	ΔDf	P[$\Delta\chi^2$>]	CFI	RMSEA	ΔCFI	ΔRMSEA
Configural	4	11.480				.991	.050	.000	.000
Metric	7	18.244	7.112	3	.068	.986	.046	-.005	-.004
Scalar	14	21.704	5.421	7	.609	.991	.027	.004	-.019
Strict	15	21.705	.000	1	.983	.992	.024	.001	-.003

Note. Df = degrees of freedom; χ^2 = chi-square value; $\Delta\chi^2$ = difference in chi-square from the previous model; ΔDf = difference in degrees of freedom from the previous model; P[$\Delta\chi^2$>] = p-value for the chi-square difference test.

3.3 Validity evidence based on relations to other variables

3.3.1 Convergent validity evidence

A Pearson correlation analysis was conducted between the KHQ-SSS total score and the ICIQ-UI SF total score, revealing a strong correlation (r = .589, p < .001). This result provides evidence of convergent validity, indicating that the KHQ-SSS is strongly correlated with other instruments that assess the same underlying construct (i.e., UI symptom severity).

4. Discussion

This study aimed to validate the psychometric properties of the King's Health Questionnaire Symptom Severity Scale (KHQ-SSS) among Portuguese women aged 40–65, with particular attention to reliability, construct validity, and measurement invariance. The five-item version of the KHQ-SSS (Appendix B) demonstrated excellent model fit (CFI = .983; TLI = .965; RMSEA = .075; SRMR = .036) and satisfactory internal consistency (α = .70; ω = .70), supporting its structural robustness. Convergent validity was confirmed through significant correlations with the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF), a recognized gold standard in UI assessment. These findings align with validation evidence for other established instruments such as the ICIQ-UI SF and the Incontinence Severity

Index (ISI), which similarly demonstrate correspondence between subjective symptom burden and objective evaluations (Karantanis et al., 2004; Sandvik et al., 1993).

The confirmation of strict measurement invariance ensures that scores differences across UI subtypes reflect actual differences in symptom severity rather than measurement bias, enhancing the scale's robustness and comparability across groups.

Incorporating symptoms such as nocturia, recurrent urinary tract infections (UTIs), and the combined presentation of stress and urgency incontinence acknowledges the multidimensional nature of UI and its clinical impact. Nocturia, a central indicator n the KHQ framework, is particularly disruptive to sleep and daily functioning. Recurrent UTIs also impose substantial physical and emotional burdens. The co-occurrence of stress and urgency symptoms—hallmarks of mixed incontinence—has been associated with greater disease complexity, reduced treatment efficacy, and elevated psychological distress (Moore et al., 2008). Integrating these features into the KHQ-SSS enhances its capacity to stratify clinical risk and guide targeted interventions.

The KHQ-SSS emerges as a brief yet comprehensive tool for assessing UI severity in clinical practice. Its ability to differentiate between mild, moderate, and severe symptoms, alongside its applicability across stress, urge, and mixed incontinence subtypes, makes it well suited for both specialist and primary care settings. This versatility supports diagnosis and optimization of treatment planning.

Nevertheless, certain limitations must be acknowledged. This study's cross-sectional design limits inferences regarding the instrument's sensitivity to clinical change, a key property for monitoring therapeutic outcomes. Although the sample was large (N = 1,538), reliance on self-reported data introduces potential recall and social desirability biases. Future studies should incorporate objective measures, such as pad weight tests or bladder diaries, to triangulate self-reported data and enhance validity. Furthermore, the use of a non-probabilistic sampling method limits the generalizability of the findings, as the sample may not be fully representative of the broader population of women with urinary incontinence. Broader validation across diverse populations, including men, younger individuals, and varied socioeconomic and ethnic groups, is necessary. However, the large sample size ensures adequate sampling of the population variance.

Future research should prioritize evaluating the KHQ-SSS's longitudinal responsiveness (Sensitivity to change) and establishing the minimal clinically important difference (MCID). Integrating the KHQ-SSS into multimodal diagnostic frameworks may further

enhance its clinical utility and contribute to a more comprehensive understanding of UI burden.

In conclusion, the KHQ-SSS demonstrates strong psychometric integrity as a concise and clinically meaningful instrument for assessing UI severity. By capturing symptom frequency and key domains—such as nocturia, recurrent UTIs, and mixed incontinence, —the scale provides a robust representation of UI burden. Its brevity and diagnostic precision support practical use across UI subtypes, enabling accurate assessment, effective monitoring, and tailored treatment planning. The implementation of the KHQ-SSS has the potential to improve UI management strategies and elevate the quality of care and well-being of affected individuals. Ongoing validation in diverse settings will further establish its role as a cornerstone in UI severity assessment.

5. Funding

This work is supported by the FCT - Foundation for Science and Technology, through an individual doctoral scholarship (2020.05710.BD), DOI: 10.54499/2020.05710.BD. This work is also funded with national funds from FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., in the context of the R&D Unit: UID/04810 – William James Center for Research.

6. Appendices

Appendix A – Original version of the King's Health Questionnaire Symptom Severity Scale (KHQ-SSS)

Please indicate your agreement or disagreement by selecting the number that best corresponds to your answer.

Items	**Do not apply (1)**	**A little (2)**	**Moderately (3)**	**Very much apply (4)**
21. Frequency: Going to the toilet often.				
22. Nocturia: Getting up at night to urinate.				
23. Urgency: Strong difficulty in controlling the urge to urinate. (*)				
24. Urge Incontinence: Loss of urine associated with a very strong urge to urinate.				
25. Stress Incontinence: Loss of urine associated with physical activity (e.g. Coughing, running).				
26. Nocturnal Enuresis: Bedwetting at night. (*)				
27. Intercourse Incontinence: Urine loss during sexual intercourse. (*)				
28. Frequent urinary infections.				
29. Bladder pain. (*)				

30. Difficulty passing urine. (*)				
Note. (*) Item deleted.				

Appendix B –Portuguese version of the King's Health Questionnaire Symptom Severity Scale (KHQ-SSS)

Assinale a sua concordância ou discordância selecionado o número que melhor corresponde à sua resposta.

Itens	**Não se aplica (1)**	**Um pouco (2)**	**Moderadamente (3)**	**Aplica-se bastante (4)**
21. Frequência: Ir muitas vezes à casa de banho.				
22. Noctúria: Levantar-se à noite para urinar.				
24. Incontinência de Urgência: Perda de urina associada a uma vontade muito grande de urinar.				
25. Incontinência de esforço: Perda de urina associada à actividade física (por exemplo, tossir, correr).				
28. Infeções urinárias.				

7

. References

AboAlheija, M., Masarweh, E., Qasem, Y., Hijaz, H., Amer, R., & Shawahna, R. (2024). Prevalence of stress urinary incontinence symptoms and their impact on the quality of life of Palestinian women: The first large cross-sectional study among the general population. *BMC Women's Health*, *24*(1), 510. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03360-0

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wein, A., & Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, *61*(1), 37–49. https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4

Alencar-Cruz, J. M., & Lira-Lisboa, L. (2019). Impact of urinary incontinence on quality of life and its relationship with symptoms of depression and anxiety in women. *Revista de Salud Publica*, *21*(4), 390–397. https://doi.org/10.15446/rsap.V21n4.50016

Alizadeh, A., Montazeri, M., Shabani, F., Bani, S., Hassanpour, S., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2023). Prevalence and severity of urinary incontinence and associated factors in Iranian postmenopausal women: A cross-sectional study. *BMC Urology*, *23*(1), 18. https://doi.org/10.1186/s12894-023-01186-w

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing.* Washington, DC: American Educational Research Association. ISBN: 978-0-935302-41-7

Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews. Disease Primers*, *3*, 17042. https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42

Arlandis-Guzmán, S., Bosch, J. L. H., Castro-Diaz, D., Costantini, E., Cotterill, N., Espuña Pons, M., Lemos, N., López-Fando Lavalle, L., Robinson, D., Shelly, E., & Yoshida, M. (2023). 4B. Patient-reported outcome assessment. In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, & A. Wein (Eds.), *Incontinence* (7th ed., pp. 437–456). International Continence Society.

Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *23*(4), 322–330. https://doi.org/10.1002/nau.20041

Bandalos, D. L., & Finney, S. J. (2019). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. In G. R. Hancock, L. M. Stapleton, & R. O. Mueller (Eds.), *The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences* (2nd ed, pp. 98–122). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315755649-8

Bedretdinova, D., Fritel, X., Zins, M., & Ringa, V. (2016). The effect of urinary incontinence on health-related quality of life: Is it similar in men and women? *Urology*, *91*, 83–89. https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.12.034

Bradley, C. S., Rahn, D. D., Nygaard, I. E., Barber, M. D., Nager, C. W., Kenton, K. S., Siddiqui, N. Y., Abel, R. B., Spino, C., & Richter, H. E. (2010). The questionnaire for urinary incontinence diagnosis (QUID): Validity and responsiveness to change in women undergoing non-surgical therapies for treatment of stress predominant urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *29*(5), 727–734. https://doi.org/10.1002/nau.20818

Burkhard, F. C., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F., LEmack, G. E., Nambiar, A. K., Thiruchelvam, N., & Tubaro, A. (2020). EAU guidelines on urinary incontinence in adults. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam. European Association of Urology. ISBN 978-94-92671-07-3

Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS* (3rd ed). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315757421

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *9*(2), 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Coyne, K. S., Wein, A. J., Tubaro, A., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Kopp, Z. S., & Aiyer, L. P. (2009). The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU International*, *103 Suppl 3*, 4–11. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.08371.x

Ebbesen, M. H., Hunskaar, S., Rortveit, G., & Hannestad, Y. S. (2013). Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: Longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urology*, *13*, 27. https://doi.org/10.1186/1471-2490-13-27

Faria, C. A., Moraes, J. R., Monnerat, B. R., Verediano, K. A., Hawerroth, P. A., & Fonseca, S. C. (2015). Effect of the type of urinary incontinence on the quality of life of patients in the public healthcare system in Southeastern Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, *37*(8), 374–380. https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005394

Finney, S. J., DiStefano, C., & Kopp, P. (2016). Overview of estimation methods and preconditions for their application with structural equation modeling. In K. Schweizer & C. DiStefano (Eds.), *Principles and methods of test construction: Standards and recent advances* (pp. 135–165). Hogrefe.

Fornell, C. & Larcker, D. F. (1981) Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*(1), 39–50.
https://doi.org/10.2307/3151312

Gartland, D., MacArthur, C., Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2016). Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: A prospective cohort. *BJOG*, *123*(7), 1203–1211. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13522

Hägglund, D., Walker-Engström, M. L., Larsson, G., & Leppert, J. (2003). Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: A cross-sectional population-based cohort study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, *14*(5), 296–304. https://doi.org/10.1007/s00192-003-1077-9

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, *21*(1), 5–26. https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9

Irwin, D. E., Milsom, I., Hunskaar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S., Coyne, K., Kelleher, C., Hampel, C., Artibani, W., & Abrams, P. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC study. *European Urology*, *50*(6), 1306–1315. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.09.019

Karantanis, E., Fynes, M., Moore, K. H., & Stanton, S. L. (2004). Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour pad test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, *15*(2), 111–116. https://doi.org/10.1007/s00192-004-1123-2

Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *104*(12), 1374–1379. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x

Kinchen, K. S., Burgio, K., Diokno, A. C., Fultz, N. H., Bump, R., & Obenchain, R. (2003). Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *Journal of Women's Health*, *12*(7), 687–698. https://doi.org/10.1089/154099903322404339

Kormaz, S., Goksuluk, D., & Zararsiz, G. (2014). MVN: An R Package for assessing multivariate normality. *The R Journal*, *6*(2), 151–162.

Manso, M., Botelho, F., Bulhões, C., Cruz, F., & Pacheco-Figueiredo, L. (2023). Self-reported urinary incontinence in women is higher with increased age, lower educational level, lower income, number of comorbidities, and impairment of mental health. Results of a large, population-based, national survey in Portugal. *World Journal of Urology*, *41*(12), 3657–3662. https://doi.org/10.1007/s00345-023-04677-5

Marôco, J. (2021). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações [Structural Equation Modeling: Theoretical foundations, software & applications] (3rd ed). ReportNumber.

Marôco, J. (2024). Factor analysis of ordinal items: Old questions, modern solutions? *Stats*, *7*(3), 984-1001. https://doi.org/10.3390/stats7030060

Million, E., Vexlard, E., Lognos, B., & Cayrac, M. (2021). Urinary incontinence as a marker of temporality in women: A qualitative study. *Climacteric*, *24*(6), 605–611. https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1915272

Moore, E. E., Jackson, S. L., Boyko, E. J., Scholes, D., & Fihn, S. D. (2008). Urinary incontinence and urinary tract infection: Temporal relationships in postmenopausal women. *Obstetrics and Gynecology*, *111*(2 Pt 1), 317–323. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318160d64a

Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., Bedretdinova, D. A., Ambühl, D., Farag, F., Lombardo, R., Schneider, M. P., & Burkhard, F. C. (2018). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European urology*, *73*(4), 596–609. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.031

Rutkowski, L., & Svetina, D. (2014). Assessing the hypothesis of measurement invariance in the context of large-scale international surveys. *Educational and Psychological Measurement, 74*(1), 31–57. https://doi.org/10.1177/0013164413498257

Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., Bezerra, K. C., Vasconcelos, J. A., Neto, Oriá, M. O. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2017). Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *51*, e03266. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266

Sandvik, H., Hunskaar, S., Seim, A., Hermstad, R., Vanvik, A., & Bratt, H. (1993). Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *47*(6), 497–499. https://doi.org/10.1136/jech.47.6.497

Seshan, V. F., Raghavan, D., Arulappan, J., Hashmi, I. A., Prince, E. J., Jaju, S., Azri, Z. A., & Alkharusi, L. (2023). Prevalence of urinary incontinence and its relationship with sociodemographic and obstetrical variables among omani women. *SAGE Open Nursing*, *9*, 23779608231173803. https://doi.org/10.1177/23779608231173803

Shaw, C., Rajabali, S., Tannenbaum, C., & Wagg, A. (2019). Is the belief that urinary incontinence is normal for ageing related to older Canadian women's experience of urinary incontinence? *International Urogynecology Journal*, *30*(12), 2157–2160. https://doi.org/10.1007/s00192-019-03906-z

Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M., & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher [Prevalence and impact of urinary incontinence on women's quality of life]. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 29*(6), 364–376. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197

Soules, M. R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, *10*(9), 843–848. https://doi.org/10.1089/152460901753285732

Subak, L. L., Brown, J. S., Kraus, S. R., Brubaker, L., Lin, F., Richter, H. E., Bradley, C. S., Grady, D., & Diagnostic Aspects of Incontinence Study Group (2006). The "costs" of urinary incontinence for women. *Obstetrics and Gynecology*, *107*(4), 908–916. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206213.48334.09

Suhr, R., & Lahmann, N. A. (2018). Urinary incontinence in home care: A representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. *Aging Clinical and Experimental Research*, *30*(6), 589–594. https://doi.org/10.1007/s40520-017-0816-6

Viana, R., Viana, S., Neto, F., & Mascarenhas, T. (2015). Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *26*(7), 1027–1033. https://doi.org/10.1007/s00192-015-2628-6

Capítulo 3

Os Fatores Dietéticos e de Estilo de Vida Estão Associados à Gravidade dos Sintomas da Menopausa?

Rita Albergaria[1]*, Maria Teresa Albergaria[2], Maria José Bicudo[3], Ana Rita Nunes[4], Isabel Leal[4] & Filipa Pimenta[4]

[1]Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Europeia, Lisboa, Portugal [2]Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel, Ponta Delgada, Portugal. [3]Universidade dos Açores, Portugal

[4]WJCR – William James Center for Research, ISPA-Ispa- Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente: Rita Albergaria.

E-mail: maria.a.silva@universidadeeuropeia.pt

Resumo: Diversas opções farmacológicas e não farmacológicas são utilizadas para a gestão de sintomas da menopausa(SM), como a terapia hormonal(TH), a medicina complementar e alternativa(MCA) e alterações de hábitos de estilo de vida. Importa compreender se: problemas de saúde, o tipo e a fase de menopausa, o uso de TH, de MCA e/ou hábitos de estilo de vida influenciam a gravidade percebida de SM.

Método:

Participaram 505 mulheres portuguesas, entre os 45 e os 65 anos (M=53,07; DP=5,41), que preencheram a Escala Cervantes 10-itens(CS-10) e um questionário sociodemográfico, de saúde, de menopausa (e.g., tipo de menopausa e fase de menopausa, estratégias utilizadas para gestão de SM) e de estilo de vida. Os dados foram analisados através de modelagem de equações estruturais. **Resultados:** O modelo desenvolvido, demonstrou um ajustamento aceitável (□□2=353,517; SRMR=0,521; CFI=0,888; TLI=0,845; RMSEA=0,085). Os principais preditores da maior gravidade percebida de SM foram: um maior índice de massa corporal (β = -0,13; p≤0,01), ter menopausa induzida (β = 0,12; p≤0,01), não recorrer a MCA (β = 0,11; p≤0,05), ter

problemas psicológicos (β = 0,22; p≤0,001) e o consumo de cafeína (β = 0,09; p≤0,05).
Discussão:
Este estudo destaca fatores biopsicossociais que influenciam a gravidade percebida dos SM, reforçando a importância de abordagens multidisciplinares e de intervenções que considerem estratégias de gestão de SM adequadas e, assim, melhorar a qualidade de vida destas mulheres.
Palavras-chave: Gravidade percebida de sintomas de menopausa; Mulheres portuguesas; Variáveis de estilo de vida; Gestão de sintomas de menopausa.
Abstract: Various pharmacological and non-pharmacological options are used to manage menopausal symptoms (MS), such as hormone therapy (HT), complementary and alternative medicine (CAM), and lifestyle changes. It is important to understand whether health problems, the type and stage of menopause, the use of HT, CAM, and/or lifestyle habits influence the perceived severity of MS. **Method:** A total of 505 Portuguese women aged between 45 and 65 years (M = 53.07; SD = 5.41) participated in the study. They completed the 10-item Cervantes Scale (CS-10) and a sociodemographic, health, and menopause questionnaire (e.g., type and stage of menopause, strategies used to manage MS), as well as a lifestyle questionnaire. Data were analyzed using structural equation modeling. **Results:** The developed model showed an acceptable fit (□□² = 353.517; SRMR = 0.521; CFI = 0.888; TLI = 0.845; RMSEA = 0.085). The main predictors of greater perceived severity of MS were: higher body mass index (β = -0.13; p ≤ 0.01), having induced menopause (β = 0.12; p ≤ 0.01), not using CAM (β = 0.11; p ≤ 0.05), having psychological problems (β = 0.22; p ≤ 0.001), and caffeine consumption (β = 0.09; p ≤ 0.05). **Discussion:** This study highlights biopsychosocial factors that influence the perceived severity of MS, reinforcing the importance of multidisciplinary approaches and interventions that take into account appropriate symptom management strategies in order to improve the quality of life of these women.
Key-Words: Perceived severity of menopausal symptoms; Portuguese women; Lifestyle variables; Management of menopausal symptoms.

1. Introduction

During the menopausal transition and postmenopause, women frequently report vasomotor symptoms, sleep disturbances, genitourinary syndrome, skin changes, osteoporosis, as well as cardiovascular and neurocognitive symptoms (Fatela et al., 2021). Although hormone therapy can alleviate many of these symptoms, there is limited knowledge regarding the impact of diet and other lifestyle factors (e.g., complementary and alternative medicine) on the perceived severity of menopausal symptoms (Fatela et al., 2021).

This study aimed to examine the influence of diet, physical and psychological health, lifestyle habits, menopausal status (pre-, peri-, or postmenopause, as defined by the Stages of Reproductive Aging Workshop Criteria – STRAW) (Harlow et al., 2012), type of menopause (i.e., natural or induced), and treatment approaches for menopausal symptoms (i.e., complementary/alternative medicine and hormone therapy) on the perceived severity of menopausal symptoms in a sample of middle-aged Portuguese women.

2. Methods

2.1 Participants

This cross-sectional study included 505 Portuguese women aged between 45 and 65 years (M = 53.07; SD = 5.41), recruited through an intentional non-probabilistic sampling method. Participants completed the questionnaire in one of two formats: an online format (OF; n = 281), recruited via websites and Facebook groups focused on menopause and aging; and a paper-and-pencil format (PF; n = 224), recruited in community settings, such as cancer-related associations.

2.2 Procedure

Ethical approval was obtained from ISPA's Ethics Committee (D/012/01/2019) in 2019. All potential participants were informed about the study's objectives, inclusion criteria, the voluntary nature of participation, and the investigators' contact details.

2.3 Materials

2.3.1 Sociodemographic, Diet, Lifestyle and Menopausal Questionnaire

Women completed a questionnaire that included socio-demographic information (e.g., age), dietary habits (assessed by the frequency of consumption of soy, spicy, and

high-fat foods, as well as hot, coffee, alcohol, and caffeine-containing beverages), lifestyle factors (such as tobacco use frequency, sleep quality, and frequency of physical exercise), health

related data (including body mass index based on self-reported height and weight, recent physical illnesses, and recent psychological problems), and menopause-related information (such as type of menopause—natural or induced—the use of complementary/alternative medicine or hormone therapy to manage menopausal symptoms, and menopausal status, classified as pre-, peri-, or post-menopause).

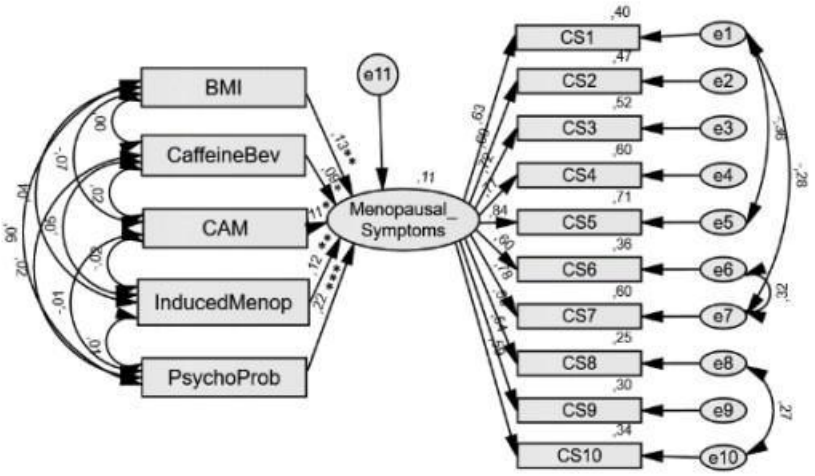
2.3.2 10-Item Cervantes Scale (CS-10)

The CS-10 assesses the perceived severity of a range of symptoms (Pérez-López et al., 2013), including vasomotor symptoms, episodes of rapid or irregular heartbeat, sleep disturbances, muscle and/or joint pain, fatigue, feelings of worthlessness, anxiety or nervousness, involuntary urine leakage, vaginal discomfort or dryness, and skin-related changes. Each item is rated on a 6-point Likert scale, from 0 (no symptom) to 5 (very severe). The scale has demonstrated adequate psychometric properties (Pimenta et al., 2019). In the present study, Cronbach's α was .89, indicating strong internal consistency (values above .70 are considered acceptable).

2.4 Statistical and psychometric analysis

T-Student tests were conducted to determine whether there were significant differences in CS-10 scores between women who completed the questionnaire in OF versus PF. The quality of fit of the Structural Equation Model was assessed using the following indices: Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Multivariate analysis included all independent variables—namely, menopause type and status, body mass index, use of complementary/alternative medicine or hormone therapy, tobacco use, consumption of soy/spicy/high-fat foods, intake of coffee/alcohol/hot/caffeinated beverages, sleep quality, presence of physical or psychological problems, and frequency of physical exercise. Only the significant predictors of menopausal symptom severity were retained in the final model, as shown in Figure 1.

X2=353,517; df =76; p=,000; Standardized RMR = ,0521
;CFI=,888; TLI=,845
;RMSEA=,085; P(rmsea 0.05)= ,000



$* p \leq 0.05$ $** p \leq 0.01$ $*** p \leq 0.001$

Notes. BMI – body mass index; CaffeineBev – caffeine beverages; CAM – complementary alternative medicine; CFI - Comparative Fit Index; CS1-10 – items of Cervantes Scale; *df* - degrees of freedom; InducedMenop – induced menopause; *RMSEA*= root mean squared error of approximation; SRMSR - Standardized Root Mean Square Residual; PsychoProb – psychological problem; TLI - Tucker Lewis index; χ^2 - chi square.

Figure 1 – Predictors of Menopausal Symptoms severity

3. Results

Table 1 presents the percentages and number of women according to their responses

to the sociodemographic, health, menopause, and lifestyle questions. No significant differences were found between participants who completed the questionnaire in the online format (OF) versus the paper-and-pencil format (PF) ($t(503) = -1.1$; $p = .272$).

The structural model demonstrated an acceptable fit (Figure 1). Significant predictors of menopausal symptoms severity included: body mass index (i.e., women with higher BMI reported more severe symptoms), induced menopause (i.e., women with induced menopause experienced greater symptom severity), use of complementary/alternative medicine (i.e., those using CAM to manage symptoms reported higher severity), psychological problems (i.e., women with psychological issues experienced more severe symptoms), and caffeine beverage consumption (i.e., higher caffeine intake was associated with greater symptom severity). Together, these variables accounted for 11% of the variance in perceived menopausal symptom severity.

Table 1 - Participants Characteristics

Variables	***Total Sample (n=505)***	
	n	*%*
Education Level		
Primary	*29*	*5.7*
Middle	*125*	*24.8*
High	*162*	*32.1*
University Degree	*178*	*35.2*
Menopausal Status		
Premenopausal	*139*	*27.6*
Perimenopausal	*96*	*19.1*
Postmenopausal	*268*	*53.3*
Menopausal Type		
Natural	*201*	*75*
Induced	*57*	*21.3*
BMI		
< 25 kg/m2	*207*	*41.2*
> 25 kg/m2	*296*	*58.8*

Treatment options for MS	*28*	*5.5*
Complementary/alternative medicine-CAM		
Hormone Therapy-HT	*20*	*4*
Tobacco Consumption		
None	*386*	*77.2*
< 5 cigarettes per day	*22*	*4.4*
6-20 cigarettes per day	*81*	*16.2*
> 20 cigarettes per day	*11*	*2.2*
Soy food		
None	*311*	*61.8*
1-2 per day	*42*	*8.4*
1-2 per week	*107*	*21.4*
3- >5 per week	*39*	*7.8*
Spicy food		
None	*355*	*71.3*
1-2 per day	*43*	*8.7*
1-2 per week	*75*	*15.2*
3- >5 per week	*21*	*4.3*
High-fat food		
None	*268*	*53.1*
1-2 per day	*85*	*16.8*
1-2 per week	*101*	*20*
3- >5 per week	*51*	*10.1*
Hot beverages	*25*	*5*
None		
1-2 per day	*1*	*0.2*
1-2 per week	*242*	*48.1*
3- >5 per week	*235*	*46.7*
Caffeine beverages		
None	*72*	*18.9*
Occasionally	*105*	*27.6*
1-2 per day	*123*	*32.3*
3- >5 per day	*81*	*21.3*
Coffee		
None	*79*	*17.1*
Occasionally	*86*	*18.6*
1-2 per week	*199*	*43*
3- >5 per week	*99*	*21.4*
Alcohol		
None	*146*	*29.2*
1 or less per month	*222*	*44*
1-2 per week	*105*	*21*
1- >1 per day	*27*	*5.4*
Sleep Quality (1"poor" to 10"excellent	***)***	
1 ("poor")-3	*125*	*24.7*
4-5	*101*	*20*
6-7	*104*	*20.6*
8-10 ("excellent")	*174*	*34.5*
Physical Exercise		
None	*227*	*45*
1-2 per week	*129*	*25.5*

3-4 per week	*95*	*18.8*
> 5 per week	*54*	*10.7*
Physical health problem		
Yes	*104*	*20.8*
Psychological health problem		
Yes	*83*	*16.5*

Note: BMI – Body Mass Index
MS – Menopausal Symptoms

4. Discussion

According to the results, the sample was predominantly composed of postmenopausal women, with a higher level of education, who were overweight and sedentary. Additionally, significant predictors of the perceived severity of menopausal symptoms included body mass index, induced menopause, the use of complementary/alternative medicine, psychological problems, and caffeine beverage consumption.

Previous studies have shown that a higher body mass index is associated with more problematic menopausal symptoms. In particular, there is evidence that, during midlife, joint and muscular discomfort, somato-vegetative, and urogenital symptoms tend to increase with overweight and obesity (Singhania et al., 2020).

Complementary and alternative medicine interventions—such as the use of herbal products—are commonly used to manage menopausal symptoms; however, the literature remains inconclusive regarding their efficacy and safety. In some cases, these interventions may even contribute to health risks (Fatela et al., 2021). It is possible that women experiencing more severe symptoms are more likely to use CAM (mean CS-10 total score = 17.74; SD = 11.66) compared to those who do not use CAM (mean CS-10 total score = 12.77; SD = 10.1), and/or that such interventions are not effective in alleviating symptoms.

Previous mood disorders, such as anxiety and depression, can also negatively influence women's perceived severity of menopausal symptoms (Lui-Filho et al., 2018). Furthermore, women who experienced induced menopause—as a result of illness, surgery, radiotherapy, or chemotherapy—reported more severe symptoms, likely due to the abrupt decline in estrogen levels (Fatela et al., 2021).

Promoting awareness and health literacy regarding the impact of healthy behaviours—including weight management and moderation of caffeine intake—may play an

important role in helping women manage the severity of menopausal symptoms and, consequently, improve their quality of life during midlife.

This study presents some limitations. It is a cross-sectional design, and the sampling method used does not allow for the generalisation of results. Additionally, the sample was predominantly composed of postmenopausal women.

5. Acknowledgments

This research was supported by the William James Center for Research which is funded by the Fundação para a Ciência e Tecnologia–FCT (grant UID/PSI/04810/2013).

6. References

Fatela, A., Neves, A.R., Couto, D., Arteiro, D., Águas, F., Geraldes, F., Ramilo, I., Carvalho, M.J., Caramelo, O., Gonçalves, S., & Ramos, V. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa 2021*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., … Rebar, R. W. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, *15*(2), 105–114. https://doi.org/10.3109/13697137.2011.650656

Lui-Filho, J. F., Pedro, A. O., Baccaro, L. F., & Costa-Paiva, L. (2018). Risk factors associated with intensity of climacteric symptoms in Brazilian middle-aged women: a population-based household survey. *Menopause*, *25*(4), 415-422. 10.1097/GME.0000000000001022.

Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Pérez-Roncero, G., Chedraui, P., Monterrosa-Castro, Á., & Llaneza, P. (2013). Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas, 76*(2), 151-154. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.002

Pimenta, F., Albergaria, R., Marôco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2019). Validation of the 10-item Cervantes Scale in middle-aged Portuguese women: paper-and-pencil and online format assessment of menopause-related symptoms. *Menopause*, *26*(2), 203-210. 10.1097/GME.0000000000001180

Singhania, K., Kalhan, M., Choudhary, P., & Kumar, T. (2020). Association of menopausal symptoms with overweight and obesity among rural middle aged women in North India: A population based study. *Journal of Mid-life Health*, *11*(3), 137-143. 10.4103/jmh.JMH_123_19

Capítulo 4

Efeitos diretos e indiretos do luto parental na relação conjugal e satisfação sexual do casal: um estudo diádico

David Tuñón Constantino[1,2], Mariana Veloso Martins[1,3]

[1] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

[2] Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal

[3] Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal

Autor Correspondente: David Constantino. **E-mail:** davidtunon86@gmail.com

Resumo

A perda de um filho despoleta sentimentos de desespero, tristeza estados depressivos, que podem levar a uma culpabilização própria e generalizada imputada a membros da família, cônjuge, equipas de saúde, sociedade em geral. Nomeadamente, a literatura aponta uma grande dificuldade no desenvolvimento da relação dos casais, quer ao nível satisfação relacional sexual e comunicativo, podendo haver uma relevância acentuada para os casos de separação, pela falta da necessidade de orientação. A literatura refere dificuldades na identificação e perceção das emoções, estas podem desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento de problemas de satisfação sexual e relacional. Estas emoções parecem não estar identificadas, mais investigação é necessária para entender de que modo são vivenciadas e que mecanismos poderão potenciar a satisfação relacional e sexual de ambos os parceiros num casal. O objetivo geral do presente estudo consiste em determinar de que forma a vivência do luto por parte de cada um dos membros do casal afeta a satisfação relacional e sexual do próprio, mas também do parceiro/a. De forma a avaliar os efeitos da satisfação relacional e satisfação sexual em casais relacionado com o luto parental, com desenho metodológico descritivo, este estudo misto do tipo transversal, com um primeiro estudo qualitativo numa análise de entrevista semiestruturada e os dois seguintes quantitativos através de questionário online e consequentemente analisados os

dados correlacionalmente. Este estudo será útil para fornecer insights cruciais de apoio psicológico e emocional dos casais e famílias em luto na vida diária.
Palavras-Passe: Paternidade, Morte de um filho, Luto parental, Satisfação Sexual e relacional do casal

Abstract

The loss of a child triggers feelings of despair, sadness and depression, which can lead to self-blame and generalised blame being placed on family members, spouses, health teams and society in general. In particular, the literature points to great difficulty in the development of couples' relationships, both in terms of sexual relational satisfaction and communication, and there may be a marked relevance to cases of separation, due to the lack of need for guidance. The literature mentions difficulties in identifying and perceiving emotions, which can play a fundamental role in the development of sexual and relationship satisfaction problems. These emotions seem to be unidentified, and more research is needed to understand how they are experienced and what mechanisms could enhance the relational and sexual satisfaction of both partners in a couple. The general aim of this study is to determine how the experience of bereavement by each member of the couple affects their own relational and sexual satisfaction, as well as that of their partner. In order to assess the effects of relational satisfaction and sexualsatisfaction in couples related to parental bereavement, with a descriptive methodological design, this mixed cross-sectional study, with a first qualitative study in a semi-structured interview analysis and the following two quantitative through an online questionnaire and consequently analysed the data correlationally. This study will be useful in providing crucial insights into the psychological and emotional support of bereaved couples and families in everyday life.
Keywords: Fatherhood, Death of a child, Parental bereavement, Sexual and relational satisfaction of the couple

Estado de Arte

A morte de um filho, que constitui, provavelmente o acontecimento mais trágico na vida dos casais, (Albuquerque et al., 2016a; Bergstraesser et al., 2015b; Endo et al., 2015a; Oliver, 1999; Reis et al., 2021a), as idealizações para o futuro e expetativas que se criam em relação filhos, o lugar insubstituível que fica vazio, dificultam o processo de luto (Reis et al., 2021a), por outro lado, um dos fatores importantes para a orientação destes, passa pela partilha dos sentimentos, comunicação franca e consistente entre os cônjuges e também com a família e com profissionais da área de saúde física e mental. (Dyregrov & Dyregrov, 2017a)refere, no seu estudo, que dos 244 pais que entraram na investigação, 92 (52,9%) mães e 37 (52,9%) pais, fortaleceram a sua relação com base nos apoios acima mencionados, assim como na segunda parte da análise, da revisão sistemática de (Albuquerque et al., 2016a), se refere que também a partilha, entre cônjuges, das emoções e integração das mesmas fortaleceu a satisfação conjugal.

Cada elemento do casal vive e gere o seu luto interno de forma diferente como ser único que é, e, ao mesmo tempo, o que se considera o luto do casal. O luto parental é exclusivo, na medida que ambos os parceiros estão, simultaneamente, a sofrer uma perda incomparável diferindo das outras formas de luto, por ser um luto conjugal/parental (Buchanan, 2023).

Alguma literatura refere as dificuldades que o casal partilha na manutenção da comunicação e estabilidade entre eles no decurso do luto, (Albuquerque et al., 2016b; Endo et al., 2015), a falta de apoio pela parte do parceiro, ou a sensação da mesma, pelo facto de viverem o luto de formas diferentes cada um munindo-se das suas próprias formas de defesa e de integração mental e emocional da situação e de meios externos. A auto culpabilização, a imputação da culpa no parceiro e em elementos externos ao casal, são espelhados de forma difusa e imprecisa gerando mau estar relacional e ruídos graves no relacionamento sexual. (Albuquerque et al., 2016). Por outro lado, relações terapêuticas em luto parental, experienciadas em conjunto, de forma a partilhar emoções e estratégias de coping, podem ser um alicerce para a sobrevivência do casal (Albuquerque et al., 2016a), para que o estado emocional, relacional e íntimo sofra uma metamorfose positiva levando a uma estabilização conjugal e a uma união mais sólida entre os cônjuges. (Bergstraesser et al., 2015c). Reconhecer a necessidade de ajuda profissional, bem como de uma rede de suporte externa, tende a diminuir, (talvez diluindo-os), significativamente, os conflitos transformando-se a partilha em apoio (Dyregrov & Dyregrov, 2017b).Estudos prévios sobre a satisfação sexual em

parceiros que atravessam o período de luto são escassos,(Doutora & Pascoal, 2022.-a) podendo, no entanto, colocar-se a hipótese de que o trauma do luto parental aumenta o risco de dificuldades sexuais e relacionais na conjugalidade, nas mães, nos pais e na própria relação.

Diferenças de género têm sido apontadas, abordando diferentes forma de atribuição de papéis parentais. A literatura aborda, com maior profundidade o luto materno, ficando o estudo em relação ao pai bastante aquém do desejável e necessário (De Freitas & Michel, 2014a; Maués & Nascimento, 2023b; Reis et al., 2021b) .

Referindo alguma literatura, a conceção de que as mães sofrem mais pela perda do que o pai é narrada pelas próprias e por alguns pais, tal revela que a dor da mãe é superior à do pai por esta ser quem gerou o filho (Reis et al., 2021a). Também é referido que a vontade de morrer por parte da mãe, deve ser vista pela imensa dor vivida e por um anseio de manutenção da relação eu-tu, desejando estar novamente unida ao filho através da própria morte (De Freitas & Michel, 2014). Mães, ao longo dos tempos procuram e de certa forma encontram forma de lidar com ausência do filho, através de rituais, novos projetos relacionados aos filhos e novas significações vividas na espiritualidade, que são reconstruídas através do fortalecimento familiar e social, uma vez que o luto não é individual, mas um fenómeno vivido relacionalmente e estas mães tudo farão para perpetuar a memória do filho (De Freitas & Michel, 2014b). Um estudo mais recente, menciona que mães procuram negar as questões relacionadas ao luto, pelo receio de se deparar com a morte e fragilidade própria bem como com nova possibilidade de perda, o que leva a discutir se, na realidade, essa negação fará com que se reergam ou não tentando distanciar-se desses sentimentos, sendo que a apropriação afetiva destas situações deprime, para continuar a viver, mesmo que de maneira pouco espontânea (Andrade et al., 2017). Para estas mães o apoio familiar, de amigos e profissionais, são essenciais para que elas encontrem sentido para continuar a viver e ter confiança para voltar a cuidar dos filhos que já tenham ou possam vir a ter, transformando assim a mais dolorosa das perdas (Andrade et al., 2017).

O pai interpreta mais o papel de "alicerce" não podendo falhar, inclusive profissionalmente. (Bergstraesser et al., 2015b). Assim, o homem ainda é visto como o "sexo forte", que deve apoiar a parceira, que acabou de perder um filho (Maués & Nascimento, 2023a). Parece existir um isolamento maior nos homens e um regresso precoce ao trabalho (Bergstraesser et al., 2015b; McNeil et al., 2021), associado a uma maior utilização de estratégias de coping de evitamento. (Bergstraesser et al.,

2015c; McNeil et al., 2021a). A intervenção psicossocial é mais aceite pelas e para as mulheres, uma vez que a sociedade ainda invisibiliza o luto paterno e a sua vivência do sofrimento (Maués & Nascimento, 2023b; McNeil et al., 2021b)Talvez por isso, a literatura seja mais escassa quando consideramos as especificidades sobre o sofrimento do luto paterno, acrescentando-se ainda o viés da pouca participação dos mesmos em estudos (McNeil et al., 2021a; Titus & de Souza, 2011).

A pertinência deste estudo, que se pretende levar a cabo, reside na dificuldade e na complexidade de abordagem de um tema de tal profundidade, por se tratar da maior perda que se pode sofrer e ser de carater tão contranatura, que integra, de forma particularmente intensa, questões do foro emocional, relacional e íntimo, (Pereira et al., 2024). A relevância científica e prática da investigação será fundamentada sob a ótica de vários fatores críticos e muito sensíveis.

As relações sexuais e a conjugalidade são variáveis que, na maioria das vezes se degradam ao sofrer impacto tão violento (Jones et al., 2024), como aponta a literatura, quando os casais passam por este processo de luto, as separações e os conflitos são comuns caso não haja assunção imediata da necessidade de estratégias de intervenção que indubitavelmente têm que ser de rápido acesso e de extrema eficácia a curto, médio e longo prazo.

As variáveis bases são, na íntegra, a satisfação sexual e relacional do casal, sendo estas impossíveis de dissociar de questões emocionais, também serão mencionadas ao longo de todo o trabalho apesar se não deverem ser tidas em conta como variável do mesmo mas sim, como parte integrante das mesmas.

É fundamental compreender como esse vórtice de emoções afetam as relações de um casal em luto parental, para que, no futuro, se possam desenvolver intervenções efetivas e eficazes.

Ao explorar a literatura, a intersecção entre luto, emoções e dinâmicas relacionais e sexuais, preenche uma lacuna significativa. Sendo essa literatura escassa, o estudo revela se de grande pertinência e importância, pela contribuição teórica respeitante a dinâmicas em contexto do luto parental e aplicabilidade na prática clínica e na rede de suporte

Assim sendo a questão que aqui se pretende investigar: Quais as diferentes formas de viver o luto por parte dos casais e a nível individual de cada membro dos mesmos tanto a nível físico/sexual como a nível relacional no casamento/coabitação/união de facto tendo em vista a proposta e eventual implementação de páticas clínicas e

estratégicas de dinâmica social para melhor e mais eficazmente dar suporte e apoio na reestruturação do casal enlutado?

Objetivos

Para melhor entender a dinâmica relacional dos casais enlutados e abordar as lacunas de investigação supracitadas, são objetivos desta tese:

• Compreender melhor a vivência masculina na conjugalidade relativamente ao impacto sofrido na sexualidade após a perda de um filho;

• Investigar de que forma o luto parental é percecionado por cada membro do casal e de que modo pode afetar a satisfação na relação e na satisfação sexual do próprio (efeitos diretos) e do parceiro (efeitos indiretos);

• Testar o papel diferenciador do tipo de perda (luto antecipado vs. súbito) • Colaborar para a transmissão de informação clara e coerente com todas as abordagens científicas relativas ao tema.

Descrição Detalhada

Estudo misto do tipo transversal, com uma primeira abordagem qualitativa numa análise de entrevista semiestruturada e, as duas seguintes quantitativas com a aplicação de questionário *online* e respetiva análise de dados correlacionados através da plataforma de software SPSS Statistics de forma a avaliar os efeitos da perda na satisfação relacional e sexual em casais em processo o luto parental, com desenho metodológico descritivo.

Os critérios de inclusão serão: i) estar numa relação entre pessoas de género diferente e de coabitação; ii) ter perdido um filho nado-vivo da presente relação até aos 18 anos, independentemente do tempo passado desde a que a perda acontece tendo em conta que desde o momento de uma perda súbita ou na expectativa de perda iminente, os pais passam por várias etapas do luto, todas elas com caraterísticas e dinâmicas vivenciais igualmente impactantes.

Correspondendo aos objetivos supramencionados, esta tese consistirá na elaboração de três artigos.

1- A primeira investigação tem como objetivo base saber mais sobre as vivências do luto por parte dos pais e como este interfere na satisfação relacional e sexual do casal.

Será levado a cabo um estudo qualitativo de análise observacional com corte de coorte transversal retrospetivo através de uma entrevista semiestruturada sendo que este tipo de estudo permite observar os grupos de exposição e de não exposição ao agente que

neste caso será a revisitação da experiência de todas as fases vividas no luto até então, não interferindo, nem tampouco controlando o *status* de exposição. Além do mais, analisam e comparam as experiências entre esses grupos. As Entrevistas serão conduzidas num ambiente confortável e privado, com uma duração aproximada de 60 a 90 minutos cada. Após aprovação pela comissão de ética da FPCEUP. Terá um período de 12 meses de execução, 6 meses de recolha e 3 meses para obtenção dos resultados. A amostra será recolhida através de plataformas nacionais (Portugal), como associações, *blogs*, serviços de saúde, referenciação e conhecimentos pessoais. O recrutamento começará por contacto telefónico ou via email, por parte do investigador, de forma apresentar de forma sumária o projeto de investigação e os seus objetivos. Caso mantenha interesse, o entrevistado receberá por carta ou email o documento, de consentimento informado, que deverá ser devolvido devidamente assinado. Os Indivíduos serão apenas do sexo masculino que sejam ou tenham sido pais e que perderam pelo menos um filho menor (luto paternal).

Espera recolher-se as narrativas de, pelo menos, dez pais do sexo masculino para elaboração de análise de entrevista semiestruturada, a recusa em participar ou a impossibilidade de agendamento de entrevista constituirão critérios de exclusão Mediante autorização, as entrevistas serão gravadas em áudio para transcrição posterior. Caso a entrevista seja feita *online* terá lugar na plataforma Zoom, e será gravada com o consentimento dos participantes. As gravações serão transcritas literalmente e na íntegra e serão revistas para corrigir possíveis erros de transcrição, garantindo sempre a fidelidade ao discurso dos entrevistados bem como a preservação do anonimato dos mesmos. A análise temática será levada a cabo segundo as etapas propostas de (Braun & Clarke, 2006) que pressupõe uma série de escolhas que precisam ser discutidas antes de se iniciar a análise ou até mesmo durante a recolha de dados.

Os dados serão analisados várias vezes, com o objetivo da familiarização e compreensão profunda de todas as informações colhidas. A repetição da leitura dos dados permite uma imersão mais completa nas informações, o que pode levar a insights e compreensões mais profundas sobre o caso estudado. Em resumo, significa que a análise dos dados será feita de forma minuciosa. Estes dados irão gerar um código de identificação de segmentos relevantes de texto que serão significativos para a pesquisa. Após estas etapas, será feita revisão dos temas para assegurar que sejam diferentes e coerentes, classificando cada tema e subtema, e serão atribuídos nomes que retratem a essência de cada um. Por fim, estes temas serão integrados na narrativa final com as

citações dos participantes de forma a ilustrar e dar enfase às interpretações. O software para transcrição e análise dos dados recolhidos será o Cockatoo e QRS NVivo 8.0.

2- Será levado a cabo um estudo quantitativo transversal, com um prazo de execução de 8 meses, 6 meses de recolha e 3 meses para resultado, através da aplicação de um inquérito online, utilizando questionários previamente validados, sobre a satisfação relacional e sexual dos dois elementos do casal e a trajetória dos mesmos no processo de luto, cuja amostra não probabilística sejam todos os pais (ambos os elementos do casal) qualquer que seja a sua situação de parceria e orientação sexual que tenham perdido um filho. Após aprovação pela comissão de ética da FPCEUP; a amostra não probabilística (por conveniência) será recolhida através de associações nacionais e internacionais como por exemplo, APELO, Blogs como exemplo o Blog da Maria Pilar e indicações possíveis, pessoais e através de serviços de apoio nacionais e internacionais. Esperam recolher-se dados de, pelo menos, 100 casais a respeito dos quais se pretende aferir o impacto vivido em termos relacionais e sexuais desde o primeiro momento da experiência do luto. Os critérios de inclusão serão:

i. Casais em coabitação

i.i. Ter perdido um filho nado-vivo da presente relação até aos 18 anos, independentemente do tempo passado desde a que a perda acontece tendo em conta que desde o momento de uma perda súbita ou na expectativa de perda iminente, os pais passam por várias etapas do luto, todas elas com caraterísticas e dinâmicas vivenciais igualmente impactantes.

A informação sociodemográfica será obtida através de um questionário desenhado especificamente para o projeto com as seguintes variáveis: género, idade, habilitações literárias, (menos do que ensino secundário, ensino médio, ensino profissional, ensino superior parcial, superior completo, pós-graduação/doutorado), ocupação, estado civil (casamento, união de fato), casamentos prévios e filhos de casamentos prévios, duração da relação, número de gravidezes, número de filhos e respetivo género, data de nascimento dos filhos, data de morte do/a filho/a, causa de morte do filho, religião, tipo de acompanhamento por um profissional de saúde mental (psicoterapia individual, psiquiatria, intervenção em grupo, terapia de casal) quando existente.

O inventario de luto complicado, baseado no modelo do luto complicado, avalia sintomas como pensamentos intrusivos sobre o falecimento, a dificuldade na aceitação da morte assim como evitar lembranças e outros aspetos relacionados ao luto.

A escala da satisfação sexual explica como é influenciada por fatores, como a qualidade do relacionamento, comunicação e habilidade sexuais, entre os parceiros onde emerge desse equilíbrio complexo.

A escala de satisfação relacional, serve para avaliar a satisfação em geral num relacionamento romântico, com objetivo de avaliar a satisfação em geral, identificar áreas que possam necessitar de intervenção, monitorizar as mudanças da mesma ao longo dos tempos e fornecer dados de pesquisas em psicologia e em estudos sobre relacionamentos.

Com estas três escalas o objetivo será conseguir perceber se com o impacto de algo tão traumático como a morte de um filho, pode ou não afetar estas duas medidas de satisfação e até que ponto estas, não poderão ser um pilar base de recomeço. Os seguintes questionários de autorrelato serão incluídos:

- Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995); (Frade et al., 2009)
- Global Measure of Relationship Satisfaction (GMREL) (Hendrick et al., 1998); (Pascoal et al., 2015)
- Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) (LAWRANCE & BYERS, 1995); (Monteiro, Pascoal et al., 2012)

3- Finalmente, prevendo 6 a 8 meses para execução, análise e apresentação de resultados, estudo quantitativo com aproveitamento dos questionários do estudo anterior para a interpretação e estruturação dos resultados sobre o papel moderador do luto antecipado e do súbito na relação entre o luto e a satisfação relacional e sexual, com objetivo de aferir se existem diferenças quando existe moderação e a verificação da existência ou não de diferenças entre as narrativas descritivas na literatura entre os pais que sofreram luto antecipado e os pais que sofreram luto súbito.

A amostra são todos os pais (ambos os elementos do casal) qualquer que seja a sua situação de parceria e orientação sexual que tenham perdido um filho. Após aprovação pela comissão de ética da FPCEUP, a colheita de dados será feita através de inquérito *online* com questionários previamente validados, (mencionados no objetivo 2), distribuídos através da plataforma Inquéritos.up.pt, e serão fornecidas informações detalhadas sobre o estudo, solicitando sempre o consentimento informado dos participantes.

Para a análise de dados será utilizado o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), sendo uma análise descritiva, estarão incluídos cálculos de médias, desvios padrão, frequências e percentuais para descrever a amostra. Numa análise mais

inferencial serão utilizados testes de correlação, análise de variância (ANOVA). Os resultados serão interpretados segundo a identificação dos padrões de como o luto afeta de forma diferente a satisfação sexual e satisfação relacional, de seguida, será necessária a comparação dos resultados com os já existentes nas narrativas da literatura e por fim a discussão das implicações dos resultados encontrados no estudo.

Questões Éticas

Cumpre incluir, como item deste pré projeto, as respostas que se aplicam ao âmbito do trabalho que me proponho a desenvolver, tendo em conta a preocupação com a não exacerbação do sofrimento, que poderá advir do reviver a morte de um filho.

No momento da aplicação das entrevistas poderá ser colocado em prática um plano de contingência previamente elaborado com a garantia de apoio profissional na área da psicologia, caso venham a existir constrangimentos, de qualquer ordem, no decorrer das mesmas que obriguem à sua interrupção ou anulação. Em termos concretos de ética devem ser tidos em conta certos aspetos fundamentais que já vêm sido referidos ao longo de todo o trabalho e que aqui serão listados

1. Consentimento informado
2. Proteção emocional
3. Confidencialidade e anonimato
4. Respeito pela autonomia dos participantes
5. Imparcialidade e objetividade
6. Divulgação ética dos resultados
7. Beneficência e não-maleficência

Da aplicação já existe obtenção do parecer favorável da comissão de ética da FPCEUP.

Referências

Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2016). Couple's relationship after the death of a child: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(1), 30–53. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0219-2

Andrade, M. L. de, Mishima-Gomes, F. K. T., & Barbieri, V. (2017). Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna. *Psicologia - Teoria e Prática*, *19*(1). https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p33-43

Bergstraesser, E., Inglin, S., Hornung, R., & Landolt, M. A. (2015). Dyadic coping of parents after the death of a child. *Death Studies*, *39*(3), 128–138. https://doi.org/10.1080/07481187.2014.920434

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa Buchanan, D. A. (2023). Examining the marital relationship after the death of a child. *Family Journal*, *31*(1), 165–173. https://doi.org/10.1177/10664807221104129 Doutora, P., & Pascoal, P. (2022). Sara Selina Arnott Jones: Bereavement and sexual intimacy: exploring the interaction between sexual intimacy and progress of grieving in bereaved clients.

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2017). Parent´s perception of their relationship following the loss of a child. *Omega (United States)*, *76*(1), 35–52. https://doi.org/10.1177/0030222815590728

Endo, K., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2015). Interventions for bereaved parents following a child's death: A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 29, Issue 7, pp. 590–604). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/0269216315576674 Jones, S., Albuquerque, S., & Pascoal, P. M. (2024). Grief and sexual intimacy: exploring therapist´s views of bereaved clients. *International Journal of Sexual Health*. https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2354815

Maués, P. Z., & Nascimento, M. (2023). Bereavement and paternity: resignifications of the paternal experience after losing a child. *Interface: Communication, Health, Education*, *27*. https://doi.org/10.1590/INTERFACE.230248

McNeil, M. J., Baker, J. N., Snyder, I., Rosenberg, A. R., & Kaye, E. C. (2021). Grief and bereavement in fathers after the death of a child: A systematic review. In *Pediatrics* (Vol. 147, Issue 4). American Academy of Pediatrics. https://doi.org/10.1542/peds.2020- 040386

Oliver, L. E. (1999). Efects of a child´s death on the marital relationship: A review. In *Omega* (Vol. 39, Issue 3).

Pereira, M., Moreira, A., & Neto, D. D. (2024). From grief to growth: the role of coping strategies, kinship and cause of death. *Omega - Journal of Death and Dying*. https://doi.org/10.1177/00302228241259647

Reis, C. G. da C. dos, Olesiak, L. da R., München, M. A. B., Quintana, A. M., & Farias, C. P. (2021a). O luto de pais: considerações sobre a perda de um filho criança. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *41*(spe3). https://doi.org/10.1590/1982-3703003196821

Anexo I – ICG – Equivalencia de luto perinatal para escala de luto parental após perda de um filho ((Toedter et al., 1988; Paris et al., 2022)

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	Sinto-me depressiva	1	2	3	4	5
2	Sinto um vazio dentro de mim	1	2	3	4	5
3	Sinto necessidade de falar sobre meu filho	1	2	3	4	5
4	Estou de luto pelo meu filho	1	2	3	4	5
5	Estou assustada	1	2	3	4	5
6	Sinto muita falta do meu filho	1	2	3	4	5
7	É doloroso relembrar memórias da morte do meu filho	1	2	3	4	5
8	Fico incomodada quando penso no meu filho	1	2	3	4	5
9	Choro quando penso no meu filho que perdi	1	2	3	4	5
10	O tempo passa muito devagar desde que o meu filho morreu	1	2	3	4	5
11	Sinto-me muito só desde que o meu filho morreu	1	2	3	4	5
12	Acho difícil me relacionar com certas pessoas	1	2	3	4	5
13	Não consigo dar conta das minhas atividades habituais	1	2	3	4	5
14	Tenho pensado em suicídio desde a morte do meu filho	1	2	3	4	5

15	Sinto que não me adaptei bem a morte do meu filho	1	2	3	4	5
16	Já decepcionei outras pessoas desde que o meu filho morreu	1	2	3	4	5
17	Irrito-me com amigos e parentes mais do que devia	1	2	3	4	5
18	Às vezes sinto que preciso de aconselhamento profissional para me ajudar a retornar à minha vida normal	1	2	3	4	5
19	Parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o meu filho morreu	1	2	3	4	5
20	Sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos	1	2	3	4	5

21	Tem sido difícil tomar decisões desde que o meu filho morreu	1 2 3 4 5
22	Eu tenho vontade de morrer	1 2 3 4 5
23	Tomo remédios para os nervos	1 2 3 4 5
24	Sinto-me culpada quando penso no meu filho	1 2 3 4 5
25	Sinto-me fisicamente doente quando penso no meu filho	1 2 3 4 5
26	Sinto-me desprotegido num mundo perigoso desde que o meu filho morreu	1 2 3 4 5
27	Tento rir, mas não acho graça de mais nada	1 2 3 4 5
28	A melhor parte de mim morreu junto com meu filho	1 2 3 4 5
29	Culpo-me pela morte do meu filho	1 2 3 4 5
30	Sinto-me sem valor desde que o meu filho morreu	1 2 3 4 5
31	É mais seguro não amar	1 2 3 4 5
32	Preocupo-me sobre como será o meu futuro	1 2 3 4 5
33	Ser uma mãe enlutada significa ter menos valor na sociedade	1 2 3 4 5

Anexo II – Escala de satisfação Relacional

MEDIDA GLOBAL DE SATISFAÇÃO RELACIONAL[1]

(Versão portuguesa de Patrícia Pascoal & Isabel Narciso, 2006)

Em geral, como descreveria a sua **satisfação *global*** com o/a seu/sua companheiro/a? Para *cada* par de palavras abaixo, assinale o número que melhor descreve a vossa relação como um todo.

Muito boa Muito má

7 6 5 4 3 2 1

Muito agradável Muito desagradável

7 6 5 4 3 2 1

Muito positiva Muito negativa

7 6 5 4 3 2 1

Muito satisfatória Muito insatisfatória

7 6 5 4 3 2 1

Muito importante Muito irrelevante

7 6 5 4 3 2 1

[1] **Versão portuguesa da** GMREL de Lawrance & Byers (1998)

Anexo III – Escala de Satisfação Sexual

MEDIDA GLOBAL DE SATISFAÇÃO SEXUAL[2]

(Versão portuguesa de Pascoal & Narciso, 2013)

Na globalidade, como descreveria a sua **relação *sexual*** com o/ seu/sua companheiro/a? Para *cada* par de palavras abaixo, assinale o número que melhor descreve a vossa relação sexual como um todo.

Muito boa Muito má

7 6 5 4 3 2 1

Muito agradável Muito desagradável

7 6 5 4 3 2 1

Muito positiva Muito negativa

7 6 5 4 3 2 1

Muito satisfatória Muito insatisfatória

7 6 5 4 3 2 1

Muito importante Muito irrelevante

7 6 5 4 3 2 1

[2] **Versão portuguesa** da GMSEX, de Lawrance & Byers (1998).

Anexo IV – Carta de consentimento Informado e de esclarecimento pós-investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Lei 58/2019 de 28 de agosto, a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Título do Estudo:

Efeitos diretos e indiretos do luto parental na satisfação da relação conjugal e satisfação sexual: um estudo diádico

Na qualidade de participante no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito de livre vontade a participação, neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Carta de Consentimento Informado e de esclarecimento pós-investigação Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o documento de Consentimento informado livre e esclarecido.

Título do Estudo:

Efeitos diretos e indiretos do luto parental na satisfação da relação conjugal e satisfação sexual: um estudo diádico

Este projeto está a ser desenvolvido por uma equipa de investigação, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da universidade do Porto.

O seu objetivo geral do presente estudo consiste em determinar de que forma a vivência do luto por parte de cada um dos membros do casal afeta a satisfação relacional e sexual do próprio, mas também do parceiro/a.

O procedimento experimental será feito num único momento / dois momentos.

Todos os métodos utilizados são seguros, não existindo qualquer risco ou experiência dolorosa da sua utilização.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far se-á por um código, não existindo em nenhum material de referência a dados de identificação.

Após análise de toda a informação recolhida, os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros relacionados com o mesmo.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, à sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Este estudo, não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação.

Em nome da equipa de investigação do projeto, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, e manifesto a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Investigador Principal do Projeto

David Tuñon Constantino Tuñon/ Enfermeiro e Estudante do Programa doutoral de Sexualidade Humana do FPCEUP, mail: davidtunon86@gmail.com

Assinatura do Investigador : _____ **Data**: ____/____/_____

Capítulo 5

Preditores da Depressão em Condições Neurodegenerativas: Incapacidade, Alexitimia, Fusão Cognitiva, Vida Comprometida.

Teresa Carvalho[1,2], Nair Costa[1], Carolina da Motta[2,3], Mariana Augusto-Carvalho[4]

[1] Instituto Superior Miguel Torga, Portugal

[2] Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention (CINEICC), Portugal

[3] HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Lab, Lusófona University, Portugal.

[4]Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra, Portugal

Autor Correspondente: Teresa Carvalho. **E-mail:** teresacarvalho.psi@gmail.com

Resumo: A depressão tende a possuir uma elevada comorbilidade com doenças com condições neurodegenerativas (DCNs). Alexitimia (AL), fusão cognitiva (FC), um reduzido comprometimento com atividades valoradas na vida (vida comprometida; VC) podem facilitar a depressão. Este estudo visou aprofundar o conhecimento sobre preditores da depressão em pessoas com DCNs, ao analisar um modelo composto por incapacidade geral (IG; condição resultante da neurodegeneração), AL, FC, VC (processos de regulação emocional). **Método**: Estudo transversal, cuja amostra de conveniência incluiu 137 adultos com DCNs (doença de Parkinson, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica). Usaram-se as seguintes medidas: subescala de Depressão da *DASS-21*, *World Health Organization Disability Assessment Schedule–12 items*, *Toronto Alexithymia Scale-20*, *Cognitive Fusion Questionnaire*, *Engaged Living Scale-Short Form*. **Resultados**: Todos os potenciais preditores foram incluídos na regressão linear múltipla após se correlacionarem com os sintomas depressivos e os predizerem em regressões lineares simples. O modelo final explicou 48% da variância dos sintomas de depressão: IG, AL, FC associaram-se positivamente com os sintomas depressivos; VC

associou-se negativamente com tais sintomas. **Discussão**: Intervenções para melhorar a saúde das pessoas com DCNs devem prevenir/tratar a depressão, focando-se simultaneamente na reabilitação da incapacidade funcional, na minimização da AL e da FC e na promoção de uma VC.
Key-Words: Neurodegeneração; Preditores da depressão; Incapacidade; Processos de regulação emocional.

1. Introdução

As doenças que afetam o sistema nervoso representam um preocupante problema para a saúde pública mundial (GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators, 2024). Em particular, doenças com condições neurodegenerativas (DCNs), caracterizadas pela disfunção progressiva ou perda de neurónios em regiões do cérebro e da espinal medula (Cullinane et al., 2024), são crónicas e potencialmente incapacitantes (Wei et al., 2023). São exemplos destas doenças, a doença de Parkinson (DP), a esclerose lateral amiotrófica (ELA), ambas classificadas como doenças neurodegenerativas, e a esclerose múltipla (EM), uma doença desmielinizante (World Health Organization, 2019), com mecanismos neurodegenerativos secundários ao processo neuroinflamatório (Sandi et al., 2021). Dados de 2020 revelaram que a EM afetou mundialmente 2,8 milhões de pessoas (35.9/100.000 habitantes), exibiu uma incidência anual de 2.1/100.000 pessoas, cresceu 30% entre 2003 e 2020 e surge precocemente na vida (em média aos 32 anos; Walton et al., 2020). Em 2021, a DP revelou uma prevalência de 11.77 milhões de pessoas no mundo (8.63/100.000 habitantes) e uma incidência anual de 15.63/100.000 habitantes, tendo aumentado 273.76% desde 1990 (Luo et al., 2025). Estudos até 2018 sugerem que a ELA, uma doença mais rara, afetou globalmente 4.42/100.000 habitantes, exibiu uma incidência 1.59/100.000 habitantes por ano, sendo particularmente devastadora devido à rápida progressão e morte dos doentes (Xu et al., 2020). As DCNs causam prejuízo físico, cognitivo e/ou emocional, facilitam a presença de psicopatologia e comprometem a qualidade de vida dos doentes (Lamptey et al., 2022).

A depressão é uma comorbilidade comum nas DCNs (Görgülü et al., 2022), cuja importância clínica é ilustrada pelos dados mundiais seguidamente descritos. Entre os casos com DP, 35% exibiram sintomas clinicamente revelantes (Reijnders et al., 2008) e 30.7% apresentaram perturbações depressivas (14% com depressão *major* e 20.6% com diagnósticos de depressão não-maior; Chendo et al., 2022). Na EM, as perturbações depressivas podem afetar até 50% dos casos (Patten et al., 2017). Na ELA, a depressão

geral (diagnóstico/sintomas) afetou 34% dos doentes (Heidari et al., 2021). Adicionalmente, a depressão pode exacerbar o curso das DCNs e diminuir a eficácia dos tratamentos neurológicos (Kanner, 2018). A literatura científica sugere uma compreensão multidimensional sobre os fatores explicativos desta comorbilidade, incluindo a incapacidade funcional (Salari et al., 2024) e diversos processos de regulação emocional, tais como os seguidamente evidenciados.

Défices funcionais induzem perda de autonomia nos doentes com DCNs (Lamptey et al., 2022) e encontram-se associados à depressão, tal como observado na DP (Arun et al., 2011), na ELA (Anca et al., 2020) e na EM (Salari et al., 2024; Solaro et al., 2016).

A alexitimia (i.é, dificuldade em identificar e expressar emoções, associada a um pensamento externamente orientado; Preece et al., 2017; Taylor et al., 1997, 2016) aumenta a vulnerabilidade a doenças mentais e físicas (Luminet et al., 2021), principalmente quando estas patologias sofrem a influência de processos de regulação emocional (Taylor et al., 1997). Do ponto de vista da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 2012), a alexitimia parece estar relacionada com uma regulação emocional inflexível (Panayiotou et al., 2021). Pode ser perspetivada como uma forma de evitamento experiencial (esforço deliberado para não estar em contacto com eventos privados negativos; Hayes et al., 2012), com alterações neuroanatómicas (e.g., negativamente associada com o volume da substância cinzenta do córtex cingulado anterior prégenual direito) que comprometem a consciência das emoções e o processamento emocional (Sturm & Levenson, 2011). A Alexitimia mostrou-se também associada com o evitamento em experienciar emoções dolorosas e pode ser aprendida através deste evitamento experiencial (Constantinou et al., 2014; Panayiotou et al., 2015). A alexitimia relacionou-se com a depressão em doentes com DP (Assogna et al., 2016), com EM, (Chahraoui et al., 2014; Chalah & Ayache, 2017) e com outras doenças crónicas (e.g., Baiardini et al., 2011).

Tal como o evitamento experiencial, a fusão cognitiva (imersão nas próprias cognições considerando-as literalmente verdadeiras, ao invés de subjetivas e resultantes de variáveis contextuais) é conceptualizada pelo modelo transdiagnóstico de psicopatologia da ACT como um componente central da inflexibilidade psicológica que prejudica uma regulação emocional adaptativa e promove a presença de psicopatologia (Hayes et al., 1996, 2012). Este processo psicológico prediz conjuntamente com o evitamento experiencial (associação bidirecional) o diagnóstico clínico de depressão (Cookson et al., 2020) e medeia a relação entre a doença crónica e a depressão, por exemplo, em doentes com dor

crónica (Carvalho et al., 2019) e com défice cognitivo ligeiro (Guzmán et al., 2020). A fusão cognitiva, conjuntamente com a alexitimia, também explicou outras psicopatologias (e.g., ansiedade) em doentes com EM (Carvalho et al., 2023).

A fusão cognitiva e/ou o evitamento experiencial, quando usados de forma persistente ou maladaptativa, tendem a comprometer as atividades valoradas consistentes com os valores pessoais e um sentido de uma vida com propósito, dirigida por objetivos de curto ou longo prazo (vida comprometida; Hayes et al., 2012). Paralelamente, o processo de vida comprometida explicou, através de uma associação negativa, a depressão em doentes com condições crónicas, tal como, com dor crónica (McCracken, 2013). Em doentes com cancro, a vida comprometida também revelou uma associação negativa com os sintomas depressivos, um efeito preditivo direto sobre estes sintomas e mediou o efeito do evitamento experiencial na referida sintomatologia (Trindade et al., 2018).

Apesar da elevada comorbilidade e da natureza multidimensional da depressão nas DCNs, apontadas na literatura, persiste a escassez de modelos que analisaram o efeito combinado de fatores de distinta natureza explicativos da depressão. Torna-se indispensável minimizar esta lacuna, considerando que a depressão pode afetar negativamente o curso das DCNs e tende a ser subvalorizada/subdiagnosticada (Atassi et al., 2011; Weintraub et al., 2003). Assim, este estudo pretendeu aprofundar o conhecimento sobre o efeito combinado de fatores de diferente natureza – incapacidade geral (resultante da neurodegeneração) e processos de regulação emocional (alexitimia, fusão cognitiva, vida comprometida) – na explicação da depressão em pessoas com DCN.

2. Métodos

2.1. Desenho de estudo

O presente estudo quantitativo, apresentou um desenho transversal.

2.2. Participantes

O estudo foi efetuado numa amostra de conveniência que incluiu 137 adultos (18 ou mais anos) diagnosticados com DCNs, concretamente, com DP, EM e ELA, tratados em instituições hospitalares e recrutados em associações de doentes. Empregaram-se como critérios de exclusão, a dificuldade de compreensão do protocolo de avaliação e o endosso de outros diagnósticos do foro neurológico. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (N = 137).

Variável	M	DP	Md	Min	Max
Idade (anos)	54.91	13.44	54.00	25	80
Escolaridade (anos)	14.27	4.76	17.00	4	26
Duração da doença (anos)	9.03	8.23	6.00	0.25	42
	n			**%**	
Sexo biológico					
Masculino	61			44.53	
Feminino	76			55.47	
Situação profissional					
Ativo (a)	54			39.42	
Reforma	34			24.82	
Reforma definitiva por invalidez	40			29.20	
Desemprego	9			6.57	
Diagnóstico					
Doença de Parkinson	53			38.69	
Esclerose múltipla	59			43.07	
Esclerose lateral amiotrófica	25			18.25	

Nota. Min = valor mínimo; Max = valor máximo.

2.2. Medidas

Utilizaram-se os instrumentos de autorresposta abaixo apresentados.

Questionário Sociodemográfico e Clínico para Doentes com Condições Neurodegenerativas (Carvalho & Motta, 2022). Este questionário foi utilizado para recolher os dados sociodemográficos e clínicos que caracterizaram os participantes.

Subescala de Depressão da *Depression, Anxiety and Stress Scales-21* (DASS-21; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004): Esta subescala, com 4 opções de resposta (0 = *Não se aplicou a mim*; 3 = *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*), avalia a presença e a intensidade dos sintomas de depressão presentes na última semana. Na amostra deste estudo, obteve um $\alpha = .85$.

World Health Organization Disability Assessment Schedule de 12 itens (WHODAS–12; versão Portuguesa de Silva et al., 2013). Avalia a perceção dos respondentes sobre o seu comprometimento/incapacidade funcional nos últimos 30 dias nos domínios da cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação na sociedade. Os itens são endossados numa escala de 5 pontos (1 = *Nenhuma*; 5 = *Extrema ou não consegue fazer*). A escala total, usada neste estudo, exibiu um $\alpha = .88$.

Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20; versão Portuguesa de Praceres et al., 2000). Avalia as dimensões da alexitimia: Dificuldade em Identificar Sentimentos, Dificuldade em Descrever Sentimentos e Pensamento Orientado para o Exterior. Apresenta uma

escala de resposta de 5 pontos (1 = *Discordo totalmente*; 5 = *Concordo totalmente*). Neste estudo, usou-se a escala total, que obteve na amostra um α = .77.

Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2020). Mede a fusão cognitiva, tal como conceptualizada pela ACT (Hayes et al., 2012), numa escala de resposta de 7 pontos (1 = *Nunca verdadeiro*; 7 = *Sempre verdadeiro*). O CFQ exibiu um α = .91 na amostra deste estudo.

Engaged Living Scale - Short Form (ELS-9; versão Portuguesa de Trindade et al., 2016). Mede, segundo a ACT, o processo de vida comprometida que envolve a avaliação e ações relacionadas com as atividades valorizadas na vida. Apresenta as dimensões Vida Valorizada (reconhecimento dos valores pessoais e ações congruente com estes valores) e Plenitude (sentido de realização) face à vida, resultante desta ser vivenciada em conformidade com os valores pessoais. Os itens são endossados numa escala de 5 pontos (1 = *Discordo totalmente*; 5 = Concordo totalmente). Usámos a escala total que obteve nos participantes deste estudo um α = .89.

2.3. Procedimentos

Foram respeitados os princípios éticos de investigação médica da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013). O projeto de investigação no qual este estudo se insere obteve parecer favorável da Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona (Ref. CEDIC-2021-07-01). Os participantes, recrutados na Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDPK), na Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) e na Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA), colaboraram voluntariamente no estudo, foram informados, por escrito, acerca dos objetivos e procedimentos e assinaram o consentimento informado. O protocolo de avaliação foi respondido em formato de papel ou on-line (plataforma *Qualtrics*), na presença física ou virtual de um investigador, permitindo o eventual esclarecimento de dúvidas e a minimização de dificuldades físicas por parte dos participantes.

Na análise dos dados, usou-se o software *IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS; v. 28) e G*Power (v. 3.1.9.7, Faul et al., 2007). Foram assegurados os pressupostos estatísticos dos testes utilizados. Valores de assimetria < |3| e achatamento < |10| garantiram a inexistência de desvios severos à distribuição normal (Kline, 2023). Valores de alfa de Cronbach (α) ≥ .70 indicaram consistência interna das medidas. Estatísticas descritivas foram utilizada para caracterizar a amostra e as variáveis em estudo. Nas regressões lineares, distribuição normal, homogeneidade e independência dos

resíduos foram, respetivamente, asseguradas pela análise do teste Kolmogorov–Smirnov, do gráfico dos resíduos e do teste de Durbin-Watson. Correlação de Pearson e modelos de regressão linear simples (RLS) foram sequencialmente usados para selecionar as covariáveis a incluir no modelo de regressão linear múltipla (RLM) explicativo dos sintomas de depressão. Neste último modelo, a inexistência de multicolinearidade foi confirmada através de correlações entre as covariáveis de $r < .70$, VIF ≤ 5, *condition index* ≤ 15 e valores de tolerância próximos de 1. Na RLM, os *outliers* influentes nos resultados foram identificados/eliminados com base na estatística dos resíduos e nos *p-values* $\leq .05$ de cada *studentized deleted residuals* (Marôco, 2018) e a magnitude do efeito (*fixed model, R^2 deviation from zero*) foi calculada pelo f^2 de *Cohen* (pequena se $f^2 = 0.02$; moderada se $f^2 = 0.15$; grande se $f^2 = 0.35$; Cohen, 1988). O teste F de Cohen (1988) também permitiu estimar, à *priori*, o tamanho mínimo da amostra a empregar na RLM (*fixed model, deviance from zero*), para atingir um poder estatístico (1-β) de .80, com um nível de significância de $\alpha = .05$ e considerando um tamanho de efeito de $f^2 = 0.15$, para um modelo com 4 preditores.

3. Resultados

A estatística descritiva das variáveis deste estudo é disponibilizada na Tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva para as variáveis em estudo.

Variável	M	DP	Md	Min	Max
Incapacidade geral (WHODAS-12)	26.94	10.31	26.00	12	51
Alexitimia (TAS-20)	47.05	13.34	46.00	22	83
Fusão Cognitiva (CFQ)	20.80	9.50	19.00	7	48
Vida Comprometida (ELS-9)	33.11	6.49	34.00	9	45
Sintomas de Depressão (DASS-21)	3.32	3.71	2.00	0	18

Nota. Min = valor mínimo; Max = valor máximo; WHODAS-12 = *World Health Organization Disability Assessment Schedule-12 items*; TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale-20*; CFQ = *Cognitive Fusion Questionnaire*; ELS-9 = *Engaged Living Scale-Short Form*; DASS-21 = *Depression, Anxiety and Stress Scales-21*.

A Tabela 3 apresenta os valores das correlações de Pearson entre as variáveis contempladas no estudo.

Tabela 3 - Matriz de correlações de Pearson entre as variáveis em estudo (N = 137).

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade (anos)	-							
2. Escolaridade (anos)	-.14	-						
3. Duração da doença (anos)	-.00	-.02	-					
4. Incapacidade geral (WHODAS-12)	.07	-.21*	.18*	.-				

5. Alexitimia (TAS-20)	-.17*	-.22*	.03	.40**	-			
6. Fusão cognitiva (CFQ)	-.26**	.02	-.01	.21*	.45**	-		
7. Vida comprometida (ELS-9)	.00	.14	.00	-.48**	-.42**	-.32**	-	
8. Sintomas de Depressão (DASS-21)	-.03	-.08	-.09	.55**	.53**	.47**	-.53**	-

* p < .05; ** p < .01.

Nota. WHODAS-12 = *World Health Organization Disability Assessment Schedule-12 items*; TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale*-20; CFQ = *Cognitive Fusion Questionnaire*; ELS-9 = *Engaged Living Scale-Short Form*; DASS-21 = *Depression, Anxiety and Stress Scales-2*1.

Conforme Tabela 3, incapacidade geral, alexitimia, fusão cognitiva e vida comprometida correlacionaram-se significativamente com a sintomatologia depressiva, tendo sido selecionadas nesta fase inicial de construção do modelo de RLM; idade, escolaridade e duração da doença não se correlacionaram com tais sintomas, não tendo sido incluídos na RLM.

A Tabela 3 também permite verificar que todos os pares de variáveis exibiram correlações com valores de $r < .70$, sugestivos da inexistência de colinearidade entre estes.

Todas as potenciais covariáveis anteriormente selecionadas (incapacidade geral, alexitimia, fusão cognitiva, vida comprometida) revelaram predizer os sintomas depressivos em modelos de RLS (Tabela 4), tendo sido, posteriormente, inseridas na RLM.

Tabela 4 - Modelos de regressão linear simples para os sintomas de depressão (N = 137).

Modelos	***r***	***r² ajustado***	***β***	***p***
Incapacidade geral (WHODAS-12)	.55	.30	.55	<.001**
Alexitimia (TAS-20)	.53	.28	.53	<.001**
Fusão cognitiva (CFQ)	.47	.22	.47	<.001**
Vida comprometida (ELS-9)	.53	.27	-.53	<.001**

* p < .05; ** p < .01.

Nota. WHODAS-12 = *World Health Organization Disability Assessment Schedule-12 items*; TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale-20*; CFQ = *Cognitive Fusion Questionnaire*; ELS-9 = Engaged Living Scale-Short Form; DASS-21 = *Depression, Anxiety and Stress Scales*-21.

As covariáveis anteriormente selecionadas foram inseridas em blocos no modelo de RLM, de acordo com a sua natureza: 1º bloco: incapacidade geral (resultante da neurodegeneração); 2º bloco: processos de regulação emocional (alexitimia, fusão cognitiva, vida comprometida). Após remoção de 5 *outliers* influentes nos resultados, o modelo final explicou 48% da variância da sintomatologia depressiva nos participantes com DCNs. Todos os preditores explicaram significativa e conjuntamente tais sintomas:

incapacidade geral, alexitimia e fusão cognitiva associaram-se positivamente aos sintomas de depressão; a vida comprometida revelou uma associação negativa com a referida sintomatologia (Tabela 5). Segundo Cohen (1988), este modelo final de RLM exibiu uma magnitude do efeito *post-hoc* (*fixed model, deviance from zero*) grande, de f^2 = 0.97, para um alfa (α) médio = .05, com um poder de 1. A dimensão da amostra usada na RLM de N =132 assegurou uma elevada robustez desta análise de RLM, ao ter superado a dimensão mínima de N = 85 estabelecida à *priori* para garantir um poder estatístico (1-β) de .80, para um nível de significância de α = .05 e uma magnitude do efeito grande de f^2 = 0.15.

Tabela 5 - Modelo de regressão linear múltipla (método *enter*) para os sintomas de depressão (N = 132).

	r	***r² ajustado***	***β***	***p***
Modelo	.49	.48		<.001**
Incapacidade geral (WHODAS-12)			.32	<.001**
Alexitimia (TAS-20)			.27	<.001**
Fusão cognitiva (CFQ)			.21	.004**
Vida comprometida (ELS-9)			-.19	.014*

* p < .05; ** p < .01.
Nota. WHODAS-12 = *World Health Organization Disability Assessment Schedule-12 items*; TAS-20 = *Toronto Alexithymia Scale-20*; CFQ = *Cognitive Fusion Questionnaire*; ELS-9 = *Engaged Living Scale-Short Form*.

4. Discussão

Este estudo aprofundou o diminuto conhecimento empírico sobre o efeito conjunto de preditores da depressão de naturezas distintas em pessoas com DCNs, ao ter verificado que a incapacidade funcional e vários processos de regulação emocional, nomeadamente, alexitimia, fusão cognitiva, vida comprometida, explicaram a sintomatologia depressiva em pessoas com DCNs. Estes resultados podem ser compreendidos, principalmente, com base nos modelos de (in)flexibilidade psicológica da ACT (Hayes et al., 2012), considerando a alexitimia como uma forma de evitamento experiencial (e.g., Constantinou et al., 2014; Panayiotou et al., 2015). Concretamente, de acordo com as perspetivas de Hayes et al. (2012) e Kabat-Zinn & Hanh (2009), a fusão com os eventos privados negativos (e.g., pensamentos, memórias), incluindo os relacionados com a incapacidade/défices funcionais resultantes das DCNs, conjuntamente com o uso da alexitimia para regular o sofrimento via evitamento experiencial, podem ter aumentado a inflexibilidade psicológica e a vulnerabilidade para a psicopatologia, em particular, para a depressão. Paralelamente, por contraste com a fusão cognitiva e a alexitimia

(evitamento experiencial), uma atitude de aceitação deliberada das experiências internas dolorosas pode ter permitido uma perceção mais realista dessas experiências, o reconhecimento de propósitos de vida valorados e alcançáveis perante as limitações impostas pelas DCNs, o comprometimento com padrões de ação coerentes com esses propósitos, um maior sentido de realização face à vida e, consequentemente, uma menor suscetibilidade para desenvolver depressão (e eventualmente de outras psicopatologias). Evidências empíricas prévias estão igualmente alinhadas com os resultados deste estudo. Por exemplo, a incapacidade funcional correlacionou-se com a depressão na DP (Arun et al., 2011), explicou a presença desta psicopatologia na EM e noutras condições neurológicas crónicas (Salari et al., 2024) e emergiu como um preditor e como um fator risco, respetivamente, na ELA (Anca et al., 2020) e na EM (Solaro et al., 2016). Adicionalmente, a alexitimia associou-se à depressão em doentes com DP (Assogna et al., 2016) e este resultado também foi observado em estudos transversais (Chalah & Ayache, 2017) e longitudinais (Chahraoui et al., 2014) efetuados em doentes com EM e com outras doenças crónicas (Baiardini et al., 2011). Por sua vez, a fusão cognitiva revelou-se um preditor da depressão em doentes com este diagnóstico (Cookson et al., 2020) e mediou a relação entre condições clínicas crónicas e a depressão, tal como verificado na dor crónica (Carvalho et al., 2019). Embora se desconheçam estudos que tenham analisado a associação entre vida comprometida e depressão em pessoas com DCNs, o nosso resultado que sugere que a vida comprometida é um fator protetor da depressão é coerente com resultados de estudos prévios efetuados noutras condições físicas, como na dor crónica (McCracken, 2013) e no cancro (Trindade et al., 2018). Nesta última patologia, a fusão cognitiva também exibiu um efeito direto nos sintomas depressivos (Trindade et al., 2018).

O presente estudo possui como principais limitações metodológicas: amostragem não-probabilística e não representativa das DCNs, que dificultam a generalização dos resultados; utilização de instrumentos de autorresposta pode ter influenciado a exatidão das respostas; desenho transversal que não permitiu inferir relações causais. Recomenda-se que estudos futuros minimizem estas limitações, utilizando preferencialmente desenhos prospetivos/longitudinais e análises de eventuais relações de mediação/moderação entre os preditores. Não obstante as limitações deste trabalho, o seu contributo é relevante, na medida em que os seus resultados alertam os clínicos para a necessidade de intervenções integrativas/multidisciplinares destinadas a melhorar a saúde das pessoas com DCNs. Estas abordagens devem prevenir e tratar a depressão focando-

se concomitantemente na reabilitação funcional, na desfusão cognitiva, na aceitação dos próprios pensamentos e emoções negativas, incluindo dos associados às doenças incapacitantes e incuráveis (ao invés de serem evitados via alexitimia), bem como no comprometimento com ações realistas e alinhadas com os valores pessoais. De acordo com Hayes (2012) e Kabat-Zinn (2009), a ACT e intervenções baseadas no *mindfulness* são indicadas para o efeito.

5. Agradecimentos

Os autores agradecem aos órgãos de direção e técnicos da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDPK), da Associação Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) e da Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (APELA) pela colaboração na identificação de potenciais participantes. Os autores gradecem também aos sócios das referidas associações que integraram a amostra deste estudo.

6. Referências Bibliográficas

Anca, M., Sebastian, A., Cristina, R., Zoltan, B., Laura, B., Adrian, B., Septimiu, V., Adina, S., & Smaranda, M. (2020). Predictors of Depression in Caucasian Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis in Romania. *Brain Sciences*, *10*(8), 470. https://doi.org/10.3390/brainsci10080470 https://doi.org/10.3390/brainsci10080470

Arun, M. P., Bharath, S., Pal, P. K., & Singh, G. (2011). Relationship of depression, disability, and quality of life in Parkinson's disease: a hospital-based case-control study. *Neurology India*, *59*(2), 185-189. https://doi.org/10.4103/0028-3886.79133

Assogna, F., Cravello, L., Orfei, M. D., Cellupica, N., Caltagirone, C., & Spalletta, G. (2016). Alexithymia in Parkinson's disease: A systematic review of the literature. *Parkinsonism & Related Disorders*, *28*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.parkreidis.2016.03.021

Atassi, N., Cook, A., Pineda, C. M., Yerramilli-Rao, P., Pulley, D., & Cudkowicz, M. (2011). Depression in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis: Official Publication of the World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases*, *12*(2), 109-112. https://doi.org/10.3109/17482968.2010.536839

Baiardini, I., Abba, S., Ballauri, M., Vuillermoz, G., & Braido, F. (2011). Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, *33*(1 Suppl A), A47-A52.

Carvalho, S. A., Trindade, I. A., Gillanders, D., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2019). Cognitive fusion and depressive symptoms in women with chronic pain: A longitudinal growth curve modelling study over 12 months. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *26*(5), 616-625. https://doi.org/10.1002/cpp.2386

Carvalho, T., Gomes, C., Rodrigues, A., & da Motta, C. (2023). Neuropathic pain, cognitive fusion, and alexithymia in patients with multiple sclerosis: Cross-sectional evidence for an explanatory model of anxiety symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, *79*(5), 1342-1356. https://doi.org/10.1002/jclp.23483

Carvalho, T., & da Motta, C. (2022). *Questionário sociodemográfico e clínico para doentes com doenças neurodegenerativas*. [Unpublished instrument]. CINEICC, Universidade de Coimbra. Portugal.

Chahraoui, K., Duchêne, C., Rollot, F., Bonin, B., & Moreau, T. (2014). Longitudinal study of alexithymia and multiple sclerosis. *Brain and Behavior*, *4*(1), 75-82. https://doi.org/10.1002/brb3.194

Chalah, M. A., & Ayache, S. S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychologia*, *104*, 31-47. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.07.034

Chendo, I., Silva, C., Duarte, G. S., Prada, L., Vian, J., Quintão, A., Voon, V., & Ferreira, J. J. (2022). Frequency of Depressive Disorders in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Parkinson's disease*, *12*(5), 1409–1418. https://doi.org/10.3233/JPD-223207

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Constantinou, E., Panayiotou, G., & Theodorou, M. (2014). Emotion processing deficits in alexithymia and response to a depth of processing intervention. *Biological Psychology*, *103*, 212-222. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.09.011

Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., & Kingston, J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy*, *93*(3), 456-473. https://doi.org/10.1111/papt.12233

Cullinane, P. W., Wrigley, S., Bezerra Parmera, J., Valerio, F., Millner, T. O., Shaw, K., De Pablo-Fernandez, E., Warner, T. T., & Jaunmuktane, Z. (2024). Pathology of neurodegenerative disease for the general neurologist. *Practical Neurology*, *24*(3), 188–199. https://doi.org/10.1136/pn-2023-003988

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, *23*(4), 344–381. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3

Görgülü, Ü., Gürhan, N., Yalçın Akman, Y., Altay, K., Polat, Ü., Özen, Ş., Coşar, B., & Kolcu G. (2022). Comorbid Psychiatric Disorders in Some Common Neurological Diseases. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, *29*(1), 75-83. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2159884

Guzmán, A., Gillanders, D., Stevenson, A., & Ross, K. (2020). Psychosocial adjustment to Mild Cognitive Impairment: The role of illness perceptions, cognitive fusion and cognitive impairment. *Dementia*, *20*(2), 464-484. https://doi.org/10.1177/1471301219893862

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd Ed.). Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152-1168. https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152

Heidari, M. E., Nadali, J., Parouhan, A., Azarafraz, M., Tabatabai, S. M., Irvani, S. S. N., Eskandari, F., & Gharebaghi, A. (2021). Prevalence of depression among amyotrophic lateral sclerosis (ALS) patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *287*, 182-190. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.015

Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.

Kanner, A. M. (2018). 'Depression in Neurological Disorders: Comorbidity or Another Clinical Manifestation?". In J. J. Strain & M. Blumenfield (Eds.), *Depression as a systemic illness* (pp. 123-143). Oxford University Press.

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.

Lamptey, R. N. L., Chaulagain, B., Trivedi, R., Gothwal, A., Layek, B., & Singh, J. (2022). A review of the common neurodegenerative disorders: current therapeutic approaches and the potential role of nanotherapeutics. *International Journal of Molecular Sciences*, *23*(3), 1851. https://doi.org/10.3390/ijms23031851

Luminet, O., Nielson, K. A., & Ridout, N. (2021). Having no words for feelings: alexithymia as a fundamental personality dimension at the interface of cognition and emotion. *Cognition and Emotion*, *35*(3), 435–448. https://doi.org/10.1080/02699931.2021.1916442

Luo, Y., Qiao, L., Li, M., Wen, X., Zhang, W., & Li, X. (2025). Global, regional, national epidemiology and trends of Parkinson's disease from 1990 to 2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *16*, 1498756. https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1498756

Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). ReportNumber.

McCracken, L. M. (2013). Committed action: an application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *The Journal of Pain*, *14*(8), 828-835. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(2), 229-239.

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 206-216. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.09.006

Panayiotou, G., Panteli, M., & Vlemincx, E. (2021). Adaptive and maladaptive emotion processing and regulation, and the case of alexithymia. *Cognition and Emotion*, *35*(3), 488-499. https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1671322

Patten, S. B., Marrie, R. A., & Carta, M. G. (2017). Depression in multiple sclerosis. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, *29*(5), 463-472. https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1322555

Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Gregório, S., & Pinto, A. M. (2020). Concurrent effects of different psychological processes in the prediction of depressive symptoms-The role of cognitive fusion. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, *39*(2), 528-539. https://doi.org/10.1007/s12144-017-9767-5

Praceres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) [Portuguese adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *9*(1), 9-21.

Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *19*, 341–52. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003

Reijnders, J. S., Ehrt, U., Weber, W. E., Aarsland, D., & Leentjens, A. F. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, *23*(2), 183–313. https://doi.org/10.1002/mds.21803

Salari, M., Pakdaman, H., Etemadifar, M., Hojjati Pour, F., Khalkhali, M., Mirjamali, N., & Hossein Abadi Farahani, A. (2024). Risk of depression after Parkinson's disease, stroke, multiple sclerosis, and migraine in an Iranian population and assess psychometric characteristics of three prevalent depression questionnaires. *IBRO Neuroscience Reports*, *16*, 241-248. https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2024.01.006

Sandi, D., Fricska-Nagy, Z., Bencsik, K., & Vécsei, L. (2021). Neurodegeneration in Multiple Sclerosis Symptoms of Silent Progression, Biomarkers and Neuroprotective Therapy-Kynurenines Are Important Players. *Molecules (Basel, Switzerland)*, *26*(11), 3423. https://doi.org/10.3390/molecules26113423

Silva, C., Coleta, I., Silva, A. G., Amaro, A., Alvarelhão, J., Queirós, A., & Rocha, N. (2013). Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. *Revista de Saude Publica*, *47*(4), 752-758. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004374

Solaro, C., Trabucco, E., Signori, A., Martinelli, V., Radaelli, M., Centonze, D., Rossi, S., Grasso, M. G., Clemenzi, A., Bonavita, S., D'Ambrosio, A., Patti, F., D'Amico, E., Cruccu, G., & Truini, A. (2016). Depressive Symptoms Correlate with Disability and Disease Course in Multiple Sclerosis Patients: An Italian Multi-Center Study Using the Beck Depression Inventory. *PLoS ONE*, *11*(9), e0160261. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160261

Sturm, V. E., & Levenson, R. W. (2011). Alexithymia in neurodegenerative disease. *Neurocase*, *17*(3), 242-250. https://doi.org/10.1080/13554794.2010.532503

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). What's in the name 'alexithymia'? A commentary on "affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *68*, 1006–1020. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.025

Trindade, I. A., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Nooren, L. (2016). Clarity of Personal Values and Committed Action: Development of a Shorter Engaged Living Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(2), 258-265. https://doi.org/10.1007/s10862-015-9509-7

Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Developments on committed action: Validity of the CAQ-8 and analysis of committed action's role in depressive symptomatology in breast cancer patients and healthy individuals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *25*(1), e42-e50. https://doi.org/10.1002/cpp.2125

Walton, C., King, R., Rechtman, L., Kaye, W., Leray, E., Marrie, R. A., Robertson, N., La Rocca, N., Uitdehaag, B., van der Mei, I., Wallin, M., Helme, A., Angood Napier, C., Rijke, N., & Baneke, P. (2020). Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS, third edition. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, *26*(14), 1816-1821. https://doi.org/10.1177/1352458520970841

Wei, M., Yang, Z., Li, S., & Le, W. (2023). Nanotherapeutic and Stem Cell Therapeutic Strategies in Neurodegenerative Diseases: A Promising Therapeutic Approach. *International Journal of Nanomedicine*, *18*, 611-626. https://doi.org/10.2147/IJN.S395010

Weintraub, D., Moberg, P. J., Duda, J. E., Katz, I. R., & Stern, M. B. (2003). Recognition and treatment of depression in Parkinson's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *16*(3), 178-183. https://doi.org/10.1177/0891988703256053

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). https://icd.who.int/

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Xu, L., Liu, T., Liu, L., Yao, X., Chen, L., Fan, D., Zhan, S., & Wang, S. (2020). Global variation in prevalence and incidence of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic

review and meta-analysis. *Journal of Neurology*, *267*(4), 944-953. https://doi.org/10.1007/s00415-019-09652-y

Capítulo 6

A Relação entre a Autoestima, a Regulação Emocional e as Perturbações Depressivas em Adultos: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Rita Fernandes[1], Ludovina Ramos[1,2]

[1] Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

[2] CIDESD - Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora, Portugal (CIEP-UE)

Autor Correspondente: Rita Fragoso Fernandes. **E-mail:** ritaffernandes16@gmail.com

Resumo: O presente estudo teve como principal objetivo advertir para os possíveis riscos da baixa autoestima e da desregulação emocional, salientando a sua importância enquanto variáveis individuais predisponentes de depressão. Além disso, visou-se compreender as relações entre estes três fatores. Assim, como questão de investigação, através do método SPIDER, definiu-se a seguinte: "Qual a relação entre a autoestima, a regulação emocional e as perturbações depressivas em adultos?". Para isso, realizou-se uma revisão sistemática da literatura com base no modelo PRISMA, de modo a fundamentar mais rigorosamente as diferentes fases da revisão. A pesquisa dos artigos científicos foi efetuada nas bases de dados Scopus e PubMed, com base nos critérios de inclusão previamente definidos. De um total de 306 referências extraídas, foram incluídos 13 artigos científicos publicados em revistas científicas entre 2019 e 2024. Após a análise dos artigos incluídos, foi possível concluir que diferentes estratégias de regulação emocional e diferentes níveis de autoestima podem ter um papel influente na gravidade da sintomatologia depressiva, apesar de ainda serem observadas incongruências acerca do papel e do impacto destas variáveis. Assim, estes resultados poderão ajudar a desenvolver investigações mais aprofundadas, visando uma maior compreensão acerca destas relações, o que poderá ajudar a delinear intervenções mais rigorosas com foco na prevenção da sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: autoestima; regulação emocional; perturbações depressivas; revisão sistemática da literatura.

Abstract: The main objective of the present study was to warn of the possible risks of low self-esteem and emotional dysregulation, highlighting their importance as individual variables predisposing to depression. In addition, it aimed to understand the relationships between these three factors. Thus, as a research question, through the SPIDER method, the following was defined: "What is the relationship between self-esteem, emotional regulation and depressive disorders in adults?". To this end, a systematic review of the literature was carried out based on the PRISMA model, in order to provide a more rigorous basis for the different phases of the review. The search for scientific articles was carried out in the Scopus and PubMed databases, based on the previously defined inclusion criteria. From a total of 306 references extracted, 13 scientific articles published in scientific journals between 2019 and 2024 were included. After analyzing the included articles, it was possible to conclude that different strategies of emotional regulation and different levels of self-esteem may play an influential role in the severity of depressive symptoms, although inconsistencies about the role and impact of these variables are still observed. Thus, these results may help to develop more in-depth investigations, aiming at a greater understanding of these relationships, which may help to design more rigorous interventions focused on the prevention of depressive symptoms.

Key-Words: self-esteem; emotional regulation; depressive disorders; systematic review of the literature.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2023), cerca de 280 milhões de pessoas sofrem de depressão, correspondendo aproximadamente a 3,8% da população global, sendo que o número total estimado de pessoas que vivem com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015. As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, sendo o seu pico atingido na idade adulta (acima de 7,5% entre as mulheres com idade entre 55 e 74 anos e acima de 5,5% entre os homens) (WHO, 2023). Além disso, segundo um resumo científico divulgado pela WHO em 2022, só no primeiro ano da pandemia do COVID-19, verificou-se um aumento de 25% da prevalência global de depressão e ansiedade (WHO, 2022).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), a Perturbação Depressiva Major é definida por um humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, caracterizado por sentimentos de vazio, tristeza e desesperança, perda de interesse ou prazer em quase ou todas as atividades diárias, insónias ou hipersónias, perda ou ganho de peso significativo, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, agitação ou retardo psicomotor, dificuldades de concentração e decisão e pensamentos recorrentes de morte. Estes sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, não sendo atribuíveis a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (APA, 2014).

Já na Perturbação Depressiva Persistente (Distimia) os sintomas deverão estar presentes por pelo menos dois anos, sendo caracterizada por um período de humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, no qual está presente um baixo apetite ou alimentação em excesso, insónia ou hipersónia, baixa energia e fadiga, baixa autoestima, concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança (APA, 2014).

Desta forma, a autoestima, definida como a avaliação que uma pessoa faz do seu valor, tem um impacto significativo no desenvolvimento destas perturbações. Segundo Leary e Baumeisterm (2000), a autoestima é um julgamento subjetivo que pode ou não refletir as capacidades ou realizações objetivas de alguém, sendo assim uma autoavaliação afetivamente carregada, isto é, uma avaliação do comportamento ou atributo através de dimensões avaliativas (bom-mau, positivo-negativo, com valor-sem valor). Isto faz com que os indivíduos não só avaliem os seus comportamentos como bons ou maus, mas também se sintam bem ou mal pela forma como agiram. Deste modo, não só têm noção das suas características boas e más, como experienciam emoções positivas

ou negativas ao pensar nelas. O mesmo acontece quando um indivíduo sucede numa tarefa e avalia-se positivamente, levando, consequentemente, a sentir-se bem consigo mesmo. Quando, pelo contrário, um indivíduo falha, este não só avalia as suas capacidades como deficientes, como experiencia emoções negativas e uma diminuição da autoestima (Leary & Baumeisterm, 2000).

A regulação emocional é outro aspeto impactante no desenvolvimento de perturbações depressivas. Esta é definida como as várias formas pelas quais influenciamos as emoções que temos, quando as temos e como as vivenciamos e as expressamos (Gross, 1998, 2024; Preece et al., 2025) existindo uma grande variedade de estratégias de regulação emocional. De forma a organizar as diferentes estratégias, Gross (1998) criou o modelo de processo de regulação emocional que distingue cinco grupos de estratégias com base no momento em que impactam o processo de geração de emoções. Segundo este modelo, inicialmente é identificada uma necessidade de regulação emocional, sendo, desta forma, selecionada uma estratégia que é posteriormente implementada e monitorizada. Até à data, a reavaliação cognitiva é considerada uma das estratégias mais eficazes e adaptativas. Esta consiste em mudar a forma como alguém pensa e avalia uma situação de modo a influenciar a sua resposta emocional (Gross & McRae, 2020). Por sua vez, a desregulação emocional consiste na dificuldade em regular as próprias emoções.

Apesar da influência notória que estas duas variáveis têm nas perturbações depressivas, ainda é pouco mencionado o impacto que a autoestima tem na (des)regulação emocional e vice-versa. Desta forma, este estudo pretende aludir o efeito que estas variáveis têm no desenvolvimento da depressão, ao se relacionarem entre si, não só como sintomas da mesma, mas como fatores de proteção (caso haja uma alta autoestima e uma boa regulação emocional) ou, por outro lado, fatores de manutenção (caso haja uma baixa autoestima e desregulação emocional). Assim, com este trabalho pretende-se, num primeiro momento, proceder à sistematização da investigação realizada sobre a relação entre os constructos anteriormente enunciados. Visa-se, ainda e nesta sequência, advertir para os possíveis riscos destes fatores, salientando a sua importância enquanto variáveis individuais predisponentes de depressão, e às quais é indispensável prestar particular atenção. Tanto quanto nos foi possível apurar, esta revisão sistemática da literatura (RSL) é a primeira a investigar e a estudar estes fatores, não como consequências, mas como causas da depressão.

Métodos

O presente trabalho consiste numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sendo utilizado o PRISMA 2020 como método de investigação e análise. Este é constituído por uma lista de verificação de sete secções com 27 itens, alguns dos quais incluem subitens e um diagrama de fluxo de quatro fases, com o objetivo de melhorar o relato da revisão sistemática e meta-análise (Page et al., 2021). Uma RSL inicia-se com uma questão de investigação claramente formulada, sendo o seu componente essencial a pesquisa bibliográfica (ou processo de recuperação de informação), que permite estabelecer os dados disponíveis para análise. Além deste, existem outros componentes essenciais, nomeadamente, a triagem, a extração de dados e procedimentos de síntese qualitativa ou quantitativa, dependendo da identificação de estudos elegíveis. Desta forma, esta deve ser o mais robusta possível de forma a minimizar possíveis enviesamentos (Page et al., 2021). Já a meta-análise refere-se ao uso de técnicas estatísticas usadas posteriormente na RSL, com o objetivo de identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, coletando e analisando dados dos estudos incluídos na revisão (Moher et al., 2009).

Questão de Investigação

Com o objetivo de aumentar a eficiência desta RSL, assim como, de elaborar uma questão de investigação que aborde a temática que se pretende investigar, foi utlizado o método SPIDER. Desta forma, a questão de investigação foi dividida em cinco etapas: amostra, fenómeno de interesse, tipo de estudos, avaliação e tipo de pesquisa, como se observa na Tabela 1 (Donato & Donato, 2019).

Tabela 1 – Formulação da questão de investigação através do método SPIDER

S – Sample	Indivíduos com mais de 18 anos
PI – Phenomen Of Interest	A relação entre a autoestima e a regulação emocional e o seu efeito nas perturbações depressivas
D – Design	Estudos experimentais, quasi-experimentais, correlacionais
E – Evaluation	Fatores associados à regulação emocional e à autoestima
R – Research Type	Estudos quantitativos, qualitativos e mistos

Assim, para este trabalho, foi selecionada a seguinte questão de investigação: "Qual a relação entre a autoestima, a regulação emocional e as perturbações depressivas em adultos?"

Critérios de Inclusão e de Exclusão

Como critérios de inclusão para esta RSL foram definidos os seguintes: estudos que incluam participantes maiores de 18 anos; estudos quantitativos, qualitativos e mistos; estudos que abordem a relação entre a autoestima e a regulação emocional e o seu impacto nas perturbações depressivas; idioma de língua portuguesa, inglesa e espanhola; estudos publicados após 2018; estudos publicados em revistas científicas; estudos publicados em bases de dados validadas (e.g., *Scopus, Web of Science, PubMed*).

Por outro lado, como critérios de exclusão destacam-se: estudos com uma população com menores de 18 anos (visto que a autoestima só se desenvolve totalmente na idade adulta); estudos que não abordem a relação entre a autoestima e a regulação emocional e o seu efeito nas perturbações depressivas; idiomas que não sejam de língua portuguesa, inglesa ou espanhola; estudos publicados até 2018; estudos não validados; estudos publicados em sites não fidedignos e validados.

Localização dos Estudos

Para esta RSL foram realizadas várias pesquisas em duas bases de dados distintas, nomeadamente, na *Scopus* e na *PubMed*, visto serem ferramentas de pesquisa fidedignas que fornecem acesso a dados e ferramentas de estudo validadas. Para isso, foi elaborada a seguinte frase booleana, representada na Tabela 2, usada em cada base de dados com os respetivos termos e operadores booleanos.

Tabela 2 –Frase Booleana Usada em Cada Base de Dados

Base de Dados	**Frase Booleana**
Scopus *PubMed*	(“Emotion* regulation” OR “ER” OR “Emotion* dysregulation”) AND (“Self-esteem” OR “SE”) AND (“Depression” OR “Depressive episode” OR “Depressive disorder” OR “Mood disorder” OR “Depress*”)

Seleção dos estudos

Após a elaboração da frase booleana, procedeu-se à submissão da mesma nas bases de dados supramencionadas e ao registo dos respetivos resultados através do diagrama PRISMA, como se pode observar na Figura 1.

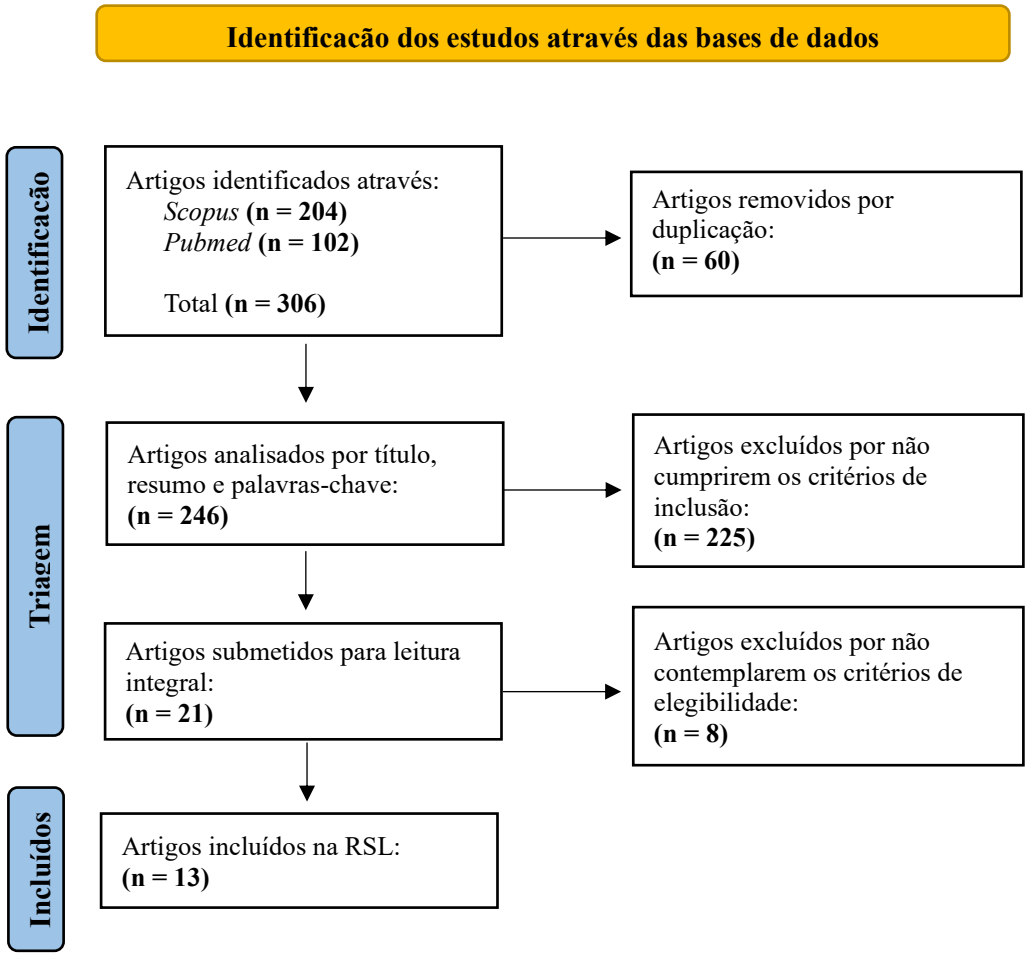


Figura 1 – Fluxo de informação com as diferentes fases de uma Revisão Sistemática: PRISMA 2020 flow diagram

Concluída a pesquisa nas bases de dados, foram obtidos 306 artigos no total (204 na Scopus e 102 na Pubmed), tendo sido excluídos 60 artigos por duplicação. Os restantes 246 artigos foram analisados através do título, palavras-chaves e resumos, sendo excluídos 225 estudos por não contemplarem os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Deste modo, foram submetidos 21 artigos para leitura integral, dos quais oito foram excluídos por não darem resposta à questão de investigação. Assim, para esta RSL foram examinados 13 artigos, descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Artigos Submetidos para Leitura Integral

Referência Bibliográfica	Design	Tipo de Pesquisa
', J., & Brakemeier, E. L. (2024). The crisis is over, long live the crisis: mental health in emerging adulthood during the course of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology, 15*, 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1283919	Correlacional	Quantitativa
'u, P., Wang, M., Xia, Y., Hu, C., Liu, M., Zhang, H., Sheng, X., & Yang, Y. (2023). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model. *BMC Psychiatry, 23*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04719-7	Correlacional	Quantitativa
ɔstein, L., Servaas, M. N., Schoevers, R. A., van der Veen, D. C., & Riese, H. (2023). Integrating personalized experience sampling in psychotherapy: A case illustration of the Therap-i module. *Heliyon, 9*(3). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14507	Correlacional	Estudo de caso
·rits, S., Rózsa, S., & Perczel-Forintos, D. (2022). A transdiagnostic model of low self-esteem: Pathway analysis in a heterogeneous clinical sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 50*(2), 171–186. https://doi.org/10.1017/S1352465821000485	Correlacional	Quantitativa
ɔ, L. C., Dale, L. P., Shaikh, S. K., Little Hodge, A. L., Gracia, B., Majdick, J. M., Holder, A. Y., & Ford, J. D. (2021). Relationship of childhood maltreatment, exercise, and emotion regulation to self-esteem, PTSD, and depression symptoms among college students. *Journal of American College Health, 69*(6), 653–659. https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1705837	Correlacional	Quantitativa
·t, D., & Ali, H. (2019). Differential use of emotion regulation strategies when engaging in artistic creative activities amongst those with and without depression. *Scientific Reports, 9*(1), 1–9. https://doi.org/10.1038/s41598-019-46138-3	Correlacional	Quantitativa
K. P., Muehlenkamp, J. J., & Claes, L. (2022). Identity, self-blame, and body regard in NSSI: A test of moderated-mediation. *Comprehensive Psychiatry, 116*, 1–18. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2022.152322	Correlacional	Quantitativa
S., Haddad, C., Zakhour, M., Fares, K., Akel, M., Salameh, P., & Hallit, S. (2019). Correlates of self-esteem among the Lebanese population: A cross-sectional study. *Psychiatria Danubina, 31*(4), 429–439. https://doi.org/10.24869/psyd.2019.429	Correlacional	Quantitativa
sso, B., Casale, S., Fioravanti, G., Flett, G. L., & Nepon, T. (2022). Mattering and Anti-Mattering in Emotion Regulation and Life Satisfaction: A Mediational Analysis of Stress and Distress During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychoeducational Assessment, 40*(1), 125–141. https://doi.org/10.1177/07342829211056725	Correlacional	Quantitativa
, M., Sakellaropoulos, G., Zairi, N. A., Gourzis, P., & Andreopoulou, O. (2021). An Exploratory Study of Trait Emotional Intelligence and	Correlacional	Quantitativa

Mental Health in Freshmen Greek Medical Students. *Current Psychology, 40*(12), 6057–6066. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00535-z		
aya-Alkar, Ö. (2020). Is self esteem mediating the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression? *Current Psychology, 39*(1), 220–228. https://doi.org/10.1007/s12144-017-9755-9	Correlacional	Quantitativa
i, M., & Hassani, F. (2022). From emotional intelligence to suicidality: a mediation analysis in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03891-6	Correlacional	Quantitativa
Chen, C., Liang, Y., Zhou, N., Cao, H., Du, H., Lin, X., & Chi, P. (2020). Not Only the Forest and Trees but Also the Ground They Are Rooted in: Identifying Profiles of Self-Compassion from the Perspective of Dialecticism. *Mindfulness, 11*(8), 1967–1977. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01406-6	Correlacional	Quantitativa

Avaliação da qualidade dos estudos

De modo a avaliar a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta RSL, recorreu-se à *Appraisal Checklist Instrument* de Joanna Briggs Institute*: Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* (JBI, 2020). Este instrumento estandardizado consiste num questionário de oito itens correspondentes a critérios de avaliação com base na questão de investigação, com diferentes opções de resposta. Todos os artigos incluídos desta RSL apresentaram uma qualidade metodológica alta, com exceção de quatro artigos que apresentaram uma qualidade metodológica moderada.

Resultados

De modo a promover uma melhor compreensão dos resultados, estes serão apresentados em três partes de acordo com as relações entre as diferentes variáveis: o impacto da autoestima na depressão, o impacto da regulação emocional na depressão, e, por fim, a relação da autoestima com a regulação emocional na depressão.

O impacto da autoestima na depressão

Após analisar os resultados dos artigos desta RSL acerca do impacto da autoestima na depressão, verificou-se que a baixa autoestima tem sido associada à depressão e pode ser um fator de risco no desenvolvimento desta perturbação, como defendeu Yalçınkaya-Alkar (2020), ao afirmar que um aumento na autoestima está relacionado a uma diminuição dos níveis de depressão, sugerindo que diferentes níveis de autoestima podem ter um papel influente na gravidade da sintomatologia depressiva.

Ademais, Obeid et al. (2019) sugerem que uma maior autoestima está significativamente e positivamente correlacionada com sentimentos de realização pessoal, enquanto a baixa autoestima está significativamente correlacionada com alta depressão, ansiedade, stress percebido, fobia social, dependência de álcool, maior exaustão emocional, despersonalização, ideação suicida e alexitimia. Por outro lado, Skokou et al. (2021) descobriram que a baixa autoestima está associada a sentimentos de desespero, inferioridade, tristeza, depressão e a elevadas tendências suicidas, sendo que, indivíduos com uma autoestima elevada apresentam melhor saúde mental, mais confiança e competência e uma maior capacidade para lidar com experiências adversas. Além disso, Li et al. (2023) avaliaram a mediação da autoestima na associação entre traumas na infância e sintomas depressivos na idade adulta, sugerindo que uma alta autoestima pode prevenir o desenvolvimento e/ou a gravidade dos sintomas depressivos.

No único estudo de caso analisado (o caso de "George"), apenas foram observadas consequências da junção da depressão clínica severa com uma baixa autoestima, resultando, nomeadamente, em dificuldades a nível social, apresentando inseguranças sociais, falta do sentimento de pertença, sensação de julgamento por parte dos outros, sensação de falta de controlo, falta de conexão e solidão (Klipstein et al., 2023). Desta forma, neste estudo não foi possível concluir se apenas a baixa autoestima poderia levar ao desenvolvimento dos sintomas supramencionados. Da mesma forma, Wu et al. (2020) avaliaram a relação do nível geral de autocompaixão com o bem-estar psicológico, concluindo que um nível alto de autocompaixão está positivamente associado à autoestima e à satisfação com a vida (bem-estar psicológico positivo) e, por sua vez, negativamente associado a níveis mais baixos de depressão e raiva (bem-estar psicológico negativo). Deste modo, de acordo com estes autores, a autocompaixão acaba por mediar a relação entre a autoestima e a depressão (Wu et al., 2020).

O impacto da regulação emocional na depressão-

Segundo Li et al. (2023), a reavaliação cognitiva, deve ser identificada como uma estratégia de regulação emocional adaptativa, funcionando como um fator de proteção, levando consequentemente a níveis mais baixos de sintomas de depressão e ansiedade. Fancourt e Ali (2019) confirmam esta hipótese, afirmando que indivíduos com depressão fazem um uso global significativamente menor de estratégias de regulação emocional adaptativas como é o caso de estratégias de abordagem, que englobam a reavaliação cognitiva, e estratégias de autodesenvolvimento, que promovem uma melhor autoestima.

Ademais, Yalçınkaya-Alkar (2020) confirmou que o uso frequente de estratégias de regulação emocional como a reorientação para o planeamento, a reavaliação positiva, a reorientação positiva e a culpabilização dos outros estão relacionadas a níveis mais baixos de depressão.

Além disso, segundo Klipstein et al. (2023), a ruminação está relacionada a um aumento dos sintomas depressivos. Esta hipótese foi confirmada por Yalçınkaya-Alkar (2020), que afirma que o uso frequente de estratégias desadaptativas como a autoculpabilização, a ruminação, a aceitação e a catastrofização estão associados a níveis mais elevados de depressão. Ademais, Li et al. (2023) afirmaram que a supressão emocional deve ser considerada, não só, uma estratégia de regulação emocional desadaptativa, como também, um fator de risco para sintomas de depressão e ansiedade. Contudo, os resultados de Wirkner e Brakemeier (2024) contradizem estas evidências, afirmando que o uso intensificado da supressão emocional não é preditivo da gravidade dos sintomas de depressão. Por outro lado, Fancourt e Ali (2019) afirmam que indivíduos com depressão fazem o mesmo uso de estratégias de evitamento, nomeadamente de distração e de supressão expressiva, que indivíduos sem depressão.

Deste modo, Fasciano et al. (2021) concluem que as dificuldades de regulação emocional contribuem significativamente e negativamente para a predição do funcionamento psicológico atual, explicando 53% da variabilidade na depressão. Da mesma forma, Skokou et al. (2021) sugerem que indivíduos com níveis mais elevados de diversas facetas específicas da inteligência emocional, como a gestão do stress (e as respetivas estratégias de regulação emocional adaptativas), a consciência social e o fator de sociabilidade apresentam melhores habilidades sociais e são percebidos como mais pró-sociais e menos propensos a conflitos, sendo estes considerados fatores preditivos de boa saúde mental. Ademais, Giangrass et al. (2022) concluíram que indivíduos que sentem que não têm importância, associado a défices de regulação emocional, falta de clareza emocional e dificuldades no controlo de impulsos, podem apresentar um declínio na satisfação com a vida e maiores dificuldades psicológicas, mediadas pela vulnerabilidade à depressão.

Além disso, Yalçınkaya-Alkar (2020) verificou que a reorientação para o planeamento foi a estratégia utilizada com mais frequência para regular as emoções, seguida da ruminação, reavaliação positiva, colocação em perspetiva, reorientação positiva e aceitação. A catastrofização foi a estratégia menos utilizada, seguida da culpabilização dos outros e da autoculpabilização. Assim, e de um modo geral, o autor

sugere que diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional podem ter um papel influente na gravidade da sintomatologia depressiva.

A relação da autoestima com a regulação emocional na depressão

Os resultados obtidos nesta RSL concluem que a utilização de estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a supressão emocional, perante estímulos emocionais negativos, leva a uma diminuição da autoestima, e, por sua vez, a um agravamento dos sintomas depressivos (Li et al., 2023). Por outro lado, a utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas, como a reavaliação cognitiva, modera os níveis de autoestima, levando, consequentemente, a níveis mais baixos de depressão (Li et al., 2023). Klipstein et al. (2023) apoiaram esta hipótese, afirmando haver uma ligação entre os níveis de autoestima, os sintomas depressivos e as estratégias de regulação emocional utilizadas. Por outras palavras, estes concluíram que, no caso de "George", níveis menores de autoestima causaram pensamentos acerca de inseguranças sociais, que através da ruminação dos mesmos (estratégia de regulação emocional considerada desadaptativa), agravaram os seus sintomas depressivos. Ademais, no estudo de Fasciano et al. (2021), as variáveis de regulação emocional explicaram 59% da variabilidade na autoestima, sendo que as variáveis mais preditivas de sintomas de autoestima foram a "Consciência" (ou seja, falta de consciência das respostas emocionais) e "Estratégias" (isto é, dificuldades em aceder e usar estratégias efetivas de regulação emocional). Assim, estas dificuldades de regulação emocional, com consequentes alterações na autoestima, têm um impacto no funcionamento emocional, desenvolvendo ou agravando sintomas de depressão (Fasciano et al., 2021; Khosravi & Hassani, 2022)

Os resultados do estudo de Yalçınkaya-Alkar (2020) mostraram que os efeitos da autoculpabilização, da ruminação, da catastrofização, da aceitação e da reorientação para o planeamento são mediados pela autoestima nos sintomas depressivos. Por outras palavras, um aumento na autoestima está relacionado a uma diminuição dos níveis de autoculpabilização e, por sua vez, de depressão. Assim, e de um modo geral, o autor sugere que diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional e níveis de autoestima podem ter um papel influente na gravidade da sintomatologia depressiva. Ademais, Kruzan et al. (2022) sugerem que a baixa clareza de autoconceito, associada a uma menor autoestima, pode perpetuar as frustrações autodirigidas que podem se manifestar como autocrítica ou autoculpabilização (estratégias de regulação emocional

desadaptativas), resultando na manutenção da frequência de comportamentos autolesivos e de sintomas depressivos.

Segundo Fancourt e Ali (2019), indivíduos com depressão fazem um uso global significativamente menor, mas ligeiro, de estratégias de regulação emocional adaptativas, nomeadamente de estratégias de autodesenvolvimento, nas quais estão englobadas estratégias de melhoria da autoestima. Desta forma, os autores sugerem que, como a baixa autoestima foi amplamente relatada entre o grupo com depressão, esta poderá ter sido uma das causas para o desequilíbrio do uso de estratégias de regulação emocional adaptativas. Além disso, segundo Skokou et al. (2021), indivíduos com uma autoestima elevada apresentam melhor saúde mental, mais confiança e competência e uma maior capacidade para lidar com experiências adversas, assim como, para regular as suas emoções. Seguindo esta linha de pensamento, Obeid et al. (2019) sugerem que uma maior autoestima está significativamente e positivamente correlacionada com a consciência socioemocional, a gestão emocional e a realização pessoal, enquanto a baixa autoestima está significativamente correlacionada com diversos fatores de desregulação emocional (como despersonalização, alexitimia, exaustão emocional e dependência de álcool) e maiores níveis de depressão e ansiedade.

Contudo, nem todos os resultados obtidos nesta RSL são congruentes. Kresznerits et al. (2022) sugeriram que é a gravidade dos sintomas depressivos que influencia diretamente e significativamente a manutenção da baixa autoestima, através da ativação de processos cognitivos desadaptativos relacionados ao perfeccionismo, à busca de amor, à desesperança e à autoculpabilização.

Discussão

Em termos gerais, o estado da arte sugere que a baixa autoestima está associada à saúde psicológica geral, sendo que a representação habitual da baixa autoestima inclui uma baixa avaliação geral de si mesmo, sentimentos constantes de inferioridade e inutilidade, isolamento e dúvidas/ inseguranças (Ozakar et al., 2021).

Ademais, diversos estudos confirmaram que pessoas com depressão utilizam estratégias de regulação emocional de forma diferente de indivíduos sem depressão. Desta forma, pessoas com depressão fazem menos uso de estratégias que envolvam a resolução de problemas ou a reavaliação, estratégias consideradas adaptativas visto reduzirem o afeto negativo e a excitação fisiológica (Hermann et al., 2017). Além disso, sujeitos com depressão tendem a utilizar mais frequentemente estratégias desadaptativas que visam a evitação das emoções negativas, levando consequentemente ao aumento da excitação

fisiológica e da carga cognitiva, como é o caso da supressão. Deste modo, a gravidade dos sintomas depressivos aumenta. Por outro lado, a distração, que, por vezes, pode ser considerada uma estratégia de evitação adaptativa visto atenuar momentaneamente a experiência psicológica e fisiológica das emoções negativas, é menos utilizada por indivíduos com depressão (Hilt & Pollak, 2012). Além disso, estes indivíduos fazem um maior uso da ruminação e da catastrofização, também consideradas estratégias desadaptativas, aumentando a gravidade da sintomatologia depressiva (Garnefski et al., 2004).

Até à data, o estado da arte sugeriu que a relação entre a baixa autoestima e a depressão é, não só, influenciada por crenças disfuncionais, como também, por estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a ruminação e a autoculpabilização (Moroz & Dunkley, 2015; Sova & Roberts, 2018). Deste modo, é possível supor que a autoestima pode ter uma relação tanto com os sintomas depressivos como com as estratégias de regulação emocional; contudo, o papel da autoestima em relação às diferentes estratégias e aos sintomas depressivos permanece maioritariamente com falta de investigação. Assim, é importante entender a relação entre a autoestima e a regulação emocional para compreender o seu impacto no desenvolvimento e/ou manutenção da depressão.

Nezlek e Kuppens (2008) analisaram a regulação emocional no dia-a-dia de um conjunto de indivíduos e descobriram que a reavaliação e a supressão estavam relacionadas à autoestima e ao ajustamento psicológico. Ademais, seguindo a classificação de estratégias de regulação emocional de Garnefski et al. (2004), sugere-se que estratégias de regulação adaptativas (como a reorientação positiva, a reavaliação positiva, a reorientação para o planeamento, a colocação em perspetiva e aceitação) estão associadas a uma diminuição nos níveis de depressão e a um aumento na autoestima, enquanto que estratégias desadaptativas (como a ruminação, a autoculpabilização, a culpabilização dos outros e a catastrofização) estão associadas a um aumento nos níveis de depressão e a uma diminuição na autoestima. Deste modo, salienta-se a importância do papel mediador da autoestima na relação entre as estratégias de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, assim como, o papel mediador das estratégias de regulação emocional na relação entre a autoestima e a sintomatologia depressiva.

Estas evidências vão de acordo com a maioria dos resultados obtidos nos estudos desta RSL. Contudo, apesar de ter sido verificada a importância da relação entre a autoestima e as diferentes estratégias de regulação emocional no desenvolvimento e/ou manutenção da sintomatologia depressiva, ainda há incongruências acerca do papel e do

impacto destas variáveis, sendo que alguns autores ainda afirmam que é a gravidade dos sintomas depressivos que influencia diretamente e significativamente a manutenção da baixa autoestima, através da ativação de processos cognitivos desadaptativos, vendo, desta forma, a baixa autoestima e a desregulação emocional como uma consequência da depressão.

Limitações

Esta RSL apresenta algumas limitações, muitas delas decorrentes da própria complexidade e interligação dos fenómenos ou constructos avaliados, o que dificulta a obtenção de resultados e de conclusões claras. Deste modo, destaca-se, em primeiro lugar, a alta frequência de comorbilidades entre a depressão e outras perturbações mentais, o que cria particular exigência na avaliação das relações entre a perturbação depressiva e as outras variáveis estudadas, sem a possibilidade de haver interferências de outras perturbações ou sintomas (e.g., perturbações de ansiedade, abuso de substâncias, etc.). Além disso, salienta-se a falta de clarificação de vários fenómenos distintos, visto diversos autores acabarem por descrever de maneira semelhante construtos diferentes, como no caso da autoestima e da autocompaixão, dificultando a obtenção de resultados claros e rigorosos. Ademais, os fatores sociais, como a vivência de experiências de vida adversas, o grupo social em que se está inserido e o meio familiar, acabam por ter uma influência notória no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional, assim como, na autoestima, algo que não foi possível explorar ou apurar na presente RSL.

Por último, enfatiza-se também como limitação, a interligação entre a autoestima e a regulação emocional, e a dificuldade em entender de forma clara a relação entre elas, o que implicou alguma cautela na elaboração de conclusões rigorosas. Desta forma, é sugerida uma expansão na investigação nesta área, de modo a clarificar a relação entre os diversos construtos abordados e a obter resultados mais precisos.

Considerações finais

A principal conclusão que se destaca, e dando resposta à questão de investigação, é o facto da utilização de estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a supressão emocional, perante estímulos emocionais negativos, levar a uma diminuição da autoestima, e, por sua vez, a um agravamento dos sintomas depressivos, enquanto a utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas, como a reavaliação cognitiva, moderar os níveis de autoestima, levando, consequentemente, a níveis mais

baixos de depressão. Por outro lado, a autoestima acaba também por mediar os efeitos das diferentes estratégias de regulação emocional (e.g., diminuindo os níveis de autoculpabilização) e, por sua vez, a depressão. Deste modo, a maioria dos autores afirma haver uma interligação entre os níveis de autoestima, a sintomatologia depressiva e as estratégias de regulação emocional utilizadas, sendo a baixa autoestima significativamente correlacionada com diversos fatores de desregulação emocional e maiores níveis de depressão, e a autoestima elevada com uma melhor consciência, gestão e regulação emocional, assim como, um maior bem-estar e menores níveis de depressão. Desta forma, e de um modo geral, sugere-se que diferentes estratégias cognitivas de regulação emocional e níveis de autoestima podem ter um papel influente na gravidade da sintomatologia depressiva.

Assim, a presente investigação proporciona um melhor entendimento e compreensão, não só acerca dos conceitos de autoestima e de regulação emocional, como também, do seu impacto nas perturbações depressivas em adultos. Deste modo, os dados e as conclusões retiradas desta RSL poderão ajudar a desenvolver investigações mais aprofundadas, visando uma maior compreensão acerca destas relações, o que poderá ajudar a delinear intervenções mais rigorosas com foco na prevenção da sintomatologia depressiva.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais* (5.º ed). Climepsi Editores. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for undertaking a systematic review. *Acta Medica Portuguesa, 32*(3), 227–235. https://doi.org/10.20344/amp.11923

Fancourt, D., & Ali, H. (2019). Differential use of emotion regulation strategies when engaging in artistic creative activities amongst those with and without depression. *Scientific Reports, 9*(1), 1–9. https://doi.org/10.1038/s41598-019-46138-3

Fasciano, L. C., Dale, L. P., Shaikh, S. K., Little Hodge, A. L., Gracia, B., Majdick, J. M., Holder, A. Y., & Ford, J. D. (2021). Relationship of childhood maltreatment, exercise, and emotion regulation to self-esteem, PTSD, and depression symptoms among college students. *Journal of American College Health, 69*(6), 653–659. https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1705837

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36*(2), 267–76. https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00083-7

Giangrasso, B., Casale, S., Fioravanti, G., Flett, G. L., & Nepon, T. (2022). Mattering and Anti-Mattering in Emotion Regulation and Life Satisfaction: A Mediational Analysis of Stress and Distress During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychoeducational Assessment, 40*(1), 125–141. https://doi.org/10.1177/07342829211056725

Gross, J. J. (Ed.) (2024). *The Handbook of Emotion Regulation* (3rd ed.). Guilford Press

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. & McRae, K. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1–9. https://doi.org/10.1037/emo0000703

Hermann A., Kress L., & Stark R. (2017). Neural correlates of immediate and prolonged effects of cognitive reappraisal and distraction on emotional experience. *Brain Imaging and Behavior, 11*(5), 1227-1237. https://doi.org/10.1007/s11682-016-9603-9.

Hilt, L. M., & Pollak, S. D. (2012). Getting out of rumination: comparison of three brief interventions in a sample of youth. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(7), 1157–1165. https://doi.org/10.1007/s10802-012-9638-3

Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal Tools.* JBI. https://jbi.global/critical-appraisal-tools

Khosravi, M., & Hassani, F. (2022). From emotional intelligence to suicidality: a mediation analysis in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03891-6

Kresznerits, S., Rózsa, S., & Perczel-Forintos, D. (2022). A transdiagnostic model of low self-esteem: Pathway analysis in a heterogeneous clinical sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 50*(2), 171–186. https://doi.org/10.1017/S1352465821000485

Kruzan, K. P., Muehlenkamp, J. J., & Claes, L. (2022). Identity, self-blame, and body regard in NSSI: A test of moderated-mediation. *Comprehensive Psychiatry, 116*, 1–18. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2022.152322

Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology 32*, 1–62. https://doi.org/10.1016/s0065-2601(00)80003-9

Li, C., Fu, P., Wang, M., Xia, Y., Hu, C., Liu, M., Zhang, H., Sheng, X., & Yang, Y. (2023). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model. *BMC Psychiatry, 23*(241). https://doi.org/10.1186/s12888-023-04719-7

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G., & The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine, 6*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences, 87*, 174–179. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.044

Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality, 76*(3), 561–580. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00496.x

Obeid, S., Haddad, C., Zakhour, M., Fares, K., Akel, M., Salameh, P., & Hallit, S. (2019). Correlates of self-esteem among the Lebanese population: A cross-sectional study. *Psychiatria Danubina, 31*(4), 429–439. https://doi.org/10.24869/psyd.2019.429

Ozakar A. S., Oztas G., Karadere M. E., & Yazla A. E. (2021). Childhood trauma and its relationship with suicide probability and Self-Esteem: A case study in a university in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care, 58*(4), 1839–1846. https://doi.org/10.1111/ppc.12997

Page, M. J., Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Koffel, J. B., Blunt, H., Brigham, T., Chang, S., Clark, J., Conway, A., Couban, R., De Kock, S., Farrah, K., Fehrmann, P., Foster, M., Fowler, S. A., Glanville, J., … Young, S. (2021). PRISMA-S: An extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Journal of the Medical Library Association, 109*(2), 174–200. https://doi.org/10.5195/jmla.2021.962

Preece, D., Ditzer, J., & Gross, J. (2025, February 19). Emotion Regulation. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Retrieved 27 May. 2025, from https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-923.

Skokou, M., Sakellaropoulos, G., Zairi, N. A., Gourzis, P., & Andreopoulou, O. (2021). An Exploratory Study of Trait Emotional Intelligence and Mental Health in Freshmen Greek Medical Students. *Current Psychology, 40*(12), 6057–6066. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00535-z

Sova, C. C., & Roberts, J. E. (2018). Testing the cognitive catalyst model of rumination with explicit and implicit cognitive content. Journal of Behavior *Therapy and Experimental Psychiatry, 59*, 115–120. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.01.002

von Klipstein, L., Servaas, M. N., Schoevers, R. A., van der Veen, D. C., & Riese, H. (2023). Integrating personalized experience sampling in psychotherapy: A case illustration of the Therap-i module. *Heliyon, 9*(3). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14507

Wirkner, J., & Brakemeier, E. L. (2024). The crisis is over, long live the crisis: mental health in emerging adulthood during the course of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology, 15*, 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1283919

World Health Organization. (2022, March 2). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. World Health Organization; World Health Organization. https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide

World Health Organization. (2023, March 31). *Depressive disorder (depression)*. World Health Organisation; World Health Organisation. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Wu, Q., Chen, C., Liang, Y., Zhou, N., Cao, H., Du, H., Lin, X., & Chi, P. (2020). Not Only the Forest and Trees but Also the Ground They Are Rooted in: Identifying Profiles of Self-Compassion from the Perspective of Dialecticism. *Mindfulness, 11*(8), 1967–1977. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01406-6

Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2020). Is self esteem mediating the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression? *Current Psychology, 39*(1), 220–228. https://doi.org/10.1007/s12144-017-9755-9

Capítulo 7

Relação entre maus-tratos infantis e estratégias de regulação emocional em adultos: Revisão sistemática da literatura

Ana Morais[1], Ludovina Ramos[1,2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] CIDESD - Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora (CIEP-UE), Portugal

Autor Correspondente: Ana Morais **E-mail:** annaclaudiaacpm@gmail.com

Resumo: Os maus-tratos infantis afetam diversas áreas da vida de uma criança, assim como impactam o seu desenvolvimento normativo. A presente revisão sistemática da literatura tem como objetivo compreender a relação entre maus-tratos infantis e as estratégias de regulação emocional em adultos. Maus-tratos infantis caracterizam-se por qualquer ação ou omissão, por parte de um cuidador responsável pela criança, em prestar os cuidados necessários e que comprometa o desenvolvimento normativo infantil. A regulação emocional pode ser definida pela tentativa de as pessoas influenciarem o momento em que determinada emoção ocorre, através de estratégias de regulação emocional, tais como a reavaliação cognitiva e a supressão. Para conduzir a revisão, utilizou-se o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses*). Aa bases de dados utilizadas foram a *Scopus*, *PubMed* e *Web of Science*, com um intervalo temporal 2019 - 2024. No total foram incluídos 12 artigos científicos. Em termos gerais, os resultados suportam a existência de uma associação positiva entre maus-tratos infantis e adoção de estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a supressão e a ruminação. Além disto, os maus-tratos infantis foram também associados a maiores dificuldades de regulação emocional e menor uso de estratégias adaptativas, como a reavaliação cognitiva. Salienta-se ainda a importância do papel dos cuidadores no desenvolvimento emocional das crianças.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Regulação Emocional; Estratégias de Regulação Emocional; Estratégias Adaptativas; Estratégias Desadaptativas.

Introdução

Atualmente é consensual, e à luz daquilo que a investigação nos tem mostrado, que o nosso bem-estar está relacionado com as nossas emoções (Gross, 2024) e, neste sentido, muitos investigadores direcionam os seus esforços e preocupações para a tentativa de reduzir a experiência de emoções negativas, assim como o aumento das positivas, através do controlo comportamental e/ou mental (Gross, 1998).

Neste enquadramento, a regulação emocional detém um papel fundamental, uma vez que esta se refere à tentativa de influenciar emoções em nós próprios e nos outros (McRae & Gross, 2020), quando e como as expressamos, para que melhor sirvam os nossos objetivos (Gross, 2024). Em termos gerais, regulação emocional consiste nos processos ou estratégias cognitivas e comportamentais de forma a gerir as respostas emocionais a uma experiência externa ou interna (Gruhn et al., 2020; Snow et al., 2022).

No que concerne às estratégias de regulação emocional, estas podem ser agrupadas em adaptativas e maladaptativas, sendo que as primeiras estão associadas a benefícios a nível da saúde mental (Snow et al., 2022). Entre elas, destacam-se a reavaliação cognitiva (McRae & Gross, 2020; Snow et al., 2022; Wooten et al., 2022),
que diz respeito à reinterpretação da situação que se está a viver (Gross, 2024; McRae & Gross, 2020; Snow et al., 2022; Wooten et al., 2022); e a aceitação (Snow et al., 2022; Wooten et al., 2022), que tem como objetivo aceitar as emoções sentidas sem qualquer tipo de julgamento subentendido (McRae & Gross, 2020; Snow et al., 2022; Wooten et al., 2022).

Em contraste, as estratégias de regulação desadaptativas apresentam um impacto negativo na saúde mental (Snow et al., 2022) e estão associadas a vários comportamentos de risco. Destacam-se como estratégias desadaptativas a supressão, a ruminação e o evitamento (D'Agostino et al., 2017; Snow et al., 2022). Na supressão, o indivíduo tenta inibir ou esconder a expressão emocional que sente internamente (Gross, 2024; McRae & Gross, 2020; Snow et al., 2022). A ruminação é uma estratégia que tem por base o foco ou atenção repetitiva nas emoções experienciadas, em específico o que as causou e quais as consequências das mesmas (McRae & Gross, 2020). E, por fim, o evitamento tende a ocorrer em situações ou ambientes onde o reforço negativo e punitivo é superior ao positivo e o indivíduo procura evitar tais situações (McRae & Gross, 2020).

Quanto aos maus-tratos infantis, estes exercem uma influência em diversas facetas da vida da criança, podendo afetar ou perturbar a mesma ao nível do seu desenvolvimento físico, social e emocional (Snow et al., 2022). A Organização Mundial da Saúde, em 1999, definiu cinco subtipos de maus-tratos infantis incluindo o abuso físico, o abuso sexual infantil, a negligência ou tratamento negligente, o abuso emocional e a exploração comercial ou outra, quando a criança está sob o controlo de um pai/mãe ou pessoa em posição de responsabilidade, poder ou confiança (Simkiss, 2004).

A relação entre experiências de trauma precoce e saúde mental adulta, em certa parte, é influenciada pela regulação emocional (Snow et al., 2022), pelo que os maus tratos infantis estão associados a uma fraca capacidade de regulação emocional, conduzindo a resultados negativos na saúde mental (Gruhn et al., 2020). Os jovens podem, não só, não conseguir adquirir estratégias de regulação adaptativas, como a aceitação e reavaliação cognitiva (Snow et al., 2022), mas também aprender estratégias desadaptativas como o evitamento e a negação (Gruhn et al., 2020).

Posto isto, é crucial perceber e investigar de que maneira estas experiências stressantes e as respostas associadas, podem relacionar-se com o desenvolvimento da criança ao longo do tempo (Gruhn et al., 2020). Assim, o presente estudo pretende compreender que tipo de estratégias de regulação emocional adotaram e utilizam na sua vida os adultos que sofreram de maus-tratos infantis.

Métodos

Este estudo caracteriza-se por uma revisão sistemática da literatura que se define como um contributo para a clarificação de um problema, através de uma síntese de diversos resultados de investigação atualizados, sobre um determinado tópico e que se rege por critérios e orientações delimitadas e rigorosas que permitem identificar, selecionar e avaliar minuciosamente a literatura (Camilo & Garrido, 2019).

Uma vez que a revisão sistemática da literatura segue diretrizes rigorosas, foi adaptado o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA 2020), protocolo este que foi pensado para estudos de revisão sistemática da literatura. Esta metodologia comporta uma *checklist* e um *flow diagram* que ajudam a conduzir este tipo de estudos. A *checklist* comporta 27 itens que devem ser cumpridos e o *flow diagram* tem como função reportar os resultados das pesquisas e o processo de seleção dos estudos a aplicar na revisão sistemática da literatura (Camilo & Garrido, 2019; Page et al., 2021).

Questão de Investigação

Para desenvolver a questão de investigação foi utilizado o método SPIDER que destaca cinco etapas: a amostra, o fenómeno de interesse, o design dos estudos, a avaliação e o tipo de pesquisa (Camilo & Garrido, 2021).

Tabela 1 - Questão de Investigação Segundo o Método SPIDER

S – Sample	*Indivíduos maiores de 18 anos*
PI – Phenomen Of Interest	A relação entre maus-tratos infantis e as estratégias de regulação emocional em adultos
D – Design	Estudos experimentais, quasi-experimentais, correlacionais
E – Evaluation	As estratégias de regulação emocional em adultos vítimas de maus-tratos infantis
R – Research Type	Estudos quantitativos, qualitativos e mistos

Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão, ou seja, condições que deve cumprir para pertencer aos estudos a analisar, foram definidos os seguintes: estudos que explorem a temática de maus-tratos infantis e estratégias de regulação emocional; estudos que explorem as estratégias de regulação emocional em adultos vítimas de maus-tratos; estudos que incluam participantes maiores de 18 anos; artigos científicos já publicados e disponíveis nas bases de dados em formato digital; estudos quantitativos, mistos ou qualitativos; artigos divulgados em português e/ou inglês publicados entre 2019 e 2024.

Quanto aos critérios de exclusão, ou seja, condições que quando verificadas determinam a eliminação do estudo, apurou-se que seriam todos aqueles que não correspondessem aos critérios de inclusão supramencionados.

Localização dos Estudos

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *PubMed*, *Scopus* e *Web of Science*, sendo estas ferramentas fiáveis e seguras para conduzir a revisão sistemática da literatura. A pesquisa dirigida tinha como objetivo explorar os termos "maus-tratos infantis", "estratégias de regulação emocional" e "estratégias de regulação emocional em adultos vítimas de maus-tratos". Posto isto, foram empregues operadores boleanos, nomeadamente "*AND*", "*OR*", ("") e (*).

Sendo assim, a frase boleana é: ("emot* regulat*" OR "emoti* regulation strategies") AND Adult* AND ("child* maltreatment" OR "child* abuse")

Seleção dos Estudos

Após efetuada a pesquisa e averiguada a literatura disponível, foi realizado um registo com as informações das diferentes bases de dados e respetivos resultados no fluxograma do PRISMA (Figura 1).

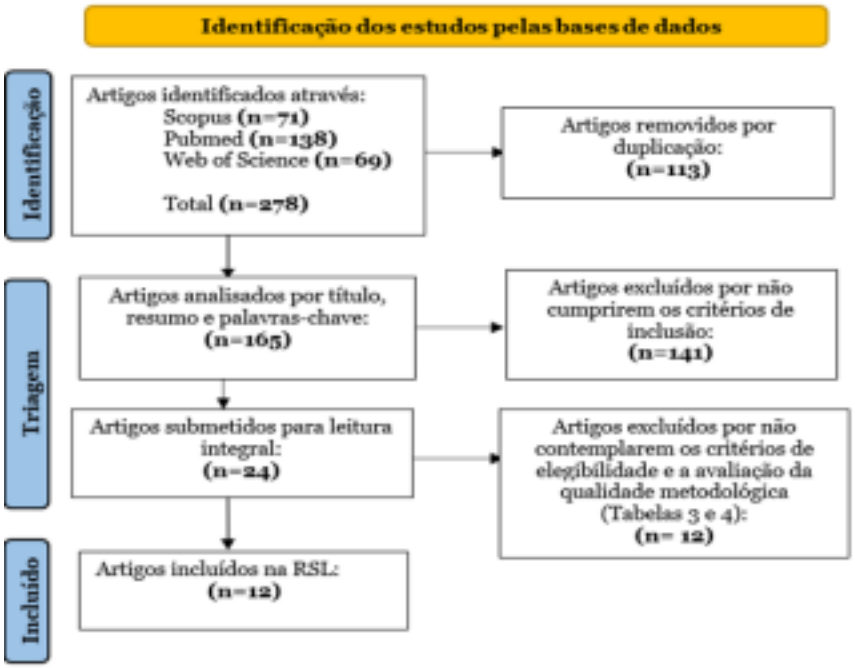


Figura 1 – Fluxograma da Identificação dos Estudos para a Revisão Sistemática da Literatura - PRISMA 2020 *Flow Diagram*

Finalizada a pesquisa nas diferentes bases de dados, foi obtido um total de 278 artigos. Desse universo foram removidos 113 por duplicação, sendo analisados por título, resumo e palavras-chave 165 artigos. Após essa análise foram excluídos 141 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão estipulados anteriormente. Assim, para leitura integral, foram avaliados 24 artigos, onde 9 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade e, consequentemente, não darem resposta à questão de investigação. Além disso, 2 artigos foram excluídos por não ser possível ter acesso, apesar de se ter tentado através do serviço de empréstimos da Biblioteca da nossa Instituição.

Finalmente, foi ainda excluído 1 artigo por apresentar uma qualidade metodológica baixa. Assim, foram incluídos 12 artigos na revisão sistemática da literatura.

Resultados

Para facilitar a extração dos dados, criou-se uma tabela para cada artigo incluído de forma a identificar o mesmo através do título e referência. As tabelas contêm informação sobre os instrumentos utilizados e os principais resultados apurados.

Tabela 2 - Artigo 1: *Addressing the Complex Links between Psychopathy and Childhood Maltreatment, Emotion Regulation, and Aggression — A Network Analysis in Adults* – (Moreira et al., 2024)

Instrumentos	*Triarchic Psychopathy Measure* (TriPM); *Adversity History in Childhood Questionnaire* (AC *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ); *Difficulties in Emotional Regulation Sc* (DERS); *Impulsive and Premeditated Aggression Scale* (IPAS).
Resultados	- A desinibição correlacionada com abusos emocionais, físicos e sexuais. Relacionou-se também com dificulda de regulação emocional, em concreto, o controlo de impulsos e a falta de consciência emocional. A desinibi foi ainda associada à agressividade reativa. - A maldade foi associada ao abuso sexual e à negligência física. Estava também relacionada com dificuldades emocionais. - A audácia relacionou-se apenas com o abuso físico. Na audácia, verificou-se menores dificuldades de regulação emocional, apresentando um maior acesso a estratégias de regulação emocional.

Tabela 3 – Artigo 2: *Childhood attachment security mediates the effect of childhood maltreatment chronicity on emotion regulation patterns in emerging adulthood* – (Warmingham et al., 2023)

Instrumentos	Na primeira vaga foram utilizados: *Maltreatment Classification System* (MCS); *Emotion Regulation Checklist*(ERC); *Security Scale.* Na segunda vaga foram utilizados: *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS); *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ); *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS-X).
Resultados	- Maus-tratos na infância foram associados a uma vinculação menos segura na infância e a desregulação emocional. - Maior segurança de vinculação previu regulação emocional adaptativa na idade adulta. - As dificuldades de regulação comportamental e emocional na infância predispõem o desenvolvimento de estratégias menos adaptativas na idade adulta. - Maior segurança de vinculação na infância permite ter acesso a informação sobre as emoções. Por outro la maior insegurança de vinculação aumenta a probabilidade de os jovens adultos terem um acesso mais limitad estratégias eficazes para lidar com emoções fortes.

Tabela 4 – Artigo 3: *Distinct emotion regulation skills explain psychopathology and problems in social relationships following childhood emotional abuse and neglect* – (Berzenski, 2019)

Instrumentos	*Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (CTQ-SF); *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS *Brief Symptom Inventory* (BSI); *Resilience Scale for Adults.*

Resultados	- O abuso emocional infantil foi significativamente associado ao aumento de dificuldades de regulação emociona ao aumento de psicopatologia e tem também efeito na capacidade de responder de forma adaptativa. - Identificou se uma associação entre negligência emocional infantil e problemas de regulação emocional. - Dificuldades de regulação emocional focadas na resposta devido ao acesso limitado de estratégias de regulação emocional. - A negligência emocional infantil teve um efeito indireto significativo no aumento de problemas nas relações sociais, através de dificuldades de regulação emocional.

Tabela 5 – Artigo 4: *Does childhood maltreatment make us more morally disengaged? The indirect effect of expressive suppression* – (Maftei & Nitu, 2024)

Instrumentos	*Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (CTQ); *Moral Disengagement Scale* (MDS); *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ).
Resultados	- A desvinculação moral estava positivamente associado ao abuso físico, abuso sexual e à supressão expressiv - As estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a supressão expressiva, estavam positivamente ligadas aos maus-tratos infantis e desvinculação moral. - Confirma-se um impacto significativo das estratégias de regulação desadaptativas, como a supressão expressiva, na relação entre o abuso infantil e posteriores cognições e comportamentos negativos. - Os abusos emocionais e sexuais estavam positivamente ligados à supressão expressiva.

Tabela 6 – Artigo 5: *Emotion Regulation and Mental Health among Men with Childhood Sexual Abuse Histories* – (Snow et al., 2022)

Instrumentos	*Sexual Victimization Survey* (SVS); *Achenbach System of Empirically Based Assessment – Adult Self-Report* (ASR); *Semi-Structured Emotion Regulation Interview* (SERI).
Resultados	- Uso mais frequente de estratégias desadaptativas do que adaptativas. - A supressão expressiva foi a estratégia usada com mais ocorrência. - As estratégias menos utilizadas foram a procura de apoio social, a aceitação e a reavaliação cognitiva. - Os participantes classificaram as estratégias desadaptativas como mais eficazes. - O maior uso de estratégias de regulação emocional desadaptativas foi associado a maiores dificuldades de internalização e externalização. - As estratégias adaptativas previram menores dificuldades na saúde mental, ao contrário das estratégias desadaptativas.

Tabela 7 – Artigo 6: *Emotion regulation deficits mediate childhood sexual abuse effects on stress sensitization and depression outcomes* – (Yaroslavsky et al., 2022)

Instrumentos	*Center for Epidemiological Depression Scale* (CES-D); *Perceived Stress Scale* (PSS); *Feelings and Me* (FAM); *Ecological Momentary Assessment* (EMA).
Resultados	- Sujeitos que sofreram de abuso sexual infantil apresentaram níveis mais altos de sintomas depressivos, ma sensibilidade ao stress, maior uso de estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a ruminaç e evitação, e menos uso de adaptativas, como a reavaliação cognitiva. - Estratégias desadaptativas aumentam os sintomas depressivos e o afeto negativo em resposta ao stress, por outro lado, as estratégias adaptativas reduzem os sintomas depressivos e preservam o afeto positivo. - Histórico de abuso sexual infantil tem um efeito negativo na capacidade de regular emoções, o que aumenta a sensibilização ao stress e os sintomas depressivos.

Tabela 8 – Artigo 7: *Emotional Dysregulation among Young Adults: Relationship with Childhood Emotional Abuse* – (Ali & Yousaf, 2022)

Instrumentos	*Comprehensive Child Maltreatment Scale* (CCMS); *Difficulties in Emotional Dysregulation Scale* (DERS).

Resultados	- Verificou-se uma relação positiva entre o abuso emocional na infância e a desregulação emocional. - Os primogénitos apresentaram uma desregulação emocional significativa comparando com os filhos do meio e o último filho. - Os primogénitos têm mais dificuldades de regulação emocional, do que os filhos do meio e o último filho.

Tabela 9 – Artigo 8: *Impact of Childhood Maltreatment on Cognitive Function and Its Relationship With Emotion Regulation in Young Adults* – (Kim et al., 2024)

Instrumentos	*Wechsler Adult Intelligence Scale – IV* (WAIS-IV); *Central Nervous System Vital Signs* (CNS-VS); *Early Trau Inventory Self Report – Short Form* (ETISR-SF); *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CE D); *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS); *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CER *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI).
Resultados	- Os valores do raciocínio percetivo, a memória de trabalho, a velocidade de processamento, a velocida psicomotora, o tempo de reação, a flexibilidade cognitiva, a função executiva, a atenção sustentada e velocidade motora são mais baixos no grupo de maus-tratos. - O grupo de maus-tratos exibiu significativamente mais sintomas depressivos, dificuldades na regulação emocional e maior dependência de estratégias inadequadas de regulação emocional.

Tabela 10 – Artigo 9: *Link between History of Childhood Maltreatment and Emotion Dysregulation in Adults Suffering from Attention Deficit/Hyperactivity Disorder or Borderline Personality Disorder* – (Rüfenacht et al., 2021)

Instrumentos	*Emotion Reactivity Scale* (ERS); *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire* (CERQ); *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ); *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ).
Resultados	- Os grupos com PHDA, PPB e PPB+PHDA apresentaram, significativamente, maior desregulação emocional que o grupo de controlo. - Os grupos com PPB e PPB+PHDA utilizaram com maior frequência estratégias emocionais desadaptativas que o grupo de controlo. - Em toda a amostra, as estratégias desadaptativas foram, significativamente, associadas aos maus-tratos infantis e vítimas de maus-tratos tendem a utilizar mais estratégias desadaptativas do que adaptativas. - As quatro subescalas de estratégias desadaptativas (autoculpabilização, ruminação, culpabilização dos outros e catastrofização) estavam significativamente associadas a maus-tratos infantis. - De entre as estratégias adaptativas, a aceitação foi significativamente associada aos maus-tratos infantis. - O maus-tratos infantis, previram pontuações mais elevadas para os estilos de vinculação inseguros. - Os maus-tratos na infância têm impacto na desregulação emocional.

Tabela 11 – Artigo 10: *Patterns of childhood maltreatment predict emotion processing and regulation in emerging adulthood* – (Warmingham et al., 2023)

Instrumentos	Na primeira vaga: *Maltreatment Classification System* (MCS). Na segunda vaga: *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS); *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ); *Positive and Negative Affect Scale – Expanded Form* (PANAS-X).
Resultados	- Baixo distress foi associado a níveis mais elevados de emoções positivas e maior distress, ligado a mais emoções negativas e menos emoções positivas. - Os adultos maltratados tinham menores probabilidades de apresentar consciência das emoções e menor uso da reavaliação para lidar com emoções fortes. - Múltiplos subtipos de maus-tratos aumentam o risco de regulação emocional desadaptativa, de os adultos se terem dificuldades de regulação emocional baixa perceção e baixas emoções positivas.

Tabela 12 – Artigo 11: *The impact of childhood maltreatment on adaptive emotion regulation strategies* – (Wooten et al., 2022)

Instrumentos	*Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ); *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness; Beck Depression Inventory* (BDI); *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI).
Resultados	- Indivíduos com histórico de abuso infantil mostraram maior intensidade emocional perante imagens positiv e processaram emoções positivas de forma mais intensa. Em todos os ensaios, as imagens positiv receberam classificações mais extremas do que as imagens negativas. - A reavaliação foi a estratégia mais eficaz para regular emoções positivas e negativas e demonstrou maior eficácia na diminuição da intensidade emocional, comparando com a aceitação e o grupo sem instrução. - A aceitação demonstrou-se eficaz nos diferentes níveis de severidade de abuso ao lidar com emoções negativas. A reavaliação demonstrou ser mais eficaz do que a aceitação no impacto das emoções. - Os ensaios sem instrução tiveram classificações mais elevadas, relatando emoções mais intensas. - Em níve mais elevados de gravidade de abuso, tanto reavaliação como a aceitação demonstraram ser eficazes.

Tabela 13 – Artigo 12: *The role of maternal child maltreatment history and unsupportive emotion socialization in the intergenerational transmission of emotion regulation difficulties* – (Cabecinha et al., 2022)

Instrumentos	*Early Trauma Inventory Self-Report – Short Form* (ETISR-SF); *IPSCAN Child Abuse Screening Too Retrospective Version* (ICAST-R); *Revised Conflit Tactics Scale* (CTS2); *Cumulative Child Maltreatme Coping with Children's Negative Emotions Scale – Adolescents' Perceptions Version* (CCNES-AP); *Difficult in Emotion Regulation Scale – Brief Version* (DERS-18).
Resultados	- Em contextos de elevadas dificuldades de regulação emocional, as mães que experienciaram mais tipos de maus tratos infantis, eram mais propensas a apresentar comportamentos ausentes de apoio para com as filhos. Os comportamentos carentes de apoio das mães durante a adolescência, foram associadas a maiores dificuldades de regulação emocional em jovens adultos. - O efeito indireto dos maus-tratos infantis maternos sobre as dificuldades de regulação emocional dos jovens apenas foi significativo em mães com dificuldades de regulação emocional elevadas. - Dificuldades maternas de controlo de impulsos foi a dimensão que se correlacionou mais fortemente com os comportamentos carentes de apoio.

Discussão

Indo ao encontro dos resultados, vários estudos apontam para que as crianças que experienciam situações adversas tendem a desenvolver uma vinculação menos segura na infância com os seus cuidadores (Dvir et al., 2014). Além disto, a desregulação emocional é consequência deste tipo de vinculação, uma vez que as interações iniciais entre pais e filhos são determinantes para o desenvolvimento do funcionamento emocional da criança (Rowell & Neal-Barnett, 2022). Sendo assim, uma vinculação segura permite uma interação sensível e incentiva a expressão livre das emoções da criança, permitindo maior consciência emocional e capacidade para lidar com emoções negativas (Brumariu, 2015).

A literatura encontrada vai ao encontro dos resultados apurados de que existe uma clara associação entre maus-tratos na infância e o desenvolvimento de depressão na vida adulta (Lee et al., 2019). Além disso, vítimas de maus-tratos, têm maior tendência a utilizar estratégias desadaptativas (Heleniak et al., 2016), como é o caso da supressão (Hoffman et al., 2023), da ruminação (Heleniak et al., 2016) e do evitamento (Gruhn & Compas, 2020) para lidar com as suas emoções. Consequentemente, fazem menor

uso de estratégias adaptativas (Lee et al., 2019), como é o caso da reavaliação (Liu et al., 2024), assim como apresentam menor consciência e claridade emocional (Lee et al., 2019).

O estudo de Hoffman et al. (2023) suporta os achados nos resultados, sugerindo que os adultos vítimas de maus-tratos infantis experienciarem baixas emoções positivas pode estar relacionado com o uso de supressão expressiva, uma vez que os indivíduos podem avaliar as suas emoções positivas como inaceitáveis ou não merecedores das mesmas, tentando assim suprimi-las.

Indo ao encontro dos resultados obtidos, Delaney-Black et al. (2002) afirmam haver um relação entre os maus-tratos infantis e o QI da criança, nomeadamente, a exposição à violência poder inibir o funcionamento intelectual da mesma. Além disto, e de acordo com os resultados apurados, existe uma associação entre maus-tratos infantis e baixa flexibilidade cognitiva (Spann et al., 2012), baixa função executiva (Mothes et al., 2015; Spann et al., 2012), diminuição da velocidade de processamento visual (Mothes et al., 2015), baixa função cognitiva e pior memória de trabalho (Roberts et al., 2022).

Segundo Zhang et al. (2024), a ruminação e o evitamento são utilizados assiduamente por vítimas de maus-tratos e Liu et al. (2024) descobriram que as vítimas utilizam com maior frequência a supressão expressiva. Isto pode dever-se à tentativa de evitar ou suprimir fatores stressantes e emoções indesejadas (Gruhn & Compas, 2020). McLafferty et al. (2020) distinguem o uso de supressão entre homens e mulheres e isto pode dever-se às barreiras que os homens sentem em revelar este tipo de abuso, nomeadamente, as normas culturais sobre a masculinidade (por exemplo, medo de serem rotulados como homossexuais) que acabam por desencorajar a partilha destas experiências (Easton et al., 2014).

De acordo com a literatura, o abuso físico foi associado à desvinculação moral (Lu et al., 2024), assim como ao abuso sexual (D'Urso et al., 2019). Quanto ao abuso emocional e supressão expressiva, confirmou-se esta ligação e um efeito indireto no desenvolvimento de psicopatologia depressiva, possivelmente por as crianças e adolescentes serem dependentes dos seus cuidadores, o que pode fazer com que estes suprimam emoções negativas com receio do abandono dos progenitores (Zhou & Zhen, 2022).

Diversos autores confirmam que o abuso emocional está associado a dificuldades de regulação emocional, assim como, desregulação emocional (Racine & Wildes, 2015). Acresce que o abuso emocional estava associado à saúde mental de forma negativa (Korolevskaia & Yampolskaya, 2023), pelo que se verificou consequências

pejorativas, como o surgimento de psicopatologia, tal como sintomas depressivos (Zhou & Zhen, 2022) e sintomas de Anorexia Nervosa (Racine & Wildes, 2015).

Back et al. (2020), corroboram que a desinibição é causada principalmente pelo abuso físico e sexual, assim como o abuso emocional (Moreira et al., 2024). Além destes resultados, a maldade foi associada ao abuso sexual e à negligência física, assim como a audácia foi relacionada ao abuso físico e ambas as descobertas vão ao encontro do estudo de Moreira et al. (2024), que comprova os resultados obtidos.

Quanto à negligência emocional, Salzmann et al. (2022), afirmam que este tipo de abuso aumenta as dificuldades de relacionamento interpessoal. Isto pode explicar-se devido às crianças negligenciadas não conseguirem dar resposta às demonstrações emocionais de outros e terem baixos níveis de consciência emocional pois, estas crianças exibem um elevado grau de alexitimia (Aust et al., 2013). Posto isto, a negligência emocional associa-se a dificuldades de regulação emocional (Aust et al., 2013).

Segundo O'Leary e Gould (2010), crianças que foram vítimas de abuso tendem a fazer maior uso de supressão e negação o que acaba por impactar negativamente a saúde mental. Além disso, estas estratégias foram também associadas a comportamento pejorativos como o abuso de substâncias (O'Leary & Gould, 2010), a automutilação e comportamentos suicidas (McLafferty et al., 2020). Por outro lado, alguns autores verificaram que o uso de estratégias adaptativas, como é o caso da reavaliação cognitiva, foram associadas a menores problemas e sofrimento psicológico, e maior bem-estar (McLafferty et al., 2020).

Nos resultados, observou-se uma maior intensidade emocional em imagens positivas do que negativas, em indivíduos com histórico de abuso. Wooten et al. (2024) suportam esta hipótese, uma vez que estas pessoas apresentam muitas vezes dificuldades em regular emoções positivas, podendo levar a respostas emocionais mais intensas e, pode também dever-se a uma tentativa de compensar as experiências traumáticas que sofreram no passado, ampliando as emoções positivas. Segundo Hamza et al. (2024), a aceitação não é eficaz na redução de emoções negativas e, destaca a reavaliação cognitiva como a forma mais eficaz de reduzir emoções negativas, quando comparada com a aceitação e o grupo de controlo.

Segundo os resultados apurados dos artigos incluídos na revisão, os primogénitos apresentam mais dificuldades de regulação emocional e maior desregulação emocional, quando comparados com os restantes filhos. A vinda de uma nova criança acarreta implicações emocionais, especialmente para o primogénito, uma vez que a mãe

não consegue mobilizar a sua atenção, afeto e carinho unicamente para o seu primeiro filho, como fazia (Oliveira & Lopes, 2010). Alguns fatores que podem contribuir para um melhor desfecho emocional do primogénito é a própria capacidade de regulação emocional dos progenitores, quanto maior for, menor é a probabilidade de o primogénito desenvolver dificuldades ou desregulação emocional (Zimmer-Gembeck et al., 2022).

Quanto aos resultados dos grupos de PHDA e PPB, um estudo de Marco et al. (2024), comprova que o grupo de PPB apresentava pontuações mais elevadas de desregulação emocional e menos capacidade de nomear as emoções, em comparação com o grupo de controlo. Quanto aos indivíduos com PHDA, estes apresentam mais dificuldades de regulação emocional (Aslan et al., 2024).

No que diz respeito ao *distress*, tendo em conta que o mesmo é caracterizado por um estado de sofrimento emocional associado a sintomatologia depressiva e emoções como a tristeza (Drapeau et al., 2012), a ligação entre altos níveis de distress e emoções negativas parece fundamentada.

McCullough et al. (2017), verificaram que as mães maltratadas na infância apresentavam maior probabilidade de exibirem comportamentos parentais emocionalmente pobres, em contexto de alta desregulação emocional. Cabecinha et al. (2020) afirmam que a perceção dos adultos sobre comportamentos emocionalmente pobres por parte da mãe durante a infância está relacionado com níveis mais baixos de competência de regulação emocional, inclusive, maior uso de estratégias desadaptativas em adulto. Segundo Zimmer Gembeck et al. (2022), pais com menores dificuldades emocionais, com maior consciência emocional e acesso a estratégias adaptativas, têm filhos com menos problemas de regulação e sintomas internalizantes e externalizantes.

Limitações e Conclusões

O presente estudo, tal como outros projetos, tem as limitações e é importante mencioná-las para que trabalhos futuros possam-nas ter em conta e produzir um trabalho com o maior rigor e fiabilidade. Uma limitação é o intervalo de tempo dos estudos uma vez que isto pode limitar de certa forma o alcance do estudo ao excluir literatura relevante mais antiga. Outra limitação, diz respeito à exclusão de artigos indisponíveis, os quais, numa fase inicial, pareciam promissores para a revisão. Ainda, a inclusão de documentos apenas em Português e Inglês, pode introduzir um viés cultural, uma vez que a

experiência de maus-tratos infantis e estratégias de regulação emocional são moldadas por contextos socioculturais distintos. Indo ao encontro da limitação supracitada, devido aos estudos incluídos refletirem contextos culturais específicos, isto pode limitar a generalização dos resultados obtidos para outras populações. Por fim, a última limitação consiste na diversidade de definições de maus-tratos infantis e estratégias de regulação emocional que pode dificultar comparações diretas, tais como diferenças nos critérios de diagnóstico e as formas de avaliar a regulação emocional.

Esta revisão sistemática da literatura contribui para reforçar a urgência de criar programas preventivos direcionados a crianças vítimas de maus-tratos (e aos cuidadores), em específico, na promoção de estratégias de regulação emocional adaptativas, como é o caso da reavaliação e aceitação, de forma a mitigar o uso de estratégias desadaptativas que conduzem a prejuízos ao nível da saúde mental.

Referências Bibliográficas

Ali, P. I., & Yousaf, T. (2022). Emotional Dysregulation among Young Adults: Relationship with Childhood Emotional Abuse. *Pakistan Journal of Psychological Research*, *37*(4). https://doi.org/10.33824/PJPR.2022.37.4.36

Aslan, I. H., Dorey, L., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2024). Emotion regulation across psychiatric disorders. CNS Spectrums, 29(3), 215-220. https://doi.org/10.1017/S1092852924000270

Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy, 5(3), 225. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027314

Back, S. N., Zettl, M., Bertsch, K., & Taubner, S. (2020). Personality functioning, maladaptive traits, and childhood trauma. Psychotherapeut, 65, 374-382. https://doi.org/10.1007/s00278-020-00445-7

Berzenski, S. R. (2019). Distinct emotion regulation skills explain psychopathology and problems in social relationships following childhood emotional abuse and neglect. *Development and psychopathology*, *31*(2), 483-496. https://doi.org/10.1017/s0954579418000020

Brumariu, L. E. (2015). Parent–child attachment and emotion regulation. New Directions for Child and Adolescent Development, 2015(148), 31-45. https://doi.org/10.1002/cad.20098

Cabecinha-Alati, S., Montreuil, T. C., & Langevin, R. (2022). The role of maternal child maltreatment history and unsupportive emotion socialization in the intergenerational transmission of emotion regulation difficulties. *Child Abuse & Neglect*, *129*, 105661. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105661

Cabecinha-Alati, S., O'Hara, G., Kennedy, H., & Montreuil, T. (2020). Parental emotion socialization and adult outcomes: the relationships between parental supportiveness, emotion regulation, and trait anxiety. Journal of Adult Development, 27(4), 268-280. https://doi.org/10.1007/s10804-019-09340-1

Camilo, C., & Garrido, M. V. (2019). A revisão sistemática de literatura em Psicologia: Desafios e orientações (Systematic literature review in Psychology: Challenges and guidelines). Análise Psicológica, 37, 535–552. https://doi.org/10.14417/ap.1546

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. Psychiatric Quarterly, 88, 807-825. https://doi.org/10.1007/s11126- 017-9499-6

Delaney-Black, V., Covington, C., Ondersma, S. J., Nordstrom-Klee, B., Templin, T., Ager, J., Janisse, J. & Sokol, R. J. (2002). Violence exposure, trauma, and IQ and/or reading deficits among urban children. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(3), 280-285. https://doi.org/10.1001/archpedi.156.3.280

Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. Mental Illnesses-Understanding, Prediction and Control, 69(2), 105-106. http://dx.doi.org/10.5772/30872

D'Urso, G., Petruccelli, I., Costantino, V., Zappulla, C., & Pace, U. (2019). The role of moral disengagement and cognitive distortions toward children among sex offenders. Psychiatry, Psychology and Law, 26(3), 414-422. https://doi.org./10.1080/13218719.2018.1506718

Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. Harvard Review of Psychiatry, 22(3), 149-161. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014

Easton, S. D., Saltzman, L. Y., & Willis, D. G. (2014). "Would you tell under circumstances like that?": Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. Psychology of Men & Masculinity, 15(4), 460. http://dx.doi.org/10.1037/a0034223

Gross, J. J. (Ed.) (2024).*The Handbook of Emotion Regulation* (3rd ed.). Guilford Press.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology, 2(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089 2680.2.3.271

Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. Child Abuse & Neglect, 103, 104446. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446

Hamza, J., Vytykačová, S., Janšáková, K., & Rajčáni, J. (2024). Cognitive reappraisal and acceptance following acute stress. Stress and Health, 40(5), e3469. https://doi.org/10.1002/smi.3469

Heleniak, C., Jenness, J. L., Vander Stoep, A., McCauley, E., & McLaughlin, K. A. (2016). Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. Cognitive Therapy and Research, 40, 394-415. DOI: 10.1007/s10608-015-9735-z

Hoffman, S. N., Stein, M. B., & Taylor, C. T. (2023). Childhood trauma predicts positive expressive suppression during social affiliation in adults with anxiety and/or depression: Implications for social functioning. Behavior Therapy, 54(2), 375 385. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.10.003

Kim, M. S., Kim, K., Nam, J., Lee, S. J., & Lee, S. W. (2024). Impact of childhood maltreatment on cognitive function and its relationship with emotion regulation in young adults. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*(3), 155. https://doi.org/10.5765/jkacap.240001

Korolevskaia, A., & Yampolskaya, S. (2023). The consequences of childhood emotional abuse: A systematic review and content analysis. Families in Society, 104(2), 167-178. https://doi.org/10.1177/10443894221124565

Lee, S. W., Won, S., & Jeong, B. (2019). Moderating effect of emotional awareness on the association between maltreatment experiences and resilience. Personality and Individual Differences, 148, 38-44. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.037

Liu, S., Ahemaitijiang, N., Xu, J., Liu, Y., Chen, L., & Han, Z. R. (2024). Patterns of childhood maltreatment influence sleep quality: The role of emotion regulation. Development and Psychopathology, 36(3), 1388-1398. https://doi.org/10.1017/S0954579423000597

Lu, X., Li, Z., Zhu, X., Li, D., & Wei, J. (2024). The Role of Alexithymia and Moral Disengagement in Childhood Physical Abuse and Depressive Symptoms:

A Comparative Study Among Rural and Urban Chinese College Students. Psychology Research and Behavior Management, 3197-3210. https://doi.org/10.2147/PRBM.S466379

Maftei, A., & Nițu, Ș. (2024). Does childhood maltreatment make us more morally disengaged? The indirect effect of expressive suppression. *Ethics & Behavior, 34*(2), 104-119. https://doi.org/10.1080/10508422.2022.2162522

Marco, S., Mayoral, M., & Hervás, G. (2024). Differences in mindfulness, rearing styles and emotion dysregulation between adolescents with borderline personality disorder features and a control group. Current Psychology, 43(18), 16228 16236. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05565-2

McCullough, C., Han, Z. R., Morelen, D., & Shaffer, A. (2017). The moderating effects of maternal age at childbirth and emotion dysregulation on the intergenerational continuity of emotionally unsupportive parenting behaviors. Journal of Family Issues, 38(7), 948- 971. https://doi.org/10.1177/0192513X15597290

McLafferty, M., Bunting, B. P., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., & O'Neill, S. M. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. Children and Youth Services Review, 116, 105212. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105212

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. Emotion, 20(1), 1–9. http://dx.doi.org/10.1037/emo0000703

Moreira, D., Silva, C., Moreira, P., Pinto, T. M., Costa, R., Lamela, D., Jongenelen, I. & Pasion, R. (2024). Addressing the Complex Links between Psychopathy and Childhood Maltreatment, Emotion Regulation, and Aggression—A Network Analysis in Adults. *Behavioral Sciences*, *14*(2), 115. https://doi.org/10.3390/bs14020115

Moreira, P., Silva, C., Leite, Â., & Moreira, D. (2024). Is the fact of having been victims of childhood emotional abuse and/or neglect found in the aggressors' history?. European Journal of Trauma & Dissociation, 8(3), 100437. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100437

Mothes, L., Kristensen, C. H., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R. P., de Lima Argimon, I. I., & Irigaray, T. Q. (2015). Childhood maltreatment and executive functions in adolescents. Child and Adolescent Mental Health, 20(1), 56-62. https://doi.org/10.1111/camh.12068

O'Leary, P. J., & Gould, N. (2010). Exploring coping factors amongst men who were sexually abused in childhood. British Journal of Social Work, 40(8), 2669 2686. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq098

Oliveira, D. S. D., & Lopes, R. D. C. S. (2010). Implicações emocionais da chegada de um irmão para o primogênito: uma revisão da literatura. Psicologia em Estudo, 15, 97-106.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaf, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. International Journal of Surgery, 88, 105906. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. International Journal of Eating Disorders, 48(1), 55-58. https://doi.org/10.1002/eat.22364

Roberts, A. L., Sumner, J. A., Koenen, K. C., Kubzansky, L. D., Grodstein, F., Rich Edwards, J., & Weisskopf, M. G. (2022). Childhood abuse and cognitive function in a large cohort of middle-aged women. Child Maltreatment, 27(1), 100-113. https://doi.org/10.1177/1077559520970647

Rowell, T., & Neal-Barnett, A. (2022). A systematic review of the effect of parental adverse childhood experiences on parenting and child psychopathology. Journal of Child & Adolescent Trauma, 15(1), 167-180. https://doi.org/10.1007/s40653-021-00400-x

Rüfenacht, E., Pham, E., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Weibel, S., & Perroud, N. (2021). Link between history of childhood maltreatment and emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit/hyperactivity disorder or borderline personality disorder. *Biomedicines,* *9*(10), 1469. https://doi.org/10.3390/biomedicines9101469

Salzmann, S., Salzmann-Djufri, M., & Euteneuer, F. (2022). Childhood emotional neglect and cardiovascular disease: A narrative review. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 9, 815508. https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.815508

Simkiss, D. (2004). Child maltreatment. Journal of Tropical Pediatrics, 50(2), 64-66. https://doi.org/10.1093/tropej/50.2.64

Snow, J., Moorman, J., & Romano, E. (2022). Emotion regulation and mental health among men with childhood sexual abuse histories. Journal of Child Sexual Abuse, 31(4), 412- 430. https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1970677

Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., Mazure, C. M., Sinha, R. & Blumberg, H. P. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. Child Neuropsychology, 18(2), 182-189. https://doi.org/10.1080/09297049.2011.595400

Warmingham, J. M., Duprey, E. B., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2023). Patterns of childhood maltreatment predict emotion processing and regulation in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, *35*(2), 766-781. https://doi:10.1017/S0954579422000025

Warmingham, J. M., Russotti, J., Handley, E. D., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2023). Childhood attachment security mediates the effect of childhood maltreatment chronicity on emotion regulation patterns in emerging adulthood. *Attachment & Human Development, 25*(3-4), 437-459. https://doi.org/10.1080/14616734.2023.2234891

Wooten, W., Heyn, S., & Herringa, R. (2024). A comparison of reappraisal and self compassion as an emotion regulation strategy in the context of maltreatment. Child Abuse & Neglect, 107063. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107063

Wooten, W., Laubaucher, C., George, G. C., Heyn, S., & Herringa, R. J. (2022). The impact of childhood maltreatment on adaptive emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, *125*, 105494. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105494

Yaroslavsky, I., Bush, A. H., & France, C. M. (2022). Emotion regulation deficits mediate childhood sexual abuse effects on stress sensitization and depression outcomes. *Development and Psychopathology*, *34*(1), 157-170. https://doi.org/10.1017/s095457942000098x

Zhang, Y., Xu, W., McDonnell, D., & Wang, J. L. (2024). The relationship between childhood maltreatment subtypes and adolescent internalizing problems: The mediating role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Child Abuse & Neglect, 152, 106796. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106796

Zhou, X., & Zhen, R. (2022). How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. Child Abuse & Neglect, 129, 105641. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105641

Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. International Journal of Behavioral Development, 46(1), 63-82. https://doi.org/10.1177/01650254211051086

Capítulo 8

Influência da Comunicação Centrada no Paciente na Saúde da População Idosa Inativa

Inês Castro[1], Ana Sousa[2,3], Paulo Vitória[1,4]

[1]Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, 6200-506 Covilhã, Portugal;

[2]Associate Laboratory i4HB - Institute for Health and Bioeconomy, University Institute of Health Sciences - CESPU, 4585-116 Gandra, Portugal;

[3]UCIBIO - Applied Molecular Biosciences Unit, Toxicologic Pathology Research Laboratory, University Institute of Health Sciences (1HTOXRUN, IUCS-CESPU), 4585-116 Gandra, Portugal;

[4]Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade da Beira Interior, 6200-209 Covilhã, Portugal

Autor Correspondente: Inês Castro. **E-mail:** a44008@fcsaude.ubi.pt

Resumo: Introdução: A comunicação centrada no paciente (CCP) é considerada a forma mais adequada de comunicação em saúde, associando-se a melhores resultados clínicos, maior adesão terapêutica, satisfação e bem-estar dos pacientes. Objetivo: Analisar a influência da CCP no estado de saúde da População Idosa Inativa. Materiais e métodos: Participaram 94 indivíduos com ≥70 anos (M=80,60; DP=7,03), maioritariamente do sexo feminino (59,6%). Excluíram-se casos com patologia demencial ou atividade laboral remunerada. Foi aplicado um questionário com a Escala CCP e o SF-12v2, que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde. Os dados foram analisados com recurso ao software SPSS (v29.0.1.0). Resultados: A pontuação média da CCP foi de 66,01, com os homens a apresentarem valores mais elevados (p=0,031). Verificou-se uma correlação positiva significativa entre a CCP e os domínios de Funcionamento Físico, Desempenho Físico e Saúde Mental do SF-12v2 (p=0,022; p=0,043; p=0,022). A oportunidade de colocar perguntas durante consulta e a inclusão nas decisões de saúde associaram-se a melhores níveis de Saúde Mental nesta população (p=0,002; p=0,041).

Conclusão: Este estudo demonstrou que a qualidade da CCP entre os idosos e os seus médicos de referência tem impacto em diferentes aspetos do estado de saúde desta população, realçando a importância de conhecer e explorar mais estes fatores na investigação futura.
Palavras-chave: Comunicação centrada no paciente; idosos; comunicação clínica; resultados em saúde; qualidade de vida relacionada com a saúde.

Abstract:

Background: Patient-centered communication (PCC) is considered the most appropriate approach to healthcare communication, being associated with improved clinical outcomes, greater treatment adherence, and increased patient satisfaction and well-being. Objective: To analyze the influence of PCC on the health status of the inactive older population. Methods: A total of 94 individuals aged ≥70 years (M=80,60; SD=7,03) participated in the study, the majority being female (59,6%). Individuals with dementia or engaged in paid employment were excluded. Participants completed a questionnaire comprising the PCC Scale and the SF-12v2, a measure of health-related quality of life. Data analysis was performed using SPSS software (v29.0.1.0). Results: The mean PCC score was 66.01, with higher scores observed among men (p=0,031). Significant positive correlations were found between PCC and the Physical Functioning, Role Physical, and Mental Health domains of the SF-12v2 (p=0,022; p=0,043; p=0,022). Additionally, the opportunity to ask questions during medical consultations and participation in health-related decision-making were associated with better Mental Health outcomes (p=0,002; p=0,041).
Key-Words: Patient-centered communication; elders; clinical communication; health outcomes; health-related quality of life.

1. Introdução

1.1 A Comunicação

A comunicação é um conceito complexo, podemos afirmar que é o modo como os Humanos exprimem as suas intenções, pensamentos ou desejos perante os seus pares. A sua função baseia-se na necessidade de dinamizar a vida em sociedade, nomeadamente para se relacionar, compreender e sentir a pertença à comunidade, assim

como, para produzir o nosso desenvolvimento ao longo dos anos (Braithwaite, 2021; Danaher et al., 2023).

A Comunicação Centrada no Paciente (CCP), é um modelo de comunicação que defende que os cuidados de saúde devem ter sempre em consideração as crenças, preferências e valores do paciente em questão (Butterworth & Campbell, 2014; Liu et al., 2024; Wang et al., 2020). Esta é amplamente reconhecida como o tipo de abordagem de comunicação

mais adequada no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que facilita a criação de laços de confiança entre pacientes e profissionais de saúde. A CCP possui 6 funções base: a troca de informação, a capacidade de resposta às emoções dos pacientes, de lidar com a incerteza do paciente, criar relações curativas, tomar decisões partilhadas e capacitar o paciente a zelar pela sua saúde (Liu et al., 2024; Sharkiya, 2023). Deste modo, tem demonstrado um impacto positivo nos resultados em saúde, na adesão aos tratamentos recomendados, melhoria na capacidade de gestão da doença crónica por parte dos pacientes, maior satisfação com os cuidados de saúde e redução da ansiedade, melhorando o bem-estar emocional dos utentes (Sharkiya, 2023; Trivedi et al., 2021) (Figura 1).

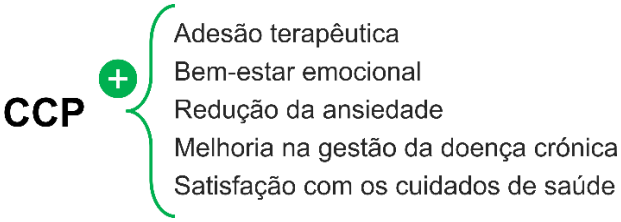


Figura 1 - Representação do impacto da CCP em diferentes vertentes da saúde

1.2 Importância da Comunicação na População Idosa

A CCP é aplicada a todos os grupos etários, no entanto tem se demonstrado particularmente importante na relação médico-paciente idoso. Uma vez que esta população tende a ser mais suscetível a uma variedade de doenças, nomeadamente doenças crónicas que requerem cuidados continuados em saúde, apresentando, por isso, necessidades em saúde muito mais complexas que os seus pares mais jovens (Liu et al., 2024).

Ao longo dos últimos anos, a distribuição demográfica em Portugal tem sofrido severas alterações, sobretudo relacionadas com a diminuição da taxa de natalidade e o envelhecimento da população. Segundo dados do relatório publicado em 2023 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), 24,1% dos cidadãos portugueses apresenta

uma idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2023). Deste modo, tendo em consideração o grande crescimento e expressividade da população desta faixa etária, assim como todas as suas particularidades, torna-se imperativo conhecer os fatores que influenciam a qualidade da sua saúde, destacando-se, entre eles, a CCP (Butterworth & Campbell, 2014; INE, 2023; Liu et al., 2024).

1.3 Avaliação da Comunicação Centrada no Paciente

Diversos estudos têm avaliado a qualidade da CCP através da Escala Patient-Centered Communication, a qual analisa as seis funções fundamentais desta abordagem (Hong & Oh, 2020; Liu et al., 2024; Moser et al., 2022; Trivedi et al., 2021). Liu e colaboradores, além da CCP, investigaram também a competência em saúde, dada a preocupação com a perda de autonomia na população idosa, resultante do declínio funcional e fisiológico associado à idade (Liu et al., 2024). Contudo, permanece a lacuna de estudos que integrem simultaneamente a avaliação da CCP e da qualidade de vida relacionada com a saúde, reportada pelos próprios participantes, com recurso a instrumentos validados.

2. Métodos

2.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal. Os dados foram recolhidos entre agosto e setembro de 2024 através da aplicação de um questionário (Anexo I). O questionário foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da UBI, que emitiu um parecer favorável a 16 de julho de 2024 (Processo n.º CE-UBI-Pj-2024-036- ID2274).

2.2 População e amostra

A amostra é composta por um total de 94 participantes. Foi aplicado como critério de inclusão de idade igual ou superior a 70 anos. Os critérios de exclusão, consistiam em: idade inferior a 70 anos, presença de patologia demencial e a existência de algum trabalho remunerado.

2.3 Procedimentos na recolha de dados

O recrutamento das instituições para este estudo foi realizado a partir da base de dados da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais disponível em cartasocial.pt, com

prioridade para aquelas localizadas nas proximidades da residência da investigadora principal. Após contacto institucional e autorização das respetivas Mesas Administrativas, foi feita uma triagem inicial pelos técnicos responsáveis, assegurando a inclusão apenas de participantes elegíveis e com capacidade para responder ao questionário. Participaram 30 residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e 30 membros de Centros de Dia (CD). Paralelamente, o questionário foi também disponibilizado online (Google Forms®) e divulgado via redes sociais (Facebook®), entre agosto e setembro de 2024, resultando em 34 respostas elegíveis adicionais.

2.4 Questionário

O primeiro grupo de questões foi composto por 8 perguntas relacionadas com a informação sociodemográfica dos participantes, no entanto, para este estudo apenas foram usadas a variável sexo (masculino, feminino), idade e, por último, se tem algum tipo de trabalho remunerado (sim, não).

O grupo seguinte de questões inclui a escala CCP, mencionada anteriormente, constituída por sete perguntas (Moser et al., 2022; Trivedi et al., 2021). Esta escala tem como objetivo avaliar especificamente a comunicação com médicos nos últimos 12 meses avaliando as mesmas numa escala de quatro pontos (1 = nunca, 4 = sempre). As sete perguntas incluem: 1) Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta? (CCP1); 2) Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções? (CCP2); 3) Com que frequência é que o seu médico o envolve nas decisões relativas à sua saúde? (CCP3); 4) Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da sua saúde? (CCP4); 5) Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda? (CCP5); 6) Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta? (CCP6); 7) Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde? (CCP7) (Figura 2). Os resultados da escala foram criados através da soma de todos os resultados e transformando os mesmos num intervalo de 0 a 100, com pontuações mais altas a significar uma melhor comunicação com o profissional de saúde.

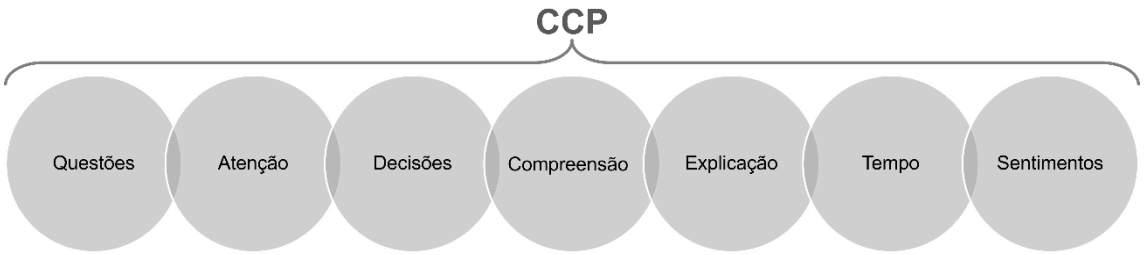


Figura 2 - Representação da Escala CCP e as 7 questões que a compõem

O último grupo de questões abordou a qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pelo participante, medida através do questionário SF-12v2. Este instrumento é especialmente indicado quando a população alvo pertence a uma faixa etária acima dos 60 anos, uma vez que apresenta diversas vantagens, nomeadamente ser breve e não incluir questões sobre o trabalho (Cruz et al., 2012). O SF-12v2 é composto por 12 questões que se debruçam sobre 8 domínios: Funcionamento Físico (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde em Geral (SG), Vitalidade (VT), Funcionamento Social (FS), Desempenho Mental (DM) e Saúde Mental (SM) (Figura 2). A escala de resposta a estas questões varia, com perguntas cuja pontuação é representada por uma escala de 1 a 5 (1 = excelente, 5 = fraca) (1 = sempre, 5 = nunca) (1 = absolutamente nada, 5 = imenso) e outras com uma escala de resposta de 1 a 3 (1 = sim, muito limitado/a, 3 = não, nada limitado/a) (Cruz et al., 2012; Gandek et al., 1998; Shou et al., 2016). Este questionário encontra-se adaptado e validado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, a quem foi formalizado um pedido de autorização para a sua utilização (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2000).

Figura 3 - Representação dos domínios e medidas sumário do SF-12v2

2.5 Análise Estatística

As variáveis que definem os parâmetros sociodemográficos foram analisadas com base nas frequências e percentagens.

De modo a atestar a normalidade das variáveis foi aplicado o teste de Kolmogorov Smirnov, uma vez que não se confirmou a normalidade dos dados, foram selecionados testes não paramétricos. Para fazer comparações da CCP e do SF-12v2 entre sexos foi aplicada o teste de Mann-Whitney U. Para avaliar a correlação entre a CCP e os resultados obtidos na escala SF-12v2 foi aplicada uma correlação de Spearman.

Os dados foram analisados com recurso ao software SPSS (Versão 29.0.1.0) para o Windows. Foi considerada significância estatística quando o valor de prova (*p-value*) foi inferior a 0,05.

3. Resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

O perfil sociodemográfico dos participantes é apresentado na Tabela 1. A maioria era do sexo feminino (59,6%). Os participantes possuíam uma idade média de 80 (± 7,03) anos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da população em estudo.

		N	%
Idade	M ± DP: 80,61 ± 7,03 Min-Máx: 70-95		
Sexo			
	Feminino	56	59,6
	Masculino	38	40,4

N=Frequência; DP=desvio padrão; Min-Máx=Valor Mínimo – Valor Máximo

3.2 Comunicação Centrada no Paciente

3.2.1 A CCP experienciada pelos participantes

A Escala CCP demonstrou possuir consistência interna elevada (α=0,84).

Foi apurada uma média de 66,01 (intervalo de 0 a 100) de CCP perceionada pelos participantes, com uma mediana de 66,67 e um coeficiente de assimetria de -0,46. Verificou-se um valor máximo de 100, em 11,7% dos participantes e o valor mínimo em 1,1% (Tabela 2).

Tabela 2 – Características descritivas da CCP

	M ± DP	Mediana	Coeficiente de assimetria	Máximo	Mínimo
CCP	66,01 ± 24,77	66,67	-0,46	11,7%	1,1%

N=Frequência; M=Média; DP=Desvio Padrão

Entre os fatores avaliados, o sexo dos participantes demonstrou causar impacto na qualidade de comunicação percecionada pelos idosos. Os homens tendem a relatar melhor comunicação com o seu médico de referência do que as mulheres (p=0,031) (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação da CCP entre sexos

		N	Média dos postos	*p-value*
Sexo	Feminino	56	45,51	0.031
	Masculino	38	54,86	

N=Frequência;

3.3 Qualidade de vida relacionada com a saúde

3.3.1 Análise da qualidade de vida relacionada com a saúde reportada pela amostra

O SF-12v2 apresentou uma consistência interna elevada (α=0,88). Os participantes obtiveram uma média mais elevada no DM (M±DP=79,26±25,30), indicando menos limitações emocionais nas suas AVD. Os valores relativos à SG (M=74,20±27,59) também foram elevados, refletindo uma perceção positiva da sua saúde global. Em modo de contraste, o domínio DC obteve a média mais baixa (M±DP=15,43±25,69), o que aponta para um impacto significativo da dor física nas AVD dos participantes. A análise da variabilidade revelou que domínios como o FF (M±DP=47,61 ± 34,79) e FS (M±DP=30,32±35,33) apresentaram desvios-padrão elevados, indicando uma heterogeneidade considerável nas respostas (Tabela 4).

Tabela 4 – Pontuação dos domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde

	Mínimo	Máximo	M ± DP
FF	0,00	100,00	47,61 ± 34,79
DF	0,00	100,00	53,72 ± 38,05
DC	0,00	100,00	15,43 ± 25,69
SG	0,00	100,00	74,20 ± 27,59
VT	0,00	100,00	56,65 ± 30,49
FS	0,00	100,00	30,32 ± 35,33
DM	0,00	100,00	79,26 ± 25,30
SM	0,00	87,50	46,94 ± 15,52
MSF	26,07	69,58	47,53 ± 10,56
MSM	21,06	60,29	37,98 ± 9,13

M=Média; DP=desvio padrão; FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental;

3.3.2 Fatores relacionados com a qualidade de vida relacionada com a saúde

Foi apurada uma diferença estatisticamente significativa entre a variável sexo e os valores de FF, onde os participantes do sexo feminino obtiveram valores inferiores quando comparados com o sexo masculino (p=0,026) (Tabela 5). Por outro lado, foram as participantes do sexo feminino que atingiram valores mais elevados de VT (p=0,039) (Tabela 5).

Tabela 5 – Comparação da qualidade de vida relacionada com a saúde entre sexos

	Sexo		
	Média dos postos		
			p-value
FF	54,91	42,47	0,026
DF	53,21	43,63	0,090
DC	49,68	46,02	0,438
SG	44,50	49,54	0,357
VT	40,66	52,14	0,039
FS	45,80	48,65	0,596
DM	50,08	45,75	0,425
SM	49,04	46,46	0,633

FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental; MSF=Medida Sumário Física; MSM=Medida Sumário Mental

3.4 Relação entre a CCP e a qualidade de vida relacionada com a saúde

A CCP demonstrou influenciar diversos domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde, apresentando uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca entre esta e o FF, DF e a SM (ρ=0,237, p=0,022; ρ=0,209, p=0,043 e ρ=0,236, p=0,022 respetivamente). Em modo de contraste, foi observada uma correlação estatisticamente significativa fraca entre a CCP e a VT (ρ=-0,267, p=0,009) como descrito na Tabela 6.

Tabela 6 – Comparação da qualidade de vida relacionada com a saúde entre sexos

		ρ	***p-value***
	FF	0,237	0,022
	DF	0,209	0,043
	DC	0,024	0,816
	VT	-0,267	0,009
	FS	-0,129	0,217
	DM	-0,020	0,846
	SM	0,236	0,022

ρ = Coeficiente de correlação de Spearman; FF=Funcionamento Físico; DF=Desempenho Físico; DC=Dor Corporal; SG=Saúde Geral; VT=Vitalidade; FS=Funcionamento Social; DM=Desempenho Mental; SM=Saúde Mental;

4. Discussão

A idade avançada associa-se a um maior risco de doenças crónicas, declínio funcional e um grau de literacia em saúde inferior. Além disso, os idosos estão emocionalmente vulneráveis (Butterworth & Campbell, 2014). Diferentes estudos relatam que a ansiedade relacionada com a incerteza e a preocupação quanto à saúde é prevalente nesta população, tornando-se, por isso, imperativo procurar formas de lidar co a incerteza e sentimentos negativos, com o objetivo de aumentar a confiança, competência e níveis em saúde da população em estudo (Liu et al., 2024; Parlapani et al., 2020).

Neste contexto, foi observada uma correlação negativa entre a idade e a perceção da CCP. Tal sugere que à medida que envelhecem, os participantes reconhecem a vulnerabilidade do seu estado de saúde, o que aumenta as suas necessidades e expectativas quanto aos cuidados de saúde que lhes são fornecidos, nomeadamente

quanto à sua integração nas tomadas de decisão (Butterworth & Campbell, 2014; Trivedi et al., 2021; Zawisza et al., 2020). Simultaneamente, é de salientar, que esta população pode possuir condições em saúde que dificultem a compreensão e troca de informação em consulta, entre elas a cognição e a audição, que muitas vezes passam despercebidas (Völter et al., 2020).

Adicionalmente, foi apurada uma diferença significativa entre sexos, onde participantes do sexo masculino reportaram melhores experiências de comunicação com os seus médicos de referência. Esta discrepância pode ser justificada pelas diferenças culturais e sociais que influenciam a forma como estes idosos interagem com os seus profissionais de saúde. A literatura sugere que os homens tendem a valorizar aspetos mais objetivos da comunicação, enquanto que as mulheres podem priorizar a empatia e aspetos relacionais, que nem sempre são suficientemente enfatizados na prática clínica (Brink-Muinen et al., 2002).

No que se refere à saúde física dos participantes, foi descrita uma relação positiva entre a CCP e os domínios FF e DF, reiterando que uma comunicação eficaz pode desempenhar um papel significativo na promoção de melhores resultados físicos, como funcionalidade e a capacidade de desempenhar atividades diárias. A literatura, corrobora esta ideia, uma vez que a CCP melhora a gestão de patologias crónicas e promove a adesão terapêutica (Chandra et al., 2018; Liu et al., 2024; Perry et al., 2018).

Quanto à componente mental da qualidade de vida relacionada com a saúde, o presente estudo indica que a CCP se associa de forma positiva com a SM, reforçando, mais uma vez o impacto positivo de uma comunicação empática e centrada no paciente na promoção do bem-estar emocional. Esta abordagem centrada no paciente facilita o alívio de sentimentos de ansiedade, promove o apoio emocional e reforça a confiança no médico, especialmente em pacientes idosos que enfrentam desafio emocionais, associados ao envelhecimento, como a solidão e incerteza quanto ao futuro (Butterworth & Campbell, 2014; Liu et al., 2024; Sharkiya, 2023). Estes achados corroboram estudos prévios que destacam a CCP como mediadora na construção de confiança e melhoria da saúde mental (Butterworth & Campbell, 2014).

Em contrapartida, a correlação negativa entre a CCP e a VT pode refletir as características particulares da população em estudo. A VT descreve os níveis de energia e disposição geral de um indivíduo, parâmetros extremamente subjetivos e que podem ser influenciados por uma variedade de fatores físicos e psicológicos. Deste modo, é plausível que pacientes com múltiplas comorbilidades e condições crónicas percecionem

a CCP como uma oportunidade para expressarem abertamente as suas limitações e sintomas, o que poderá, por sua vez, aumentar a sua consciência quanto ao grau de fragilidade, contribuindo para uma perceção mais negativa da sua VT (Sharkiya, 2023).

4.1 Limitações e oportunidades

Apesar dos contributos relevantes deste estudo, devemos reconhecer as suas limitações. Entre elas, o tamanho reduzido da amostra e a heterogeneidade da população idosa, em termos de autonomia e condições clínicas, que podem limitar a generalização dos resultados. A utilização exclusiva de medidas com base na perceção dos participantes, sem recurso a métodos qualitativos, restringe a compreensão aprofundada dos participantes quanto à CCP. Acresce que, uma vez que se trata de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais entre as variáveis em estudo. Ainda assim, os resultados obtidos reforçam a relevância da CCP na prática clínica, sublinhando a necessidade de integrar conteúdos específicos sobre a comunicação nos currículos de formação em saúde, bem como de promover ações de capacitação dirigidas a profissionais no ativo. Por fim, destaca-se a importância de adequar aas estratégias de comunicação às necessidades das populações idosas mais vulneráveis, com vista à promoção do seu bem estar global.

4.2. Conclusão

Este estudo reitera assim, a importância da CCP como pilar para a promoção da qualidade de vida relacionada com a saúde, na população idosa economicamente inativa. Salienta se, de igual modo, a complexidade dos desafios associados à saúde mental nesta faixa etária, realçando a necessidade de estratégias de cuidado que considerem as especificidades físicas, emocionais e sociais de cada indivíduo.

5. Anexos

Anexo I – Questionário

I. <u>Informação Sociodemográfica:</u>
1. Sexo:
Feminino
Masculino
2. Idade: _____
3. Quantos anos de escolaridade possui?
0-2 anos
3-4 anos

5-9 anos
10-12 anos
> 12 anos
4. Área geográfica:
Litoral
Interior
5. Região geográfica
Urbana
Moderadamente urbana
Rural
6. Tipo de residência:
Residência em domícilio próprio
Residência em Lar de Idosos
Outra: _____
7. Frequenta algum Centro de dia para idosos?
Sim
Não
8. Neste momento tem algum tipo de trabalho remunerado?
Sim
Não
II. Estado de Saúde
9. No geral, quão confiante se sente quanto à sua capacidade de tomar conta da sua própria saúde? Nada confiante
Um pouco confiante
Relativamente confiante
Bastante confiante
10. Quando pensa no seu médico de família, qual das seguintes opções se aplica? Médico de família
Outro médico especialista
Médico assistente do lar
III. Escala PCC
As seguintes questões são relativas à sua comunicação com médicos com quem teve em contacto nos passados 12 meses.
12. Com que frequência é que o seu médico lhe dá oportunidade de colocar questões durante a consulta? Nunca
Às vezes
Habitualmente
Sempre
13. Com que frequência sente que o seu médico presta atenção aos seus sentimentos ou emoções? Nunca
Às vezes
Habitualmente
Sempre

14. Com que frequência é que o seu médico se certifica que compreendeu corretamente as suas necessidades em saúde e aquilo que é necessário para que cuide da mesma?
Nunca
Às vezes
Habitualmente
Sempre
15. Com que frequência é que o seu médico lhe explica as coisas de forma que as compreenda? Nunca
Às vezes
Habitualmente
Sempre
16. Com que frequência sente que o seu médico passa tempo suficiente consigo na consulta? Nunca
Às vezes
Habitualmente
Sempre
17. Com que frequência é que o seu médico o ajuda a lidar com sentimentos de incerteza quanto à sua saúde e aos seus cuidados de saúde?
Nunca
Às vezes
Habitualmente
Sempre
IV. Questionário SF-12v2
18. Em geral, diria que a sua saúde é:
Excelente
Muito boa
Boa
Razoável
Fraca
As perguntas que se seguem são sobre as atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?
19. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa:
Sim, muito limitado/a
Sim, um pouco limitado/a
Não, nada limitado/a
20. Subir vários lanços de escada:
Sim, muito limitado/a
Sim, um pouco limitado/a
Não, nada limitado/a
Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve o seu trabalho ou outras atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas…
21. Fez menos do que queria?
Sempre

A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
22. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades?
Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades 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…
23. Realizou menos do que queria?
Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
24. Realizou o trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente que o habitual?
Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
25. Durante as últimas quatro 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? Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma cmo se sentiu e como lhe correram as coisas nas útimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas…
26. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?
Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
27. Se sentiu com muita energia?
Sempre

A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
28. Se sentiu deprimido/a?
Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca
29. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?
Sempre
A maior parte do tempo
Algum tempo
Pouco tempo
Nunca

6. Referências Bibliográficas

Braithwaite, D. O. (2021). *Why Communication Matters*. Phychology Today. https://www.psychologytoday.com/us/blog/communication-matters/202107/why communication-matters

Brink-Muinen, A. Van Den, Dulmen, S. van, Messerli-Rohrbach, V., & Bensing, J. (2002). Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Education and Counseling*, *48*(3), 253–264. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00178-7

Butterworth, J. E., & Campbell, J. L. (2014). Older patients and their GPs: shared decision making in enhancing trust. *British Journal of General Practice*, *64*(628), e709–e718. https://doi.org/10.3399/bjgp14X682297

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. (2000). *Questionário de Estado de Saúde (SF-12v2) - Versão Portuguesa*.

Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*, *03*(03). https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146

Cruz, K. C. T. da, Oliveira, D. C. de, & D'Elboux, M. J. (2012). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do idoso por meio do SF-12. *Geriatrics,*

Gerontology and Aging, *6*(3), 283–292. http://ggaging.com/details/192/pt-BR/assessment-of-quality-of-life-related-to-health-of-the-elderly-through-the-sf-12

Danaher, T. S., Berry, L. L., Howard, C., Moore, S. G., & Attai, D. J. (2023). Improving How Clinicians Communicate With Patients: An Integrative Review and Framework. *Journal of Service Research*, *26*(4), 493–510. https://doi.org/10.1177/10946705231190018

Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). Cross validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1171–1178. https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00109-7

Hong, H., & Oh, H. J. (2020). The Effects of Patient-Centered Communication: Exploring the Mediating Role of Trust in Healthcare Providers. *Health Communication*, *35*(4), 502–511. https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1570427

INE. (2023). Estimativas de População Residente em Portugal - 2022. *Destaque Informação à Comunicação Social*, 1–14. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2

Liu, P. L., Zhang, L., Ma, X., & Zhao, X. (2024). Communication Matters: The Role of Patient-Centered Communication in Improving Old Adults' Health Competence and Health Outcomes. *Health Communication*, *39*(2), 363–375. https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2166209

Moser, R. P., Trivedi, N., Murray, A., Jensen, R. E., Willis, G., & Blake, K. D. (2022). Patient-Centered Communication (PCC) scale: Psychometric analysis and validation of a health survey measure. *PLOS ONE*, *17*(12), e0279725. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279725

Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., Stephanou, T., & Diakogiannis, I. (2020). Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(August), 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00842

Perry, R. G., Mitchell, J. A., Hawkins, J., & Johnson-Lawrence, V. (2018). The Role of Age and Multimorbidity in Shaping Older African American Men's Experiences with Patient–Provider Communication. *Geriatrics*, *3*(4), 74. https://doi.org/10.3390/geriatrics3040074

Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 886. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8

Shou, J., Ren, L., Wang, H., Yan, F., Cao, X., Wang, H., Wang, Z., Zhu, S., & Liu, Y. (2016). Reliability and validity of 12-item Short-Form health survey (SF-12) for the health status of Chinese community elderly population in Xujiahui district of Shanghai. *Aging Clinical and Experimental Research*, *28*(2), 339–346. https://doi.org/10.1007/s40520-015-0401-9

Trivedi, N., Moser, R. P., Breslau, E. S., & Chou, W.-Y. S. (2021). Predictors of Patient Centered Communication among U.S. Adults: Analysis of the 2017-2018 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*, *26*(1), 57–64. https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1878400

Völter, C., Götze, L., Dazert, S., Wirth, R., & Thomas, J. P. (2020). Impact of Hearing Loss on Geriatric Assessment. *Clinical Interventions in Aging*, *Volume 15*, 2453– 2467. https://doi.org/10.2147/CIA.S281627

Wang, D., Liu, C., & Zhang, X. (2020). Do physicians' attitudes towards patient-centered communication promote physicians' intention and behavior of involving patients in medical decisions? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 1–11. https://doi.org/10.3390/ijerph17176393

Zawisza, K., Galas, A., & Tobiasz-Adamczyk, B. (2020). Factors associated with patient satisfaction with health care among Polish older people: results from the polish part of the COURAGE in Europe. *Public Health*, *179*, 169–177. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.012

Capítulo 9

Homonegatividade Percebida e Sofrimento Psicológico de Homens Gays no Brasil: A Cor da Pele Importa?

Renata Della Torre1, Felipe Alckmin-Carvalho1,2, Iara Teixeira1,3, Jóni Ledo1,4, António Oliveira1,4 & Henrique Pereira1,4,5

1 Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal

2 Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil

3 Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

4 Centro de Investigação em Ciências do Desporto, Ciências da Saúde e Desenvolvimento Humano, Portugal;

5 RISE-Saúde, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal.

Autor Correspondente: Renata Della Torre. E-mail: renata.torre@ubi.pt

Resumo: A homonegatividade está associada a vários resultados adversos de saúde física e mental em homens homossexuais. No entanto, a intersecção entre homonegatividade e racismo continua pouco estudada no Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar, numa amostra de homens gays brasileiros cisgénero, as associações entre a cor da pele, a homonegatividade, o sofrimento psicológico e as variáveis socioeconómicas. Foram avaliados 229 homens gays brasileiros através do preenchimento da Escala de Homofobia Internalizada, o Inventário de Depressão de Beck-II e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Foram encontrados níveis elevados de homonegatividade, sintomas de depressão e ansiedade traço e estado, principalmente entre indivíduos jovens e com baixos rendimentos. Os participantes negros/pardos demonstraram níveis mais elevados de ansiedade-traço e estado, mas não de depressão ou homonegatividade. A cor da pele negra/parda foi um preditor de ansiedade de traço e de estado, mas não de

homonegatividade ou depressão. Os elevados níveis de sofrimento psicológico e de homonegatividade encontrados na amostra indicam a importância do desenvolvimento de intervenções preventivas, psicoeducativas e terapêuticas para os homens gays brasileiros, independentemente da cor da pele.

Palavras-chave: LGBTQIA+; depressão; homonegatividade; saúde mental; racismo; estigma.

Abstract: Homonegativity is associated with several adverse physical and mental health outcomes in gay men. However, the intersection between homonegativity and racism remains somewhat new in Brazil. The aim of this study was to evaluate, in a sample of cisgender Brazilian gay men, the associations between skin color, homonegativity, psychological distress and socioeconomic variables. A total of 229 Brazilian gay men participated in the study by completing the Internalized Homophobia Scale, the Beck Depression Inventory-II, and the State-Trait Anxiety Inventory. High levels of homonegativity, symptoms of depression and anxiety (trait and state) were found, mainly among young and low-income individuals. Black/brown participants experienced higher levels of trait and state anxiety, but not depression or homonegativity. Black/brown skin color was a predictor of trait and state anxiety, but not homonegativity or depression. The high levels of psychological distress and homonegativity found in the sample indicate the importance of developing preventive, psychoeducational and therapeutic interventions for Brazilian gay men, regardless of their skin color.
Keywords: LGBTQIA+; depression; homonegativity; mental health; racism; stigma.

1. Introdução

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), 1,8 milhões de brasileiros identificam-se como homens gays cisgénero. Embora o Brasil tenha uma das maiores populações de pessoas LGBTQIA+ do mundo e tenham sido alcançados vários avanços nas últimas décadas em relação aos direitos desta população, ainda existem desafios significativos (Silva, 2020). Em 2024, por exemplo, foram eleitas 225 pessoas LGBTQIA+ nas eleições municipais (Medina, 2024), demonstrando um avanço no campo da representação política no Brasil. No entanto, o preconceito persiste significativamente, como evidenciado em vários contextos sociais e políticos (Sowe et al., 2014).

O Brasil é um país predominantemente cristão e os seus valores sociais têm sido historicamente influenciados por discursos religiosos que retratam a homossexualidade como pecaminosa ou moralmente desviante (Alckmin-Carvalho et al., 2024). Nos últimos anos, o Brasil tem assistido a um aumento significativo de grupos evangélicos fundamentalistas, organizados em plataformas políticas de extrema-direita, com uma narrativa caracterizada pela intolerância à diversidade sexual e de género e pela retórica racista. Em 2018, Jair Messias Bolsonaro, eleito democraticamente como presidente do Brasil em 2019, num discurso no estado da Paraíba, no nordeste do país, declarou: "As minorias devem curvar-se, ou serão esmagadas" (El País, 2018), referindo-se às minorias étnicas e sexuais

Estudos indicam que houve um aumento da violência contra minorias sexuais no Brasil desde 2019, com quase 34 mil denúncias de violações de direitos de pessoas LGBTQIA+ registadas somente no primeiro semestre de 2024. Destes, 12.000 foram relatos específicos de violações de direitos envolvendo homens gays (Dornelas & Nunes, 2024), destacando a gravidade e a escala dos desafios enfrentados por esta população.

O Brasil é um país racialmente diverso, composto principalmente por pardos (45,3%), brancos (43,5%), negros (10.2%), indígenas (0.8%) e asiáticos orientais (0.4%) (Belandi & Gomes, 2022). No entanto, é importante salientar que embora a população negra e parda constitua a maioria numérica no Brasil, ainda existe uma desigualdade social estrutural, originada durante a colonização europeia e a abolição tardia da escravatura, o que contribui para a injustiça social e económica na maior parte desta população (Herek et al., 2007).

Assim, para preencher uma lacuna sobre o tema, o objetivo geral deste estudo foi investigar, numa amostra de homens gays brasileiros cisgénero, as associações entre a cor da pele, a homonegatividade, o sofrimento psicológico e as variáveis socioeconómicas. Os objetivos específicos foram avaliar (a) correlações entre variáveis sociodemográficas, homonegatividade, sofrimento psicológico e cor da pele; (b) possíveis diferenças na homonegatividade e sofrimento psicológico entre homens gays negros/pardos e brancos; e (c) o poder preditivo da cor da pele na homonegatividade e nos sintomas de depressão e ansiedade.

Tanto quanto sabemos, este é o primeiro estudo que tentou avaliar o nível de homonegatividade internalizada e de homonegatividade percebida na comunidade entre homens gays brasileiros, considerando a cor da pele como uma variável de interesse. As hipóteses, desenvolvidas na perspetiva de que os homens gays negros/pardos estão

duplamente expostos ao fardo do estigma social, são as seguintes: H1: existe uma correlação positiva significativa entre a homonegatividade percebida, na comunidade e internalizada, e o sofrimento psicológico; H2: os homens gays negros/pardos relatam mais experiências relacionadas com a homonegatividade e referem mais sintomas de depressão e ansiedade em comparação com os homens gays brancos; e H3: a cor da pele negra ou parda é um preditor positivo de maiores pontuações de homonegatividade e sintomas de depressão e ansiedade.

2. Métodos

Trata-se de um estudo transversal e comparativo. A amostra foi constituída por 229 homens auto-identificados como gays brasileiros, com uma média de idades de 35.5 anos (DP = 8.83). Tratou-se de uma amostra não probabilística, selecionada com base em critérios de conveniência. Os participantes foram recrutados em redes sociais como o Instagram e o Facebook. Os critérios de inclusão foram: autodeclarar-se cisgénero e gay, ter idade igual ou superior a 18 anos, ter acesso à internet e possibilidade de preencher os instrumentos de avaliação com privacidade. Para compor os grupos de homens gays brancos e negros/pardos, foi utilizada uma questão do questionário sociodemográfico sobre a cor da pele, com as seguintes possibilidades de resposta: branco, negro, pardo (mestiço), asiático ou outro.

3. Instrumentos

Neste estudo, utilizámos quatro instrumentos para avaliar os participantes. A primeira foi a Escala de Homofobia Internalizada, originalmente desenvolvida por Ross e Rosser (Ross & Rosser, 1996), que avalia duas dimensões: a homonegatividade internalizada e a homonegatividade percebida na comunidade. Embora o instrumento se intitule “Escala de Homofobia Internalizada”, reconhecemos que o termo “homofobia” pode não captar adequadamente o fenómeno em investigação. Preferimos o termo “homonegatividade”, que abrange um espectro mais amplo de discriminação, incluindo formas subtis como as microagressões e a homonegatividade moderna. A versão brasileira de 19 itens utilizada neste estudo apresentou melhor validade interna num artigo de validação (Lira, 2019) e emprega uma escala Likert de 5 pontos que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), sendo que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de homonegatividade internalizada.

O segundo instrumento foi o Beck Depression Inventory-II (BDI-II), uma escala de 21 itens que avalia a gravidade dos sintomas depressivos através de respostas pontuadas de 0 a 3 (Beck et al., 1961). Abrange tanto sintomas físicos (por exemplo, fadiga, problemas de sono, alterações de peso) como aspetos cognitivos (por exemplo, tristeza, pessimismo, culpa). A gravidade da depressão foi categorizada pelas pontuações totais como mínima (0–11), ligeira (12–19), moderada (20–35) ou grave (36–63) (Gorenstein, 1998).

Em terceiro lugar, administrámos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que mede a ansiedade em duas dimensões: ansiedade-estado (sentimentos actuais) e ansiedade-traço (disposição geral) (Spielberger et al., 1970). Cada subescala contém 20 itens pontuados numa escala Likert de 4 pontos, com pontuações totais que variam de 20 a 80. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de ansiedade e, embora não existam pontos de corte fixos (Biaggio et al., 1977).

4. **Analise de Dados**

As análises estatísticas foram realizadas com o SPSS 29.0. e o nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0.05$). As análises descritivas foram apresentadas como frequências, proporções, médias, medianas e desvios padrão. A normalidade dos dados foi avaliada através dos testes de Shapiro-Wilk, e a homogeneidade das variâncias foi avaliada através do teste de Levene. Devido à distribuição normal, foram conduzidas correlações de Pearson para examinar as relações entre as variáveis. Outras análises incluíram o teste t de Student para comparações de grupos, com tamanhos de efeito calculados através do d de Cohen. Além disso, foram conduzidas análises de regressão linear múltipla hierárquica para avaliar se a cor da pele permanecia um preditor significativo de sofrimento psicológico e homonegatividade internalizada após o controlo da educação e do rendimento, as variáveis sociodemográficas que mostraram correlações significativas com os principais resultados. Para cada variável dependente — depressão, ansiedade de estado e de traço, homonegatividade total, estigma interiorizado e opressão social — a cor da pele foi inserida na primeira etapa, seguida da educação e do rendimento nas etapas subsequentes. Esta abordagem permitiu-nos estimar a contribuição única de cada preditor, enquanto controlámos possíveis variáveis de confusão.

Para classificar a intensidade da correlação entre as variáveis analisadas foram adotados os seguintes intervalos: de 0 a 0.30. correlação ligeira; de 0.30 a 0.70. correlação moderada; e de 0.7 a 1, forte correlação entre as variáveis (Cohen, 1988).

5. **Resultados**

Participaram neste estudo 229 homens gays, com idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos, com uma média de idades de 35.3 (DP = 8.8). O rendimento médio mensal foi de 1.609 EUR (DP = 1.647), com salários que variaram entre 109 e 8.182 EUR por mês, embora a maioria dos participantes (67%) tivesse um rendimento mensal inferior a 1.500 EUR. Dos 229 participantes, 151 (65.9%) identificaram-se como brancos e 78 (34.1%) como negros ou pardos. A maioria dos participantes (63.4%) tinha o ensino superior completo, estava empregada (87.3%), era solteira (75.1%) e vivia com familiares ou companheiro (54.6%). A maioria dos participantes (62%) residia na cidade de São Paulo, o conglomerado urbano mais populoso do Brasil. Dos 218 participantes que responderam à questão sobre o teste do VIH, 117 (53.7%) foram testados nos últimos 6 meses. Em termos de diagnóstico, 36 participantes (15.7%) referiram ser seropositivos.

Os resultados descritivos (Tabela 1) indicaram que as médias observadas variaram em relação às médias teóricas para as variáveis analisadas. Na depressão, a média foi de 14.03, consideravelmente inferior à média teórica de 31.5. A homonegatividade comunitária teve uma média de 11,41 numa escala de 4 a 16, ligeiramente acima da média teórica de 10. Para a homonegatividade internalizada, a média foi de 38.21, próxima da média teórica de 37.5. O score total de homonegatividade foi de 49.63, superando a média teórica de 47.5. A ansiedade de estado teve uma média de 48.16 e a ansiedade de traço 48.65, ambas próximas da média teórica de 50. Estes resultados indicam que os níveis de depressão e homonegatividade divergiram das normas esperadas, enquanto as pontuações de ansiedade se mantiveram mais alinhadas com as expectativas teóricas.

Tabela 1.
Estatísticas descritivas e intervalos de confiança para as variáveis do estudo.

Variáveis	Pontuação Possível	Média Teórica	Média (M)	DP	IC 95%
Depressão	0–63	31,5	14,03	9,53	12,79–15,28
Homonegatividade (comunidade)	4–16	10	11,41	1,43	11,23–11,60
Homonegatividade (internalizada)	15–60	37,5	38,21	3,36	37,78–38,65
Homonegatividade (total)	19–76	47,5	49,63	3,83	49,13–50.13
Ansiedade estado	20–80	50.0	48,16	12,61	46,52–49,80
Ansiedade traço	20–80	50.0	48,65	12,58	47,01–50.29

Realizamos uma análise de correlação entre as variáveis de interesse do estudo, onde a depressão apresenta uma forte correlação positiva com a ansiedade-estado ($r = 0.75$; $p < 0.001$) e a ansiedade-traço ($r = 0.80$; $p < 0.001$), indicando que níveis mais elevados de ansiedade estão fortemente associados ao aumento dos sintomas depressivos. Além disso, a depressão está negativamente correlacionada com o nível de educação ($r = -0.19$; $p < 0.001$), o rendimento ($r = -0.17$; $p < 0.001$) e a cor da pele ($r = -0.17$; $p < 0.001$), sugerindo que níveis mais elevados de educação e rendimento estão associados a uma menor depressão, e que os indivíduos com tons de pele mais claros podem relatar níveis mais baixos de depressão.

Neste estudo, a homonegatividade total apresentou uma correlação positiva significativa com a perceção externa do estigma ($r = 0.49$; $p < 0.01$) e a perceção interna do estigma ($r = 0.92$; $p < 0.01$). Estas descobertas indicam uma forte relação entre a homonegatividade geral e os seus subcomponentes, particularmente a perceção interna do estigma. A perceção externa do estigma está positivamente correlacionada com a perceção interna do estigma ($r = 0.13$; $p < 0.05$) e com a ansiedade-traço ($r = 0.13$; $p < 0.05$), sugerindo que os indivíduos que percecionam um maior estigma externo também tendem a interiorizar mais o estigma e a experienciar níveis mais elevados de ansiedade-traço. A ansiedade de estado está altamente correlacionada com a ansiedade de traço ($r = 0.87$; $p < 0.05$), confirmando a estreita relação entre estas duas formas de ansiedade. A ansiedade de estado está também negativamente correlacionada à idade ($r = -0.15$; $p < 0.05$) e ao rendimento ($r = -0.16$; $p < 0.05$), e positivamente à cor da pele ($r = 0.14$; $p < 0.05$), indicando que os indivíduos mais jovens, os que têm rendimentos mais baixos e os indivíduos com tons de pele mais escuros apresentam níveis mais elevados de ansiedade de estado.

A ansiedade traço, para além da sua forte correlação com a depressão e a ansiedade estado, apresenta uma relação negativa significativa com a idade ($r = -0.24$; $p < 0.001$), a educação ($r = -0.18$; $p < 0.001$) e o rendimento ($r = -0.24$; $p < 0.001$). Estes resultados sugerem que os indivíduos mais velhos, com maior escolaridade e níveis de rendimento mais elevados tendem a apresentar níveis mais baixos de ansiedade característica. Além disso, a ansiedade característica está positivamente correlacionada com a cor da pele ($r = 0.19$; $p < 0.001$), indicando que os indivíduos negros/pardos podem apresentar níveis mais elevados de ansiedade característica.

A idade está positivamente correlacionada com o nível de educação ($r = 0.25$; $p < 0.001$) e com o rendimento ($r = 0.31$; $p < 0.001$), sugerindo que os indivíduos mais velhos desta

amostra tendem a ter níveis mais elevados de educação e rendimento. Por fim, o nível de escolaridade também está positivamente correlacionado com o rendimento ($r = 0.37$; $p < 0.001$), reforçando a relação esperada de que o ensino superior está associado a um rendimento mais elevado. Não existe relação significativa entre a cor da pele e o rendimento ou o nível de educação. Os resultados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2.
Correlações entre depressão, homonegatividade, ansiedade, idade, nível de escolaridade e renda.

Variáveis	Depressão	Homonegatividade (Total)	Homonegatividade (Comunidade)	Homonegatividade (Internalizada)	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço	Idade	Escolaridade	Renda
Depressão	-	0.13 *	0.09	0.11	0.75 **	0.80 **	−0.11	−0.19 **	−0.17 **
Homonegatividade (total)		-	0.49 **	0.92 **	0.06 *	0.11	0.04	0.08	0.10
Homonegatividade (comunidade)			-	0.13 *	0.08	0.13 *	−0.06	−0.05	0.03
Homonegatividade (internalizada)				-	0.03	0.07	0.07	0.11	0.10
Ansiedade estado					-	0.87 *	−0.15 *	−0.11	−0.16 *
Ansiedade traço						-	−0.24 **	−0.18 **	−0.24 **
Idade (anos)							-	0.25 **	0.31 **
Escolaridade								-	0.37 **
Renda									-

Para investigar mais a fundo as diferenças nos resultados entre indivíduos negros/pardos e brancos, realizámos o teste t de Student (Tabela 3). Em relação à ansiedade do estado, os participantes negros/pardos obtiveram pontuações mais elevadas do que os participantes brancos. Da mesma forma, para a ansiedade-traço, os participantes negros/pardos obtiveram pontuações mais elevadas do que os participantes brancos, refletindo uma ansiedade-traço elevada entre os indivíduos negros/pardos. Além disso, a homonegatividade internalizada foi marginalmente menor para os participantes negros/pardos em comparação com os participantes brancos.

Tabela 3.
Diferenças entre os grupos por cor da pele em relação à depressão, homonegatividade e ansiedade.

Variável	Total (n = 229)		Branco (n = 151)		Negro/Pardo (n = 78)		t	p	d
	M		DP		M		DP	M	DP
Depressão	14.03		9.53		13.36		9.66	15.34	9.21
Homonegatividade (comunidade)	11.41		1.43		11.37		1.48	11.50	1.34
Homonegatividade (internalizada)	38.21		3.36		38.52		3.03	37.62	3.87
Homonegatividade (total)	49.63		3.83		49.90		3.52	49.12	4.35
Ansiedade estado	48.16		12.61		46.46		12.69	51.46	11.85
Ansiedade traço	48.65		12.58		47.25		12.62	51.36	12.12

Os tamanhos do efeito, medidos pelo d de Cohen, revelam vários graus de diferenças entre os participantes brancos e negros/pardos. O tamanho do efeito para a homonegatividade internalizada foi pequeno (d = 0.26), denotando uma diferença prática estatisticamente significativa, mas provavelmente limitada. Enquanto isso, as ansiedades de estado e de traço tiveram tamanhos de efeito médios (d = 0.4 para a ansiedade de estado, 0.33 para a ansiedade de traço), sugerindo que os participantes negros/pardos têm níveis de ansiedade substancialmente mais elevados do que os seus homólogos brancos. Embora estes tamanhos de efeito, considerados isoladamente, não sejam grandes, representam diferenças significativas naquela esfera da investigação psicológica em que os efeitos moderados são frequentemente vistos como indicadores potenciais de diferenças importantes nos resultados de saúde mental.

Foram realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica para avaliar se a cor da pele se mantinha um preditor significativo de sofrimento psicológico após o controlo da educação e do rendimento. A cor da pele foi inserida na primeira etapa de cada modelo, a educação na segunda e o rendimento na terceira etapa. Os resultados completos podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4.
Regressão linear hierárquica múltipla.

Variável Dependente	Modelo	Preditor	β	p	R^2 ajustado
Depressão	1	Cor da pele	0.170	0.010	0.025
	2	Cor da pele	0.176	0.007	0.059
		Escolaridade	−0.197	0.002	
	3	Cor da pele	0.179	0.006	0.068
		Escolaridade	−0.152	0.028	
		Renda	−0.119	0.086	
Ansiedade traço	1	Cor da pele	0.190	0.004	0.032
	2	Cor da pele	0.196	0.003	0.064
		Escolaridade	−0.190	0.003	
	3	Cor da pele	0.201	0.002	0.097
		Escolaridade	−0.114	0.096	
		Renda	−0.206	0.003	
Ansiedade estado	1	Cor da pele	0.146	0.027	0.017
	2	Cor da pele	0.150	0.023	0.027
		Escolaridade	−0.120	0.068	
	3	Cor da pele	0.153	0.019	0.042
		Escolaridade	−0.065	0.356	
		Renda	−0.148	0.035	

A cor da pele foi um preditor significativo de depressão, ansiedade-traço e ansiedade-estado, embora a causalidade não possa ser inferida devido ao desenho transversal; a sua importância manteve-se após a contabilização da educação e do rendimento. No entanto, a incorporação de variáveis sociodemográficas aumenta o poder explicativo dos modelos. Níveis mais baixos de educação e rendimento também foram associados a um aumento

do sofrimento psicológico, embora a força e a importância das relações variassem de acordo com o resultado.

Por outro lado, os modelos para prever os resultados de homonegatividade internalizada, tanto a pontuação total como as subescalas de estigma internalizado e opressão social percebida, não produziram resultados estatisticamente significativos para nenhum dos preditores. Isto sugere-nos que o sofrimento psicológico nesta amostra é influenciado tanto pela posição socioeconómica como pela experiência racializada, enquanto a homonegatividade internalizada não parece ter sido substancialmente influenciada pelas variáveis sociodemográficas que examinámos.

4. Discussão

O nosso estudo teve como objetivo avaliar associações entre variáveis sociodemográficas, homonegatividade, sofrimento psicológico e cor da pele numa amostra de homens gays brasileiros e avaliar possíveis diferenças na homonegatividade e sofrimento psicológico entre grupos de homens gays negros e brancos. Teve também como objetivo investigar o poder preditivo da cor da pele na homonegatividade e nos sintomas de depressão e ansiedade. A nossa amostra foi constituída principalmente por homens gays brasileiros de classe média alta de grandes centros urbanos brasileiros, particularmente São Paulo.

Na análise global dos participantes, encontrámos uma correlação positiva e significativa entre a homonegatividade total e a depressão. Este achado corrobora a nossa hipótese inicial e é consistente com outros estudos brasileiros (Alckmin-Carvalho et al., 2024) e internacionais (Moody et al., 2018). A associação entre homonegatividade e depressão foi explicada, pelo menos em parte, pela teoria do stress minoritário (Meyer, 2021). Esta teoria postula que as pessoas LGBTQIA+ são mais vulneráveis a problemas de saúde mental devido ao stress adicional causado pela exposição crónica à homonegatividade na sociedade, incluindo isolamento social, rejeição social e bullying homofóbico, falta de modelos e menos representação em posições de poder.

Encontrámos também uma correlação negativa e significativa entre a homonegatividade total e o nível de educação, indicando que os participantes com níveis de educação mais elevados tendiam a reportar pontuações mais baixas de homonegatividade. Uma vez que níveis de escolaridade mais elevados tendem a estar associados a indicadores de rendimento mais elevados (associação também encontrada neste estudo), é possível que, apesar das dificuldades associadas à homonegatividade, estes participantes se tenham conseguido estruturar em termos de desenvolvimento intelectual e laboral, dois fatores-

chave na formação do autoconceito de uma pessoa na sociedade ocidental, associados a uma melhor autoestima e a um maior sentido de autoeficácia. Além disso, é possível que os indivíduos com níveis educacionais mais elevados tenham maior probabilidade de ter acesso a informação sobre a homossexualidade e de avaliar criticamente os dogmas religiosos que ligam a homossexualidade ao pecado – um fenómeno generalizado na cultura predominantemente conservadora e cristã do Brasil (Alckmin-Carvalho, 2024). No entanto, é possível que outros fatores, como a abertura à diversidade, possam influenciar tanto o nível de escolaridade como os níveis de homonegatividade.

Contrariamente à nossa hipótese, não encontrámos correlação entre a homonegatividade internalizada e a depressão e ansiedade entre os participantes. Este resultado pode ser explicado pelo facto de que a perceção da homonegatividade, especialmente a homonegatividade internalizada, pode ser difícil de avaliar devido a mecanismos de defesa, como a negação e a projeção, e pode servir para proteger os indivíduos da dissonância cognitiva relacionada com a concretização do preconceito contra si próprios.

Além disso, para avaliar a homonegatividade, utilizámos a versão brasileira (Lira A, 2019) da Escala de Homofobia Internalizada (Ross & Rosser, 1996), um dos poucos instrumentos com evidência de validade para a população brasileira, para avaliar a homonegatividade percebida na comunidade e internalizada pelos homens gays. Embora o instrumento tenha sido utilizado em pesquisas em todo o mundo e tenha indicadores relativamente bons de validade interna, pode não captar adequadamente novas formas de homonegatividade, como as microagressões, que podem ser menos explícitas e, por isso, mais difíceis de detetar (Morrison & Morrison, 2011).

Encontrámos também uma correlação positiva e significativa entre a homonegatividade total e a ansiedade de estado, um constructo relacionado com o nível de ansiedade que o indivíduo sente no presente. Em consonância com estudos anteriores, este achado demonstra que a expectativa de rejeição e o historial de punição a que os homossexuais são frequentemente sujeitos em sociedades heteronormativas aumentam a hipervigilância e alteram a neurofisiologia do sistema límbico, tornando o indivíduo mais sensível a estímulos aversivos e aumentando os comportamentos de fuga e evitamento, principalmente nas relações interpessoais (Moody et al., 2018, Lin et al., 2021).

A nossa análise revelou correlações negativas e significativas entre a ansiedade-traço e a ansiedade-estado e a idade e o rendimento. Este resultado sugere que, na amostra avaliada, os indivíduos mais velhos e com rendimentos mais elevados reportaram menores níveis de homonegatividade. Este resultado pode ser consequência do

desenvolvimento de competências socioemocionais para a gestão da ansiedade ao longo da vida, bem como do envolvimento em tratamentos de saúde mental, como a psicoterapia e o uso de medicação psicotrópica. Por fim, acreditamos que os homens gays com rendimentos elevados podem proteger-se da homonegatividade através de um processo de aceitação condicionada do indivíduo gay pela comunidade, se este tiver características socialmente desejáveis e valorizadas, como a beleza e a prosperidade. Os efeitos nocivos deste processo são evidentes na elevada taxa de prevalência de burnout (Calhoun & Tedeschi, 2006) e de distúrbios alimentares (Viehl et al., 2018), problemas de saúde mental que afectam desproporcionalmente a comunidade gay ocidental, bem como na auto-estima excessivamente associada ao desempenho, em detrimento de outras características e valores do indivíduo.

Encontrámos diferenças significativas nos níveis de ansiedade de traço e de estado entre as cores de pele, assim como a cor da pele se revelou um preditor significativo de sintomas de depressão, ansiedade de traço e ansiedade de estado. Estes achados podem refletir o impacto cumulativo de situações stressantes vivenciadas ao longo da vida, como o impacto heterossexista racializado brasileiro, que pode ter moldado alguns traços de personalidade dos participantes (Carver et al., 2014), contribuindo para elevados níveis de sofrimento psicológico nesta população. Quanto às diferenças nas médias de ansiedade entre os dois grupos raciais, os resultados confirmam os achados de Lin et al. (2023), indicando que os homens gays negros ou pardos apresentam níveis mais elevados de ansiedade. Isto pode dever-se à sua exposição a múltiplos stressores minoritários em comparação com os indivíduos brancos (Miller et al., 2022).

No entanto, os participantes negros demonstraram menos homonegatividade percebida e menos depressão. Este resultado pode ser atribuído ao facto de o desenvolvimento da identidade racial não desempenhar, de facto, um papel importante na explicação dos problemas mentais entre os homens gays pardos/negros no Brasil, e que talvez a resiliência possa ser um fator atenuante mais importante para a depressão. Isto está em linha com a Teoria das Forças Minoritárias (Nadal et al., 2014), que sugere que as forças pessoais e coletivas nas populações minoritárias permitem o desenvolvimento da resiliência intersectorial. No que diz respeito aos homens gays negros, a resiliência intersectorial destaca a possibilidade de responder ao estigma e à opressão com orgulho nas identidades interseccionais, na perseverança, na defesa da comunidade e no apoio social, ajudando-os a navegar pelo racismo e pelo heterossexismo (Moeller, 2020).

De facto, no contexto das comunidades gays negras e pardas no Brasil, a capacidade dos indivíduos de recuperar das adversidades, mantendo a sua saúde mental, é particularmente saliente devido às injustiças sistémicas históricas e atuais enfrentadas por estas populações, incluindo a discriminação, as disparidades económicas e a exclusão social. Este duplo reconhecimento permite uma compreensão mais detalhada dos fatores de saúde mental que contribuem para a resiliência, que geralmente incluem fortes laços familiares e comunitários, identidade cultural e racial, acesso a recursos e estratégias de coping positivas, promovendo um sentimento de pertença.

Os nossos resultados também trazem luz ao papel que a identidade racial pode desempenhar na formação de resultados de saúde mental entre homens gays negros e pardos no Brasil. Uma forte identidade racial pode levar a um maior sentido de comunidade e autoestima, que são fatores cruciais de proteção contra os problemas de saúde mental através do orgulho e da afirmação da identidade. Acreditamos que a interação entre a identidade racial e a saúde mental é multidimensional e requer abordagens direcionadas que reconheçam as experiências únicas que estes homens enfrentam. Os fatores de proteção devem ter em conta o contexto histórico do Brasil em relação ao legado colonial e aos desenvolvimentos pós-coloniais, aos fatores socioeconómicos, à representação nos media, ao movimento global LGBTQIA+ e ao ativismo local, ao acesso a cuidados de saúde e apoio à saúde mental, e às experiências de violência e discriminação.

A hipótese 3 foi também parcialmente confirmada. O nosso estudo mostrou que a cor da pele foi um preditor significativo de sintomas de ansiedade e depressão, mostrando que indivíduos com diferentes cores de pele apresentam níveis mais elevados de sofrimento psicológico, confirmando descobertas anteriores (Oh et al., 2024). No entanto, em relação à homonegatividade, não encontramos associação significativa. Estes resultados não indicam que exista uma relação biológica entre o sofrimento psicológico e a raça, mas sim uma racialização (Goodman 2000), derivada do ambiente, do contexto e da sociedade (Spalding et al., 2021).

Estas circunstâncias fazem parte de um contexto mais amplo de desigualdade social e racial no Brasil, que é um dos países mais desiguais do mundo (De Oliveira, 2023). A desigualdade social no Brasil está profundamente enraizada na estrutura histórica do país, marcada pela colonização e pela escravização dos povos negros, cujas consequências ainda se fazem sentir, principalmente nas questões relacionadas com a cor da pele.

Neste estudo, esperamos identificar uma correlação positiva e significativa entre a homonegatividade e os sintomas depressivos, em linha com pesquisas anteriores (Alckmin-Carvalho et al., 2024; Moody et al., 2018). No entanto, apesar de nenhum dos fatores de homonegatividade ter apresentado uma correlação estatisticamente significativa com os indicadores de sofrimento psicológico, verificou-se uma relação positiva, ainda que fraca, consistente com um estudo anterior (Perry et al., 2023).

Embora seja essencial investigar a relação entre a homonegatividade internalizada e o sofrimento psicológico, Frost e Meyer (2009) defendem que é ainda mais relevante reconhecer que não faz sentido abordar a homonegatividade apenas numa perspetiva interna, uma vez que tanto a homonegatividade interna como a externa emergem como fenómenos derivados do estigma social (Russell, 2007). Neste sentido, para promover mudanças significativas no panorama sociocultural, acreditamos ser fundamental a implementação de formações intersectoriais dirigidas aos profissionais de saúde mental, aos prestadores de serviços e aos sistemas de saúde, tanto públicos como privados (Dawes et al., 2024). Esta formação deve ter como objetivo diversificar as práticas e intervenções em saúde mental para compreender e priorizar as necessidades específicas e atuais das minorias sexuais e raciais no Brasil, considerando aspetos da história destes grupos e da marginalização social contra eles, numa perspetiva interseccional.

Os homens gays brasileiros avaliados reportaram níveis elevados de homonegatividade comunitária e internalizada e reportaram uma elevada frequência de sintomas de ansiedade e depressão. Encontrámos níveis mais baixos de homonegatividade internalizada em homens gays negros e pardos. Estes achados podem indicar a presença de mecanismos de proteção contra a internalização da homonegatividade e da depressão, mas não contra a ansiedade, que foi significativamente maior neste grupo duplamente exposto ao fardo do estigma. Os nossos resultados reiteram a importância do desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas específicas e de programas educativos interseccionais, bem como da promoção de espaços culturais inclusivos e de visibilidade para estas comunidades, considerando as especificidades da realidade sociocultural brasileira, com o objetivo de reduzir a homonegatividade e o racismo e os seus efeitos. Estas iniciativas podem criar um ambiente social mais favorável à construção de identidades gay positivas, independentemente da cor da pele.

5. **Referencias:**

Alckmin-Carvalho, F., Oliveira, A. D. P. J., Lapietra, S., Pereira, R. F., & Nichiata, L. Y. I. (2024). Signs and symptoms of depression in Brazilian gay men living with HIV: A cross-sectional study. *Psicologia, Saúde & Debate*, *10.* 490–504. https://doi.org/10.22289/2446-922X.V10A2A30

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561–571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Belandi, C., & Gomes, I. (2023, 22 de dezembro). *Census 2022: For the first time since 1991, most of Brazil's population declares itself brown*. Agência de Notícias IBGE. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/releases/37563-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-maioria-se-declara-parda (Acessado em 3 de janeiro de 2025)

Biaggio, A. M. B., Natalício, L., & Spielberger, C. D. (1977). Development of the Portuguese experimental form of Spielberger's Trait-State Anxiety Inventory (IDATE). *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, *29*, 31–44.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Dawes, H. C., Eden, T. M., Hall, W. J., Srivastava, A., Williams, D. Y., & Matthews, D. D. (2024). Which types of social support matter for Black sexual minority men coping with internalized homophobia? Findings from a mediation analysis. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1235920. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1235920

De Oliveira, F. M. (2023). Social inequality: A trajectory of insistence in Brazil. *Contributions to Social Sciences*, *16*, 6750–6766. https://doi.org/10.55905/revconv.16n.7-151

El País. (2018, October 7). What Bolsonaro has actually said about women, blacks and gays. *El País*.

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(1), 97–109. https://doi.org/10.1037/a0012844

Goodman, A. H. (2000). Why genes don't count (for racial differences in health). *American Journal of Public Health*, *90*(11), 1699–1702. https://doi.org/10.2105/ajph.90.11.1699

Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Beck Depression Inventory: Psychometric properties of the Portuguese version. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *25*(5), 245–250.

Herek, G. M., Chopp, R., & Strohl, D. (2007). Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (pp. 171–208). Springer.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Orientação sexual autoidentificada da população adulta*. Coordenação de Trabalho e Rendimento. https://www.ibge.gov.br (Acessado em 12 de dezembro de 2024).

Lima, A. B. (2021). Our everyday racism: Contradictions of a society that presents itself as racially democratic. *Athenea Digital*, *21*(3), e2734. https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2734

Lin, H.-C., Chang, C.-C., Chang, Y.-P., Chen, Y.-L., & Yen, C.-F. (2022). Associations among perceived sexual stigma from family and peers, internalized homonegativity, loneliness, depression, and anxiety among gay and bisexual men in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(10), 6225. https://doi.org/10.3390/ijerph19106225

Lin, H.-C., Chen, Y.-L., Ko, N.-Y., Chang, Y.-P., Lu, W.-H., & Yen, C.-F. (2021). Perception of attitudes of the general population toward homosexuality in Taiwan: Roles of demographic fators, mental health, and social debates on legalizing same-sex marriage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2618. https://doi.org/10.3390/ijerph18052618

Lira, A. N., & de Morais, N. A. (2019). Validity evidences of the Internalized Homophobia Scale for Brazilian gays and lesbians. *Psico-USF*, *24*(2), 361–372. https://doi.org/10.1590/1413-82712019240212

Medina, M. (2024, October 7). Brazil registers record number of LGBT+ people elected in 2024 municipal elections. *Brasil de Fato*.

Meyer, I. H. (2021). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(S), 3–26. https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3

Miller, G. H., Marquez-Velarde, G., Lindstrom, E. D., Keith, V. M., & Brown, L. E. (2022). Neighbourhood cohesion and psychological distress across race and sexual orientation. *SSM - Population Health*, *18*, 101134. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101134

Moeller, K. (2020). The politics of curricular erasure: Debates on race, gender, and sexuality in the Brazilian 'common core' curriculum. *Race Ethnicity and Education*, *24*(1), 18–38. https://doi.org/10.1080/13613324.2020.1798382

Moody, R. L., Starks, T. J., Grov, C., & Parsons, J. T. (2018). Internalized homophobia and drug use in a national cohort of gay and bisexual men: Examining depression, sexual anxiety, and gay community attachment as mediating fators. *Archives of Sexual Behavior*, *47*, 1133–1144. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1009-2

Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2014). The adverse impact of racial microaggressions on college students' self-esteem. *Journal of College Student Development*, *55*(5), 461–474. https://doi.org/10.1353/csd.2014.0051

Oh, H., Pickering, T. A., Martz, C., Lincoln, K. D., Breslau, J., & Chae, D. (2024). Ethno-racial differences in anxiety and depression impairment among emerging adults in higher education. *SSM - Population Health*, *26*, 101678. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101678

Perry, N., Goldenberg, T., Huebner, D., Brown, A. L., Ware, D., Meanley, S., & Plankey, M. (2023). Longitudinal associations of relationship support and strain and internalized homophobia with mental health among middle-aged and older gay and bisexual men. *Aging & Mental Health*, *27*(7), 1609–1618. https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2146656

Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (1996). The internalized homophobia scale: A new measure for assessing the cognitive and emotional aspects of internalized homophobia. *Journal of Clinical Psychology*, *52*(1), 15–21.

Russell, G. M. (2007). Internalized homophobia: Lessons from the Möbius strip. In C. Brown & T. Augusta-Scott (Eds.), *Narrative therapy: Making meaning, making lives* (pp. 151–173). Sage Publications.

Silva, L. C., Oliveira, R. S., & Carvalho, A. P. D. (2020). Contemporary advances and challenges in the process of guaranteeing human rights for the LGBT population in Brazil. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, *4*, 1893–1917.

Sowe, B. J., Brown, J., & Taylor, A. J. (2014). Sex and the sinner: Comparing religious and nonreligious same-sex attracted adults on internalized homonegativity and distress. *American Journal of Orthopsychiatry*, *84*(5), 530–544. https://doi.org/10.1037/ort0000021

Spalding, D. M., MacAngus, K., Moen, M. K., & Nicholls, L. A. B. (2021). Adult aging moderates the relationship between trait cognitive anxiety and subjective everyday

cognitive difficulties. *Frontiers in Psychology*, *12*, 747839. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747839

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Capítulo 10

O sentido da vida em estudantes universitários: projeto de investigação

Pedro Rodrigues[1], Graça Esgalhado[2], Guida da Ponte[3]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal
[3] Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho, Portugal

Autor Correspondente: Pedro Rodrigues. **E-mail:** pedro.miguel.rodrigues@ubi.pt

Resumo: O sentido da vida é uma variável que promove uma maior satisfação com a vida, menor sintomatologia depressiva, e um melhor desempenho académico. O objetivo deste projeto é estudar a influência do sentido da vida no bem-estar psicológico em estudantes do 1º ano do ensino superior. Método: Amostra composta por estudantes universitários portugueses do 1º ano (18-19 anos). O estudo terá 3 fases: 1ª fase – quantitativo, que analisa a influência do Sentido da Vida no Bem-estar Psicológico, através dos instrumentos: (1) Questionário sociodemográfico; (2) *Questionário do Sentido da Vida*; (3) *Escala de Resiliência para Adultos*; (4) *Escala de Funcionamento Psicológico Positivo*; (5) *Escala de Distress Psicológico de Kessler de 10 itens*; (6) *Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref)*; (7) *FACIT-Sp Non-Illnes.;* 2ª fase – validação da escala de avaliação do bem estar espiritual (*WHOQOL-Bref);* 3ª fase - qualitativo, análise de conteúdo sobre o(s) sentido(s) da vida dos estudantes. Resultados: Prevemos uma associação negativa entre o sentido da vida e o mal-estar psicológico, e uma correlação positiva entre o sentido da vida e o funcionamento psicológico positivo, a resiliência, a espiritualidade e a qualidade de vida. No estudo qualitativo, espera-se identificar as fontes do sentido da vida atribuídos às vidas dos estudantes. Conclusões: Os resultados poderão fornecer *insights* para futuras intervenções clínicas e educacionais, auxiliando na promoção da saúde mental e no desenvolvimento de estratégias eficazes para o bem-estar dos jovens adultos.
Palavras-chave: Sentido da vida; Bem-estar psicológico; Estudantes do Ensino Superior.

Abstract: Meaning in life is a variable that promotes greater life satisfaction, lower depressive symptomatology, and better academic performance. The aim of this project is to examine the influence of meaning in life on the psychological well-being of first-year university students. Method: The sample will consist of Portuguese first-year university students (aged 18–19 years). The study will be conducted in three phases: Phase 1 – Quantitative: This phase will analyze the influence of meaning in life on psychological well-being using the following instruments: (1) Sociodemographic Questionnaire; (2) Meaning in Life Questionnaire; (3) Resilience Scale for Adults; (4) Positive Psychological Functioning Scale; (5) Kessler Psychological Distress Scale (K10); (6) World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF); (7) FACIT-Sp Non-Illness Version. Phase 2 – Validation of the WHOQOL-BREF Spiritual Well-Being assessment scale. Phase 3 – Qualitative: Content analysis will be conducted to explore the meaning(s) attributed to life by the students. Expected Results: We anticipate a negative association between meaning in life and psychological distress, and a positive correlation between meaning in life and positive psychological functioning, resilience, spirituality, and quality of life. In the qualitative phase, it is expected that the main sources of meaning in life identified by the students will be uncovered. Conclusions: The results may offer insights for future clinical and educational interventions, contributing to the promotion of mental health and the development of effective strategies for enhancing the well-being of young adults.

Key-Words: Meaning in life; Psychological well-being; University students.

1. Introdução

A transição para o ensino superior representa um período crítico do desenvolvimento pessoal e emocional, no qual os estudantes do 1º ano estão expostos a novos desafios académicos, sociais e emocionais, que podem influenciar significativamente o bem-estar psicológico (Kuk & Guszkowska, 2019). Nesta fase, existe uma forte possibilidade de os estudantes não terem sucesso académico, com consequências a nível da saúde mental e do bem-estar (Bruffaerts et al., 2018).

Park e Baumeister (2017) defendem que a construção de um sentido de vida pode servir como fator protetor contra o desenvolvimento de perturbações mentais, como a depressão e a ansiedade. Kadir & Mohd (2021) e Chen & Cheng (2020) afirmam que o

sentido da vida desempenha um papel vital no bem-estar geral dos jovens, contribuindo para a satisfação com a vida, diminuição dos sintomas depressivos, influenciando, até, o desempenho académico.

Segundo Khumalo et al. (2014), o sentido da vida está positivamente correlacionado com a espiritualidade e religiosidade, e negativamente correlacionado com o stress percecionado (Halama et al., 2014). Já a resiliência está associada a altos níveis de satisfação com a vida (Brown et al., 2023) e a um melhor desempenho académico (Labrague et al., 2018).

Apesar de ainda persistirem incertezas sobre a relação entre o sentido da vida e o género, segundo Siwek et al. (2017), o género masculino associa o sentido da vida ao sucesso financeiro, enquanto o feminino o relaciona com aspetos emocionais e sociais. Além disso, parece correlacionar-se com o estatuto socioeconómico, indicando que pontuações mais altas estão associadas a um estatuto mais elevado (Ward & King, 2017). Diversas pesquisas também sugerem que o sentido da vida é um preditor de bem-estar subjetivo (García-Alandete et al., 2013), comportamentos saudáveis (Brassai et al., 2012) e uma melhor saúde mental em jovens e adolescentes (Brassai et al., 2011).

No entanto, dada a escassez de literatura sobre os jovens adultos, especificamente na população portuguesa, destaca-se a necessidade de investigações que colmatem esta lacuna, de forma a melhor compreender esta faixa etária, que corresponde a um período fulcral do desenvolvimento humano, visando comportamentos mais positivos, tais como um maior envolvimento académico, estratégias saudáveis de regulação emocional e uma maior capacidade de tomada de decisão, em prol de um melhor bem-estar psicológico.

Neste sentido, o objetivo primário desta investigação é estudar a influência do sentido da vida no bem-estar psicológico de estudantes do 1º ano do ensino superior, enquanto possível fator protetor do bem-estar psicológico, compreendendo a fase de adaptação para o ensino superior, que em termos desenvolvimentais abrange o fim da adolescência e o início da idade adulta. Como objetivos secundários definem-se: (1) estudar a influência de variáveis sociodemográficas; (2) estudar a influência de variáveis como resiliência, funcionamento psicológico positivo, espiritualidade/religiosidade e da qualidade de vida; (3) validar um instrumento designado *FACIT-Sp Non-Illness* para a população portuguesa, e (4) identificar-se as principais fontes de sentido a que os estudantes atribuem às suas vidas.

Método

Participantes

A amostra será composta por estudantes do ensino superior que estão matriculados em cursos públicos e privados do ensino superior português, frequentando pela primeira vez o 1º ano dos seus respetivos cursos, com idades compreendidas entre os 18 e os 19 anos, e cuja nacionalidade é portuguesa. No que diz respeito aos critérios de inclusão, os participantes devem ter entre 18 e 19 anos, estarem matriculados no ensino superior (público e privado) pela primeira vez, e terem nacionalidade portuguesa. Por sua vez, no que diz respeito aos critérios de exclusão, os estudantes universitários que se encontrarem a receber ou já receberam acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico devido a uma doença mental grave (e.g., perturbações psicóticas e/ou perturbações relacionadas com o uso de substâncias).

Instrumentos

No primeiro Estudo (E1) será realizado um estudo quantitativo, descritivo, comparativo, preditivo e transversal, com o objetivo de avaliar a influência do sentido da Vida no bem-estar psicológico em estudantes do 1º ano do ensino superior. Para concretizar este estudo utilizaremos um protocolo de investigação constituído pelos seguintes instrumentos:

a. Questionário de dados sociodemográficos (idade, género, estatuto socioeconómico, local de residência (contexto urbano ou rural), área de estudos, média dos resultados académicos até ao momento, e se já recorreu ao serviço de Psicologia e/ou Psiquiatria ou está a ser acompanhado, e em caso afirmativo, o motivo).

b. Questionário do Sentido da Vida (Portugal et al., 2017), versão portuguesa do *The Meaning in Life Questionnaire* (Steger et al., 2006), é composto por duas subescalas de cinco itens cada, a fim de medir a Presença e a Procura de sentido da vida. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a "Absolutamente Falso" e 7 a "Absolutamente Verdadeiro".

c. Escala de Distress Psicológico de Kessler de 10 itens (K10): com adaptação portuguesa de Pereira et al. (2019), este instrumento visa a avaliação de mal-estar psicológico não-específico, sentido durante o último mês. Utiliza uma escala de resposta do tipo Likert com 5 pontos: 1 – Nunca; 2 – Poucas Vezes; 3 – Às Vezes; 4 – Muitas Vezes e 5 – Sempre.

d. Escala de Resiliência para Adultos (ERA): com adaptação portuguesa de Pereira et al. (2016), é um questionário de autorresposta que avalia diversas características de resiliência, contendo itens que na sua estrutura original se organizam nos seis fatores

seguintes: Perceção do Self, Planeamento do Futuro, Competências Sociais, Coesão Familiar, Recursos Sociais e Estilo Estruturado.

e. Escala de Funcionamento Psicológico Positivo (EFPP; adaptação portuguesa de Oliveira et al., 2018): é constituída por 33 itens, com um formato de resposta Likert (em que 1=Discordo Totalmente e 5=Concordo Totalmente). Os itens agrupam-se em 11 dimensões (ou recursos psicológicos), cada uma com 3 itens. As dimensões da EFPP são: i) Autonomia, ii) Resiliência, iii) Autoestima, iv) Propósito na Vida, v) Desfrute, vi) Otimismo, vii) Curiosidade, viii) Criatividade, ix) Humor, x) Domínio do Meio e xi) Vitalidade.

f. Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOLF-BREF, versão em Português): consiste numa versão breve (Vaz Serra et al., 2006), tendo como objetivo avaliar a qualidade de vida definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O questionário é composto por 26 itens que estão agrupados nos seguintes 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

g. *FACIT-Sp Non-Illness* (Versão da *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being*, desenvolvido por Peterman et al., 2002): permite avaliar o bem-estar espiritual, sendo constituído por 12 itens, e contemplando duas subescalas: Sentido/Paz e Fé. As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de Likert de cinco pontos (0=nem um pouco até 4=muitíssimo).

No segundo estudo (E2), será efetuada a validação do *FACIT-Sp Non-Illness* (Versão da *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being*, desenvolvido por Peterman et al., 2002).

Por fim, no terceiro estudo (E3) realizar-se-á uma investigação qualitativa, com o objetivo de explorar aprofundadamente os sentidos que os estudantes do 1º ano do ensino superior atribuem às suas vidas, proporcionando uma visão rica e detalhada dos mesmos. O Guião de Entrevista, com perguntas semiestruturadas, incluirá questões sociodemográficas e questões referentes às fontes do sentido da vida.

Procedimentos

No que diz respeito ao estudo quantitativo, as universidades públicas e privadas serão contactadas e solicitadas para permitirem a realização do estudo. Após a autorização, será pedido o consentimento informado dos alunos do primeiro ano do ensino superior, e deste modo, proceder-se-á à aplicação dos questionários a serem preenchidos pelos estudantes. Em relação ao estudo qualitativo, serão realizadas

entrevistas, nas quais os estudantes serão abordados aquando da recolha dos dados quantitativos, sendo pedido o consentimento aos estudantes para a gravação em suporte áudio, de modo a auxiliar a análise posterior pelos investigadores.

Resultados

Os resultados esperados com estes estudos apontam, em primeiro lugar, para a existência de uma associação negativa entre o sentido da vida e o mal-estar psicológico entre os estudantes do 1.º ano do ensino superior, sugerindo que níveis mais elevados de sentido da vida estarão relacionados com níveis mais baixos de sofrimento psicológico.

Em segundo lugar, prevê-se que o sentido da vida apresente uma correlação positiva para com o funcionamento psicológico positivo, a resiliência, a espiritualidade e a qualidade de vida, enquanto possíveis fatores protetores de saúde mental.

Por fim, no âmbito do estudo qualitativo, espera-se identificar as principais fontes de sentido da vida a que os estudantes do 1.º ano do ensino superior atribuem às suas vidas, proporcionando uma compreensão mais aprofundada sobre o bem-estar psicológico desta população.

Discussão

Enquadrado na área científica da Psicologia Clínica e da Saúde, este projeto de investigação centra-se em estudar a influência do sentido da vida no bem-estar psicológico de estudantes do 1º ano do ensino superior. Através de metodologias quantitativas e qualitativas, o projeto visa aprofundar a compreensão de como o sentido da vida pode mitigar fatores de risco psicológicos, durante a fase de adaptação para o ensino superior, correspondendo ao fim da adolescência e início da idade adulta.

Deste modo, esta investigação não só preenche uma lacuna significativa na literatura existente, no que diz respeito à população alvo e seu construto, como também fornecerá insights práticos para futuras intervenções clínicas e educacionais. Espera-se ainda que os resultados contribuam para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na promoção da saúde mental de jovens adultos, alinhando-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas.

Referências Bibliográficas

Brassai, L., Piko, B. F., & Steger, M. F. (2011). Meaning in life: is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International journal of behavioral medicine, 18*(1), 44–51. https://doi.org/10.1007/s12529-010-9089-6

Brassai, L., Piko, B. F., & Steger, M. F. (2012). Existential attitudes and Eastern European adolescents' problem and health behaviors: Highlighting the role of the search for meaning in life. *The Psychological Record, 62*(4), 719–734. https://doi.org/10.1007/BF03395831

Brown, T. L., Oliffe, J. L., Kealy, D., Rice, S. M., Seidler, Z. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2023). The influence of meaning in life on psychological distress among men: a serial multiple mediation model involving resilience and loneliness. *Current Research in Behavioral Sciences,* 4, 100114. https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2023.100114

Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders, 225*, 97–103. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044

Chen, H. Y., & Cheng, C. L. (2020). Developmental trajectory of purpose identification during adolescence: Links to life satisfaction and depressive symptoms. *Journal of adolescence, 80*, 10–18. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.01.013

Dennis, D., Muller, S. M., Miller, K., & Banerjee, P. (2004). Spirituality among a college student cohort: A quantitative assessment. *American Journal of Health Education, 35*, 220–227. https://doi.org/10.1080/19325037.2004.10603645

Frankl, V. E. (2018). *O Homem em Busca de um Sentido*. (7ªed.). Lua de Papel.

García-Alandete, J., Lozano, B. S., Nohales, P. S., & Martínez, E. R. (2013). Predictive role of meaning in life on psychological well-being and gender-specific differences. *Acta Colombiana de Psicología, 16*(1), 17–24. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79829185002

Halama, P., Kettner, K., & Lesayova, L. (2014). Relationship between perceived stress and life meaningfulness. Personality traits as moderators. *Ceskoslovenska Psychologie, 58*(5), 442–454. https://www.researchgate.net/publication/296913860_Relationship_between_perceived_stress_and_life_meaningfulness_Personality_traits_as_moderators

Kadir, N. B. A., & Mohd, R. H. (2021). The 5Cs of Positive Youth Development, Purpose in Life, Hope, and Well-Being Among Emerging Adults in Malaysia. *Frontiers in psychology, 12*, 641876. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641876

Kuk, A., & Guszkowska, M. (2019). Changes and Predictors of the Sense of Meaning in Life in Polish University Students Participating in Psychological Workshops Communication-Forgiveness-Love. *Journal of religion and health, 58*(4), 1095–1106. https://doi.org/10.1007/s10943-018-0631-1

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., De Los Santos, J. A. A., & Edet, O. B. (2018). Examining stress perceptions and coping strategies among Saudi nursing students: A systematic review. *Nurse education today, 65*, 192–200. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.012

Oliveira, E. P., Merino, M. D., Privado, J., & Almeida, L. S. (2018). Escala de Funcionamento Psicológico Positivo: Adaptação e validação junto de estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 48* (3), 151-162. http://hdl.handle.net/10400.6/10464

Park, J., & Baumeister, R. F. (2017). Meaning in life and adjustment to daily stressors. *The Journal of Positive Psychology, 12*(4), 333–341. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209542

Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vol. II – Vulnerabilidade, stress e adaptação* (pp. 37-62). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. https://hdl.handle.net/10316/47268

Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva, 4*(3), 729-736. https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy — Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine, 24*(1), 49–58. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_06

Portugal, M. (2017). *Versão Portuguesa do Questionário do Sentido da Vida: Primeiros Estudos Psicométricos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/33211

Siwek, Z., Oleszkowicz, A., & Słowińska, A. (2017). Values Realized in Personal Strivings and Motivation, and Meaning in Life in Polish University Students. *Journal of Happiness Studies, 18*(2), 549–573. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9737-x

Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality, 76*(2), 199–228. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 41-49. https://hdl.handle.net/10316/21539

Ward, S. J., & King, L. A. (2017). Exploring the place of financial status in the good life: Income and meaning in life. *Journal of Positive Psychology, 14*(3), 312–323. https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1402075

Capítulo 11

Adição ao Trabalho, *Distress* e Estratégias de *Coping* em Adultos Ocupacionalmente Ativos

Ana Rita Raposo[1] & Graça Esgalhado[2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal
[2] RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Autor Correspondente: Ana Rita Raposo. **E-mail:** anarita_dr@live.com.pt

Resumo: Introdução: A adição ao trabalho caracteriza-se por elevados envolvimento e motivação para o trabalho e baixo prazer para o trabalho, e decorre de uma necessidade excessiva e incontrolável de trabalhar, que afeta a vida do indivíduo em várias dimensões, nomeadamente a nível das relações sociais e da saúde mental. Assim, esta pesquisa tem por objetivo principal averiguar a relação entre a adição ao trabalho, o distress psicológico e as estratégias de coping em adultos ocupacionalmente ativos. Método: estudo transversal, correlacional e preditivo. Participaram 562 adultos ocupacionalmente ativos, 112 estudantes e 447 trabalhadores, com idades entre os 18 e os 66 anos (Média= 34.47; DP=12.95). Utilizou-se um questionário sociodemográfico, a Escala de Distress Psicológico de *Kessler*, a *Dutch Work Addiction Scale* e o *Brief COPE*. Resultados: Os níveis de Distress foram elevados e observou-se uma incidência moderada do trabalho compulsivo e do trabalho excessivo. As mulheres apresentaram valores elevados no trabalho excessivo e no distress em comparação aos homens. Os estudantes obtiveram valores mais elevados no trabalho excessivo em comparação aos trabalhadores. Conclusão: Evidencia-se a necessidade de serem adotadas medidas preventivas da adição ao trabalho, e justificam-se intervenções nas organizações de forma a diminuir o trabalho excessivo e o trabalho compulsivo, promovendo uma melhor saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Adição ao Trabalho; Trabalho Excessivo; Trabalho Compulsivo; *Distress*; *Coping*.

Abstract: Introduction: Work addiction is characterized by high involvement and motivation to work and low pleasure for work, it's derived from an excessive and uncontrollable need to work, which affects an individual's life in many dimensions, particularly in terms of relationships and mental health. Thus, this research

aims to verify the relation between work addiction, psychological distress and coping strategies in occupationally active adults. Method: cross-sectional study, correlative and predictive. 562 occupationally active adults participated, 112 students and 447 workers, with ages between 18 and 66 years old (Mean= 34.47; PD=12.95). A sociodemographic questionnaire was used, as well as Kessler's Psychological Distress Scale, the Dutch Work Addiction Scale and Brief COPE. Results: The distress levels were high, and a moderate incidence was verified concerning working excessively and working compulsively. Women reported higher levels on working excessively and working compulsively when compared to men. Students obtained higher scores concerning working excessively when compared to workers. Conclusion: The need to adopt preventive measures against work addiction became evident, and interventions in organizations are justified as a mean to lower excessive and compulsive work, promoting a better health and well-being.
Key-Words: Work Addiction; Working Excessively; Working Compulsively; Distress; Coping.

1. Introdução

A atividade profissional constitui uma parte relevante da vida. A forma como se vivencia pode favorecer ou comprometer o equilíbrio pessoal, as relações interpessoais e mesmo a saúde mental. Neste contexto justifica-se compreender e investigar fenómenos recentes como o *workaholism* ou adição ao trabalho (AT), termo que ganhou relevância nas últimas décadas não só devido à crescente valorização do desempenho e à cultura da produtividade, como pelo aumento continuado das possibilidades tecnológicas de trabalhar em qualquer lugar e a qualquer hora (Aziz & Moyer, 2018). Andreassen et al. (2018) defendem que *workhaholism* e AT remetem para o mesmo constructo, pelo que não faz sentido diferenciá-los, opção que assumimos. Outros autores defendem a distinção entre *workaholism* e AT, argumentando que a primeira designação salienta os aspetos positivos do trabalho e a segunda os negativos (Griffiths et al., 2018). Também Clarke et al. (2016) referem a necessidade de diferenciar o *workaholism* enquanto condição patológica relacionada com a adição e com comportamentos compulsivos, do comportamento Tipo A, que não é necessariamente prejudicial e está mais relacionado com traços e características de personalidade, e que pode levar a resultados positivos, como o sucesso e reconhecimento. Posteriormente, o mesmo autor apresenta uma conceptualização multidimensional do *workaholism*, com dimensões

cognitivas, emocionais, motivacionais e comportamentais (Clark et al., 2020). Outros autores fazem a diferenciação entre AT e paixão pelo trabalho, definida como "uma forte inclinação para uma atividade que as pessoas amam, valorizam, praticam regularmente e que faz parte de sua identidade" (Vallerand et al., 2019, p. 17).

O termo *workaholism* é definido pela primeira vez por Oates (1971) como a compulsão ou necessidade excessiva e incontrolável de trabalhar (p. 11). Para Overbeck (1976), os sintomas do *workaholism* envolviam o que na atualidade se consideram ser indicadores de stress, como "pressão arterial anormal, problemas cardíacos, dificuldades para dormir, nervosismo, falta de vitalidade e incapacidade de relaxar" (p. 36). A conceptualização inicial descreve a "tríade *workaholic"*, constituída pelo alto envolvimento no trabalho, alta motivação e o baixo prazer para o trabalho. Porém, Spence e Robbins (1992) defendem que um grande envolvimento no trabalho não implica a existência de adição ao trabalho, uma vez que o envolvimento provém de uma motivação intrínseca para trabalhar muitas horas sem impacto no bem-estar geral, com dedicação saudável e gratificante ao trabalho (Schaufeli et al., 2008). Apesar disto, trabalhadores com uma maior quantidade de tarefas no local de trabalho são mais propensos ao desenvolvimento de sintomas relacionados com o stress (Blanco-Donoso et al., 2023). Se a maioria dos trabalhadores obtém resultados positivos por trabalhar, há uma minoria que se envolve com o trabalho de forma excessiva e incontrolável (Andreassen, 2013). Kinman, Clements e Hart (2016) defendem que o aspeto compulsivo do trabalho, exigindo uma ligação física e emocional contínua, pode originar exaustão emocional e *distress* psicológico. Diversas características específicas encontram-se associadas com a AT. Os mais jovens, com níveis socioeconómico e de escolaridade mais elevados tendem a reportar níveis mais elevados de adição ao trabalho, assim como os que são gerentes, trabalhadores por conta própria, ou os que trabalham no setor privado (Andreassen, et al., 2014), e em áreas específicas como comércio, agricultura, saúde, comunicação e consultoria (Taris, et al., 2012). No que se refere ao género e ao estado marital parecem não se encontrar diferenças (Harpaz, et al., 2003).

O distress define-se como um conjunto de sintomas psicofisiológicos e comportamentais como reações ansiosas e depressivas, irritabilidade, declínio das capacidades intelectuais, distúrbios do sono e absentismo no trabalho, que não são específicos de uma dada patologia (Vézina et al., 1992). Vários estudos revelam que níveis mais baixos de sofrimento estão associados ao prestígio e estatuto socioeconómico associado a uma ocupação (Hemingway, et al., 1997; Turner, et al., 1995). Também

relacionados com o distress encontram-se a tensão gerada pelas condições do trabalho e o trabalho repetitivo (Johansson, 1989; Shirom, Westman, & Melamed, 1999), a ausência de possibilidade de tomar decisões (de Jongeet al., 2000; Van der Doef, et al., 2000); exigências físicas colocadas pelo ambiente e esforço individual (Demerouti, et al., 2000;); e exigências psicológicas e emocionais decorrentes da carga de trabalho, ritmo de trabalho, e ambiguidade de papéis. O trabalho excessivo está relacionado a uma maior incidência de stress, que resulta de um estado emocional de sofrimento caracterizado por sintomas somáticos e psicológicos (Mirowsky & Ross, 2002). A pesquisa sobre o *stress* no local de trabalho e adição ao trabalho tem vindo a aumentar, uma vez que o seu impacto nos indivíduos e nas organizações também é mais significativo. (Watson et al., 2011). Para Clark (2016), a AT está relacionada com resultados negativos, como *burnout*, stress no trabalho, conflito entre vida pessoal e profissional e diminuição da saúde física e mental. Numerosas pesquisas evidenciam que tanto a ansiedade como a depressão podem conduzir à AT, assim como esta pode contribuir para o surgimento de sintomatologia ansiógena e depressiva (Lieb, 2015). Para Shimazu e Schaufeli (2009), o trabalho excessivo pode estar associado ao experienciar de emoções negativas, como stress, ansiedade e culpa, constituindo-se como mecanismo de enfrentamento para lidar com estas emoções. Cria-se um círculo vicioso que conduz ao aumento de horas de trabalho excessivas, com implicações negativas na saúde mental, na produtividade, na vida pessoal e na qualidade de vida em geral. Deste modo, este *stress* leva ao desenvolvimento de estratégias de *coping*, que envolvem respostas emocionais, cognitivas ou comportamentais que visam gerir acontecimentos ameaçadores ou *stressores*, podendo estar relacionados com o trabalho (Party et al., 2007). Com efeito, a AT pode desenvolver se como estratégia para reduzir sentimentos desconfortáveis associados a sintomatologia ansiógena e depressiva.

Estudos sobre AT encontram prevalências que variam de 1,5% (Demetrovics et al., 2022) a 44,9% (Azevedo e Mathias, 2017). Um estudo do Brasil observou uma prevalência de 35,5% (Galdino et al., 2021). Em Portugal, Borges et al. (2021) conduziram um estudo com enfermeiros portugueses onde obtiveram uma prevalência de 27% para a AT, o que mostra evidências desta problemática em Portugal. Estes indicadores justificam o aprofundar desta temática, contribuindo para colmatar as lacunas previamente mencionadas.

Tendo em consideração o exposto, o presente estudo tem como objetivos: (1) investigar a relação entre a adição ao trabalho, o *distress* psicológico e as estratégias de *coping* em

adultos ocupacionalmente ativos residentes em Portugal; (2) avaliar os níveis de *distress* psicológico da adição ao trabalho e do *coping*; (3) comparar os níveis do *distress* psicológico, da adição ao trabalho e do *coping* em função do género e da ocupação; (4) avaliar a relação entre o *distress* psicológico, a adição ao trabalho e o *coping*; averiguar o poder preditivo do *distress*, das estratégias de *coping*, do género e da ocupação na adição ao trabalho. Para melhor operacionalização destes objetivos, e tendo em conta a revisão da literatura, formularam-se as seguintes hipóteses: (H1) Quanto maior o trabalho excessivo, maior é o nível de *distress*; (H2) Quanto maior o trabalho compulsivo, maior é o nível de *distress*; (H3) As mulheres trabalham mais excessivamente que os homens; (H4) O *distress* psicológico é menor nos homens; (H5) Os homens utilizam mais a estratégia de *coping* "humor" do que as mulheres"; (H6) O trabalho excessivo tem uma alta incidência nos estudantes; (H7) Existe uma relação negativa entre a estratégia de *coping* "religião" e a ansiedade; (H8) Existe uma relação positiva entre a estratégia de *coping* "autoculpabilização" e o trabalho compulsivo.

2. Método

2.1 Participantes

A amostra, obtida por conveniência, foi constituída por 562 participantes, dos quais 350 (62,3%) foram mulheres, 203 (36,1%) homens e 9 (1,6%) identificaram-se com outro género, com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos (Média= 34,47%; *DP*=12,95). Todos os participantes residem em Portugal, e 543 (97,1%) têm nacionalidade portuguesa. Quanto ao estado marital, os participantes estão divididos entre solteiros sem namorar (*n*=150; 26,7%), solteiros com namorado/a (*n*=169; 30,1%), casados (*n*=169; 30,1%), em união de facto (*n*=43; 7,7%), divorciados ou separados (*n*=22; 3,9%) e viúvos (*n*=9; 1,5%). 36,1% (*n*=203) dos participantes concluiu o ensino secundário e, no momento de recolha de dados, 62,1% (*n*=347) eram trabalhadores por conta de outrem. Observou-se uma maior incidência nos contratos sem termo, ou seja, em que o empregado era efetivo na organização (*n*=266; 47,4%) e a maioria dos participantes não trabalha por turnos (*n*=445; 79,2%).

2.2 Instrumentos

Nesta investigação foi utilizado um protocolo constituído por quatro instrumentos. (1) Questionário sociodemográfico, construído para caracterizar e descrever a amostra, relativamente à idade, género, nacionalidade, país de residência, estado marital, agregado

familiar direto, habilitações académicas, local de residência, estatuto socioeconómico, situação profissional/ocupacional, tempo de experiência na função atual, o vínculo laboral, o trabalho por turnos, a carga horária semanal, a natureza da organização, o setor de atividade e a dimensão da organização. Para este estudo, foram considerados apenas o género e a situação profissional/ocupacional. (2) Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (K10) (Pereira et al., 2017) Para avaliar o *distress* psicológico utilizou-se a Escala K10, constituída por 10 itens para avaliação de sintomas de ansiedade (itens 2, 3, 5 e 6) e de depressão (itens 1, 4, 7, 8, 9 e 10) através de questões sobre como o sujeito se sentiu no último mês. Os itens foram respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, que variam entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). Scores mais altos evidenciam maior *distress*. Pontuação entre 10 e 15 mostra algum *distress*, entre 16 e 21 indica *distress* moderado, entre 22 e 29 *distress* elevado, e entre 30 e 50 pontos *distress* muito elevado. A consistência interna obteve um valor de α=.93 (Silva et al., 2021). Para este estudo, a consistência interna foi excelente (α=.942).

(3) *Dutch Work Addiction Scale* (DUWAS-10) (Schaufeli & Taris, 2004) As suas duas componentes centrais são,o trabalho excessivo e o trabalho compulsivo avaliados numa escala de 1 a 4 (Schaufeli & Taris, 2004). A versão mais recente, a DUWAS-10, com 5 itens sobre o trabalho excessivo (itens 1, 2, 4, 6, e 8) e 5 itens sobre o trabalho compulsivo (itens 3, 5, 7, 9 e 10), foi utilizada para o desenvolvimento deste estudo. Para este estudo, a consistência interna é muito boa (α=.849). Quanto mais elevada a pontuação, maiores os níveis de trabalho compulsivo e trabalho excessivo, por isso, a interpretação dos valores mais altos e mais baixos tem como referência o ponto corte com base no valor da mediana.

(4) *Brief COPE* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2010) versão portuguesa desenvolvida por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2010) apresenta uma consistência interna adequada, com valores de *Alpha* de *Cronbach* a variar entre .55 e .84. Para esta escala, verificou-se uma consistência interna foi muito boa (α=.840). Esta escala é composta por 14 dimensões, porém, e atendendo à revisão da literatura, foram analisadas as seguintes dimensões do *Brief COPE*: Religião, Auto-culpabilização e Humor. No presente estudo, os alfas das subescalas selecionadas são: Religião (.907), Autoculpabilização (.692) e Humor (.912).

2.3 Procedimentos

A amostra por conveniência foi obtida através da disseminação de um questionário online, de setembro a dezembro de 2023. O *link* foi divulgado a partir

de plataformas de comunicação *online*. Foi respeitado o consentimento informado e foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, e a proteção contra danos físicos, psicológicos e morais. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter mais de 18 anos, ter uma atividade ocupacional (estudante ou trabalhador), e ter nacionalidade portuguesa. Os participantes foram informados de que os seus dados e as suas respostas seriam anónimos e utilizados apenas para os fins da pesquisa, que a participação era voluntária e passível de desistência em qualquer momento.

2.4 Análise de dados

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do *IBM SPSS Statistics for Windows*, versão 29. Para caraterizar a amostra e definir níveis de prevalência nas variáveis adição ao trabalho, *distress* e estratégias de coping recorreu-se a testes descritivos. Atendendo ao Teorema do Limite Central utilizaram-se estatísticas paramétricas: para a comparação de diferenças entre grupos utilizaram-se testes *t* e ANOVA. Para análise das relações entre as variáveis utilizou-se a análise de correlações, e a regressão múltipla para determinar o grau preditivo das variáveis independentes na adição ao trabalho.

Com o objetivo de obter grupos de comparação transformou-se a variável idade em duas variáveis, o grupo dos mais novos (dos 18 aos 30 anos) e o grupo dos mais velhos (dos 31 aos 66 anos), de acordo com o valor da mediana (Med = 31). Na variável "Género", foram utilizados apenas os grupos mulher e homem, a partir dos quais foram criados os grupos da nova variável. A variável "Estado marital" foi transformada em 2 variáveis: (1) Vinculados (que inclui os as que dizem ser solteiros com namorado/a, casados/as, e os que vivem em união de facto) e (2) Desvinculados (os/as que dizem ser solteiros/as sem namorar, divorciados/as e viúvos/as). Para o local de residência, foram criadas duas variáveis que se separaram entre meio rural e meio urbano. A variável referente ao tempo de profissão foi convertida em 4 categorias: (1) Menos de um ano, (2) 1 ano a 5 anos, (3) 6 anos a 10 anos e (4) Mais de 10 anos. Quanto às habilitações literárias, as variáveis foram codificadas para (1) Ensino básico, (2) Ensino secundário, (3) Licenciatura, (4) Mestrado/Pós-Graduação e (5) Doutoramento. Por fim, a variável "Ocupação" foi recodificada em (1) Estudante e (2) Trabalhador.

3. Resultados

Os níveis de *Distress* referentes à pontuação total do K10 foram elevados na amostra (*M*=22.43; DP=8.20) conforme se pode observar na Tabela 1. Para as dimensões do DUWAS-10 foi possível observar uma incidência moderada de Trabalho Excessivo (*M*=11.17; *DP*=3.21) e Trabalho Compulsivo (*M*=9.85; *DP*=3.37) na amostra. Nas 3 dimensões do *coping* selecionadas, a Auto-culpabilização foi a que obteve um valor mais elevado (*M*=5.12; *DP*=1.50), seguida do Humor (*M*=4.58; *DP*=1.58) e da Religião (*M*=3.70; *DP*=1.82).

Tabela 1 - Estatística Descritiva das pontuações nos níveis de Distress, Trabalho Excessivo e Trabalho Compulsivo e nas estratégias de coping, Religião, Auto culpabilização e Humor.

	M	Mediana	*DP*	Mínimo	Máximo
K10					
Distress	22.43	21	8.20	10	50
Ansiedade	9.18	9	3.32	4	20
Depressão	13.25	13	5.32	6	30
DUWAS-10					
Trabalho Excessivo Trabalho Compulsivo	11.17	11	3.21	5	20
	9.85	9	3.37	5	20
Brief COPE					
Religião	3.70	3	1.82	2	8
Auto-culpabilização Humor	5.12	5	1.50	2	8
	4.58	4	1.58	2	8

3.1 Comparação das variáveis em função do Género

Na Tabela 2 verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do género nas variáveis Religião ($t(551) = 3.543$; $p = < .001$), Humor ($t(551) = -3.720$; $p = <.001$), *Distress* ($t(551) = 3.747$; $p = <.001$), Ansiedade ($t(551) = 3.943$; $p = <.001$), Depressão ($t(551) = 3.310$; $p = <.001$), Trabalho Excessivo ($t(551) = 2.715$; $p = .007$) e Trabalho Compulsivo ($t(551) = 3.316$; $p = <.001$). As mulheres obtiveram valores mais elevados em comparação aos homens, com exceção do Humor, valores estes que confirmam a H3, a H4 e a H5. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na Auto-culpabilização ($t(551) = .689$; $p = .491$).

Tabela 2 - *Resultados para as variáveis em função do Género*

Variável Média DP *t* (DF) *P*

Variável	Média	DP	*t* (DF)	*P*
Religião			3.543(551)	<.001*
Mulher	3.91	1.86		
Homem	3.34	1.72		
Auto-culpabilização			.689(551)	.491
Mulher	5.14	1.50		
Homem	5.05	1.46		
Humor			-3.720(551)	<.001*
Mulher	4.36	1.53		
Homem	4.87	1.58		
Distress			3.747(551)	<.001*
Mulher	23.32	8.22		
Homem	20.65	7.80		
Ansiedade			3.943(551)	<.001*
Mulher	9.56	3.30		
Homem	8.42	3.19		
Depressão			3.310(551)	<.001*
Mulher	13.76	5.31		
Homem	12.23	5.14		
Trabalho Excessivo			2.715(551)	.007*
Mulher	11.43	3.19		
Homem	10.66	3.20		
Trabalho Compulsivo			3.316(551)	<.001*
Mulher	10.16	3.43		
Homem	9.19	3.09		

*$p < .05$

3.2 Comparação das variáveis em função da Ocupação

Relativamente à Ocupação, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Auto-culpabilização ($t(557) = 3.465$; $p = <.001$), *Distress* ($t(557) = 4.585$; $p = <.001$), Ansiedade ($t(557) = 4.549$; $p = <.001$), Depressão ($t(557) = 4.211$; $p = <.001$) e Trabalho Compulsivo ($t(557) = 2.671$; $p = .008$). Os Estudantes obtiveram valores médios mais elevados comparativamente aos Trabalhadores. De acordo com estes resultados, a H6 é rejeitada, uma vez que não se encontram diferenças estatisticamente significativas na dimensão "Trabalho Excessivo" entre os Trabalhadores e os Estudantes" (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - *Resultados para as variáveis em função da Ocupação*

Variável Média DP *t* (DF) *P*

Variável	Média	DP	*t* (DF)	*P*

Religião			-1.571(557)	.117
Estudante	3.46	1.83		
Trabalhador	3.76	1.82		
Auto-culpabilização			3.465(557)	<.001*
Estudante	5.55	1.57		
Trabalhador	5.01	1.45		
Humor			1.631(557)	.103
Estudante	4.79	1.65		
Trabalhador	4.52	1.57		
Distress			4.585(557)	<.001*
Estudante	25.60	8.06		
Trabalhador	21.69	8.06		
Ansiedade			4.549(557)	<.001*
Estudante	10.46	3.53		
Trabalhador	8.89	3.19		
Depressão			4.211(557)	<.001*
Estudante	15.14	5.12		
Trabalhador	12.81	5.28		
Trabalho Excessivo			-1.739(557)	.083
Estudante	10.70	3.37		
Trabalhador	11.29	3.17		
Trabalho Compulsivo			2.671(557)	.008*
Estudante	10.61	3.94		
Trabalhador	9.66	3.20		

*$p < .05$

3.3 Associação entre trabalho compulsivo, trabalho excessivo, distress, ansiedade e religião

Observou-se uma relação muito forte, positiva e significativa entre o "*Distress*" e a "Ansiedade" (r=.917; p=<.001). O "Trabalho Excessivo" e o "Trabalho Compulsivo" mostraram ter uma relação moderada, positiva e significativa (r=.681; p=<.001). A relação entre o "Trabalho Excessivo" e o "*Distress*" é fraca, positiva e significativa (r=.299; p=<.001), confirmando a H1. Entre "Trabalho Compulsivo" e "*Distress"* verificou-se uma relação positiva, fraca e significativa (r=.449; p=<.001), comprovando a H2. A relação entre "Trabalho Compulsivo" e "Ansiedade" demonstrou ser fraca, positiva e significativa (r=.429; p=<.001). Existiu uma relação positiva, fraca e significativa entre as variáveis "Ansiedade" e "Religião" (r=.096; p=.023), negando a H7. Foi possível observar também uma relação fraca, positiva e significativa entre a

"Auto culpabilização" e o "Trabalho Compulsivo" (r=.367; p=<0.01), confirmando a H8 (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - *Associação entre as variáveis Trabalho Excessivo, Trabalho Compulsivo, Distress, Ansiedade, Religião e Auto-culpabilização*

	1	2	3	4	5	6
1Trabalho Excessivo	1	.681**	.299**	.296**	.109*	.251**
2Trabalho Compulsivo		1	.449**	.429**	.134**	.367**
3*Distress*			1	.917**	.091*	.449**
4Ansiedade				1	.096*	.396**
5Religião					1	.093*
6Auto-culpabilização						1

*p<.05; ** p<.01

3.4 Poder preditivo das variáveis sociodemográficas, do distress e das estratégias de coping na adição ao trabalho

Na Tabela 5 os resultados indicam que o primeiro modelo, que incluiu apenas as variáveis sociodemográficas, explicou 0.8% da variância da adição ao trabalho. O segundo modelo, que passou a incluir a variável "*Distress*", explicou 17.5% da variância nos níveis de adição ao trabalho. Por fim, o terceiro modelo que inclui as variáveis sociodemográficas, o "*Distress*" e as estratégias de *coping*, explicou 21.4% da variância. Estes resultados permitiram observar a influência das variáveis na adição ao trabalho.

Tabela 5 - *Modelos de Regressão Linear – Preditores dos níveis de Adição ao Trabalho*

	Modelo I			Modelo II			Modelo III		
	B	SE B	β	B	SE B	β	B	SE B	B
Idade	-.008	.020	-.017	.035	.018	.076	.041	.019	.088
Género	-1.035	.489	-.89	-.469	.449	-.40	-.547	.453	-.47
Distress				.310	0.29	-.422	.242	.032	.329
Humor							.096	.148	.025
Auto-culpabilização							.814	.174	.202
Religião							.187	.131	.057
R^2	.008			.175			.214		
F para a mudança no R^2	2.299			113.032			9.135		

4. Discussão

O presente estudo investiga a relação entre a adição ao trabalho, o *distress* psicológico e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o distress em adultos ocupacionalmente ativos em Portugal, assim como determina os níveis de *distress*, da adição ao trabalho e

do *coping,* também comparados em função do género e da ocupação. Também é averiguado o poder preditivo das variáveis supramencionadas. A discussão dos resultados encontra-se orientada pelas hipóteses anteriormente formuladas.

Os níveis de adição ao trabalho são moderados em ambas as dimensões da adição ao trabalho (trabalhar compulsivamente e trabalhar excessivamente). Os participantes que evidenciam adição ao trabalho poderão sofrer o seu impacto a nível físico, como problemas cardíacos, e a nível da sua saúde mental, como ansiedade ou depressão (Griffiths et al, 2018). Os níveis de *distress* encontram-se elevados, com um maior relevo para os sintomas depressivos.

A primeira hipótese foi comprovada, verificando-se uma relação positiva moderada entre o "trabalho excessivo" e o "*Distress*", remetendo para uma interação destes fatores com as suas dimensões. Ishida et al (2020) mostram que o excesso de trabalho está associado a um maior *distress* psicológico nos trabalhadores. No mesmo sentido, Lkhagvasuren et al. (2024) apontam que as duas dimensões do *distress*, a ansiedade e a depressão, estão relacionadas com o trabalho excessivo. Por esse motivo, é importante que os trabalhadores estejam envolvidos em atividades relaxantes, de forma a recuperar mentalmente das exigências associadas com o trabalho (Ujihara et al., 2023).

Os resultados confirmam a segunda hipótese "existe uma relação entre "Trabalho Compulsivo" e o "*Distress*", uma vez que se verifica uma relação positiva fraca e significativa entre as duas variáveis. O trabalho compulsivo resulta da compulsão cognitiva, que se baseia no desejo incontrolável de estar envolvido no trabalho, ou de uma dificuldade do sujeito em desconectar do seu ambiente de trabalho, quando já fora do mesmo (Lopes, 2022). Por se esperar um maior investimento de tempo e energia, o trabalhador prejudica o seu bem-estar em prol do desenvolvimento da organização (Schlachter et al., 2018).

No que concerne a hipótese três, relativa às diferenças no trabalho excessivo entre géneros, é possível verificar uma maior incidência de trabalho excessivo nas mulheres quando comparadas com os homens. Carlotto (2011) refere que as mulheres trabalham de forma mais excessiva que os homens, o que as torna um grupo de risco para o desenvolvimento da adição ao trabalho. Hochschild (1989) expõe a existência de um *second-shift work*, uma vez que os papéis sociais atribuem as tarefas de casa e de família à mulher, o que faz com que o seu trabalho continue em casa. Para esta amostra, parece manter-se ainda a divisão tradicional dos papéis sociais.

A quarta hipótese afirma que o *distress* psicológico é menor nos homens do que nas mulheres. Os resultados confirmam esta hipótese, verificando valores de *distress* mais elevados nas mulheres do que nos homens. As mulheres mostram experienciar mais *stress* em relação ao trabalho do que os homens e as queixas de exaustão física e emocional são maiores quando comparadas com os homens (Artz et al., 2022). Estes resultados podem estar conectados com os resultados da terceira hipótese, onde foi demonstrado que as mulheres trabalham mais excessivamente que os homens devido ao trabalho excessivo, o que pode ter repercussões significativas e negativas no seu bem-estar e na sua saúde mental.

Na quinta hipótese, confirma-se que os homens utilizam mais a estratégia de *coping* "humor" quando comparados com as mulheres, demonstrando diferenças estatisticamente significativas. Lampert e Ervin-Tripp (1998) afirmam que existe uma tendência humorística mais frequente para conteúdos agressivos e de cariz sexual, frequentemente exposto através de brincadeiras e piadas. Esta estratégia poderá ser usada mais pelo género masculino, e como uma forma de esconder sentimentos de ansiedade e lidar com o *stress* em situações grupais, de forma a fomentar um sentimento de pertença (Dixon, 2021; Franzén et al., 2021).

No que diz respeito à sexta hipótese, rejeita-se que o trabalho excessivo tenha uma maior incidência nos estudantes quando comparados com os trabalhadores, o que não é confirmado por resultados de outros estudos. A literatura sugere que, quando comparados com os trabalhadores, os estudantes universitários apresentam níveis mais elevados de *burnout*, uma vez que a pressão interna sentida e as altas expectativas resultam numa carga de trabalho excessiva (Salmela-Aro & Upadyaya, 2014). Os resultados encontrados contrariam as afirmações, uma vez que os estudantes demonstraram valores mais elevados que os trabalhadores. Estes resultados podem explicar-se pelo facto de o trabalho excessivo, que é uma componente da adição ao trabalho, poder ser motivado pelo desenvolvimento das TIC, que tornam o trabalhador acessível à organização fora das horas de trabalho (Andreassen et al, 2012; Fenner & Ren, 2004). Em ambos os casos, a pressão interna resulta de uma carga de trabalho excessiva, uma vez que o trabalho árduo é recompensado com elogios e benefícios, o que transforma a adição ao trabalho numa fonte de prazer e felicidade (Shoup & Baranovich, 2019).

Na sétima hipótese, "Existe uma relação negativa entre a estratégia de *coping* "religião" e a ansiedade", os dados não permitem corroborar a mesma, uma vez que se verifica a

existência de uma relação positiva entre as duas variáveis. A literatura sugere que quando a religião é utilizada enquanto estratégia de *coping*, os sentimentos de ansiedade tendem a diminuir, uma vez que a religião pode ser utilizada como um fator para combater hábitos negativos (Korbman et al, 2022; Mónico & Margaça, 2021; Pedreira & Mónico, 2013). No entanto, este resultado não parece ser consensual, dado que a religião nem sempre atua como um fator que atenua a ansiedade (Bos et al., 2024). Bartkowski et al. (2017) observam que a religião contém a vertente comunitária, onde existe um crescimento na ansiedade, e a atividade ligada a serviços religiosos, onde diminui a ansiedade. É possível confirmar que a forma como a religião é expressa pode ter efeitos tanto apaziaguadores como fomentadores da ansiedade (Fereydouni et al. (2022). O facto de os resultados não irem de encontro à literatura analisada numa primeira instância proporciona alguma reflexão sobre a multidimensionalidade desta relação.

A oitava hipótese afirma a existência de uma relação positiva entre a "auto culpabilização" o trabalho compulsivo, sendo confirmada pelos resultados obtidos. Os sentimentos de culpa provêm de medos de rejeição ou castigos por não atingir as metas esperadas (Burke, 2006). Estas metas podem ser consideradas inalcançáveis, impactando o trabalhador de forma negativa quando não é possível atingi-las, que resulta na utilização da culpa como uma motivação para continuar a trabalhar (Porter, 1996).

Neste estudo, evidenciam-se implicações negativas da adição ao trabalho na saúde mental dos trabalhadores, apontando ainda para as diferenças de género face às diferentes dimensões da adição ao trabalho, do *distress* e do *coping*. Foi possível também observar as dimensões do *coping* na Ocupação exercida. É de salientar a importância da promoção de políticas de apoio à saúde mental nas empresas, assim como a promoção de ambientes de trabalho que não incentivem o trabalho excessivo e o trabalho compulsivo. Em suma, o presente estudo demonstrou, através dos resultados evidenciados nas várias análises, que a adição ao trabalho é um risco para o *Distress*, e que as estratégias de *coping* atuam ccoo um mediador entre a adição e o *Distress*. Salienta-se ainda que, por vezes, a própria adição ao trabalho pode ser considerada uma estratégia de *coping* para lidar com o *stress* provocado pelo trabalho.

Identificam-se algumas limitações neste estudo. A primeira refere-se ao método de recolha, que apenas permitiu a participação de quem tem acesso a dispositivos com ligação à *internet*. A menor participação do género masculino pode ter sido um fator que enviesou os resultados da amostra, no sentido de se obter uma análise mais precisa dos níveis de adição ao trabalho, de *distress* e de *coping*. Outra limitação diz respeito à

falta de consenso sobre a conceptualização de *workaholism* e AT, assim como pela ausência de literatura disponível sobre esta temática, em especial acerca do contexto português, sendo importante referir ainda a ausência de consenso na conceptualização da adição ao trabalho, quer na forma de o definir, quer na sua avaliação. Santos et al. (2024) referem que é importante ter conhecimento das consequências mais negativas deste conceito de forma a melhorar a intervenção na adição ao trabalho. Neste sentido, o desenvolvimento da investigação sobre a adição ao trabalho será uma mais-valia para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde Ocupacional.

Espera-se que este estudo contribua para afirmar a necessidade de serem adotadas medidas preventivas da adição ao trabalho, assim como para aumentar a literatura disponível acerca desta temática em relação à população portuguesa. Também pode ser uma mais-valia na revisão de práticas dentro das próprias organizações, de forma que não promovam o trabalho excessivo e o trabalho compulsivo, de forma a salvaguardar o bem

estar do trabalhador. Este estudo permitiu aprofundar o conhecimento sobre a relação entre as três variáveis principais (adição ao trabalho, *distress* psicológico e estratégias de *coping*), o que ajuda a compreender como é que se podem influenciar e relacionar entre elas.

5. Referências Biliográficas

Andreassen, C. S, Griffiths, M. D, Hetland, J., & Pallessen, S. (2012). Development of a work addiction scale. *Scand. J. Psychol*. 53:265–72. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2012.00947.x

Andreassen, C. S, Pallessen S, & Torsheim,T. (2018). Workaholism as a mediator between work related stressors and health outcomes. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15:73. DOI: 10.3390/ijerph15010073

Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., Kravina, L., Jensen, F., & Pallesen, S. (2014). The prevalence of workaholism: a survey study in a nationally representativesample of norwegian employees. PloS One 13;9(8):e102446. DOI: 10.1371/journal.pone.0102446

Andreassen, C. S., Hetland, J. & Pallesen, S. (2012). Coping and workaholism. Results from a large cross-occupational sample. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *19*(4), 281–290. https://doi.org/10.4473/TPM19.4.3

Artz, B., Kaya, I., & Kaya, O. (2022). Gender role perspectives and job burnout. *Review of economics of the household*, *20*(2), 447–470. https://doi.org/10.1007/s11150-021-09579- 2

Azevedo, W. F., & Mathias, L. A. S. T. (2017). Addiction to work and factors relating to this: a cross-sectional study on doctors in the state of Paraiba. *São Paulo Med. J.* 135, 511–517. DOI: 10.1590/1516-3180.2016.0312250417

Aziz, S., & Moyer, F. (2018). Workaholism and occupational health: a translational review. *J. Appl. Biobehav. Res.* 23(4):e12144. DOI: 10.1111/jabr.12144

Bartkowski, J. P., Acevedo, G. A., & Van Loggerenberg, H. (2017). Prayer, meditation, and anxiety: Durkheim revisited. *Religions, 8*(9), 191. https://doi.org/10.3390/rel8090191

Blanco-Donoso, L. M., Hodzic, S., Garrosa, E., Carmona-Cobo, I., & Kubicek, B. (2023). Work Intensification and Its Effects on Mental Health: The Role of Workplace Curiosity. *The Journal of Psychology*, *157*(7), 423–450. https://doi.org/10.1080/00223980.2023.2235069

Borges, E., Sequeira, C., Queirós, C., & Mosteiro-Díaz, M. (2021). Workaholism and family interaction among nurses. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26(12)*, 5945-5953. https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.13842021

Bos, J. H., Vrijmoeth, C., Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., & Schaap – Jonker, H. (2024). Effect of religion on the course of anxiety disorders and symptoms over 9-years follow-up. *Journal of Affective Disorders Reports, 17,* 100797. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100797

Burke, R. J. (2006). *Research companion to working time and work addiction*. Edward Elgar Publishing.

Carlotto, M. S. (2011). Adição ao trabalho e relação com fatores de risco sociodemográficos, laborais e psicossociais. *Psico-USF*, *16*(1), 87–95. https://doi.org/10.1590/S1413- 82712011000100010

Clark, M. A., Michel, J. S., Zhdanova, L., Pui, S. Y., & Baltes, B. B. (2016). All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management*, 42(7), 1836-1873. https://doi.org/10.1177/0149206314522301

Clark, M. A., Smith, R. W., & Haynes, N. J. (2020). The Multidimensional Workaholism Scale: Linking the conceptualization and measurement of workaholism. *Journal of Applied Psychology*, 105(11), 1281–1307. https://doi.org/10.1037/apl0000484)

de Jonge, J., Reuvers, M. M., Houtman, I. L., Bongers, P. M., & Kompier, M. A. (2000b). Linear and nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: baseline results from SMASH. Study on usculoskeletal disorders, absenteeism, stress, and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 256–
268. DOI: 10.1037//1076-8998.5.2.256

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 454–464. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x

Demetrovics, Z., van den Brink, W., Paksi, B., Horvath, Z., & Maraz, A. (2022). Relating compulsivity and impulsivity with severity of behavioral addictions: a dynamic interpretation of large-scale cross-sectional findings. *Front. Psych*. PMID: 35782446

Dixon, R., "The Effects of Humor when Coping with Stress" (2021). *CMC Senior Theses*. 2551. https://scholarship.claremont.edu/cmc_theses/2551

Fenner, G. H., & Renn, R. W. (2004). Technology-Assisted Supplemental Work: Construct Definition and a Research Framework. *Human Resource Management, 43*(2-3), 179– 200. https://doi.org/10.1002/hrm.20014

Fereydouni, S., Doshmanzeiary, S. F., & Forstmeier, S. (2022). Relationship between religious attitude and depression, anxiety, and stress symptoms in university students in Iran. *Psychological Disorders and Research.* https://doi.org/10.31487/j.PDR.2022.01.02

Franzén, A. G., Jonsson, R., & Sjöblom, B. (2021). Fear, anger, and desire: Affect and the interactional intricacies of rape humor on a live podcast. *Language in Society*, *50*(5), 763– 786. https://doi.org/10.1017/S0047404520000615

Galdino, M. J. Q., Martins, J. T., Rabazzi, M., Pelloso, S. M., Barreto, M. F. C., & Haddad, M. (2021). Burnout, workaholism and quality of life among professors in graduate-level nursing programs. *Acta Paulista De Enfermagem* 34:8. **DOI:** 10.37689/acta ape/2021AO00451

Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Atroszko, P. A. (2018). Ten myths about work addiction. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(4), 845– 857. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.05

Hemingway, H., Nicholson, A., Roberts, R., & Marmot, M. (1997). The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Withehall II study. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1484–1489. DOI: 10.2105/ajph.87.9.1484

Hochschild, A. (1989). The second shift. New York: Avon Books.

Ishida, Y., Murayama, H., & Fukuda, Y. (2020). Association between overtime-working environment and psychological distress among Japanese workers: A multilevel analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 62*(8), 641–646. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001920

Johansson, G. (1989). Job demands and stress reactions in repetitive and uneventful monotony at work. *International Journal of Health Services*, 192, 365–377. DOI: 10.2190/XYP9- VK4Y-9H80-VV3K

Kinman, G., Clements, A.J. & Hart, J. (2016), "Working conditions, work-life conflict and wellbeing in UK prison officers: the role of affective rumination and detachment", Criminal Justice and Behaviour, 44 (2), pp.226-239. 10.1177/0093854816664923

Korbman, M. D., Pirutinsky, S., Feindler, E. L., & Rosmarin, D. H. (2022). Childhood Sexual Abuse, Spirituality/Religion, Anxiety and Depression in a Jewish Community Sample: the Mediating Role of Religious Coping. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(15-16) https://doi.org/10.1177/08862605211001462

Lampert, M. & Ervin-Tripp, S. (1998). Exploring paradigms: The study of gender and sense of humor near the end of the 20th century. In W. Ruch (Ed.), *The Sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristic* (pp. 231-270). Berlin, Boston: De Gruyter Mouton. https://doi.org/10.1515/9783110804607-012

Lieb, R. (2015). Epidemiological perspectives on comorbidity between substance use disorders and other mental disorders. In: Dom G, Moggi F, editors. *Co-occurring addictive and psychiatric disorders*. Springer; pp. 3–12.

Lkhagvasuren, B., Hiramoto, T., Bat-Erdene, E., Tumurbaatar, E., Tumur-Ochir, G., Amartuvshin, T., Dashtseren, M., Lai, E., Viswanath, V., Oka, T., & Jadamba, T. (2024). Anxiety, depression, and brain overwork in the general population of Mongolia. *Scientific Reports, 14* https://doi.org/10.1038/s41598-024-02484-1

Lopes, A. G. (2022). *O compromisso de carreira e a recuperação pelo distanciamento psicológico do trabalho: O papel mediador do workholism* [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. http://hdl.handle.net/10071/27470

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Measurement for a human science. *Journal of health and social behavior*, *43*(2), 152–170.

Mónico, L. S., & Margaça, C. (2021). The workaholism phenomenon in Portugal: Dimensions and relations with workplace spirituality. *Religions, 12*(10), 852. https://doi.org/10.3390/rel12100852

Oates, W. E. (1971). Confessions of a workaholic: The facts about work addiction. Nashville, TN: Abingdon

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões Acerca do Coping: A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(1), 3-15.

Patry, D. A., Blanchard, C. M., & Mask, L. (2007). Measuring university students' regulatory leisure coping styles: Planned breathers or avoidance? *Leisure Sciences, 29*(3), 247– 265. https://doi.org/10.1080/01490400701257963

Pedreira, L., & Mónico, L. (2013). Workaholism and psychological capital: Repercussions on workplace spirituality. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 535–544.

Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2017). Confiabilidade e estrutura fatorial da Escala de Distress Psicológico de Kessler de 10 itens (K10) entre adultos portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(3), 963–974. https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017

Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*, 70–84. https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.70

Salmela-Aro, K. & Upadyaya, K. (2014), School burnout and engagement in the context of demands–resources model. *British Journal of Educational Psychology*, *84*, 137- 151. https://doi.org/10.1111/bjep.12018

Santos, M., Almeida, A., Chagas, D., & Lopes, C. (2024). Workaholism: em que consiste e de que forma modula algumas variáveis associadas à Saúde Ocupacional? *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 17 https://doi.org/10.31252/RPSO.11.05.2024

Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*, *57*(2), 173-203. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x

Schaufeli, W., Taris, T. (2004). Technical information: Dutch Work Addiction Scale (DUWAS)

Schlachter, S., McDowall, A., Cropley, M., & Inceoglu, I. (2018). Voluntary work-related technology use during non-work time: A narrative synthesis of empirical research and research agenda. *International Journal of Management Reviews, 20*(4), 825–846. https://doi.org/10.1111/ijmr.12165

Shimazu, A., Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees. *Ind Health*. Oct;47(5):495-502. DOI: 10.2486/indhealth.47.495

Shirom, A., Westman, M., & Melamed, S. (1999). The effects of pay systems on blue-collar employees' emotional distress: The mediating effects of objective and subjective work monotony. *Human Relations, 52*(8), 1077– 1097. https://doi.org/10.1023/A:1016935708825

Shoup, R., & Baranovich, D.-L. (2019). Workaholism in students: When overachieving becomes a clinical concern. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, *8*(3S2), 240–246. https://doi.org/10.35940/ijrte.C1240.1083S219

Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment, 58*(1), 160–178. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_15

Taris T. W., van Beek, I., Schaufeli, W. B. (2012). Demographic and occupational correlates of workaholism. *Psychol Rep.* 110: 547–54. DOI: 10.2466/03.09.17.PR0.110.2.547-554

Turner, R. J., Wheaton, B., & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *Amercian Sociological Review*,60, 104–125. https://doi.org/10.2307/2096348

Ujihara, M., Tachikawa, H., Takahashi, A., Gen, T., & Cho, Y. (2023). Factors related to psychological distress in suicide prevention supporters during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(6), 4991. https://doi.org/10.3390/ijerph20064991

Vallerand R. J., Houlfort, N., Bourdeau, S. (2019). Passion for work: the dualistic model of passion—15 years later. In *Passion for Work: Theory, Research, and Applications*, ed. R.J. Vallerand, N. Houlfort, pp. 17–66. Oxford Univ. Press

Van der Doef, M., Maes, S., & Diekstra, R. (2000). An examination of the jobdemand-contro l support model with various occupational strain indicators. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 13, 165–185. https://doi.org/10.1080/10615800008248338

Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Que´bec en sante´ mentale au travail*. Boucherville: Gaetan Morin.

Watson, S. B., Goh, Y. W., & Sawang, S. (2011). Gender influences on the work-related stress coping process. *Journal of Individual Differences, 32*(1), 39–46. https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000033

Capítulo 12

4YourMind – Lidar com a Ansiedade: Um Programa de Prevenção de Problemas de Ansiedade de Estudantes Universitários

Maria João Carapeto[1,2,3], Anabela Pereira [1,3,4], Isabel Pires[3] e Marta Pé Curto[3]

[1] Universidade de Évora, Departamento de Psicologia, Portugal

[2] CHRC – Comprehensive Health Research Center, Universidade de Évora, Portugal

[3] Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia (Sec-Psi), Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Portugal

[4] CIEP – Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Maria João Carapeto. **E-mail:** mjcarapeto@uevora.pt

Resumo: Os problemas de ansiedade têm vindo a aumentar na população em geral e mais ainda entre os estudantes universitários. A universidade tem sido desafiada a construir e implementar mais e melhores programas de intervenção, privilegiando, numa primeira linha, abordagens de cariz preventivo. A presente comunicação tem como objetivo apresentar um programa de prevenção universal de problemas de ansiedade em estudantes universitários, *4YourMind – Lidar com a Ansiedade*, e avaliar o seu impacto. Elaborado e implementado no âmbito do Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia (Sec-Psi) da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora, o programa baseou-se na perspetiva cognitivo comportamental e numa abordagem transdiagnóstico da intervenção psicológica, integrou elementos que a investigação tem associado às intervenções preventivas mais efetivas, e teve em consideração as caraterísticas desenvolvimentais deste período da vida. Ao longo de quatro sessões semanais, competências e conhecimentos foram trabalhados: (1) literacia e autoavaliação; (2) restruturação cognitiva; (3) estratégias comportamentais para regulação de dimensões fisiológicas da ansiedade; (4) exposição e competências de primeira ajuda. Para avaliação do impacto do programa foram aplicadas medidas de ansiedade, autorregulação das sensações corporais, reavaliação cognitiva, literacia e bem-estar, a dois grupos de estudantes de 1º ano (grupos de intervenção e controlo, respetivamente; N = 67), antes e após a intervenção. A satisfação com a intervenção foi também avaliada no final da intervenção (só grupo de intervenção). Os resultados indicaram redução dos níveis de ansiedade e melhoria da reavaliação cognitiva e da literacia no grupo de intervenção, que fez uma avaliação muito

positiva do programa em todas as dimensões avaliadas. Os resultados obtidos encorajam a reedição do programa.
Palavras-chave: Saúde mental; Promoção; Ensino superior; Literacia em saúde mental.

Abstract: Anxiety problems have been on the rise in the general population and even more so among university students. Universities are being challenged to build and implement more and better intervention program, primarily focusing on preventive approaches. The aim of this paper is to present a universal prevention program for anxiety problems in university students, 4YourMind - Dealing with Anxiety, and to evaluate its impact. Designed and implemented within the scope of the Service of Psychology of Extension to the Community (Sec-Psi) of the School of Social Sciences at the University of Évora, the program was based on cognitive-behavioral and transdiagnostic approaches to psychological intervention, integrated elements that research has associated with the most effective preventive interventions and considered the developmental characteristics of this period of life. Over the course of four weekly sessions, skills and knowledge were worked on: (1) literacy and self-monitoring; (2) cognitive restructuring; (3) behavioral strategies for regulating physiological dimensions of anxiety; (4) exposure and first aid skills. To assess the impact of the program, measures of anxiety, self-regulation of bodily sensations, cognitive reappraisal, literacy on anxiety and well-being were administered to two groups of first-year students (intervention and control groups, respectively; N = 67) before and after the intervention. Satisfaction with the intervention was also measured at the end of the intervention (intervention group only). The results indicated a reduction in anxiety levels and an improvement in cognitive reappraisal and literacy in the intervention group, which gave the program a very positive evaluation in all the dimensions assessed. The results obtained encourage the re-edition of the program.
Key-Words: Mental Health; Promotion; Higher Education; Mental health literacy.

1. Introdução

Dados internacionais sugerem que os problemas de ansiedade têm vindo a aumentar nas gerações mais recentes, especialmente entre os jovens em idade de ensino superior (Calling et al., 2017). Além disso, há evidências recentes de que, ao longo dos primeiros dois anos de estudos na universidade, os níveis de ansiedade aumentam, ao mesmo tempo que a utilização de estratégias de *coping* parece deteriorar-se (Conley et al., 2020).

A resposta tem sido a construção e implementação de mais e melhores programas de intervenção, privilegiando, numa primeira linha, abordagens de cariz preventivo. De facto, essa linha é também preconizada no Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior recentemente proposto pelo governo português (Gago et al., 2023).

O presente projeto pretende construir um programa de prevenção universal de problemas de ansiedade dirigido a estudantes universitários, adaptado às caraterísticas desenvolvimentais deste período, e avaliar o seu impacto. A construção do programa tem em consideração as evidências resultantes da investigação sobre as caraterísticas das intervenções preventivas mais efetivas (ao nível dos métodos e dos conhecimentos e competências a promover; e.g., Conley et al., 2015), incluindo propostas recentes a favor de intervenções psicológicas transdiagnóstico (Norton & Paulus, 2017).

A investigação tem revelado que as intervenções psicológicas de caráter preventivo universal têm bons resultados na melhoria do conhecimento dos jovens sobre a ansiedade e seus problemas (e.g., programas de promoção da literacia em saúde mental; Costa et al., 2020; Loureiro & Freitas, 2020), na redução de sintomas de ansiedade (e.g., Christensen et al., 2010; Conley et al., 2015; Conley et al., 2016) e na promoção de competências para lidar com a ansiedade e com as situações suscetíveis de gerar ansiedade (e.g., Conley et al., 2015; Conley et al., 2016). Os efeitos benéficos destas intervenções preventivas são duradouros (Winzer et al., 2018), especialmente das intervenções de natureza cognitivo-comportamental (Christensen et al., 2010; Worsley et al., 2022).

Os programas com efeitos maiores incluem elementos de prática de competências de natureza fisiológica (relaxamento, exercício físico e bio/neurofeedback), metacognitiva (monitorização e restruturação cognitiva, mindfulness, automonitorização, etc.), comportamental (solução de probemas, competências de comunicação, exposição, planeamento de atividades, gestão do tempo, higiene do sono, treino assertivo), bem como psicoeducação, entre outros (Rith-Najarian et al, 2019). Parece ser especialmente importante que os programas incluam uma componente de prática das competências a promover (e.g., Conley et al., 2015). Por outro lado, a perspetiva transdiagnóstico tem proposto que, apesar de diversos, os problemas de ansiedade têm uma base comum que

pode ser abordada nas intervenções psicológicas com benefícios para a saúde mental (Norton & Paulus, 2017).

Com base nestas evidências, foi construído um programa manualizado de prevenção universal em quatro sessões de 90 minutos, designado *4YourMind – Lidar com a Ansiedade*. Elaborado e implementado no âmbito do Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia (Sec-Psi) da Universidade de Évora, o programa baseou-se na perspetiva cognitivo comportamental e numa abordagem transdiagnóstico da intervenção psicológica, integrou elementos que a investigação tem associado às intervenções preventivas mais efetivas, e teve em consideração os desafios desenvolvimentais deste período da vida (e.g., Arnett, 2024; Sahão & Kienen, 2021).

O programa compreendeu quatro sessões semanais, cada uma com duração de 90 minutos (total de 6 horas), ao longo das quais foram trabalhadas competências e conhecimentos de: (1) literacia em ansiedade e problemas de ansiedade e automonitorização (níveis de ansiedade, situações ansiogénicas, diferentes sistemas da resposta de ansiedade); (2) a dimensão cognitiva da ansiedade e estratégias de restruturação cognitiva; (3) a dimensão fisiológica da ansiedade e estratégias comportamentais para autorregulação da resposta fisiológica da ansiedade (técnicas de relaxamento muscular e de respiração); (4) dimensão comportamental da ansiedade e estratégias de exposição a situações ansiogénicas, e competências de primeira ajuda. Cada sessão incluiu elementos de psicoeducação, proposta de estratégias (fisiológicas, cognitivas e comportamentais) para lidar com a ansiedade e sua prática, e proposta de planos de ação para praticar entre sessões. Cada sessão incluiu também momentos iniciais para avaliação do plano de ação da sessão anterior e momentos finais de avaliação da sessão.

Os objetivos deste estudo são pois os de avaliar o impacto do programa *4YourMind – Lidar com a Ansiedade* na ansiedade e nas habilidades / conhecimentos específicos que o programa pretendeu promover (e.g., literacia em ansiedade, autorregulação de componente fisiológica da ansiedade, reestruturação cognitiva), e a satisfação dos estudantes com o programa.

2. Métodos

2.1 Participantes

Participaram neste estudo 67 estudantes de 1º ano de licenciatura da Universidade de Évora distribuídos por dois grupos, respetivamente de intervenção ($N = 50$) e de controlo

(*N* = 17). As caraterísticas sociodemográficas de cada um dos grupos são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caraterização dos grupos de intervenção e de controlo.

		Grupo de Intervenção (*N*, %)	Grupo de Controlo (*N*, %)
Idade – *M (DP*)		20.22 (6.39)	19.12 (1.22)
Género	Feminino	43 (86)	16 (94.1)
	Masculino	7 (14)	1 (5.9)
Estado civil	Solteiro/a	48 (96)	17 (100)
	Casado/a/União de facto	1 (2)	0 (0)
	Divorciado/a	1 (2)	0 (0)
Nacionalidade	Portuguesa	46 (92)	14 (82.4)
	Outra	4 (8)	3 (17.6)
Residência (tempo de aulas)	Em casa, com família	5 (10)	4 (23.5)
	Residência universitária	13 (26)	3 (17.6)
	Quarto alugado	18 (36)	7 (41.2)
	Apartamento partilhado	13 (26)	3 (17.6)
	Outro	1 (2)	0 (0)
Estudante trabalhador	Sim	4 (8)	1 (5.9)
	Não	26 (92)	16 (94.1)
Toma medicação (prob. emocional)	Não	41 (82)	13 (76.5)
	Sim	8 (16)	4 (23.5)
	Prefere não responder	1 (2)	0 (0)
Toma medicação (prob. sono)	Não	41 (82)	13 (76.5)
	Sim	8 (16)	4 (23.5)
	Prefere não dizer	1 (2)	0 (0)

Acompanhamento psicológico	Não	40 (80)	15 (88.2)
	Sim	10 (20)	2 (11.8)

Os participantes do grupo de intervenção frequentavam a licenciatura em Psicologia e os do grupo de controlo frequentavam a licenciatura em Ciências da Educação. Verificou-se a semelhança dos dois grupos quanto a idade, $t(65) = 0.704$, $p = .484$, género, $\chi^2(67, 1) = 0.795$, $p = .373$, estado civil, $\chi^2(67, 2) = 0.701$, $p = .704$, nacionalidade, $\chi^2(67, 1) = 1.262$, $p = .261$, residência em tempo de aulas, $\chi^2(67, 4) = 2.901$, $p = .574$, estudantes trabalhadores, $\chi^2(67, 1) = 0.082$, $p = .774$, tomar medicação para problemas emocionais, $\chi^2(67, 2) = 0.790$, $p = .674$, e tomar medicação para problemas de sono, $\chi^2(67, 2) = 3.533$, $p = .171$.

2.1 Instrumentos

Além de um questionário sociodemográfico, utilizaram-se os seguintes instrumentos de autorrelato para recolha de dados:

Generalized Anxiety Disorders (GAD-7; Portuguese version, Bártolo et al., 2017; Sousa et al., 2015). É um instrumento de autorrelato que avalia a frequência de sintomas da perturbação de ansiedade generalizada (American Psychiatric Association, 1994), numa escala de resposta de quatro pontos (0 - *Nenhum dia*, to 3 - Q*uase todos os dias*). A pontuação total é a soma das pontuações de todos os itens, e quanto mais elevada maior a gravidade da sintomatologia de ansiedade. A consistência interna, neste estudo, é boa (α de Cronbach = .88).

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA; versão portuguesa, Machorrinho et al., 2019). Incluíram-se três itens para avaliar a consciência corporal das emoções e a capacidade de regular o stresse negativo mediante a atenção a sensações corporais (e.g., "Quando fico preso/a a pensamentos, consigo acalmar a minha mente focando-me no meu corpo ou na minha respiração"), para responder numa escala de 0 - *Nunca* a 5 - *Sempre*. Consistência interna destes três itens, neste estudo, é razoável, α = .68.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; versão portuguesa, Brandão et al., 2017; versão breve, Preece et al., 2023). Utilizaram-se os três itens da subescala de reavaliação cognitiva da versão breve do questionário (Preece et al., 2023; e.g. "Controlo as minhas emoções mudando o modo como penso acerca da situação em que me encontro"). A resposta é fornecida numa escala de 1 – *Discordo totalmente* a 7 – *Concordo totalmente*.

Neste estudo foram obtidos α = .87 (pré-intervenção) e α = .86 (pós-intervenção), que sugerem boa consistência interna da subescala.

Escala Breve de Literacia Sobre Ansiedade. Especificamente construída para este estudo, esta escala compreende quatro itens sobre conhecimentos acerca da ansiedade e problemas de ansiedade (e.g., "Para uma pessoa com dificuldades em gerir as suas emoções, seria benéfico evitar atividades ou situações que a fazem sentir-se ansiosa"), cuja resposta varia entre 1-*Concordo completamente* e 5-*Discordo completamente*. A pontuação total foi calculada através da média das pontuações dos quatro itens e pontuações mais elevadas significam melhor literacia sobre ansiedade (α de Cronbach de .43 e .59, respetivamente nos momentos pré- e pós-intervenção).

Mental Health Continuum-Short Form (versão portuguesa, Fonte et al., 2020). Inclui 14 itens que avaliam três dimensões da saúde mental positiva: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. A resposta é fornecida numa escala de seis pontos de *Nunca* a *Todos os dias*. (e.g., "Durante o último mês com que frequência se sentiu que tinha alguma coisa importante para contribuir para sociedade"). São obtidas quatro pontuações finais, que resultam da soma das pontuações dos respetivos itens, uma para cada dimensão do bem-estar e uma pontuação total. Obtiveram-se indicadores de boa consistência interna (α de Cronbach) de todas as subescalas noa momentos pré- e pós-intervenção (Emocional: .79 e .87; Social: .79 e .82; Psicológico: .86 e .90; Total: .91 e .93).

Escala de Avaliação da Implementação de Programas (Jardim & Pereira, 2006). Foram avaliadas as dimensões de apreciação global (seis itens, "O programa de um modo geral foi"), objetivos (um item, "A clareza e a importância dos objectivos do programa foi"), conteúdos (cinco itens, e.g., "A aplicabilidade dos conteúdos aprofundados foi") e atividades (cinco itens, e.g., "A utilidade prática das atividades propostas foi"), usando uma escala de 1-*Mau* a 5-*Muito bom*. Foi aplicada ao grupo de intervenção no momento pós-intervenção.

2.2. Recolha e análise de dados

O protocolo de recolha de dados incluiu uma declaração de consentimento informado (informação sobre o estudo, confidencialidade e anonimato, etc.) e os instrumentos acima mencionados, no respeito pelas diretrizes da Comissão Nacional de Proteção de Dados e do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Os participantes responderam aos questionários, que foram disponibilizados de modo online através da plataforma LimeSurvey, em dois momentos diferentes, respetivamente pré- e pós-intervenção. No caso do grupo de intervenção, a recolha de dados ocorreu no início da primeira sessão (pré-intervenção) e no final da última sessão do programa (pós-intervenção). Os dados dos participantes do grupo de controlo foram recolhidos nas mesmas duas semanas de início e final do programa. No primeiro momento de recolha de dados, cada participante criou, para si próprio/a, um código alfanumérico desconhecido das investigadoras que permitiu associar os dados de cada participante nos dois momentos, pré- e pós-intervenção.

O programa *4YourMind – Lidar com a Ansiedade* foi aplicado por duas psicólogas estagiárias do Serviço de Extensão à Comunidade em Psicologia (Sec-Psi) da Universidade de Évora, durante as aulas práticas de uma unidade curricular de psicologia do desenvolvimento, em três turmas de estudantes do 1º ano de licenciatura em Psicologia. Ao todo, 60 estudantes participaram no programa, dos quais 10 foram excluídos deste estudo por não terem respondido aos questionários num dos dois momentos de recolha de dados ou por dificuldades no emparelhamento dos códigos alfanuméricos que disponibilizaram.

A análise estatística foi efetuada com ao IBM SPSS Statistics v. 27. Foram calculadas frequências das variáveis de caraterização sociodemográfica da amostra e testadas as semelhanças entre os dois grupos quanto a variáveis sociodemográficas no momento pré-intervenção (testes *t* para amostras independentes, χ^2). Verificados os pré-requisitos para a sua utilização, foram utilizados testes *t* para amostras emparelhadas para verificar as diferenças entre o grupo de controlo e grupo de intervenção nos níveis de ansiedade, literacia em ansiedade, autorregulação de componente fisiológica da ansiedade, e reestruturação cognitiva, antes da intervenção; e uma análise de variância de medidas repetidas para testar o efeito da intervenção (i.e., efeito da interação momento*grupo) nas diferentes variáveis em análise (ansiedade, literacia em ansiedade, autorregulação da componente fisiológica da ansiedade, reestruturação cognitiva). Foram também calculadas as estatísticas descritivas da satisfação com a intervenção (i.e., apreciação global, objetivos, conteúdos e atividades).

3. Resultados

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas das diferentes medidas realizadas nos grupos de intervenção e de controlo nos momentos pré- e pós-intervenção, e da satisfação com o programa (só no grupo de intervenção e no momento pós-).

Tabela 1 – Estatísticas descritivas (média e desvio padrão) dos níveis de ansiedade, estratégias para lidar com a ansiedade (autorregulação de sintomas somáticos e reavaliação cognitiva), literacia sobre ansiedade e bem-estar.

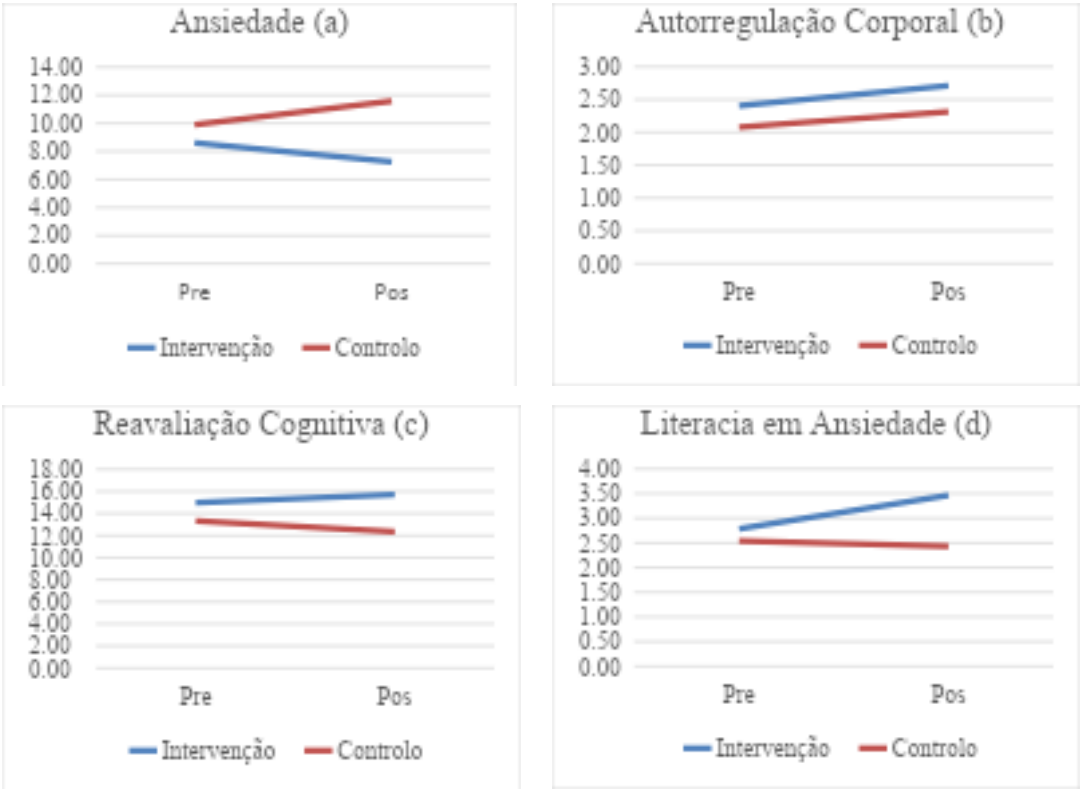
	Grupo	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
		M	*DP*	*M*	*DP*
Ansiedade	Intervenção	8.62	5.48	7.24	4.66
	Controlo	9.88	5.17	11.59	5.46
	Total	8.94	5.39	8.34	5.19
Autorregulação	Intervenção	2.41	1.08	2.71	0.89
	Controlo	2.08	1.02	2.31	0.87
	Total	2.32	1.07	2.61	0.90
Reavaliação cognitiva	Intervenção	14.98	4.03	15.70	3.97
	Controlo	13.35	2.60	12.35	2.78
	Total	14.57	3.77	14.85	3.97
Literacia	Intervenção	2.78	0.59	3.47	0.62
	Controlo	2.54	0.67	2.43	0.53
	Total	2.72	0.61	3.21	0.75
Bem-estar emocional	Intervenção	12.78	3.09	12.48	3.34
	Controlo	13.18	2.04	12.41	2.43
	Total	12.88	2.85	12.46	3.12
Bem-estar social	Intervenção	14.42	4.91	15.14	5.54
	Controlo	14.00	3.14	14.12	3.39
	Total	14.31	4.51	14.88	5.08
Bem-estar psicológico	Intervenção	23.96	7.17	24.30	7.78
	Controlo	21.00	6.26	22.29	6.51
	Total	23.21	7.03	23.79	7.48
Avaliação do Programa (só grupo de intervenção)					
Apreciação Global				4.52	0.41

Objetivos	4.80	0.40
Conteúdos	4.67	0.38
Atividades	4.54	0.44

Uma série de testes *t* para amostras independentes mostrou que, no momento pré-teste, os grupos de intervenção e de controlo são idênticos quanto aos níveis médios de ansiedade, autorregulação de sintomas somáticos, reavaliação cognitiva, literacia e nas três dimensões do bem-estar.

O efeito estatisticamente significativo da interação momento*grupo na ansiedade, $F(1,65) = 6.63$, $p = .012$, $\eta^2_p = .092$, poder observado = .718, sugeriu que a ansiedade diminuiu no grupo de intervenção e aumentou no grupo de controlo. O efeito principal do grupo foi também estatisticamente significativo, assinalando níveis de ansiedade mais elevados no grupo de controlo, no conjunto dos dois momentos, $F(1.65) = 4.56$, $p = .037$, $\eta^2_p = .066$, poder observado = .557.

Quanto à autorregulação dos sintomas somáticos, só o efeito principal do momento da recolha de dados é estatisticamente significativo, de forma que esta autorregulação foi mais elevada após a intervenção (nos dois grupos em conjunto), $F(1,65) = 5.49$, $p = .022$, $\eta^2_p = .078$, poder observado = .636.



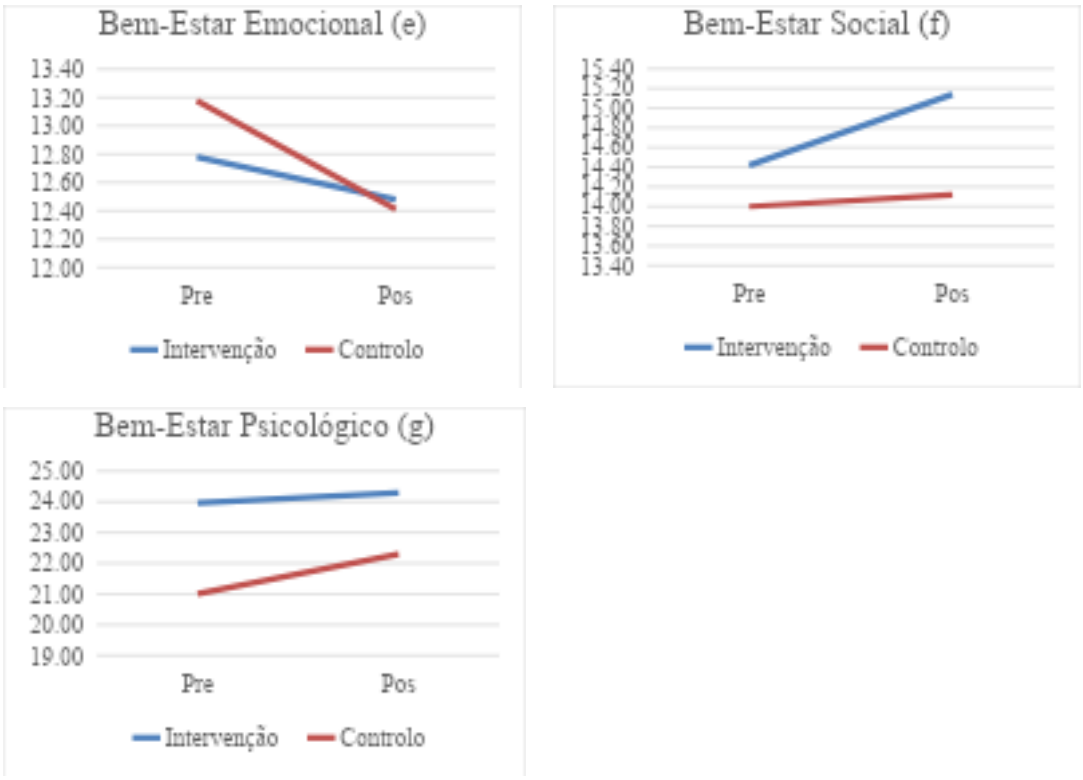


Figura 1 – Representação gráfica das diferenças entre os momentos pré- e pós-intervenção, nos grupos de intervenção e de controlo, em cada variável

A reavaliação cognitiva aumentou para o grupo de intervenção e diminuiu para o grupo de controlo, como indicado pelo efeito da interação momento*grupo marginalmente significativo, $F(1,65) = 3.60$, $p = .062$, $\eta^2_p = .052$, poder observado = .061. O efeito principal do grupo sugeriu também que, no conjunto dos dois momentos, o grupo de intervenção apresentou maior reavaliação cognitiva do que o grupo de controlo, $F(1,65) = 6.99$, $p = .010$, $\eta^2_p = .097$, poder observado = .740.

O efeito estatisticamente significativo da interação momento*grupo sugeriu que a literacia sobre ansiedade foi maior no momento pós-intervenção, mas só no grupo de intervenção (no grupo de controlo diminuiu), $F(1,65) = 24.08$, $p < .001$, $\eta^2_p = .270$, poder observado = .998. O efeito principal do momento (pré-pós intervenção, considerando os dois grupos em conjunto) revelou-se também estatisticamente significativo, sugerindo que a literacia sobre ansiedade foi mais elevada no momento pós-intervenção, $F(1,65) = 12.10$, $p < .001$, $\eta^2_p = .157$, poder observado = .929. Verificou-se também que o efeito principal do grupo foi estatisticamente significativo, indicando níveis mais elevados de literacia em ansiedade no grupo de intervenção, $F(1,65) = 18.69$, $p < .001$, $\eta^2_p = .223$, poder observado = .989.

O efeito principal do momento, que foi marginalmente significativo, sugeriu que o bem-estar emocional tendeu a diminuir, do momento pré para o pós-intervenção, nos dois grupos em conjunto, $F(1,65) = 3.75$, $p = .057$, $\eta^2_p = .054$, poder observado = .479. Os efeitos principais do momento e do grupo no bem-estar social e no bem-estar psicológico não são estatisticamente significativos, bem como os efeitos da interação momento*grupo.

O grupo de intervenção fez uma apreciação global do programa e dos seus objetivos, conteúdos e atividade, muito próxima do *muito bom*: de 4.52 (apreciação global) a 4.8 (objetivos do programa), numa escala de 1-*Mau* a 5-*Muito bom*.

4. Discussão

Este estudo propôs-se avaliar o impacto do programa *4YourMind – Lidar com a Ansiedade,* um programa de prevenção universal da ansiedade para estudantes universitários. Globalmente, os resultados sugeriram melhorias no grupo de intervenção (e não no grupo de controlo) relativamente aos níveis de ansiedade, utilização de estratégias de reavaliação cognitiva e literacia em ansiedade. Considerando os grupos de intervenção e de controlo em conjunto, os resultados evidenciaram também a redução dos níveis de bem-estar emocional e o aumento da autorregulação de sintomas fisiológicos após a intervenção.

Em linha com a investigação existente (e.g., Conley et al., 2015; Costa et al., 2020), os resultados sugeriram que este programa de prevenção universal da ansiedade foi eficaz na redução dos níveis de ansiedade e na melhoria das habilidades de reestruturação cognitiva e da literacia em ansiedade dos estudantes que participaram na intervenção.

A componente do programa destinada à promoção de habilidades para autorregulação de sintomas fisiológicos da ansiedade, designadamente técnicas de relaxamento muscular e respiração diafragmática, não foi eficaz a melhorar estas habilidades para além do que o grupo de controlo também evidenciou. Ambos os grupos, de intervenção e de controlo, reportaram melhores níveis destas habilidades no momento pós-intervenção. Tal pode ter-se devido ao acentuar de experiências emocionais mais negativas dos estudantes, possivelmente do âmbito da ansiedade, à medida que o semestre letivo avançava e as tarefas académicas e de avaliação se intensificavam (Sahão & Kienen, 2021); estas experiências poderiam direcionar a atenção dos estudantes para os sinais somáticos das emoções e assim incentivar a busca de estratégias para os aliviar, mesmo que de modo intuitivo (Mehling, 2016). Por outro lado, é possível que a sessão destinada a promover

estas estratégias tenha sido demasiado ambiciosa nos seus objetivos tendo em consideração a duração limitada da sessão. Poderá ser benéfico em edições futuras criar condições para uma prática mais intensiva da/s estratégia/s e/ou promover estratégias mais "intuitivas" para os estudantes, por exemplo em alternativa ao relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1938).

O estudo chamou também a atenção para o bem-estar emocional que se deteriorou para todos os participantes do momento pré- para o pós-intervenção, resultando possivelmente efeitos da pressão académica crescente (Sahão & Kienen, 2021), como acima mencionado. Tal pode dever-se também às caraterísticas do instrumento utilizado para medir o bem-estar emocional, o *Mental Health Continuum-Short Form* (Fonte et al., 2020), que avalia somente afetos positivos e poderá, portanto, será menos sensível a experiências de tonalidade negativa como as de ansiedade. Muito embora esse não seja um objetivo habitual dos programas de prevenção de problemas de ansiedade, outros programas tem revelado direções promissoras para a promoção de estados afetivos positivos dos estudantes universitários (e.g., Blasco-Magraner et al., 2023) e poderia ser, em estudos futuros a possibilidade de integrar também estratégias de saúde mental positiva num programa orientado para gestão da ansiedade.

Por fim, verificou-se uma avaliação muito positiva do programa *4YourMind – Lidar com a Ansiedade* em todas as dimensões avaliadas, destacando-se ainda assim o reconhecimento pelos estudantes da extrema importância dos objetivos do presente programas. No seu conjunto, os resultados obtidos encorajam o aperfeiçoamento e a reedição do programa, recomendando-se também estudos de *follow-up* que informem sobre o seu impacto a médio e longo prazo.

5. Referências Bibliográficas

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., ... & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, *2024*(1), 1-14. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.

Arnett, J. J. (2024). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties* (3ª Ed.). Oxford University Press.

Bártolo, A., Monteiro, S., & Pereira, A. (2017). Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. *Cadernos de Saúde Pública, 33*(9). doi:10.1590/0102-311x00212716

Blasco-Magraner, J. S., Bernabé-Valero, G., Marín-Liébana, P., & Botella-Nicolás, A. M. (2023). Changing positive and negative affects through music experiences: a study with university students. *BMC psychology*, *11*(1), 76. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01110-9

Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2017). The emotion regulation questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-oncology*, *26*(10), 1647-1653. https://doi.org/10.1002/pon.4356

Calling, S., Midlöv, P., Johansson, S. E., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2017). Longitudinal trends in self-reported anxiety. Effects of age and birth cohort during 25 years. *BMC Psychiatry*, *17*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1277-3

Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, I. B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *The journal of primary prevention*, *31*, 139-170.

Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, *16*, 487-507.

Conley, C. S., Durlak, J. A., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Zahniser, E. (2016). A meta-analysis of the impact of universal and indicated preventive technology-delivered interventions for higher education students. *Prevention Science*, *17*, 659-678.

Conley, C. S., Shapiro, J. B., Huguenel, B. M., & Kirsch, A. C. (2020). Navigating the college years: Developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive-affective strategies, and social well-being. *Emerging Adulthood*, *8*(2), 103-117.

Costa, T. F. O., Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. D. C., Ribeiro, I. M. O. C., & Parola, V. S. D. O. (2021). Review of Mental health first aid programs. *Western Journal of Nursing Research*, *43*(12), 1146-1156.

Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. (2020). The portuguese adaptation of the mental health continuum-short form for adult population. *Community Mental Health Journal, 56*(2), 368-375. https://doi.org/10.1007/s10597-019-00484-8

Gago, J. S., Andrade, M. G., Martins, M. J., Cunha, O. O., Soares, S., Santos, T., . . . & Martinho, S. (2023). *Programa para promoção da saúde mental no ensino superior.*

Presidência do Conselho de Ministros, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde. Acedido em 17 maio 2025, https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf

Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press.

Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: guia prático para a mudança positiva*. ASA.

Loureiro, L. M. J., & Freitas, P. M. F. P. (2020). Effectiveness of the mental health first aid program in undergraduate nursing students. *Revista de Enfermagem Referência*, *5*(1), 1-9.

Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes, J., Mehling, W., & Marmeleira, J. (2019). Multidimensional assessment of interoceptive awareness: Psychometric properties of the Portuguese version. *Perceptual and Motor Skills*, *126*(1), 87–105. https://doi.org/10.1177/0031512518813231

Mehling, W. (2016). Differentiating attention styles and regulatory aspects of self-reported interoceptive sensibility. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *371*(1708), 20160013. http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0013

Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, *56*, 122-137.

Preece, D. A., Petrova, K., Mehta, A., & Gross, J. J. (2023). The Emotion Regulation Questionnaire-Short Form (ERQ-S): A 6-item measure of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Journal of Affective Disorders, 340*, 855-861. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.076

Rith-Najarian, L. R., Boustani, M. M., & Chorpita, B. F. (2019). A systematic review of prevention programs targeting depression, anxiety, and stress in university students. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 568-584.

Sahão, F. T., & Kienen, N. (2021). Adaptação e saúde mental do estudante universitário: revisão sistemática da literatura. *Psicologia Escolar e Educacional, 25*, 1-13. https://doi.org/10.1590/2175-35392021224238

Winzer, R., Lindberg, L., Guldbrandsson, K., & Sidorchuk, A. (2018). Effects of mental health interventions for students in higher education are sustainable over time: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, *6*, e4598.

Worsley, J. D., Pennington, A., & Corcoran, R. (2022). Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. *PLoS one*, *17*(7), e0266725.

Capítulo 13

Programa "(Not) To Be Sad" : Validação de um Programa Breve de Intervenção iCBT para a Depressão e a Ansiedade no Ensino Superior

Catarina Cangarato Paixão[1], José Maria Fialho[2], Anabela Pereira[3]

[1] Universidade de Évora, Portugal

[2] Universidade de Évora, Portugal

[3] Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Catarina Cangarato Paixão. **E-mail:** catarinacangarato@gmail.com

Resumo: Verifica-se o aumento de estudantes universitários com indicadores de uma ou mais problemáticas de saúde mental, sendo as mais comuns a ansiedade e questões relacionadas com o humor, acrescendo a depressão, stress e outras complicações psicológicas (Auerbach, 2018; Lipson & Eisenberg, 2017). Assim, é essencial que a investigação se debruce sobre a criação de ferramentas que ajudem a intervir com esta população. É objetivo deste estudo experimental quantitativo randomizado adaptar e validar um programa de intervenção web-based (iCBT) para a prevenção de sintomas de depressão e ansiedade, direcionado a estudantes universitários portugueses (n=40; grupo de controlo n=20 e waiting-list n=20). Será aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), a Escala de Ajuste Social e do Trabalho (WSAS) e o Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8). Serão efetuadas análises de Teste-T e ANOVA, teste de medição de efeito e análises de correlação e regressão, se aplicável. Espera-se validar a intervenção iCBT para estudantes universitários portugueses e a sua eficácia na redução de sintomas de depressão e ansiedade e melhoria da funcionalidade diária. É esperado verificar satisfação elevada na participação do programa e a manutenção da redução de sintomas ao longo do tempo. Pretende-se contribuir para validação deste tipo de programas Cognitivo Comportamentais, acrescendo o valor de ser uma intervenção web-based. Espera-se contribuir também para a prevenção da saúde mental em contexto universitário,

nomeadamente na depressão e ansiedade, contribuindo para a prática clínica e para o bem estar dos jovens universitários, criando ferramentas validadas ao alcance desta população.
Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Estudantes Universitários; Cognitivo Comportamental; Web-Based.

Abstract: There is a growing number of university students showing signs of one or more mental health issues, with the most common being anxiety and mood-related problems, along with depression, stress, and other psychological complications (Auerbach, 2018; Lipson & Eisenberg, 2017). Therefore, it is essential for research to focus on developing tools that support interventions for this population. The objective of this randomized quantitative experimental study is to adapt and validate a web-based intervention program (iCBT) aimed at preventing symptoms of depression and anxiety among Portuguese university students (n=40; control group n=20 and waiting-list group n=20). The instruments to be used include the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Work and Social Adjustment Scale (WSAS), and the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). T-test and ANOVA analyses will be conducted, along with effect size testing and correlation and regression analyses, where applicable. The study aims to validate the iCBT intervention for Portuguese university students and assess its effectiveness in reducing symptoms of depression and anxiety and improving daily functioning. High satisfaction with the program participation and sustained symptom reduction over time are expected. This study intends to contribute to the validation of Cognitive Behavioral Therapy-based programs, with the added value of being a web-based intervention. It also seeks to promote mental health prevention within the university context, particularly regarding depression and anxiety, contributing to clinical practice and the well-being of young university students by creating validated tools accessible to this population.
Key-Words: Anxiety; Depression; University Students; Cognitive-Behavioral; Web Based.

1. Introdução

A saúde mental é definida pela Organização Mundial da Saúde como um estado de bem-estar, no qual o indivíduo é capaz de ser competente, superar o stress da vida diária e trabalhar produtivamente, contribuindo para a comunidade onde se insere (Organização

Mundial da Saúde, 2013). É um direito básico fundamental, que se encontra em crise (Nações Unidas, 2019; Organização Mundial da Saúde, 1946), que poderá não estar assegurado, nomeadamente no contexto do Ensino Superior.

Um estudo com estudantes universitários portugueses indicou uma prevalência elevada de problemas de saúde mental, com destaque para sintomas de depressão moderados a severos e ansiedade, com aumento desde a pandemia (Guedes de Pinho, 2024; Andrade, et al., 2022).

A preocupação com esta população também se encontra espelhada nas políticas públicas estabelecidas em Portugal (Gago, et al., 2023). A 10 de abril de 2025 foi publicada uma lei introdutória de medidas significativas de reforço da saúde mental no sistema educativo português, abrangendo o Ensino Superior (Diário da República, 2025). Dentro das principais medidas desta lei, estabeleceram-se como objetivos o aumento do rácio mínimo de psicólogos por estudantes e uma linha telefónica de apoio à saúde mental no Ensino Superior. Alinhado com os contributos pretendidos desta investigação, define que as instituições de ensino devem ter uma rede de psicologia que, para além de aconselhamento psicológico, deve oferecer aos alunos apoio no desenvolvimento de competências, promoção da saúde mental e prevenção/intervenção nos riscos psicossociais. É neste objetivo que as ferramentas psicoterapêuticas digitais poderão ser integradas, tornando-as uma mais valia a nível da gestão de recursos humanos e financeiros, e ao nível da adesão dos jovens a estas ofertas inovadoras.

Pode-se observar a atenção por parte da comunidade científica e institucional no resto do mundo, onde a ansiedade e a depressão também são as perturbações psicológicas mais comuns entre universitários, tornando a sua saúde mental uma questão central (Amaro et al., 2024; Paula, Breguez & Machado, 2020; Auerbach et al., 2018). Torna-se urgente que as universidades desenvolvam, validem e implementem programas e ferramentas acessíveis com as quais os estudantes se identifiquem e promovam a procura de ajuda, de fácil integração nos serviços e recursos que as universidades já disponibilizam.

Os programas de Terapia Cognitivo-Comportamental Digital são uma alternativa promissora na complementaridade ao apoio psicológico. Tratam-se de intervenções baseadas nas práticas cognitivo-comportamentais através de plataformas online, semelhantes à prática terapêutica tradicional, incluindo uma componente psicoeducativa e estratégias de prevenção (Oliveira et al., 2023; Pratas, Pereira et al., 2022; Oliveira, Pereira & Vagos, 2020), através de módulos focados em problemáticas como depressão e ansiedade.

Embora alguns estudos apontem desafios na retenção dos participantes (Koelen et al., 2024), a especificidade da implementação digital não compromete a eficácia terapêutica (Nakagami et al., 2024). Evidencias indicam que a iCBT reduz sintomas de depressão e ansiedade em universitários (Koelen et al., 2024; Nakagami et al., 2024; Oliveira et al., 2023). Além disso, há evidência de eficácia na prevenção, com melhorias duradouras após a participação e reincidência sintomática.

O objetivo central deste estudo é construir, implementar e avaliar o programa de intervenção iCBT "(Not) To Be Sad: Terapia web-Based para a prevenção de Sintomas de Ansiedade e Depressão" (NTBS), direcionado a estudantes universitários portugueses. Concretamente, definiram-se como objetivos específicos (1) construir o programa de intervenção iCBT "To Be Sad"; (2) implementar o programa com uma amostra de estudantes universitários portugueses; e (3) avaliar a eficácia do programa.

2. Métodos

Metodologicamente, seguirá um desenho quasi-experimental randomizado (RCT), com um grupo experimental e um grupo de controlo (baseline). A recolha dos dados será realizada em três momentos: pré-teste (sessão 1), pós-teste (sessão 8) e follow up (30 dias após a intervenção). A amostra será constituída estudantes (n=30), recrutados através da mailing list da instituição de Ensino Superior. O protocolo incluirá os instrumentos: Questionário Sociodemográfico, BAI - Inventário de Ansiedade de Beck (Lee, Lee, Hwang, Hong, & Kim, 2018; Quintão, Delgado, & Prieto, 2013), BDI-II - Inventário de Depressão de Beck-II (Campos & Gonçalves, 2011; Beck, Steer & Brown, 1996), WSAS - Escala de Ajustamento Social e Profissional (Salgado, Ferreira, & Sousa, 2019; Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002) e o Questionário de Satisfação do Cliente (Ribeiro, 1999; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). É de notar, que apesar da sua longevidade, consideram-se instrumentos validados em Portugal, com boa robustez psicométrica, comparabilidade com outros estudos e fácil aplicação.

No primeiro ano da investigação serão tarefas a construção do programa TBS (mês 1 a 6), a sua adaptação à plataforma moodle (mês 4 a 8), a validação dos conteúdos (mês 7 a 9) e a aprovação ética e logística do processo de recrutamento (mês 9 a 12). Especificamente, na primeira tarefa será realizada uma revisão sistemática com base em protocolos Cognitivo-Comportamentais e iCBT já validados, que servirá de base para a estruturação modular das oito sessões. E a produção dos conteúdos de multimédia a ser utilizados na plataforma, bem como a identidade visual e usabilidade da ferramenta

na plataforma moodle, para a qual será requerida a colaboração dos Serviços Informáticos da Universidade. É pretendida a realização duma revisão por painel de especialistas, composto por um psicólogo cognitivo-comportamental, um estudante universitário e a equipa de investigação do estudo. Posteriormente, será submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora, serão elaborados os materiais de divulgação/recrutamento e estabelecidas parcerias com instituições de Ensino Superior selecionadas.

No segundo ano, será implementado o programa NTBS e recolhidos os dados. Após o recrutamento e randomização dos participantes entre o grupo experimental (n=15) e o baseline (n=15), será aplicado o programa ao grupo experimental, com sessões de 50 minutos, disponibilizadas semanalmente ao longo de oito a dez semanas, permitindo uma maior flexibilidade na conclusão do programa. Estas sessões abordarão temáticas relacionadas com a ansiedade e a depressão, e estratégias TCC para lidar com as mesmas. A recolha dos dados ocorrerá em três momentos pré-teste, pós-teste e follow-up, para ambos os grupos, sendo garantida a monitorização de indicadores de risco, como a ideação suicida ou comportamentos autolesivos.

Na última fase do programa (últimos 12 meses), pretende-se realizar a análise estatística dos dados recolhidos, de forma a verificar a validade e eficácia do programa. Serão efetuados testes paramétricos e não-paramétricos, análises de Teste-T e ANOVA, teste de medição de efeito e análises de correlação e regressão, se aplicável. De seguida, os resultados e conclusões serão redigidos, e publicados em artigo científico. Concluindo se que o programa NTBS é válido, também se pretende publicar um manual técnico para a implementação do programa.

Quanto às hipóteses em estudo, definiram-se as seguintes: (I) os níveis de sintomas de depressão e ansiedade do grupo experimental serão inferiores no pós-teste, quando comparados com o pré-teste; (II) os níveis de sintomas de depressão e ansiedade do grupo baseline serão idênticos quando comparados o pós e o pré-teste; (III) os níveis de sintomas de depressão e ansiedade no grupo experimental irão manter-se em níveis mais baixos no momento do follow-up; (IV) no fim da intervenção, os níveis de sintomas de depressão e ansiedade serão menores no grupo experimental quando comparados com o grupo baseline; (V) a ferramenta de interação complementar com um psicólogo e entre os pares terá efeitos positivos na retenção dos participantes no grupo experimental que a utilizem.

3. Resultados

Face aos resultados, o principal dado que se espera observar é a validação da eficácia e aplicabilidade do programa "(Not) To Be Sad" junto de uma amostra de alunos universitários. Para além disto, relativamente às hipóteses em avaliação colocadas, espera-se que o grupo experimental revele uma diminuição estatisticamente significativa nos resultados do BDI-II e do BAI quando comparado o pré com o pós-teste, e que esta redução se mantenha no follow-up e quando comparado com o grupo baseline, evidenciando os ganhos terapêuticos da participação no programa.

É esperado que o grupo de controlo mantenha estabilidade nos níveis sintomáticos, não se observando alterações estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação, o que poderá contribuir para suportar a eficácia da intervenção aplicada ao grupo experimental. Adicionalmente, ainda que não seja um objetivo central, espera-se uma melhoria da funcionalidade diária (WSAS) nos participantes do grupo experimental, em aspetos como a funcionalidade académica, social e ocupacional, após a participação no programa, espelhando o impacto clínico e funcional na vida diária dos estudantes, além da redução sintomática.

Pretende-se também que os alunos que participem no programa reportem níveis elevados de satisfação com o programa, nomeadamente no que diz respeito ao acesso, aplicabilidade dos conteúdos e utilidade das ferramentas apresentadas, sendo este um indicador importante para a aceitação e adesão da população-alvo em aplicações futuras do programa. Por fim, é pretendido comprovar o efeito positivo das ferramentas de apoio de interação complementar para a retenção dos participantes num maior número de sessões e/ou completude do programa. Esta ferramenta de interação com um psicólogo e entre pares poderá revelar um efeito positivo na adesão e conclusão do programa, principalmente entre os participantes que as utilizarem com maior frequência, o que mitiga uma das limitações normalmente apontadas relativamente a este tipo de intervenções digitais, como a desistência precoce.

4. Discussão

O objetivo principal deste estudo é a construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção breve, online e baseado na Terapia Cognitivo Comportamental (iCBT), para a redução de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes universitários portugueses. Este objetivo reflete a preocupação crescente face à prevalência de sintomatologia psicológica não tratada, espelhando um contexto de

saúde mental no Ensino superior alarmante e a urgência para a criação de ferramentas que deem resposta a esta necessidade (Guedes de Pinho, 2024; Auerbach, et al., 2018).

Esperam-se resultados alinhados com as evidências da literatura recente, as quais indicam um impacto positivo das intervenções digitais baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental, na redução de sintomatologia depressiva e ansiosa, com efeitos duradouros no tempo. (Nakagami et al., 2024; Oliveira et al., 2023). Assim, considera-se que este estudo poderá reforçar o conhecimento já existente sobre a temática, bem como contribuir com dados adicionais sobre a eficácia da iCBT no contexto académico, que ainda pode ser mais explorado nesta área.

Um dos principais contributos diferenciadores do programa "(Not) To Be Sad" é a sua adaptação linguística, visual e funcional face ao seu público alvo, tornando-o não só acessível, como também mais apelativo aos estudantes. Num sentido de otimização de recursos, a utilização da plataforma Moodle, familiar à maioria dos estudantes e um recurso já existente nas universidades, poderá facilitar a navegação e adesão do grupo, e ainda reduzir as barreiras tecnológicas associadas à utilização de ferramentas digitais. Acresce ainda, o elemento inovador da componente de interação complementar com um psicólogo e entre os pares que participam no programa, que poderá colmatar uma das limitações referidas frequentemente neste tipo de intervenções relativamente à elevada taxa de abandono deste tipo de intervenções (Koelen et al., 2024).

Neste sentido, prevêem-se um conjunto de limitações neste estudo, para as quais está definido um plano de contingência. A principal limitação poderá dizer respeito à baixa adesão e/ou dropout elevado, e para isso, serão utilizadas estratégias de reforço da motivação (notificações semanais das sessões, reforço positivo ao longo do programa e reforço nos materiais de divulgação e na primeira sessão da utilidade do programa). As dificuldades de recrutamento também tentarão ser ultrapassadas com o reforço da divulgação junto da comunidade académica e a parceria com universidades centrais e de maior dimensão. Também os problemas técnicos na plataforma podem contemplar um risco, e para isso, será estabelecida a parceria com a equipa informática da universidade e existirá uma linha de comunicação direta entre os participantes e a equipa de investigação responsável.

Eticamente, o plano de trabalhos envolve participantes humanos voluntários, de idade igual ou superior a 18 anos, para investigação no âmbito das Ciências Sociais e Humanas. Será disponibilizado um consentimento informado na primeira fase de avaliação, no qual os participantes tomarão conhecimento sobre objetivos, procedimentos e termos da sua

participação, nomeadamente da possibilidade de desistência a qualquer momento da investigação e a ausência de custos da sua participação.

A presente investigação envolve a recolha e processamento de dados pessoais, como o género, idade, dados académicos, saúde mental atual, historial de diagnóstico e acompanhamento psicológico. Como tal, os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e utilizados exclusivamente para fins científicos. Estes dados serão recolhidos através de um protocolo de autopreenchimento online, validado para a população portuguesa, focado nas variáveis estritamente necessárias de recolher. Esta recolha realizada aos participantes em três momentos distintos da investigação. O seu preenchimento será anónimo e confidencial, não ficando associado ao ID utilizado pelo participante para completar o programa, não permitindo a identificação individual, e utilizando-se a pseudonimização, caso seja necessária a ligação de dados entre fases, garantindo a separação entre os dados de identificação e os dados analisados.

Os dados ficarão armazenados em suporte digital protegidos por palavra-passe e encriptação, acessíveis apenas à equipa de investigação, composta pela investigadora responsável, que será a principal responsável pelo tratamento dos dados, e equipa de orientação.

De acordo com as recomendações do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), os dados e backups ficarão armazenados pelo período de cinco anos, contados a partir da conclusão da investigação, de forma a permitir eventuais publicações ou reanálises. Após esse período, os dados serão anonimizados de forma irreversível, garantindo que nenhuma pessoa possa ser identificada.

O tratamento de dados sensíveis, nomeadamente os que dizem respeito à saúde mental e historial de diagnóstico psicológico, será assegurado com base no interesse público na área da investigação científica (Art. 9º, nº 2, alínea j), assegurando medidas rigorosas de proteção, como a anonimização, limitação de acesso e recolha de dados estritamente necessários ao estudo. Para os dados não sensíveis, o tratamento terá por base o consentimento informado (Art. 6º, nº 1, alínea a).

Apesar de se tratar de uma investigação de baixo risco, será contemplado no estudo o despiste para possível agudização de sintomas dos participantes, através de indicadores de ideação ou pensamentos suicidas e práticas autolesivas. O programa indicará automaticamente informação de contacto para apoio psicológico especializado. Todos os participantes poderão entrar em contacto com a equipa de investigação a qualquer momento com questões ou pedidos de apoio específicos, via email.

A intervenção com o baseline será realizada posteriormente, comunicando-se aos participantes que ficarão em lista de espera. Em caso de violação dos dados, serão acionados mecanismos previstos no RGPD, notificando se necessário a autoridade competente e/ou os participantes afetados. Estas práticas encontram-se alinhadas com as recomendações e boas práticas de investigação científica.

Concluindo, do ponto de vista da sua aplicabilidade prática, pretende-se que o programa NTBS se constitua como uma ferramenta útil e viável economicamente, facilmente integrável nos serviços de apoio psicológico das instituições do Ensino Superior português. Tendo em conta a recente legislação portuguesa (Lei nº 54/2025), é essencial o reforço da importância de estruturar uma resposta adequada e de proximidade no âmbito da saúde mental académica. E por isso, a criação desta intervenção digital alinha-se com as orientações institucionais, e visa a otimização de recursos humanos e financeiros.

No que diz respeito aos estudos futuros, poderá ser interessante alargar a intervenção a outros participantes como docentes universitários, estudantes do ensino secundário ou até mesmo outros profissionais. Poderia ser interessante também testar os hábitos de participação num grupo de intervenção deste tipo mais flexível, autónomo e adaptável às rotinas e disponibilidade dos participantes, de forma a explorar os comportamentos de participação neste tipo de programas, e como os podemos utilizar para melhorar a adesão e completude da intervenção.

Concluindo, esta investigação propõe a validação de uma ferramenta inovadora, baseada na ciência e alinhada com o contexto nacional e internacional atual, focando-se principalmente na promoção da saúde mental dos estudantes universitários. O Programa To Be Sad - Terapia web-Based para a prevenção de Sintomas de Ansiedade e Depressão" (TBS) poderá afirmar-se como uma solução digital acessível, viável e eficaz, visando

responder à necessidade urgente identificada pela literatura e pelas instituições governamentais, com potencial para uma implementação de maior escala como parte integrante da saúde mental no Ensino Superior.

5. Referências Bibliográficas

Amaro, Fonseca, Afonso, Jacinto, Gomes, Pereira, . . . Pinho. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study

about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, 1-14. doi: 10.1155/2024/5528350

Andrade, G., Cunha, O., Ferreira, C., & Pereira, A. (2022). Impacto do confinamento nos Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior durante a Pandemia da Covid-19. *RESAPES*. Retirado de http://resapes.pt/dossiers/

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, B., . . . Kessler. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 623-638. doi:10.1037/abn0000362

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. *TX: Psychological Corporation*.

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *European Journal of Psychological Assessment*, 258-264. doi:10.1027/1015-5759/a000072

Diário da República. (2025, abril 10). Lei n.º 54/2025 de 10 de abril. *Aprova uma rede de serviços de psicologia nas escolas públicas e instituições de ensinosuperior e uma linha telefónica de apoio no ensino superior e altera o Decreto-Lei n.º 190/91, de 17 de maio*. Portugal. Retirado de https://files.diariodarepublica.pt/1s/2025/04/07100/0000300005.pdf Gago, J. S., Andrade, M. G., Martins, M. J., Cunha, O. O., Soares, S., Santos, T., . . . Martinho, S. (2023). Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior. Retirado de https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf Guedes de Pinho, L. (2024, outubro 10). Quase 23% dos estudantes de seis universidades em Portugal possui doença mental. (Universidade de Évora, Ed.) Retirado de https://www.uevora.pt/ue-media/noticias?item=41295

Koelen, J., Klein, A., Wolters, N., Bol, E., Koning, L., Roetink, S., . . . Wiers, R. (2024). Web-Based, Human-Guided, or Computer-Guided Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy in University Students With Anxiety and Depression: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 1-20. doi:10.2196/50503

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 197-207. doi:10.1016/0149-7189(79)90094- 6

Lee, H. K., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. H., & Kim, J. H. (2018). Clinical Utility of Beck Anxiety Inventory in Clinical and Nonclinical Korean Samples. *Frontiers in Psychiatry*. doi:10.3389/fpsyt.2018.00666

Mundt, J., Marks, I., Shear, M., & Greist, J. (2002). The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 461-464.

Nações Unidas. (2019). *Resolução Aprovada pela Assembleia Geral em 10 de outubro de 2019 (A/RES/74/2).*

Nakagami, Y., Uwatoko, T., Shimamoto, T., Sakata, M., Toyomoto, R., Yoshida, K., . . . Furukawa, T. (2024). Long-Term Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy on Depression Prevention Among University Students: Randomized Controlled Factorial Trial. *JMIR Mental Health*, 1-14. doi:10.2196/56691

Oliveira, C., Pacheco, M., Borges, J., Meira, L., & Santos, A. (2023). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety among university students: A systematic review and meta-analysis. *Internet Intervention*, 1-11. doi:10.1016/j.invent.2023.100609

Oliveira, C., Pereira, A., & Vagos, P. (2020). Effectiveness of mobile app-based psychological interventions for college students: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2021.647606

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde.* Genebra: OMS. Retirado de https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=7

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Plano de Ação Integral sobre a Saúde Mental 2013-2030.* Genebra: OMS. Retirado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-sp.pdf Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia. (2016). Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. 1-88. Jornal Oficial da União Europeia.

Paula, W., Breguez, G., & Machado, E. M. (2020). Prevalence of anxiety, depression, and suicidal ideation symptoms among university students: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, 8789-8756. doi:10.34119/bjhrv3n4-119

Pratas, C. O., Pereira, A., Vagos, P., & Marques, M. (2022). A Social Anxiety Mobile Based CBT Intervention for College Students and Therapists: Theoretical Framework. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.4050287

Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity Study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 305-310. doi:10.1590/S0102-79722013000200010

Ribeiro, J. L. (1999). Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8): Estudo de validação. *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.

Salgado, J., Ferreira, T. B., & Sousa, M. (2019). STOP DEPRESSION: Escala de Ajustamento Social e Profissional (WSAS). *Adaptação da Escala no âmbito do Projeto ICare4Depression*.

Capítulo 14

Parentalidade à distância e utilização das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC)

[1]Ernestina Manuel; [1,2]Ana Isabel Cunha; [1,2] Marta Alves

[1]Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

[2]RISE-HEALTH, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Autor Correspondente: Ernestina Manuel. **E-mail:** ecandele2010@hotmail.com

Introdução: A comunicação por meio de tecnologias é recorrente na interação entre pais e filhos. As TIC ganham particular relevância na manutenção das relações à distância, nomeadamente em famílias transnacionais. O objetivo do estudo é analisar a utilização das TIC na comunicação entre pais e filhos, no exercício da parentalidade à distância. **Método:** Participaram 130 pais migrantes dos PALOP/CPLP, residentes em Portugal e separados de pelo menos um filho menor de 18 anos, com idades compreendidas entre os 25 e 62 anos (*M* = 44.79; *DP* =7.70). A maioria (57.7%) era do género masculino. Foi criado o Questionário de Tecnologia de Informação e Comunicação na Parentalidade Transnacional (QTIC-PT), que pretende avaliar domínio das TIC, motivos e frequência na comunicação. **Resultados:** Todos os participantes (100%) utilizam as TIC para comunicar com o seu filho à distância, em 99.2% dos casos o telemóvel. Para 52.3% a frequência de comunicação é diária. De entre os momentos de partilha virtual mais frequentes destacam-se aniversários/comemorações, acompanhar trabalhos escolares e as refeições. No exercício da parentalidade à distância, evidenciam-se como ações que conseguem exercer através das TIC: exprimir sentimentos, estabelecer regras e limites e acompanhar o aproveitamento escolar. **Discussão**: Apesar de não substituir o contacto

presencial, as TIC são importantes na preservação dos vínculos familiares e no exercício da parentalidade à distância em pais migrantes.
Palavras-chave: TIC; Comunicação; Parentalidade à distância.
Introduction: Communication with technology is a common element in the interaction between parents and children. Information and Communication Technologies (ICTs) are particularly relevant for maintaining long-distance relationships, especially in transnational families. The aim of this study is to analyze the use of ICTs in communication between parents and children, in the context of long-distance parenting. **Method:** The study involved 130 migrant parents from PALOP/CPLP countries, who live in Portugal and are separated from at least one child under the age of 18. Participants were aged between 25 and 62 years (M = 44.79; SD = 7.70), with the majority (57.7%) being male. The Information and Communication Technology in Transnational Parenting Questionnaire (QTIC-PT) was developed to assess ICT proficiency, reasons for use, and frequency of communication. **Results:** All participants (100%) reported using ICTs to communicate with their children at a distance, with 99.2% using mobile phones. For 52.3%, communication occurs daily. The most common moments of virtual sharing include birthdays/celebrations, helping with schoolwork, and mealtimes. In practicing long-distance parenting, key actions facilitated through ICTs include expressing emotions, setting rules and boundaries, and monitoring academic progress. **Discussion:** Although ICTs do not replace in-person contact, they play an important role in preserving family bonds and supporting long-distance parenting among migrant parents.
Keywords: ICT; Communication; Long-distance parenting.

1. Introdução

Foi na década de 1990 que os primeiros estudos sobre famílias transnacionais começaram a emergir, trazendo contribuições valiosas para a compreensão das formas complexas de manutenção das relações familiares para além das fronteiras nacionais (Chikwira & Madziva, 2023). A família transnacional é geralmente definida como aquela cujo um ou mais membros vivem fora do país de origem, mas continuam a manter vínculos estreitos com os demais membros do núcleo familiar (Mazzucato et al., 2015). Segundo Shih (2015), essas famílias enfrentam desafios comuns às famílias migrantes, como adaptação cultural, aprendizagem de uma nova língua e integração nos sistemas sociais e educacionais do país de acolhimento. No entanto, as famílias transnacionais apresentam particularidades próprias, entre as quais se destacam a separação prolongada entre pais e

filhos, e as dificuldades emocionais, organizacionais e comunicacionais decorrentes dessa realidade

Portugal, como país de acolhimento, tem recebido um número crescente de migrantes provenientes de diversas regiões do mundo, com destaque para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). De acordo com os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2021), os principais motivos de migração entre os cidadãos oriundos da África Central incluem o reagrupamento familiar (38%) e os estudos (24,6%) no caso de Angola; para São Tomé e Príncipe, os estudos (37,6%) são igualmente predominantes, seguidos pelo reagrupamento familiar (22,6%) e a atividade profissional (21,3%). No que diz respeito à África Ocidental, destaca-se a Guiné-Bissau com 35,1% de migração por motivos de estudo, 24,9% por trabalho e 16,8% por reagrupamento familiar. Já Cabo Verde apresenta 42,1% de entradas relacionadas com estudos, 20,3% com atividade profissional e 21,2% com reagrupamento familiar. O relatório da Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA, 2023), publicado em setembro de 2024, aponta um crescimento expressivo no fluxo migratório em comparação com anos anteriores.

As famílias transnacionais assumem as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como recursos indispensáveis para a manutenção dos laços afetivos, sobretudo devido à separação geográfica entre membros do agregado familiar. O processo migratório, nesse contexto, envolve tanto os elementos que se deslocam para o estrangeiro quanto aqueles que permanecem no país de origem, configurando um modelo familiar que desafia fronteiras físicas e culturais (Falicov, 2007). As configurações familiares transnacionais são diversas: há casos em que o pai migra e deixa a família nuclear no país de origem; mães que migram sozinhas, deixando os filhos com a família extensa; ou ainda situações em que ambos os progenitores emigram, deixando os filhos aos cuidados de outros familiares (Suárez-Orozco et al., 2011).

Parentalidade à Distância

A distância é apontada como causadora de diferenças na relação, propicia um distanciamento afetivo caraterizado pela falta de proximidade emocional, altera a relação na autoridade parental, e para uma pequena minoria, pode fortalecer os vínculos afetivos (Falicov, 2017; Martín, 2011; Nedelcu & Wyss, 2016; Parreñas, 2005). Compreender a parentalidade transnacional significa, assim, analisar a forma como a relação entre pais e filhos é vivida e experienciada, dentro de um contexto de separação física (Carling et al., 2012). Tem sido sugerido que a parentalidade transnacional está associada a um menor bem-estar nos pais, independentemente da forma como é avaliada (Mazzucato et al.,

2016). Se por um lado a separação causa diminuição no bem-estar, por outro lado, a predição afetiva ou antecipação emocional, tem um efeito mediador na relação entre o descontrolo emocional e a satisfação com a vida de mães transnacionais em situação prévia de reagrupar os seus filhos, atendendo que a tendem a perspetivar o afeto positivo, de modo a que, ao sobrevalorizar as emoções que antecedem a reunificação, garantem o bem-estar, a boa regulação emocional e a resiliência (Martínez-Taboada et al., 2017). Segundo Asis (2006), apesar da migração causar impactos emocionais nos pais ou nos seus filhos, a mesma também pode abrir a possibilidades para a diligência e independência das crianças, que acabam por desenvolver estratégias para lidar com a ausência dos pais, muitas vezes assumindo responsabilidades adicionais dentro da família. Para Danticat (2007), os pais migrantes enfrentam vários desafios (e.g., a luta para preservar a cultura e os laços familiares em meio à separação) e sacrifícios para proteger e cuidar de suas famílias (e.g., as consequências das turbulências políticas no Haiti e como elas afetaram os indivíduos e famílias). Conforme Baldassare et al. (2014), apesar da separação física causada pela migração, as famílias transnacionais mantêm relações de responsabilidades e cuidado.

Utilização das Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC)

Ao contrário da década de 1990, quando o principal meio de comunicação entre pais migrantes e seus filhos eram as cartas manuscritas, atualmente as TIC transformaram profundamente as formas de manter os vínculos familiares à distância. Para Danticat (2007), as cartas constituíam um instrumento essencial para a manutenção da relação entre pais e filhos, permitindo a partilha de vivências, valores, informações práticas sobre o trabalho, orientações e até recursos monetários, sendo também um reflexo da saudade e das dificuldades emocionais da parentalidade à distância. Com o desenvolvimento e a disseminação das TIC, novas dinâmicas comunicacionais emergiram, substituindo a lentidão das cartas por formas de comunicação instantâneas, como chamadas de voz e vídeo, mensagens de texto e redes sociais. Apesar de possibilitarem um contato mais frequente, essas formas muitas vezes permanecem momentâneas e não eliminam os desafios emocionais associados à separação física.

As TIC têm um impacto profundo e multifacetado na vida familiar contemporânea, influenciando desde o modo de comunicação até a forma como se constroem e mantêm os laços afetivos. Vários modelos e teorias têm contribuído para a compreensão dessas dinâmicas, destacando os efeitos positivos e os desafios associados ao uso dessas tecnologias no contexto familiar. O Modelo Sociotecnológico, proposto por Lanigan

(2009), oferece um suporte alargado para analisar as interações entre as TIC e a vida familiar. Este modelo enfatiza a importância de equilibrar os benefícios das tecnologias como o aumento da comunicação e da conectividade, com os desafios que elas podem representar para a coesão familiar, como o isolamento ou a fragmentação dos vínculos. Segundo Rudi et al. (2015), a comunicação por meio de tecnologias tem-se tornado mais frequente, integrando também aspetos emocionais importantes, como a manutenção da conexão e do apoio social. As TIC tornam-se instrumentos essenciais para a circulação de emoções, decisões e cuidados parentais à distância, nomeadamente o de orientar e apoiar os filhos, mesmo que de forma remota (De la Fuente, 2011). Essa interligação digital permite que os familiares compartilhem as suas experiências quotidianas, transmitam apoio emocional e desenvolvam novas estratégias de cuidado mútuo (Martin, 2011). Ao permitir que as mães migrantes deem continuidade na prestação de cuidados e vigilância à distância por meio de tecnologia, o acesso a internet, nesse contexto, funciona como uma extensão das práticas tradicionais de cuidado, possibilitando a participação ativa nas decisões familiares, mesmo à distância (Martín, 2011). Contribuem para o fortalecimento dos vínculos, principalmente quando envolvem meios de comunicação interativos e síncronos, como videochamadas ou jogos colaborativos (Tammisalo & Rotkirch, 2022).

As TIC não anulam a distância, mas ajudam a recriar uma sensação de presença contínua e vínculo familiar entre os que estão separados fisicamente (De la Fuente, 2011). Embora o uso das TIC complemente a comunicação face a face, não a substitui (De la Fuente, 2011). Ainda de acordo com os autores, as TIC podem fortalecer os laços familiares, especialmente em contextos nos quais a comunicação presencial não é possível. Apesar de não substituir o contato físico, a interação online modifica a forma como os migrantes e seus entes queridos se relacionam, criando rotinas afetivas e presença simbólica (Martin, 2011). O recurso às TIC promove benefícios importantes, como por exemplo: fortalecer a identidade familiar, manter os laços afetivos à distância e estabelecer relações entre os membros da família, que apenas serão possíveis, se forem definidas regras claras para o seu uso consciente e monitorização parental ativa (Carvalho, Francisco & Relvas, 2019). Por outro lado, autores como Kokoric (2020) alertam para os impactos negativos do uso excessivo de dispositivos, que podem gerar conflitos familiares, principalmente pela redução do tempo de interação presencial. Tammisalo e Rotkirch (2022) introduzem o conceito de **"**tecnoferência", referindo-se à interferência do uso pessoal da tecnologia nas interações familiares, o que pode prejudicar o compromisso face a face. Apesar de

promoverem conexão, as TIC evidenciam os limites da mediação digital, como a impossibilidade do toque, o silêncio em momentos críticos e a intensificação do sentimento de ausência (De la Fuente, 2011). A dependência tecnológica e as dificuldades de supervisão parental, especialmente quanto ao uso das redes sociais, podem contribuir para o isolamento digital de crianças e adolescentes (Carvalho et al., 2019).

Sobre a qualidade de convivência familiar e a segurança no uso da TIC, Carvalho, Francisco e Relvas (2019) apontam riscos tais como: o isolamento digital de crianças e adolescentes, os conflitos intergeracionais, a exposição a conteúdos impróprios e o contato com estranhos através da internet. Por outro lado, De la Fuente (2011) também alerta para os limites das TIC embora proporcionem articulação e comunicação, elas não substituem o contato físico e, em alguns casos, intensificam a perceção da distância geográfica e emocional. No que diz respeito à preservação dos laços parentais em contextos transnacionais, Wang e Lim (2020), por meio de uma metodologia baseada em *content-context diary*, investigaram as desigualdades de acesso às tecnologias digitais em mães chinesas residentes em Singapura. Os autores destacam que essas desigualdades nomeadamente, as expectativas de comunicação, a autonomia digital ou falta dela, e o posicionamento de género, se manifestam em várias dimensões e influenciam a comunicação transnacional.

De acordo com Carvalho et al. (2015), o uso das TIC varia conforme fatores socioeconómicos, culturais e individuais. A utilização das tecnologias pode divergir de acordo com a idade, o género, o nível de escolaridade e as condições económicas, criando barreiras e exclusões na comunicação entre os membros da família (De la Fuente, 2011). Martin (2011) considera que o uso das TIC nas famílias transnacionais pode ser movido por desigualdades económicas, de género e geracionais, uma vez que nem todos os membros da família têm o mesmo acesso à internet, ou habilidades tecnológicas, o que pode gerar exclusões e dificuldades de comunicação.

Não obstante a relevância do estudo das TIC na promoção da conexão familiar à distância, o contexto português carece de instrumentos específicos para avaliar a sua utilização entre famílias transnacionais. Essa ausência limita o estudo das dinâmicas familiares migrantes, particularmente no que se refere ao exercício da parentalidade à distância. Diante desta realidade, foi desenvolvido o Questionário de Tecnologia de Informação e Comunicação na Parentalidade Transnacional (QTIC-PT), cujos dados preliminares serão apresentados no presente estudo. Pretende-se assim analisar a utilização das TIC na comunicação entre pais e filhos, no exercício da parentalidade à distância, por parte de pais e mães migrantes

dos PALOP/CPLP residentes em Portugal e separados de pelo menos um filho menor de 18 anos.

3. Método

Participantes

A amostra deste estudo é constituída por mães/pais migrantes dos PALOP/CPLP residentes em Portugal, separados de pelo menos um filho menor de 18 anos. Participaram 130 mães/pais migrantes, com idades compreendidas entre os 25 e 62 anos (M = 44.79; DP =7.70), maioritariamente de nacionalidade Angolana (51.5%) e Brasileira (20.8%). Quanto ao estado civil, 42% eram casados/união de facto, 35% solteiros, 21% divorciados e 2% viúvos. O nível de escolaridade mais frequente foi a licenciatura (43.8%). Os níveis socioeconómicos mais frequentemente percecionados pelos participantes foram o médio (40.8%) e o médio baixo (26.2%). A maioria (55.4%) está separada do(s) filho(s) entre 1 e 2 anos. Os motivos mais frequentemente apontados para mudar de país foi para trabalhar (27.7%) e melhorar as condições de vida (16.9%). A grande maioria (93,1%) pretende vir a reunir a família (Tabela1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (n=130)

Variável	***n***	**%**	**Variável**	***n***	**%**
			Estatuto Socioeconómico		
Género			Baixo	20	15.4
Masculino	75	57.7	Médio	53	40.8
Feminino	54	41.5	Médio/baixo	47	36.2
Omisso	1	.8	Médio/alto	8	6.2
			Alto	2	15
Nacionalidade					
Angolana	67	51.5	**Tempo de Separação**		
Brasileira	27	20.8	Menos de 1 ano	14	10.8
Cabo-verdiana	14	10.8	Entre 1 e 2 anos	72	55.4
Guineense	7	5.4	Entre 3 e 4 anos	35	26.9
Moçambicana	14	10.8	5 anos ou mais	9	6.9
São-tomense	1	.8	**Motivo para a Mudança de País**		

			Para trabalhar	36	27.7
Escolaridade			Trabalhar e melhoria das condições	22	16.9
1º Ciclo (até 4º ano)	6	4.6	Trabalhar e estudar	17	13.1
2º Ciclo (5º e 6º ano)	3	2.3	Trabalhar e procura de maior segurança	13	10
3º Ciclo (até ao 9º ano)	6	4.6	Por motivos de saúde	11	8.5
Ensino Secundário (12º)	18	13,8	Para trabalhar e saúde	9	6.9
Curso Profissional	22	16.9	Para estudar	9	6.9
Licenciatura	57	43,8	**Perspetiva de Reunir a Família**		
Mestrado	15	11,5	Sim	121	93.1
Doutoramento	3	2,3	Não	5	3.8
			Não sei	4	3.1

Procedimentos

O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2024-013). Para a recolha de dados, foi efetuado um contacto com diversas associações de emigrantes, com vista a alcançar um maior número de participantes. A amostra foi recolhida online, através de um questionário na plataforma *Google Forms*, partilhado através de link, disseminado em grupos de *WhatsApp* e *Messenger*. Os dados foram recolhidos entre maio de 2024 e abril de 2025. A participação foi voluntária, tendo-se obtido o consentimento informado de todos os participantes antes da sua colaboração. Foi assegurada confidencialidade da informação recolhida, sendo que apenas a equipa de investigação teve acesso aos dados.

Instrumentos

Dados Sociodemográficos. Administrou-se um questionário de dados sociodemográficos *elaborado* pela equipa de investigação (e.g., sexo, idade, filhos menores de 18 anos, tempo de separação, motivos, expectativas de reunificação, país de reunificação, entre outros).

*Questionário de Tecnologias de Informação e Comunicação na Parentalidade Transnacional (QTIC-PT***)**. Composto por 30 itens, pretende avaliar o uso das TIC com base nas seguintes dimensões: 1) Domínio das TIC (Acessibilidade e utilização das TIC);

2) Principal Recurso (Tipo de equipamento); 3) Frequência na Comunicação; 4) Principal Motivo (Momentos de partilha virtual e Exercício da parentalidade). As respostas variam de acordo o tipo de pergunta: resposta dicotómica "sim/não"; e do tipo *Likert* "nunca = 1" e "sempre = 5".

Análise estatística

Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM SPSS *Statistic* para o Windows, versão 29. Com recurso a uma análise descritiva, foi possível obter uma visão geral dos dados e avaliar a sua distribuição através do cálculo de frequências, médias e desvio padrão. O teste-*t* para amostras independentes foi usado para comparar as médias de mães/pais nas variáveis principais deste estudo, i.e., domínio das TIC, principal recurso, frequência na comunicação, principal motivo e determinar se as diferenças observadas seriam estatisticamente significativas. Para cada variável, o teste de Levene foi conduzido para verificar a homogeneidade das variâncias. Dependendo do resultado, as análises foram feitas considerando variâncias iguais ou não.

4. Resultados

4.1. Domínio das TIC (Acessibilidade e utilização das TIC)

Todos os participantes da amostra (N = 130) têm acesso as TIC para comunicar com o seu/sua filho(a), que se encontra geograficamente separado. No que se refere à frequência e ao modo de utilização das TIC, 63.1% (n = 82) comunicam a partir da sua residência, 77.7% (n =101) conseguem manusear sozinhos as TIC, 60% (n = 78) utilizam as redes sociais como principal meio de contacto, 39.2% (n = 51) preferem realizar videochamada por plataformas como *Skype* e *Zoom*, 75,4% (n = 98), optam por chamada de voz e 48.5% (n = 63) utilizam videochamadas por meio de aplicativos como *WhatsApp* e *Facebook*.

No que se refere ao domínio de uso e acessibilidade das TIC por mães e pais, os resultados (Tabela 2) revelam uma diferença estatisticamente significativa entre a perceção das mães e dos pais quanto à capacidade de comunicar a partir da residência, t (92.7) = 2.10, p = .039, com os pais a indicarem uma maior capacidade (M = 4.61; DP = 0.66) do que as mães (M = 4.31; DP = 0.87). No manuseio autónomo das TIC, t (80.10) = 2.39, p = .019, os pais (M = 4.83; DP = .476) apresentam um domínio e manuseio das TIC em relação as mães (M = 4.54; DP = .794). Houve igualmente, diferença significativa no uso de redes

sociais entre mães e pais, t (127) = 2.31, p = .023, os pais demonstram maior frequência no uso de redes sociais (M = 4.56; DP = .758) em relação as mães (M = 4.20; DP = .998).

Tabela 2 – Comparação do uso e acessibilidade das TIC por género

Variável	**(*n* = 130)**		**Mães** (*n* = 54)		**Pais** (*n* = 75)		**t (dp)**	***p.***
	M	*DP*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Consigo comunicar a partir da residência	4.49	.770	4.31	.886	4.61	.655	2,096 (92,650)	.039*
Sozinho consigo manusear as TIC	4.71	.640	4.54	.794	4.83	.476	2,389 (80,095)	.019*
Uso redes sociais	4.42	.879	4.20	.998	4.56	.758	2,305 (127)	.023*
Uso de videochamada (Skype, Zoom)	2.25	1.28	2.22	1.41	2.28	1.19	245 (102.20)	.807
Uso de chamada de voz	4.68	.659	4.65	.705	4.71	.632	.494 (127)	.622
Uso de videochamada (WhatsApp, Facebook)	4.34	.783	4.30	.861	4.36	.729	.045 (127)	.651

* p < .05.

4.2. Principal Recurso (Tipo de equipamento)

No que diz respeito ao tipo de equipamentos utilizados pelos participantes para o acesso às TIC, observa-se uma prevalência expressiva do uso de *smartphones*, com 99,2% evidenciando-se como o principal meio de acesso digital. Em contraste, o uso de computadores foi mencionado por 20% dos participantes, seguido por *tablets* com 9,2% e, por último, telefones fixos, com apenas 0,8% de uso relatado.

4.3. Frequência na comunicação

A análise da frequência das respostas para a questão "frequência da comunicação com o(a) filho(a)", mostrou que a maior parte das mães/pais 52.3% conversa com o filho(a) todos os dias, enquanto 31.5% conversa com o filho(a) três a cinco vezes por semana, e 16.2% conversa com o filho(a) uma a duas vezes por semana. O teste t para amostras independentes revelou uma diferença estatisticamente significativa na variável frequência

na comunicação entre homens e mulheres (t (126.35) = - 6.030, $p < 0.001$). As mães (M = 4.76; DP = 0.512, N = 54) têm uma frequência de comunicação significativamente maior do que os pais (M = 4.08; DP = 0.767, N = 75).

4.4. Principal Motivo

4.4.1. Momentos de partilha virtual em família

A análise das atividades digitais realizadas em contexto de partilha familiar (N = 130), evidenciou que, em média, atividade mais frequente foi a participação em aniversários ou outras comemorações por meios digitais (M = 3.48; DP = 1.01), seguida do acompanhamento de refeições (M = 3.05; DP = 0.94) e da prática de orações (M = 2.94, DP = 1.03).

Ao comparar o momento de partilha virtual por género, observaram-se diferenças significativas entre mães e pais na utilização das TIC para atividades como "fazer orações/rezar", os resultados (Tabela 3) revelam uma diferença estatisticamente significativa entre a perceção das mães e dos pais. As mães (M = 3.26; DP = 1.119) apresentam uma maior frequência nos momentos de partilha virtual do que os pais (M = 2.71; DP = 0.89), t(98.314) = − 3.000 p = 0.003. No momento de partilha virtual "acompanhar as refeições" as mães (M = 3.39; DP = 1.03) também participaram mais que os pais (M = 2.80; DP = 0.78), t(94.664) = − 3.510, $p < 0.001$.

Tabela 3 – Comparação do momento de partilha virtual por género (N =130)

Variável	**(n = 130)**		**Mães** (n = 54)		**Pais** (n = 75)		t (dp)	***p.***
	M	*DP*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Realizar trabalhos escolares	2.81	1.10	2.67	1.27	2.92	.969	1,228 (94,62)	.223
Aniversários/outras comemorações	3.48	1.01	3.69	.987	3.35	1.02	-1,895 (116,49)	.061
Jogos/brincadeiras	2.82	.968	2.80	1.08	2.84	.886	0,243 (99,44)	.809
Assistir filmes/séries ou programas	1.78	.863	1.72	.979	1.83	.778	0,650 (97,63)	.517

Conversar/ler uma história antes de dormir	2.82	1.06	2.96	1.09	2.71	1.03	-1,338 (110,31)	.184
Fazer orações/rezar	2.94	1.02	3.26	1.11	2.71	1.03	-3,000 (98,31)	.003*
Acompanhar as refeições	3.05	.939	3.39	1.03	2.80	.788	-3,510 (94,66)	.001*

* p < .05.

4.4.2. Exercício de parentalidade

No que diz respeito a funções parentais exercidas através das TIC, os resultados (Tabela 4) da amostra global (*N* = 130) revelam que as ações mais frequentes são: exprimir sentimentos pessoais (*M* = 4.31; *DP* = 0.87) estabelecer regras sobre o que deve ou não fazer (*M* = 4.01; *DP* = 0.73) e limites (*M* = 3.99; *DP* = 0.75), bem como em acompanhar o aproveitamento escolar do filho(a) (*M* = 3.66; *DP* = 0.96). Por outro lado, a menor média foi observada na monitorização do uso das redes sociais (*M* = 2.45; *DP* = 1.38). Ao comparar as ações de exercício de parentalidade entre mães e pais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (*p* > .05).

Tabela 4 – Comparação das ações de exercício de parentalidade por género (*N* =130)

Variável	**(*n* = 130)**		**Mães** (*n* = 54)		**Pais** (*n* = 75)		**t (dp)**	***p.***
	M	*DP*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Acompanhar o aproveitamento escolar	3.66	.961	3.67	.952	3.65	.979	-0.077 (127)	.939
Acompanhar o ciclo de amizade do meu/minha filho(a)	2.81	1.21	2.85	1.32	2.76	1.13	-0.422 (127)	.673
Exprimir sentimentos pessoais (e.g., alegria, tristeza, medo, incerteza)	4.31	.879	4.43	.690	4.23	.994	-1.269 (127)	.207
Estabelecer regras	4.01	.731	4.04	.751	3.99	.726	-0.383 (127)	.702

Estabelecer limites	3.99	.752	4.04	.784	3.95	.733	-0,673 (126)	.502
Monitorizar as redes sociais	2.45	1.38	2.26	1.40	2.59	1.36	1,327 (127)	.187

5. Discussão

Este estudo exploratório evidenciou que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) desempenham um papel crucial na manutenção dos laços familiares em contextos de migração transnacional. Todos os participantes (100%) utilizam algum tipo de TIC para se comunicar com seus filhos, o que corrobora os achados de Martín (2011), que destaca a comunicação digital como um recurso fundamental para o fortalecimento dos vínculos afetivos à distância. O uso predominante de *smartphones* e redes sociais reflete a integração digital na rotina das famílias, com autonomia significativa no manuseio dessas tecnologias, especialmente entre as mães.

As diferenças observadas entre pais e mães, em que as mães demonstram maior frequência e intensidade de comunicação, alinhando-se a práticas mais afetivas, como participação em orações e acompanhamento das refeições virtuais, confirmam estudos prévios que ressaltam a persistência dos papéis parentais tradicionais mesmo em contextos migratórios (De la Fuente, 2011; Martín, 2011). Essa constatação está em consonância com Haagsman e Mazzucato (2014), que sublinham o papel ativo das mulheres migrantes no sustento das dinâmicas familiares à distância.

Por outro lado, embora o uso das TIC favoreça a comunicação afetiva, os dados indicam limitações na monitorização do uso das redes sociais pelas crianças, apontando uma possível lacuna na supervisão digital, tema que Carvalho, Francisco e Relvas (2019) também identificam como um desafio relevante no contexto familiar contemporâneo. Além disso, as dificuldades relatadas sobre o equilíbrio entre o tempo dedicado às tecnologias e as fronteiras entre vida pessoal e familiar revelam tensões inerentes à digitalização da parentalidade.

É importante destacar que, conforme Falicov (2017), as TIC não substituem o contacto físico, mas transformam a natureza das interações familiares, criando uma "copresença digital" que possibilita a continuidade da parentalidade e a expressão do afeto em contextos de separação geográfica (Nedelcu & Wyss, 2016). Essa mediação tecnológica oferece benefícios significativos, mas está condicionada por fatores contextuais, como

recursos tecnológicos disponíveis, suporte do cuidador local e condições socioeconómicas (Grassi & Vivet, 2015).

Dessa forma, a comunicação digital emerge como uma prática essencial para assegurar a continuidade dos vínculos familiares e a regulação emocional dos membros envolvidos, promovendo a resiliência diante das adversidades da migração (Martínez-Taboada et al., 2017; Marinho, 2021). Todavia, a frequência e o conteúdo das interações digitais, bem como suas consequências emocionais, ainda carecem de investigações mais aprofundadas, incluindo a análise de relações familiares menos estudadas, como entre irmãos e avós (Tammisalo & Rotkirch, 2022).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra é relativamente reduzida, composta apenas por mães e pais transnacionais dos PALOP/CPLP, o que restringe a diversidade cultural e geográfica da análise e limita a generalização dos resultados. A maior dos participantes tem educação superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento) o que pode também ter influência no modo como as TIC são utilizadas no exercício da parentalidade à distância,

Dado o caráter exploratório do estudo, recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem o impacto das TIC no exercício da parentalidade à distância, em amostras mais diversificadas, bem como a análise da relação entre a sua utilização e outras variáveis no domínio da parentalidade e funcionamento familiar.

Conclui-se que as TIC são ferramentas indispensáveis para o exercício da parentalidade à distância em contextos de migração transnacional, permitindo não apenas a comunicação funcional, mas também o envolvimento afetivo e educativo entre pais e filhos. Conforme apontado por Martín (2011) e De la Fuente (2011), as mães migrantes desempenham papel central nesse processo, utilizando as TIC para manter vínculos emocionais e assumir responsabilidades parentais mesmo à distância. Apesar dos benefícios evidenciados, a eficácia das TIC está condicionada por fatores contextuais, incluindo o suporte dos cuidadores locais e as condições socioeconómicas das famílias (Haagsman & Mazzucato, 2014; Grassi & Vivet, 2015). Além disso, desafios como a supervisão limitada do uso das redes sociais pelas crianças e as preocupações no equilíbrio entre o tempo tecnológico e as exigências familiares indicam a necessidade de intervenções que promovam competências digitais tanto dos pais quanto dos filhos (Carvalho, Francisco & Relvas, 2019).

6. Referências Bibliográficas

AIMA (2023). Relatório de migração e asilo. Disponível em https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf

Asis, B. M. (2006). Living with migration. *Asian Population Studies,* 2(1), 45-67. https://doi.org/10.1080/17441730600700556

Baldassar, L. (2008) Missing kin and longing to be together: Emotions and the construction of co-presence in transnational relationships, in Svašek, M. (eds) Transnational families and emotions, *Special Issue, Journal of Intercultural Studies,* 29(3), 247-266. https://doi.or/10.1080/07256860802169196

Baldassar, L., Kilkey, M., Merla, L., Wilding, R. (2014). Transnational families. *In* J. Treas, J. Scott, & M. Richards (Coord.), T*he Wiley-Blackwell Companion to the Sociology of Families*, *Wiley-Blackwell*, 155-175. http://hdl.handle.net/2078.1/142034

Carling, J., Menjívar, C., & Schmalzbauer, L. (2012). Central themes in the study of transnational parenthood. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(2), 191-217. https://doi.org/10.1080/1369183X.2012.646417

Carvalho, J., Francisco, R., & Relvas, A. P. (2015). Family functioning and information and communication technologies: How do they relate? A literature review. *Computers in Human Behavior*, *45*, 99-108. http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.11.037

Carvalho, J.; Francisco, R.; Relvas, A.P. (2019). e-Famílias: O impacto das TIC na vida contemporânea de famílias com crianças. In R. Brito e P. Dias (Eds) Crianças, famílias e tecnologias: Que desafios? Que caminhos? (pp. 184-209). Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais. http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1090

Castells, M. (2013). *Sociedade em rede.* (24ª ed.) Editora Paz & Terra.

Chikwira, L., & Madziva, R. (2023). Transnational families and complex gender relations: Zimbabwean migrant women living in the United Kingdom. *In* Cienfuegos, J., Brandhorst, R., Fahy Bryceson, D. (orgs) Handbook of Transnational Families Around the World (pp. 39-52). https://doi.org/10.1007/978-3-031-15278-8_3

Danticat, E. (2007). *Brother, I'm dying*. Alfred A. Knopf.

De la Fuente, G. (2011). Las TIC en medio de las relaciones: manejo de la distancia y la proximidad en las familias transnacionales. *Digithum*, *13*, 21-28.

Falicov, C. J. (2007). Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community, and culture. *Family Process*, 46(2), 157-171. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00201.x

Falicov, C. J. (2017). Multidimensional Ecosystemic Comparative Approach (MECA). *In* book: Encyclopedia of Couple and Family Therapy (pp.1-5). https://www.researchgate.net/publication/318980246

Feenberg, A. (1999). *Questioning tecnology*. Routledge

Grassi, M., & Vivet, J. (2015). Cuidar das crianças entre angola e Portugal a parentalidade nas famílias transnacionais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 85-108. http://journals.openedition.org/spp/2250

Haagsman, K., & Mazzucato, V. (2014). The quality of parent–child relationships in transnational families: Angolan and Nigerian migrant parents in the Netherlands. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(11), 1677-1696. http://dx.doi.org/10.1080/1369183x.2013.871491

Jenkins, H. (2006). *Cultura da convergência*. Ed. Aleph

Kokoric, S. B. (2020). Influence of new information and communication technologies on family life. *Medijske Studije-Media Studies,* 11(22), 81-101. https://doi.org/10.20901/ms.11.22.5

Lanigan, J. D. (2009). A sociotechnological model for family research and intervention: How information and communication technologies affect family. *Marriage & Family Review*, 45(6–8), 587–609. https://doi.org/10.1080/01494920903224194

Marinho, L. (2021). Proximidade e distância nas famílias transnacionais entre Angola e Portugal: O contributo das tecnologias de informação e comunicação. *Análise Social,* 56(2), 342-362. https://doi.org/10.31447/AS00032573.2021239.07

Martín, L. I. R. (2011). "Siempre estamos conectados: así sé que me quiere mucho". Comunicaciones en familias transnacionales a través de internet. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, *3*, 50-64.

Martín-Barbero, J. (1987). De los medios a las mediaciones. Gustavo Gili.

Martínez-Taboada, C., Albeza, A., Amutio, C. A., & Nicolae, G. (2017). La predicción afectiva positiva como factor de protección socio-emocional en madres transnacionales antes y después de la reagrupación familiar: Relación con la satisfacción con la vida, regulación emocional, soledad social, resiliencia y estrés. *Terapia Psicológica,* 35(2), 173-184. https://doi.org/10.4067/s0718-48082017000200173

Mazzucato, V. Cebotari, V., Veale, A., White, A., Grassi, M., & Vivet, J. (2015). International parental migration and the psychological well-being of children in Ghana, Nigeria, and Angola. *Social Science & Medicine,* (132), 215-224. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.058

Mazzucato, V., Dito, B. B., Grassi, M. & Vivet, J. (2016). Transnational parenting and the well-being of Angolan migrant parents in Europe. Global Networks, 17(1) 89–110. https://doi.org/10.1111/glob.12132

Nedelcu, M., & Wyss, M. (2016). 'Doing family' through ICT-mediated ordinary co-presence: transnational communication practices of Romanian migrants in Switzerland. *Global Networks,* 16(2), 202–218. https://doi.org/10.1111/glob.12110

Orozco, G. (1997). *Medios, audiencias y mediaciones*. Gedisa.

Parreñas, R. S. (2005). *Children of Global Migration: Transnational Families and Gendered Woes*. Stanford University Press

Rudi, J., Dworkin, J., Walker, S. & Doty, J. (2015). Parents' use of information and communications technologies for family communication: Differences by age of children. *Information Communication & Society,* 18(1), 78-93. https://doi.org/10.1080/1369118X.2014.934390

SEF/GEPF (2021). Relatório de imigração, fronteiras e asilo. *Serviço de Estrangeiros e Fronteiras,* 2183-2935.

Seland, I., Holmarsdottir, H. B., Hyggen, C., Kapella, O., Parsanoglou, D., & Sisask, M. (2022). Conditions contributing to positive and negative outcomes of children's ICT use: Protocol for a scoping *review. Societies,* 12(5), 125. https://doi.org/10.3390/soc12050125

Shih, K.Y. (2015). Transnational Families. *Encyclopedia of Family Studies*. (1), 1-7. https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs177

Suárez-Orozco, C., Bang, H. J., & Kim, H. Y. (2011). I felt like my heart was staying behind: Psychological implication of family separations & reunifications for immigrant youth. *Journal of Adolescente Research,* 26(2), 222–257. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0743558410376830

Tammisalo, K., & Rotkirch, A. (2022). Effects of information and communication technology on the quality of family relationships: A systematic review. *Journal of social and personal relationships*, *39*(9), 2724-2765. https://doi.org/10.1177/02654075221087942

Wang, Y., & Lim, S. S. (2020). Digital asymmetries in transnational communication: Expectation, autonomy, and gender positioning in the household. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 25(6), 365-381. https://doi.or/10.1093/jmc/zmaao12

Capítulo 15

O tipo de Paixão e a Regulação Emocional em estudantes do ensino superior com comportamentos aditivos

David Henriques[1], Ludovina Ramos[1,2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal

[2] Universidade de Évora (CIEP-UE), Portugal

Autor Correspondente: David Henriques. **E-mail:** davidjlaiahenriques@gmail.com

Resumo: Este estudo quantitativo analisou a relação entre o tipo de Paixão, segundo o Modelo Dualístico da Paixão de Vallerand, face ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas (SPA) e as estratégias de regulação emocional (RE) em estudantes universitários. Os objetivos foram caracterizar a Paixão e a RE em consumidores de SPA e verificar se existem diferenças significativas ao nível da Paixão e da RE em função das variáveis sociodemográficas: género, habilitações académicas e interceção pelas forças de segurança devido ao consumo ou posse para consumo de SPA. A amostra incluiu 137 estudantes universitários, entre 18 e 45 anos. A recolha de dados foi feita através de um questionário online e da colaboração de um conjunto de CDT, aplicando-se um Questionário Sociodemográfico e as versões portuguesas do BERQ e da Escala da Paixão. Os resultados, apesar de não irem ao encontro da literatura existente relativamente ao impacto do tipo de Paixão na RE, sugerem que estudantes do género feminino adotam mais estratégias adaptativas de RE, ao contrário do género masculino; estudantes de Mestrado sinalizam mais estratégias adaptativas, enquanto os de Doutoramento adotam mais estratégias desadaptativas; estudantes intercetados pelas forças de segurança indicam maior uso de estratégias desadaptativas. Em suma, os resultados enquadram-se na literatura existente relativamente às diferenças de género na RE e poderão constituir um contributo para os estudos da RE em estudantes do ensino superior.

Palavras-chave: Modelo Dualístico de Vallerand; regulação emocional; substâncias psicoativas; paixão.

Abstract: The present study aimed to analyse the relationship between the type of Passion regarding the consumption of illicit psychoactive substances and the emotional regulation strategies of higher education students. The sample consisted of 137 university students who were consumers of illicit psychoactive substances, aged between 18 and 45 years old. Data collection involved the distribution of a questionnaire and collaboration with a set of Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction in the country. A Sociodemographic Questionnaire was administered, as well as the Portuguese versions of the Behavioral Emotional Regulation Questionnaire and the Passion Scale. The results did not align with existing literature, as there was no significant impact of the type of Passion on Emotional Regulation. However, although not significant, they indicate a tendency: female students, unlike male students, tend to adopt adaptive ER strategies; Master's students tend to present adaptive strategies while doctoral students tend to present maladaptive ER strategies; finally, students who have been intercepted by law enforcement due to the consumption or possession for consumption of illicit psychoactive substances, at least once, tend to present maladaptive ER strategies.
Key-Words: Dualistic Model Passion; emotional regulation; psychoactive substances; passion.

1. Introdução

A participação no ensino superior (ES) representa uma fase stressante na vida dos estudantes, sendo este um fenómeno global e transversal às diversas áreas académicas (Sharp & Theiler, 2018) e, inclusive, está relacionado com o surgimento de problemas de saúde mental e consumos problemáticos de substâncias psicoativas (SPA) ilícitas (Pedrelli et al., 2014). A importância da análise deste fenómeno passa pelo facto desta população apresentar níveis de consumo de SPA ilícitas superiores à restante população (Arias-De la Torre et al., 2019; Balsa et al., 2017), apresentando-se assim como um grupo de risco (Allen et al., 2017). De facto, segundo os dados das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), em relação à caracterização dos indiciados do ano de 2022, a maioria corresponde a jovens adultos (entre 20 a 24 anos) do género masculino, solteiros, em situação laboral estável, com a frequência do ensino secundário – sendo que apenas 7 % frequentavam o ES (SICAD, 2023). Estes consumos têm um impacto negativo a nível cerebral, afetando a capacidade de Regulação Emocional (RE) (Lisdahl et al., 2013) e o desempenho académico (Bolin et al., 2017). Além disso, a literatura indica que

indivíduos com perturbações causadas pelo consumo de SPA relatam menor capacidade de RE (Fox et al., 2007; Stellern et al., 2023).

Por conseguinte, tendo em conta as consequências negativas dos consumos, consideramos necessário explorar a motivação para o consumo no âmbito do Modelo Dualístico da Paixão de Robert J. Vallerand. De acordo com este modelo, quando uma determinada atividade se torna central na vida de um indivíduo, isto é, quando a pessoa atribui muito valor, retira muito prazer e, consequentemente, despende mais tempo e energia nessa atividade, desenvolve-se uma "Paixão" (Vallerand et al., 2003; Vallerand, 2010, 2015), sendo que a influência ou impacto que a Paixão detém na vida de um indivíduo difere em dois tipos de Paixão: Paixão Harmoniosa (PH) e Paixão Obsessiva (PO) (Davis, 2017; Dolan et al., 2021).

A PH constitui-se como uma força motivacional que leva a pessoa a dedicar-se a uma determinada atividade de livre vontade e de forma controlada, quer dizer, não tem por base qualquer pressão externa. A atividade encontra-se em harmonia com outros aspetos da vida da pessoa (Vallerand et al., 2003; Vallerand, 2010). Deste modo, está associada a consequências positivas na vida (Vallerand, 2015), quer seja durante a realização de uma atividade, por exemplo, permite maior concentração e desempenho, contribuindo também para uma experiência de *flow* durante a ação, e/ou após a conclusão da mesma, como por exemplo o bem-estar e satisfação com a vida (Vallerand et al., 2003; Vallerand, 2010, 2015). A literatura parece indicar que PH está associada a uma menor preponderância para experienciar consequências negativas relacionadas com o consumo (Davis, 2017; Davis et al., 2018; Davis et al., 2020), podendo inclusive ser considerada como um fator protetor (Dolan et al., 2021). Por outro lado, na PO existe um controlo internalizado da atividade, que tem por base pressões externas ou pessoais (Vallerand, 2015). A pressão compele a pessoa a dedicar-se à atividade. Consequentemente, origina um nível de compromisso elevado que, por sua vez, provoca conflito com outros aspetos de vida da pessoa, ou seja, não há controlo, constituindo-se como uma atividade com efeitos negativos na vida da pessoa (Vallerand et al., 2003; Vallerand, 2010, 2015). Em relação aos consumos, por exemplo a marijuana, a literatura parece indicar que a PO está associada a consequências negativas (por exemplo a nível: da frequência e duração do comportamento, dos afetos negativos e das consequências relacionadas com o comportamento) (Davis & Rosenberg, 2015). Importa referir que, de acordo Vallerand (2015), a PO não se traduz necessariamente em adição, visto que este é um termo usado para descrever um consumo abusivo de SPA, não uma atividade, e além disso, o

consumidor dependente já não considera o consumo como algo prazeroso, que é uma característica fundamental da PO.

Assim, este estudo tem como intuito analisar a relação entre o tipo de Paixão (aplicado ao contexto do consumo de SPA) e a RE, mais especificamente, pretendemos: caracterizar a Paixão e a RE em estudantes universitários consumidores de SPA e verificar se existem diferenças significativas ao nível da Paixão e da RE em função de determinadas variáveis sociodemográficas (género, habilitações académicas, se foi intercetado pelas forças de segurança devido ao consumo ou para consumo de SPA ilícitas).

2. Métodos

O presente estudo quantitativo segue uma metodologia de natureza descritiva e correlacional, uma vez que procura descrever e caracterizar as variáveis e analisar as relações entre as mesmas.

2.1. Participantes

A amostra é composta por 137 estudantes de ensino superior consumidores de SPA ilícitas, sendo que a idade variava entre os 18 e os 45 anos de idade (M = 21.96; DP = 4.035) e a maioria era do género feminino (55%), de nacionalidade portuguesa (86.8%), de regime de estudo a tempo inteiro (72.2%) e de diferentes cursos ou áreas científicas, sendo que 62.3% são estudantes de licenciatura, 25.2 % de mestrado e 2.6% de doutoramento. Além disso, 102 (67.5%) dos participantes declara que o ingresso no ES implicou a deslocação da área de residência habitual (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N = 137).

Participantes	***n***	**%**
Idade	137	-
Género		
Masculino	52	34.4
Feminino	83	55.0
Ciclo de Estudos		
Licenciatura	94	62.3
Mestrado	38	25.2

Doutoramento	4	2.6
Nacionalidade		
Portuguesa	131	86.8
Brasileira	3	2.0
Outra	1	0.7
Ingresso implicou deslocação		
Sim	102	67.5
Não	34	22.5
Trabalhador-Estudante		
Sim	27	17.9
Não	109	72.2

No que toca às variáveis relacionadas com o consumo de SPA, a Tabela 2 evidencia que a maioria dos estudantes apresentava consumos de canábis, especialmente em forma de erva (34.1%), seguido de outras formas de consumo da mesma substância (28.2%), tais como resina e haxixe.

Além disso, a maioria dos estudantes nunca foi intercetada pelas forças de segurança devido ao consumo ou posse para consumo de SPA ilícitas (64.2%) e não apresenta processo contraordenacional devido a consumos ilícitos (0.7%). Face aos indivíduos intercetados por forças de segurança, a maioria foi avaliada durante o processo como consumidores não toxicodependentes (7.9%).

Tabela 2 – Caracterização dos Participantes Relativamente à Interceção e aos Consumos de SPA Ilícitas ($N = 137$)

Interceção e tipo de Substâncias	***n***	**%**
Intercetado pelas Forças de Segurança		
Nunca	97	64.2
Uma Vez	20	13.2
Duas Vezes	10	6.6
Três ou Mais	9	6
Tipo de Consumidor		
Não tem PCO	123	81.5

Toxicodependente	1	0.7
Não Toxicodependente	12	7.9
Substâncias		
Canábis (Erva)	127	34.1
Canábis (Resina/ Haxixe)	105	28.2
Cocaína	20	5.4
Estimulantes tipo Anfetamina	44	11.8
Inalantes	12	3.2
Ansiolíticos	34	9.1
Alucinogénios	27	7.3
Opióides	3	0.8

2.2 Instrumentos

Em relação aos instrumentos, foi aplicado um questionário sociodemográfico, elaborado com o intuito de obter informações relevantes da amostra: a idade, o género, o ciclo de estudos que frequenta, a nacionalidade, se o ingresso no ES implicou a sua deslocação da residência habitual e, por último, se é trabalhador-estudante. Numa segunda instância, as questões são direcionadas para uma vertente de consumo: o número de vezes que o indivíduo foi abordado pelas forças de segurança devido ao consumo ou posse para consumo de SPA ilícitas, as SPA ilícitas que já consumiu e é perguntado ao indivíduo qual foi a avaliação, feita pela CDT com base no processo contraordenacional, do seu nível de risco de consumo. Além disso, foi aplicado o Questionário de Regulação Emocional Comportamental (BERQ), desenvolvido por Kraaij e Garnefski (2019) e adaptado para a versão portuguesa por Guedes e colaboradores (2022). Este constitui-se como o primeiro instrumento de autorresposta com o intuito avaliar a RE a nível comportamental, isto é, as estratégias utilizadas por um indivíduo face a situações de vida negativas ou stressantes de forma a regular as suas emoções. Esta escala é composta por cinco subescalas (Procurar Distração, Afastar-se, Abordar Ativamente, Procurar Apoio Social e Ignorar), sendo que cada uma é constituída por quatro itens. As respostas aos itens seguem uma Escala de tipo Likert de 1 ([Quase] Nunca) a 5 ([Quase] Sempre) (Kraaij & Garnefski, 2019). Por fim, aplicou-se também a Escala da Paixão, desenvolvida por Robert J. Vallerand e colaboradores em 2003 e adaptada para a versão portuguesa por Rodrigues e colaboradores (2022) para a população portuguesa praticante de exercício

físico. Trata-se de um instrumento que avalia a PH e a PO por atividades, constituído por 14 itens na sua versão original, sendo atualizado mais tarde para uma escala de 17 itens, 6 por cada fator (Vallerand et al., 2003) e cinco itens únicos de critério (Chamarro et al., 2015). Em relação a este último fator – variável Critério – este procura avaliar o nível de valorização que o indivíduo tem pela atividade, o tempo que o mesmo despende à atividade e, ainda, se a atividade é percebida como uma Paixão (Vallerand, 2010). No presente trabalho, foi realizada uma adaptação da escala para os consumos de SPA ilícitas.

3. Resultados

3.1 O Impacto do tipo de Paixão na Regulação Emocional

Uma regressão linear múltipla foi aplicada com o intuito de examinar qual o impacto do tipo de Paixão na RE. O resultados indicam que o modelo não é estatisticamente significativo, $F(2, 133) = 1.30$, $p > .001$. As variáveis preditoras PH, $\beta = .119$, $p = .209$, e PO, $\beta = .038$, $p = .684$, não contribuíram significativamente para explicar a variância do modelo, isto é, da RE ($R^2 = 0.19$) (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão Linear Múltipla Sobre o Efeito Preditor do Tipo de Paixão na RE

Variáveis	***B***	***EP***	**95% IC**		***β***	***p***	***t***	***F***	**R^2**	**ΔR^2**
			LI	*LS*				***(2, 133)***		
Constante	49.936	2..215	45.555	54.316	-	< .001	22.548	1.298	0.19	.004
Paixão Harmoniosa	.751	.595	-.425	1.928	.119	.209	1.263			
Paixão Obsessiva	.360	.885	-1.389	2.110	.038	.684	.407			

3.2. Diferenças nas estratégias de Regulação Emocional em função do Género

Foi realizado um teste *t* de *Student* com o intuito de perceber se existem diferenças significativas entre a RE de estudantes consumidores em função do género. A Tabela 4 não revela diferenças estatisticamente significativas, $p > .05$, nas pontuações em qualquer das estratégias de RE, face ao género: Distração, $t(133) = 632$, $p = .273$, Afastar-se, $t(133) = 2.016$, $p = .783$, Abordar Ativamente, $t(133) = .649$, $p = .535$, Procurar Apoio Social, $t(133) = 2.903$, $p = .677$, Ignorar, $t(133) = 2.073$, $p = .804$.

Não obstante os resultados não serem significativos, e apesar de ambos os géneros apresentaram níveis médios de RE muito próximos, o género feminino apresenta uma

média superior apenas na estratégia adaptativa Procurar Apoio Social (*M* = 11.69, *DP* = 3.89), ao contrário do género masculino, que apresenta níveis médios superiores na estratégia Distração (*M* = 12, *DP* = 3.07), e ligeiramente superiores na estratégia Abordar Ativamente (*M* = 12.34, *DP* = 3). Já em relação às variáveis desadaptativas, o género masculino apresenta níveis médios superiores na variável Ignorar (*M* = 9.75, *DP* = 3.61), enquanto o género feminino apresenta níveis superiores na variável Afastar-se (*M* = 10.06, *DP* = 3.45).

Tabela 4 - Análise das Diferenças dos Valores de RE em Função do Género

Variável	**Masculino**		**Feminino**		***t*(133)**	***p***	***Cohen's d***
	M	*DP*	*M*	*DP*			
Distração	12	3.07	11.63	3.33	.632	.273	3.231
Afastar-se	8.79	3.75	10.06	3.45	2.016	.783	3.566
Abordar Ativamente	12.34	3.70	11.90	3.94	.649	.535	3.853
Procurar Apoio Social	9.71	3.77	11.69	3.89	-2.903	.677	3.847
Ignorar	9.75	3.61	8.42	3.62	2.073	.804	3.623

3.3. Diferenças nas estratégias de Regulação Emocional em função do nível de Formação

De modo analisar as diferenças entre as estratégias de RE em função da formação académica dos participantes, foi realizada uma ONE-WAY ANOVA. Assim, os participantes foram separados por três categorias (Grupo 1: Licenciatura; Grupo 2: Mestrado; Grupo 3: Doutoramento). Neste âmbito, não foram encontradas diferenças significativas nas diversas estratégias de RE adotadas: Distração, $F(2, 133) = .932$, $p < .001$, Afastar-se, $F(2, 133) = .628$, $p < .001$, Abordar Ativamente, $F(2, 133) = 2.534$, $p < .001$, Procurar Apoio Social, $F(2, 133) = .275$, $p < .001$, Ignorar, $F(2, 133) = .283$, $p < .001$ (tal como se pode verificar no Tabela 5).

Contudo, apesar das diferenças não serem significativas, é possível verificar que, comparativamente aos restantes, alunos de Mestrado apresentam médias superiores nas estratégias de Distração (*M* = 12.15, *DP* = 3.7), Abordar Ativamente (*M* = 13.18, *DP* =

4.18) e de Procurar Apoio Social (*M* = 11, *DP* = 4.27) e, por outro lado, alunos de Doutoramento apresentam níveis médios superiores nas estratégias de Afastar-se (*M* = 10.25, *DP* = 4.34) e Ignorar (*M* = 9.25, *DP* = 2.06).

Tabela 5 - Análise das Diferenças dos Valores de RE em Função das Habilitações Académicas

Variáveis	**Licenciatura**		**Mestrado**		**Doutoramento**		***F*(2, 133)**	***p***
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*		
Distração	11.63	3.10	12.15	3.70	10	.81	.932	.396
Afastar-se	9.75	3.78	9.02	3.03	10.25	4.34	.628	.535
Abordar Ativamente	11.56	3.63	13.18	4.18	12.75	3.59	2.534	.083
Procurar Apoio Social	10.98	3.87	11	4.27	9.5	2.64	.275	.760
Ignorar	9.04	3.75	8.52	3.61	9.25	2.06	.283	.754

3.4. Diferenças nas estratégias de Regulação Emocional em função do número de vezes que foi intercetado pelas Forças de Segurança

Foi calculado um teste *t* de *Student* com o intuito de comparar a RE de estudantes consumidores de SPA ilícitas entre aqueles que foram intercetados pelas forças de segurança devido ao consumo e posse para consumo de SPA ilícitas pelo menos uma vez e aqueles que não foram intercetados. Apesar das diferenças não serem significativas entre os dois grupos, $p < .05$, os dados, presentes na Tabela 6, indicam que indivíduos que foram intercetados pelas forças de segurança apresentam níveis medianos superiores no que concerne a estratégias de RE que são consideradas pelos autores como desadaptativas, sendo estas as estratégias Afastar-se (*M* = 9.67, *DP* = 3.98) e Ignorar (*M* = 9, *DP* = 3.52).

Tabela 6 - Análise das Diferenças dos Valores de RE em Função do Número de Vezes que um Indivíduo é Intercetado pelas Forças de Segurança

	Nunca		**Uma ou mais**		***t*(134)**	***p***	***Cohen's d***
Variável	*M*	*DP*	*M*	*DP*			
Distração	11.81	3.38	11.54	2.93	.446	.251	3.26
Afastar-se	9.52	3.44	9.67	3.98	-.206	.262	3.60
Abordar Ativamente	12.15	3.84	11.79	3.87	.493	.946	3.85
Procurar Apoio Social	10.98	3.96	10.87	3.96	.143	.729	3.96
Ignorar	8.87	3.75	9	3.52	-.192	.539	3.68

4. Discussão

Primeiramente, importa referir que, em relação à escala do BERQ, a literatura considera que as estratégias Procurar Distração, Abordar Ativamente e Procurar Apoio Social são adaptativas, isto é, eficazes na forma como o indivíduo lida com eventos stressantes, enquanto Isolamento e Ignorar são consideradas desadaptativas (Joormann & Stanton, 2016; Kraaij & Garnefski, 2019). Porém, alguns autores sugerem que uma RE com sucesso depende não da mera aplicação das estratégias de RE, mas da flexibilidade na aplicação das mesmas, enfatizando o contexto (Bonanno & Burton, 2013; Chaplin & Aldao, 2013). Ademais, segundo Vallerand (2010), os tipos de Paixão implicam persistência na atividade, mas diferem quanto ao controlo da atividade: se o indivíduo a gere eficazmente, considerando os custos associados. Assim, para além dos processos cognitivos, o comportamento é central na Paixão. Neste sentido, a literatura sugere que a PH está relacionada com estratégias adaptativas (exp. Abordar Ativamente) e a PO com estratégias desadaptativas (exp. Ignorar) (Mudło-Głagolska & Larionow, 2023).

Quanto ao primeiro objetivo, contrariamente à literatura, os dados não indicam uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de Paixão e a RE, ou seja, o tipo de Paixão não tem um impacto significativo na RE. A ausência de significância estatística pode dever-se a limitações metodológicas, como o uso exclusivo de questionários de autorresposta e o possível viés de desejabilidade social, tendo em conta os efeitos nocivos do consumo de SPA (Arria et al., 2015; Suerken et al., 2016). Ainda assim, os valores

médios observados sugerem tendências relevantes. Tais resultados podem também ser explicados pela reduzida dimensão da amostra, pela recente adaptação dos instrumentos e pela heterogeneidade dos participantes em termos de idade, contexto sociocultural, padrões de consumo, deslocação geográfica e condição de trabalhador-estudante. Investigações futuras poderão aprofundar estas variáveis.

Em relação ao segundo objetivo, face às diferenças entre género nas estratégias de RE, os valores médios do nosso estudo vão ao encontro da literatura que indica que, comparativamente ao género masculino, o género feminino apresenta um maior uso da estratégia adaptativa Procurar Apoio Social e da estratégia desadaptativa Afastar-se (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Tamres et al., 2002; Zhao et al., 2020; Zimmermann & Iwanski, 2014). Relembrando a ideia de flexibilidade de implementação de estratégias, de acordo com Cheng e colaboradores (2001), as mulheres apresentam maior flexibilidade no uso de estratégias de coping focadas no problema e focadas na emoção. A identificação e análise dos fatores que contribuem para estes diferenças, nomeadamente na questão de flexibilidade de estratégias de RE (Goubet & Chrysikou, 2019), é um assunto pouco explorado na literatura atual, especialmente na população sobre a qual incide o presente trabalho. Assim, esta matéria pode ser desenvolvida em estudos futuros.

No que se refere à questão das habilitações académicas, a literatura indica que o período da adolescência é marcado por um grande desenvolvimento cognitivo, crucial para o desenvolvimento da RE, o que contribui para que o adolescente consiga melhor identificar e regular as suas emoções (Silk et al., 2003). De facto, o mesmo adota, de forma progressiva, estratégias de RE mais adaptativas em detrimento das menos adaptativas à medida que cresce (Gullone et al., 2010; Zimmermann & Iwanski, 2014). Por outro lado, é bem documentado pela literatura que os consumos de SPA ilícitas apresentam um efeito nocivo no desempenho do estudante (Arria et al., 2015; Suerken et al., 2016), adolescente ou jovem adulto (15-25 anos), a nível físico, existindo uma associação entre estes consumos e défices cognitivos. Este impacto é passível de ser verificado nas regiões cerebrais essenciais para o desempenho académico (Lisdahl et al., 2013) e zonas associadas à regulação de emoções (Etkin et al., 2015). Neste sentido, pode ser de igual modo importante destacar que, de acordo com uma revisão de literatura de Stellern e colaboradores (2023), adultos com transtornos de consumo de SPA evidenciam maior dificuldade na capacidade de regular emoções comparativamente com indivíduos sem esse tipo de perturbação.

Perante as diferenças nas estratégias de RE em função dos níveis de formação académica, as médias indicam que as estratégias teoricamente consideradas adaptativas – Distração, Abordar Ativamente e Procurar Apoio Social – são adotadas por alunos de Mestrado, enquanto as médias teoricamente consideradas desadaptativas – Afastar-se e Ignorar - são adotadas por alunos de Doutoramento. Estes dados, apesar de não significativos, parecem ir ao encontro da literatura que evidencia que o consumo de SPA ilícitas afeta negativamente a capacidade do regulação emocional (Fox et al., 2007; Stellern et al., 2023). O consumo frequente e/ou regular destas SPA pode afetar progressivamente, ao longo dos anos letivos, de forma negativa o desempenho do estudante, o que pode estar a ser evidenciado pela média elevada da adoção de apenas estratégias negativas no último ciclo de ensino, o Doutoramento, em contraste com o segundo ciclo de estudos, o Mestrado. Todavia, o presente estudo é limitado pelo dimensão reduzida de alunos de Doutoramento. Neste sentido, esta hipótese pode ser explorada em futuras investigações que considerem variáveis não presentes neste estudo que influenciem a RE dos estudantes (desempenho escolar, estatuto socioeconómico). Além disso, pode ser realizado um estudo longitudinal com uma amostra representativa de todos os ciclos de estudo, de forma a melhor perceber a relação entre o consumo regular de SPA no desempenho académico ao longo dos anos letivos.

Na literatura atual não existem estudos que estabeleçam uma relação direta entre um indivíduo ser intercetado pelas forças de segurança e a RE. A presente investigação procurou perceber quais as estratégias de RE, a nível comportamental tipicamente utilizadas pelo indivíduo, comparando indivíduos intercetados pelas forças de segurança, de Portugal, pelo consumo e posse para consumo de SPA ilícitas, com indivíduos que nunca foram intercetados. Assim, verifica-se que indivíduos intercetados pelo menos uma vez apresentam valores médios elevados somente em estratégias desadaptativas comparativamente com indivíduos que nunca foram intercetados, que apresentam valores elevados apenas nas estratégias adaptativas. Estes resultados podem estar ligados a uma possível tendência dos indivíduos intercetados serem consumidores de SPA ilícitas, tendo em conta que o consumo de SPA afeta negativamente a capacidade do indivíduo de regular as suas emoções, tal como referido anteriormente. Todavia, tendo em conta a escassez da literatura face a este tópico específico, estudos futuros poderão analisar em detalhe a relação entre ser intercetado pelas forças de segurança, se o sujeito efetivamente é consumidor de SPA ilícitas, e ainda as estratégias de RE adotadas pelo mesmo.

Concluindo, realizou-se um estudo com o intuito de analisar a relação entre o tipo de Paixão pelo consumos de SPA ilícitas e a RE de estudantes de ES, tendo se verificado que, apesar não existir uma relação significativa, sendo crucial ter em conta as limitações do estudo, verifica-se um maior uso no género feminino da estratégia adaptativa Procurar Apoio Social e da estratégia desadaptativa Afastar-se, para que alunos de Mestrado apresentem estratégias adaptativas e alunos de Doutoramento apresentem estratégias desadaptativas de RE e, por fim, para que estudantes que tenham sido intercetados pelas forças de segurança devido ao consumo ou posse para consumo de SPA ilícitas, pelo menos uma vez, apresentem estratégias desadaptativas de RE. Os achados destacam a importância de considerar fatores emocionais e motivacionais nas intervenções dirigidas a comportamentos aditivos nesta população.

5. Agradecimentos

Um agradecimento especial ao Diretor do ICAD, I.P., Dr. João Goulão, à Dra. Cecília Dias - Presidente da CDT de Castelo Branco, e restante equipa, Ana Louro, Paula Alves e Eunice Marques, por todo apoio e colaboração na presente investigação.

6. Referências Bibliográficas

Allen, H. K., Caldeira, K. M., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., & Arria, A. M. (2017). Drug involvement during and after college: Estimates of opportunity and use given opportunity. *Drug and Alcohol Dependence, 174*, 150–157. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.025

Arias-De la Torre, J., Fernández-Villa, T., Molina, A. J., Amezcua-Prieto, C., Mateos, R., Cancela, J. M., Delgado-Rodríguez, M., Ortíz-Moncada, R., Alguacil, J., Almaraz, A., Gómez-Acebo, I., Suárez-Varela, M. M., Blázquez-Abellán, G., Jiménez-Mejías, E., Valero, L. F., Ayán, C., Vilorio-Marqués, L., Olmedo Requena, R., & Martín, V. (2019). Drug use, family support and related factors in university students. A cross-sectional study based on the uniHcos Project data. *Gaceta Sanitaria, 33*(2), 141–147. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.019

Arria, A. M., Caldeira, K. M., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., & O'Grady, K. E. (2015). The academic consequences of marijuana use during college. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 29*(3), 564–575. https://doi.org/10.1037/adb0000108

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2017). IV *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I Relatório Final*. SICAD. https://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016_2017_I%20relatorio%20final_dados_provisorios.pdf

Bolin, R. M., Pate, M., & McClintock, J. (2017). The impact of alcohol and marijuana use on academic achievement among college students. *The Social Science Journal, 54*(4), 430–437. https://doi.org/10.1016/j.soscij.2017.08.003

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 8*(6), 591–612. https://doi.org/10.1177/1745691613504116

Chamarro, A., Penelo, E., Fornieles, A., Oberst, U., Vallerand, R. J., & Fernández Castro, J. (2015). Psychometric properties of the Spanish version of the Passion Scale. *Psicothema, 27*(4), 402–409. https://doi.org/10.7334/psicothema2015.80

Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 139*(4), 735–765. https://doi.org/10.1037/a0030737

Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(5), 814–833. https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.5.814

Davis, A. K. (2017). The Dualistic Model of Passion applied to recreational marijuana consumption. *Addiction Research & Theory, 25*(3), 188–194. https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1242722

Davis, A. K., & Rosenberg, H. (2015). Application of the Passionate Attachment Model to Recreational Use of MDMA/Ecstasy. *Journal of Psychoactive Drugs, 47*(1), 24–29. https://doi.org/10.1080/02791072.2014.973125

Davis, A. K., Arterberry, B. J., Bonar, E. E., Bohnert, K. M., & Walton, M. A. (2018). Why do young people consume marijuana? Extending motivational theory via the dualistic model of passion. *Translational Issues in Psychological Science, 4*(1), 54–64. https://doi.org/10.1037/tps0000141

Davis, A. K., Arterberry, B. J., Schneeberger, D., Bonar, E. E., Bauermeister, J. A., Young, S. D., Cunningham, R. M., & Walton, M. A. (2020). Evaluation of the dualistic model of passion for alcohol consumption among emerging adults engaged in risky

drinking. *Addiction Research & Theory, 28*(1), 21–28. https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1571192

Dolan, S., Arterberry, B., & Davis, A. (2021). A quadripartite model of passion for marijuana use: Associations with consumption, consequences, craving, and satisfaction with life. *Addiction Research & Theory, 29*(1), 1–6. https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1718117

Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience, 16*(11), 693–700. https://doi.org/10.1038/nrn4044

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 89*(2-3), 298–301. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026

Goubet, K. E., & Chrysikou, E. G. (2019). Emotion regulation flexibility: Gender differences in context sensitivity and repertoire. *Frontiers in Psychology, 10*(935). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00935

Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2 year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 51*(5), 567–574. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02183.x

Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy, 86*, 35–49. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007

Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 137*, 56–61. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036

Lisdahl, K. M., Gilbart, E. R., Wright, N. E., & Shollenbarger, S. (2013). Dare to Delay? The Impacts of Adolescent Alcohol and Marijuana Use Onset on Cognition, Brain Structure, and Function. *Frontiers in Psychiatry, 4*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00053

Mudło-Głagolska, K., & Larionow, P. (2023). Passion for Studying and Emotions. *Education Sciences, 13*(7), 628. https://doi.org/10.3390/educsci13070628

Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*(6), 704–708. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012

Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2014). College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Academic Psychiatry, 39*(5), 503–511. https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9

Rodrigues, F., Monteiro, D., Soares, R., Bernardes, R., & Teixeira, D. (2022). Validação da Passion Scale para a população portuguesa praticante de exercício físico. *Cuadernos de Psicología Del Deporte, 22*(3), 151–162. https://doi.org/10.6018/cpd.514241

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (2023). *Relatório de Atividades 2022. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências*. SICAD, Ministério da Saúde. https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/RelatoriosAtividade/Lists/SICAD_RELATORIOSATIVIDADES/Attachments/20/RelatorioDeAtividades_SICAD_2022_.pdf

Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A Review of Psychological Distress Among University Students: Pervasiveness, Implications and Potential Points of Intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling, 40*(3), 193–212. https://doi.org/10.1007/s10447-018-9321-7

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development, 74*(6), 1869–1880. https://doi.org/10.1046/j.1467 8624.2003.00643.x

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta analysis. *Addiction (Abingdon, England), 118*(1), 30–47. https://doi.org/10.1111/add.16001

Suerken, C. K., Reboussin, B. A., Egan, K. L., Sutfin, E. L., Wagoner, K. G., Spangler, J., & Wolfson, M. (2016). Marijuana Use Trajectories and Academic Outcomes among College Students. *Drug and Alcohol Dependence, 162*, 137–145. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.041

Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*(1), 2–30. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0601_1

Vallerand, R. J. (2024). The power and perils of passion in the quest for self-growth and optimal functioning. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne, 65*(2), 132–147. https://doi.org/10.1037/cap0000386

Vallerand, R. J. (2015). *The psychology of passion: A dualistic model*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199777600.001.0001

Vallerand, R. J. (2010). On Passion for Life Activities: The Dualistic Model of Passion. *In Advances in Experimental Social Psychology. 42*. 97–193. Academic Press. https://doi.org/10.1016/s0065-2601(10)42003-1

Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Gagné, M., & Marsolais, J. (2003). Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4), 756 767. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.4.756

Zhao, Y., Li, P., Wang, X., Kong, L., Wu, Y., & Liu, X. (2020). The Chinese version of the behavioral emotion regulation questionnaire: Psychometric properties Among University students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16*, 1889. https://doi. org/10.2147/2FNDT.S258806.

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, 33 and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development, 38*(2), 182 194. https://doi.org/10.1177/0165025413515405

Guedes, F., & Guimarães, S. C. M. (2022). *Propriedades psicométricas do Questionário de Regulação Emocional Comportamental (BERQ) em estudantes portugueses do Ensino Superior* [Dissertação de mestrado, UBI – Instituto Universitário]. Repositório da UBI. https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/11906

Capítulo 16

Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico

Eva Corceiro[1] & Graça Esgalhado[1,2]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal

[2]Rise-health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UBI, Covilhã- Portugal

Autor Correspondente: Eva Corceiro **E-mail:** eva.corceiro@ubi.pt

Resumo: As atitudes face à sexualidade são influenciadas pelas construções culturais de género, nomeadamente de feminilidade e masculinidade. Pretende-se validar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (DI) numa amostra de adultos portugueses, e comparar as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, em função de variáveis sociodemográficas. Participaram no estudo 426 indivíduos (75.8% mulheres e 23.7% homens), média de idades de 27.81, (DP = 13.19), que responderam a Questionário Sociodemográfico, Questionários de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral (QASG-M e H) e de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI mulheres (QASDI-M) e homens (QASDI-H). Realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax.* Retiveram-se itens com carga fatorial superior a .40, e utilizou-se o critério do *scree plot.* Para a QASDI-M produziram-se 2 fatores, respetivamente com α = .93 e variância explicada de 31.75% e α = .66 e variância explicada de 6.14%. Para a QASDI-H produziram-se 2 fatores, respetivamente com α = . 94 e variância explicada de 33.24% para o Fator 1, e α = .72 e variância explicada de 6.22% para o Fator 2. Verificou-se a validade convergente através de correlações positivas o QASG-M e QASDI-M, e QASG H e QASDI-H. As mulheres revelam atitudes mais positivas do que os homens

face à sexualidade de pessoas com DI. Os instrumentos demonstram boas qualidades psicométricas.
Palavras-chave: Atitudes; Sexualidade; Deficiência Intelectual; Estudo Psicométrico.
Abstract: Attitudes towards sexuality are influenced by cultural constructions of gender, particularly femininity and masculinity. This study aims to validate the Sexuality Attitudes Questionnaire for people with Intellectual Disabilities (ID) in a sample of Portuguese adults, and to compare the attitudes towards sexuality of people with ID based on sociodemographic variables. The study involved 426 individuals (75.8% women and 23.7% men), with an average age of 27.81 (SD = 13.19), who answered a Sociodemographic Questionnaire, General Population Sexuality Attitude Questionnaires (QASG-M and H), and Sexuality Attitude Questionnaires for women (QASDI-M) and men (QASDI-H) with ID. An Exploratory Factor Analysis was conducted using principal component extraction and Varimax rotation. Items with a factor loading greater than .40 were retained, and the scree plot criterion was used. For the QASDI-M, 2 factors were produced, with $\alpha = .93$ and explained variance of 31.75%, and $\alpha = .66$ and explained variance of 6.14%. For the QASDI-H, 2 factors were produced, with $\alpha = .94$ and explained variance of 33.24% for Factor 1, and $\alpha = .72$ and explained variance of 6.22% for Factor 2. Convergent validity was verified through positive correlations between QASG-M and QASDI-M, and QASG-H and QASDI-H. The women show more positive attitudes than men towards the sexuality of people with ID. The instruments demonstrate good psychometric qualities.
Key-Words: Attitudes; Sexuality; Intellectual Disability; Psychometric Study.

Introdução

As pessoas com Deficiência Intelectual (DI) apresentam, frequentemente, dificuldades na compreensão dos pensamentos e emoções complexas dos outros, bem como na expressão adequada dos seus próprios sentimentos (Kijak, 2013). Apesar dessas limitações cognitivas, a literatura demonstra que os indivíduos com DI possuem necessidades sexuais e envolvem-se em diversas formas de contato sexual (Gil-Llario et al., 2018). A sexualidade das pessoas com DI continua a ser amplamente negligenciada, em função de um estigma que associa a deficiência a uma suposta assexualidade ou inadequação para a vida sexual. Muitas dessas pessoas necessitam de diferentes níveis de apoio para experienciar uma vivência sexual saudável, mas frequentemente enfrentam lacunas significativas na educação sexual, resultando num conhecimento escasso e

contraditório sobre o próprio corpo e a sexualidade (Brkić-Jovanović et al., 2021). A literatura científica evidencia que indivíduos com DI enfrentam múltiplas barreiras pessoais e socioambientais no exercício da sua sexualidade (Flores et al., 2016; Matin et al., 2021). Entre os principais fatores limitadores destacam-se o conhecimento sexual reduzido, frequentemente decorrente de uma educação insuficiente e inadequada às suas necessidades cognitivas, bem como atitudes estigmatizantes por parte da sociedade (Greenwood & Wilkinson, 2013). Estas barreiras também dificultam o acesso a informações e cuidados de saúde sexual adequados, bem como a inclusão em programas de educação sexual, especialmente no caso das mulheres com DI (McCarthy, 2009).

A ausência de uma educação sexual estruturada e inclusiva contribui para o aumento da vulnerabilidade e para a perpetuação de estereótipos sobre a sexualidade de pessoas com DI, dificultando a promoção do seu bem-estar, pelo que se considera pertinente o desenvolvimento de programas de educação sexual adaptados às necessidades destas pessoas (Brkić-Jovanović et al., 2021), de forma a garantir o respeito aos direitos sexuais das mesmas (Lima, 2010). Embora haja indícios de uma progressiva aceitação social, as atitudes em relação à sexualidade de pessoas com DI permanecem, no geral, mais negativas, sobretudo quando comparadas às atitudes direcionadas a indivíduos sem deficiência, reforçando a necessidade de uma maior sensibilização sobre o tema (Simpson et al., 2006). Considerando a ambivalência das atitudes dos familiares, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, torna-se imperativo o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar e mensurar, de forma válida e confiável, essas perceções (Pownall et al., 2012).

Face ao exposto, o presente estudo pretende avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI, visando oferecer um contributo para o avanço da investigação e para a construção de práticas mais inclusivas e baseadas em evidências. A disponibilização de um instrumento validado oferece uma medida para intervir no sentido de aumentar a sensibilização social e dar suporte à elaboração de políticas públicas e práticas profissionais que visem respeitar os direitos sexuais das pessoas com DI, colmatando lacunas neste domínio.

Decorrente da revisão da literatura, define-se como objetivo geral: adaptar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da população em geral (Cuskelly & Gilmore, 2007) e o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (Cuskelly & Bryde, 2004) para uma amostra de adultos

portugueses. Como objetivos específicos, pretende-se avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI e comparar as atitudes face à sexualidade em função do género, da idade, do estado marital e do conhecimento sobre sexualidade.

Método

Participantes

A amostra foi obtida por conveniência e teve como critérios de inclusão ter 18 ou mais anos de idade e ter nacionalidade portuguesa. Foi constituída por 426 participantes (N=426), dos quais 323 foram mulheres, 101 homens e 2 outro (75.8%, 23.7 e .5, respetivamente), com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos de idade (média=27.81; DP=13.19). A maioria dos participantes eram solteiros (73.9%), 16.9% casados, 5.4% em união de facto, 1.6 divorciados/separados e 1.4. outro. Relativamente ao local de residência, 35.2% residiam num pequeno meio rural, 11.3% num grande meio rural, 44.4% numa pequena cidade e 8.7% numa grande cidade. A maioria dos participantes tinham um estatuto socioeconómico médio (62.4%), 3.1% baixo, 22.5% baixo-médio e 12% médio-alto. No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes concluíram o 12º ano (67.4%), .9% o 4º ano, 1.4% o 9º ano, 24.4% licenciatura, 1.6% mestrado, 3.1% pós-graduação/doutoramento e 1.2% outro. Ao nível do conhecimento sobre sexualidade, 98.8% dos participantes referiram ter conhecimento. A maioria dos indivíduos já teve/tem contacto com pessoas com DI (61.3%).

Instrumentos

No âmbito desta pesquisa foram utilizados três instrumentos: (1) Questionário Sociodemográfico: construído para caracterizar a amostra, relativamente à idade, ao género, ao estado marital, ao local de residência, ao estatuto socioeconómico, às habilitações literárias e a questões referentes ao conhecimento sobre sexualidade e ao contacto com pessoas com deficiência intelectual; (2) *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals from the General Population: SQ-GP)* (Cuskelly & Gilmore, 2007*)* - Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral, versão para homens (QASG-M) e versão para mulheres (QASG-M), cada com 9 itens, respetivamente para avaliar as atitudes face à sexualidade dos homens e das mulheres. As respostas são pontuadas através de uma Escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Pontuações mais altas indicam atitudes mais

positivas e (3) *Attitudes to Sexuuality Questionnaire (Individuals with na Intellectual Disability: ASQ ID)* (Cuskelly & Bryde, 2004), versão para homens e mulheres, desenvolvida com o objetivo de averiguar atitudes em relação à sexualidade de adultos mulheres e homens com Deficiência Intelectual. Cada versão é constituída por 34 itens que se distribuem por 4 subescalas: Direitos Sexuais (13 itens), Paternidade (7 itens), Comportamento sexual não-reprodutivo (5 itens) e Autocontrolo (3 itens), respetivamente com os valores de *alpha* de .93, .88, .84 e .67. As respostas são pontuadas através de uma Escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Pontuações mais altas indicam atitudes mais positivas.

Procedimentos

Antes de iniciar o processo, foi contactada a autora das escalas originais, que autorizou a aplicação das mesmas numa amostra de população portuguesa. Posteriormente, procedeu se à tradução para português das versões originais das escalas do estudo. Estas resultaram de um processo formal de adaptação linguística, com tradução e retroversão por parte de especialistas da língua inglesa e da psicologia, de forma a construir versões equivalentes às originais, tanto na estrutura semântica como no conteúdo. A recolha de dados iniciou se com a elaboração de um estudo piloto com 5 participantes, de forma a identificar quaisquer dúvidas e/ou dificuldades no preenchimento do protocolo, e a aplicação decorreu de forma presencial, de Novembro de 2024 a Janeiro de 2025. Os participantes declararam o seu consentimento informado, e foi garantida a confidencialidade e o anonimato, comunicados os objetivos da investigação e a informação de que podiam desistir a qualquer momento. Cada participante respondeu a todas as escalas.

Com o objetivo de obter grupos de comparação transformou-se a variável "Idade", em três grupos: (1) Adultez inicial, (2) Adultez intermédia e (3) Adultez tardia. Nas "Habilitações Literárias" as variáveis foram codificadas para (1) Ensino básico (4º ano, 9º ano e ensino secundário), e (2) Ensino superior (Licenciatura, Mestrado/Pós Graduação e Doutoramento). Na variável "Género", foram utilizados os grupos mulher e homem. A variável "Estado marital" foi transformada em 2 grupos: (1) Vinculados (com namorado/a, casados/as, e os que vivem em união de facto) e (2) Desvinculados (solteiros/as, divorciados/as e viúvos/as). Para o local de residência, foram criados dois grupos, meio rural e meio urbano. Para a variável "Estatuto socioeconómico" criaram-se três grupos: (1) Baixo, (2) Médio e (3) Alto.

Análise de dados

A presente investigação define-se como um estudo quantitativo e transversal, inferencial e de validação psicométrica de dois instrumentos de avaliação das atitudes face à sexualidade de adultos e de pessoas com deficiência intelectual.

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao Programa *IBM SPSS Statistics* versão 28. Este processo iniciou-se com a elaboração de uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, seguida do estudo das propriedades psicométricas. Avalia-se o nível de credibilidade do instrumento, com recurso à análise fatorial, após realizar uma análise de evidência interna através do Teste de Esfericidade de *Bartlett*, e da medida de adequação amostral de *Kaiser, Meyer e Olkin* (KMO). Seguidamente efetuou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax,* e a análise da sensibilidade através do cálculo dos coeficientes de achatamento e curtose. Seguiu-se a Análise da fiabilidade ou consistência interna através da determinação do alfa de *Cronbach*. Para o estudo da validade convergente utilizámos o r de *Pearson*, com vista a medir a intensidade das relações entre atitudes face à sexualidade das mulheres, dos homens, e das mulheres e homens com DI. Por último, utilizaram-se testes *t* e ANOVA, para a comparação de diferenças entre grupos.

Resultados

Estudo psicométrico

Para uma maior facilidade expositiva, apresentam-se separadamente os cálculos efetuados para cada versão das escalas.

Questionário de Atitudes Face à Sexualidade dos homens – População Geral (QASG-H)

Para averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, obtendo-se o valor de .791, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração dos componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 33.36% e 14.24% de variância. Retiveram-se os itens com carga fatorial superior a .40. No entanto, a análise do *scree plot* revelou a existência de apenas um fator e, tendo em conta que o Fator 2 é composto por apenas 1 item procedeu-se à eliminação do mesmo. A versão final desta escala ficou composta pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 9 (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de *Cronbach* (□□) e % da variância da análise unifatorial do QASG-H (KMO =.791).

Item	Fator I	Fator II
1- Émelhoresperar que um rapaz coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	.498	
2- Os rapazes deveriam ser desencorajados de se masturbarem.	.715	
3- Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em rapazes.	.502	
4- A educação para a sexualidade dirigida a rapazes tem um papel importante na proteção contra a sua exploração sexual.		.752
5- Homens adultos devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.	.680	
6- É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com rapazes até que atinjam a puberdade.	.503	
7- Os homens mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.	.611	
8- Aeducaçãopara a sexualidade deveria ser obrigatóriapara os rapazes.	.634	
9- A masturbação emprivado é uma forma aceitável de expressão sexual para os homens.	.689	
KMO .791		
% Variância explicada	33.36	14.24
Alpha de Cronbach	.741	

Efetuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos |3| e |7|.

Questionário de Atitudes Face à Sexualidade das mulheres - População Geral (QASG M)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, obtendo-se o valor de .753, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 30.84% e 14.49% da variância. Este resultado é consistente com o da versão original, onde também se identificaram dois fatores (Cuskelly & Gilmore, 2007). De acordo com o valor do α do Fator 2 (.20) procedeu-se à eliminação deste fator, uma vez que este valor é inaceitável. Retiveram-se os itens com carga fatorial superior a .40. A versão final desta escala ficou composta pelos itens 2, 3, 5, 7, 8 e 9 (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa *de Cronbach* (□□) e % da variância da análise unifatorial do QASG-M (KMO =.753)

Item	Fator I	Fator II
1- É melhor esperar que uma rapariga coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.		.664
2- As raparigas deveriam ser desencorajadas de se masturbarem.	.649	
3- Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em raparigas.	.586	
4- A educação para a sexualidade dirigida a raparigas tem um papel importante na proteção contra a sua exploração sexual.		-.641
5- Mulheres adultas devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.	.728	

6- É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com raparigas até que atinjam a puberdade.		.517
7- As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.	.514	
8- Aeducaçãopara a sexualidade deveria ser obrigatóriapara as raparigas.	.568	
9- A masturbação emprivado é uma forma aceitável de expressão sexual para as mulheres.	.732	
KMO .753		
% Variância explicada	30.84	14.49
Alpha de Cronbach	.72	.20

Efetuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos |3| e |7| com exceção do item 7 ("As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção"). No entanto, com base em critérios teóricos retém-se este item.

Questionários de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI - Homens (QASDI-H)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, onde se obteve o valor de .905, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 33.24% e 6.22% da variância. Eliminaram-se os itens com carga fatorial inferior a 0.40. Apesar da versão original da escala identificar 4 fatores (Cuskelly & Bryde, 2004), de acordo com o critério do *scree plot* da presente amostra foi possível verificar a existência de apenas 2 fatores: Fator 1 – Direitos Sexuais (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 29, 32 e 33); Fator 2 – Desejo Sexual (itens 5, 13, 27 e 34) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de *Cronbach* (□□) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-H (KMO =.905).

Item	**Fator I**	**Fator II**
1- Com o apoio certo, os homens com DI podem criam filhos de forma ajustada.	.502	
2- Desde que não nasçam filhos indesejados e queninguémsaia magoado, os homens com DI devem poder ter relacionamentos significativos.	.502	
3- Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.	.700	
4- Émelhoresperar que um homem com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes dediscutir esse assunto com ele.	.396	
5- Os homens com DI têm menos interesse sexual do que os homens sem DI.		.681
6- Devia ser proibido aos homens com DI terem filhos.	.702	
7- Devia ser permitido aos homens com DI terem relacionamentos significativos.	.621	
8- Os homens com DI deviam tomar medicamentos parainibiroseu desejo sexual.	.766	

9- Os homens com DI deviam ser desencorajados de se masturbarem.	.591	
10- Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promíscuosentre homens com DI.	.565	
11- Os homens com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizados.	.731	
12- A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitávelpara os homens com DI.	.603	
13- Os homens com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que os homens sem deficiência.		.633
14- Os homens com DI conseguem distinguir facilmente pensamentos sexuais de comportamentos sexuais.		.-226
15- Os homens com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.	.678	
16- Proporcionar educação para a sexualidade aos homens com DI é importante para prevenir situações de exploração sexual.	.432	
17- Normalmente o comportamento sexual dos homens com DI é uma área muito problemática na gestão dos cuidados a estas pessoas.	.291	
18- Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poderfazê-lo.	.758	
19- Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para homens, e não deveriam ser mistas.	.425	
20- Os profissionais que trabalham com homens com DI devem desencorajar as atividades sexuais.	.706	
21- Não se deve discutirassuntos sobre sexualidade com homens com DI antes dapuberdade.	.510	
22- Os homens com DI deviam poder casar-se.	.777	
23- E uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para os homens com DI se poderem masturbar.	.416	
24- Sempre que possível, os homens com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncecionais.	.483	
25- Não se deve encorajar os homens com DI a terem relacionamentos sexuais.	.650	
26- Os homens com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncecionais.	.615	
27- Os homens com DI são maisfacilmente estimuláveis sexualmente.		.453
28- O casamento entre homens com DI não é problemático paraasociedade.	.493	
29- A esterilização é uma prática desejávelpara os homens com DI.	.739	
30- Aeducaçãopara a sexualidade deveria ser obrigatóriapara os homens com DI.	.405	
31- Dever-se-ia ensinar aos homens com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.	.568	
32- O casamento deve ser desencorajado para os homens com DI.	.779	
33- Os homens com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.	.740	
34- Os homens com DI têm mais pensamentos sexuais do que os homens sem deficiência intelectual.		.566
KMO .905		
% Variância explicada	33.24	6.22
Alpha de Cronbach	.94	.72

Efetuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos |3| e |7|. *Questionários de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI - Mulheres (QASDI M)*

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, onde se obteve o valor de .902, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 31.75% e 6.14% da variância. Eliminaram-se os itens com carga fatorial inferior a 0.40. Apesar da versão original da escala identificar 4 fatores (Cuskelly & Bryde, 2004), de acordo com o critério do *scree plot* da presente amostra foi possível verificar a existência de apenas 2 fatores:

Fator 1 – Direitos Sexuais (item 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33 e 24); Fator 2 – Desejo Sexual (4, 5 e 13) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de *Cronbach* (□□) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-M (KMO =.902).

Item	Fator I	Fator II
1- Com o apoio certo, as mulheres com DI podem criam filhos de forma ajustada.	.595	
2- Desde que não nasçam filhos indesejados e queninguémsaia magoado, as mulheres com DI devem poder ter relacionamentos significativos.	.390	
3- Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.	.717	
4- Émelhoresperar que uma mulher com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.		.461
5- As mulheres com DI têm menos interesse sexual do que as mulheres sem DI.		.715
6- Devia ser proibido às mulheres com DI terem filhos.	.739	
7- Devia ser permitido às mulheres com DI terem relacionamentos significativos.	.539	
8- As mulheres com DI deviam tomar medicamentos parainibiroseu desejo sexual.	.688	
9- As mulheres com DI deviam ser desencorajadas de se masturbarem.	.643	
10- Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promíscuosentre mulheres com DI.	.475	
11- As mulheres com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizadas.	.692	
12- A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitávelpara as mulheres com DI.	.641	
13- As mulheres com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que as mulheres sem deficiência.		.709
14- As mulheres com DI conseguem distinguir facilmente pensamentos sexuais de comportamentos sexuais.	.344	
15- As mulheres com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.	.579	
16- Proporcionar educaçãoparaa sexualidade àsmulherescom DI é importantepara prevenir situações de exploração sexual.	.397	
17- Normalmente o comportamento sexual das mulheres com DI é uma área muito problemática na gestão dos	.347	

cuidados a estas pessoas.		
18- Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poderfazê-lo.	.770	
19- Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para mulheres, e não deveriam ser mistas.	.378	
20- Os profissionais que trabalham com mulheres com DI devem desencorajar as atividades sexuais.	.610	
21- Não se deve discutirassuntos sobre sexualidade com mulheres com DI antes dapuberdade.	.511	
22- As mulheres com DI deviam poder casar-se.	.772	
23- E uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para as mulheres com DI se poderem masturbar.	.424	
24- Sempre que possível, as mulheres com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncecionais.	.513	
25- Não se deve encorajar as mulheres com DI a terem relacionamentos sexuais.	.636	
26- As mulheres com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncecionais.	.642	
27- As mulheres com DI são maisfacilmente estimuláveis sexualmente.	.489	
28- O casamento entre mulheres com DI não é problemático paraasociedade.	.535	
29- A esterilização é uma prática desejávelpara as mulheres com DI.	.642	
30- Aeducaçãopara a sexualidade deveria ser obrigatóriapara as mulheres com DI.	.379	
31- Dever-se-ia ensinar às mulheres com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.	.623	
32- O casamento deve ser desencorajado para as mulheres com DI.	.685	
33- As mulheres com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.	.704	
34- As mulheres com DI têm mais pensamentos sexuais do que as mulheres sem deficiência intelectual.	.469	
KMO .902		
% Variância explicada	31.75	6.14
Alpha de Cronbach	.93	.66

Efetuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos |3| e |7|.

Fiabilidade

Realizou-se uma análise da consistência interna das escalas e foi calculado o alfa de *Cronbach* de cada um dos seus fatores. Verificou-se a existência de excelentes propriedades psicométricas no QASDI-M, no QASDI-H, no QASMDI_F1 e no QASHDI_F1. O QASG-M, o QASG-M e o QASHDI e o QASHDI_F2 revelam boas propriedades psicométricas O QASDMI_F2 apresenta um valor de consistência interna razoável (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Coeficiente de fiabilidade das escalas.

Escala	**Fator**	***α***
QASG-M		.71
QASG-H		.74
QASDI-M		.93
	Direitos Sexuais	.93
	Desejo Sexual	.66
QASDI-H		.94
	Direitos Sexuais	.94
	Desejo Sexual	.72

Validade convergente

Direitos Sexuais Desejo Sexual

Direitos Sexuais Desejo Sexual

.93 .93 .66 .94 .94 .72

Observaram-se correlações muito fortes, positivas e significativas entre o QASDI-M, o QASDI-H, o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASDI-H, o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1. Verificaram-se correlações fortes, positivas e significativas entre o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASG-M e o QASDI-H. As correlações entre o QASDI-H e o QASG-M e entre o QASG-H, o QASG-M, o QASDI-M, o QASDI-H, o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASMDI_F2 e o QASHDI_F2 revelaram-se moderadas, positivas e significativas. Observaram-se correlações fracas, positivas e significativas entre o QASG-M, o QASDI M e o QASMDI_F1, entre o QASG-H, o QASMDI_F2 e o QASHDI_F2, entre o QASDI M, o QASMDI_F2 e o QASHDI_F2, entre o QASDI-H, o QASDI_F2 e o QASHDI_F2, entre o QASMDI_F2 e o QASHDI_F1 e entre o QASHDI_F1 e o QASHDI_F2 (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Correlações de *Pearson* entre as variáveis.

Escala	QAGS-M	QASG-H	QASDI-M	QASDI-H	QASDI-M_F1	QASDI-M_F2	QASDI-H_F1	QASDI-H_F2
QASG-M	1	.713**	.509**	.513**	.503**	.261**	.519**	.190**
QASG-H		1	.650**	.656**	.621**	.471**	.653**	.313**
QASDI-M			1	.923**	.991**	.493**	.913**	.483**
QASDI-H				1	.916**	.446**	.992**	.500**
QASDI-M_F1					1	.371**	.913**	.428**
QASDI-M_F2						1	.392**	.571**
QASDI-H_F1							1	.389**
QASDI-H_F2								1

** a correlação é significativa ao nível de 0.001

Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade

Os resultados das análises de variância para comparar os 3 grupos de idade relativamente às variáveis em estudo encontram-se descritos na Tabela 7. No QAGS-H e no QAGS-M verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade, respetivamente [F (2,423) = 9.938; $p < 0.001$] e idade [F (2, 423) = 8.479; $p < 0.001$], sendo o grupo da adultez intermédia que apresenta atitudes mais positivas. No QASDI-M e no QASDI-H observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade, respetivamente [F (2, 422) = 30.405; $p < 0.001$] e [F (2, 421) = 20.427; $p < 0.001$], sendo o grupo da adultez inicial que apresenta atitudes mais positivas. No QASMDI_F1 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre

os grupos [F (2, 422) = 33.830; $p < 0.001$], sendo os participantes de adultez inicial que apresentam atitudes mais positivas. No caso do QASMDI_F2 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [F (2, 423) = 1.405; $p = 0.247$)], no entanto, o grupo de adultez intermédia apresenta atitudes mais positivas. No QASHDI_F1 observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [F (2, 421) = 21.274; $p < 0.001$)], sendo o grupo de adultez inicial que apresenta atitudes mais positivas. Para o QASHDI_F2 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [F (2, 423) = 1.823; $p = 0.163$)], ainda assim, os participantes de adultez inicial apresentam atitudes mais positivas.

Tabela 7 – Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade. **Escala** **Média** **Desvio-padrão** ***t*** ***p*** QASG-M

Escala	**Média**	**Desvio-padrão**	***t***	***p***
QASG-M				
Adultez inicial	23.31	2.44		
Adultez intermédia	23.52	2.55	8.479	< .001
Adultez tardia	22.17	2.57		
QASG-H				
Adultez inicial	33.82	4.25		
Adultez intermédia	34.25	1.29	9.938	< .001
Adultez tardia	31.81	3.53		
QASDI-M				
Adultez inicial	113.71	13.04		
Adultez intermédia	111.71	15.12	8.479	< .001
Adultez tardia	100.06	12.59		
QASDI-H				
Adultez inicial	124.16	16.09		
Adultez intermédia	123.64	16.94	9.938	< .001
Adultez tardia	111.57	13.36		
QASMDI_F1				
Adultez inicial	102.81	12.13		
Adultez intermédia	100.54	13.87		
Adultez	89.35	12.11	33.830	< .001

tar dia				
	10.89	2.05		
QASMDI_F2				
	11.17	2.27		
Adultez inicial				
	10.71	1.94		
Adultez intermédia				
			1.405	.247
Adultez tardia				
	110.67	15.10		
QASHDI_F1				
	110.19	15.86		
Adultez inicial				
Adultez intermédia				
			21.274	< .001
Adultez tardia	98.63	12.61		
QASHDI_F2				
Adultez inicial				
	13.47	2.26	1.823	.163
Adultez intermédia Adultez tardia	13.44	2.41		
	12.94	1.81		

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género

Os resultados das análises de variância para comparar os 2 grupos de género relativamente às variáveis em estudo encontram-se descritos na Tabela 8. No QASG-M e no QASG-H verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, respetivamente, (t (4.751) = 422; $p < 0.001$) e (t (5.649) = 422; $p < 0.001$), sendo as mulheres que revelam atitudes mais positivas. No QASDI-M e no QASDI-H observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, respetivamente, (t (4.335) = 421; $p < 0.001$) e mulheres (t (3.558) = 420; $p < 0.001$), sendo as mulheres que revelam atitudes mais positivas. No QASMDI_F1 observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (t (4.318) = 421; $p < 0.001$), sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas. No QASMDI_F2 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (t (1.958) = 422; $p = 0.051$), no entanto, as

mulheres revelam atitudes mais positivas. No QASHDI_F1 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (t (3.582) = 420; $p < 0.001$), sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas. No QASHDI_F2 não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (t (1.480) = 422; $p = 0.140$), ainda assim, as mulheres apresentam atitudes mais positivas.

Tabela 8 - Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género.

Escala	Média	Desvio-padrão	*t*	*p*
QASG-M				
Mulher	23.47	2.37	4.751	< .001
Homem	22.13	2.82		
QASG-H				
Mulher	34.18	3.89	5.640	< .001
Homem	31.56	6.60		
QASDI-M				
Mulher	111.99	14.59	4.335	< .001
Homem	104.92	13.17		
QASDI-H				
Mulher	123.02	16.63	3.558	< .001
Homem	116.34	15.28		
QASMDI_F1	100.94	13.65	4.318	< .001
Mulher	94.32	12.49		
Homem				
QASMDI_F2	11.06	2.10	1.958	.051
Mulher	10.59	2.09		
Homem				
QASHDI_F1	109.58	15.71	3.582	< .001
Mulher	103.26	14.15		
Homem				
QASHDI_F2	13.43	2.25	1.148	.140
Homem	13.06	2.12		
Mulher				

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do estado marital

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios nas atitudes face à sexualidade em função do estado marital no QASG-M (t (- 4.670) = 418; $p < 0.001$), no QASG-H (t (-5.097) = 418; $p < 0.001$), no QASDI-M (t (- 7.198) = 417; $p < 0.001$), no QASDI-H (t (-6.207) = 416; $p < 0.001$), no QASMDI_F1 (t (-7.340) = 417; $p < 0.001$) e no QASHDI_F1 (t (-6.456) = 416; $p < 0.001$). No QASMDI_F2 (t (-2.187) = 418; $p = .029$) e no QASHDI_F2 (t (-1.078) = 418; $p = .282$) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Em todas as escalas, são os que não se encontram numa relação que apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade das pessoas com DI.

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do conhecimento sobre sexualidade

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das escalas, no entanto, em todas, são os que têm conhecimento sobre sexualidade que revelam atitudes mais positivas.

Discussão

O presente estudo tem como finalidade validar psicometricamente duas escalas destinadas à avaliação das atitudes face à sexualidade de pessoas com e sem DI. Pretende-se comparar as atitudes face à sexualidade em função do género, da idade, do estado marital e de ter conhecimento sobre sexualidade.

As escalas revelam boas propriedades psicométricas, decorrentes dos resultados na consistência interna e na validade de construto, o que permite a disponibilização de instrumentos válidos e fiáveis para uso em contextos clínicos, educacionais e de investigação. A análise fatorial exploratória da escala de atitudes face à sexualidade de homens (QASG-H) indicou uma estrutura unifatorial com boa consistência interna, alinhando-se com estudos anteriores que destacam a predominância de um fator associado à abertura sexual (Cuskelly & Gilmore, 2007). A versão feminina (QASG-M) também apresentou uma estrutura unifatorial consistente, embora tenha sido necessário eliminar um dos fatores inicialmente identificados, devido à sua baixa fiabilidade.

Relativamente às escalas específicas para atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, tanto a versão masculina (QASDI-H) quanto a feminina (QASDI-M) apresentaram uma estrutura bifatorial. Os fatores identificados, "Direitos Sexuais" e "Desejo Sexual", são consistentes com a literatura existente (Cuskelly & Bryde, 2004). A consistência

interna foi excelente para o fator "Direitos Sexuais" em ambas as versões e moderada para o fator "Desejo Sexual", o que reforça a necessidade de aprofundar futuras investigações.

A validade convergente entre as escalas revelou correlações fortes entre atitudes face à sexualidade da população geral, e correlações moderadas a fracas com as escalas da população com DI. Estes padrões indicam que, apesar de haver congruência entre as atitudes perante a sexualidade humana, persistem perceções distintas quando se trata de pessoas com DI. Este achado vai ao encontro da literatura, que aponta para a existência de estereótipos e preconceitos neste contexto, nomeadamente a visão infantilizada das pessoas com DI (Brown & McCann, 2019; Gonçalves & Barbosa, 2020).

Apesar de os direitos sexuais das pessoas com DI serem reconhecidos internacionalmente, diversos estudos identificam obstáculos significativos à sua plena realização. Estas pessoas têm desejos, identidades e aspirações sexuais semelhantes às da população geral, incluindo o direito à educação sexual, aos relacionamentos, ao uso de contracetivos e à parentalidade. No entanto, enfrentam barreiras como atitudes paternalistas, infantilização e falta de acesso a informações adequadas (Pérez-Curiel et al., 2023). A literatura evidencia ainda que estas barreiras são frequentemente reforçadas por familiares, cuidadores e pela sociedade em geral, o que limita a sua autonomia e saúde sexual (Parchoumiuk, 2021; Carter et al., 2021). O reconhecimento do desejo sexual e da autonomia destas pessoas é fundamental para promover a sua saúde e bem-estar, sendo essencial envolver familiares e profissionais em processos educativos que valorizem a sexualidade como parte integral da vida (Lam et al., 2021).

As atitudes face à sexualidade nesta amostra são positivas. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face à sexualidade de pessoas com DI entre homens e mulheres, sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas, resultado que corrobora estudos anteriores (Savas & Yol, 2023). Neste contexto, verificou-se a existência de uma maior aceitação social dos comportamentos sexuais masculinos, tanto por homens quanto por mulheres. Confirmando a premissa de Rodrigues (2015), os participantes mais jovens tendem a apresentar atitudes mais positivas face à sexualidade de pessoas com DI. Apesar dos resultados deste estudo evidenciarem que os participantes sem vínculo apresentam atitudes mais positivas, não foram encontradas evidências empíricas que corroborem este achado, pelo que se justifica o aprofundamento deste estudo. Não foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas entre as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI e o conhecimento sobre sexualidade, no entanto, indivíduos que têm conhecimento relevam atitudes mais positivas, o que vai ao encontro da literatura, onde Sprinthall e Collins (2008) referem que a perceção da sexualidade é influenciada pelo acesso a informação.

Importa salientar que a falta de educação sexual adequada e o isolamento social contribuem para a vulnerabilidade das pessoas com DI a abusos e dificultam o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis (Medina-Rico, 2017). Quando devidamente apoiadas e informadas, estas pessoas demonstram capacidade para viver a sua sexualidade de forma segura (Carter et al., 2021). Ainda assim, a sexualidade das pessoas com DI continua amplamente negligenciada, muitas vezes envolta em estigmas que associam a deficiência a uma suposta assexualidade ou inaptidão para a vida sexual (Brkić-Jovanović et al., 2021).

Neste sentido, os resultados deste estudo reforçam a importância de compreender as atitudes sociais como barreiras à expressão da sexualidade de pessoas com DI. A presente investigação contribui para este campo ao disponibilizar instrumentos válidos e fiáveis para a avaliação de perceções, bem como ao fornecer dados que podem orientar práticas educativas e intervenções por parte de profissionais de saúde e educação. Não obstante, esta investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de o questionário ser extenso. Além disso, os instrumentos utilizados podem estar sujeitos ao viés de desejabilidade social, particularmente em temáticas sensíveis como a sexualidade. Estudos futuros devem considerar metodologias que minimizem esse tipo de viés.

Conclusão

Os instrumentos validados neste estudo demonstraram boas propriedades psicométricas e relevância teórica, constituindo-se como medidas para a avaliação das atitudes face à sexualidade na população em geral e nas pessoas com DI. Sugere-se a utilização destas escalas para futuras investigações sobre atitudes face à sexualidade.

A sexualidade é uma parte inerente da identidade humana e, por isso, todos, com ou sem DI, têm direito ao seu desenvolvimento e expressão de forma saudável. A negação desse direito relativamente à população com DI, perpetua uma visão social negativa que associa a deficiência à assexualidade, reforçando estigmas que inibem a compreensão

dos próprios sentimentos e o pleno exercício da sexualidade (Gonçalves & Barbosa, 2020).

Apesar de nesta amostra as atitudes face à sexualidade serem positivas, os estereótipos referidos na literatura suportam a importância do estabelecimento de medidas como intervenções educativas, sensibilização pública e políticas de inclusão sexual para a promoção do respeito pela dignidade e expressão da sexualidade desta população.

Sugere-se que investigações futuras utilizem um número mais alargado de participantes, incluindo famílias e profissionais, bem como procurem averiguar as atitudes em populações específicas.

Referências Bibliográficas

Brkić-Jovanović, N., Runjo, V., Tamaš, D., Slavković, S., & Milankov, V. (2021). Persons with Intellectual Disability: Sexual Behaviour, Knowledge and Assertiveness. *Slovenian Journal of Public Health*, *60*(2), 82–89. https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0013

Brown M, McCann E. (2019). The views and experiences of families and direct care support workers regarding the expression of sexuality by adults with intellectual disabilities: a narrative review of the international research evidence. *Res Dev Disabil*. https://doi.org/10.1016/j. ridd.2019.04.012

Carter, A., Strnadová, I., Watfern, C., Pebdani, R., Bateson, D., Loblinzk, J., Guy, R., & Newman, C. (2021). The Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People with Intellectual Disability: A Scoping Review. *Sexuality Research and Social Policy*, *19*(1). https://doi.org/10.1007/s13178-021-00549-y

Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 255–264.

Flores, N.; Jenaro, C.; Tomsa, R.; Lucas, J.L.; Beltrán, M. (2016). Actitudes, barreras y oportunidades para el empleo de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educattional Psychoogy. Revista INFAD de Psicología.* 10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.837

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *62*(1), 72–80. https://doi.org/10.1111/jir.12455

Gonçalves, J. P., & Barbosa, M. M. F. (2020). Opiniões de mães e profissionais sobre a sexualidade de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Exitus*, 10, e020021. https://doi.org/10.24065/2237-9460.2020v10n0id1143

Greenwood N. W, Wilkinson J. (2013). Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *International Journal of Family Medicine*. 10.1155/2013/642472

Kijak, R. (2013). The Sexuality of Adults with Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability*, *31*(2), 109–123. https://doi.org/10.1007/s11195-013-9294-8

Lam, A., Yau, M., Franklin, R. C., & Leggat, P. A. (2021). Public Opinion on the Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Review of the Literature. *Sexuality and Disability*. https://doi.org/10.1007/s11195-020- 09674-9

Lima, M. do S. C. (2010). Vozes do silêncio: os sentidos do discurso de/sobre sexualidade de mulheres paraplégicas. *Filosofia e Educação*, *2*(2), 247–265. https://doi.org/10.20396/rfe.v2i2.8635503

Matin, B. K. et al. (2021). Sexual health concerns in women with intellectual disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1. 10.1186/s12889-021-12027-6

McCarthy M. (2009). Contraception and women with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 22(4):363–9. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2 008.00464.x

Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2017). Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability*, *36*(3), 231–248. https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6

Parchomiuk, M. (2021). Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Proposal to use the Positive Sexuality Model. *Sexuality & Culture*. https://doi.org/10.1007/s12119-021-09893-y

Pérez-Curiel, P., Vicente, E., Morán, M. L., & Gómez, L. E. (2023). The Right to Sexuality, Reproductive Health, and Found a Family for People with Intellectual Disability: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1587. https://doi.org/10.3390/ijerph20021587

Pownall, J. D., Jahoda, A., & Hastings, R. P. (2012). Sexuality and Sex Education of Adolescents with Intellectual Disability: Mothers' Attitudes, Experiences, and Support Needs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *50*(2), 140–154. https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.2.140

Rodrigues, S. R. (2015). *A família como suporte à reabilitação da pessoa com deficiência: paraplégicos e tetraplégicos.* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].

Savas, G., & Yol, F. (2023). Contradicting Perceptions of Women's and Men's Sexuality: Evidence of Gender Double Standards in Türkiye. *Sexuality and Culture*, *27*(5), 1661–1678. https://doi.org/10.1007/s12119-023-10083-1

Simpson, A., Lafferty, A., & McConkey, R. (2006). Out of the shadows: A report on the sexual health and wellbeing of people with learning disabilities in Northern Ireland. London, England: Family Planning Association.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). Psicologia do Adolescente. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Capítulo 17

Contributos do Biofeedback para promoção da Saúde Mental em Estudantes Universitários

Rita Oliveira[1], Anabela Pereira[2] e Maria João Carapeto[1,3]

[1] Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal

[2] Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP), Universidade de Évora, Portugal

[3] Comprehensive Health Research Center (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Ana Rita Oliveira. **E-mail:** ritaaoliveiraa25@gmail.com

Resumo:

Ansiedade e depressão nos alunos do ensino superior têm vindo a aumentar, incentivando a investigação na etiologia, na sintomatologia e nas estratégias de intervenção merecendo particular ênfase o uso do Biofeedback (BFB). O presente trabalho tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção com o BFB. O estudo do tipo quasi-experimental, utilizou o Biofeedback 2000x-pert (Schuhfried) que possui vários módulos que permitem medir/registar, processar, digitalizar e representar os parâmetros fisiológicos de forma gráfica (e.g., frequência cardíaca, pressão galvânica da pele e temperatura). O programa BFB foi aplicado a 18 estudantes de ambos os géneros com sintomatologia ansiosa e distribuídos por dois grupos: um experimental (GE) que participou em oito sessões de BFB, e um de controlo (GC). Os resultados indicaram, que o grupo experimental revelou após intervenção uma redução da ansiedade, com efeitos mais modestos na depressão, em comparação com o grupo de controlo, que apresentou um aumento nos sintomas. Esta investigação contribuiu para um maior conhecimento da saúde mental universitária e destacou o potencial do BFB como uma ferramenta eficaz no apoio à gestão de sintomas de ansiedade em estudantes.

Palavras-chave: *Ansiedade; Saúde mental; Biofeedback, Estudantes Universitários, Distress, Depressão.*

Abstract:

Anxiety and depression in higher education students have been on the rise, encouraging research into etiology, symptomatology and intervention strategies, with particular emphasis on the use of Biofeedback (BFB). This study aims to evaluate the effectiveness of an intervention program using BFB. The quasi-experimental study used Biofeedback 2000x-pert (Schuhfried), which has several modules that allow physiological parameters to be measured/recorded, processed, digitized and represented graphically (e.g. heart rate, galvanic skin pressure and temperature). The BFB program was applied to 18 students of both genders with anxiety symptoms and divided into two groups: an experimental group (EG) which took part in eight BFB sessions, and a control group (CG). The results indicated that the experimental group showed a reduction in anxiety after the intervention, with more modest effects on depression, compared to the control group, which showed an increase in symptoms. This research has contributed to a greater understanding of university mental health and highlighted the potential of BFB as an effective tool to support the management of anxiety symptoms in students.

Key-Words:Anxiety; Mental health; Biofeedback, University students, Distress, Depression.

1. Introdução

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento preocupante da incidência de perturbações mentais entre estudantes do ensino superior, destacando-se a ansiedade e a depressão como as mais prevalentes (Auerbach et al., 2018; Amaro et al., 2024; Da Silva Filho, 2023; da Silva Lantyer et al., 2016). Segundo o Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior (PPSMES, 2023), existem cerca de 430 mil estudantes, sendo a maioria entre os 18 e 25 anos, idades que os investigadores apontam como crítica para o aparecimento de doenças mentais (Arnett, 2000). Em simultâneo, este período, coincide com a transição para a universidade, representando uma fase crítica no desenvolvimento dos jovens. É caracterizada por desafios académicos, sociais e emocionais que podem comprometer o seu bem-estar psicológico (Almeida et al., 2007; Meleis, 2010).

Estudos realizados em Portugal evidenciam uma elevada percentagem de estudantes universitários que manifestam sintomas significativos de ansiedade e depressão. De

acordo com a investigação coordenada pela Universidade de Évora, em que participaram 3143 estudantes, 75.6% apresentaram sintomas de ansiedade, sendo que destes, 37.8% manifestaram sintomas moderados a graves. Além disso, 61.9% referiram sintomas depressivos, com 23.4% a apresentarem sintomas ligeiros e 38.5% moderados a graves. O bem-estar e a saúde mental dos estudantes são fatores determinantes para o seu sucesso académico e desenvolvimento pessoal (Gago et al., 2023). A transição do ensino secundário para o ensino superior, o percurso universitário e a inserção no mercado de trabalho, são períodos frequentemente acompanhados por elevados níveis de stresse e ansiedade (Chaló et al., 2017). O ambiente universitário, muitas vezes marcado por uma forte competitividade e pressões externas, contribui para o aumento da vulnerabilidade psicológica dos estudantes (Almeida, 2015). Entre os principais fatores de stresse encontram-se o período de avaliações, a necessidade de adaptação a novas dinâmicas sociais, preocupações financeiras e expectativas futuras. Estas dificuldades podem levar ao desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão, resultando, em alguns casos, no abandono escolar (dropout), insucesso no ensino superior e burnout (Pereira & Queirós, 2021).

De forma a responder a estes desafios, as instituições de ensino superior têm implementado diversas formas de apoio, desde modelos tradicionais de acompanhamento psicológico até abordagens inovadoras que promovem o bem-estar e a regulação emocional, como o apoio entre pares, incluindo *peer counselling, peer tutoring e peer mentoring* (Morais et al., 2012). Além disso, têm sido desenvolvidos modelos de intervenção psicopedagógica e psicoterapêutica para apoiar estudantes com dificuldades emocionais (Andrade et al., 2022). Em síntese, as instituições de ensino superior devem promover soluções, para apoiar os estudantes, oferecendo serviços adequados e apropriados aos contextos institucionais e às diversas problemáticas dos estudantes, nos quais sobressaem serviços que oferecem intervenções para lidar com o stresse na vida académica.

Neste sentido, o biofeedback (BFB), surge como uma ferramenta valiosa para lidar com a ansiedade e o stresse (Morais et al., 2018). Este dispositivo permite aos seus utilizadores, monitorizar e autorregular as suas funções fisiológicas, promovendo um maior controlo sobre os próprios estados emocionais. Através da medição de parâmetros como a frequência cardíaca, a atividade cerebral e a respiração, o BFB capacita os indivíduos de um maior controlo dos próprios processos fisiológicos e como aprender a modificá-los de forma positiva (Chaló et al., 2017). A eficácia do BFB tem sido

comprovada em diversos estudos, destacando-se a sua utilidade na redução dos sintomas de ansiedade e stresse (Chaló, 2017). Além disso, a crescente aceitação da tecnologia por parte dos estudantes sugere que esta pode ser uma ferramenta relevante no contexto universitário, complementando outras formas de apoio psicológico. Segundo Pratas et al. (2022), os estudantes universitários consideram útil e estão dispostos a aderir a um aplicativo móvel de suporte ao tratamento da ansiedade, o que demonstra o potencial da tecnologia para este tipo de intervenção. No entanto, apesar das evidências promissoras, ainda são necessárias mais investigações para compreender plenamente os benefícios do BFB como estratégia de intervenção na saúde mental dos estudantes do ensino superior (Borges et al., 2023).

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo principal avaliar o impacto de um programa breve de BFB, composto por oito sessões, na sintomatologia de ansiedade em estudantes do ensino superior. Ao explorar esta temática, o estudo procura contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção inovadoras e baseadas em evidência científica que possam ser integradas nos serviços de apoio psicológico das instituições de ensino superior, promovendo uma resposta mais eficaz e preventiva aos desafios da saúde mental no contexto académico.

2. Métodos

A investigação é de natureza quantitativa, e do tipo longitudinal uma vez que, os dados foram recolhidos ao longo de um período. É *quasi*-experimental, dado que, embora tenha havido grupos de intervenção e de controlo e manipulação de variável independente, a constituição dos grupos não foi aleatória, (Gray, 2009; Polit & Hungler, 2003).

2.1. Participantes

O presente estudo contou com a participação de 18 participantes, divididos em dois grupos, respetivamente um grupo de intervenção e um grupo de controlo, como o mesmo número de participantes cada.

Em relação ao grupo de intervenção (n = 9), a maioria dos participantes são do sexo feminino (55.5%), enquanto 44.4% são do sexo masculino. No que diz respeito às habilitações literárias, a maior parte possui doutoramento (66.7%), seguido de mestrado (22.2%) e licenciatura (11.1%). Quanto à residência, 44.4% (n = 4) indicaram ser residentes, enquanto 55.52% (n = 5) não são residentes. A análise dos anos de estudo revela que a maioria tem sete anos de estudo (33.3%) e cinco anos (22.2%). Em relação

às idades, os participantes têm entre 23 e 31 anos, com uma média de idade de 25.78 anos e desvio padrão de 2.39.

Já os participantes do grupo de controlo (n = 9), são 66.7%, do sexo feminino enquanto 33.3% são do sexo masculino. No que concerne às habilitações literárias a maior parte (44.4%) possui licenciatura. Em relação à residência nenhum dos participantes são residentes na localidade em que ingressaram. A análise dos anos de estudo evidencia que a maioria tem entre três (33.3%) e seis anos (33.3%), e 22.2% possuem sete anos de estudo. Nenhum dos participantes do grupo de controlo relatou ter participado em programas específicos. Quanto às idades, os participantes do grupo de controlo têm uma média de idade de 24 anos e desvio padrão de 3.40.

Os participantes dos grupos de intervenção e de controlo, apresentam uma média semelhante de idades, t (16) = 0.64, p = .349, anos de estudos t (16) = 1.512, p =.150, bem como uma distribuição idêntica por género, χ^2 (18. 1) = .234, p = .629, e em função do ciclo de estudos, U de Mann-Whitney = 24.00, p = .161. No entanto os dois grupos variam quanto à residência: a totalidade dos participantes do grupo de controlo vive na morada habitual durante o período de aulas, enquanto no grupo de intervenção somente 44.4%, χ^2 (18, 1) = 5.14, p = .023.

2.2. Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos para recolha de dados., um questionário sociodemográfico, o Generalized Anxiety Disorder (GAD7; Bártolo et al., 2017), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Monteiro et al., 2019; Kroenke et al., 2001) e por fim o Kessler Psychological Distress Scale (K10; Pereira et al., 2019; Kessler et al., 2002).

O questionário sociodemográfico serviu para medir variáveis como o género, idade, local de residência, ciclo e ano em que está inserido (Anexo A). Para além disso, procurou-se perceber se os participantes já tinham estado envolvidos em algum programa relativo à ansiedade e se sim, em qual.

O *Generalized Anxiety Disorder* - GAD7 (Bártolo et al., 2017) é uma escala composta por 7 itens que avaliam sintomas da Perturbação de Ansiedade Generalizada. Os itens do questionário abordam a frequência de sintomas como preocupação excessiva, inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e problemas de sono. Trata-se de uma medida de autorrelato em que os participantes avaliam os problemas relacionados à ansiedade nas duas semanas anteriores à aplicação

do questionário. Para a sua avaliação é utilizado, um modelo de resposta em escala *Likert* de 4 pontos, variando de 0 (de modo algum) a 3 (quase todos os dias). A pontuação total varia de 0 a 21, sendo que pontuações mais elevadas estão associadas a uma ansiedade generalizada mais grave, sendo que se distinguem os níveis de gravidade "nenhum/normal "(0 a 5 pontos), "ligeiro" (5 a 9 pontos), "moderado" (10 a 14 pontos) e "grave" (15 a 21 pontos). O GAD7 apresenta uma estrutura unidimensional e boa consistência interna (α = 0.88), (RL Spitzer, 2006), incluindo para adaptação portuguesa (α= 0,934; Bartolo et al., 2017).

Será também aplicado o *Patient Health Questionnaire-9* - PHQ-9 (Monteiro et al., 2019; Kroenke et al., 2001) que avalia a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão major, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022). Os participantes são instruídos a reportar os sintomas que experienciaram nas duas semanas anteriores à aplicação do questionário. É composto por nove item e cada pergunta refere-se a um dos seguintes sintomas de depressão: Humor deprimido; Anedonia; Dificuldades no sono; Cansaço ou falta de energia; Problemas de apetite ou peso; Sentimentos de culpa; Dificuldade de concentração; Agitação ou atraso psicomotor; Pensamentos de morte ou suicídio. Utiliza um modelo de resposta em escala *Likert* de 5 pontos, variando de 0 (nunca) a 53 (ocorre todos os dias). A pontuação total varia de 0 a 27, sendo que uma pontuação mais alta indica uma maior gravidade dos sintomas depressivos, mais propriamente "ausência de depressão" (0 a 4), "depressão leve" (5 a 9), "depressão moderada" (10 a 14), "depressão moderadamente grave" (15 a 19) e "depressão grave" (20 a 27). O questionário apresenta uma boa consistência interna de 0.88 (Monteiro et al., 2019).

O *Kessler Psychological Distress Scale* - K10 (Kessler et al., 2002; Pereira et al., 2019) é composta por uma escala que avalia 10 itens relativos a sintomas de depressão e ansiedade, percebidos nos últimos 30 dias. Utiliza um modelo de resposta em escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Este questionário apresenta uma pontuação total, sendo os níveis de gravidade classificados como "sofrimento leve" (10 a 15), (16 a 21) "sofrimento moderado", (22 a 29) "sofrimento elevado", e 30 a 50 pontos indicam "sofrimento muito elevado". O valor de alfa de *Cronbach* obtido na versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna de .91 (Pereira et al., 2019). No presente estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach*, uma estatística que avalia a consistência interna de uma escala, tendo-se obtido o seguinte valore de consistência interna: K10 (α = 0.930).

Para além disso, foi aplicado um programa de intervenção somente ao grupo de intervenção. Para tal efeito foi utilizado um instrumento de avaliação psicofisiológica, o modelo Biofeedback 2000xpert, aparelho portátil, da empresa Schuhfried, que pertence ao Laboratório de Psicologia da Universidade de Évora, cuja explicação procedimental será de seguida apresentada.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Programa de Biofeedback

Para o programa de intervenção, foi utilizou o aparelho de BFB, cujo modelo biofeedback 2000x-pert tem módulos que possibilitam medir/registar, digitalizar, processar e representar os parâmetros fisiológicos graficamente (e.g., frequência cardíaca). Os sinais são recolhidos à superfície da pele através de sensores não intrusivos; por sua vez, estes são filtrados, digitalizados, amplificados e transferidos para o computador através da ligação sem fios *Bluetooth*. Os dados são posteriormente processados pelo software do *biofeedback* 2000x-pert sendo expostos no ecrã. Desta forma, o utilizador consegue um *feedback* imediato acerca dos próprios dados fisiológicos e biológicos no decorrer da sessão. Os participantes do grupo de intervenção recebiam instruções específicas para a utilização do aparelho de BFB nas sessões. Era-lhes solicitado que respirassem lentamente e que tivessem pensamentos e emoções positivas. Para auxiliar a tarefa, era apresentado uma imagem, cuja área variava de acordo com os processos fisiológicos e cardiovasculares. Dada a sensibilidade do equipamento, era pedido aos participantes que colocassem a mão o mais confortável possível e que tentassem movê-la o mínimo possível. Nas primeiras sessões, contou-se com a presença e colaboração do doutorando José Fialho, cujo trabalho empírico da sua tese de doutoramento envolveu o uso do BFB na gestão da ansiedade em estudantes de doutoramento, pelo que colaborou connosco na recolha de dados e no esclarecimento de eventuais dúvidas.

2.3.2. Recolha de dados

Todos os instrumentos de recolha de dados sobre sintomas foram preenchidos pelos participantes antes e imediatamente depois da intervenção. A intervenção decorreu ao longo de 8 semanas, com uma sessão semanal de 15 minutos, num gabinete apropriado, sem intervenção de fatores externos, como ruídos e interrupções. As sessões (n = 8) com o grupo de BFB tiveram início com a identificação dos participantes no programa. Desta

forma, cada participante foi instruído a criar um código alfa numérico, utilizando as iniciais dos dois primeiros nomes seguidos do dia de nascimento. Este código foi a única forma de identificação utilizada no estudo e que possibilitou emparelhar os resultados de cada participante nos momentos pré e pós-intervenção. Os sensores destinados à monitorização dos parâmetros térmicos e cardiovasculares eram aplicados de acordo com as instruções definidas. O temporizador era programado para 15 minutos, e no início da sessão o participante era instruído a relaxar e compreender os processos fisiológicos cardiovasculares e térmicos, conforme dispostos no ecrã. Na última sessão foi pedido aos participantes que preenchessem o mesmo conjunto de questionários para avaliação dos sintomas após a intervenção. O grupo de controlo não realizou qualquer sessão do programa de BFB, tendo apenas realizado as avaliações pré e pós intervenção.

2.3.3. Procedimentos éticos

A participação na intervenção de biofeedback e no grupo de controlo foi igualmente voluntária. Antes do início da intervenção, o Termo de Consentimento Informado (TCI; Anexo C) foi lido pelos participantes, informando-os sobre seus direitos e assinado pelos mesmos. Com o intuito de proteger a privacidade e a confidencialidade dos participantes, foi mantido o anonimato de todos os dados recolhidos. Cada participante foi identificado exclusivamente pelo código alfanumérico gerado pelo próprio participante acima mencionado, garantindo que nenhuma informação pessoal fosse associada aos dados obtidos durante as sessões de BFB. A recolha de dados, o armazenamento e a análise dos dados seguiram rigorosamente as diretrizes da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa científica, conforme informado no termo de consentimento informado, e foram analisados de forma agregada com os dados dos outros participantes, sem qualquer possibilidade de identificação individual. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (processo GD/49531/2023).

2.3.4. Análise estatística

A normalidade da distribuição das variáveis de sintomas, idade e anos de estudos nos grupos de intervenção e de controlo, nos momentos pré e pós-intervenção foi testada, sendo que o teste de Shapiro-Wilk confirmou a normalidade da distribuição dos dados. A homogeneidade das variâncias das medidas de sintomas pré e pós intervenção de cada

grupo foi testada através do teste de Levene. A comparabilidade dos grupos de intervenção e controlo antes da intervenção foi analisada com os testes t para amostras independentes (relativamente à idade e anos de estudos), qui quadrado (quanto ao género e residência) e teste Mann- Whitney (ciclo de estudos). Para comparar as pontuações dos participantes nas medidas de sintomas de ansiedade, depressão e distress antes e depois da intervenção, foram realizados teste *t* para amostras emparelhadas, possibilitando a análise da evolução dos participantes ao longo do tempo. Foram também conduzidos testes *t* para amostras independentes, permitindo a comparação entre os grupos de intervenção e controlo nos momentos antes e após a intervenção. As diferenças de médias e as associações entre variáveis foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < .05$, e marginalmente significativas quando $.05 \leq p < .10$. Foi também calculado o d de Cohen, uma estatística que mede o tamanho do efeito, permitindo quantificar a magnitude da diferença entre grupos de forma padronizada (Cohen, 1992). Para a interpretação dos valores, seguiu-se a classificação proposta por Cohen (1992), onde $d = 0.20$ representa um efeito pequeno, $d = 0.50$ um efeito médio e $d = 0.80$ um efeito grande.

3. Resultados

Na Tabela 1, são apresentadas as médias (M) e desvios padrão (DP) das variáveis de ansiedade (GAD-7), depressão (PHQ-9) e *distress* (K10) para os grupos de intervenção e controlo nos momentos pré e pós-intervenção. A Figura 1 apresenta as respetivas evoluções da sintomatologia, nos dois grupos (intervenção e controlo) momentos de pré e pós-intervenção. O teste *t* para amostras independentes sugeriu que, na avaliação pré, os grupos de intervenção e controlo apresentaram níveis idênticos de ansiedade, $t\ (16) = 0.937$, $p = .363$, $d = 0.441$; depressão, $t\ (16) = -0.161$, $p = .874$, $d = -0.076$; e distress, $t\ (16) = -0.696$, $p = .497$, $d = -0.328$. Mas, comparando os grupos de intervenção e controlo no momento pós, o grupo de controlo evidenciou níveis mais elevados de ansiedade, $t\ (16) = -2.587$, $p = .020$, $d = -1.220$; depressão, $t\ (16) = -4.194$, $p = .001$, $d = -1.977$; e distress, $t\ (16) = -3.988$, $p = .001$, $d = -1.880$.

Comparando os momentos pré e pós-intervenção, o teste *t* para amostras emparelhadas revelou que o grupo de intervenção apresentou uma redução nos níveis de ansiedade, $t\ (8) = 2.37$, $p = .045$, $d = 0.384$. Apresentou também níveis marginalmente mais baixos de depressão no momento pós-intervenção, $t\ (8) = 2.16$, $p = .063$, $d = 0.153$. No entanto, não se verificaram alterações significativas no nível de distress, $t\ (8) = 1.41$, $p = .196$, $d =$

0.142. Por outro lado, o grupo de controlo apresentou um aumento na depressão, t (8) = -4.27, p = .003, d = 0.153, bem como aumentos marginalmente significativos na ansiedade, t (8) = -2.89, p = .052, d = 0.384, e na medida de *distress*, t (8) = -2.18, p = .061, d = 0.142.

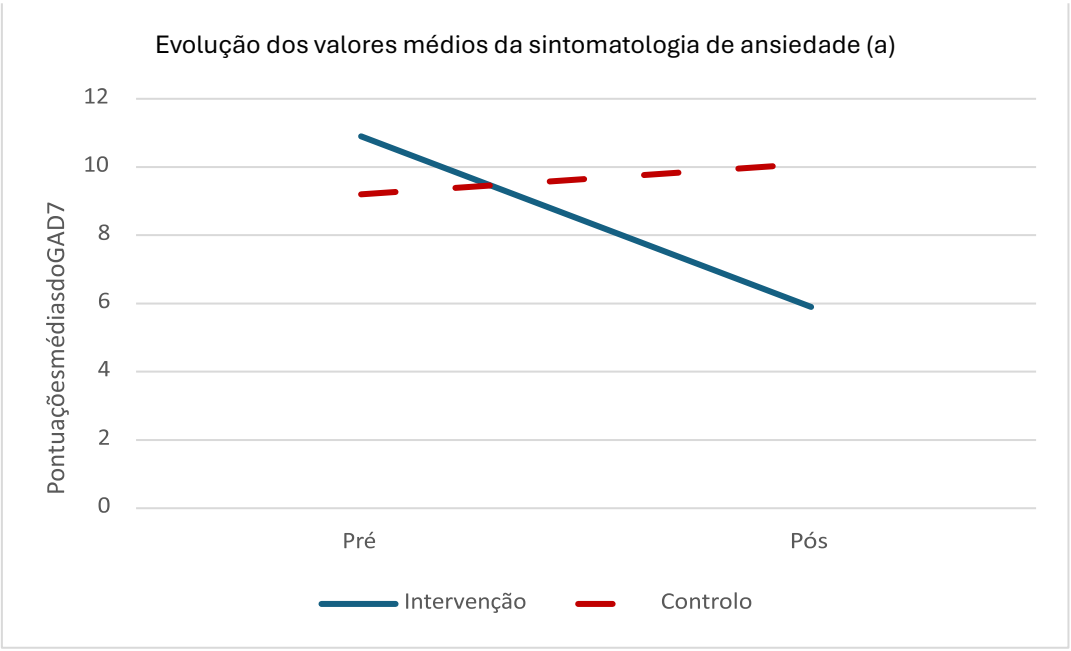
Tabela 1 - *Médias e desvios padrões, do grupo de intervenção e controlo, no pré teste e pós teste*

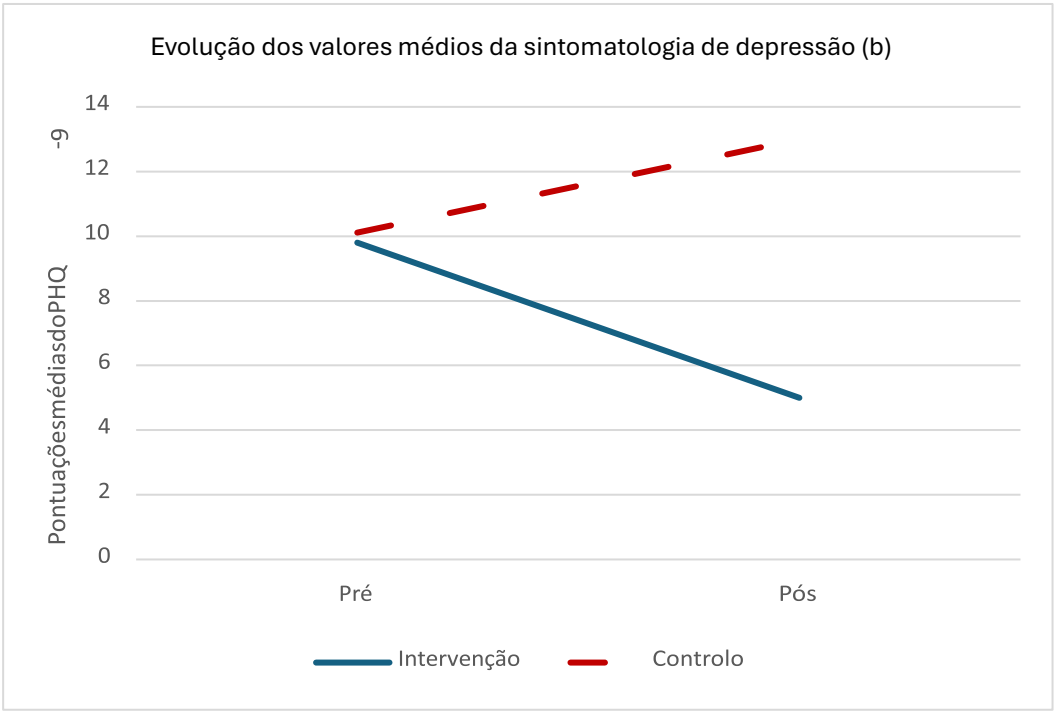
		Pré		Pós	
	GRUPO	M	DP	M	DP
GAD-7	Intervenção	10 .9	4.51	5.9	4.05
	Controlo	9.2	2.87	10.1	2.76
K10	Intervenção	23.5	7.80	17.7	6.27
	Controlo	26.11	7.79	29.11	5.90
PHQ-9	Intervenção	9.8	4.85	5	3.20
	Controlo	10.11	3.92	13	4.74

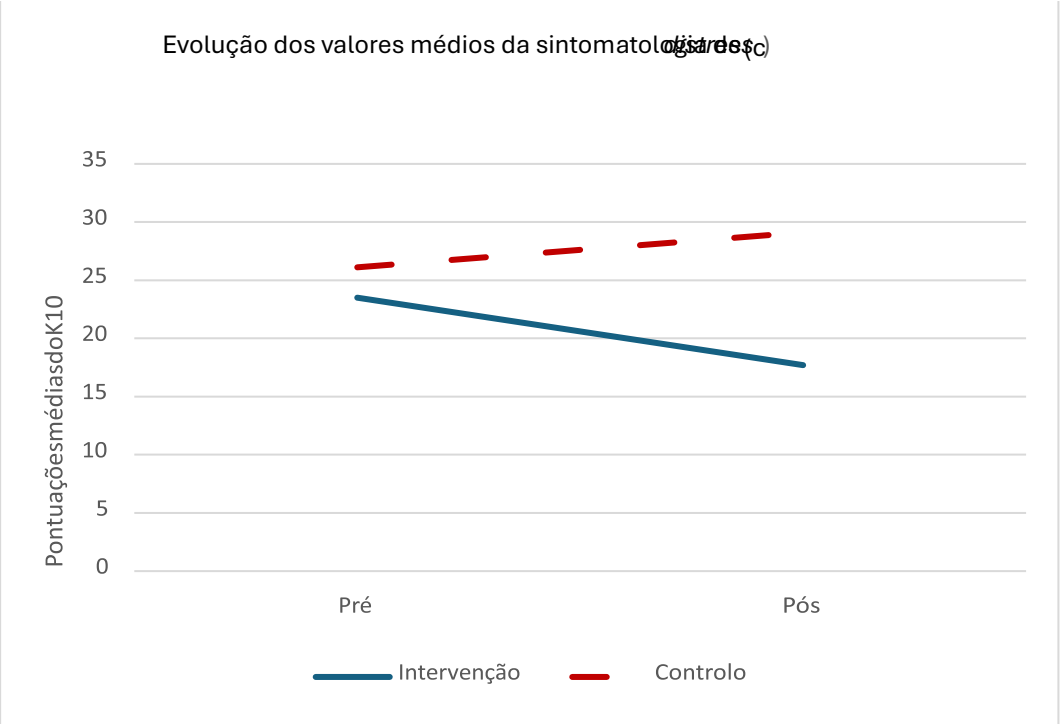
Nota. GAD7 - Generalized Anxiety Disorder; PHQ9 - Patient Health Questionnaire; K-10 - Kessler Psychological Distress Scale.

Figura 1

Evolução dos valores médios da sintomatologia de ansiedade (a), depressão (b) e distress (c) nos grupos de intervenção e controlo


Evolução dos valores médios da sintomatologia de ansiedade (a)
PontuaçõesmédiasdoGAD7
12
10
8
6
4
2
0
Pré
Pós
Intervenção
Controlo


Evolução dos valores médios da sintomatologia de depressão (b)
PontuaçõesmédiasdoPHQ-9
14
12
10
8
6
4
2
0
Pré
Pós
Intervenção
Controlo



Nota: GAD7 - Generalized Anxiety Disorder; PHQ9 - Patient Health Questionnaire; K-10 - Kessler Psychological Distress Scale.

4. Discussão

O presente estudo investigou a eficácia de um programa de BFB em estudantes universitários, na redução da ansiedade, depressão e *distress*. Os resultados indicam que a intervenção com o aparelho de BFB teve efeitos positivos na saúde mental, particularmente na redução da ansiedade e marginalmente significativo no decréscimo dos níveis de depressão. Em contrapartida, os participantes do grupo de controlo apresentaram um aumento significativo na depressão, bem como um aumento marginalmente significativo na ansiedade e no *distress*. Estes resultados tornam-se ainda mais relevantes quando se atende aos níveis de ansiedade, depressão e distress dos dois grupos (controlo e intervenção), semelhantes antes da intervenção, mas que se apresentam relativamente mais baixos no grupo de intervenção do que no de controlo, no momento pós intervenção. Os resultados sugerem que o BFB pode ter desempenhado um papel protetor no grupo de intervenção, o que está alinhado com a literatura existente que demonstra resultados promissores sobre a eficácia do BFB na gestão da ansiedade e de outros indicadores de saúde mental (Fialho & Pereira, 2023). Diversos estudos realizados com estudantes do ensino superior (Chaló et al., 2016, 2017; Costa, 2016;

Henriques et al., 2011;) relatam uma redução da ansiedade em contexto universitário, estando alinhado com outros estudos internacionais (Lee et al., 2015; Prima et al., 2012; Ratanasiripong et al., 2010, 2012). Recentemente, Rosenberg et al. (2021), observaram uma redução significativa nos sintomas de ansiedade de exames entre os participantes que receberam a intervenção com BFB, acompanhada por uma diminuição nos sintomas de depressão e um aumento do bem-estar psicológico. Também no estudo internacional de Ponzo et al. (2020), a intervenção digital de BFB, teve impacto na diminuição da ansiedade autorrelatada e no aumento do bem-estar percebido em estudantes universitários, sugerindo que intervenções digitais para a saúde mental poderiam constituir uma abordagem inovadora para tratar o stresse e a ansiedade em estudantes. No entanto, algumas pesquisas indicam limitações na eficácia do BFB. O estudo de Son et al. (2023), por exemplo, não encontrou diferenças significativas nas pontuações de ansiedade e depressão ao longo do semestre em participantes que utilizaram tecnologia móvel de BFB associada ao *coaching* de saúde.

Importa também destacar que, no presente estudo, os resultados do grupo de controlo, apresentaram um aumento na ansiedade depressão e *distress*, indicando que os participantes que não receberam a intervenção de BFB pioraram os sintomas durante o período da intervenção. Tal resultado pode ser explicado em parte, pelo momento em que os dados foram recolhidos. O período de recolha, tanto antes como depois da intervenção, coincidiu com o último semestre do ano letivo, sendo que a recolha de dados após a intervenção ocorreu no final do semestre. Este é um período particularmente exigente para os estudantes, pois a fase de avaliações intensifica e a pressão académica aumenta com os prazos para trabalhos, exames, recursos e a necessidade de obter bons resultados. Além disso, a acumulação de responsabilidades ao longo do semestre pode levar a um maior desgaste emocional e físico. Por outro lado, durante este tempo, os estudantes continuaram expostos a outros fatores de stresse sem qualquer suporte adicional, ao contrário do grupo de intervenção, que participou na prática regular de BFB.

Para além disso, há que considerar as variáveis do estudo. Na análise dos grupos de intervenção e controlo, verifica-se que o género feminino é ligeiramente predominante, embora não de modo estatisticamente significativo. A maior representatividade feminina pode ter contribuído para os níveis observados de sintomatologia no grupo de controlo. Uma diferença relevante entre os grupos prende-se com a questão da residência. Enquanto no grupo de controlo todos os participantes são residentes, no grupo de intervenção apenas quatro participantes residem na localidade onde estão a estudar, o que pode

reforçar a importância do programa. De acordo com a literatura sobre os sintomas de depressão e ansiedade em alunos deslocados, os estudantes que não residem na localidade da universidade tendem a apresentar uma sintomatologia mais grave do que aqueles que são residentes no local (Amaro et al., 2024). No grupo de controlo, onde todos os participantes são residentes, esperava-se que essa condição tivesse um efeito protetor na sintomatologia. No entanto, observa-se o contrário, o que pode ser explicado pela ausência de intervenção. Por outro lado, cinco dos participantes do grupo de intervenção não residiam na sua morada habitual e mostraram uma evolução significativa na redução dos sintomas. Contudo, o facto do grupo de intervenção e o grupo de controlo apresentarem semelhanças em termos de idade, número de anos de estudo e ciclo académico sugere que as diferenças encontradas nos níveis de ansiedade, depressão e *distress* no momento pós-intervenção não podem ser atribuídas a tais variáveis. Isto é, se ambos os grupos partiram de condições sociodemográficas equivalentes, mas no pós-intervenção o grupo de controlo apresentou um aumento significativo dos sintomas psicológicos, enquanto o grupo de intervenção demonstrou uma redução, é plausível considerar que a intervenção teve um papel determinante na redução sintomatológica.

4.1. Implicações práticas e teóricas

Os resultados deste estudo sublinham a importância de intervenções baseadas em evidência científica, como o *biofeedback* (BFB), na promoção da saúde mental em contextos universitários. A introdução do BFB no ensino superior alinha-se com os princípios orientadores da Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES-AP), que defende uma abordagem preventiva no âmbito da saúde mental. Neste sentido, a criação de uma Unidade Curricular centrada no bem-estar pessoal poderá constituir uma estratégia pedagógica pertinente, ao capacitar os estudantes com competências de autorregulação emocional e gestão do stresse. Adicionalmente, importa que as instituições de ensino superior desenvolvam respostas estruturadas, sustentadas na identificação das problemáticas psicossociais mais prevalentes entre os seus estudantes, nomeadamente a ansiedade, o distress psicológico e a sintomatologia depressiva. Embora o apoio psicológico em situações de crise seja essencial, sublinha-se a necessidade de reforçar o investimento em estratégias de prevenção primária, com vista à promoção do bem-estar psicológico e à mitigação do risco de desenvolvimento de quadros clínicos mais severos.

4.2. Limitações e estudos futuros

É importante frisar que este estudo foi preliminar e de caráter exploratório, com algumas limitações inerentes a essa situação. O uso do BFB no contexto universitário é uma área de investigação recente, com produção científica nesta área limitada e, por isso, ainda não existem muitos estudos consolidados que permitam uma comparação robusta dos resultados deste estudo com outras investigações, seja a nível nacional, seja internacional. Uma outra limitação diz respeito à recolha de dados do BFB, uma vez que o participante realizou as tarefas de forma autónoma, sem acompanhamento direto durante o processo. Embora confiemos na fidelidade dos participantes, a ausência de supervisão direta levanta questões sobre a influência que a autonomia do sujeito pode ter tido nos resultados. A falta de acompanhamento a longo prazo, com sessões de *follow-up*, pode também comprometer os efeitos da intervenção, uma vez que, o impacto do BFB sobre a saúde mental pode não ser imediato, e os efeitos podem variar com o tempo. Por ser necessário um equipamento específico disponível para este estudo num número limitado de exemplares, o número de participantes estava à partida limitado. Para além disso, a necessidade de realizar sessões semanais de BFB, exigiu um esforço considerável de organização e a disponibilidade dos participantes para estarem presentes em todas as sessões. Adicionalmente, a amostra do estudo foi relativamente pequena e não representativa, o que implica limitações na generalização dos resultados para a população de estudantes universitários em geral. Finalmente, os resultados basearam-se exclusivamente nas autoavaliações de sintomatologia dos participantes (antes e após intervenção do programa) que, embora sejam válidas e amplamente utilizadas na pesquisa psicológica, podem ser limitadas por fatores subjetivos.

À luz dos resultados obtidos, torna-se fundamental que estudos futuros aprofundem a compreensão sobre o impacto do BFB, explorando a interação entre esta técnica e os fatores individuais que podem influenciar a eficácia da intervenção. A inclusão de métodos mais objetivos de avaliação, como a análise de variáveis fisiológicas (ex., variáveis cardíacas e respiratórias), poderia fortalecer a validade dos resultados, permitindo uma visão mais abrangente sobre os efeitos da intervenção. Outro campo promissor para investigações futuras é a combinação do BFB com outras abordagens terapêuticas, como a terapia cognitiva comportamental (TCC) ou práticas de *mindfulness*, visto que essas combinações podem potencializar os efeitos benéficos para a gestão de

ansiedade e stresse. Por fim, sugere-se também a aplicação do BFB em professores ou em funcionários do ensino superior e noutros contextos nomeadamente em bombeiros, enfermeiros entre outros.

7. Referências Bibliográficas

Almeida, L. S. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación, 14(2), 203-215.

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Do Arco, H. R., Valente Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and anxiety of Portuguese university students: A cross-sectional study about prevalence and associated factors. Depression and Anxiety, 2024(1), 5528350. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

Andrade, G., Cunha, O., Ferreira, C., Pereira, A. (2022). Impacto do confinamento nos Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior durante a Pandemia da Covid-19. Lisboa: RESAPES. Disponível em: http://resapes.pt/dossiers/

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. Journal of abnormal psychology, 127(7), 623.

Bártolo, A., Monteiro, S., & Pereira, A. (2017). Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. Cadernos de Saúde Pública, 33(9). doi:10.1590/0102-311x00212716

Borges, N. Araújo. M. Marinho,H, Barros, S. Pereira, A (2023) Biofeedback from the inside: impressões e percepções sobre os processos de simulação durante o treinamento para controle da ansiedade na performance musical. OPUS, Revista Electrônica da ANPPOM https://doi.org/10.20504/opus2023.29.02

Chaló, P., Batista, P., & Pereira, A. (2017). Biofeedback training on university student's anxiety management: A systematic review. Biomedical Research and Clinical Practice, 2(1). https://doi.org/10.15761/brcp.1000129

Chaló, P., Pereira, A., Sancho, L., & Mateus, H. (2016). Biofeedback and anxiety in higher education: Comparison of two brief intervention programs. Psicologia, Saúde & Doenças, 17(1), 60–66. https://doi.org/10.15309/16psd170109

Costa, A. R., Mendes, C., Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J., & Costa, S. (2018). Avaliação da ansiedade-estado em estudantes universitários de psicologia. Revista Eletrónica de Educação e Psicologia, 9, 49-61.

a Silva Lantyer, A., Varanda, C. C., de Souza, F. G., da Costa Padovani, R., & de Barros Viana, M. (2016). Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 18(2), 4-19.

Fialho, J. M., & Pereira, A. (2023). Anxiety and Biofeedback in Higher Education: A Systematic Review. International Journal of Psychology and Neuroscience, 9(3), 138-153. Doi: https://doi.org/10.56769/ijpn09312

Gago, J., Andrade, M., Martins. M., Cunha, O., Soares, S., Santos, T., Macedo, M., Nora, R., Pereira, J., & Martinho, S. (2023). Programa para a Promoção de Saúde Mental no Ensino Superior. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf

Gray, D. (2009). Doing research in the real world. London, UK: Sage Publications Ltd.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 62(6), 593-602.https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Meleis, A. (2010). Transition Theory- Middle Range and Situation Specific in nursing research and practice. Springer.

Monteiro, S., Bártolo, A., Torres, A., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2019). Examining the construct validity of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire-9 among college students. Psicologia, 33(2), 1-8. https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i2.1421

Morais, A., & Pereira, A. (2012). Automedicação em Contexto Académico. In J. L. Pais-Ribeiro, L. Leal, A. M. Pereira & S. Monteiro (Org.), Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas (1ª ed., pp. 201-208). Lisboa, Portugal: Placebo, Editora LDA.

Morais, H., Correia, M., Vicente, S., & Lopes R. (2018) Eficácia do Biofeedback na redução da ansiedade- sua potencialidade como intervenção do especialista em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 22, 9.

Pereira, A. & Queirós, C. (2021). O Stress e as Suas Consequências na Saúde e no Bem-estar. In I. Leal & Pais Ribeiro, J., Manual de Psicologia da Saúde (pp. 137-146). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress (K10) among Portuguese adults. Ciência e Saúde Coletiva, 24(3), 729-736. https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017

Polit, D., & Hungler, B. (2003). Nursing Research: principles and methods (7 ed.): Lippincott Williams and Wilkins.

Ponzo, S., Morelli, D., Kawadler, J. M., Hemmings, N. R., Bird, G., & Plans, D. (2020). Efficacy of the digital therapeutic mobile app biobase to reduce stress and improve mental well-being among university students: Randomized controlled trial. JMIR MHealth and UHealth, 8(4). https://doi.org/10.2196/17767

Pratas, C. O., Pereira, A., Vagos, P., Marques, M. (2022). A Social Anxiety Mobile-Based CBT Intervention for College Students and Therapists: Theoretical Framework, SSRN Electronic Journal. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4050287

Prima, V., Nubli, M., Wahab, A., Ahmad, O., & Mohd Ghani, A. (2012). Psychophysiological treatment in reducing anxiety with biofeedback training for university students. International Journal of Technology Management, 1(1), 71–76.

Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N., & Duangrat, K. (2012). Biofeedback intervention for stress and anxiety among nursing students: A randomized control trial. ISRN Nursing, 2012, Article 827972. https://doi.org/10.5402/2012/827972

Ratanasiripong, P., Sverduk, K., Hayashino, D., & Prince, J. (2010). Setting up the next-generation biofeedback program for stress and anxiety management for college students: A simple and cost-effective approach. College Student Journal, 44(1), 97–100.

Rosenberg, A., & Hamiel, D. (2021). Reducing Test Anxiety and Related Symptoms Using a Biofeedback Respiratory Practice Device: A Randomized Control Trial. Applied Psychophysiology Biofeedback, 46(1), 69–82. https://doi.org/10.1007/s10484-020 09494-9

Son, C., Hegde, S., Markert, C., Zahed, K., & Sasangohar, F. (2023). Use of a Mobile Biofeedback Application to Provide Health Coaching for Stress Self-Management: Findings from a Pilot Quasi-Experiment (Preprint). JMIR Formative Research. https://doi.org/10.2196/41018

Capítulo 18

Suporte de Pares em Saúde Mental no Ensino Superior: perfil dos estudantes voluntários

Daniel Marrinhas[1], Anabela Pereira[1], Lara Guedes de Pinho[1], Ana Catarina Salvado[2], Maria João Carapeto[1], Ana Morais[1], & João Nabais[1]

[1] Universidade de Évora, Portugal

[2] Universidade de Aveiro, Portugal

Autor Correspondente: Daniel Marrinhas. **E-mail:** daniel.marrinhas@uevora.pt

Resumo: A pandemia de COVID-19 agravou a saúde mental dos estudantes do Ensino Superior, motivando a criação de respostas para fazer face às dificuldades. A maioria dos estudantes considera recorrer aos seus pares para lidar com as suas dificuldades, reforçando a necessidade de se criarem redes de suporte capacitadas. O objetivo deste estudo é caraterizar os participantes de um programa de capacitação de pares em saúde mental desenvolvido para estudantes do ensino superior. MÉTODO. Foi usado um design descritivo e transversal. A amostra incluiu 39 estudantes da Universidade de Évora. Foi administrado um protocolo de caraterização dos participantes que abrange variáveis demográficas, académicas e de saúde mental e literacia. Os dados foram recolhidos através da plataforma *LimeSurvey*. RESULTADOS. A maioria dos estudantes eram do sexo feminino (89,7%), com idades compreendidas entre 18 e 24 anos (87,2%) e naturalidade portuguesa (76,9%). Academicamente, a maioria está inscrita em cursos pertencentes às Ciências Sociais e do Comportamento (66,7%) e em licenciatura (71,8%). Relativamente à saúde mental, 43,6% já foi diagnosticado com doença mental. Os diagnósticos mais comuns foram ansiedade e/ou depressão (33,3%). DISCUSSÃO. Os resultados permitem traçar um perfil dos estudantes que frequentaram o Programa, e

sendo discutidas hipóteses explicativas sobre as motivações para a frequência do Programa. São apresentadas implicações para estudos futuros.

Palavras-chave: Ensino Superior; Suporte de Pares; Saúde Mental; Estudantes.

Abstract: The COVID-19 pandemic deteriorated the mental health of higher education students, prompting the creation of responses to deal with such difficulties. Most students consider turning to their peers to deal with their difficulties, reinforcing the need to create trained support networks. The aim of this study was to characterize the participants in a mental health peer empowerment program developed for higher education students. METHOD. A descriptive, cross-sectional design was used. The sample included 39 students from University of Évora. A protocol covering demographic, academic and mental health and literacy variables was administered to characterize the participants. Data was collected using the LimeSurvey platform. RESULTS. Most of the students were female (89.7%), aged between 18 and 24 (87.2%) and of Portuguese origin (76.9%). Academically, the majority were enrolled in Social and Behavioural Science courses (66.7%) and in a bachelor's degree (71.8%). With regard to mental health, 43.6 per cent had already been diagnosed with a mental illness. The most common diagnoses were anxiety and/or depression (33.3%). DISCUSSION. The results provide a profile of the students who attended the Program, and explanatory hypotheses about the motivations for attending the Program are discussed. Implications for future studies are presented.

Key-Words: Higher Education; Peer Support; Mental Health; College Students.

Introdução

A saúde mental dos estudantes do Ensino Superior tem sido alvo de preocupação reforçada desde a pandemia de COVID-19. Esta preocupação, assumida por decisores de políticas públicas (e.g., Despacho nº 5506/2023), é suportada pela literatura científica publicada nos últimos anos, que descreve o impacto da pandemia durante e após a sua vigência (e.g., Araújo et al., 2022; Bersia et al., 2024; Lobo & Rieth, 2021).

Particularmente no contexto pós-pandémico, a literatura evidencia um agravamento da saúde mental dos estudantes portugueses face ao período pré-pandémico, verificando-se uma prevalência mais elevada de stress, sintomas de ansiedade e depressão, estudantes

com risco elevado de suicídio, e quadros psicopatológicos diagnosticados (Amaro et al., 2024; Barros & Sacau-Fontenla, 2022; Bersia et al., 2024; Martins et al., 2024).

Relativamente à implementação de políticas públicas, a Direção Geral do Ensino Superior (DGES) lançou, em 2023, o Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior (PPSMES), destinado a financiar projetos na área da saúde mental e do bem-estar que permitissem dar resposta às crescentes necessidades das comunidades académicas portuguesas (Gago et al., 2023). O Programa preconiza a implementação/reforço dos serviços de saúde mental e bem-estar das Instituições de Ensino Superior (IES) seguindo uma abordagem baseada no modelo *Stepped Care*, isto é, adotando uma estratégia escalonada que permita dar respostas ajustadas ao nível de intensidade das necessidades dos estudantes, contribuindo para o uso mais eficaz dos recursos disponíveis. O modelo apresentado pelo PPSMES está estruturado em cinco níveis de intervenção: (1) Promoção da Saúde, prevenção e sinalização; (2) Reações de ajustamento e adaptação; (3) Perturbações mentais comuns; (4) Identificação e intervenção em situações de risco; e (5) Perturbações mentais de gravidade e/ou risco elevados (Gago et al., 2023).

No que se refere ao nível 2, estão englobadas respostas a situações com menor nível de intensidade, assumindo um tipo de intervenção de âmbito remediativo (i.e., respondendo a dificuldades já existentes) e preventivo (i.e., evitando a evolução/agravamento para quadros psicológicos de maior gravidade). A intervenção neste tipo de casos assume, portanto, um papel preponderante na manutenção da saúde mental e do bem-estar da comunidade académica, pelo que importa refletir sobre as respostas mais adequadas para as necessidades dos estudantes.

Neste sentido, um estudo de Pinho et al. (2025) avaliou as preferências dos estudantes quanto aos recursos de apoio psicológico, verificando que a maioria dos inquiridos manifestou uma maior probabilidade de recorrer a "falar com amigos" para lidar com situações de sofrimento psicológico. Esta preferência pela procura de apoio junto dos pares sugere a necessidade de estruturar e capacitar redes de suporte de pares nas comunidades académicas, constituindo assim uma oportunidade de intervenção para fazer face às necessidades existentes. Apesar desta forma de apoio ser uma estratégia comum e intuitiva, a ausência de formação adequada pode limitar a eficácia dessas interações (Yoshida et al., 2024), pelo que o desenvolvimento e implementação de programas de capacitação constitui um elemento-chave na implementação desta forma de intervenção.

De acordo com uma revisão sistemática de Pointon-Haas et al. (2024), este tipo de Programas tem vindo a ser implementado no ensino superior em vários países (viz., Reino Unido, Estados Unidos da América, Turquia, Austrália, Canadá, Nova Zelândia), apresentando resultados significativos na redução de indicadores de solidão, stress, ansiedade e depressão, e na promoção do bem-estar. Um estudo de Fortuna et al. (2022) acrescenta que os estudantes que recebem suporte poderão vir a beneficiar de um aumento dos níveis de autoestima, autoeficácia, sentido de controlo, empoderamento ("*empowerment*"), esperança, sentido de pertença e suporte social, e de uma melhoria do funcionamento social e da qualidade e satisfação com a vida.

Para além do potencial na promoção da saúde mental dos estudantes, este tipo de intervenção permite ainda reservar o recurso aos serviços de saúde mental e bem-estar das IES para casos de maior gravidade, permitindo que estes forneçam uma resposta mais célere (Gago et al., 2023). No entanto, apesar de existirem alguns programas validados para a população portuguesa (e.g., Formação de Pares-Suporte "C2C"), que seja do nosso conhecimento, não existem programas de capacitação em suporte de pares especificamente desenvolvidos ou validados para estudantes do ensino superior em Portugal. Por este motivo, o desenvolvimento de um Programa de Capacitação de Pares em Saúde Mental (PCPSM) específico para estudantes do ensino superior português reveste-se da maior importância e necessidade.

Este artigo insere-se nas atividades desenvolvidas pelo Projeto Vagar(Mente) – um projeto de promoção da saúde mental no ensino superior da Universidade de Évora financiado pela Direção Geral do Ensino Superior. No que se refere especificamente ao suporte de pares, o nosso objetivo principal é desenvolver e validar um PCPSM para estudantes do ensino superior. Para tal, implementámos um programa-piloto breve, constituído por oito sessões síncronas e duas assíncronas, baseado nos princípios da promoção da literacia em saúde mental e do desenvolvimento de competências interpessoais de suporte de pares. O objetivo específico deste estudo é caraterizar os participantes desse programa-piloto.

Métodos

Participantes

A amostra recolhida foi constituída por 39 estudantes inscritos na Universidade de Évora, recrutados a partir do grupo de participantes de um PCPSM implementado na mesma instituição. O programa foi divulgado na Universidade através de *mailling lists* institucionais, redes sociais de núcleos e associações de estudantes da instituição, divulgação presencial efetuada pelos docentes, afixação de cartazes nas estruturas da Universidade e distribuição de marcadores de livros promocionais. Neste sentido, foi usada a metodologia de amostragem por conveniência.

Instrumentos

Foi aplicado um protocolo de avaliação constituído por várias questões de caraterização sociodemográfica (e.g., idade, sexo, nacionalidade), académica (e.g., área e ano de curso, ciclo de estudos, desempenho académico percebido) e de saúde mental (e.g., diagnóstico prévio de doença mental, recursos de apoio, razões para não procurar ajuda).

Procedimentos

Conforme mencionado previamente, este estudo enquadra-se num conjunto de estudos cujo objetivo é desenvolver e validar um Desenvolvimento e implementação de um PCPSM. Neste sentido, procedeu-se à revisão da literatura existente e ao desenvolvimento de um programa-piloto, o qual foi aplicado a estudantes inscritos na Universidade de Évora. No que se refere especificamente ao objetivo deste estudo, foi aplicado um consentimento informado aos participantes, os quais, mediante aceitação dos termos descritos, procederam ao preenchimento de um protocolo de avaliação composto por instrumentos de autorresposta. O protocolo foi administrado recorrendo à plataforma de questionários *LimeSurvey*. Os resultados obtidos foram analisados estatisticamente em bloco e interpretados, questão a questão, garantindo o anonimato dos participantes e o respeito pelos princípios descritos na Declaração de Helsínquia.

Análise de dados

A análise dos dados obtidos foi feita com recurso aos softwares *Microsoft Excel* e *IBM SPSS Statistics* versão 30. Foram usados procedimentos estatísticos de natureza descritiva (e.g., média, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas).

Resultados

3.1 Caraterização sociodemográfica

Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos, fixando-se a média nos 23,5 (±7,8) anos. No que se refere ao género, a amostra incluiu 35 (89,7%) indivíduos do género feminino e quatro (9,3%) do género masculino. Relativamente à nacionalidade, a maioria (n = 30; 76,9%) eram portugueses e os restantes participantes possuíam nacionalidade cabo-verdiana (n = 4; 10,2%), equatoriana (n = 3; 7,7%), brasileira (n = 1; 2,6%) e cubana (n = 1; 2,6%). A maioria dos estudantes (n = 34; 87,2%) relatou estar deslocada do seu local de residência oficial.

3.2 Caracterização académica

O perfil académico relatado pelos participantes é diverso, abrangendo áreas de curso como as ciências sociais e do comportamento (n = 26; 66,7%), as ciências veterinárias (n = 4; 10,3%), a educação (n = 3; 7,7%), a arquitetura e construção (n = 2; 5,1%), as ciências da vida (n = 2; 5,1%), as ciências jurídicas (n = 1; 2,6%) e as humanidades (n = 1; 2,6%). Relativamente à área com mais expressão – ciências sociais e do comportamento – os principais cursos relatados foram a Psicologia e a Sociologia.

No que se refere ao ciclo e ano de estudos, os dados constam da Tabela 1 e permitem verificar que o maior segmento da amostra se refere a estudantes de 2º ano de licenciatura (n = 14; 35,9%).

Tabela 1 – Ciclo e ano de estudos dos participantes.

Ano de curso	**Bacharelato/Licenciatura**		**Mestrado**		**Doutoramento**	
	N	%	N	%	N	%
1º ano	7	17,9	1	2,6	2	5,1
2º ano	14	35,9	8	20,5		
3º ano	7	17,9				
Total	28	71,8	9	23,1	2	5,1

Relativamente ao desempenho académico, foi pedido aos participantes que o avaliassem numa escala de cinco pontos. Apresentando os resultados por ordem decrescente de desempenho (i.e., do melhor para o pior nível de desempenho), um participante (2,6%) avaliou-se com “Excelente”, oito participantes (20,5%) com “Muito bom”, 19 (48,7%)

participantes com "Bom", nove participantes (23,1%) com "Suficiente" e dois participantes (5,1%) com "Medíocre".

Os participantes foram também questionados sobre se conciliavam os estudos com uma atividade profissional, sendo que a apenas uma minoria (n = 4; 10,3%) responderam afirmativamente.

3.3 Caracterização da saúde mental

A saúde mental dos participantes foi avaliada pela presença de diagnóstico prévio de doença mental. Neste sentido, quase metade dos inquiridos (n = 17; 43,6%) relataram já ter sido diagnosticado com uma doença mental. Destes, 13 (76,5%) relataram diagnóstico prévio de depressão, 13 (76,5%) relataram diagnóstico prévio de ansiedade, dois (11,8%) relataram diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar, seis (35,3%) relataram diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, um (5,9%) relatou diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva e um (5,9%) relatou diagnóstico de dislexia e disortografia.

Os participantes foram ainda questionados sobre a probabilidade de recorrerem a algumas formas de apoio específicas e a importância de alguns dos principais entraves à procura de apoio. No que se refere à primeira questão, os resultados estão ilustrados na Figura 1 e refletem uma preferência expressiva pelo recurso ao apoio dos amigos – 34 participantes (87,2%) consideram pelo menos um pouco provável considerarem este recurso – seguido da psicoterapia – 27 participantes (69,2%) consideram pelo menos um pouco provável considerarem este recurso – e do aconselhamento psicológico prestado pelas instituições de ensino superior – 22 participantes (61,5%) consideram pelo menos um pouco provável considerarem este recurso.

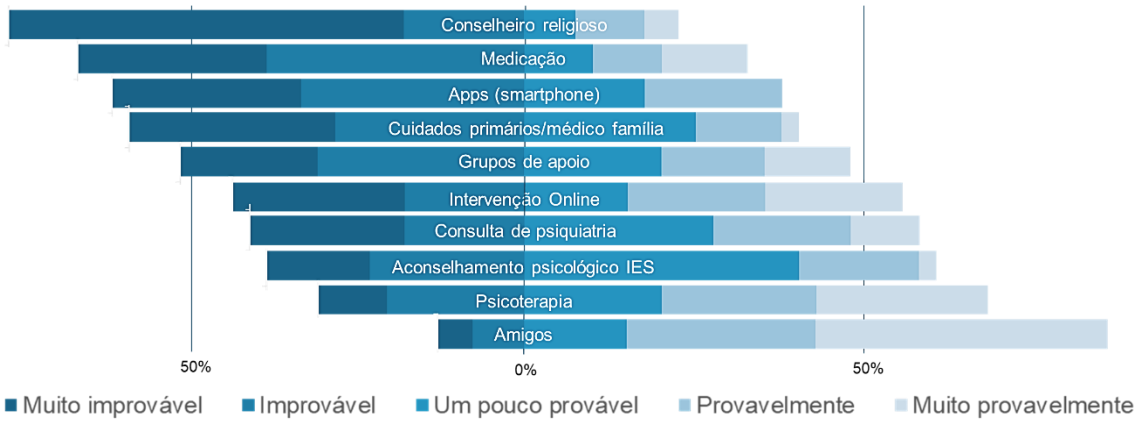


Figura 1 – Probabilidade de recorrer a recursos de apoio ao sofrimento psicológico

No que se refere à segunda questão, os resultados estão ilustrados na Figura 2 e realçam como principais entraves o custo da ajuda profissional – 33 participantes (84,7%) consideram pelo menos moderadamente importante – e o tempo de espera das consultas – 32 participantes (82%) consideram pelo menos moderadamente importante – seguidos da falta de conhecimento sobre onde procurar este apoio – 29 participantes (74,3%) consideram pelo menos moderadamente importante – e dos efeitos colaterais da medicação psiquiátrica – 27 participantes (69,2%) consideram pelo menos moderadamente importante.

Figura 2 – Importância dos entraves à procura de apoio psicológico

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi caraterizar os participantes de um programa-piloto de capacitação de pares em saúde mental. Neste sentido, os resultados permitem-nos identificar alguns fatores de homogeneidade tendencial, entre os quais destacamos o sexo, a área de curso e o ciclo e ano de estudos. No que se refere ao sexo, verificámos que a maioria dos participantes são estudantes do sexo feminino, estando em linha com estudos prévios relacionados com este tipo de iniciativas (e.g., Suresh et al., 2021). De igual modo, a maioria dos participantes estão inscritos em ciclos de estudos pertencentes às ciências sociais e humanas, em particular às áreas da Psicologia e da Sociologia, o que poderá ser explicado pela relação entre a prestação de apoio psicológico e as futuras atividades profissionais perspetivadas pelos estudantes destas áreas. Relativamente ao ciclo e ano de estudos, verificou-me uma maioria expressiva de estudantes de licenciatura,

em particular dos estudantes do segundo ano, estando igualmente em consonância com outros estudos (e.g., Suresh et al., 2021). Ainda que não exista uma proposta explicativa para este facto, tal poderá residir numa multiplicidade de fatores, entre os quais sugerimos: a disponibilidade temporal e interesse dos estudantes para a adesão a atividades extracurriculares; e o desejo de, após terminarem o seu próprio processo de integração no contexto académico, ajudarem os seus pares a sentirem-se integrados e apoiados nesse contexto.

No que se refere à saúde mental, quase metade dos participantes relataram terem recebido diagnóstico(s) prévio(s) de doença mental. Ainda que as motivações para a frequência do programa não tenham sido avaliadas, o contacto prévio e/ou atual dos participantes com uma doença mental poderá ter contribuído para o seu interesse e, consequentemente, para a sua decisão de inscrição no programa. Relativamente aos recursos de apoio psicológico a que os estudantes mais provavelmente recorreriam, os resultados apontam para uma preferência clara pelo recurso aos amigos, estando em linha com o estudo de Pinho et al. (2025). Depois do recurso aos pares, as preferências dos estudantes recaem sobre os recursos profissionais de saúde mental, em particular a psicoterapia, as consultas de aconselhamento psicológico disponibilizados pelas instituições de ensino superior e as consultas de psiquiatria, ainda que o custo, o tempo de espera e o desconhecimento sobre os meios para procurar este tipo de apoio sejam considerados entraves com particular importância. Estes dados, igualmente em linha com os de Pinho et al. (2025), reforçam a relevância de iniciativas de promoção de saúde mental no ensino superior promovidas por estudantes e direcionadas para os seus pares, em particular como medida complementar aos serviços profissionais de saúde mental das instituições.

Este estudo possui algumas limitações, as quais assinalamos para consideração em estudos posteriores. No que se refere à amostra, o tipo de amostragem (i.e., por conveniência), a sua dimensão e a subrepresentação de alguns grupos sociodemográficos (e.g., estudantes do sexo feminino) e académicos (e.g., estudantes inscritos em outras áreas científicas e ciclos de estudos) representam uma limitação para a generalização dos resultados obtidos. Relativamente à caraterização da saúde mental dos participantes, a presença de diagnósticos prévios de doença mental foi meramente avaliada através do autorrelato dos participantes, pelo que poderão existir enviesamentos nas informações fornecidas pelos participantes.

Apesar destas limitações, consideramos que os resultados obtidos afirmam a importância deste estudo no desenvolvimento de um programa de capacitação em saúde mental,

permitindo que estudantes do ensino superior se sintam mais preparados para dar suporte aos seus pares. Este tipo de iniciativa possui vários potenciais benefícios associados, pelo que a sua implementação poderá contribuir para a promoção da saúde mental no ensino superior. Neste sentido, será importante que os estudos futuros que venham a ser desenvolvidos neste âmbito aprofundem a compreensão das motivações dos estudantes para a prática de suporte de pares e da eficácia deste tipo de iniciativas na promoção da saúde mental e do bem-estar das comunidades académicas.

Referências bibliográficas

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L. G. (2024). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: A Cross-Sectional Study about Prevalence and Associated Factors. *Depression and Anxiety*, *2024*, 1–14. https://doi.org/10.1155/2024/5528350

Araújo, L., Fonseca, S., Amante, M., Xavier, P., Silva, C., Cordeiro, L., & Magalhães, C. (2022). Saúde mental em estudantes do ensino superior politécnico na pandemia COVID-19. *Revista de Enfermagem Referência, 6* (1). https://doi.org/10.12707/RV21109

Barros, C., & Sacau-Fontenla, A. (2022). Fatores protetores da saúde mental em estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças, 23*(3), 764–774. https://doi.org/10.15309/22psd230314

Bersia, M., Charrier, L., Zanaga, G., Gaspar, T., Moreno-Maldonado, C., Grimaldi, P., Koumantakis, E., Dalmasso, P., & Comoretto, R. I. (2024). Well-being among university students in the post-COVID-19 era: a cross-country survey. *Scientific Reports, 14*(1), 18296. https://doi.org/10.1038/s41598-024-69141-9

Despacho nº 5506/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde - Gabinetes das Ministras Adjunta e dos Assuntos Parlamentares e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e da Secretária de Estado da Promoção da Saúde (2023). Diário da República: Série II, nº 92. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/doc/5506-2023-212983330

Fortuna, K. L., Solomon, P., & Rivera, J. (2022). An update of peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Quarterly, 93*, 571-586. https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w

Gago, J. S., Andrade, M. G., Martins, M. J., Cunha, O. O., Soares, S., Santos, T., Macedo, M. P., Nora, R., Pereira, J. P., & Martinho, S. (2023). Programa para a Promoção da Saúde

Mental no Ensino Superior - Acessibilidade, Cooperação e Conexões para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/ppsmes_acces_2023-vf.pdf

Lobo, L. A. C., & Rieth, C. E. (2021). Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Em Debate, 45*(130), 885–901. https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024

Martins, S. C., Machado, B., & Mauritti, R. (2024). *Inquérito às Condições Socioeconómicas e de Estudo dos Estudantes do Ensino Superior, 2023*. CIES_Iscte e Direção-Geral do Ensino Superior. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/cies-iul_eurostudentviii_relatorio_junho2024_vf.pdf

Pinho, L. G., Engström, M., Silva, M. R., Fonseca, C., Lindberg, M., Jelinek, L., Börsting, J., Afonso, A., Jacinto, G., Nilsson, A., Schröder, J., & Schneider, B. C. (2025). Help-seeking preferences and barriers for mental health problems among university students in Portugal, Germany, and Sweden. *Journal of Affective Disorders, 379*, 782–792. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.044

Pointon-Haas, J., Waqar, L., Upsher, R., Foster, J., Byrom, N., & Oates, J. (2024). A systematic review of peer support interventions for student mental health and well-being in higher education. BJPsych Open, 10(1), e12. https://doi.org/10.1192/BJO.2023.603

Yoshida, Y., Bernick, P., Ogawa, S., Tayama, J., Saigo, T., & Suzuki, Y. (2024). Experiences of formal and informal peer supporters at a Japanese University. *Journal of Postsecondary Education and Disability, 37*(1), 47-60. https://eric.ed.gov/?id=EJ1434806

Capítulo 19

Intervenção artístico-expressiva em mulheres cabo-verdianas em tratamento oncológico em Portugal: considerações preliminares

Aline Maia[1], Graça Duarte Santos[2], Anabela Pereira[3], Maria Inês Varela-Silva[4]

[1] Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal

[2] Comprehensive Health Research Center (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

[3] Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP), Universidade de Évora, Portugal

[4] Loughborough University, Reino Unido

Autor Correspondente: Aline Maia. **E-mail:** d56857@alunos.uevora.pt

Resumo: Introdução: As doenças oncológicas afetam significativamente a saúde física e mental dos pacientes, com impactos negativos na qualidade de vida e bem-estar. Estudos indicam que intervenções artísticas podem reduzir o stress e a ansiedade em pacientes oncológicos. Alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), este projeto de investigação pretende avaliar o contributo das intervenções psicológicas de mediação artístico-expressiva na promoção da saúde e bem-estar de mulheres cabo-verdianas com cancro em tratamento em Portugal, a partir de uma perspetiva biopsicossocial. Metodologia: A presente investigação recorre a métodos mistos, a qual está sendo operacionalizada com base em três estudos: (1) Revisão sistemática das evidências científicas sobre intervenções artísticas em mulheres com cancro; (2) Estudo de Caracterização com análise transversal das dimensões de sofrimento psicológico, saúde e bem-estar em mulheres com cancro ativo em Portugal e (3) Estudo de Intervenção artística para mulheres cabo-verdianas com cancro. Conclusão: Este estudo pretende contribuir para um maior conhecimento em Psico-Oncologia e em particular sobre o

impacto das intervenções artísticas em populações oncológicas, promovendo uma abordagem integrativa e culturalmente sensível para o tratamento do cancro.
Palavras-chave: Cancro; bem-estar; qualidade de vida; mulheres; artes.

Abstract: Introduction: Oncological diseases significantly affect patients' physical and mental health, with negative impacts on their quality of life and well-being. Studies indicate that artistic interventions can help reduce stress and anxiety in cancer patients. Aligned with the recommendations of the World Health Organization (WHO), this research project aims to assess the contribution of psychologically mediated artistic-expressive interventions to the promotion of health and well-being among Cape Verdean women undergoing cancer treatment in Portugal, from a biopsychosocial perspective. Methodology: This research adopts a mixed-methods approach and is being carried out through three studies: (1) A systematic review of scientific evidence on artistic interventions for women with cancer; (2) A characterization study involving a cross-sectional analysis of psychological distress, health, and well-being in women with active cancer in Portugal; (3) An artistic intervention study for Cape Verdean women with cancer. Conclusion: This study aims to contribute to the growing body of knowledge in psycho-oncology, particularly regarding the impact of artistic interventions in oncology populations, by promoting an integrative and culturally sensitive approach to cancer care.
Key-Words: Cancer; well-being; quality of life; women; arts.

1. Introdução

Atualmente, as doenças oncológicas representam a maior causa de mortes no mundo. Segundo o *Observatory Global Cancer* (OGC), com base nas estimativas da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), em 2022 foram registados 20 milhões de novos casos e 9,7 milhões de mortes por doenças oncológicas em todo o mundo (Bray et al., 2024). Os impactos impostos na saúde mental - especialmente nas mulheres - diante do diagnóstico de cancro, incluem sintomas como o medo da recidiva, que é um tipo de sofrimento psicológico que afeta mais de 50% das mulheres diagnosticadas com doenças oncológicas. Estes diagnósticos geram implicações diretas sobre a qualidade de vida dessas mulheres, com elevação nos sintomas de *stress* e ansiedade, principalmente quando são mais jovens (Luigjes-Huizer et al., 2022). Nesta população o diagnóstico e tratamento da doença oncológica ginecológica desencadeia preocupações com a função

reprodutiva e é percebido como uma ameaça ao senso de identidade de gênero (Gonçalves et al., 2022). Com relação às mulheres com cancro de mama, estas apresentam níveis variados de sofrimento psicológico (Tang et al., 2024) e quando submetidas a tratamentos de quimioterapia neoadjuvante (QNA) enfrentam agravamento dos sintomas relacionados com depressão e ansiedade. Ainda que transitórios, estes sintomas reduzem consideravelmente a qualidade de vida destas mulheres (Zhao et al., 2022). Estudos também indicam que mulheres com cancro de ovário, quando comparadas com a população geral, têm maior prevalência de depressão e ansiedade, especialmente as mais jovens, que sofrem imenso impacto diante do risco da infertilidade. Estes fatores psicológicos associados aos sintomas físicos do cancro, como dor e fadiga, reduzem drasticamente a qualidade de vida destas pacientes e promovem desfechos indesejáveis, como a decisão pela interrupção dos tratamentos em muitos casos (Ghamari et al., 2023).

Estes efeitos tendem a ser particularmente acentuados em contextos de vulnerabilidade social, como é o caso de mulheres migrantes em tratamento fora do seu país de origem, enfrentando desafios adicionais de natureza cultural, linguística e socioeconómica (Abubakar et al., 2018; Vrinten et al., 2016). Em Portugal, no geral, as mulheres em contexto migratório enfrentam uma série de desafios com relação aos cuidados de saúde. Dificuldades enfrentadas, como discriminação, barreiras linguísticas e o próprio status migratório, representam um grande obstáculo para que essas mulheres recebam cuidados de saúde de forma adequada (Alarcão et al., 2021). Estes efeitos aumentam consideravelmente entre minorias étnicas que, historicamente, constituem uma população consideravelmente vulnerável em muitas dimensões. Relativamente à saúde, esta população enfrenta, além das barreiras ao acesso aos serviços de saúde, a um maior risco de desenvolver doenças oncológicas, menores chances de encaminhamento para tratamentos oncológicos e maiores impactos na saúde mental (Aburizik et al., 2023; Alarcão et al., 2021; John et al., 2005; Salami et al., 2017; Willis, 2025).

As terapias complementares associadas aos tratamentos oncológicos tradicionais podem representar estratégias muito eficazes na redução e controlo de indicadores de sofrimento mental oriundos do percurso que envolve o diagnóstico e os tratamentos do cancro. Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente interesse pelas abordagens integrativas e complementares em oncologia, entre as quais se destacam as intervenções artístico-expressivas, por exemplo: a arteterapia, a musicoterapia, a dramaterapia, a dançaterapia, entre outras formas de expressão através da arte (He et al., 2022; Menichetti et al., 2016; Tang et al., 2019; Xu et al., 2024; Zhou et al., 2023). Em 2019, a Organização

Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar o uso das práticas artísticas e criativas como ferramenta de promoção de saúde e bem-estar geral. A partir de uma revisão extensa da literatura, que incluiu mais de três mil estudos, a OMS reconhece o papel fundamental que as artes desempenam na prevenção, promoção da saúde e acompanhamento terapêutico em diversos contextos de doença e em múltiplas fases da vida (Fancourt & Finn, 2019).

Quando incorporadas aos tratamentos convencionais, as atividades de natureza artístico-expressivas têm potencial para melhorar os resultados de saúde em diversos aspetos, operando bons resultados nas dimensões: biológica, psicológica e social. Além disso, quando incorporadas às ações preventivas de saúde podem reduzir as desigualdades e desafogar os sistemas de saúde pública (NCCH, 2023). As intervenções de mediação artística e arteterapêutica têm apresentado resultados satisfatórios também em populações com cancro, evidenciando impactos positivos em indicadores de saúde física e mental, como redução da dor, ansiedade e depressão, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes oncológicos (Collette et al., 2022; Effa et al., 2020; Elimimian et al., 2020; Jiang et al., 2020). As intervenções com musicoterapia, administradas por musicoterapeutas, revelam importantes resultados de saúde em aspetos físicos e psicológicos de pacientes oncológicos adultos (Bradt et al., 2021). As terapias expressivas de dança e movimento melhoram a qualidade de vida, reduzindo o estresse e a dor em pacientes oncológicos (Koch & Bräuninger, 2020), e a arteterapia melhora a qualidade de vida e reduz o estresse e depressão em mulheres com cancro (Zhou et al., 2023). Em linhas gerais, as terapias integrativas respaldadas pelas mais variadas técnicas, em geral têm demonstrado bons resultados com pacientes oncológicos (Dhakal et al., 2024; O'Neill et al., 2020; Tao et al., 2015; Wang et al., 2024; Ye et al., 2022).

Esta pesquisa apoia-se no modelo biopsicossocial, que reconhece a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na experiência de saúde e doença, e constitui uma abordagem teórica robusta para investigar os impactos multidimensionais destas intervenções (Castaneda, 2019; Karl & Holland, 2015). A partir desta perspectiva será possível compreender como diferentes dimensões da experiência humana se conectam no processo de saúde e doença a partir de intervenções mediadas por práticas artísticas e arte terapêuticas na população em estudo. Alguns resultados já vêm sendo demonstrados através de vários estudos em diversos tipos de populações. Na dimensão biológica, atividades como pintura e música estimulam o cérebro e trazem melhorias nos domínios neurocognitivos, como memória e atenção em idosos com declínio

cognitivo (Mahendran et al., 2018). Na dimensão psicológica, a arteterapia atua como facilitadora na expressão dos sentimentos, na regulação do humor, na depressão e ansiedade de mulheres com cancro de mama (Tang et al., 2019) . Na dimensão social, principalmente com populações marginalizadas e grupos minoritários, as práticas artísticas ajudam a promover interação, fortalecimento de vínculos, inclusão, empoderamento e pertencimento (Oepen & Gruber, 2024; Santinho, 2022).

Apesar do avanço da investigação nesta área, ainda existe uma lacuna significativa no conhecimento sobre os efeitos das intervenções artístico-expressivas em minorias étnicas em contexto migratório e em tratamento oncológico, como é o caso da população desta pesquisa. Tendo em vista que a experiência oncológica representa um desafio para a saúde mental e que tal experiencia ganha contornos mais acentuados em populações vulnerabilizadas, este estudo apresenta-se como uma proposta de intervenção que possibilite a criação de um espaço culturalmente sensível onde a prática artístico-expressiva possa funcionar como ferramenta facilitadora de construção de sentido e expressão emocional perante a doença. O estudo encontra-se atualmente em desenvolvimento e tem como objetivo avaliar o contributo das intervenções psicológicas de mediação artístico-expressiva na promoção da saúde e do bem-estar de mulheres cabo-verdianas em tratamento oncológico em Portugal.

2. Métodos

A pesquisa que desenvolvemos aqui assume um caráter multidisciplinar, articulando saberes da oncologia, da psicologia e das artes, sem perder de vista os aspetos bioculturais que moldam as formas de vivenciar e enfrentar doença. Essa interlocução entre diferentes áreas do conhecimento exige uma metodologia que seja capaz de abarcar a complexidade dos fenômenos envolvidos. Para isso, utilizamos uma metodologia mista, combinando elementos quantitativos e qualitativos. Esperamos que esta estratégia nos permita captar tanto os dados objetivos, quanto as experiências subjetivas das participantes. Consideramos fundamental caracterizar e avaliar variáveis que influenciam o processo oncológico, em especial marcadores de saúde mental como depressão, ansiedade, dor e qualidade de vida. Com base nesses eixos, estruturamos uma sequência de estudos que, com objetivos específicos e complementares, dialogam entre si e contribuem para uma compreensão mais ampla e integrada da realidade vivida por mulheres em tratamento oncológico. De partida, realizar uma Revisão Sistemática pareceu-nos uma estratégia

interessante para sistematizar evidências científicas dos efeitos de intervenções psicológicas de mediação artística/arteterapêutica (IPMA-AT) na saúde e bem-estar de mulheres com cancro. Para tal, optamos por realizar uma *Umbrella Review* onde foram identificadas revisões sistemáticas e de escopo em bases de dados eletrónicas, cujas variáveis identificam-se com aquelas em estudo nesta pesquisa. Esta abordagem nos possibilita sintetizar descobertas sobre os efeitos das intervenções IPMA-AT e avaliar o impacto destas em populações com cancro. No seguimento, procuramos identificar e caracterizar a partir de um estudo transversal as dimensões de sofrimento psicológico, saúde e bem-estar em mulheres adultas com cancro ativo (MCA) na população portuguesa. Esta estratégia nos auxiliará conhecer a realidade concreta dessas mulheres, tanto através dos dados clínicos e sociodemográficos, como nas vivências de sofrimento psicológico, qualidade de vida e bem-estar. A análise dos dados será conduzida por meio de estatísticas descritivas e testes paramétricos, a fim de delinear o perfil dessa população com maior precisão. Por fim, a partir de um estudo piloto, pretendemos examinar os efeitos de uma Intervenção Psicológica de Mediação Artístico-Expressiva (IPMAE) sobre indicadores de saúde e bem-estar, nomeadamente depressão, ansiedade, dor e qualidade de vida em mulheres cabo-verdianas submetidas a tratamento oncológico em Portugal. As intervenções estão sendo construídas com base em revisões de literatura de estudos que demonstraram os efeitos positivos de diversas práticas artísticas, sobretudo nas variáveis de saúde mental que pretendemos investigar. Também, considerando a identidade cultural e as narrativas pessoais das participantes, de modo que as atividades poderão ser ajustadas com base nas respostas emocionais e nas necessidades do grupo. O tratamento de dados para o estudo 3 será feito através de análises estatísticas com métodos paramétricos e não paramétricos – com base em procedimentos *"repeated measures"* para avaliação do processo no início *(baseline),* ao final da intervenção *(endline)* e três meses após *(follow up)*. As avaliações qualitativas serão realizadas através de análises temáticas e sintetização de narrativas com avaliação crítica.

Aspetos Éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (parecer nº 24063), e está sendo conduzido de acordo com os princípios e normas da Declaração de Helsínquia (WMA, 2013) e em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção

de Dados (RGPD) – UE 2016/679 (Union, 2016), sendo os dados recolhidos utilizados apenas para fins de investigação.

3. Conclusão

Esta pesquisa, que está em fase de desenvolvimento, está inserida numa fronteira inovadora da investigação em saúde, alinhando-se com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e respondendo a uma necessidade emergente de intervenções culturalmente sensíveis que promovam o bem-estar de populações marginalizadas e contribuam para o desenvolvimento de práticas mais inclusivas e humanizadas nos cuidados de saúde oncológica.

Neste sentido, em concordância com Grassi (2020) é preciso mitigar os desafios relacionados a desigualdades sociais no acesso a cuidados psicossociais e garantir que os doentes oncológicos recebam cuidados abrangentes, através de abordagens interdisciplinares, que atendam tanto às necessidades físicas quanto psicológicas. O uso de abordagens que valorizem os aspetos psicossociais como componentes fundamentais no cuidado das populações mais vulnerabilizadas, são medidas cada vez mais fundamentais no controle, prevenção e no desenvolvimento de cuidados específicos e especializados do cancro, especialmente por terem em foco a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes oncológicos.

Populações que se deslocam do seu país de origem, independentemente das circunstâncias tendem a enfrentar os mais variados desafios, como diferenças culturais e linguísticas, desigualdades em diversos contextos, além das barreiras socioeconômicas. Estas dificuldades podem ser ainda mais impactantes em cenários de saúde e doença. Como já destacado no relatório da Comissão de Migração e Saúde da *UCL-Lancet* (Abubakar et al., 2018), a migração é uma realidade global, e muitos dos desafios enfrentados por estas populações, principalmente na área da saúde, são baseados em estereótipos criados através de discursos populistas que tendem a marginalizá-las e sedimentar ainda mais as barreiras que naturalmente já existem.

Faz-se necessário ainda perceber que os impactos da migração vão além do campo da saúde, outras áreas fundamentais para o bem-estar e a integração social são igualmente afetadas. Embora haja algum encorajamento à criação de políticas públicas a níveis mundiais para lidar com a questão da saúde em contexto migratório, na prática este ainda

é um tema politicamente sensível, principalmente diante das mudanças percebidas no cenário geopolítico.

Diante da crescente carga global de doenças oncológicas e da complexidade envolvida contexto migratório, torna-se imperativo considerar estratégias de cuidado que atendam não apenas às dimensões clínicas da doença, mas também aos fatores sociais e emocionais que afetam desproporcionalmente essas populações. Criar estratégias de acolhimento e inserção destes migrantes nos diversos setores da sociedade constitui uma mudança de paradigma essencial para o bem-estar de todos (Jarvis & Kirmayer, 2023).

Espera-se, com esta pesquisa, promover um espaço seguro, acolhedor e culturalmente sensível para mulheres cabo-verdianas que se encontram em tratamento oncológico em Portugal. Estas mulheres enfrentam não apenas os desafios físicos e emocionais da doença, mas também o impacto psicológico decorrente da migração. O fato de estarem afastadas do seu país de origem, das suas redes de apoio, e somado a isto o sofrimento associado ao diagnóstico e ao tratamento do cancro, são circunstâncias que vulnerabilizam ainda mais essas mulheres. Além disso, as barreiras linguísticas, dificuldades de adaptação cultural, limitações no acesso aos serviços de saúde e vulnerabilidades socioeconômicas, podem comprometer o seu bem-estar geral. Nesse contexto, a presente investigação pretende oferecer uma intervenção que favoreça o cuidado integral, considerando tanto as dimensões clínicas quanto os aspetos psicossociais e culturais da experiência migratória em situação de doença. Neste sentido, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam não apenas para o avanço da investigação nesta área, mas que também, sejam desenvolvidos novos modelos intervenção que valorizem a diversidade cultural em contextos de doença oncológica.

4. Referências Bibliográficas

Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., … UCL–Lancet Commission on Migration and Health. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *Lancet (London, England)*, *392*(10164), 2606–2654. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7

Aburizik, A., Brindle, M., Johnson, E., Provencio, A., Kivlighan, M., & LeBeau, B. (2023). Black women's distress matters: Examining gendered racial disparities in psycho-oncology referral rates. *Psycho-Oncology*, *32*(6), 933–941. https://doi.org/10.1002/pon.6134

Alarcão, V., Stefanovska-Petkovska, M., Virgolino, A., Santos, O., & Costa, A. (2021). Intersections of Immigration and Sexual/Reproductive Health: An Umbrella Literature Review with a Focus on Health Equity. *Social Sciences*, *10*(2), Artigo 2. https://doi.org/10.3390/socsci10020063

Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., & Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*(10), CD006911. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub4

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *74*(3), 229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834

Castaneda, L. (2019). O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: Apreender para agir. *CoDAS*, *31*, e20180312. https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018312

Collette, N., Sola, I., Bonfill, X., & Pascual, A. (2022). Art Therapy in Advanced Cancer. A Mapping Review of the Evidence. *Current Oncology Reports*, *24*(12), 1715–1730. https://doi.org/10.1007/s11912-022-01321-0

Dhakal, K., Chen, C., Wang, P., Mboineki, J. F., & Adhikari, B. (2024). Existing psychological supportive care interventions for cervical cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *24*(1), 1419. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18634-3

Effa, C. J., Dolgoy, N. D. ;, & Mcneely, M. L. (2020). Resistance Exercise and Art Therapy on Body Image in Breast Cancer: A Scoping Review. *Women's Health Reports*, *1*(1), 424–435. https://doi.org/10.1089/whr.2020.0058

Elimimian, E. B., Elson, L., Stone, E., Butler, R. S., Doll, M., Roshon, S., Kondaki, C., Padgett, A., & Nahleh, Z. A. (2020). A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy. *BMC Cancer*, *20*(1), 899. https://doi.org/10.1186/s12885-020-07380-5

Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/329834

Ghamari, D., Dehghanbanadaki, H., Khateri, S., Nouri, E., Baiezeedi, S., Azami, M., Ezzati Amini, E., & Moradi, Y. (2023). The Prevalence of Depression and Anxiety in Women with Ovarian Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *24*(10), 3315–3325. https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.10.3315

Gonçalves, V., Ferreira, P. L., Saleh, M., Tamargo, C., & Quinn, G. P. (2022). Perspectives of Young Women With Gynecologic Cancers on Fertility and Fertility Preservation: A Systematic Review. *The Oncologist*, *27*(3), e251–e264. https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab051

Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: The agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e89. https://doi.org/10.1017/S2045796019000829

He, X., Ng, M. S. N., Choi, K. C., & So, W. K. W. (2022). Effects of a 16-week dance intervention on the symptom cluster of fatigue-sleep disturbance-depression and quality of life among patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *133*, 104317. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104317

Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2023). Global migration: Moral, political and mental health challenges. *Transcultural Psychiatry*, *60*(1), 5–12. https://doi.org/10.1177/13634615231162282

Jiang, X.-H., Chen, X.-J., Xie, Q.-Q., Feng, Y.-S., Chen, S., & Peng, J.-S. (2020). Effects of art therapy in cancer care: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, *29*(5), e13277. https://doi.org/10.1111/ecc.13277

John, E. M., Phipps, A. I., Davis, A., & Koo, J. (2005). Migration history, acculturation, and breast cancer risk in Hispanic women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *14*(12), 2905–2913. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-05-0483

Karl, S. R., & Holland, J. C. B. (2015). The Roots of Psychosomatic Medicine II: George L. Engel. *Psychosomatics*, *56*(6), 630–633. https://doi.org/10.1016/j.psym.2015.07.012

Koch, S. C., & Bräuninger, I. (2020). Dance movement therapy in oncology: A review of current research. *Onkologe*, *26*(9), 826–836. Scopus. https://doi.org/10.1007/s00761-020-00790-x

Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W. T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A. B., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, K. J. L., Custers, J. A. E., de Wit, N. J., Fisher, P. L., Galica, J., Garland, S. N., Helsper, C. W., Jeppesen, M. M., Liu, J., … van der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *31*(6), 879–892. https://doi.org/10.1002/pon.5921

Mahendran, R., Gandhi, M., Moorakonda, R. B., Wong, J., Kanchi, M. M., Fam, J., Rawtaer, I., Kumar, A. P., Feng, L., & Kua, E. H. (2018). Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: Findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care. *Trials*, *19*(1), 615. https://doi.org/10.1186/s13063-018-2988-6

Menichetti, J., Giusti, L., Fossati, I., & Vegni, E. (2016). Adjustment to cancer: Exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European Journal of Cancer Care*, *25*(5), 903–915. https://doi.org/10.1111/ecc.12412

NCCH. (2023). *National Centre for Creative Health*. https://ncch.org.uk/creative-health-review

Oepen, R., & Gruber, H. (2024). Art-based interventions and art therapy to promote health of migrant populations—A systematic literature review of current research. *Arts & Health*, *16*(3), 266–284. https://doi.org/10.1080/17533015.2023.2252003

O'Neill, M., Samaroo, D., Lopez, C., Tomlinson, G., Santa Mina, D., Sabiston, C., Culos-Reed, N., & Alibhai, S. M. H. (2020). The Effect of Yoga Interventions on Cancer-Related Fatigue and Quality of Life for Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Integrative Cancer Therapies*, *19*, 1534735420959882. https://doi.org/10.1177/1534735420959882

Salami, B., Yaskina, M., Hegadoren, K., Diaz, E., Meherali, S., Rammohan, A., & Ben-Shlomo, Y. (2017). Migration and social determinants of mental health: Results from the Canadian Health Measures Survey. *Canadian Journal of Public Health*, *108*(4), 362–367. https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6105

Santinho, C. (2022). A arte enquanto potenciadora de inclusão social de refugiados e imigrantes. Estudos de caso, em Portugal. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, *30*, 141–164. https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006609

Tang, W.-Z., Mangantig, E., Iskandar, Y. H. P., Cheng, S.-L., Yusuf, A., & Jia, K. (2024). Prevalence and associated factors of psychological distress among patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *14*(9), e077067. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077067

Tang, Y., Fu, F., Gao, H., Shen, L., Chi, I., & Bai, Z. (2019). Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review. *Journal of Psychosocial Oncology*, *37*(1), 79–95. https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1506855

Tao, W., Luo, X., Cui, B., Liang, D., Wang, C., Duan, Y., Li, X., Zhou, S., Zhao, M., Li, Y., He, Y., Wang, S., Kelley, K. W., Jiang, P., & Liu, Q. (2015). Practice of traditional Chinese medicine for psycho-behavioral intervention improves quality of life in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*, *6*(37), 39725–39739. https://doi.org/10.18632/oncotarget.5388

Union, P. O. of the E. (2016, abril 27). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) (Texto relevante para efeitos do EEE)* [Website]. Publications Office of the EU; Publications Office of the European Union. https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/3e485e15-11bd-11e6-ba9a-01aa75ed71a1

Vrinten, C., Wardle, J., & Marlow, L. A. (2016). Cancer fear and fatalism among ethnic minority women in the United Kingdom. *British Journal of Cancer*, *114*(5), 597–604. https://doi.org/10.1038/bjc.2016.15

Wang, T., Tang, C., Jiang, X., Guo, Y., Zhu, S., & Xu, Q. (2024). Effectiveness of Web-Based Mindfulness-Based Interventions for Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Medical Internet Research*, *26*, e47704. https://doi.org/10.2196/47704

Willis, R. (2025). Where Are the Irish in Research on Ethnic Health Inequalities in Britain? A State-Of-The-Art Literature Review. *Sociology of Health & Illness*, *47*(1), e13874. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13874

WMA. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Xu, Z., Liu, C., Fan, W., Li, S., & Li, Y. (2024). Effect of music therapy on anxiety and depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *14*(1), 16532. https://doi.org/10.1038/s41598-024-66836-x

Ye, X.-X., Ren, Z.-Y., Vafaei, S., Zhang, J.-M., Song, Y., Wang, Y.-X., & Song, P.-G. (2022). Effectiveness of Baduanjin Exercise on Quality of Life and Psychological Health in Postoperative Patients With Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Integrative Cancer Therapies*, *21*, 15347354221104092. https://doi.org/10.1177/15347354221104092

Zhao, Y., Chen, L., Zheng, X., & Shi, Y. (2022). Quality of life in patients with breast cancer with neoadjuvant chemotherapy: A systematic review. *BMJ Open*, *12*(11), e061967. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061967

Zhou, S., Yu, M., Zhou, Z., Wang, L., Liu, W., & Dai, Q. (2023). The effects of art therapy on quality of life and psychosomatic symptoms in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *23*(1), 434. https://doi.org/10.1186/s12906-023-04258-4

Capítulo 20

Adesão ao Autocuidado e *Coping* em indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2

Ana Beatriz Pinto[1], Paula Saraiva Carvalho[1,2], Cláudia Mendes Silva[1,3], & Jorge Gama[4]

[1] Department of Psychology and Education, University of Beira Interior, Portugal

[2] RISE-Health, Department of Psychology and Education, Faculty of Human and Social Sciences, University of Beira Interior, Portugal

[3] Research Center in Education and Psychology (CIEP), University of Évora, Portugal

[4] Centre of Mathematics and Applications, University of Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente: Paula Saraiva Carvalho **E-mail:** psc@ubi.pt

Resumo

Introdução: A adesão ao autocuidado, envolvendo medicação, dieta e exercício físico, é essencial para o controlo da doença em pessoas com diabetes. Dada a significativa repercussão da diabetes no bem-estar geral, a adoção de estratégias de *coping* adaptativas revela-se crucial para enfrentar os desafios da gestão da doença e melhorar a qualidade de vida. O principal objetivo deste estudo consistiu em analisar os níveis de adesão ao autocuidado e as estratégias de *coping* utilizadas por indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Método: Participaram 71 doentes, com idades entre os 43 e os 91 anos (*M*=68.66; *DP*=11.51), acompanhados nas consultas de diabetologia da ULS Cova da Beira. Aplicaram-se um questionário sociodemográfico, a Escala de Atividades de Autocuidado na Diabetes e o Brief Cope.

Resultados: Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na adesão ao autocuidado e nas estratégias de *coping*, em função de variáveis como idade, sexo, estado civil e tempo de diagnóstico. Verificou-se que indivíduos que recorrem ao suporte socioemocional e a estratégias de *coping* focadas na emoção tendem a adotar comportamentos de autocuidado mais adequados para gerir a sua doença.

Discussão: Estes resultados contribuem para uma maior compreensão dos níveis de adesão ao autocuidado e das estratégias de *coping* utilizadas por indivíduos com DM2, destacando-se a necessidade de intervenções personalizadas para atender às necessidades individuais destas pessoas.

Palavras-chave: Doença crónica; diabetes *mellitus* tipo 2; adesão ao autocuidado; estratégias de *coping*.

1. Introdução

A diabetes é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, resultante de um defeito na ação e/ou na secreção de insulina, podendo levar ao aparecimento de complicações no sistema neurológico e vascular (Macedo et al., 2020). De acordo com o Programa Nacional para a Diabetes, desenvolvido pela Direção-Geral de Saúde (DGS) (2024), foram registados 75 661 novos casos de diabetes em 2023, o que corresponde a uma taxa de 7,2 por cada 1000 utentes, em Portugal Continental. Além disso, em 2022, a diabetes foi responsável por 3 727 mortes, correspondendo a 3,0% das mortes em Portugal. Cerca de 9,4% dessas mortes ocorreram em pessoas com menos de 70 anos (DGS, 2024).

O sucesso do tratamento da diabetes depende não apenas de medidas farmacológicas, mas também de mudanças no estilo de vida. A diabetes requer, de forma progressiva, a dedicação de mais tempo para a sua gestão, incluindo a toma de medicação oral e a medição dos níveis de açúcar no sangue várias vezes ao dia (Kueh et al., 2015). A adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação adequada, a prática regular de exercício físico e o uso contínuo e correto dos medicamentos, pode resultar no controlo clínico da doença, melhorando os sintomas e retardando o aparecimento de complicações (Reis et al., 2020). Desta forma, é essencial que o indivíduo com diabetes desenvolva uma boa adesão ao autocuidado, definida como o comportamento da pessoa em relação ao uso de medicação, à adesão a dietas e à prática de exercício físico, com o objetivo de promover a mudança de comportamento e a adoção de hábitos de vida saudáveis (Boas et al., 2011).

Para ajudar as pessoas com diabetes a lidar com esta doença, é fundamental a adoção de estratégias de *coping* adaptativas. Uma estratégia adaptativa de *coping* é uma técnica utilizada pelo indivíduo para o ajudar a ajustar-se de forma adequada à situação ou ao stress (Hapunda, 2022). Estratégias adaptativas de *coping*, como a aceitação e o *coping*

ativo, podem contribuir para a manutenção de resultados de saúde positivos, como o controlo glicémico (Albai et al., 2017). Em contraste, estratégias maladaptativas, como o pensamento ilusório e o evitamento, podem prejudicar o controlo metabólico e afetar negativamente resultados psicossociais, como a qualidade de vida (Hapunda, 2022).

O objetivo do estudo consistiu em avaliar os níveis de autocuidado na diabetes e as estratégias de *coping* em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, seguidos na Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCB). Além disto, como objetivos específicos definiram-se avaliar o autocuidado na diabetes e as estratégias de *coping* utilizadas em função das características sociodemográficas; analisar se existem diferenças no autocuidado com a diabetes e nas estratégias de *coping* em função das características clínicas e, por fim, avaliar a associação entre o autocuidado na diabetes e o uso das estratégias de *coping*.

2. Métodos

O presente estudo assenta num *design* correlacional, quantitativo, comparativo e transversal.

2.1 Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 71 utentes, seguidos na consulta de diabetologia, da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCB), com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, com idades compreendidas entre os 43 e os 91 anos de idade, que responderam de forma válida aos questionários aplicados. Os critérios de inclusão consistiram na existência de diagnóstico de DM há mais de 6 meses, ser residente em Portugal e ser acompanhado nas consultas de diabetologia da ULSCB.

2.2 Instrumentos

De acordo com as variáveis em estudo, foram aplicados um questionário sociodemográfico, a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC) (adaptado e validado para a população portuguesa por Bastos e Lopes, em 2004) e o *Brief Cope* (adaptado e validado para a polução portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, em 2004).

2.2.1 Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC)

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes é uma medida multidimensional de autogestão da diabetes, que mede de forma indireta a adesão, através dos níveis de autocuidado (Bastos et al., 2007). A escala é constituída por 24 itens, sendo que estes se encontram agrupados em 7 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos, sendo parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, em que o zero é a situação menos favorável e sete a mais desejável (Bastos et al., 2007).

No que diz respeito ao presente estudo, o instrumento apresentou um alfa de *Cronbach* total de .64, considerado aceitável. Em específico, a subescala "Alimentação geral", apresentou uma consistência interna inaceitável (.46), assim como a subescala "Monitorização da glicemia" (.18), sendo que esta não será considerada pela falta de consistência, ao longo do estudo. Além disso, a subescala "Medicamentos" mostrou uma consistência interna de .53, que se caracteriza como fraca. Por fim, as subescalas "Alimentação específica", "Atividade física" e "Cuidado com os pés", apresentaram um alfa de *Cronbach* aceitável (.63, .68, .63, respetivamente).

2.2.2 Brief Cope

O *Brief Cope* é uma versão reduzida e adaptada do COPE, originalmente desenvolvido por Carver e colaboradores (1989), para avaliar as estratégias individuais de *coping*, sendo originalmente constituído por 60 itens distribuídos por 15 escalas (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O *Brief Cope* foi adaptado e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), passando a conter 28 itens agrupados em 14 subescalas: *Coping* ativo; Planear, Utilização de suporte instrumental, Utilização de suporte social emocional, Religião, Reinterpretação positiva, Autoculpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Negação, Autodistração, Desinvestimento comportamental, Uso de substâncias e Humor.

No presente estudo foi calculada a consistência interna da escala que se revelou muito boa (.81) (Pereira & Patrício, 2013) e, ainda, a consistência interna de cada subescala. Assim, obteve-se uma consistência interna inaceitável nas subescalas Planear, Autodistração e Desinvestimento comportamental (.48, .35, e .35, respetivamente), uma consistência fraca na subescala *Coping* ativo (.51) e na subescala Utilização do suporte instrumental, obteve-se uma consistência aceitável (.68). Em relação às subescalas

Utilização do suporte social emocional (.75), Reinterpretação positiva (.75), Religião (.90), Autoculpabilização (.73), Aceitação (.72), Expressão de sentimentos (.88), Negação (.79) e Uso de Substâncias (.79), obteve-se uma consistência interna boa e, por fim, a subescala Humor apresentou uma consistência muito boa (.94) (Pereira & Patrício, 2013). Pela mesma razão apresentada na descrição da escala anterior, as subescalas Autodistração e Desinvestimento comportamental não foram consideradas nas análises.

2.3 Procedimentos

Os pacientes com DM tipo 2, previamente agendados para consulta no serviço de diabetologia do hospital, foram convidados a participarem no estudo. Os objetivos do estudo foram detalhadamente explicados, assegurando-se a obtenção do consentimento informado para participação voluntária. O estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da ULSCB.

2.3.1 Análise de dados

Para proceder à análise dos dados, foi criada uma base de dados de raiz, tendo sido utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.1. Para a análise da influência de alguns fatores sociodemográficos e sobre os domínios do autocuidado e os domínios do *coping,* recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney*, uma vez que o pressuposto da normalidade, verificada com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk*, foi em geral violado. Para se medir a correlação entre os domínios do autocuidado e os domínios do *coping* recorreu-se ao coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman*, devido ao facto de não se terem encontrado tendências lineares entre os domínios referidos. Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%.

3. Resultados

Participaram71 utentes com DM tipo 2, seguidos na ULSCB, com um intervalo de idades entre os 43 e os 91 anos, (M = 68.66; DP = 11.51), com uma predominância do sexo masculino (57.7% do sexo masculino; 42.3% do sexo feminino). Além disso, o tempo de diagnóstico da diabetes apresentou uma média de 17.24 anos (DP = 11.30) e o tempo de seguimento nas consultas do hospital correspondeu a uma média de 11 anos (DP = 9.70). Ainda, 81.7% dos participantes não apresentavam outro problema de saúde crónico,

enquanto 18.3% responderam que tinham outra doença crónica, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial e a doença coronária crónica (15.4%). A Tabela 1 evidencia as características sociodemográficas e clínicas desta amostra.

Tabela 1

*Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (*N = *71)*

		n	%
Sexo	Masculino	41	57.7
	Feminino	30	42.3
Estado Civil	Solteiro	2	2.8
	Casado/união de facto	49	69.0
	Divorciado	7	9.9
	Viúvo	13	18.3
Residência	Reside sozinho	16	22.5
	Não reside sozinho	55	77.5
Outros problemas crónicos	Não	58	81.7
	Sim	13	18.3
Medicação oral	Não	7	9.9
	Sim	64	90.1
Uso de Insulina Injetável	Não	10	14.1
	Sim	61	85.9
Controlo regular da glicemia	Não	6	8.5
	Sim	65	91.5
Regularidade do controlo da glicemia	Diariamente	46	68.7
	Semanalmente	19	28.4
	Mensalmente	1	1.5
	Outra	1	1.5

No que diz respeito à Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC) e de acordo com os dados apresentados na Tabela 2, é possível constatar que a média correspondente à EAAC foi de 5.03, o que significa que os indivíduos apresentam

comportamentos gerais de autocuidado cinco dias por semana. Além disso, o Cuidado com os pés foi a dimensão cuja média foi mais elevada (*M* = 6.59), sugerindo que os participantes apresentam este comportamento, em média, seis vezes por semana. No entanto, a dimensão Atividade física foi a que revelou uma menor média (M = 1.83), indicando que, os inquiridos praticam exercício físico, em média, uma a duas vezes na semana.

Tabela 2

Estatísticas descritivas da EAAC

	Média	**Desvio-Padrão**	**Mediana**	**Percentis**		**Min-Máx**
				25	**75**	
Alimentação geral	4.41	1.75	4.00	4.00	5.50	0-7
Alimentação específica	4.77	1.45	5.00	4.00	6.00	1-7
Atividade física	1.83	1.94	1.00	0.00	3.00	0-7
Cuidado com os pés	6.59	1.15	7.00	7.00	7.00	0-7
Medicamentos	6.27	1.49	7.00	6.50	7.00	0-7
EAAC	5.03	0.85	5.00	4.50	6.00	3-7

Quanto às estratégias de *coping,* a mais utilizada pelos participantes foi a Aceitação (*M* = 2.23; *DP* = 0.68) e a menos utilizada foi o Uso de substâncias (*M* = 0.10; *DP* = 0.35), tal como se observa na Tabela 3.

Tabela 3

Estatísticas descritivas do Brief Cope

	Média	**Desvio-Padrão**	**Mediana**	**Percentis**		**Mínimo**	**Máximo**
				25	**75**		
***Coping* ativo**	2.08	0.65	2.00	2.00	2.50	1	3
Planear	1.89	0.73	2.00	1.00	2.00	0	3

Utilização de suporte instrumental	1.42	0.69	2.00	1.00	2.00	0	3
Utilização de suporte social emocional	2.07	0.72	2.00	2.00	2.50	0	3
Religião	1.48	1.17	2.00	.00	2.00	0	3
Reinterpretação Positiva	2.00	0.68	2.00	2.00	2.00	0	3
Autoculpabilização	0.82	0.70	1.00	.00	1.00	0	3
Aceitação	2.23	0.68	2.00	2.00	3.00	1	3
Expressão de sentimentos	1.54	0.77	2.00	1.00	2.00	0	3
Negação	0.66	0.83	.00	.00	1.00	0	3
Uso de substâncias	0.10	0.35	.00	.00	.00	0	2
Humor	1.49	0.95	2.00	1.00	2.00	0	3

Diferenças nas escalas da EAAC de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas

Analisou-se a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas nos comportamentos de autocuidado. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre grupos etários apenas na subescala Atividade física ($p < .001$), com os participantes com menos de 70 anos a apresentarem maior frequência deste comportamento ($M = 2.62$; $DP = 2.03$) comparativamente aos maiores de 70 anos ($M = 1.11$; $DP = 1.56$). Relativamente ao sexo, as mulheres reportaram maior envolvimento em atividades gerais de autocuidado (M=5.27; DP=0.79) do que os homens (M=4.85; DP=0.85), com diferença significativa ($p<.05$). Na subescala Alimentação específica, também se observaram diferenças significativas ($p<.05$), com médias superiores nas mulheres (M=4.43; DP=1.07) face aos homens (M=4.29; DP=1.54); contudo, devido à inversão dos itens, tal indica menor adesão feminina. Considerando o tempo de diagnóstico, observou-se uma diferença significativa no número de dias de toma dos medicamentos ($p < .05$), com maior adesão

nos participantes com menos de 15 anos de diagnóstico (*M*=6.64; *DP*=1.01) face aos restantes (*M*=5.89; *DP*=1.80).

Diferenças nas escalas do *Brief Cope* em função de variáveis sociodemográficas

No que respeita à influência da variável faixa etária (<70 anos e ≥70 anos) nas estratégias de *coping*, observou-se uma diferença estatisticamente significativa na subescala Religião (*p<.05*), com maior utilização desta estratégia nos indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos (*M*=1.86; *DP*=1.03) face aos indivíduos com menos de 70 anos (*M*=1.06; *DP*=1.18). Relativamente ao sexo, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Planear (*p<.05*), Suporte instrumental (*p<.05*) e Suporte emocional (*p<.05*), sendo as mulheres aquelas que utilizaram mais a estratégia Planear (*M*=2.17; *DP*=0.70 vs. *M*=1.68; *DP*=0.69), Suporte instrumental (*M*=1.63; *DP*=0.50 vs. *M*=1.27; *DP*=0.78) e Suporte emocional (*M*=2.33; *DP*=0.61 vs. *M*=1.88; *DP*=0.75). Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Religião (*p<.05*), Uso de substâncias (*p<.05*) e no *Coping* total (*p<.05*). De modo geral, as mulheres recorreram mais às estratégias Religião (*M*=2.27; *DP*=0.94 vs. *M*=0.90; *DP*=0.97) e de *coping* total do que os homens (*M*=41.90; *DP*=6.91vs *M*=35.78; *DP*=9.88), excetuando-se o Uso de substâncias, mais prevalente entre os homens (*M*=0.17; *DP*=0.44). No que diz respeito ao estado civil, observaram-se diferenças significativas no *Coping* total (*p<.05*) e na subescala Uso de substâncias (*p<.05*). Indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos apresentaram maior uso de estratégias de *coping* (*M*=39.57; *DP*=9.16) do que os casados (*M*=35.68; *DP*=8.95), embora estes últimos tenham recorrido mais frequentemente ao Uso de substâncias (*M*=0.27; *DP*=0.55 vs. *M*=0.02; *DP*=0.14).

Diferenças nas escalas do *Brief Cope* em função de variáveis clínicas

Relativamente ao tempo de diagnóstico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Utilização de suporte social emocional (*p<.05*), Religião (*p<.05*) e Negação (*p<.05*), com maior utilização destas estratégias nos indivíduos com mais de 15 anos de diagnóstico (*M*=2.34; *DP*=0.59; *M*=1.83; *DP*=1.10; *M*=0.89; *DP*=0.80) face aos que tinham menos de 15 anos de diagnóstico (*M*=1.81; *DP*=0.75; *M*=1.14; *DP*=1.15; *M*=0.44; *DP*=0.81). No que respeita à presença de outras doenças crónicas, identificaram-se diferenças significativas nas subescalas Religião (*p<.05*) e

Humor ($p<.05$), sendo estas estratégias mais utilizadas pelos indivíduos sem outras condições crónicas além da diabetes.

Associação entre os comportamentos de autocuidado e as estratégias de *coping*

Para averiguar a existência de alguma associação entre os comportamentos de autocuidado e as estratégias de *coping*, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman,* tal como se observa na Tabela 4.

Tabela 4

Associação entre os comportamentos de autocuidado e as estratégias de coping

	Alimentação geral	**Alimentação específica**	**Atividade física**	**Cuidado com os pés**	**Medicamentos**	**Autocuidado total**
***Coping* ativo**	.088	.128	.351**	.054	-.265*	.033
Planear	.172	.251*	.236*	.096	-.057	.163
Utilização de suporte instrumental	.242*	.265*	.224	.053	-.040	.159
Utilização de suporte social emocional	.229	.322**	.035	-.094	-.008	.142
Reinterpretação positiva	.133	.164	.359**	-.058	-.165	.083
Aceitação	.162	.258*	.307**	-.132	-.107	.133
Expressão de sentimentos	.179	.253*	.199	-.005	-.147	.156
Uso de substâncias	-.151	-.281*	-.145	.136	.070	-.213

Humor	-.044	-.180	.227	-.047	-.345**	-.221
***Coping* total**	.120	.223	.300*	-.009	-.223	.058

* a correlação é significativa no nível .05

** a correlação é significativa no nível .01

Foram encontradas várias correlações estatisticamente significativas, mas, maioritariamente fracas, sendo quase irrelevantes. Nesse sentido, iremos focar-nos nas correlações que se evidenciaram. Assim, verificou-se a existência de correlações positivas, estatisticamente significativas e moderadas entre *Coping* Ativo e Atividade física; Utilização de suporte social emocional e Alimentação específica; Reinterpretação positiva e Atividade física e, por fim, entre Aceitação e Atividade física. Além disso, foi encontrada uma correlação negativa, estatisticamente significativa e moderada entre a subescala Humor e a toma de Medicamentos.

4. Discussão

O estudo teve como objetivo avaliar os níveis de autocuidado com a diabetes e as estratégias de *coping* em doentes com DM2. Podemos verificar que a média correspondente à EAAC foi de 5.03, o que significa que os indivíduos apresentam comportamentos gerais de autocuidado cinco vezes por semana. Além disso, a amostra revelou uma maior adesão ao comportamento de cuidar dos pés, fazendo-o quase todos os dias da semana, em contrapartida com a prática de atividade física, realizada somente uma vez na semana.

Com este estudo verificou-se que a adesão ao autocuidado varia em função de características sociodemográficas e clínicas. Assim, os indivíduos com menos de 70 anos praticam mais atividade física, corroborando o estudo de Colberg et al. (2016), que refere que as pessoas mais velhas têm tendência para enfrentar mais limitações físicas, como problemas de mobilidade, o que, consequentemente, reduz a prática de exercício físico. Além disso, as mulheres demonstram maior adesão ao autocuidado do que os homens, o que é consistente com os dados obtidos no estudo de Brevidelli et al. (2021), onde se verificou uma associação positiva entre ser mulher e a adesão global ao autocuidado, indicando uma maior predisposição e competência das mulheres para adotar atividades de autocuidado. Além disso, outros estudos mostram que, desde cedo, as mulheres são

educadas para cuidar de si e dos outros, o que se traduz numa maior responsabilidade no autocuidado, como monitorizar a glicemia e seguir dietas, refletindo as expetativas culturais e o papel tradicional ainda associado às mulheres (Mogre et al., 2017).

Já em relação à influência das variáveis clínicas na adesão ao autocuidado, verificou-se que indivíduos com menos de 15 anos de diagnóstico aderem melhor à medicação, contrariando alguns estudos (e.g. Brevidelli et al., 2021; Nikbina et al., 2023), no entanto a WHO (2000), indica que indivíduos com DM com maior tempo de diagnóstico tendem a apresentar uma adesão mais baixa ao tratamento. Embora se espere que um maior tempo de diagnóstico da DM2 resulte num melhor conhecimento da doença e na capacidade de gerir o esquema terapêutico, o envelhecimento pode trazer desafios adicionais. O declínio das capacidades cognitivas e motoras associado ao envelhecimento pode aumentar a dependência em relação às atividades de autocuidado, como a toma de medicamentos, o que, atendendo à elevada idade média da amostra do presente estudo, pode ajudar a compreender este resultado.

Relativamente às estratégias de *coping*, verificou-se uma maior utilização de estratégias focadas na emoção, especialmente a aceitação. De acordo com Pérez et al. (2021), à medida que as pessoas com diabetes, convivem mais tempo com a doença, tendem a desenvolver estratégias de aceitação e de adaptação emocional o que pode melhorar o autocuidado e a adaptação emocional (Hapunda, 2022).

As estratégias de *coping* utilizadas também variam em função de características sociodemográficas e clínicas. Os indivíduos com mais de 70 anos recorrem mais à religião como forma de encontrar sentido para a vida. De acordo com Onyishi et al. (2022) a prática religiosa influencia positivamente a gestão da diabetes, ajudando os idosos a aceitar a doença e fazendo com que os comportamentos de autocuidado melhorem. As mulheres utilizam mais estratégias como planeamento, suporte instrumental e socioemocional e religião, estes resultados vão ao encontro do estudo de Cholankeril et al. (2023), onde as mulheres tendiam a ser mais organizadas na gestão da diabetes, envolvendo-se em atividades de planeamento de rotina como a monitorização da glicemia, manutenção da dieta e visitas médicas regulares. Além disso, o mesmo estudo refere que as mulheres procuram mais apoio social, tanto emocional quanto instrumental, comparativamente aos homens, estando mais propensas a falar sobre as suas emoções, o que auxilia a lidar com o stress associado à doença. Em contraste, os homens tendem a recorrer mais ao uso de substâncias, como o álcool, como forma de *coping*, já que as expetativas culturais incentivam, muitas vezes, os homens a mostrar força e resiliência,

reprimindo expressões de vulnerabilidade. No mesmo sentido, pode haver um estigma associado à procura de apoio psicológico, especialmente entre os homens, desencadeando o uso de substâncias como facilitador de alívio imediato do stress e ansiedade (Whitley, 2021).

Relativamente às diferenças observadas nas estratégias de *coping* por influência das características clínicas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as subescalas Utilização de suporte socioemocional, Religião e Negação, tendo em conta o tempo de diagnóstico, com maior uso por parte dos doentes com diagnóstico de diabetes há mais de 15 anos. Os indivíduos com mais de 15 anos de diagnóstico usam mais estratégias de negação. Embora seja mais comum no início da doença, há evidências de "negação de longo prazo" na DM 2 devido à progressão lenta da doença e ausência de sintomas (Tan et al., 2023). Os resultados obtidos neste estudo também corroboram a literatura, no sentido em que existem evidências de que a religião e a utilização de suporte socioemocional desempenham um papel importante na vida dos pacientes com DM 2, especialmente entre aqueles com maior tempo de diagnóstico. A religião é, assim, vista como uma estratégia de *coping* que ajuda as pessoas a enfrentar os desafios emocionais e psicológicos relacionados com a diabetes, proporcionando um sentimento de esperança e apoio em momentos difíceis (Mohamed et al., 2017). Também o suporte socioemocional permite aos indivíduos que compartilhem as suas experiências e emoções, o que pode ajudar a alivar o stress associado à gestão da diabetes, promovendo uma sensação de normalidade entre aqueles que vivem com a doença há mais tempo (Skinner et al., 2020). Por fim, indivíduos sem outras doenças crónicas recorrem mais ao humor e à religião como estratégias de *coping*. Os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com aqueles encontrados por Greene et al. (2020), já que se verificou que, apesar dos desafios físicos e psicológicos da diabetes, as pessoas que mantiveram estilos de humor positivos, percecionavam uma redução do impacto emocional da doença, o que indica que esta estratégia de *coping* pode ser utilizada como forma de lidar com o stress e as dificuldades que advêm da doença.

O estudo identificou correlações moderadas entre estratégias de *coping* e adesão ao autocuidado na diabetes, destacando-se *Coping* Ativo e Atividade Física, Suporte Social Emocional e Alimentação, Reinterpretação Positiva e Atividade Física, e Aceitação e Atividade Física. Em contrapartida, verificou-se que o uso excessivo do Humor correlaciona-se negativamente com a adesão à medicação, sugerindo um possível mecanismo de negação da doença (Lau et al., 2021). A literatura reforça que os indivíduos

que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção, como a Aceitação e a Reinterpretação positiva, tendem a expressar as suas emoções e encontrar maneiras de se sentirem melhor emocionalmente, estando, por isso, mais motivados a praticar exercício físico, já que reconhecem ser uma forma eficaz de melhorar o bem-estar emocional e físico (Albai et al., 2017). Desta maneira, quando os pacientes recebem apoio emocional, tanto de familiares como de profissionais de saúde, tendem a sentir-se mais confiantes para fazer mudanças dietéticas, como reduzir o consumo de açúcar ou equilibrar a ingestão de hidratos de carbono (Hapunda, 2022).

Consideramos importante referir algumas limitações deste estudo. A amostra reduzida em comparação com a população que representa e a recolha de dados efetuada apenas numa instituição de saúde, limita a possibilidade de generalizar os resultados. Deve-se também considerar que, devido aos baixos níveis de literacia de alguns participantes e/ou apresentação de problemas visuais ou auditivos, o protocolo foi aplicado em formato de entrevista. Isto pode ter levado a respostas enviesadas e influenciadas pela desejabilidade social. Contudo, os resultados obtidos permitem sugerir algumas implicações para a prática clínica, como a implementação de programas de educação sobre o autocuidado na diabetes, por parte dos profissionais de saúde, em conjunto com familiares e amigos, que ajudem os pacientes a adotar um papel mais ativo na gestão da sua doença (e.g. planeamento de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis). Na mesma linha, seria importante que os pacientes usufruíssem de apoio psicológico de modo a promover a aceitação da doença crónica e a capacidade de reavaliar a situação de forma positiva, melhorando a qualidade de vida e consequente adesão à gestão da diabetes.

5. Referências Bibliográficas

Albai, A., Sima, A., Papava, I., Roman, D., Andor, B., & Gafencu, M. (2017). Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, *11*, 1235–1241. https://doi.org/10.2147/ppa.s140146

Bastos, F., Severo, M., Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*. *20*, 11-20.

Boas, L., Foss, M.C., Foss-Freitas, M., Torres, H.C., Monteiro, L. & Pace, A. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto e Contexto – Enfermagem*, *20*(2), 272-279. https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000200008

Brevidelli, M. M., Oliveira, A. B., Rodrigues , G. V. G., Gamba, M. A., & Domenico, E.

B. L. (2021). Fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais correlacionados ao autocuidado em diabetes. *Revista Cuidarte*, *12*(2). https://doi.org/10.15649/cuidarte.2057

Cholankeril, R., Xiang, E., & Badr, H. (2023). Gender differences in coping and psychological adaptation during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 993. https://doi.org/10.3390/ijerph20020993

Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., Horton, E. S., Castorino, K., & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care*, *39*(11), 2065–2079. https://doi.org/10.2337/dc16-1728

Direção-Geral da Saúde. (2024). *Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2024*. Direção Geral de Saúde. ISBN: 978-972-675-361-2

Greene, D. S., King, N. D., & Coe, J. B. (2020). Diabetes and Humor: A Preliminary Investigation. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*, *33*(2), 175–181. https://doi.org/10.2337/ds19-0028

Hapunda, G. (2022). Coping strategies and their association with diabetes specific distress, depression and diabetes selfcare among people living with diabetes in Zambia. *BMC Endocrine Disorders*, *22*(1), 215. https://doi.org/10.1186/s12902- 022-01131-2

Kueh, Y. C., Morris, T., Borkoles, E., & Shee, H. (2015). Modelling of diabetes knowledge, attitudes, self-manegement, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(129). 10.1186/s12955-015-0303-8

Lau, C. Y. K., Kong, A. P. S., Lau, J. T. F., Chan, V., & Mo, P. K. H. (2021). Coping skills and glycaemic control: the mediating role of diabetes distress. *Acta Diabetologica*, *58*(8), 1071–1079.

Macedo, J. L., Silva, D. J. S., Silva, R. L., & Assunção, M. J. S. M. (2020). Consumo alimentar e prática de exercícios físicos por indivíduos com diabetes mellitus. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, *13*(83), 1143-1150.

Mogre, V., Abanga, Z. O., Tzelepis, F., Johnson, N. A., & Paul, C. (2017). Adherence to and factors associated with self-care behaviours in type 2 diabetes patients in Ghana. *BMC Endocrine Disorders*, *17*(1), 20. https://doi.org/10.1186/s12902- 017-0169-3

Mohamed, H., Lenjawi, B., Amuna, P., & Zotor, F.B. (2017). The importance of locus of

Control, health belief and empowerment in determining self care behavior in south asian patients with type II diabetes: qualitative study. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, *9*(9), 628-633.

Nikbina, M., Doostifar, K., Rusdiana, R., Moradi, A., Marashi, T., & Nikzadian, M. (2023). The status of self-care behaviors among type 2 diabetic patients: a crosssectional study. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, *30*(2), 188-193.

Onyishi, C. N., Eseadi, C., Ilechukwu, L. C., Okoro, K. N., Okolie, C. N., Egbule, E., & Asogwa, E. (2022). Potential influences of religiosity and religious coping strategies on people with diabetes. *World journal of clinical cases*, *10*(25), 8816–8826. https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i25.8816

Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(1), 3-15.

Pereira, A., & Patricio, T., (2013). SPSS - Guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia (8ª ed.). Sílabo

Pérez, F. A., Fernández, B. P., & Cobo, M. J. G. (2021). The relationship between emotional intelligence and diabetes management: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *12*, 754362. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754362

Reis, P., Arruda, G. O., Nass, E. M. A., Ratuchnei, E. S., Haddad, M. C. F. L., & Marcon, S. S. (2020). Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes por pessoas em uso de insulina. *Revista de Enfermagem da UFSM*, *10*, 1-20. https://doi.org/10.5902/2179769239880

Skinner, T.C., Joensen, L., & Parkin, T. (2020). Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine. 37*(3), 393-400. https://doi.org/10.1111/dme.14157

Tan, C. W. Y., Xu, Y., & Lee, J. Y. C. (2023). Severe distress & denial among asian patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the primary care: A prospective, multicentre study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *197*(110574), 110574. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110574

Whitley, R. (2021). Wasted lives: Substance abuse, substance use disorder and addictions in men. In *Men's Issues and Men's Mental Health* (pp. 45–69). Springer International Publishing.

World Health Organization (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Capítulo 21

Intervenções Psicológicas Promotoras de Desempenho Académico e Bem-estar Universitário

José Maria Fialho[1], Anabela Pereira[1], Osvaldo Santos[2], Patrícia Batista[3], Catarina Paixão[1]

[1] CIEP, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Portugal

[2] ISAMB - FMUL, Universidade de Lisboa, Portugal

[3] HNL, Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Autor Correspondente: José Maria Fialho. **E-mail:** jmvb.fialho@gmail.com

Resumo: Os problemas de saúde mental são prevalentes entre estudantes universitários, sendo a ansiedade e a depressão os mais frequentemente relatados. A literatura recente tem evidenciado a efetividade de intervenções psicológicas na promoção do bem-estar neste grupo, embora subsista escassez de estudos que comparem diferentes tipos de intervenção quanto ao seu impacto combinado no desempenho académico e no bem-estar psicológico. O presente trabalho, em formato de revisão sistemática, teve como objetivo identificar quais os tipos de intervenções psicológicas que demonstram maior efetividade na melhoria do desempenho académico, medido através do GPA (Grade Point Average), e do bem-estar de estudantes universitários, com base em diferentes modelos de intervenção. A pesquisa foi conduzida nas bases de dados Scopus, PubMed e Web of Science, seguindo as diretrizes PRISMA. Foram incluídos 10 estudos, todos ensaios clínicos randomizados. A análise centrou-se em outcomes secundários extraídos de uma revisão sistemática principal. Os resultados indicam que intervenções baseadas em *mindfulness* ou na promoção de competências psicoeducativas, como a autoeficácia, apresentam um maior efeito na melhoria do GPA e na promoção do bem-estar. A duração das intervenções e a sua adequação às necessidades dos estudantes revelaram-se fatores determinantes. Conclui-se que programas psicológicos diferenciados podem constituir

um contributo relevante para o sucesso académico e para a promoção da saúde mental no ensino superior.

Palavras-chave: Saúde mental; Estudantes universitários; Intervenções psicológicas; Sucesso académico.

Abstract: Mental health problems are prevalent among university students, with anxiety and depression being the most frequently reported. Recent literature has highlighted the effectiveness of psychological interventions in promoting well-being within this group, although there is still a lack of studies comparing different types of interventions in terms of their combined impact on academic performance and psychological well-being. The present work, in the form of a systematic review, aimed to identify which types of psychological interventions demonstrate the greatest effectiveness in improving academic performance—measured by GPA (Grade Point Average)—and student well-being, based on different intervention models. The search was conducted in the Scopus, PubMed, and Web of Science databases, following PRISMA guidelines. Ten studies were included, all of which were randomized clinical trials. The analysis focused on secondary outcomes extracted from a main systematic review. The results indicate that interventions based on mindfulness or on the promotion of psychoeducational skills, such as self-efficacy, show a greater effect in improving GPA and promoting well-being. The duration of the interventions and their alignment with students' needs proved to be determining factors. It is concluded that diverse psychological programs can make a significant contribution to academic success and to the promotion of mental health in higher education.

Key-Words: Mental health; University students; Psychological interventions; Academic success.

1. Introdução

A saúde mental é uma dimensão crucial do bem-estar geral, com impacto direto na qualidade de vida, no funcionamento diário e na capacidade de adaptação dos indivíduos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com os stressores normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade" (Cornejo-Araya et al., 2024). No ensino superior, a saúde mental dos

estudantes tem-se tornado uma preocupação crescente, em particular devido ao aumento da prevalência de perturbações como a ansiedade, a depressão e o stress académico.

Um inquérito internacional conduzido pela OMS demonstrou que cerca de 30% dos estudantes universitários, em oito países, apresentaram sintomas de mal-estar psicológico (Shan et al., 2022). Cerca de um terço preenchia os critérios clínicos para depressão, com os sintomas a tenderem a agravar-se ao longo do percurso académico (Barnett et al., 2021). Estudos recentes confirmam que os estudantes universitários enfrentam níveis mais elevados de dificuldades ao nível da saúde mental do que os seus pares não universitários (Hutchesson et al., 2022; Caldarelli et al., 2024), uma situação que se agravou com o impacto da pandemia de COVID-19 (Gao et al., 2023).

A investigação identificou vários fatores de risco associados ao sofrimento psicológico nesta população, incluindo inatividade física, má higiene do sono, uso excessivo de dispositivos digitais, dificuldades financeiras e consumo de substâncias (Hutchesson et al., 2022; Gao et al., 2023; Shan et al., 2022). Estas condições podem comprometer não só o bem-estar emocional, como também o desempenho académico.

Como resposta, diversas intervenções psicológicas têm vindo a ser implementadas no ensino superior com o intuito de apoiar a saúde mental e o sucesso académico dos estudantes. Estas incluem a terapia cognitivo-comportamental, práticas baseadas em *mindfulness*, formação em competências, psicoeducação, estratégias de coping, intervenções artísticas, biofeedback e programas de autoajuda (Barnett et al., 2021; Shan et al., 2022; Amanyermez et al., 2022). Várias destas abordagens demonstraram efeitos positivos não apenas na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, mas também na melhoria de indicadores académicos como a média ponderada, o envolvimento académico e a retenção (Baumgartner & Schneider, 2023; Wingert et al., 2020).

Contudo, a maioria dos estudos existentes foca-se sobretudo em resultados psicológicos, havendo relativamente poucos que utilizem medidas objetivas de desempenho académico como indicadores principais. Variáveis como procrastinação, motivação ou intenção de desistência são frequentemente utilizadas como substitutos do sucesso académico, o que limita a precisão das conclusões quanto ao impacto real destas intervenções nas trajetórias académicas dos estudantes (Zhou & Wang, 2023).

Perante esta lacuna, torna-se essencial consolidar o conhecimento sobre os efeitos das intervenções psicológicas com base em evidência empírica rigorosa e indicadores académicos concretos. Assim, o presente estudo, que tem por base os resultados de uma revisão sistemática principal, propõe-se a realizar uma revisão sobre quais os tipos de

intervenções psicológicas que demonstram maior efetividade na melhoria do desempenho académico, medido através do GPA (Grade Point Average), e do bem-estar de estudantes universitários, com base em diferentes modelos de intervenção.

2. Métodos

Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura em conformidade com as diretrizes PRISMA (Moher et al., 2009). A pesquisa de estudos publicados foi realizada nas bases de dados eletrónicas Scopus, PubMed e Web of Science. As estratégias de pesquisa foram ajustadas às especificidades e à sintaxe de cada base de dados e implementadas a 8 de outubro de 2024. A definição dos termos de pesquisa relevantes resultou de discussão e consenso entre os membros da equipa de investigação, incluindo sinónimos relacionados com estudantes universitários, intervenções psicológicas e sucesso académico.

A triagem dos títulos e resumos foi efetuada de forma independente por dois revisores. As discrepâncias entre os pareceres foram resolvidas mediante consulta a um terceiro revisor. Os critérios de inclusão foram os seguintes: (i) estudos que avaliassem a eficácia de uma ou mais intervenções psicológicas em estudantes matriculados numa universidade ou noutra instituição de ensino superior (como institutos politécnicos), independentemente da idade ou nacionalidade; (ii) estudos que examinassem o sucesso académico com base em resultados mensuráveis, isto é, indicadores objetivos do desempenho académico, em detrimento de avaliações qualitativas ou variáveis indiretamente associadas (por exemplo, procrastinação); (iii) artigos publicados em revistas científicas com revisão por pares, redigidos em português ou inglês.

1. Extração e síntese de dados

A extração de dados foi efetuada por um investigador, sendo subsequentemente validada de forma independente por um segundo elemento da equipa. A informação recolhida foi sistematizada em uma tabela normalizada, que contemplou os seguintes dados: identificação dos autores; ano de publicação; país de realização do estudo; desenho do estudo; caraterísticas da intervenção e resultados principais.

As abordagens metodológicas adotadas nos estudos incluídos revelaram uma heterogeneidade substancial, refletida nas variações do desenho dos estudos, nos contextos de recolha de dados, nos procedimentos de amostragem e nas dimensões amostrais. Adicionalmente, os resultados avaliados, em particular os relativos à saúde mental, apresentaram uma elevada diversidade.

3. Resultados

O processo de seleção está descrito na Figura 1. A partir de uma lista inicial de 239 títulos potencialmente relevantes, no entanto, apenas dez estudos foram incluídos nesta revisão sistemática. O desenho metodológico mais comum foi o ensaio clínico randomizado, presente em seis artigos. Em termos geográficos, três estudos foram realizados nos Estados Unidos, dois na Índia e os restantes em Itália, Suíça, Austrália, Noruega e Malásia. A maioria dos estudos teve origem em contextos ocidentais e asiáticos, sem representação de África e América do Sul.

Caraterização da população/amostras do estudo

A Tabela 1 resume as características das populações em estudo incluídas nesta revisão sistemática. Todos os estudos tinham como alvo estudantes universitários, embora as áreas académicas específicas variassem. Algumas amostras eram compostas por estudantes inscritos em cursos de Psicologia ou áreas relacionadas com a Saúde (por exemplo, Baumgartner & Schneider, 2023; Renuka Devi et al., 2013), enquanto outras se centravam em populações de estudantes de licenciatura mais amplas (por exemplo, Scofield et al., 2017; Sharma et al., 2022).

Os tamanhos das amostras variavam consideravelmente, desde intervenções de pequena escala com 50 a 66 participantes (por exemplo, Vorontsova-Wenger et al., 2022; Esposito et al., 2023), até dados observacionais de grande escala envolvendo 13.694 estudantes (Scofield et al., 2017). A maioria dos estudos recrutou amostras com menos de 200 participantes, sendo que apenas três estudos (Scofield et al., Sharma, e Rajiah & Saravanan) ultrapassaram este número.

As faixas etárias foram reportadas em sete dos dez estudos. Nestes, os participantes eram geralmente jovens adultos, maioritariamente entre os 17 e os 25 anos, o que está de acordo com a idade típica de ingresso no ensino superior. As idades médias variaram entre os 18,5 e os 25,3 anos. É de notar que o estudo de Vorontsova-Wenger et al. (2022) incluiu uma faixa etária mais ampla (dos 18 aos 45 anos), refletindo uma população estudantil mais heterogénea em termos de fase de vida.

A composição de género foi descrita na maioria dos estudos. Vários relataram uma predominância de participantes do sexo feminino (por exemplo, Firth et al., 2019; Keech et al., 2019), enquanto outros apresentaram distribuições mais equilibradas (por exemplo, Rajiah & Saravanan, 2014). O estudo de Wingert et al. (2020) foi o único a incluir explicitamente participantes não binários (n = 3) e um participante que não revelou o seu género.

De um modo geral, os estudos foram realizados em contextos universitários diversos, abrangendo diferentes realidades culturais e socioeconómicas, incluindo a América do Norte (EUA), Europa (Itália, Suíça, Noruega), Ásia (Índia, Malásia) e Austrália.

2. Descrição das caraterísticas das intervenções

As intervenções psicológicas implementadas nos dez estudos incluídos variaram quanto à sua orientação teórica, formato e duração. As abordagens baseadas em *mindfulness* foram as mais frequentemente utilizadas, estando presentes em vários estudos com desenhos distintos. Por exemplo, Baumgartner e Schneider (2023) aplicaram um programa estruturado ao longo de sete semanas, com sessões semanais de uma hora e trinta minutos, complementadas por vinte minutos de prática individual diária. De forma semelhante, Vorontsova-Wenger et al. (2022) e Firth et al. (2019) introduziram programas breves de *mindfulness*, realizados através de sessões semanais, com foco no bem-estar, na gestão do stress e na autoeficácia académica.

Tabela 1 - Tabela de extração

Autores / Ano / País	**Desenho do Estudo**	**Características da Intervenção**	**Resultados Principais**
Baumgartner & Schneider (2023, EUA)	RCT	MBSR durante 7 semanas ou Técnicas de Estudo; 1,5h/semana; 20 min de prática diária em casa	A média académica (GPA) melhorou no grupo MBSR, mas não nos controlos
Esposito et al. (2023, Itália)	Quasi-experimental	13 sessões online de aconselhamento usando o Caminho da Mediação Narrativa	Os grupos de aconselhamento online apresentaram melhoria geral em todas as variáveis
Sharma et al. (2022, Índia)	Descritivo (dados primários)	Práticas de meditação e mindfulness avaliadas por questionário	A meditação melhorou o bem-estar geral e o desempenho académico dos estudantes

Vorontsova-Wenger et al. (2022, Suíça)	RCT	Programa breve de mindfulness; sessões semanais; prática em casa	Redução de sintomas psicológicos; melhoria dos resultados académicos
Keech et al. (2019, Austrália)	RCT	Duas sessões laboratoriais em duas semanas; intervenção ou controlo + avaliações de resultados	Redução de sintomas psicológicos e melhoria do desempenho académico com mindfulness
Firth et al. (2019, Noruega)	RCT	Mindfulness de curta duração focado em autoeficácia, dor, stress e resultados académicos	Mindfulness melhorou o bem-estar e o stress; efeitos mistos na autoeficácia; a autoeficácia previu o desempenho académico
Renuka Devi et al. (2013, Índia)	Quasi-experimental	Aconselhamento para questões académicas/pessoais durante 1 ano	A maioria dos estudantes melhorou as notas (10–25%) após aconselhamento; mais sessões ligadas a maior melhoria
Rajiah & Saravanan (2014, Malásia)	RCT	Psicoeducação + relaxamento + dessensibilização sistemática (6 sessões/3 semanas)	Redução da ansiedade e aumento da média académica (GPA)
Scofield et al. (2017, EUA)	Coorte	Uso de serviços de aconselhamento universitário (sem intervenção específica)	Estudantes que usaram aconselhamento graduaram-se menos (79,8%) e marcaram mais sessões, sugerindo

			problemas de saúde mental mais severos
Wingert et al. (2020, EUA)	RCT	Programa de prática de mindfulness baseado em forças	O grupo de intervenção mostrou melhorias no bem-estar e maiores taxas de retenção

Keech et al. (2019) conduziram uma intervenção breve composta por duas sessões num ambiente laboratorial controlado, em que os participantes foram expostos à intervenção ativa ou a uma atividade de controlo, sendo posteriormente avaliados. Wingert et al. (2020) avaliaram o impacto de um programa de oito semanas centrado no *mindfulness* e no desenvolvimento de forças pessoais, com o objetivo de promover o bem-estar estudantil e a persistência académica.

Outros estudos implementaram intervenções com base em modelos de aconselhamento e enquadramentos psicoterapêuticos. Esposito et al. (2023) ofereceram treze sessões de aconselhamento em grupo, online, com base na metodologia do Percurso de Mediação Narrativa. Renuka Devi et al. (2013) proporcionaram acompanhamento psicológico individual contínuo ao longo de um ano letivo, abordando tanto desafios académicos como pessoais. Scofield et al. (2017), através de um estudo coorte, analisaram os resultados dos estudantes associados à utilização voluntária dos serviços de aconselhamento universitário.

Rajiah e Saravanan (2014) implementaram um programa psicológico estruturado composto por psicoeducação, técnicas de relaxamento e exercícios de dessensibilização ao longo de um período de três semanas. Sharma et al. (2022) avaliaram o papel da meditação e do *mindfulness* através de uma metodologia descritiva com recurso a medidas de autorrelato, sem administrarem uma intervenção padronizada.

De forma geral, as intervenções diferiram na estrutura, duração e método de implementação, variando entre atividades breves e estruturadas e apoio terapêutico de longa duração. Esta diversidade ilustra a amplitude de estratégias psicológicas disponíveis para apoiar a saúde mental e o desempenho académico dos estudantes no ensino superior.

3. O impacto das intervenções psicológicas no desempenho académico

Os resultados dos dez estudos incluídos sugerem uma relação geralmente positiva entre as intervenções psicológicas e o desempenho académico de estudantes universitários, sobretudo quando este é medido através de indicadores objetivos, como a média final (GPA) e as taxas de retenção. Várias intervenções, especialmente as baseadas em *mindfulness* (ex.: estudos 1, 4, 5 e 6), reportaram melhorias nos resultados académicos. Por exemplo, o estudo 1 demonstrou que os participantes do grupo de MBSR apresentaram um aumento na média final em comparação com o grupo de controlo. De forma semelhante, no estudo 5, uma intervenção breve de *mindfulness* levou a um melhor desempenho académico, especialmente entre os indivíduos com níveis mais elevados de *distress*.

As intervenções baseadas em aconselhamento também mostraram resultados promissores. O estudo 7 revelou que a maioria dos estudantes melhorou as suas notas após o acompanhamento psicológico, com uma correlação positiva entre o número de sessões e os ganhos académicos. O estudo 2, que utilizou aconselhamento online, indicou melhorias percebidas no envolvimento e desempenho académico, a par de um maior bem-estar. Além disso, o estudo 8 confirmou uma redução na ansiedade face aos testes e no *distress* psicológico, acompanhada por um aumento da média final após um programa que combinou psicoeducação com exercícios de dessensibilização.

Contudo, nem todos os resultados foram uniformemente positivos. O estudo 9, recorrendo a registos universitários, observou taxas de graduação mais baixas entre os estudantes que recorreram aos serviços de aconselhamento. Este resultado provavelmente reflete uma maior gravidade das dificuldades psicológicas nesse subgrupo, e não uma ineficácia do próprio aconselhamento.

Em suma, apesar da diversidade metodológica entre os estudos, a evidência apoia a conclusão de que as intervenções psicológicas podem influenciar positivamente o desempenho académico, especialmente através de mecanismos como a redução do stress, a regulação emocional e o aumento da autoeficácia. A inclusão de indicadores académicos objetivos, como o GPA, reforça a validade destes resultados e destaca o potencial das intervenções em saúde mental como recurso para o sucesso académico no ensino superior.

4. Discussão

Os resultados da presente revisão sistemática indicam que as intervenções baseadas em *mindfulness* e o aconselhamento psicológico tendem a revelar-se eficazes na promoção do bem-estar e na melhoria do desempenho académico de estudantes do ensino superior.

Verifica-se uma predominância de estudos com desenho experimental (RCT), o que confere maior solidez metodológica às conclusões apresentadas.

As intervenções de *mindfulness* destacam-se em vários estudos (Baumgartner & Schneider, 2023; Vorontsova-Wenger et al., 2022; Keech et al., 2019; Firth et al., 2019; Wingert et al., 2020), com resultados consistentes na redução de sintomas psicológicos (como ansiedade e stress) e, em vários casos, na melhoria do desempenho académico medido pelo GPA. Por exemplo, Baumgartner & Schneider (2023) observaram um aumento significativo da média académica no grupo que participou no programa de Redução de Stress Baseada em *Mindfulness* (MBSR), em contraste com os grupos de controlo. Resultados semelhantes foram encontrados por Keech et al. (2019) e Vorontsova-Wenger et al. (2022), sugerindo que até programas breves, com sessões semanais e prática individual, podem produzir efeitos positivos. O estudo de Firth et al. (2019) evidencia ainda o papel mediador da autoeficácia – promovida pelo *mindfulness,* na melhoria do desempenho académico, apontando para a importância de fatores psicológicos internos na explicação destes resultados.

Também o aconselhamento psicológico mostrou ser uma intervenção eficaz. Esposito et al. (2023) verificaram melhorias globais nas variáveis avaliadas após a participação em 13 sessões online baseadas no modelo da mediação narrativa. De forma semelhante, Renuka Devi et al. (2013) constataram que a maioria dos estudantes melhorou significativamente as suas classificações após um ano de acompanhamento, sendo que um maior número de sessões esteve associado a ganhos mais expressivos. Estes dados sugerem que intervenções de médio a longo prazo podem ter um impacto mais sustentado no desempenho académico.

A psicoeducação aliada a técnicas de relaxamento e dessensibilização sistemática, como no estudo de Rajiah & Saravanan (2014), revelou também benefícios claros, tanto na redução da ansiedade como no aumento do GPA, reforçando a importância de abordagens que integrem componentes emocionais e comportamentais.

Por outro lado, o estudo observacional de Scofield et al. (2017) apresenta resultados aparentemente contraditórios, indicando que os estudantes que recorreram aos serviços de aconselhamento universitário apresentaram menores taxas de graduação. No entanto, este achado pode refletir a gravidade dos problemas de saúde mental dos estudantes que procuram ajuda, e não a ineficácia da intervenção em si. Assim, sublinha-se a importância de intervenções mais precoces e ajustadas às necessidades individuais.

Em síntese, os dados analisados apontam para a eficácia de intervenções breves e focalizadas, como os programas de *mindfulness*, bem como para o valor de intervenções continuadas, como o aconselhamento psicológico, particularmente quando há adesão consistente. A diversidade de modelos identificados (*mindfulness*, mediação narrativa, psicoeducação, entre outros) reforça a necessidade de estratégias flexíveis e adaptadas aos diferentes perfis dos estudantes.

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações transversais aos estudos incluídos, nomeadamente o reduzido tamanho amostral em alguns casos, a ausência de seguimento longitudinal e a heterogeneidade na medição do bem-estar e do desempenho académico. Estes fatores limitam a generalização dos resultados e realçam a necessidade de investigação futura com metodologias mais robustas, maior diversidade amostral e inclusão de variáveis mediadoras e moderadoras (como motivação, apoio social ou carga horária de trabalho/estudo).

5. Referências Bibliográficas

Amanvermez, Y., Zhao, R., Cuijpers, P., de Wit, L., Ebert, D., Kessler, R., Bruffaerts, R., & Karyotaki, E. (2022). Effects of self-guided stress management interventions in college students: A systematic review and meta-analysis. Internet Interventions, 28, 100503. https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100503

Barnett, P., Arundell, L., Saunders, R., Matthews, H., & Pilling, S. (2021). The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 280, 381–406. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.060

Baumgartner PhD, J. N., & Schneider PhD, T. R. (2023). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction on academic resilience and performance in college students. *Journal of American college health : J of ACH*, *71*(6), 1916–1925. https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1950728

Caldarelli, G., Pizzini, B., Cosenza, M., & Troncone, A. (2024). The prevalence of mental health conditions and effectiveness of psychological interventions among university students in Italy: A systematic literature review. Psychiatry Research, 342, 116208. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116208

Cornejo-Araya, C., Gallardo-Lazo, M., Salas, G., Tapia-Parada, C., López-López, W., & Marsico, G. (2024). Well-being in doctoral students: Considerations for the academic community. Psychology Hub, 41(2). https://doi.org/10.13133/2724-2943/18298

Esposito, G., Freda, M. F., & Manzo, S. (2016). Reflexivity and improvements in academic performance. In M. F. Freda, J. González-Monteagudo, & G. Esposito (Eds.), Working with underachieving students in higher education: Fostering inclusion through narration and reflexivity (pp. 124–138). New York: Routledge.

Esposito, G., Passeggia, R., Pepicelli, G., Canna, A., Rosaria, D. N., Parlato, F., & Freda, M. F. (2023). Supporting university students during the pandemic: A study on the efficacy. Mediterranean Journal of Clinical Psychology. https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3705

Firth, A. M., Cavallini, I., Sutterlin, S., & Lugo, R. G. (2019). Mindfulness and self-efficacy in pain perception, stress and academic performance. The influence of mindfulness on cognitive processes. Psychology Research and Behavior Management, 565–574. https://doi.org/10.2147/PRBM.S206666

Gao, Y., Chen, Z., Chen, S., Wang, S., & Lin, J. (2023). Risk factors for neck pain in college students: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12889-023-16212-7

Hutchesson, M., Whatnall, M., Yazin, N., Fenton, S., Duncan, M., Kay-Lambkin, F., & Burrows, T. (2022). Health behavior interventions for university students measuring mental health outcomes: A scoping review. Frontiers in Public Health, 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1063429

Keech, J. J., Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2019). Changing stress mindsets with a novel imagery intervention: A randomized controlled trial. Emotion, 1–40. https://doi.org/10.1037/emo0000678

Rajiah, K., & Saravanan, C. (2014). The effectiveness of psychoeducation and systematic desensitization to reduce test anxiety among first-year pharmacy students. American Journal of Pharmaceutical Education, 78(9), 163. https://doi.org/10.5688/ajpe789163

Renuka, D. M., Devaki, P. R., Madhanika, P., & Saikumar, P. (2013). The effect of counselling on the academic performance of college students. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 7(5), 1086–1088. https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/5247.3054

Scofield, B. E., Stauffer, A. L., Locke, B. D., Hayes, J. A., Hung, Y., Nyce, M. L., & Yin, A. C. (2017). The relationship between students' counseling center contact and long-term educational outcomes. Psychological Services, 14(4), 461–469. https://doi.org/10.1037/ser0000159

Shan, Y., Ji, M., Xie, W., Li, R., Qian, X., Zhang, X., & Hao, T. (2022). Interventions in Chinese undergraduate students' mental health: Systematic review. Interactive Journal of Medical Research, 11(1). https://doi.org/10.2196/38249

Sharma, P., Malhotra, R. K., Ojha, M. K., & Gupta, S. (2022). Impact of meditation on mental & physical health and thereby on academic performance of students: A study of higher educational institutions of Uttarakhand. Journal of Medical Pharmaceutical and Allied Sciences, 11(2), 4641–4644. https://doi.org/10.55522/jmpas.V11I2.2309

Vorontsova-Wenger, O., Ghisletta, P., Ababkov, V., Bondolfi, G., & Barisnikov, K. (2022). Short mindfulness-based intervention for psychological and academic outcomes among university students. Anxiety, Stress, & Coping, 35(2), 141–157. https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1931143

Wingert, J. R., Jones, J. C., Swoap, R. A., & Wingert, H. M. (2020). Mindfulness-based strengths practice improves well-being and retention in undergraduates: A preliminary randomized controlled trial. Journal of American College Health, 1–8. https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1764005

Zhou, Y., & Wang, J. (2023). Internet-based self-help intervention for procrastination: Randomized control group trial protocol. Trials, 24(1), 82. https://doi.org/10.1186/s13063-023-07112-7

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264–269. https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

Capítulo 22

Bem-estar em adultos de meia-idade e idosos portugueses

Inês Agostinho[1,2], Catarina Paulino[2], Maria Luísa Grácio[1,2], Maria João Carapeto[1,3]

[1] Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal

[2] Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UÉ), Universidade de Évora, Portugal

[3] Comprehensive Health Research Center (CHCR), Universidade de Évora, Portugal

Autor Correspondente: Inês Agostinho. **E-mail:** ines.agostinho@uevora.pt

Resumo: O envelhecimento tem sido associado a mudanças no bem-estar de adultos de meia-idade e idosos. Com o envelhecimento da população, torna-se cada vez mais necessário recorrer a uma abordagem integrativa da saúde que valorize o bem-estar psicológico, emocional e social, reforçando o suporte necessário para um envelhecimento bem-sucedido. O objetivo deste estudo é caraterizar o bem-estar em função de variáveis sociodemográficas em adultos de meia-idade e idosos (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, residência, coabitação e autoperceção de saúde). Utilizou-se uma metodologia quantitativa, correlacional, com desenho transversal e amostragem não probabilística. Uma amostra com trezentos e treze indivíduos (46-84 anos) preencheu um questionário online de autorrelato sobre dados sociodemográficos e o *Mental Health Continuum – Short Form*, para avaliar o bem-estar (emocional, social, psicológico e total). Os resultados sugeriram que pessoas mais velhas, com menores habilitações académicas, reformadas/desempregadas, residentes no Alentejo e com boa autoperceção de saúde têm níveis mais elevados de bem-estar. Destaca-se a importância de mais estudos sobre o bem-estar em adultos de meia-idade e idosos portugueses e a necessidade de intervenções que promovam o bem-estar ao longo do envelhecimento.

Palavras-chave: Bem-estar; Envelhecimento bem-sucedido; Meia-idade; Idosos.

Abstract: Ageing has been associated with changes in the well-being of middle-aged and older adults. With the ageing of the population, it is becoming increasingly necessary to use an integrative approach to health that values psychological, emotional and social well-being, reinforcing the support needed for successful ageing. The aim of this study was to characterize well-being according to sociodemographic variables in middle-aged and elderly adults (gender, age, marital status, educational qualifications, professional status, residence, cohabitation and self-perceived health). A quantitative, correlational methodology was used, with a cross-sectional design and non-probabilistic sampling. A sample of three hundred and thirteen individuals (aged 46-84) completed an online self-report questionnaire on sociodemographic data and the Mental Health Continuum - Short Form to assess well-being (emotional, social, psychological and total). The results suggested that people who were older, had lower educational qualifications, were retired/unemployed, lived in the Alentejo and had a good self-perception of health had higher levels of well-being. This highlights the importance of further studies on well-being in Portuguese middle-aged and elderly adults and the need for interventions that promote well-being throughout ageing.

Key-Words: Well-being; Successful ageing; Middle age; Elderly.

1. Introdução

Ao longo das últimas décadas, a esperança média de vida tem demonstrado um aumento significativo, havendo uma maior proporção da população idosa a manter-se ativa durante mais tempo (PORDATA, 2023). Apesar desta evolução, verifica-se que o número de anos de vida saudável aos 65 anos é inferior à média dos restantes países da União Europeia (Eurostat, 2022), especialmente para o género feminino, o que reforça a importância de perceber o processo de envelhecimento em Portugal e o bem-estar ao longo do mesmo.

O envelhecimento é um processo natural, contínuo e inevitável que ocorre ao longo do ciclo de vida, resultante de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este processo pode ser moldado pelos diversos papéis sociais que os indivíduos assumem (Cabral et al., 2013) e pela alteração das relações interpessoais (WHO, 2015). A continuidade que caracteriza o envelhecimento, ligada a transições graduais, reforça que não se aponta uma idade fixa de transição (Cabral et al. 2013). Ainda assim, para uma melhor contextualização, é possível distinguir etapas do desenvolvimento na vida adulta, nomeadamente adultos de meia-idade (40-60 anos) e adultos mais velhos (> 60 anos) (Veríssimo, 2002).

As visões tradicionais, que caracterizavam o envelhecimento como declínio, deram lugar a novos modelos de envelhecimento, nomeadamente saudável, ativo e bem-sucedido. O envelhecimento saudável é um processo multidimensional, com ênfase na saúde física, mental e social (Faria, 2018). O envelhecimento ativo refere-se à promoção das condições de saúde, participação e proteção, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (WHO, 2002). O envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se por um alto nível de bem-estar subjetivo, envolve a apresentação de normas e valores fundamentais para uma boa vida, tarefas de desenvolvimento adequadas, bem como a capacidade de adaptação às mudanças, parecendo assim valorizar mais o ponto de vista das pessoas sobre a sua própria experiência de envelhecimento no contexto do seu desenvolvimento (Wahl, 2020).

O processo de envelhecimento, com todas as mudanças inerentes ao mesmo, pode associar-se a alterações no bem-estar (Faísca et al., 2019; Qualter et al., 2015). Nesse sentido, os modelos de bem-estar subjetivo, psicológico e social têm ajudado a compreender o bem-estar ao longo da vida adulta e no contexto do envelhecimento. O bem-estar subjetivo relaciona-se com a perceção do indivíduo relativamente à sua satisfação com a vida, com os afetos positivos e afetos negativos (Diener, 1985). No envelhecimento, as avaliações e afetos subjacentes ao bem-estar subjetivo podem ser moldados por todas as mudanças que o acompanham (Charles & Carstemsen, 2010).

O bem-estar psicológico refere-se ao nível pleno de funcionamento psicológico de um indivíduo, assente em seis dimensões, vistas como fontes de bem-estar: autoaceitação, relacionamento interpessoal, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989). Ao longo do envelhecimento, os desafios relacionados com a saúde, a perda de papéis sociais ou a adaptação a novas realidades podem impactar diretamente o bem-estar psicológico (Wahl, 2020).

O bem-estar social caracteriza-se pela avaliação que a pessoa faz do próprio funcionamento em sociedade, com base na coerência, integração, contribuição, aceitação e atualização social (Keyes, 1998). O enfraquecimento dos laços sociais, a perda de entes queridos, a alteração de papéis socais e o isolamento social, decorrentes do processo de envelhecimento, podem provocar alterações no bem-estar social e nas suas dimensões (Cabral et al., 2013).

Segundo alguns autores, são os adultos mais velhos homens que tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar subjetivo e psicológico (Grácio et al. 2022; Mónico & Margaça, 2024). As habilitações académicas são, geralmente, referidas como fator

protetor do envelhecimento bem-sucedido, pela sua associação ao bem-estar emocional (especialmente nos jovens e nos adultos de meia-idade; Chan et al. 2020; Ribeiro-Gonçalves et al. 2022). O estado civil tem sido associado à satisfação com a vida (Aman et al., 2021), mas de forma inconsciente (Hinz et al. 2025). Sabe-se que uma boa autoperceção de saúde é um indicador positivo de bem-estar geral (Parente et al. 2018). Todavia, são escassos os estudos sobre o bem-estar no contexto do envelhecimento dos adultos portugueses, especialmente estudos que analisem as diferentes dimensões de que o bem-estar se reveste e que esclareçam a relação destas diferentes dimensões do bem-estar com variáveis sociodemográficas. Este conhecimento é crucial para apoiar a intervenção psicológica e em particular para direcionar e desenhar intervenções de caráter preventivo e/ou de promoção de competências para um envelhecimento bem-sucedido. Desta forma, a presente investigação tem como objetivo caracterizar o bem-estar de adultos de meia-idade e mais velhos portugueses, tendo em conta variáveis sociodemográficas, tais como: género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, região de residência, coabitação e autoperceção de saúde.

2. Método

A metodologia utilizada na presente investigação é de natureza quantitativa, correlacional, com desenho transversal e amostragem não probabilística, criterial e acidental.

2.1 Participantes

Participaram no estudo 313 indivíduos, com idades compreendidas entre os 46 e 84 anos (M = 59.30; DP = 7.72), onde 27.5% eram do género masculino e 72.5% do género feminino. A maior parte são casados (60.7%), a maioria é licenciado (29.1%) ou tem ensino secundário (27.5%). Residem predominantemente no Alentejo (50.7%), com o/a esposo/a ou companheiro/a (36.4%) ou com o/a esposo/a ou companheiro/a e outros familiares (35.5%). A maior parte refere ter filhos (90.7%), no entanto não tem netos e/ou bisnetos (66.8%). Relativamente à situação profissional, a maioria trabalha por conta de outrem (59.7%), seguida dos reformados (24.3%). A ocupação regular mais referida são atividades desportivas (29.61%) e de educação/ formação (19.74%). Quanto à autoperceção de saúde geral, a maioria classifica-a como boa (73.5%), tal como a saúde física (73.5%) e mental (71.9%). A maioria afirma-se como crente não praticante (59.4%) e da religião católica (78%).

2.2 Medidas e Instrumentos

2.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico recolheu informação sobre idade, género, estado civil, habilitações académicas, região de residência, com quem vive, situação profissional, ocupações regulares, posição perante a religião. Para medir a autoperceção de saúde utilizaram-se três itens para avaliar a autoperceção de saúde geral, física e mental, numa escala de 0 ("má") a 3 ("muito boa").

2.2.2 Mental Health Continuum Short-Form (MHC-SF)

Para avaliar o bem-estar utilizou-se a *Mental Health Continuum Short-Form* (Keyes, 2002), composta por 14 itens que permitem avaliar o bem-estar emocional (três itens), o bem-estar psicológico (seis itens) e o bem-estar social (cinco itens). A sua versão reduzida foi adaptada à população portuguesa por Fonte et al. (2020). Com a amostra do presente estudo, o instrumento apresenta uma boa consistência interna (bem-estar emocional, α = .87; social: α = .81; psicológico: α = .83; total: α = .90).

2.3 Procedimentos

2.3.1 Recolha e Análise de dados

Os instrumentos mencionados foram disponibilizados online através da plataforma LimeSurvey, juntamente com a declaração de consentimento informado. A divulgação do inquérito foi realizada através da partilha nas redes sociais (e.g. Instagram, Facebook, Whatsapp) e através de email para universidades sénior da zona de Évora. Para além da divulgação online, foram também recolhidas algumas respostas presencialmente. Houve um total de 495 acessos ao inquérito, sendo que 168 não completaram o preenchimento do mesmo e 14 foram excluídos por terem idade inferior a 45 anos.

Após a recolha de dados, os dados foram tratados através do programa de análise estatística IBM SPSS Statistics (versão 27). As diferenças nos níveis de bem-estar (total, emocional, psicológico e social) entre as categorias de cada variável sociodemográfica foram testadas com testes *t* para amostras independentes (género, estado civil, situação profissional, região de residência, coabitação) ou teste de Kruskal-Wallis (situação profissional); no segundo caso, quando as diferenças globais se revelaram estatisticamente significativas, foram utilizados testes de Mann-Whitney para, através de comparações múltiplas, identificar os pares de categorias que registaram diferenças

estatisticamente significativas. Calcularam-se também correlações (Spearman e Pearson) para testar a associação das medidas de bem-estar com variáveis sociodemográficas quantitativas (idade, habilitações académicas e autoperceção de saúde). Uma diferença ou uma correlação foi considerada estatisticamente significativa quando $p < .05$.

Esta investigação faz parte de um estudo mais amplo, sobre "Envelhecimento e Bem-Estar: o Papel da Religiosidade e da Solidão", que foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (registo GD/48619/2023).

3. Resultados

3.1 Bem-estar e género

Não se registaram diferenças de género em nenhuma das dimensões do bem-estar.

3.2 Bem-estar e idade

Os resultados indicam que, à medida que a idade avança, verificam-se níveis mais elevados de bem-estar total ($p = .006$), social ($p = .008$) e psicológico ($p = .021$). As correlações são, no entanto, pequenas ($.10 < r < .30$).

3.3 Bem-estar e estado civil

Verificou-se que nenhuma das variáveis de bem-estar apresentou diferenças significativas em função do estado civil.

3.4 Bem-estar e habilitações literárias

As habilitações académicas relacionam-se significativamente de forma negativa com o bem-estar emocional ($p = .033$), o que indica que quanto maiores forem os níveis académicos, menor é o bem-estar emocional. As correlações são, no entanto, pequenas ($.10 < r < .30$).

3.5 Bem-estar e situação profissional

Os resultados indicaram que o grupo de reformados/ desempregados apresenta níveis superiores de bem-estar social em comparação aos trabalhadores por conta própria ($U = 1047.5$, $p = .023$) e por conta de outrem ($U = 6409.50$, $p = .015$).

3.6 Bem-estar e região de residência

Observou-se que o bem-estar social é significativamente superior nas pessoas que residem na zona do Alentejo ($p = .018$), comparativamente com o resto do país. No entanto, o tamanho do efeito do d de Cohen considerou-se pequeno ($d < .20$).

3.7 Bem-estar e coabitação

Verifica-se que não há diferenças no bem-estar, relativamente a coabitar com a família ou viver só.

3.8 Bem-estar e autoperceção de saúde

A autoperceção positiva de saúde (geral, física e mental) associou-se fortemente a todas as dimensões do bem-estar (total, emocional, social e psicológico).

A autoperceção de saúde geral associou-se de forma significativa e positiva com o bem-estar emocional ($p < .001$), total ($p < .001$), psicológico ($p < .001$), social ($p < .001$). A autoperceção de saúde física demonstrou associações significativas com o bem-estar emocional ($p < .001$), total ($p < .001$), psicológico ($p < .001$) e social ($p = .012$). A autoperceção de saúde mental associou-se significativamente com o bem-estar psicológico ($p < .001$), total ($p < .001$), emocional ($p < .001$) e social ($p < .001$).

As correlações da autoperceção de saúde mental têm uma força média ($.30 < r < .50$; Cohen, 2016) com o bem-estar total, psicológico e emocional.

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas (média e desvio padrão) das diferentes medidas de bem-estar em função de variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas do bem-estar em função de variáveis sociodemográficas (e valor *p* dos testes estatísticos à diferença entre categorias).

	Bem-estar							
	Total		Emocional		Social		Psicológico	
	M (DP)	*p*	*M (DP)*	*p*	*M (DP)*	*p*	*M (DP)*	*p*
Género		.180		.105		.221		.375
Feminino (*N*=227)	48.54 (11.19)		11.38 (3.17)		13.58 (5.78)		23.59(5.02)	
Masculino (*N*=86)	50.57 (11.74)		11.94 (2.54)		14.48(5.81)		24.15 (5.01)	
Estado Civil		.694		.383		.349		.702

	Bem-estar							
	Total		Emocional		Social		Psicológico	
	M (DP)	*p*	*M (DP)*	*p*	*M (DP)*	*p*	*M (DP)*	*p*
Casados/União de Facto (*N*=211)	48.97 (11.64)		11.64 (2.83)		13.66 (5.63)		23.66 (4.99)	
Solteiros/Divorciados/ Viúvos (*N*=99)	49.55 (12.65)		11.32 (3.39)		14.32 (6.07)		23.9 (5.15)	
Situação Profissional		.058		.153		.019		.451
Conta própria (*N*=34)	47.71 (12.59)		11.32 (3.46)		12.53 (6.34)		23.86 (4.59)	
Conta outrem (*N*=187)	48.49 (12.04)		11.43 (2.88)		13.57 (5.60)		23.48 (5.33)	
Reformados/Desempregados (*N*=84)	51.73 (10.91)		11.99 (2.89)		15.31 (5.73)		24.43 (4.40)	
Região de Residência		.064		.407		.018		.147
Alentejo (*N*=190)	50.11 (11.82)		11.65 (3.02)		14.38 (5.66)		24.07 (4.97)	

	Bem-estar							
	Total		Emocional		Social		Psicológico	
	M (DP)	*p*	*M (DP)*	*p*	*M (DP)*	*p*	*M (DP)*	*p*
Outras regiões (*N*=123)	47.54 (12.01)		11.36 (3.00)		12.96 (5.92)		23.23 (5.07)	
Coabitação		.734		.601		.326		.992
Família (*N*=264)	49.00 (11.83)		11.57 (2.96)		13.69 (5.73)		23.74 (5.04)	
Só (*N*=49)	49.63 (12.63)		11.33 (3.29)		14.57 (6.12)		23.73 (4.97)	

A Tabela 2 mostra as correlações das dimensões do bem-estar com as restantes variáveis sociodemográficas em estudo.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas e correlações das dimensões do bem-estar com a idade, habilitações académicas e autoperceção de saúde

	M (DP)	**Bem-Estar**			
		Total	**Emocional**	**Social**	**Psicológico**
Idade	59.30 (7.72)	.155**	.109	.150**	.130*
Habilitações Académicas		-.036	-.121*	.013	-.066
Autoperceção de saúde					
Geral	1.92 (.030)	.255**	.260**	.191**	.224**

	M (DP)	**Bem-Estar**			
		Total	**Emocional**	**Social**	**Psicológico**
Física	1.82 (.029)	.210**	.234**	.142*	.207**
Mental	2.07 (.030)	.375**	.367**	.277**	.384**

* p < .05. ** p < .001.

4. Discussão

O presente estudo pretendeu investigar a relação entre o bem-estar e diversas variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, área de residência, coabitação e autoperceção de saúde) em adultos de meia-idade e idosos portugueses. Os resultados sugerem que o bem-estar (total, emocional, social e psicológico) pode ser influenciado pelas variáveis sociodemográficas investigadas.

4.1 Diferenças de género no bem-estar

Os resultados da presente investigação não revelaram diferenças significativas entre os géneros feminino e masculino relativamente ao bem-estar. Os resultados obtidos estão de acordo com os de Fonte et al. (2020), sendo que a literatura conclui também que, com o envelhecimento, os níveis de bem-estar de homens e mulheres tendem a equilibrar-se (Hinz et al., 2025; Stone et al., 2010). Uma possível explicação prende-se com a utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação, com a ajuda das quais, com a idade, tanto homens como mulheres tendem a ajustar as suas expectativas em relação à vida e desenvolvem estratégias que reforçam a sua resiliência emocional (Baltes et al., 2006).

4.2 Relação da idade com o bem-estar

Os resultados encontrados sugerem que, com o aumento da idade, há maiores níveis de bem-estar total, social e psicológico (mas não emocional). Níveis mais elevados de bem-estar ao longo do envelhecimento podem resultar do desenvolvimento de estratégias adaptativas, uma maior aceitação ao longo da vida, mais relações de confiança com os outros, mais interesse nos outros e aceitação de aspetos negativos e positivos da própria personalidade (Baltes et al., 2006; Kovalenko & Spivak, 2018).

4.3 Relação das habilitações literárias com o bem-estar

No que diz respeito à relação entre o bem-estar e as habilitações académicas, verificou-se que indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade indicam menor bem-estar emocional. Níveis mais elevados de habilitações académicas podem conduzir a níveis de stresse mais elevados, sendo que uma possível explicação se prende com o facto de as

pessoas com mais escolaridade terem carreiras de maior desgaste e de maior exigência técnica ou, por outro lado, pelo facto de haver uma maior consciência acerca dos desafios (físicos, biológicos, psicológicos, sociais) do próprio envelhecimento (Belo et al. 2020).

4.4 Relação do estado civil com o bem-estar

Na presente investigação não foram encontradas diferenças significativas no bem-estar em função do estado civil, o que vai de encontro aos resultados de um estudo recente (Hinz et al., 2025) que também não encontrou uma associação significativa entre o estado civil e a satisfação com a vida na população portuguesa, apesar de referirem a existência desta associação noutras populações. Todavia, outra literatura afirma que pessoas casadas ou que vivem com um parceiro, tendem a apresentar maiores níveis de bem-estar do que as pessoas divorciadas, separadas, viúvas ou solteiras (Aman et al. 2021; Jebb et al. 2020; Rocha Sobrinho & Porto, 2012)

4.5 Relação da situação profissional com o bem-estar

Neste estudo, os reformados/desempregados apresentaram maior bem-estar social, comparativamente com os trabalhadores. Estes resultados poderão ser compreendidos devido à redução do stress laboral e ao aumento do tempo disponível para as relações interpessoais e atividades de lazer (Pocinho et al. 2017), e sugerem, como outros estudos (Wang & Shultz, 2010), que há um aumento no bem-estar após a reforma.

4.6 Relação da área de residência com o bem-estar

Os residentes no Alentejo apresentaram níveis mais elevados de bem-estar social, comparativamente com as restantes regiões de Portugal. Embora faltem estudos sobre a distribuição do bem-estar social nas diferentes regiões de Portugal, estes resultados podem estar relacionados com as características da população residente nesta região, com relações sociais mais coesas, maior rede de vizinhança que dita maior apoio prático, emocional e psicológico (Sequeira & Silva, 2002).

4.7 Relação da coabitação com o bem-estar

Não se encontraram diferenças no bem-estar das pessoas com diferentes situações de coabitação, isto é, entre quem vive só e quem vive com familiares (mesmo que só com o/a cônjuge), contrariando a expectativa de que viver só se associa a menor bem-estar (Tamminen et al. 2019). Estes resultados poderão entender-se pela utilização de estratégias adaptativas ao longo da vida, pois o individuo ajusta-se à sua realidade e às mudanças com que se depara (Baltes et al. 2006).

4.8 Relação da autoperceção de saúde com o bem-estar

A relação entre o bem-estar (total, emocional, social e psicológico) e a autoperceção de saúde (geral, física e mental) foi estatisticamente significativa e positiva em todas as dimensões. Estes resultados sugerem que uma autoavaliação positiva do estado de saúde se associa a maiores níveis de bem-estar. Estes resultados estão alinhados com a investigação existente (Boehm, 2018; Diener & Scollon, 2014; Matud et al. 2019). É ainda de destacar as correlações mais fortes, no presente estudo, entre o bem-estar e a autoperceção de saúde mental, que são consistentes com o modelo do *continuum* de saúde mental de Keyes (2002).

4.9 Conclusões

Os resultados deste estudo reforçam a importância de considerar o bem-estar como um fenómeno multidimensional no contexto do envelhecimento, influenciado por diversas variáveis sociodemográficas. A integração de variáveis sociodemográficas na compreensão do bem-estar permite aos profissionais desenvolver programas de prevenção e promoção do bem-estar adequados às realidades individuais e socioculturais dos indivíduos.

Algumas das limitações deste estudo incluem o facto de a amostra não ser representativa da população portuguesa, registando, por exemplo, uma clara predominância de mulheres e de residentes na região do Alentejo, o que limita a generalização dos resultados. Por outro lado, a natureza transversal da investigação impossibilita ainda uma análise das mudanças ao longo do tempo, sendo essencial desenvolver estudos longitudinais futuramente. A escassez de estudos nacionais que relacionem o bem-estar com variáveis sociodemográficas no contexto do envelhecimento reforça a necessidade de mais investigação nesta área. Em particular, alguns dos resultados inspiram estudos futuros para uma melhor compreensão, por exemplo, dos níveis mais elevados de bem-estar social nos residentes do Alentejo, dos níveis mais baixos de bem-estar emocional nos adultos com mais habilitações académicas e dos níveis mais elevados de bem-estar (exceto bem-estar emocional) nos adultos mais velhos.

5. Agradecimentos

Este trabalho foi financiado pelo Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora (CIEP-UÉ). O CIEP-U é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito dos projetos UIDB/04312 e UIDP/04312.

6. Referências Bibliográficas

Aman, J., Abbas, J., Lela, U. & Shi, G. (2021) Religious affiliation, daily spirituals, and private religious factors promote marital commitment among married couples: Does COVID-19 crisis? *Frontiers in Psychology 12*:657400. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.657400

Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Lifespan Theory In Developmental Psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol.1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 569-664). Wiley.

Belo, P., Navarro-Pardo, E., Pocinho, R., Carrana, P., & Margarido, C. (2020). Relationship between mental health and the education level in elderly people: mediation of leisure attitude. *Frontiers in Psychology*, *11*, 573. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00573

Boehm, J. K. (2018). Living Healthier And Longer Lives: Subjective Well-Being's Association With Better Health. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*.

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos De Envelhecimento Em Portugal: Usos Do Tempo, Redes Sociais E Condições De Vida.* Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Chan, E., Procter-Gray, E., Churchill, L., Cheng, J., Siden, R., Aguirre, A., Li, W. (2020). Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health 7*(3):521-534. https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042.

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social And Emotional Aging. *Annual review of psychology, 61*(1), *383*-409.

Diener, E., & Scollon, C. N. (2014). The What, Why, When, And How Of Teaching The Science Of Subjective Well-Being. *Teaching of Psychology*, *41*(2), 175-183.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.

Eurostat. (2022). Data browser: Healthy Years At Age 65 By Sex. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/line?lang=en

Faísca, L., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e Sintomatologia Depressiva Na Velhice. *Análise Psicológica*, *37*(2), 209-222.

Faria, M. C. (2018). Florescimento, Bem-estar e Envelhecimento. Saudável. In *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 543-551). ISPA–Instituto Universitário.

Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. (2020). The Portuguese Adaptation Of The Mental Health Continuum-Short Form For Adult Population. *Community Mental Health Journal*, *56*(2), 368-375

Freitas, M. G. (2019). Satisfação No Trabalho: Antecedentes E Consequentes. *Revista Gestão em Análise*, *8*(3), 46-65.

Grácio, L., Canhoto J., Pires, H., & Carapeto, M.J. (2023). Religiosidade, Espiritualidade e Bem-Estar Em Idosos. *Revista Ibero-Americana da Gerontologia*, *4*, 665-678.

Hinz, A., Mehnert-Theuerkauf, A., Glaesmer, H., Schroeter, M. L., Tibubos, A. N., et al. (2025). Changes in life satisfaction over six years in the general population: A longitudinal study with the Satisfaction With Life Scale (SWLS). *PLOS ONE 0*(1): e0316990. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316990

Jebb, A. T., Morrison, M., Tay, L., & Diener, E. (2020). Subjective Well-Being Around The World: Trends And Predictors Across The Life Span. *Psychological Science, 31*(3), 293-305. https://doi.org/10.1177/0956797619898826

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121-140. American Sociological Association.

Kovalenko, O. H., & Spivak, L. M. (2018). Psychological Well-Being Of Elderly People: The Social Factors. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach*, *8*(1), 163-176.

Matud, M. P., García, M. C., & Fortes, D. (2019). Relevance Of Gender And Social Support In Self-Rated Health And Life Satisfaction In Elderly Spanish People. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *16*(15), 2725

Mónico, L., & Margaça, C. (2024). Portuguese Older and Younger Adults' Subjective WellBeing: The Influence of Social Participation. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, *40*, e40310. https://doi.org/10.1590/0102.3772e40310.en

Parente, L. F., Cunha, M. I., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 3-13. https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57

Pocinho, R., da Silva, C. F., Belo, P., Navarro-Pardo, E., & Muñoz, J. J. F. (2017). Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a

transição. *Revista Lusófona de Educação*, *37*(37). https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle37.01

PORDATA. (2023). Esperança de Vida à Nascença, por Sexo. PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo

PORDATA. (2023). População Ativa por Grupo Etário. PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/emprego/populacao-ativa-e-inativa/populacao-ativa-por-sexo-grupo-etario-e-nivel-de

Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., ... & Verhagen, M. (2015). Loneliness Across The Life Span. *Perspectives on psychological science*, *10*(2), 250-264.

Ribeiro-Gonçalves, J. A., Pereira, H., Costa, P. A., Leal, I. & Vries, B. (2022). Loneliness, Social Support, and Adjustment to Aging in Older Portuguese Gay Men. *Sexuality Research and Social Policy 19*: 207–219. https://doi.org/10.1007/s13178-021-00535-4

Rocha Sobrinho, F., & Porto, J. B. (2012). Bem-Estar No Trabalho: Um Estudo Sobre Suas Relações Com Clima Social, Coping E Variáveis Demográficas. *Revista de Administração Contemporânea*, 16, 253-270.

Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, Or Is It? Explorations On The Meaning Of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081. doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069.

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, *20*(3), 505-516.

Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A Snapshot Of The Age Distribution Of Psychological Well-Being In The United States. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, *107*(22), 9985-9990.

Tamminen, N., Kettunen, T., Martelin, T., Reinikainen, J., & Solin, P. (2019). Morar sozinho e saúde mental positiva: uma revisão sistemática. *Revisões sistemáticas*, *8*, 1-8.

Veríssimo, R. (2002). Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson). *Faculdade de Medicina do Porto.*

Wahl, H. W. (2020). Aging Successfully: Possible In Principle? Possible For All? Desirable For All?. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54, 251-268.

Wang, M., & Shultz, K. S. (2010). Employee Retirement: A Review And Recommendations For Future Investigation. *Journal of Management*, *36*(1), 172-206.

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: Author.

World Health Organization. (2015). *World Report On Ageing And Health.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042

Capítulo 23

Quantitative measures to assess masculinity in prisons: preliminary findings from a systematic literature review

Vítor Costa[1], Ângela Fernandes[2], Emilie Gossye[3], Matthew Maycock[4]

[1]University of Beira Interior, Portugal

[2]University Fernando Pessoa, Portugal

[3]Vrije Universiteit Brussel, Belgium

[4]Monash University, Australia

Corresponding author: Vítor Costa. **E-mail:** vitormvc@ubi.pt

Abstract: Introduction: The reproduction of a hypermasculinity culture thrives in prisons, where inmates are compelled to exhibit attitudes and behaviours that contradict their own self-perceptions, leading to cognitive dissonance. The purpose of the current study is to identify and describe the quantitative measures used in prison research to assess masculinity and masculinity-related dimensions. Method: A systematic literature review was conducted, with 1271 records identified (892 after removing duplicates) in five databases (SCOPUS; Web of Science; Proquest, Pubmed; and Wiley Online Library), and 139 documents meeting the initial eligibility criteria. A total of 13 quantitative empirical articles with a focus on masculinity in prisons were identified. Data were analysed using the qualitative data analysis software Taguette. Results: Eight distinct measures of masculinity were identified. The most frequently used measures were the Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI), the Gender Role Conflict Scale (GRCS), and the Masculine-Feminine (MF) subscale from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), which were used in three studies each, followed by the Bem Sex Role Inventory (BSRI) (used in two studies). Discussion: While most studies on masculinity in prison use qualitative methods, this study was able to identify valid and

reliable quantitative measures of masculinity in prisons. However, no measure seems to stand out.

Key-Words: Masculinity; Prisons; Systematic Review; Measures.

1. Introduction

Contrary to popular belief, masculinity is not a unidimensional construct, with multiple masculinities in any and all socio-economic contexts (Connell, 1995). Research on masculinity has evolved alongside our understanding of the concept itself. Currently, it is most often studied problematically through the lens of male gender role norms (McCreary, 2020). One consistent finding is that gender role conflict and masculine gender role stress are linked to various struggles, such as substance abuse, depression, anxiety, and particularly high levels of suicide (Fisher et al., 2022; Pirkis et al., 2017; River & Flood, 2021), as well as interpersonal issues like aggression, violence, and negative attitudes toward women and other minorities, particularly the queer community.

Some masculinities can be viewed as a dynamic risk factor for violent behavior (Whitehead, 2005), meaning they could increase the likelihood of violence. However, it can also be altered through interventions, which can help reduce future violent recidivism (Klepfisz et al., 2016). Interest in masculinity within the prison context is not new, shaped to a large extent by around 95% of those in prison being male (Fair & Walmsley, 2022), with the majority of prison staff in most jurisdictions also being male (Tait, 2013).

Groundbreaking ethnographic work by ethnographers like Clemmer (1940) and Sykes (1958) focused on the models of import, pain, and deprivation, which included the analysis of gendered norms within the prison environment. However, these researchers rarely explicitly labeled it as such, instead pushing gender to the background, with unmarked ‘male norms’ underanalysed. This obfuscation was facilitated by the fact that their research primarily took place in men's prisons, without reflecting on how these concepts apply to incarcerated women.

These ideas contributed to the application of the concept of hegemonic masculinity in order to analyse performances of gender shaped by the prison context. Hegemonic masculinity, as described by Connell (1995) and later by Connell and Messerschmidt (2005), refers to a rarely occurring yet idealised pattern of masculinity. The hegemonic aspect of this masculinity indicates not only hierarchy and superiority over women but also dominance over other subordinated masculinities (Demetriou, 2001). A significant critique of the hegemonic masculinity framework is that it positions alternative

masculinities as inferior, and leaves little room for the dynamic nature and complexity inherent to masculinities (Bridges & Pascoe, 2020).

Attempting to explain why sometimes 'subordinated masculine patterns' are appropriated by the dominant bloc, more recent research highlights the value of 'hybrid' masculinities. We can see this in research about navigating the prison environment, where 'feminine' qualities such as emotional openness and introspectiveness are seen as possible alternatives to hypermasculinity. However, even men who exhibit these hybrid masculinities still measure themselves against the ideals of hegemonic masculinity (Maycock & Hunt, 2018; Umamaheswar, 2020).

The conclusion is not necessarily that masculinities are becoming softer or more accepting of 'feminine' or queer characteristics (Anderson, 2009). Instead, it grounds these types of masculinities in a broader discussion about how these aspects may (or may not) challenge gender inequality (Bridges & Pascoe, 2020). Canadian research on prison masculinities has shown possibilities to explore masculinities in many different ways, including but not limited to considering it as a tool to mitigate risk (Ricciardelli et al., 2015), as a concept analysed together with class and race (Bondoc et al., 2022), the influence of emotions (Gueta et al., 2021), queerness as more than the 'opposite' of masculinity (Carr et al., 2020; Hefner, 2018), relationships with other men, women, children (Bäcklin, 2022; Bartlett & Eriksson, 2019), and the bodywork of gender (Maycock, 2023; Umamaheswar, 2024).

Previous reviews have identified several measures of masculine ideology (cf. Thompson & Bennett, 2015), however, it is unclear if these measures are useful and being used in research done in prisons. While much of the existing research on masculinity in prisons uses qualitative methods, the purpose of the current study is to identify and describe the quantitative measures used in prison research to assess masculinity and masculinity-related dimensions.

2. Methods

The current study follows the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines (Page et al., 2021). As part of a larger study, the authors developed a systematic review protocol (cf. Costa et al., 2024) based on PRISMA-P (Moher et al., 2015). The authors agree on the use of the following keywords that cover both the main topic and context of the study: prison*; jail*; correction*; mascul*; manliness; maleness; manfulness; manhood; virility. These keywords were

initially tested in scientific databases to check for the accuracy of the results, and the preliminary searches showed that relevant studies could be found.

After developing an equivalent search query for each database, all authors tested it to confirm that similar results were retrieved. For the final search, done on August 1, 2024, five search systems appropriate for systematic literature reviews according to Gusenbauer and Haddaway (2020) study were chosen: SCOPUS; Web of Science; Proquest, Pubmed; and Wiley Online Library. These search systems include the biggest databases available (i.e., SCOPUS and Web of Science), as well as other databases (i.e., Proquest, Pubmed; and Wiley Online Library) that will allow us to reach an inclusive list of studies. Also with a focus on the inclusivity principle, and considering that no previous SLR on this topic is available, to the best of our knowledge, no limits were settled regarding publication date, document type (i.e., article, proceeding, dissertation), and geographical location of the studies.

The search queries retrieved a total of 1271 records that were exported to an offline solution and reference manager software, Zotero. Of those, 379 were duplicated, and therefore a total of 892 single records were identified in the five databases. All retrieved records were screened by the authors following our SLR protocol, and 753 were excluded (425 after title screening and 328 after screening the abstract), leaving a total of 139 documents. Of those, a total of 13 quantitative empirical studies with a focus on masculinity in prisons were identified. Data were analysed using the qualitative data analysis software Taguette (Rampin et al., 2021).

3. Results

3.1. Measures of masculinity used in prison settings

In the 13 studies included in the current SLR, eight measures were identified to assess masculinity and masculinity-related dimensions. The studies' design, characteristics of the sample, and measures used are summarised in Table 1.

Used in three studies (Amato, 2012; Gordon et al., 2013; Ramesh et al., 2023), the Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI) was initially developed by (Mahalik et al., 2003), with a total of 94 items. The aim of the inventory is to assess “the extent that an individual male conforms or does not conform to the actions, thoughts, and feelings that reflect masculinity norms” (Mahalik et al., 2003, p. 5). Respondents rate their agreement with statements on a 4-point Likert scale. It includes 11 subscales representing different masculine norms (Winning; Emotional control; Risk-taking; Violence; Power

over women; Dominance; Playboy; Self-reliance; Primacy of work; Disdain for homosexuals/Heterosexual self-representation; Pursuit of status). CMNI items use first-person phrasing (e.g., "I never ask for help"), aiming to capture internalization of masculine norms and related behaviours. The CMNI has been validated across diverse cultural and demographic groups (Jbilou et al., 2021; Mukhti et al., 2025), including men of various ages, ethnicities, socioeconomic statuses, and sexual orientations, as well as women. Several shortened versions are used, such as the CMNI-55 (Owen, 2011), the CMNI-46 (Hammer et al., 2018; Parent & Moradi, 2009), the CMNI-30 (Levant et al., 2020; Mukhti et al., 2025) and the CMNI-22 (Hamilton & Mahalik, 2009).

The studies included in our SLR used the original inventory (Amato, 2012), the CMNI-46 (Ramesh et al., 2023), and the CMNI-22 (Gordon et al., 2013). In what concerns the shortened versions, the CMNI-46 has 46 items and considers 9 factor scores corresponding to the original 11 factors without the dominance and pursuit of status subscales. The CMNI-22 considers the 11 subscales, using only the two highest loading items on each of the subscales.

Also used in three studies (Amato, 2012; Dogan et al., 2024; Schwartz et al., 2004), the Gender Role Conflict Scale (GRCS), a measure of men's gender role restrictions, was developed by O'Neil et al. (1986). With 37 items measuring four dimensions (Restricted Emotionality - 10 items; Success, Power, and Competition - 13 items; Restrictive Affectionate Behaviour Between Men - 8 items; Conflicts Between Work and Family Relations - 6 items), this measure has been extensively used (cf. O'Neil, 2008) and a short form comprising 16 items is also available (Wester et al., 2012). In the three studies included in the current SLR, Amato (2012) and Schwartz et al. (2004) used the original 37 items, while Dogan (2024) used a 24-item scale without the Success, Power, and Competition dimension.

Three studies assessed masculinity using scale five from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) clinical scales (Clegg et al., 2011; Panton, 1976; Walters, 1987). Scale five (MF) assesses the continuum of masculinity-femininity, considering vocations and hobbies, aesthetic preferences, activity–passivity, personal sensitivity, and restraint traditionally identified as masculine or feminine (Groth-Marnat & Wright, 2016). With a total of 56 items, low scores for male participants might indicate limited intellectual ability, a narrow range of interests, and that the person is practical, aggressive, and has traditional male interests (Groth-Marnat & Wright, 2016; Moradi & Parent, 2013).

Used in two studies (Beesley & McGuire, 2009; Walters, 2001), the Bem Sex Role Inventory (BSRI; Bem, 1974) aims to measure masculinity and femininity through self-reported possession of stereotypically (masculine and feminine) personality characteristics. A total of 60 adjectives are presented to respondents, showing personality characteristics previously labelled as masculine (20), feminine (20) and neutral (20). Independent scores of Masculinity and Femininity can be calculated, while neutral characteristics are not used in the calculation of BSRI scores (Auster, 2020). This measure has also been extensively used (c.f. Donnelly & Twenge, 2017) and proposals for shorter versions have been developed (Gómez-Berrocal et al., 2022).

Four additional measures were used by one study each, namely, the Hypermasculinity Inventory (HI; Mosher & Sirkin, 1984) used in Beesley and McGuire (2009) study, the Gendered Environment Scale, developed and used in the Luzte and Murphy (1999) study, the Convict Code, developed by Mitchell (2018) and used by Mitchell et al.' s (2021) study, and the Adolescent Masculine Identity in Relationships Scale (AMIRS) developed by Chu et al. (2005) and used in Viola et al.'s (2015) study.

The Hypermasculinity Inventory defines and measures hypermasculinity as a personality constellation of callous sex attitudes toward women, a conception of violence as manly, and a view of danger as exciting. The HI uses 30 forced-choice items (10 items per subscale) to measure these three dimensions of masculinity (violence, danger, and callous sexual attitudes).

The Gendered Environment Scale measures "the extent to which the prison environment supports male sex-role stereotypes" (Lutze & Murphy, 1999, p. 720) with 11 items. A sample item is "I feel like I must always act like a man here or I will be made fun of".

The Convict Code comprises 16 items answered on a 5-point Likert scale and capturing four dimensions: social distance (between prisoners and staff); masculinity (strength, fear, and norms of toughness); invisibility (keeping to themselves, not worrying about what is going on around them, and never snitching); and strategic survival (no one will help you, and you need a strategy to survive). "It is important to…never show fear" is an example of an item from the masculinity dimension.

The AMIRS, developed by Chu et al. (2005), is a measure of internalization of hegemonic masculinity norms, as demonstrated by their attitudes and beliefs regarding what behaviours are appropriate for men, especially in the context of their interpersonal relationships. It uses 12 items rated on a 4-point Likert-type scale from disagree a lot (1) to agree a lot (4).

Table 1 - Study design, sample characteristics, and measures used by the included studies.

Citation	Study design	Sample	Measure
(Amato, 2012)	Correlational	*N* = 258 racially mixed prisoners in New England (U.S.).	Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI); Gender Role Conflict Scale (GRCS).
(Beesley & McGuire, 2009)	Comparative	*N* = 90 (violent offenders, property offences; non-offender community sample).	Bem Sex Role Inventory (BSRI); Hypermasculinity Inventory (HI).
(Clegg et al., 2011)	Comparative	Sex offenders: treatment refusal (n = 59), treatment noncompliance (n = 61), and treatment compliance (n = 36).	MMPI's Masculinity-Femininity subscale.
(Dogan et al., 2024)	Descriptive; Correlational	N = 193 incarcerated Black men nearing community re-entry.	Gender Role Conflict Scale (GRCS).
(Gordon et al., 2013)	Descriptive; Correlational	*N* = 139 African American men taking part in a pre-release community re-entry program.	Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-22).

(Lutze & Murphy, 1999)	Descriptive; Comparative	*N* = 271 from an Intensive Confinement Centre in Lewisburg; N = 106 prisoners from the Federal Prison Camp of Allenwood (both in Pennsylvania).	Gendered Environment Scale.
(Mitchell et al., 2021)	Descriptive; Correlational	*N* = 802 adult male prisoners in Texas.	Convict Code, comprising 4 dimensions: social distance between staff and inmates; masculinity; invisibility; and strategic survival.
(Panton, 1976)	Descriptive; Comparative	2 independent samples of *N* = 200 inmates each, admitted to the North Carolina Department of Corrections in 1966 and 1971.	MMPI's Masculinity-Femininity subscale.
(Ramesh et al., 2023)	Correlational	*N* = 109 male prisoners.	Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-46).
(Schwartz et al., 2004)	Descriptive; Correlational	*N* = 366 male prisoners.	Gender Role Conflict Scale (GRCS).

(Viola et al., 2015)	Descriptive; Correlational; Longitudinal	*N* = 141 incarcerated young men.	Adolescent Masculine Identity in Relationships Scale (AMIRS).
(Walters, 2001)	Descriptive; Correlational; Comparative	*N* = 100 adult male prisoners and *N* = 100 adult female prisoners.	The Bem Sex Role Inventory (BSRI).
(Walters, 1987)	Descriptive; Correlational; comparative	Child sex offenders (*N*= 28), rapists (*N*= 35), and non-sex offenders (*N*= 75).	MMPI's Masculinity-Femininity subscale.

4. Discussion

The results reveal that quantitative research on masculinity in prison settings is scarce. In addition, although there are instruments to measure gender dynamics in the prison context, such as the Convict Code (Mitchell et al., 2021) or the Gendered Environment Scale (Lutze & Murphy, 1999), the most frequently used instruments are general measures of masculinity. These instruments essentially assess conformity to social gender norms (e.g., CMNI), conflicts associated with gender roles (e.g., GRCS and AMIRS), or even personality characteristics related to male behaviour (e.g., MMPI-MF and Hypermasculinity Inventory). This may suggest that, despite recognising prison as a distinct cultural environment with its own gender norms, existing research often applies instruments not initially developed for such contexts. This can thus limit the contextual sensitivity of evaluations and also may restrict or even magnify the understanding of the forms of expression of masculinity in the prison settings, namely the performative, relational, and institutional dimensions (Bridges & Pascoe, 2020; Maycock, 2023). However, despite this limitation, the results show that these measures are somehow able to capture relevant dimensions of male behaviour in corrections and are often associated with indicators of psychological adjustment (e.g., anxiety, coping, help-seeking; (Ramesh et al., 2023), interpersonal relationships (e.g., peer support; (Gordon et al., 2013) and violent behaviours (Amato, 2012). Some studies included in this review have identified

correlations between CMNI subscales and risk behaviours (Amato, 2012; Ramesh et al., 2023), as well as between GRCS and aggression patterns (Schwartz et al., 2004), which somewhat validates the possibility of exploring these topics. However, it is important to note that the application of an instrument not validated for such context can compromise the ecological validity of the results. Prisons are a context where gender norms are amplified and constantly negotiated between inmates and within the system (Connell & Messerschmidt, 2005; Maycock, 2023). Therefore, there is an urgent need to develop and validate instruments that consider these specificities and that can better address the experience of masculinity in seclusion (Bridges & Pascoe, 2020; Lutze & Murphy, 1999). Another aspect that needs discussion is the scarcity of longitudinal studies and the scarce use of models that integrate intersectionality in the analysis of masculinity in the prison setting; for example, race, class, and sexual orientation (Bondoc et al., 2022; Bridges & Pascoe, 2020). Especially in the context of LGBTQIA+ inmates and transgender inmates, this gap limits the understanding of how different forms of masculinity are constructed, hierarchised, or even challenged in the prison context, thus reinforcing the hegemony of some standards that are considered as norms (Carr et al., 2020; Umamaheswar, 2020). Finally, it is important to recognise the limitations of this review, namely the scarcity of quantitative studies available and their methodological diversity, which made it challenging to identify instruments and compare results. Even so, this work constitutes a relevant contribution to mapping the state of the art and signalling promising paths for the development and adaptation of measures to assess masculinity in the prison context, while also informing the creation of context-sensitive assessment tools that support more effective psychological intervention and rehabilitation strategies within correctional settings.

Our mapping of measures used in scientific literature to assess masculinity in prisons shows that some scales that can be found in the literature (cf. McCreary, 2020; Thompson & Bennett, 2015) were not used in this context. For instance, the Male Role Norms Scale, developed by Thompson and Pleck (1986) and the Male Role Norms Inventory developed by Levant et al. (1992) are valid measures of gender role norms, but in prison settings, the CMNI was the only measure found. To measure gender role strain, GRCS was used in three studies, but other available measures were found in the literature, such as the Masculine Gender Role Stress Scale, developed by Eisler (1995).

In conclusion, the current study, following systematic literature review procedures, identified the quantitative measures used to assess masculinity in prisons while discussing

and problematising the topic, providing an important contribution to psychologists, in particular to those working in prison contexts.

5 References

Amato, F. J. (2012). The Relationship of Violence to Gender Role Conflict and Conformity to Masculine Norms in a Forensic Sample. *The Journal of Men's Studies*, *20*(3), 187–208. https://doi.org/10.3149/jms.2003.187

Anderson, E. (2009). *Inclusive Masculinity: The Changing Nature of Masculinities*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203871485

Auster, C. J. (2020). Bem Sex-Role Inventory. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 445–449). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1207-1

Bäcklin, E. (2022). Supporting Masculinities: Wounded Healing and Masculinity in Peer Support Organizations for People with Experiences of Criminality and Substance Abuse. *Victims & Offenders*, *17*(6), 872–892. https://doi.org/10.1080/15564886.2021.1974993

Bartlett, T. S., & Eriksson, A. (2019). How fathers construct and perform masculinity in a liminal prison space. *Punishment & Society*, *21*(3), 275–294. https://doi.org/10.1177/1462474518757092

Beesley, F., & McGuire, J. (2009). Gender-role identity and hypermasculinity in violent offending. *Psychology, Crime and Law*, *15*(2–3), 251–268. https://doi.org/10.1080/10683160802190988

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(2), 155–162. https://doi.org/10.1037/h0036215

Bondoc, C., Bosco, J., Mei, E. Z., Meza, J. I., & Barnert, E. S. (2022). Perspectives of Black and Latinx youth on masculinity and health during community reentry after incarceration. *Psychology of Men & Masculinities*, *23*(4), 434–444. https://doi.org/10.1037/men0000403

Bridges, T., & Pascoe, C. J. (2020). 13. On the Elasticity of Gender Hegemony: Why Hybrid Masculinities Fail to Undermine Gender and Sexual Inequality. In J. W. Messerschmidt, J. W. Messerschmidt, M. A. Messner, R. Connell, P. Y. Martin, & P. Y. Martin (Eds.), *Gender Reckonings* (pp. 254–274). New York University Press. https://doi.org/10.18574/nyu/9781479866342.003.0017

Carr, N., Serisier, T., & McAlister, S. (2020). Sexual deviance in prison: Queering identity and intimacy in prison research. *Criminology & Criminal Justice*, *20*(5), 551–563. https://doi.org/10.1177/1748895820937401

Chu, J. Y., Porche, M. V., & Tolman, D. L. (2005). The Adolescent Masculinity Ideology in Relationships Scale: Development and Validation of a New Measure for Boys. *Men and Masculinities*, *8*(1), 93–115. https://doi.org/10.1177/1097184X03257453

Clegg, C., Fremouw, W., Horacek, T., Cole, A., & Schwartz, R. (2011). Factors associated with treatment acceptance and compliance among incarcerated male sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*(6), 880–897. https://doi.org/10.1177/0306624X10376160

Clemmer, D. (1940). *The prison community*. Christopher Publishing House.

Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Polity Press.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, *19*(6), 829–859. https://doi.org/10.1177/0891243205278639

Costa, V., Fernandes, Â., Gossye, E., & Maycock, M. (2024). *Empirical research on masculinity in prisons: Protocol for a systematic literature review*. Zenodo. https://doi.org/10.5281/ZENODO.13142176

Demetriou, D. Z. (2001). Connell's Concept of Hegemonic Masculinity: A Critique. *Theory and Society*, *30*(3), 337–361. https://www.jstor.org/stable/657965

Dogan, J. N., Stevens-Watkins, D., Miller-Roenigk, B., Marshburn, C. K., & Moody, M. D. (2024). Experiencing Burnout: John Henryism, Gender Role Conflict, and Anxiety Among Incarcerated Black Men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *68*(9), 1011–1032. https://doi.org/10.1177/0306624X221124841

Donnelly, K., & Twenge, J. M. (2017). Masculine and Feminine Traits on the Bem Sex-Role Inventory, 1993–2012: A Cross-Temporal Meta-Analysis. *Sex Roles*, *76*(9–10), 556–565. https://doi.org/10.1007/s11199-016-0625-y

Eisler, R. M. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men* (pp. 207–225). Basic Books/Hachette Book Group.

Fair, H., & Walmsley, R. (2022). *World Female Imprisonment List: Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners* (5th; World Female Imprisonment List). Institute for Crime & Justice Policy Research.

Fisher, K., Seidler, Z. E., King, K., Oliffe, J. L., Robertson, S., & Rice, S. M. (2022). Men's anxiety, why it matters, and what is needed to limit its risk for male suicide. *Discover Psychology*, *2*(1), Article 18. https://doi.org/10.1007/s44202-022-00035-5

Gómez-Berrocal, C., Cervilla, O., Álvarez-Muelas, A., & Sierra, J. C. (2022). The Bem Sex-Role Inventory: Proposal of a short version in Spanish. *Anales de Psicología*, *38*(3), 530–537. https://doi.org/10.6018/analesps.502311

Gordon, D. M., Hawes, S. W., Perez-Cabello, M. A., Brabham-Hollis, T., Lanza, A. S., & Dyson, W. J. (2013). Examining masculine norms and peer support within a sample of incarcerated African-American males. *Psychology of Men & Masculinities*, *14*(1), 59–64. https://doi.org/10.1037/a0028780

Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of psychological assessment*. Wiley.

Gueta, K., Gamliel, S., & Ronel, N. (2021). "Weak Is the New Strong": Gendered Meanings of Recovery from Substance Abuse among Male Prisoners Participating in Narcotic Anonymous Meetings. *Men and Masculinities*, *24*(1), 104–126. https://doi.org/10.1177/1097184X19849449

Gusenbauer, M., & Haddaway, N. R. (2020). Which academic search systems are suitable for systematic reviews or meta-analyses? Evaluating retrieval qualities of Google Scholar, PubMed, and 26 other resources. *Research Synthesis Methods*, *11*(2), 181–217. https://doi.org/10.1002/jrsm.1378

Hamilton, C. J., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(1), 132–141. https://doi.org/10.1037/a0014440

Hammer, J. H., Heath, P. J., & Vogel, D. L. (2018). Fate of the total score: Dimensionality of the Conformity to Masculine Norms Inventory-46 (CMNI-46). *Psychology of Men & Masculinity*, *19*(4), 645–651. https://doi.org/10.1037/men0000147

Hefner, M. K. (2018). Queering Prison Masculinity: Exploring the Organization of Gender and Sexuality within Men's Prison. *Men and Masculinities*, *21*(2), 230–253. https://doi.org/10.1177/1097184X17695037

Jbilou, J., Levesque, N., Sonier, R.-P., Tully, P. J., Pinette-Drapeau, I., Sonier, V., Charbonneau, A., Greenman, P. S., Grenier, J., & Chomienne, M.-H. (2021). Canadian French Translation and Preliminary Validation of the Conformity to Masculine Norms Inventory: A Pilot Study. *American Journal of Men's Health*, *15*(6). https://doi.org/10.1177/15579883211057391

Klepfisz, G., Daffern, M., & Day, A. (2016). Understanding dynamic risk factors for violence. *Psychology, Crime and Law*, *22*(1–2), 124–137. https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1109091

Levant, R. F., Hirsch, L. S., Celentano, E., Cozza, T. M., & et al. (1992). The male role: An investigation of contemporary norms. *Journal of Mental Health Counseling*, *14*(3), 325–337.

Levant, R. F., McDermott, R., Parent, M. C., Alshabani, N., Mahalik, J. R., & Hammer, J. H. (2020). Development and evaluation of a new short form of the Conformity to Masculine Norms Inventory (CMNI-30). *Journal of Counseling Psychology*, *67*(5), 622–636. https://doi.org/10.1037/cou0000414

Lutze, F. E., & Murphy, D. W. (1999). Ultramasculine prison environments and inmates' adjustment: It's time to move beyond the "boys will be boys" paradigm. *Justice Quarterly*, *16*(4), 709–733. https://doi.org/10.1080/07418829900094341

Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, *4*(1), 3–25. https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3

Maycock, M. (2023). Embodied masculinities and bodywork within two British prison gyms. *NORMA*, *18*(1), 47–64. Scopus. https://doi.org/10.1080/18902138.2022.2037970

Maycock, M., & Hunt, K. (Eds.). (2018). *New Perspectives on Prison Masculinities*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65654-0

McCreary, D. R. (2020). Masculinity. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 2756–2770). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1087

Mitchell, M. M. (2018). *The convict code revisited: An examination of prison culture and its association with violent misconduct and victimization* [Sam Houston State University]. http://hdl.handle.net/20.500.11875/2405

Mitchell, M. M., Pyrooz, D. C., & Decker, S. H. (2021). Culture in prison, culture on the street: The convergence between the convict code and code of the street. *Journal of Crime and Justice*, *44*(2), 145–164. https://doi.org/10.1080/0735648X.2020.1772851

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & the PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, *4*(1), Article 1. https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1

Moradi, B., & Parent, M. C. (2013). Assessment of gender-related traits, attitudes, roles, norms, identity, and experiences. In K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J.-I. C. Hansen, N. R. Kuncel, S. P. Reise, & M. C. Rodriguez (Eds.), *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 2: Testing and assessment in clinical and counseling psychology.* (pp. 467–488). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14048-027

Mosher, D. L., & Sirkin, M. (1984). Measuring a macho personality constellation. *Journal of Research in Personality*, *18*(2), 150–163. https://doi.org/10.1016/0092-6566(84)90026-6

Mukhti, M. I. H., Ibrahim, M. I., Tengku Ismail, T. A., & Yaacob, N. M. (2025). Psychometric validation of the Malay CMNI-30: A study among male healthcare professionals in Malaysia. *PLOS ONE*, *20*(4), e0320765. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320765

O'Neil, J. M. (2008). Summarizing 25 Years of Research on Men's Gender Role Conflict Using the Gender Role Conflict Scale: New Research Paradigms and Clinical Implications. *The Counseling Psychologist*, *36*(3), 358–445. https://doi.org/10.1177/0011000008317057

O'Neil, J. M., Helms, BarbaraJ., Gable, RobertK., David, L., & Wrightsman, LawrenceS. (1986). Gender-role conflict scale: College men's fear of femininity. *Sex Roles*, *14*(5–6). https://doi.org/10.1007/BF00287583

Owen, J. (2011). Assessing the Factor Structures of the 55- and 22-Item Versions of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *American Journal of Men's Health*, *5*(2), 118–128. https://doi.org/10.1177/1557988310363817

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Panton, J. H. (1976). Significant increase in MMPI MF scores within a state prison population. *Journal of Clinical Psychology*, *32*(3), 604–606. https://doi.org/10.1002/1097-4679(197607)32:3<604::AID-JCLP2270320324>3.0.CO;2-A

Parent, M. C., & Moradi, B. (2009). Confirmatory factor analysis of the Conformity to Masculine Norms Inventory and development of the Conformity to Masculine Norms

Inventory-46. *Psychology of Men & Masculinity*, *10*(3), 175–189. https://doi.org/10.1037/a0015481

Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T., Currier, D., Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T., & Currier, D. (2017). Masculinity and suicidal thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2016 52:3*, *52*(3), 319–327. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1324-2

Ramesh, T., Mercieca, M., Curran, H. V., & Cabourne, J. (2023). Exploring masculinity, experience of distress and help-seeking within a UK male prison. *Journal of Men's Health*, *19*(12), 87–98. Scopus. https://doi.org/10.22514/jomh.2023.134

Rampin, R., Rampin, V., & DeMott, S. (2021). *Taguette* [Computer software]. Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.5075766

Ricciardelli, R., Maier, K., & Hannah-Moffat, K. (2015). Strategic masculinities: Vulnerabilities, risk and the production of prison masculinities. *Theoretical Criminology*, *19*(4), 491–513. https://doi.org/10.1177/1362480614565849

River, J., & Flood, M. (2021). Masculinities, emotions and men's suicide. *Sociology of Health & Illness*, *43*(4), 910–927. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13257

Schwartz, J. P., Buboltz, W. C., Seemann, E., & Flye, A. (2004). Personality Styles: Predictors of Masculine Gender Role Conflict in Male Prison Inmates. *Psychology of Men & Masculinities*, *5*(1), 59–64. https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.59

Sykes, G. M. (1958). *The society of captives: A study of a maximum security prison*. Princeton University Press.

Tait, S. (2013). Prison officers and gender. In J. Bennett, B. Crewe, & A. Wahidin (Eds.), *Understanding Prison Staff* (pp. 65–91). Willan.

Thompson, E. H., & Bennett, K. M. (2015). Measurement of masculinity ideologies: A (critical) review. *Psychology of Men & Masculinity*, *16*(2), 115–133. https://doi.org/10.1037/a0038609

Thompson, E. H., & Pleck, J. H. (1986). The Structure of Male Role Norms. *American Behavioral Scientist*, *29*(5), 531–543. https://doi.org/10.1177/000276486029005003

Umamaheswar, J. (2020). 'When the Hell Are You Going to Grow Up?': A Life-Course Account of Hybrid Masculinities Among Incarcerated Men. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, *6*(1), 127–151. https://doi.org/10.1007/s40865-020-00137-5

Umamaheswar, J. (2024). Prison masculinities. In G. Kaufman, M. Stambolis-Ruhstorfer, S. Roberts, & B. Ralph (Eds.), *Research Handbook on the Sociology of Gender* (pp. 371–382). Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781802206692.00040

Viola, W. E., Mankowski, E. S., & Gray, M. E. (2015). The Moderating Effect of Within-Group Similarity on Change in a Strengths-Based Programme for Incarcerated Young Men. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *25*(2), 95–109. https://doi.org/10.1002/casp.2196

Walters, G. D. (1987). Child Sex Offenders and Rapists in a Military Prison Setting. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *31*(3), 261–269. https://doi.org/10.1177/0306624X8703100307

Walters, G. D. (2001). The Relationship Between Masculinity, Femininity, and Criminal Thinking in Male and Female Offenders. *Sex Roles*, *45*(9/10). https://doi.org/10.1023/A:1014819926761

Wester, S. R., Vogel, D. L., O'Neil, J. M., & Danforth, L. (2012). Development and evaluation of the Gender Role Conflict Scale Short Form (GRCS-SF). *Psychology of Men & Masculinity*, *13*(2), 199–210. https://doi.org/10.1037/a0025550

Whitehead, A. (2005). Man to Man Violence: How Masculinity May Work as a Dynamic Risk Factor. *The Howard Journal of Criminal Justice*, *44*(4), 411–422. https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2005.00385.x

Capítulo 24

Insomnia in Portuguese Adolescents: What Determinants?

Marta Uva[1], Ivone Patrão[2], Marta G. Porto[3], João Marôco[3,4], & Filipa Pimenta[3]

[1] Ispa – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[2]APPsyCI – Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[3]WJCR – William James Center for Research – Ispa – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

[4]FLU Pedagogy, Nord University, Bodø, Norway

Autor Correspondente: Marta Uva. **E-mail:** martauva.nunes@gmail.com

Introdução: O sono assegura o desenvolvimento saudável dos adolescentes. Dado que 11-30% dos adolescentes sofrem de perturbações do sono, este estudo procura explorar os principais preditores de insónia, uma vez que as suas causas permanecem incertas. **Método:** Este estudo descritivo, correlacional e transversal, compreendeu uma amostra de 1.566 adolescentes de escolas da Madeira, com idades compreendidas entre os 12-19 anos (M=14,79, DP=1,89), que responderam a um questionário sociodemográfico, um questionário de utilização da internet e ainda à versão portuguesa da Yale Food Addiction Scale, Internet Addiction Test, Smartphone Addiction Scale - Short Version, dimensão de Funcionamento Geral do Family Assessment Device, Brief Self-Control Scale, e à Athens Insomnia Scale. **Resultados:** O modelo estrutural refinado apresentou um bom ajustamento (SRMR=.066; GFI=.970; CFI=.973; TLI=.974; RMSEA=.060; p<.001; 90% CI=].059, .061[). Adolescentes com níveis mais elevados de Dependência de Comida (β=.181; p<.001), Dependência de Internet (β=.098; p=.003), Comportamento Orientado pelo Prazer e Impulsividade (β=.334; p<.001), Acesso a Ecrãs no Quarto à Noite (β= . 111; p<.001), Frequência de Utilização de Ecrãs Antes de Adormecer (β=.096; p<.001),

níveis mais baixos de Apoio e Confiança (β= -.140; p<.001) e que são do sexo feminino (β=.127; p<.001) tiveram mais insónias. **Discussão:** Estes resultados enfatizam a necessidade de desenvolver futuras intervenções com adolescentes, focadas na promoção da higiene do sono, e na autogestão da impulsividade juvenil, para permitir o desenvolvimento de uma rotina de sono consistente e saudável, adequada às necessidades dos adolescentes.

Palavras-chave: Insónia, Preditores, Adolescentes Portugueses, Modelo de Equações Estruturais.

Background: Sleep ensures adolescents' healthy development. Since 11-30% experience sleep disturbances, this study seeks to explore key predictors of insomnia, as its causes remains uncertain. **Method**: This descriptive, correlational and cross-sectional study, comprised a sample of 1,566 adolescents from Madeira schools, aged between 12-19 years (M=14.79, SD=1.89), who answered a sociodemographic, an internet use and also the Portuguese Yale Food Addiction Scale, Internet Addiction Test, Smartphone Addiction Scale – Short Version, General Functioning dimension of the Family Assessment Device, Brief Self-Control Scale, and the Athens Insomnia Scale. **Findings**: The refined structural model presented a good fit (SRMR=.066; GFI=.970; CFI=.973; TLI=.974; RMSEA=.060; p<.001; 90% CI=].059, .061[). Teenagers with higher levels of Food Addiction (β=.181; p<.001), Internet Addiction (β= .098; p=.003), Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity (β= .334; p<.001), Access to Screens in the Room at Night (β= .111; p<.001), Frequency of Screen Use Before Going to Sleep (β=.096; p<.001), lower levels of Support and Trust (β= -.140; p<.001) and who are female (β=.127; p<.001) experienced higher insomnia. **Discussion**: These findings emphasise the necessity of developing future interventions with adolescents, focused on the promotion of sleep hygiene, and teenagers' impulsivity self-management, to enable the development of a consistent and healthy sleep routine suited to teenagers' needs.

Keywords: Insomnia; Predictors; Portuguese Adolescents; Structural Equations Model.

1. Introduction

Adolescents need around 8-10 hours of sleep, in order to develop cognitively, physically, and psychologically (SNS24, 2023; Brand & Kirov, 2011). Despite the importance of meeting sleep needs, research has shown that adolescents often report irregular sleeping patterns and poor sleep quality (Owens et al., 2014). These findings align with what was found by Blunden et al. (2012), and by de Zambotti et al. (2018), where 11-30% of teenagers experience sleeping disorders and this prevalence might be increasing.

Insomnia involves difficulties in inducing and maintaining sleep and can also be accompanied by early awakenings. As such, it significantly impairs the daily functioning of those who experience it (Cunnington, 2013). Investigation has shown that it is still unclear which is the exact cause of insomnia. Nevertheless, there are a lot of risk factors for the development of insomnia, such as biological sex (i.e., being a women is a risk factor for the development of insomnia; APA, 2022), stress, depression, and anxiety (Strine & Chapman, 2005), unhealthy diets (Tan et al., 2015), problematic family contexts (Maratia et al., 2023), and excessive/inadequate use of internet and/or smartphones (Bhatt & Gaur, 2019; Van Deursen et al., 2015).

When it comes to stress, anxiety and depression research has shown that, sleep disturbances may facilitate a state of allostatic overload, which ends up increasing the chances of developing mental disorders (Palagini et al., 2019). Also, when adolescents suffer with insomnia, they become more likely to experience stress, anxiety, and depression (Dahl & Harvey, 2007; Drake et al., 2014). Hence, this relationship is bidirectional as insomnia can boost stress, anxiety, and depression in adolescents (Drake et al., 2014).

Food Addiction (FA) is a behavioural addiction that consist of an excessive and uncontrolled consumption of high-calorie foods (e.g., sweets; Najem et al., 2019). Investigation in this domain has found that FA can jeopardise sleep quality (Najem et al., 2019) and sleep quality might be affected by the individual's diet, since a diet rich in vitamins can promote better sleep quality and conversely, a diet rich in sugar and carbohydrates can lead to poorer sleep quality (Tan et al., 2015).

The term Internet Addiction (IA) refers to the problematic internet use that affects a person's functioning (Kapus et al., 2021). Smartphone Addiction (SA), according to Chóliz et al. (2010), is characterised by compulsive behaviour that impairs an individual's functions due to uncontrolled smartphone use. IA and SA have been found to be positively

associated with each other (Ben-Yehuda et al., 2016) and with insomnia (Bhatt & Gaur, 2019; Van Deursen et al., 2015).

Family also plays an important role in adolescent's sleep quality. Research has shown that since increased arousal and alertness inhibit sleep, it is necessary for a person to feel secure and safe in order to get proper sleep quality (Dahl & El-Sheikh, 2007). Simultaneously, family contexts that are marked by chaos can influence adolescents' sleep quality negatively (El-Sheikh & Kelly, 2017).

Self-control is also an important variable to consider as better emotion regulation and higher frequency of positive emotions are linked to higher levels of self-control and consequent better sleep quality (Bower et al., 2010). Conversely, poor self-control is linked to more difficulty controlling emotions (Bower et al., 2010).

The present work is based on the theoretical model developed by Claudatos et al. (2019), which postulates that there is a reciprocal relationship between adolescents' substance use and sleep disturbances that can be caused by both internal and external variables. This association can occur through 1) negative coping, 2) emotional dysregulation and 3) reward seeking/poor impulse control.

As the causes of insomnia remains unclear, this is a pertinent investigation since it allows a deeper understanding of the role of each variable in the development of insomnia. Therefore, the aim of the present study is to comprehend if FA, IA, SA, stress, anxiety, depression, biological sex, access to screens at night, frequency of screen use before going to sleep/until falling asleep support and trust, difficulty negotiating and sharing, resisting temptation and self-discipline and pleasure driven behaviour and impulsivity predict insomnia in this sample of Portuguese adolescents.

2. Methods

2.1. Design

This is a descriptive, correlational and cross-sectional study.

2.2. Participants

At first, the sample consisted of 1,672 young individuals from the Autonomous Region of Madeira, out of which 106 participants were excluded due to not providing consent (n=56), not referring their biological sex (n=10), not meeting the defined age criteria (n=20), or not providing enough information (n=20). The final sample comprised 1.566 participants, with an average age of 14.79 (SD=1.89). The inclusion criteria consisted of being a student in the Autonomous Region of Madeira with ages between 12-19 years. The sample size corresponds to 8,72% of the Madeiran student population in the 3rd cycle

of basic education and secondary education in the 2019/2020 public education year (DREM, 2023).

Participants' sociodemographic characteristics are shown in Table 1 and participants' access and use of the internet data in Table 2.

Table 1 – Participants' sociodemographic characteristics.

Characteristics	**Adolescents (*n*=1,566)**	
	N	**%**
Sex		
Males	742	47.4
Females	824	52.6
Level of Education		
Basic Education (3rd cycle)	854	54.5
Secondary Education	712	45.5
Residential Areas		
Urban Areas	1178	75.2
Rural Areas	388	24.8

Table 2 – Participants' access and use of the internet data.

Characteristics	**Adolescents (*n*=1566)**	
	N	**%**
Having a smartphone/mobile phone		
Have a smartphone	1336	85.3
Have a mobile phone	212	13.5
Don´t have any	18	1.1
Times per day they use their smartphone/mobile phone		
1-10 times	332	21.2

11-20 times	463	29.6
21-30 times	309	19.7
More than 31 times	462	29.5
Time per day during the week they use the Internet for leisure or hobbies		
Up to 30 minutes	71	4.5
From 30 to 60 minutes	141	9.0
From 1 to 2 hours	258	16.5
From 2 to 4 hours	383	24.5
From 4 to 6 hours	260	16.6
From 6 to 8 hours	163	10.4
More than 8 hours	290	18.5
Time per day during the weekend they use the Internet for leisure or hobbies		
Up to 30 minutes	75	4.8
From 30 to 60 minutes	119	7.6
From 1 to 2 hours	223	14.2
From 2 to 4 hours	286	18.3
From 4 to 6 hours	333	21.3
From 6 to 8 hours	227	14.5
More than 8 hours	303	19.3
Have family meals at the table		
Yes	1438	91.8
No	128	8.2
Use of electronic devices during meals with their families		
They and their families use it	129	8.2
They use it but their families don’t	122	7.8
They don’t use, but their family do	62	4.0
Neither them nor their families use	1175	75.0

Have access to screens (e.g., smartphone) in their rooms at night		
Yes	1189	75.9
No	377	24.1
How often do they use screens (e.g., tablets) just before bed or until they fall asleep		
Never	86	5.5
Rarely	262	16.7
Sometimes	436	27.8
Many times	249	15.9
Daily	533	34.0

2.3. Measures

Sociodemographic and Internet Use and Access Data. Sociodemographic measures included biological sex, age, residential area. Internet use and access data included, owing a smartphone/mobile phone, times per day they use their smartphone, time per day during the week/weekend participants use the Internet for leisure, use of electronic devices while having meals with their families and smartphone use before sleep.

Portuguese Yale Food Addiction Scale (P-YFAS). This scale developed by Gearhardt et al. (2009) and validated for a Portuguese sample by Torres et al. (2017) consists of 24 self-report items assessing addictive eating behaviours over the past year (e.g., "*I find myself continuing to consume certain foods even though I am no longer hungry.*"; Gearhardt et al., 2009). Based on DSM-IV-TR substance dependence criteria were adapted to eating behaviour, including: 1) overconsumption (items 1, 2, 3); 2) inability to reduce (items 4, 22, 24); 3) lots of effort dispended on eating (items 5, 6, 7); 4) abandoning significant activities (items 8, 9, 10, 11); 5) persistent behaviour despite consequences (item 19); 6) tolerance (items 20, 21); and 7) withdrawal (items 12, 13, 14). Two items were designed to assess clinical impairment, (i.e., symptom 8 – items 15, 16) and three serve as introductory questions (items 17, 18, 23). Higher scores represent a greater manifestation of symptoms in line with an FA pattern. PYFAS offers continuous scores which used in this study and represents the quantity of addiction symptoms that have been verified), and also dichotomous scores. The first 23 items were rated on a 5-point Likert

scale, ranging from 0 "*never*" to 4 "*4 or more times per week, or daily*", and the 24th item scale ranged from 1 "*1 or fewer times*" to 5 "*5 or more times*". The scale demonstrated good internal consistency, with α=.82 (Torres et al., 2017).

Internet Addiction Test (IAT). This scale developed by Young (1998), was validated to a Portuguese sample by Pontes et al. (2014). IAT consists of 20 items that assess how often the individual performs certain online behaviours (e.g., "*How often do you find yourself anticipating when will you go online again?*"; Pontes et al., 2014). Each item was rated on a 6-point Likert Scale, ranging from 0 "*not applicable*" to 5 "*always*". The final score was given by the sum of each item score, where 0-30 points suggests absence of internet addiction, 31-49 points mild internet addiction, 50-79 points moderate internet addiction and 80-100 points severe internet addiction (Young, 2011). In the validation, IAT showed an excellent value of internal consistency, with α=.90 (Pontes et al., 2014).

Smartphone Addiction Scale – Short Version (SAS-SV). This scale was developed by Kwon et al. (2013) and validated to a Portuguese sample by Água et al. (2017). SAS-SV is a short version of the original SAS (33 items), that comprises 10 self-report items assessing the level of smartphone dependence (e.g., "*Feeling impatient and fretful when I am not holding my smartphone*."; Kwon et al., 2013). Each item was rated on a 6-point Likert scale ranging from 1 "*strongly disagree*" to 6 "*strongly agree*". The final score was given by the sum of each item's score, however the cut-off to consider a greater manifestation of symptoms in line with a SA pattern is 31 for males and 33 for females. SAS-SV showed a good value of internal consistency, with α=.86 (Água et al., 2017).

General Functioning dimension of the Family Assessment Device (GF-FAD). This scale developed by Epstein et al. (1983), was validated to a Portuguese sample by Patrão et al. (2020). The original version of the FAD is composed of 53 items, divided according to 7 dimensions (e.g., Problem Solving). However, only the dimension General Functioning was validated. FAD's Portuguese version consists of 12 items assessing the family's general health/pathology. Of all items, 6 of them are positives and refer to the Family Functionality dimension (items 2, 4, 6, 8, 10, 12; e.g., "*We trust each other*."; Patrão et al., 2020), while the other 6 are related with Family Dysfunctionality (items 1, 3, 5, 7, 9, 11; "*We can't talk to each other about the sadness we feel.*"; Patrão et al., 2020). After carefully analysing the content of the items, it was decided to change the name of each dimension, where Family Functionality dimension became Support and Trust, and Family Dysfunctionality dimension became Difficulty Negotiating and Sharing. Each

item was rated on a 4-point Likert scale, ranging from 1 "*strongly disagree*" to 4 "*strongly agree*". The total score consists of the sum of all items. Higher scores in the Support and Trust dimension, suggest greater support between family members and higher scores in the Difficulty Negotiating and Sharing, suggests greater difficulty in sharing things (e.g., feelings). Difficulty Negotiating and Sharing and Support and Trust demonstrated good internal consistency, with α=.84 and α=.86 respectively (Patrão et al., 2020).

Psychological Well-being and Mental State. Psychological well-being was assessed with 1 item "*How do you evaluate your psychological well-being*?", rated on a 10-point Likert scale, ranging from 1 "*extremely bad*" to 10 "*extremely good*". Mental state was assessed with 3 items evaluating how often the individual experience high levels of depressed mood, anxiety, and stress (e.g., "*How often do you feel high levels of anxiety?*"), rated on a 6-point Likert scale, ranging from 1 "*never*" to 6 "*everyday*".

Brief Self-Control Scale (BSCS). This scale developed by Tangney et al. (2004), and validated to a Portuguese sample by Água et al. (2020), assesses self-control and consists of 13 items rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 "*not at all like me*" to 5 "*very much like me*". It has two dimensions, Maladaptive/Dysfunctional Self-Control (items 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13) (e.g., "*Sometimes I can't stop doing something, even if I know it's wrong.*"; Água et al., 2020) and Adaptive/Functional Self-Control (items 1, 6, 7, 8, 11) (e.g., "*I'm good at resisting temptation*."; Água et al., 2020). After carefully analysing the content of all items, it was decided to change the name of both dimensions. Therefore, Dysfunctional Self-Control became Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity and Functional Self-Control became Resisting Temptation and Self-Discipline. To determine the final score, items related to the first dimension were reversed, so that a global higher score corresponds to more self-discipline. Resisting Temptation and Self-Discipline and Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity demonstrated good and acceptable internal consistency, with α=.86 and α=.68 respectively (Água et al., 2020).

Athens Insomnia Scale (AIS). This scale developed by Soldatos et al. (2000), was validated to a Portuguese sample by Lamelas et al. (2023). AIS assesses the level of experienced insomnia and consists of 8 items (e.g., "*Final awakening earlier than desired*."; Soldatos et al., 2000), matching the International Classification of Diseases – 10 (ICD-10) criteria A, B and C for the diagnosis of insomnia. Criterion A assesses difficulty initiating sleep and total sleep quality. Criterion B refers to the frequency of

these events. Criterion C corresponds to the consequences of sleep deprivation on daily functioning (e.g., perceived sleepiness). The items were rated on a 4-point Likert scale, ranging from 0 "*no problem at all*" to 3 "*very serious problem*". Total scores ranged from 0 (absence of insomnia) to 24 (severe insomnia level). A symptomatic expression consistent with insomnia is indicated by total scores equal to or greater than 6 (Soldatos et al., 2003). AIS exhibited a good internal consistency with α=.82 (Lamelas, 2023).

2.4. Procedure

The research project was approved by the Ethics Committee of ISPA – University Institute and by Regional Secretariat of Education, Science and Technology of the Regional Government of Madeira (RSESTRGM). After that, several public schools of Madeira were contacted to request permission to distribute online surveys to students in the 3rd cycle of basic education and secondary education. Prior to participation, students were asked to give their Informed Consent, and an Informed Consent was sent to the legal guardians of the students under 16 years in collaboration with the RSESTRGM. Right after the informed consents were obtained and the inclusion criteria were met, the students filled out the online survey on the platform Google Forms in the classroom setting. The research complied with the Deontological Code of the Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021) regarding ethical treatment of participants.

2.5. Data analysis

Regarding data analysis, a descriptive analysis (i.e., measures of central tendency and measures of dispersion) of the latent variables were carried out using using IBM SPSS Statistical software, version 29. After that, it was performed the confirmatory factor analysis of all scales, and also the average variance extracted of each sub-construct and comparison of the later with the squared correlation between factors in order to evaluate how well they discriminated among them using R 4.2.1 statistical system, (R Core Team) via Rstudio. Following that, multicollinearity between variables was assessed using IBM SPSS Statistical software, version 29. Finally, it was be performed a predictive structural equations model in order to analyse which of the independent variables (i.e., FA, IA, SA, Stress, Anxiety, Depression, Biological Sex, Access to Screens at Night, Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep, Support and Trust, Difficulty Negotiating and Sharing, Resisting Temptation and Self-Discipline and Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity) significantly explained the dependent variable (insomnia). After that, the refined model was performed, including only the significant predictors of

the dependent variable. Both models were performed using R 4.2.1 statistical system, (R Core Team) via Rstudio, with the lavaan package.

3. Results

3.1. Descriptive analysis

In order to characterise the sample in relation to the latent variables, a descriptive analysis was conducted (Table 3).

In what regards the levels of insomnia, in this sample 31,5% of adolescents reported moderate to severe levels of insomnia, while the other 68,5% did not exhibit a symptomatic expression congruent with an insomnia pattern.

Table 3 – Descriptive Statistics of Latent Variables.

Latent variables	**Mean**	**Standard deviation (SD)**	**Minimum**	**Maximum**
Food addiction	2.85	2.10	0	8
Internet addiction	36.15	15.03	0	100
Smartphone addiction	25.05	8.77	10	60
(Family) Support and Trust	17.65	4.52	6	24
(Family) Difficulty Negotiating and Sharing	11.25	3.43	6	24
Resisting Temptation and Self-Discipline	11.60	3.61	4	20
Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity	18.78	6.52	8	40
Psychological well-being	7.78	2.10	1	10
Depression	2.26	1.22	1	6
Anxiety	2.55	1.34	1	6
Stress	2.81	1.39	1	6
Insomnia	4.45	3.88	0	23

3.2. Structural model

After exploring the quality of the internal structure of all the instruments, checking that all the scales had good psychometric properties and that there was no multicollinearity between any of the variables under study, it was possible to proceed with the construction of a structural model in order to explore the relationships between all of the independent variables and the dependent variable (Insomnia). However, since the structural equation model had initially an unacceptable fit, the items with a factor weight lower than the reference value (λ=.500) were removed, to obtain a better model fit. This led to the exclusion of the stress, anxiety, and depression, and some items from the scales applied.

Once the items had been excluded, the model showed a good fit (SRMR=.062; GFI=.964; CFI=.968; TLI=.969; RMSEA=.057; p<.001; 90% *CI*=].056, .058[).

The structural model in showed that adolescents who present higher levels of Food Addiction (β=.178; p<.001), Internet Addiction (β=.166; p<.001), Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity (β=.330; p<.001), Access to Screens in the Room at Night (β= .111; p<.001), Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep (β=.097; p=.001), and who are female (β=.127; p<.001), experience higher levels of insomnia. Conversely, adolescents who experience higher levels of Support and Trust (β= -.156; p=.002) within the family present lower levels of insomnia. Additionally, the variables Resisting Temptation and Self-Discipline (β= -.012; p=.817), Difficulty Negotiating and Sharing (β= .016; p=.711) and SA (β= -.095; p=.066) are not predictors of insomnia in this sample.

3.3. Refined structural model

After the analysis of the initial model, it was developed a new (refined) structural model (Figure 1) which only included the predictors of the dependent variable (insomnia).

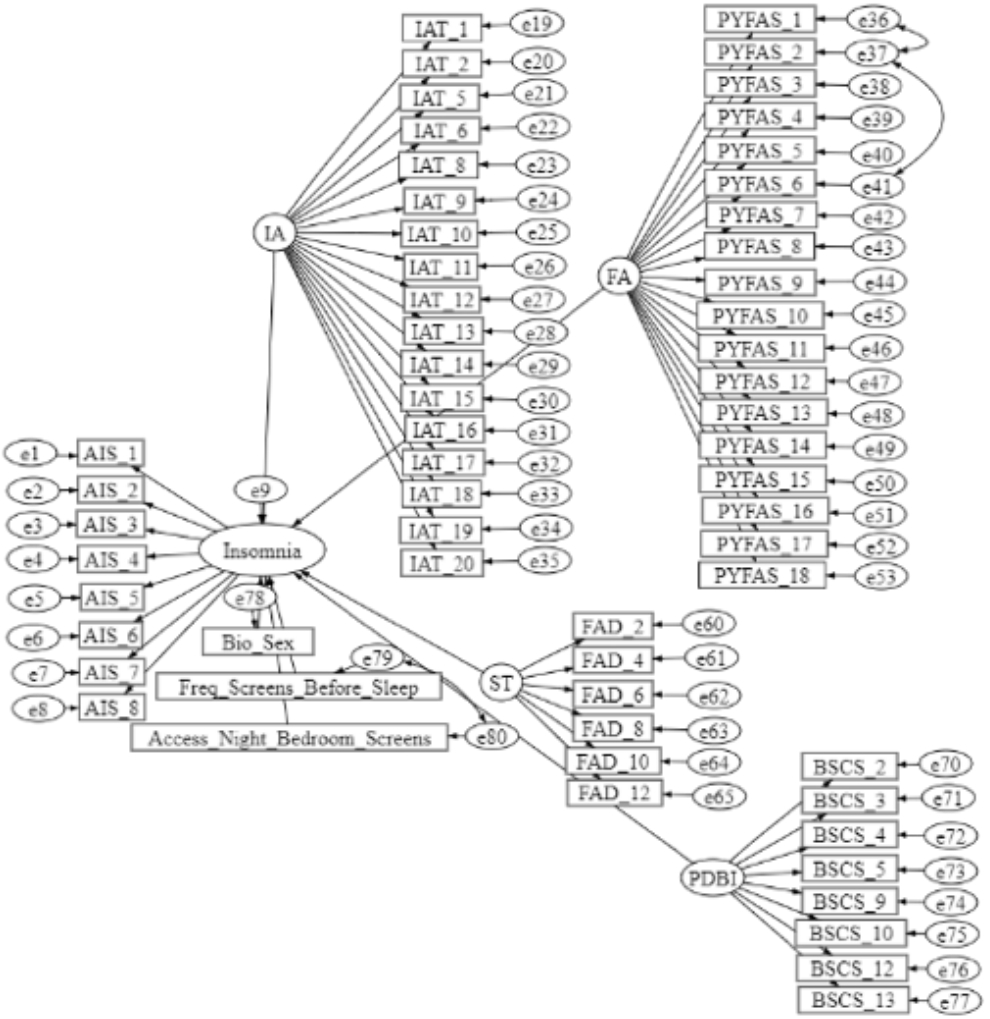


Figure 1 – Refined Structural Model of the Predictors of Insomnia in Portuguese Teenagers**.**

Note. IA= Internet Addiction; FA= Food Addiction; DNS= Difficulty Negotiating and Sharing; PDBI= Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity; Bio_Sex= Biological Sex; Freq_Screens_Before_Sleep= Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep; Access_Night_Bedroom_Screens= Access to Screens in the Room at Night.

The refined model has shown a good fit (SRMR=.066; GFI=.970; CFI=.973; TLI=.974; RMSEA=.060; p<.001; 90% *CI*=].059, .061[). This model (with the accounted variables) explains 31% of the variance in insomnia (R^2= .308). Table 4 shows the trajectories between the independent and the dependent variables.

Table 4 – Trajectories between Food Addiction, Internet Addiction, Support and Trust, Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity, Biological Sex, Access to Screens in the Room at Night, Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep and Insomnia.

Trajectories	**β**	***P***
Insomnia FA	.181	***
Insomnia IA	.098	.003
Insomnia ST	-.140	***
Insomnia PDBI	.334	***
Insomnia BioSex	.127	***
Insomnia ASRN	.111	***
Insomnia FSUBGS	.096	***

Note: FA= Food Addiction; IA= Internet Addiction; SA= Smartphone Addiction; ST= Support and Trust; DNS= Difficulty Negotiating and Sharing; PDBI= Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity, BioSex= Biological Sex, ASRN=Access to Screens in the Room at Night, FSUBS = Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep.

***p<.001

4. Discussion

This study aimed to comprehend which of the studied variables predict insomnia among a large sample of Portuguese adolescents. This is an important research since previous studies have found that the prevalence of teenagers suffering with sleep disturbances is around 11-30% (Blunden et al., 2012), with a tendency to increase (de Zambotti et al., 2018). However, sleep deprivation may threaten adolescent's health on several levels (SNS24, 2023). In this study, 31,5% of adolescents reported moderate to severe insomnia.

There are several risk factors that can lead to the development of insomnia. In this study it was found that FA, IA, Support and Trust, Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity, being female, Access to Screens at Night, and Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep are all predictors of insomnia in this sample, while Difficulty Negotiating and Sharing, SA, and Resisting Temptation and Self-Discipline are not.

In this way, adolescents who present higher levels of FA, experience higher levels of insomnia. This finding aligns with the results obtained by Najem et al. (2019), in which sleep quality has been proven to be impaired by FA.

When it comes to IA, SA, Access to Screens at Night and Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling it was observed that adolescents who experience higher levels of IA, have higher access to screens at night and report higher frequency of screen use present higher levels of insomnia. This finding aligns with what was found by Bhatt and Gaur (2019), where higher levels of IA were associated with higher levels of insomnia and screen use led adolescents to stay up late (Hale & Guan, 2015). However, higher levels of SA are not associated with insomnia. This result goes against the findings of Van Deursen et al. (2015) in which SA proved to impair sleep. Thus, it is hypothesised that adolescents might be using other types of screens (e.g., computers, tablets) rather than smartphones, and these screens might be the ones foreseeing their insomnia.

Regarding family context, it was observed that adolescents who experience higher levels of family support and trust, present lower levels of insomnia. However, it was also found that difficulty negotiating and sharing does not predict insomnia in this sample. This way, the role of family in adolescents' adjustment, especially to sleep, is emphasised (as seen in another studies, e.g., Kurock et al., 2022). These findings are supported by El-Sheikh and Kelly (2017), in the sense that family contexts characterised by mutual trust, and positive communication, allow teenagers to feel secure, reducing the chances of developing insomnia, but they are at the same time contrasted since the authors observed that family contexts marked by chaos and instability make adolescents more vulnerable to developing sleep disorders (El-Sheikh & Kelly, 2017). However, the results of this study are supported by longitudinal studies in that they found an inconsistency in the impact that negative family factors have on adolescents' sleep in the long term. These results also raise the hypothesis that this relationship may be bidirectional (such that adolescents' sleep problems may create more problems at home; Roberts et al., 2008).

When it comes to self-control, it was found that adolescents who present higher levels of pleasure driven behaviour and impulsivity, also present higher levels of insomnia.

However, higher levels of resisting temptation and self-discipline are not associated with insomnia; hence, the later does not serve as a protective variable. As Bauducco et al. (2019) found, changes in sleep patterns lead to increased difficulties with impulse control which in turn, jeopardise sleep quality and promote sleep disturbances. Additionally, positive affect is linked to better sleep quality and this mutual interaction promotes self-control and improves emotion regulation (Kalmbach et al., 2014).

Finally, in this study it was observed that female adolescents present higher levels of insomnia than male adolescents. These differences can be explained by the fact that girls might be less adaptative in managing negative emotions, since they may resort to maladaptive coping mechanisms (e.g., rumination; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994) to deal with a negative mood, which can result in insomnia (Hiller et al., 2015).

The refined model that was obtained explains 31% of the variability of insomnia, which means that 69% of its variability remains unexplained. Nevertheless, there are other variables such as school-related stress, peer-related conflict, school appreciation/valorisation, that might help explaining insomnia (Roberts et al., 2008; Zhang et al., 2021). It would therefore be very interesting for future studies to address these variables and explore their associations with insomnia.

This study presents some limitations, such as the fact that the BSCS has 8 items assessing Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity and only 4 items assessing Resisting Temptation and Self-Discipline. This way, Resisting Temptation and Self-Discipline may not have been properly assessed. Additionally, the questionnaire was completed by the students without the presence of the investigator preventing the clarification of any doubts. In the future, it would be pertinent to conduct a thorough evaluation of both self-control dimensions, using two independent instruments. However, the study also has its strengths, namely the fact that it is conducted with a large and balanced sample in terms of biological sex, and this is a unique study developed with a Portuguese sample from an insular reality, that seeks to understand what individual and familial experiences contribute to insomnia in these adolescents.

In conclusion, Biological Sex, FA, IA, Support and Trust, Pleasure Driven Behaviour and Impulsivity, Access to Screens at Night, and Frequency of Screen Use Before Going to Sleep/Until Falling Asleep predicted insomnia in this sample of Portuguese adolescents. Therefore, future interventions in this area should focus on the promotion of sleep hygiene behaviours and the importance of making pro-health choices such as having a healthy diet, reduce screen time, better impulse control, better family communication, trust and

negotiation so that adolescents remain physically, emotionally, socially, and psychologically healthy.

5. References

Água, J., Patrão, I. & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa. [Paper presentation]. Actas do II Congresso Ibérico de Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário, Portugal.

Água, J., Patrão, I., Pimenta, F., & Leal, I. (2020, January 30–February, 1). *Escala Breve de Autocontrolo (EBAC): Validação numa amostra de jovens portugueses* [Paper presentation]. Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Covilhã, Portugal.

Bauducco, S. V., Salihovic, S., & Boersma, K. (2019). Bidirectional associations between adolescents' sleep problems and impulsive behavior over time. *Sleep medicine: X*, *1*, 100009. https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100009

Ben-Yehuda, L., Greenberg, L., & Weinstein, A. (2016). Internet Addiction by Using the Smartphone-Relationships between Internet Addiction, Frequency of Smartphone Use and the State of Mind of Male and Female Students. *Journal of Reward Deficiency Syndrome & Addiction Science, 2*(1), 22-27. http://dx.doi.org/10.17756/jrdsas.2016-024

Bhatt, S., & Gaur, A. (2019). Psychological risk factors associated with internet and smartphone addiction among students of an Indian dental institute. *Indian journal of public health*, *63*(4), 313–317. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_330_18

Blunden, S. L., Chapman, J., & Rigney, G. A. (2012). Are sleep education programs successful? The case for improved and consistent research efforts. *Sleep Medicine Reviews, 16*(4), 355–370. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.08.002

Bower, B., Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2010). Poor reported sleep quality predicts low positive affect in daily life among healthy and mood-disordered persons. *Journal of sleep research*, *19*(2), 323–332. https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2009.00816.x

Brand, S., & Kirov, R. (2011). Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. *International journal of general medicine, 4*, 425–442. https://doi.org/10.2147/IJGM.S11557

Chóliz M. (2010). Mobile phone addiction: a point of issue. *Addiction (Abingdon, England)*, *105*(2), 373–374. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02854.x

Claudatos, S., Baker, F.C., & Hasler, B.P. (2019). Relevance of Sleep and Circadian Rhythms to Adolescent Substance Use. *Current Addiction Reports, 6*, 504–513. https://doi.org/10.1007/s40429-019-00277-9

Cunnington, D., Junge, M. F., & Fernando, A. T. (2013). Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *The Medical Journal of Australia, 199*(8), 36– 40. https://doi.org/10.5694/mja13.10718

Dahl, R. E., & El-Sheikh, M. (2007). Considering sleep in a family context: introduction to the special issue. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 21*(1), 1–3. https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.1

Dahl, R. E., & Harvey, A. G. (2007). Sleep in children and adolescents with behavioral and emotional disorders. *Sleep Medicine Clinics, 2*(3), 501–511. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.002

de Zambotti, M., Goldstone, A., Colrain, I. M., & Baker, F. C. (2018). Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact, and treatment. *Sleep Medicine Reviews, 39*, 12–24. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.009

Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM). (2023, August, 23). *Série Retrospetiva das Estatísticas da Educação da RAM (1993/1994 - 2021/2022)*. [Data set]. DREM. https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/educacao-pt/informacao-geral/serie-retrospetiva-educa-informacao-geral.html

Drake, C. L., Pillai, V., & Roth, T. (2014). Stress and sleep reactivity: a prospective investigation of the stress-diathesis model of insomnia. *Sleep*, *37*(8), 1295–1304. https://doi.org/10.5665/sleep.3916

El-Sheikh, M., & Kelly, R. J. (2017). Family functioning and children's sleep. *Child Development Perspectives, 11*(4), 264–269. https://doi.org/10.1111/cdep.12243

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE*. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171–180. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, *52*(2), 430–436. https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003

Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep medicine reviews*, *21*, 50–58. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.07.007

Hiller, R. M., Johnston, A., Dohnt, H., Lovato, N., & Gradisar, M. (2015). Assessing cognitive processes related to insomnia: A review and measurement guide for Harvey's cognitive model for the maintenance of insomnia. *Sleep medicine reviews*, *23*, 46–53. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.11.006

Kapus, K., Nyulas, R., Nemeskeri, Z., Zadori, I., Muity, G., Kiss, J., Feher, A., Fejes, E., Tibold, A., & Feher, G. (2021). Prevalence and Risk Factors of Internet Addiction among Hungarian High School Students. *International journal of environmental research and public health*, *18*(13), 6989. https://doi.org/10.3390/ijerph18136989

Kwon, M., Kim, D.-J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents. *PLoS ONE, 8*(12), e83558. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558

Lamelas, A. F., Patrão, I., & Pimenta, F. (2023, May, 4–5). *Athens Insomnia Scale (AIS): Estudo das qualidades psicométricas numa amostra de jovens* [Poster presentation]. XI Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica: Avaliação psicológica: modelos, metodologias e aplicações, Faro, Portugal.

Maratia, F., Bacaro, V., & Crocetti, E. (2023). Sleep Is a Family Affair: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies on the Interplay between Adolescents' Sleep and Family Factors. *International journal of environmental research and public health*, *20*(5), 4572. https://doi.org/10.3390/ijerph20054572

Najem, J., Saber, M., Aoun, C., El Osta, N., Papazian, T., & Rabbaa Khabbaz, L. (2019). Prevalence of food addiction and association with stress, sleep quality and chronotype: A cross-sectional survey among university students. *Clinical Nutrition.* https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.038

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424–443. https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses — versão consolidada*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf

Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, & Committee on Adolescence (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics, 134*(3), e921–e932. https://doi.org/10.1542/peds.2014-1696

Palagini, L., Bastien, C. H., Marazziti, D., Ellis, J. G., & Riemann, D. (2019). The key role of insomnia and sleep loss in the dysregulation of multiple systems involved in mood disorders: A proposed model. *Journal of sleep research*, *28*(6), e12841. https://doi.org/10.1111/jsr.1284

Patrão, I., Pimenta, F., Água, J., & Leal, I. (2020). Validação do Family Assessment Device (FAD) numa amostra de jovens portugueses. [Paper presentation]. Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (773-781). Covilhã: Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade da Beira Interior, Portugal.

Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(2), 107–114. https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.2.4

Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Duong, H. T. (2008). Chronic insomnia and its negative consequences for health and functioning of adolescents: a 12-month prospective study. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *42*(3), 294–302. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.016

Serviço Nacional de Saúde (SNS24). (2023, June, 21). *Sono na Criança*. https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/sono-na-crianca/#quantas-horas-devem-dormir-as-criancas

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(6), 555–560. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00095-7

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(3), 263–267. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00604-9

Strine, T. W., & Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine, 6*(1), 23–27. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.06.003

Tan, X., Alén, M., Cheng, S. M., Mikkola, T. M., Tenhunen, J., Lyytikäinen, A., Wiklund, P., Cong, F., Saarinen, A., Tarkka, I., Partinen, M., & Cheng, S. (2015). Associations of disordered sleep with body fat distribution, physical activity and diet among overweight middle-aged men. *Journal of Sleep Research, 24*(4), 414– 424. https://doi.org/10.1111/jsr.12283

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, *72*(2), 271–324. https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

Torres, S., Camacho, M., Costa, P., Ribeiro, G., Santos, O., Vieira, F. M., Brandão, I., Sampaio, D., & Oliveira-Maia, A. J. (2017). Psychometric properties of the Portuguese version of the Yale FA Scale. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22*(2), 259–267. https://doi.org/10.1007/s40519-016-0349-6

Van Deursen, A. J. A. M., Bolle, C. L., Hegner, S. M., & Kommers, P. A. M. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior. *Computers in Human Behavior, 45*, 411–420. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.039

Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237–244. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237

Young, K. S. (2011). Clinical assessment of internet-addicted clients. In K. Young & C. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 19–34). New Jersey: John Wiley & Sons.

Zhang, M. X., Zhou, H., Yang, H. M., & Wu, A. M. S. (2021). The prospective effect of problematic smartphone use and fear of missing out on sleep among Chinese adolescents. *Current Psychology, 42*, 5297–5305. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01863-9

Capítulo 25

Necessidades Informacionais de sobreviventes oncológicos com *Cancer-related Cognitive Impairment* (CRCI): Revisão Narrativa

Elisa Gomes[1], Sofia A. Marques-Fernandes[2,3], Paula Carvalho[1,4,5], Ana Torres[1,4,5] & Isabel M. Santos[2,]

[1]Department of Psychology and Education, University of Beira Interior, Portugal
[2]William James Center for Research, Department of Education and Psychology, University of Aveiro, Portugal
[3]RISE-Health, Department of Education and Psychology, University of Aveiro, University Campus of Santiago, 3810-193, Aveiro, Portugal
[4]RISE-Health, Department of Psychology and Education, Faculty of Human and Social Sciences, University of Beira Interior, Portugal
[5]Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development (CIDESD)

Autor Correspondente: Elisa Gomes. **E-mail:** elisa.gomes@ubi.pt

Resumo: O CRCI envolve dificuldades ao nível do processamento da informação, da atenção e da memória com impacto negativo na qualidade de vida dos Sobreviventes Oncológicos (SO). A maioria dos SO consideram que não foram devidamente informados sobre CRCI, nomeadamente sobre o seu desenvolvimento, duração e impacto o que contribuiu para atrasar/dificultar o acesso ao tratamento.

Método: Os dados recolhidos para este estudo foram obtidos através da PubMED, Web Of Science e SCOPUS. Foram incluídos artigos relacionados com o estudo de CRCI em sobreviventes oncológicos publicados até ao momento

Resultados: O fornecimento de informação sobre CRCI é crucial pois a sua presença tende a gerar sentimentos de medo e ansiedade nos SO. A informação fornecida deve colmatar as dúvidas dos SO; validar as suas experiências; focar-se em aspetos como a prevalência de CRCI, a sintomatologia mais comum e as estratégias de gestão das dificuldades sentidas.

Discussão: Os resultados destacam uma lacuna importante na prestação de cuidados, que visem reduzir o impacto de CRCI nos Sobreviventes Oncológicos. Nesse sentido, reforça se a necessidade de empreender mais estudos sobre a temática e de criar políticas/programas que contribuam para colmatar as necessidades informacionais destes sobreviventes.
Palavras-chave: comprometimento cognitivo, sobreviventes oncológicos, revisão narrativa, necessidades informacionais.

Introdução

O avanço da medicina, com o desenvolvimento de mecanismos inovadores de deteção e tratamento oncológicos (e.g. terapia hormonal, imunoterapia, quimioterapia, radioterapia) traduziu-se num aumento das taxas de sobrevivência ao cancro (Demos Davies et al., 2024; Hardy et al., 2018; Lange et al., 2019a; Sleurs et al. 2022). Esta diminuição da mortalidade nas últimas décadas tem transformado a forma como a doença oncológica é percecionada, passando a ser considerada uma doença crónica de longo prazo e não uma doença fatal (Cheung & Delfabbro, 2016). Tal tem vindo a refletir-se numa mudança na forma como as pessoas diagnosticadas com a mesma são consideradas: de vítimas/pacientes a sobreviventes (Cheung & Delfabbro, 2016). Apesar de o termo «sobrevivente de cancro» ser amplamente utilizado tanto na literatura como pelos media, parece existir uma falta de consenso quanto à sua definição (Cheung & Delfabbro, 2016; Marzorati et al., 2017). No âmbito desta revisão narrativa será considerada a definição proposta pelo National Cancer Institute (n.d.) no seu Dicionário de Termos Oncológicos que propõe que as pessoas com cancro são consideradas sobreviventes oncológicas desde o momento do diagnóstico e até ao fim das suas vidas. Esta definição considera os potenciais efeitos que a doença oncológica pode exercer no início (com o diagnóstico), durante e após o tratamento, tanto em termos físicos, como mentais, emocionais, sociais e financeiros. Adicionalmente, também sustenta que a experiência dos sobreviventes oncológicos compreende os aspetos relacionados com: a) o apoio por parte dos serviços de saúde de follow-up; b) os efeitos tardios do tratamento; c) a recorrência de cancro; d) o aparecimento de outras doenças oncológicas e e) a qualidade de vida. Abrange, ainda, os membros das famílias, os amigos e os cuidadores.

Apesar dos desenvolvimentos técnicos e científicos registados, as intervenções terapêuticas atuais não são isentas de consequências e efeitos secundários.

Vários estudos recentes reportam que os pacientes oncológicos enfrentam diversos efeitos secundários relacionados com a doença e os seus tratamentos, que podem refletir-se a nível físico, mas também a nível emocional, psicológico e cognitivo, impactando negativamente a funcionalidade e qualidade de vida desta população (Hardy et al., 2018). A presença de sintomatologia no âmbito cognitivo é uma das mais consistentemente reportada durante e após o tratamento oncológico (Hardy et al., 2018; Lange et al., 2019b), compreendendo uma das sequelas mais comuns e mais problemáticas registadas em sobreviventes oncológicos (Allen et al., 2018; Lange et al., 2019a). As alterações cognitivas associadas ao cancro, comumente conhecidas como cancer-related cognitive impairment (CRCI), afetam pacientes oncológicos (pediátricos e adultos) (Hardy et al., 2018) cujo cancro pode ou não relacionar-se com o sistema nervoso central (SNC), independentemente de o tratamento ter envolvido quimioterapia (Allen et al., 2018; Olson & Marks, 2019; Wefel et al., 2015).

O CRCI é uma das sequelas mais comuns e mais problemáticas registadas em sobreviventes oncológicos (Allen et al., 2018; Lange et al., 2019a). Uma revisão de literatura, realizada em 2012, onde combinaram os resultados de 17 estudos, Jim et al. (2012) concluíram que se verificava claramente um declínio moderado das funções cognitivas nos 6 meses após o fim da quimioterapia, em comparação com grupos de controlo ou com os dados recolhidos dos pacientes antes do início do tratamento. Dados similares foram relatos por Biglia et al. (2012) e Hedayati et al. (2012). Vários estudos referem que o CRCI está presente em cerca de 75% das pessoas sobreviventes de cancro não relacionado com o SNC (Allen et al., 2018; Demos-Davies et al., 2024) e em 90% das pessoas cuja doença incide no SNC (Allen et al., 2018; Koppelmans et al., 2012.

As alterações cognitivas relatadas tendem a ser moderadas e a ter um caráter transitório (Lange et al., 2019a). Em muitos casos, o CRCI vai melhorando ao longo do tempo, chegando a desaparecer (Collins et al., 2009; Jansen et al., 2011) na sua totalidade ou em determinados domínios (Ahles et al., 2010; Ahles & Root, 2025). Um estudo longitudinal levado a cabo por Collins et al. (2014) onde participaram 56 pacientes sobreviventes de cancro da mama, verificou a existência de uma diminuição significativa das alterações cognitivas um ano após o tratamento oncológico. Não obstante, em alguns casos estas alterações podem persistir até décadas após o término dos tratamentos (Allen et al., 2018; Demos-Davies et al., 2024; Koppelmans et al., 2012). Concretamente, um estudo de Koppelmans et al. (2012) com 196 sobreviventes de cancro da mama cujo

tratamento envolveu quimioterapia, 20 anos após o fim do tratamento, concluiu que, em comparação com o grupo de controlo, os sobreviventes reportaram desempenhos piores nas avaliações que consideraram a memória verbal, o processamento da informação, as funções executivas e a velocidade psicomotora.

As dificuldades mais reportadas por sobreviventes oncológicos com CRCI são ao nível do processamento da informação, da atenção, da memória (Allen et al., 2018; Gokal et al., 2015; Lange et al., 2019a), nomeadamente da memória a curto prazo e da memória de trabalho (e.g. dificuldade na evocação de palavras) (Lange et al., 2019a; Rodrigues et al., 2023; Demos-Davies et al., 2024), das funções executivas (e.g. planeamento de tarefas) (Lange et al., 2019a) e da capacidade visuoespacial (Allen et al., 2018; Lindner et al., 2014). Lindner et al. (2014) acrescentam que há pacientes que reportam dificuldades na linguagem e nas habilidades motoras e psicomotoras. Não obstante, estas variações podem dever-se ao tipo de instrumento de avaliação neuropsicológico utilizado (Yang & Ah, 2024).

De uma forma geral, estas dificuldades podem ter um impacto negativo em diversos aspetos da vida dos sobreviventes oncológicos, nomeadamente na saúde mental e no bem estar psicossocial dos sobreviventes que tendem a demonstrar uma perda ao nível da auto confiança e ao nível da tolerância ao distress (que diminui), bem como uma presença expressiva de sentimentos como a frustração (Haywood et al., 2023). Destaca-se ainda o seu impacto na qualidade de vida dos sobreviventes oncológicos (Demos-Davies et al., 2024; Hamilton et al., 2024), no seu quotidiano, na escola/trabalho (Boscher et al., 2020; Fardell et al., 2023; Henderson et al., 2019; Lange et al., 2019a), na sua auto-estima (Cheung et al., 2013; Haywood et al., 2024; Henderson et al., 2019; Von Ah et al., 2013), na sua independência, nas suas relações sociais, na sua participação social (Haywood et al., 2023; Haywood et al., 2024), no seu funcionamento físico (sobretudo em pacientes geriátricos) (Crouch et al., 2022; Haywood et al., 2023) e nas suas relações familiares (Haywood et al., 2023; Haywood et al. 2024; Von Ah et al., 2013). Desta forma, justifica se a necessidade de estudar os efeitos psicossociais relacionados com o CRCI bem como as questões associadas aos tratamentos oncológicos (Lange et al., 2019a) e à qualidade vida dos sobreviventes (Demos-Davies et al., 2024; Sleurs et al., 2022).

Vários autores têm procurado debruçar-se sobre a etiologia do CRCI, acreditando-se que se trata de um fenómeno multidimensional. De acordo com o modelo multidimensional proposto por Ahles e Root (2025), existe um conjunto de fatores que

aumentam o risco de desenvolvimento de CRCI, nomeadamente os aspetos associados ao próprio tumor (e.g. tipo de tumor, estádio da doença), à modalidade de tratamento e ao estilo de vida, bem como fatores sociodemográficos, genéticos, biológicos, fisiológicos e psicológicos (Ahles & Root, 2025). Assim, parece existir uma multicausalidade que envolve fatores biológicos (e.g. como aqueles relacionados com o próprio cancro, com o tratamento e com as características individuais; questões genéticas) (Hardy et al., 2018; Haywood et al., 2023) e psicológicos (e.g. depressão, ansiedade, distress, entre outros) (Haywood et al., 2024; Haywood et al., 2023; Lange et al., 2019a).

Apesar de toda a investigação que tem vindo a ser feita sobre o CRCI, a literatura é escassa quanto ao nível de conhecimento que os sobreviventes oncológicos detêm sobre o tema. Os poucos estudos que existem demonstram que os sobreviventes oncológicos tendem a não receber informação sobre o processo pós-tratamento e os possíveis desafios que podem surgir (Playdon et al., 2016), nomeadamente sobre o potencial aparecimento de dificuldades cognitivas (Von Ah et al., 2013). Considerando o exposto, a presente revisão narrativa teve como objetivo mapear o conhecimento atual sobre as necessidades informacionais de sobreviventes oncológicos que convivem com o CRCI.

2. Métodos

A presente investigação remete para uma revisão narrativa da literatura (Ruther, 2007). Deste modo, os estudos recolhidos foram obtidos através das seguintes bases de dados: PubMED, Web of Science e SCOPUS. Foram incluídos artigos relacionados com o estudo de CRCI em sobreviventes oncológicos entre os anos de 2002 e de 2025 através do uso de um conjunto de palavras-chave, operadores booleanos e filtros disponibilizados.

3. Resultados

Apesar de o CRCI ser um tema em expansão, os sobreviventes tendem a reportar frequentemente que não foram devidamente informados sobre as potenciais alterações cognitivas (Bolton & Isaacs, 2018; Boykoff et al., 2009; Crouch et al., 2017; Munir et al., 2010; Munir et al., 2011; Rosedale & Fu, 2010; Von Ah et al., 2013) o que dificultou/atrasou o acesso ao respetivo tratamento (Von ah et al., 2013). No estudo levado a cabo por Haywood et al. (2023) conclui-se que é fornecida pouca ou até mesmo nenhuma informação aos sobreviventes oncológicos durante e após o tratamento,

aspeto também salientado por Sleurs et al. (2022), nomeadamente sobre o potencial desenvolvimento de CRCI, sobre a sua duração e sobre o seu impacto (Haywood et al., 2023). Neste último estudo, os autores verificaram que muitos dos sobreviventes oncológicos entrevistados não foram informados sobre o CRCI, tendo obtido conhecimento sobre o tema através de outras frontes (e.g. redes sociais, grupos de apoio). Inclusive, alguns destes entrevistados relataram situações em que as suas dúvidas/preocupações sobre as questões cognitivas foram recebidas negativamente ou desvalorizadas pelo profissional de saúde ou até situações em que estes admitiram não conseguir esclarecer estas questões (Haywood et al., 2023). Alguns participantes dos estudos levados a cabo por Munir et al. (2010) e Von Ah et al. (2013) referiram que receberam esta informação apenas através de folhetos disponíveis nas clínicas ou em grupos de apoio. Também muitos dos participantes do estudo de Henderson et al. (2019) manifestaram a necessidade de obter mais informação sobre o CRCI por parte da sua equipa de profissionais de saúde.

A disponibilização de informação é crucial sobretudo considerando que a presença do CRCI tende a gerar medo e ansiedade nos sobreviventes em relação à duração e também ao seu impacto no quotidiano (e.g. na realização de tarefas rotineiras), no âmbito laboral (e.g. na realização das tarefas laborais), social (e.g. nas interações sociais) e também pessoal (e.g. auto-estima dos sobreviventes), gerando confusão e distress (Haywood et al., 2023). Esta relevância já tinha sido constatada no estudo de Playdon et al. (2016), que teve o objetivo de determinar as necessidades informacionais e as fontes de disseminação/receção da mesma, na perspetiva dos sobreviventes oncológicos de longo termo. Para isso, recorreram aos dados recolhidos pela American Cancer Society (Smith et al., 2007) para avaliar os comportamentos de procura de informação de saúde, baseando-se nas respostas de 3138 participantes que tinham obtido o diagnóstico há cerca de 9 anos. Estes responderam a um questionário que abordava 10 domínios de informação de saúde: possíveis efeitos secundários do tratamento recebido; testes e exames que devem ser realizados após o fim do tratamento; testes de *screening* para deteção de outros tipos de cancros; comportamentos que devem ser adotados para serem mais saudáveis; potenciais consequências de ter/ter tido cancro no seguro de saúde e no âmbito financeiro; recursos e informações relacionados com o cancro; impacto do peso psicossocial do cancro em si mesmo e na sua família; informação sobre as competências da família e dos cuidadores para si próprio e para a sua família; plano de cuidados para sobreviventes oncológicos que pode ser criado por si e pelo seu médico. Os autores

concluíram que 33.1% dos participantes assumiram que gostariam de receber mais informações sobre as consequências a longo prazo do cancro (Playdon et al., 2016). Este dado assume especial relevância tendo em conta que um terço dos sobreviventes oncológicos menciona efeitos secundários após o tratamento (Wu & Harden, 2015).

A informação fornecida deve colmatar não apenas as dúvidas dos sobreviventes, mas também validar as suas experiências, explicitar os recursos existentes (Haywood et al., 2023) e reassegurar que as dificuldades cognitivas que experienciadas são comuns (Crouch et al., 2017; Player et al., 2014; Von Ah et al., 2013). Assim, deve focar-se em aspetos como a prevalência de CRCI, a sintomatologia mais comum e as estratégias de gestão das dificuldades sentidas (Hamilton et al., 2024). Por exemplo, o fornecimento de informação sobre CRCI antes dos tratamentos oncológicos é muito útil (Cappiello et al., 2007; Hamilton et al., 2024) pois permite que os sobreviventes compreendam o que pode vir a acontecer e que sejam capazes de se ajustar a essas mudanças, ou seja, ajuda-os a preparar-se para as potenciais consequências futuras (Boykoff et al., 2009; Munir et al., 2010). Haywood et al. (2023) alertam que quando a informação não é fornecida durante o tratamento, tende a não ser comunicada, uma vez que os contactos com os profissionais de saúde começam a escassear e a espaçar-se no tempo. É também necessário considerar a forma como é fornecida a informação aos pacientes pois estes apresentam dificuldades na retenção da informação (Haywood et al., 2023), e também o momento em que a informação é fornecida (e.g. no inicio do tratamento os doentes oncológicos tendem a ter que lidar com um grande fluxo de informação sobre a doença, sobre o tratamento e sobre as acomodações necessárias para lidar com as mudanças pelo que podem estar assoberbados de informação e não processaram aquela relativa às dificuldades cognitivas) (Haywood et al., 2023).

A grande complexidade inerente ao CRCI, o aumento progressivo de sobreviventes oncológicos e a presença das dificuldades cognitivas em muitos desses sobreviventes, traduziu-se na indispensabilidade de aumentar a informação fornecida sobre o tema. Só desta forma, os utentes podem ver os seus sintomas cognitivos validados e lhes podem ser disponibilizadas e apresentadas estratégias que permitam aumentar o seu funcionamento e diminuir a sintomatologia psicológica subsequente (Crouch & Storey, 2017; Vardy et al., 2017). Perante o exposto, a investigação tem procurado determinar as necessidades informacionais dos sobreviventes oncológicos no que cerne a CRCI. No entanto, apesar do aumento do número de sobreviventes oncológicos (Rowland & Bellizzi, 2014) e do reconhecimento da importância de recolher informação

sobre a temática (Haywood et al., 2024), a literatura ainda é escassa (Haywood et al., 2014; Rowland & Bellizzi, 2014).

A literatura revista também aponta que não são apenas os sobreviventes oncológicos que reportam não receber informação adequada sobre o CRCI, os profissionais de saúde também referem um fenómeno similar. O nível informacional dos profissionais de saúde sobre o tema depende, essencialmente, dos anos de serviço clínico na área da oncologia e do conhecimento prévio sobre dificuldades cognitivas (He et al., 2022).

O trabalho realizado pela Innovative Partenership for Action Against Cancer (iPAAC) evidencia que as autoridades públicas e os profissionais de saúde possuem pouca informação sobre o CRCI (Sleurs et al., 2022). Este défice informacional dos profissionais de saúde pode ser justificado por a) falta de um referencial comum sobre o tema, bem como de instrumentos válidos que considerem as necessidades e dificuldades destas pessoas (Haywood et al., 2023; He et al., 2022); b) pela escassez de *guidelines* clínicas orientadas para a gestão da sintomatologia; c) pela ausência de conclusões claras sobre os mecanismos subjacentes a CRCI (He et al., 2022; Smidt et al., 2016) e ainda d) pelo nível deficitário de recursos económicos dos hospitais do sistema público de saúde. Todos estes aspetos traduzem-se numa insegurança por parte dos profissionais de saúde na sua comunicação com os pacientes sobre o tema (Haywood et al., 2023) e funcionam como barreiras à prestação de cuidados. Assim, a iPAAC recomenda que as autoridades públicas europeias procurem fornecer essa assistência através, por exemplo, de ações de formação nos locais de trabalho sobre CRCI. Nos últimos anos, em países como a Bélgica, a Dinamarca, a França, a Alemanha, a Holanda, a Suíça e o Reino Unido, têm sido realizadas iniciativas que combatem esta desinformação, nomeadamente através do treino e formação dos profissionais de saúde para que possam prestar uma intervenção adequada e auxiliar no combate à desinformação e ao desconhecimento (Sleurs et al., 2022).

Acresce ainda a constatação de uma escassez de recursos para medir de forma efetiva as necessidades dos sobreviventes oncológicos com CRCI. Apesar de existirem vários instrumentos orientados para a auscultação das necessidades dos sobreviventes oncológicos com CRCI, estes são gerais e não se direcionam especificamente para as questões cognitivas (Haywood et al., 2023), nem se debruçam sobre temas que ajudem a elucidar as necessidades neste domínio (e.g. avaliam geralmente aspetos como o funcionamento sexual, a queda de cabelo, …) (Shim et al., 2011). Considerando que o CRCI corresponde a um desafio particular enfrentado pelos

sobreviventes oncológicos, a utilização dos testes mais gerais não permitirá compreender as necessidades mais específicas desta população (Haywood et al., 2023). Assim, Haywood et al. (2024) propuseram desenvolver e validar um instrumento que permitisse esta mensuração. O estudo envolveu a aplicação de entrevistas semi-estruturadas a sobreviventes oncológicos e a profissionais de saúde (Haywood et al., 2024), tendo os resultados sido já publicados por Haywood e colaboradores em 2023. Os resultados foram organizados em cinco temas, nomeadamente, execução de atividades regulares, dificuldades relacionais, funcionamento ocupacional, distress psicológico e funcionamento social. Da análise qualitativa que permitiu a criação do domínio «*Distress* Psicológico» sobressaem as necessidades de apoio informativos sobre CRCI e de apoio profissional em termos psicológicos e emocionais. Em 2025, Haywood e colaboradores publicaram o instrumento MASCC COG-IMPACT.

4. Discussão

De uma forma geral, identificou-se um grande défice ao nível da literatura disponível sobre as necessidades informacionais de sobreviventes oncológicos com CRCI. Nesse sentido, torna-se imperativo, considerando o aumento do número de sobreviventes oncológicos e o impacto do CRCI, aumentar o investimento na investigação sobre esta temática. Adicionalmente, a escassa literatura aponta para um défice de caráter formativo ao nível dos profissionais de saúde que dificulta o acesso a informação credível por parte dos sobreviventes oncológicos. A formação dos profissionais afigura-se essencial para responder às necessidades informacionais dos sobreviventes oncológicos relativamente a CRCI, capacitando-os para ajudar os pacientes a gerir as suas dificuldades cognitivas, através de uma intervenção multidisciplinar (Sleurs et al., 2022). Todavia, a investigação tem demonstrado que a comunicação entre sobreviventes oncológicos e os profissionais de saúde sobre o CRCI é deficitária (Playdon et al., 2016). Vários estudos evidenciam que mulheres sobreviventes de cancro de mama tendem a relatar que a sua equipa médica desconsiderou ou minimizou as suas preocupações sobre as dificuldades cognitivas experienciadas (e.g. Boykoff et al., 2009; Haywood et al., 2023). Relatos similares foram apontados por Von Ah et al. (2013) ao constatarem que muitas vezes estas mulheres não são submetidas a uma avaliação que permita considerar a presença do CRCI. Quando existe uma conversa sobre este tema, geralmente é iniciada pelos sobreviventes (Von Ah et al., 2013; Crouch et al., 2017) que muitas vezes não recebem

o apoio adequado (Hamilton et al., 2024). Estas situações tendem a gerar um afastamento entre paciente e profissional, com o primeiro a evitar relatar as suas dificuldades (Rosedale & Fu, 2010), aumentando os níveis de distress (Rosedale & Fu, 2010). Em face do exposto, Hamilton et al. (2024) recomendam que os profissionais de saúde adotem uma postura ativa de questionamento sobre potenciais dificuldades cognitivas, numa ótica de follow-up. Para tal deve ser criado um ambiente seguro e acolhedor, com abertura para conversar sobre as dificuldades cognitivas que, por sua vez, devem ser validadas (Hamilton et al., 2024). Os autores recomendam, ainda, que os profissionais de saúde forneçam também informação aos familiares, aos cuidadores e às entidades empregadoras de forma a consciencializar sobre o tema e criar ambientes de suporte. Complementarmente, deve ser utilizada uma linguagem apropriada e terminologia adequada que facilitem a compreensão por pessoas leigas dos termos médicos (Haywood et al., 2023) de forma, a potenciar o envolvimento dos utentes nas decisões de saúde, nas suas competências de *coping* e de comunicação, na sua satisfação com o sistema de saúde e na diminuição da sintomatologia psicológica, como ansiedade e distúrbios de humor (Rutten et al., 2005). Consequentemente, quando os pacientes estão satisfeitos com a informação de saúde que recebem tal tende a refletir-se na sua qualidade de vida (Kent et al., 2012; Husson et al., 2011). Contrariamente, quando os sobreviventes oncológicos não vêm satisfeitas as suas necessidades informacionais tendem a apresentar maior probabilidade de sofrerem de distress (Booth et al., 2005) e de verem o seu bem-estar emocional, funcional, social e familiar prejudicado, afetando, subsequentemente, a perceção de competência dos profissionais de saúde (Arora et al., 2002). Desta forma, Salz et al. (2012) e Playdon et al. (2016) salientam que é importante investir no acompanhamento dos sobreviventes oncológicos, através do desenvolvimento de um plano de cuidados especializado que considere o fornecimento de informações de saúde, nomeadamente sobre as possíveis consequências a longo prazo decorrentes da doença oncológica, possíveis efeitos secundários dos tratamentos oncológicos (Salz et al., 2012), entre os quais se destaca o CRCI. Esta prestação de cuidados de saúde após o fim do tratamento é fundamental uma vez que os sobreviventes oncológicos que não receberam este apoio tendem a relatar mais necessidades de informação de saúde (Playdon et al., 2016). Os tópicos informacionais que se afiguram mais importantes para os participantes passam pelos testes de despiste oncológico, pelas consequências potenciais a longo prazo dos tratamentos oncológicos, pelos comportamentos de saúde para um estilo de vida

saudável, pelo seguimento pós tratamento, com testes e exames e pelas possíveis consequências da doença no seguro de saúde e nas finanças (Playdon et al., 2016).

Referências Bibliográficas

Ahles, T. A., & Root, J. C. (2025). Cognitive Effects of Cancer and Cancer Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*(8), 425–451. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817

Ahles, T. A., Saykin, A. J., McDonald, B. C., Li, Y., Furstenberg, C., Hanscom, B., Mulrooney, T., Schwartz, G. & Kaufman, P. (2010). Longitudinal assessment of cognitive changes associated with adjuvant treatment for breast cancer: Impact of age and cognitive reserve. *Journal of Clinical Oncology, 28*(29), 4434-4440. https://doi.org/10.1200/JCO.2009.27.0827

Allen, D. H., Myers, J. S., Jansen, C. E., Merriman, J. D., & Von Ah, D. (2018). Assessment and Management of Cancer-and Cancer Treatment Related Cognitive Impairment. *NPJOURNAL, 14*(4). https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.11.026

Arora, N. K., Johnson, P., Gustafson, D. H., McTavish, F., Hawkins R. P. & Pingree S. (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient Education and Counseling, 47*(1), 37–46. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00170-7

Biglia, N., Bounous, V. E., Malabaila, A., Malabaila, A., Palmisano, D., Torta, D. M., D'Alonzo, D., Sismondi, P. & Torta, R. (2012). Objective and self-reported cognitive dysfunction in breast cancer women treated with chemotherapy: A prospective study. *European Journal of Cancer Care, 21*(4), 485-492. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01320.x

Bolton, G. & Isaacs, A. (2018). Women's experiences of cancer-related cognitive impairment, its impact on daily life and care received for it following treatment for breast cancer. *Psychology, Health & Medicine, 23*(10), 1261–1274. Https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1500023

Booth, K., Beaver, K., Kitchener, H., O'Neill, J. & Farrell, C. (2005). Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling, 56*(2), 225–32. doi:10.1016/j.pec.2004.02.016

Boscher, C., Joly, F., Clarisse, B., Humbert, X., Grellard, J.-M., Binarelli, G., Tron, L., Licaj, I. & Lange, M. (2020). Perceived cognitive impairment in breast cancer survivors and its relationships with psychological factors. *Cancers (Basel), 12*(10), 3000. https://doi.org/10.3390/cancers12103000

Boykoff, N., Moieni, M., & Subramanian, S. K. (2009). Confronting chemobrain: An in depth look at survivors' reports of impact on work, social networks, and health care response. *Journal of Cancer Survivorship, 3*(4), 223-232. https://doi.org/10.1007/s11764-009-0098-x

Cappiello, M., Cunningham, R. S., Knobf, M. T. & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical Nursing Research, 16*(4), 278–301. https://doi.org/10.1177/1054773807306553.

Cheung, Y. T., Shwe, M., Tan, E. H. J., Chui, W. K., Ng, R. & Chan A. (2013). Acknowledging the rele-vance of cognitive changes in cancer patients: Perspectives of oncology practitioners in Asia. *Journal of Cancer Survivorship, 7*(1),146–154. Https://doi.org/10.1007/s11764-012-0256-4

Collins, B., Mackenzie, J., Stewart, A., Bielajew, C. & Verma, S. (2009). Cognitive effects of chemotherapy in post-menopausal breast cancer patients 1 year after treatment. *Psycho-Oncology, 18*(2), 134-143. https://doi.org/10.1002/pon.1379

Collins, B., Mackenzie, J., Tasca, G., Scherling, C. & Smith, A. (2014). Persistent cognitive changes in breast cancer patients 1 year following completion of chemotherapy. *Journal of the International Neuropsychological Society, 20*(4), 370–379. https://doi.org/10.1017/S1355617713001215

Crouch, A., Von Ah, D. & Storey, S. (2017). Addressing cognitive impairment after breast cancer: What do women want?. *Clinical Nurse Specialist, 31*(2), 82–88. Https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000279

Demos-Davies, K., Lawrence, J., & Seelig, D. (2024). Cancer related cognitive impairment: a downside of cancer treatment. *Frontiers in Oncology, 14*, Article 138251. https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1387251

Fardell, J., Irwin, C., Vardy, J. & Bell, M. (2023). Anxiety, depression, and concentration in cancer survivors: National Health and Nutrition Examination Survey results. *Supportive Care in Cancer, 31*(5), 272-278. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07710-w

Gokal, K., Munir, F., Wallis, D., Ahmed, S., Boiangiu, I., & Kancherla, K. (2015). Can physical activity help to maintain cognitive functioning and psychosocial well being

among breast cancer patients treated with chemotherapy? A randomised controlled trial: study protocol. *BMC Public Health, 15*, Article 1751. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1751-0

Hamilton, S., Oxlad, M., & Sianis, Y. (2024). Experiences of women with breast cancer disclosing cancer-related cognitive impairment symptoms to health professionals: a Systematic review and meta-synthesis. *Journal of Psychosocial Oncology, 15*, Article 414. https://doi.org/10.1080/07347332.2024.2342836

Hardy, S. J., Krull, K. R., Wefel, J. S., & Janelsins, M. (2018). Cognitive Changes in Cancer Survivors. *American Society of Clinical Oncology, 38*, 795–806. https://doi.org/10.1200/EDBK_201179

Haywood, D., Chan, A., Chan, R. J., Baughman, F. D., Dauer, E., Dhillon, H. M., Henneghan, A. M., Lawrence, B. J., Lustberg, M. B., O'Connor, M., Vardy, J. L., Rossell, S. L., & Hart, N. H. (2025). The MASCC COG-IMPACT: An unmet needs assessment for cancer-related cognitive impairment impact developed by the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. *Supportive Care in Cancer, 33*(2), 120. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09149-7

Haywood, D., Dauer, E., Baughman, F. D., Lawrence, B. J., Rossell, S. L., Hart, N. H., & O'Connor, M. (2023). "Is My Brain Ever Going to Work Fully Again?": Challenges and Needs of Cancer Survivors with Persistent Cancer-Related Cognitive Impairment. *Cancers (Basel), 15*(22), 5331. https://doi.org/10.3390/cancers15225331

Haywood, D., O'Connor, M., Baughman, F. D., Chan, A., Chan, R. J., Dauer, E., Dhillon, H. M., Henneghan, A. M., Lawrence, B. J., Lustberg, M., Vardy, J. L., Rossell, S. L., & Hart, N. H. (2024). Protocol for the development and initial validation of the COG-Impact tool: A purpose-built unmet needs assessment for cancer-related cognitive impairment. *Methods and Protocols, 7*(4), 54. https://doi.org/10.3390/mps7040054

He, S., Lim, C. Y. S., Dhillon, H. M., & Shaw, J. (2022). Australian oncology health professionals' knowledge, perceptions, and clinical practice related to cancer related cognitive impairment and utility of a factsheet. *Supportive Care in Cancer*, *30*(6), 4729–4738. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06868-z

Hedayati, E., Alinaghizadeh, H., Schedin, A., Nyman, H. & Albertsson, M. (2012). Effects of adjuvant treatment on cognitive function in women with early breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 16*(3), 315-322. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.07.006

Henderson, F. M. E., Cross, A. J., & Baraniak, A. R. (2019). 'A new normal with chemobrain': Experiences of the impact of chemotherapy-related cognitive deficits in long-term breast cancer survivors. *Health Psychology Open, 6*(1). https://doi.org/10.1177/2055102919832234

Husson, O., Mols, F. & van de Poll-Franse, L.V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology, 22*(4), 761– 772. doi:10.1093/annonc/mdq413

Jansen, C. E., Cooper, B. A., Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (2011). A prospective longitudinal study of chemotherapy-induced cognitive changes in breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 19*(10), 1647-1656. https://doi.org/10.1007/s00520-010-0997-4

Jim, H. S., Phillips, K. M., Chait, S., Faul, L. A., Popa, M. A., Lee, Y. H., Hussain, A., Jacobsen, P. & Small, B. J. (2012). Meta-analysis of cognitive functioning in breast cancer survivors previously treated with standard-dose chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology, 30*(29), 3578-3587. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5640

Kent, E. E., Arora, N. K., Rowland, J. H., Bellizzi, K. M., Forsythe, L. P., Hamilton, A. S., Oakley-Girvan, I., Beckjord, E. B. & Aziz, N. M. (2012). Health information needs and health-related quality of life in a diverse population of long-term cancer survivors. *Patient Education and Counseling, 89*(2), 345-352. https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.014

Koppelmans, V., Breteler, M. M., Boogerd, W., Seynaeve, C., Gundy, C., Schagen, S. B., & Heemskerk, M. H. (2012). Neuropsychological performance in survivors of breast cancer more than 20 years after adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology, 30*(9), 1080-1086. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.0189

Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., De Ruiter, M. B., & Castel, H. (2019a). Cancer-related cognitive impairment: An update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. Annals of Oncology, 30(12), 1925–1940. https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410

Lange, M., Licaj, I., Clarisse, B., Humbert, X., Grellard, J. M., Tron, L., & Joly, F. (2019b). Cognitive complaints in cancer survivors and expectations for support: Results from a web–based survey. *Cancer Medicine, 8*(5), 2654–2663. https://doi.org/10.1002/cam4.2069

Lindner, O. C., Phillips, B., McCabe, M. G., Mayes, A., Wearden, A., Varese, F. & Talmi, D. (2014). A meta-analysis of cognitive impairment following adult cancer chemotherapy. *Neuropsychology, 28*(5), 726-740. https://doi.org/10.1037/neu0000064

Marzorati, C., Riva, S., & Pravettoni, G. (2017). Who Is a Cancer Survivor? A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Cancer Education, 32*(2), 228–237. https://doi.org/10.1007/s13187-016-0997-2

Munir, F., Burrows, J., Yarker, J., Kalawsky, K. & Bains, M. (2010). Women's perceptions of che-motherapy-induced cognitive side affects on work ability: a focus group study. *Journal of Clinical Nurse, 19*(9-10), 1362–1370. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03006.x

Munir, F., Kalawsky, K., Lawrence, C., Yarker, J., Haslam, C. & Ahmed, S. (2011). Cognitive intervention for breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: a needs analysis. *Cancer Nursing, 34*(5), 385–392. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820254f3

National Cancer Institute Dictionary of Cancer Terms (n.d.). *Suvivorship*. https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer terms/def/survivorship?redirect=true

Olson, B., & Marks, D. L. (2019). Pretreatment cancer-related cognitive impairment mechanisms and outlook. *Cancers (Basel), 11*(5), 687. https://doi.org/10.3390/cancers11050687

Playdon, M., Ferrucci, L. M., McCorkle, R., Stein, K. D., Cannady, R., Sanft, T., & Cartmel, B. (2016). Health information needs and preferences in relation to survivorship care plans of long-term cancer survivors in the American Cancer Society's Study of Cancer. *Journal of Cancer Survivorship, 10*(4), 674-685. https://doi.org/10.1007/s11764-015-0513-4

Player, L., Mackenzie, L., Willis, K. & Loh, S. Y. (2014). Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: A role for occupational ther-apy?. Australian Occupational Therapy Journal, 61(4), 230– 240. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12113

Rodrigues, P. F. S., Bártolo, A., & Albuquerque, P. B. (2023). Memory impairments and wellbeing in breast cancer patients: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 12*(22), 6968. https://doi.org/10.3390/jcm12226968

Rosedale, M. & Fu, M. R. (2010). Confronting the unexpected: Temporal, situational and attrib-utive dimensions of distressing symptom experience for breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 37*(1), E28–33. https://doi.org/10.1188/10.ONF.E28-E33

Rowland, J. H. & Bellizzi, K. M. (2014). Cancer survivorship issues: life after treatment and implications for an aging population. *Journal of Clinical Oncology, 32*(24), 2662–2668. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.8361

Rutten, L. J., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N. & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research. *Patient Education and Counseling, 57*(3), 250–261. https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.06.006

Salz, T., Oeffinger, K. C., McCabe, M. S., Layne, T. M. & Bach, P. B. (2012). Survivorship care plans in research and practice. *A Cancer Journal of Clinicians, 62*(2), 101-117. https://doi.org/10.3322/caac.20142

Shim E. J., Lee K. S., Park J. H. & Park J. H. (2011). Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT): The development and validation. *Support. Care Cancer, 19*(12), 1957–1968. https://doi.org/10.1007/s00520-010-1037-0.

Sleurs, C., Amidi, A., Wu, L. M., Kiesl, D., Zimmer, P., Lange, M., Rogiers, A., Giffard, B., Binarelli, G., Borghgraef, C., Deprez, S., Duivon, M., De Ruiter, M., Schagen, S., Ahmed-Lecheheb, D., Castel, H., Buskbjerg, C. R., Dos Santos, M., Joly, F., & Perrier, J. (2022). Cancer-related cognitive impairment in non-CNS cancer patients: Targeted review and future action plans in Europe. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 180*. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103859

Smidt, K., Mackenzie, L., Dhillon, H., Vardy, J., Lewis, J. & Loh, S. Y. (2016). The perception of Australian oncologists about cognitive changes in cancer survivors. *Support Care Cancer, 24*(11), 4679–4687. https://doi.org/10.1007/s00520-016- 3315-y

Smith, T., Stein, K. D., Mehta, C. C., Kaw, C., Kepner, J. L., Buskirk, T., Stafford, J. & Baker, F. (2007). The rationale, design, and implementation of the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer, 109*(1), 1–12. https://doi.org/10.1002/cncr.22387

Vardy, J. L., Bray, V. J. & Dhillon, H. M. (2017). Cancer-induced cognitive impairment: practical solutions to reduce and manage the challenge. *Future Oncology, 13*(9), 767–771. https://doi.org/10.2217/fon-2017-0027

Von Ah, D., Habermann, B., Carpenter, J. S. & Schneider, B. L. (2013). Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(2), 236–241. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.06.002

Wefel, J. S., Kesler, S. R., Noll, K. R., & Schagen, S. B. (2015). Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 65*(2), 123–138. https://doi.org/10.3322/caac.21258

Wu, H. S. & Harden, J. K. (2015). Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of the literature. *Cancer Nursing, 38*(1), E29–54. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000135

Yang, Y., & Von Ah, D. (2024). Cancer-related cognitive impairment: updates to treatment, the need for more evidence, and impact on quality of life - a narrative review. *Annals of Palliative Medicine, 13*(5), 1265–1280. https://doi.org/10.21037/apm-24-70

Capítulo 26

Avaliação e Intervenção em Pessoas com Demência

Mariana Dinis[1], Daniela Sabino[1]

[1] Universidade da Beira Interior, Portugal

Autor Correspondente:
Mariana Dinis. **E-mail:** mariana.dinis@ubi.pt
Daniela Sabino. **E-mail:** daniela.sabino@ubi.pt

Resumo:

Objetivos: Este workshop visa capacitar os participantes com estratégias de comunicação eficaz adaptadas ao contexto da avaliação e intervenção em pessoas com demência. Pretende-se melhorar a qualidade da interação profissional-pessoa cuidada, promover abordagens empáticas e facilitar a recolha de informação clínica relevante, respeitando as limitações cognitivas do público-alvo.

Descrição: A comunicação com pessoas com demência exige sensibilidade, conhecimento e adaptação constante. Este workshop assenta numa abordagem teórico-prática, com base em princípios da neuropsicologia e geriatria, complementados por dinâmicas interativas. Serão abordadas técnicas para facilitar a compreensão, reduzir frustrações e promover o envolvimento da pessoa com demência nas fases de avaliação e intervenção, incluindo o papel essencial dos cuidadores.

Estrutura do Workshop: Público-alvo: Estudantes e profissionais da área da saúde mental. Número de participantes: mínimo 8, máximo 20. Duração: 2 horas.

Relevância: Integrado nas "4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde", este workshop responde à crescente necessidade de preparar profissionais para os desafios inerentes à intervenção junto de populações demenciais. A comunicação é uma ferramenta essencial tanto na avaliação como na intervenção, influenciando

diretamente a eficácia das práticas e a qualidade de vida das pessoas afetadas. Assim, esta formação contribui para uma abordagem mais humana, informada e funcional no trabalho com esta população.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Demência; Avaliação; Intervenção.

1. Introdução

O envelhecimento corresponde a uma etapa natural do ciclo de vida do ser humano (Fonseca, 2011) e pode definir-se como um processo universal, gradual, lento e idiossincrático (Vitta, 2000), que acarreta alterações de índole biológica, psicológica e social (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006). No decorrer do ciclo vital, a heterogeneidade entre os indivíduos vai-se acentuando, manifestando-se no processo de envelhecimento que poderá diferenciar-se em normativo, patológico ou bem-sucedido (Fonseca, 2011).

O envelhecimento primário ou normativo caracteriza-se pela presença de alterações ligeiras consequentes do avanço da idade, que não interferem significativamente com a independência e autonomia dos indivíduos (Whitbourne & Whitbourne, 2025), como por exemplo, as alterações nas funções sensoriais, nomeadamente visão e audição, na memória episódica e na velocidade de processamento de informação (Katzman, 2011). O envelhecimento secundário ou patológico, manifesta-se pela presença de declínios associados ao desenvolvimento de doenças. Por fim, o envelhecimento terciário ocorre imediatamente antes da morte dos indivíduos, e caracteriza-se por uma abrupta perda de funções em múltiplas áreas de funcionamento (Whitbourne & Whitbourne, 2025).

2. Envelhecimento Patológico

Dentro das alterações que constituem um processo de envelhecimento patológico, inclui-se o declínio cognitivo ligeiro (Petersen et al., 1999) e a demência. O declínio cognitivo ligeiro corresponde a uma manifestação de declínios cognitivos superiores ao esperado em processos de envelhecimento normativos (Benavente, 2020). Por sua vez, a demência é uma síndrome, normalmente de natureza crónica e progressiva, que se deve a doenças e lesões cerebrais e compromete diversas funções corticais, como a memória, orientação, compreensão, capacidade de aprendizagem, linguagem e as capacidades de raciocínio e avaliação. Para além do declínio nas funções cognitivas supramencionadas, verificam-se,

frequentemente, deteriorações no controlo emocional, comportamento social e motivação dos indivíduos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2012). Consequentemente, a demência constitui-se como uma das principais causas de incapacidade e dependência, no cerne da população mais velha (OMS, 2017). No que concerne à prevalência, segundo a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), estima-se que existam cerca de 205 mil casos de demência em Portugal (OCDE, 2017).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª Edição (DSM-5), estas patologias enquadram-se nas perturbações neurocognitivas (PNC), que se caracterizam pela evidência de um declínio significativo numa ou mais áreas do funcionamento cognitivo (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivo-motora ou cognição social), face a um nível prévio de desempenho, corroborado por uma avaliação neuropsicológica e pelas queixas do próprio ou de um informante, acerca do funcionamento cognitivo (American Psychiatric Association [APA], 2014). As perturbações neurocognitivas podem ser classificadas como ligeira ou major, considerando os défices cognitivos e funcionais ao longo de um espetro/contínuo. Posto isto, o critério que diferencia as PNC major e ligeira relaciona-se, respetivamente, com a ausência ou preservação de autonomia e independência para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária, como pagar as contas e gerir a medicação (APA, 2014). As PNC podem dever-se a diversas patologias como, Doença de Alzheimer, Degeneração Lobar Frontotemporal, Doença de Corpos de Lewy, Doença Vascular, Doença de Parkinson, entre outras.

1. Doença de Alzheimer

A doença de alzheimer (DA) é uma condição neurodegenerativa caracterizada por um início insidioso e uma progressão gradual do declínio cognitivo e dos sintomas comportamentais (APA, 2014). A apresentação clínica mais comum da doença de alzheimer é a amnésica, que se manifesta através de dificuldades na aprendizagem e na recordação de nova informação. No entanto, existem também apresentações não amnésicas, em que os declínios se verificam noutros domínios cognitivos, como por exemplo: na linguagem, normalmente expressos pela dificuldade em encontrar palavras no decorrer de um discurso; na capacidade visuoespacial, evidenciados pela dificuldade no reconhecimento de faces e objetos; ou nas funções executivas, manifestados através de défices nas capacidades de julgamento, raciocínio e resolução de problemas. Independentemente da apresentação clínica da DA, deve verificar-se a existência de

défices em pelo menos outra área de funcionamento (McKhann et al., 2011). No que concerne ao desenvolvimento e curso da patologia, segundo Vaz Serra e colaboradores (2001), a DA apresenta quatro estádios sucessivos, descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Sinais e sintomas das 4 fases da Doença de Alzheimer (*adaptado de Vaz Serra et al, 2001*)

Fase 1 - Ligeira	Duração entre 1 a 3 anos Baixa consciência da doença Anomia ligeira Alterações da personalidade Diminuição da capacidade de resolução de problemas Diminuição da capacidade de lidar com situações difíceis Labilidade Emocional Ausência de capacidade de pensamento abstrato Esquecimento Perda de memória a curto prazo Défices da fala Isolamento social
Fase 2 - Moderada	Duração entre 2 a 10 anos Alterações amnésicas profundas Alterações cognitivas: (2 ou mais dos seguintes sintomas) · Anomia · Agnosia · Apraxia · Afasia Diminuição acentuada da capacidade de juízo Comportamento bizarro Preocupações infundadas Raptus violentos
Fase 3 - Grave	Duração entre 8 a 12 anos Atingimento grave de todas as funções cognitivas Atingimento físico e rigidez muscular generalizada

	Incontinência Incapacidade para reconhecer membros da família Incapacidade para desenvolver atividades quotidianas básicas
Fase 4 – Muito Grave	Perda de todas as capacidades Perda da capacidade verbal, da coordenação motora e de todas as funções mnésicas Incapacidade de reconhecimento de qualquer pessoa Despersonalização

De acordo com o grupo de trabalho constituído pelas entidades *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* (NINCDS) e *Alzheimer's Disease and Related Disorders Associations* (ADRDA), podem ser atribuídos os diagnósticos de doença de alzheimer provável, possível ou definitiva (McKhann et al., 1984). Os critérios de diagnóstico para a doença de alzheimer provável incluem: história clínica e avaliação neuropsicológica que indiquem demência; presença de declínios em duas ou mais áreas da cognição; perda progressiva de memória e outras funções cognitivas; ausência de alterações da consciência; início entre os 40 e os 90 anos de idade, sendo mais comum após os 65 anos; e ausência de perturbações sistémicas ou cerebrais que possam explicar os défices (McKhann et al., 1984; McKhann et al., 2011). O diagnóstico de doença de alzheimer possível é atribuído quando estão presentes os critérios relativamente à natureza dos declínios cognitivos na DA, mas se verificam alterações no que concerne ao início, apresentação ou evolução clínica da doença, ou quando existe uma perturbação neurológica, comorbilidade médica ou toma de medicação que possam afetar a cognição (McKhann et al., 1984; McKhann et al., 2011). Por fim, o diagnóstico de doença de alzheimer definitivo é atribuído apenas com a presença de evidência histopatológica, como uma biópsia ou autópsia (McKhann et al., 1984).

2. Demência de Parkinson

A demência associada à Doença de Parkinson (DP) é uma síndrome neurodegenerativa progressiva que afeta uma proporção significativa dos doentes com Parkinson ao longo do tempo (APA, 2014). Esta condição apresenta implicações clínicas, éticas e sociais relevantes, exigindo uma abordagem centrada na pessoa e na multidisciplinaridade dos cuidados (Beauchamp & Childress, 2012; Brooker, 2003). A demência na DP distingue-se por uma perturbação do funcionamento cognitivo, que inclui défices na atenção, nas funções executivas, na memória e na linguagem (APA, 2014). O DSM-5 define este

quadro como um "Perturbação Neurocognitivo Major devido à Doença de Parkinson". A sua identificação clínica requer avaliação neurológica e neuropsicológica abrangente, com recurso a instrumentos validados, como o *Trail Making Test* (Cavaco et al., 2013), o Teste de Stroop (Fernandes, 2013) e a Bateria de Avaliação Frontal – FAB (Espírito-Santo et al., 2015). A prevalência de demência na DP aumenta com a progressão da doença. Estudos sugerem que cerca de 30% a 50% dos pacientes, apenas desenvolvem demência nas fases avançadas da doença (Cerejeira et al., 2012). Em Portugal, a literatura aponta para um aumento da incidência com o envelhecimento da população (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Eurostat, 2016).

3. Demência Frontotemporal

A demência frontotemporal (DFT) inicia-se normalmente entre os 45 e os 65 anos de idade, e os principais sintomas são alterações na personalidade e na conduta social. A DFT apresenta três variantes sindromáticas: a variante comportamental e duas variantes de linguagem, a demência semântica e a afasia não fluente progressiva. No que concerne à variante comportamental, o comportamento dos indivíduos não é homogéneo, podendo variar entre uma apresentação caracterizada por desinibição, hiperatividade e agitação, ou apatia, perda de iniciativa e inibição de resposta. Adicionalmente, verifica-se frequentemente falta de simpatia e empatia, ausência de *insight*, rigidez e inflexibilidade mental, comportamentos repetitivos e estereotipados, alteração dos padrões alimentares, dificuldades de auto-regulação e negligência da higiene pessoal e das responsabilidades sociais e ocupacionais. A função visuoespacial permanece preservada até fases mais avançadas da doença. No caso da afasia não fluente progressiva, verifica-se um declínio na expressão da linguagem, uma vez que o discurso não é fluente e exige um esforço acrescido. No entanto, a compreensão do discurso oral e da escrita encontram-se preservadas, assim como as capacidades visuoespacial e mnésica. Por fim, no caso da demência semântica, verificam-se dificuldades na compreensão da produção oral e escrita e anomia, enquanto a fala apresenta parafasias. À semelhança da afasia não fluente progressiva, observa-se a preservação das capacidades visuoespacial e mnésica (Neary et al., 2000).

4. Demência dos Corpos de Lewy

A demência de corpos de Lewy é a segunda doença neurodegenerativa mais comum, em indivíduos com mais de 65 anos, representando cerca de 10 a 20% dos casos demenciais. Esta patologia carateriza-se pela presença de corpos de Lewy, inclusões intraneuronais da proteína α – sinucleíca, em diversas regiões cerebrais (Mueller et al., 2017). De acordo com os critérios revistos para o diagnóstico clínico de demência dos corpos de Lewy, constituem-se como características centrais da patologia, a presença de declínios cognitivos significativos que interfiram com o funcionamento social e ocupacional dos indivíduos, ou com a realização das atividades da vida diária, e a manifestação de défices nas funções executivas, na capacidade visuoespacial e na atenção. As características principais compreendem flutuações da cognição, nomeadamente ao nível da atenção e vigília, alucinações visuais recorrentes, bem formadas e pormenorizadas, características espontâneas de parkinsonismo, como bradicinesia, tremores ou rigidez, e perturbação de comportamento do sono e movimentos oculares rápidos (sono REM). Adicionalmente, verifica-se a manifestação de características que suportam o diagnóstico como, quedas repetidas, síncopes ou episódios transitórios de perda de consciência, disfunções autonómicas, como hipotensão ortostática ou incontinência urinária, hipersonia, hiposmia, alucinações noutras modalidades sensoriais, delírios, apatia, ansiedade e depressão (McKeith et al., 2017).

5. Demência Vascular

A demência vascular cerebral constitui a segunda forma mais prevalente de demência, sendo caracterizada por um declínio cognitivo decorrente de alterações vasculares cerebrais. Esta condição está frequentemente associada a acidentes vasculares cerebrais (AVC) e a doenças dos pequenos vasos cerebrais (DPV), como arteriolosclerose, lacunas, microinfartos e alterações da substância branca, que afetam a integridade axonal e a mielinização (Pantoni, 2010). As lesões vasculares levam à disfunção da barreira hematoencefálica, inflamação e *stress* oxidativo, que consequentemente, contribuem para a neurodegeneração (Iadecola, 2013). Além disso, fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e até a exposição prolongada à poluição atmosférica, têm sido fortemente implicados na patogénese da demência vascular (Peters et al., 2019). A investigação atual foca-se na identificação precoce dos sinais clínicos e na modificação dos fatores de risco como forma de prevenção da progressão da doença.

3. Avaliação da Pessoa com Demência

A avaliação da demência exige uma abordagem multidimensional e interdisciplinar, integrando dados clínicos, neuropsicológicos, funcionais e comportamentais. Segundo as diretrizes da *American Psychological Association* (APA, 2012; 2014), é essencial considerar o historial médico, as capacidades funcionais e o perfil cognitivo atual em comparação com a cognição pré-mórbida, sendo este último estimado por metodologias específicas (Alves et al., 2014).

Em Portugal, instrumentos como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Forma Revista (ACE-R) são amplamente utilizados no rastreio de défices cognitivos. O MMSE, apesar da sua simplicidade e rápida aplicação, apresenta limitações na sensibilidade para estados ligeiros de défices cognitivos, especialmente em indivíduos com maior escolaridade. Por outro lado, o MoCA revela maior sensibilidade na deteção de défices cognitivos ligeiros (Sousa et al., 2019), avaliando domínios como, as funções executivas, a memória, a atenção, a linguagem e a orientação, sendo considerado mais abrangente e adequado para populações com diferentes níveis educativos. Por fim, a aplicação do ACE-R, para além de garantir maior sensibilidade para a identificação precoce de processos demenciais, permite a diferenciação entre a doença de Alzheimer e a demência frontotemporal, através da avaliação de cinco domínios cognitivos: Atenção e Orientação, Memória, Funções Executivas (Fluência Verbal), Linguagem e Capacidade Visuo-Espacial (Firmino et al., 2018).

A utilização de instrumentos validados para a população portuguesa, como o *Trail Making Test* (Cavaco et al., 2013), a Escala de Depressão Geriátrica Adaptada (Apóstolo et al., 2014), ou a FAB – Bateria de Avaliação Frontal (Espírito-Santo et al., 2015), asseguram uma maior sensibilidade cultural e precisão do diagnóstico. O diagnóstico diferencial, orientado pelo DSM-5 (APA, 2014), deve ser sustentado por critérios clínicos robustos e por uma avaliação ética e centrada na pessoa, tal como defende a Alzheimer Europe (2014).

4. Intrevenção na Pessoa com Demência

No que diz respeito à intervenção, esta deve ser igualmente centrada na pessoa e baseada em princípios éticos como a autonomia, a beneficência e a justiça (Beauchamp & Childress, 2012). A intervenção não farmacológica assume um papel central, destacando-se abordagens de cuidados centrados na pessoa (Brooker, 2003), programas de

estimulação cognitiva e estratégias de suporte emocional e comportamental (Firmino et al., 2016). A abordagem psicossocial deve ser adaptada às necessidades individuais e incluir os cuidadores formais e informais, promovendo o bem-estar e prevenindo o burnout (Figueiredo et al., 2016). Em Portugal, diretrizes da DGS (2011) e estudos nacionais (Castro-Caldas & Mendonça, 2005), reforçam a importância de integrar os cuidados formais, comunitários e familiares numa rede coordenada de suporte. Dentro das intervenções não-farmacológicas iremos abordar, no presente documento, a estimulação cognitiva, a terapia das reminiscências e a musicoterapia.

4.1 Estimulação Cognitiva

A estimulação cognitiva é uma terapia não farmacológica recomendada para pacientes com perturbações neurocognitivas ligeira a major, de modo a retardar a progressão dos declínios cognitivos e manter o desempenho da cognição (Justo-Henriques, 2021). A estimulação cognitiva baseia-se no princípio de que as funções cognitivas, como a memória, não são utilizadas isoladamente, mas sim em conjunto com outras funções como a atenção, linguagem e resolução de problemas (Claire & Woods, 2004). A implementação desta terapia envolve a participação em diversas atividades cognitivas e sociais, que têm como objetivo estimular os diversos domínios cognitivos e melhorar o humor, comportamento, interações sociais e qualidade de vida dos indivíduos. Desta forma, as atividades de estimulação cognitiva incluem tarefas de reminiscência, terapias de orientação para a realidade, música, arte, jogos de tabuleiro e outras atividades sensoriais (Madureira & Santos, 2017). Existem vários programas de estimulação cognitiva, como o programa "Fazer a diferença", validado para a população portuguesa pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

4.2 Terapia da reminiscência

A terapia da reminiscência concilia as dimensões psicoafetiva e cognitiva e consiste na evocação de experiências e eventos passados recorrendo a estímulos como fotografias, vídeos, livros, objetos, músicas ou histórias. Esta terapia tem sido aplicada junto de indivíduos com perturbações neurocognitivas ligeira e major, e pode ser implementada individualmente ou em grupo, recorrendo a diversas metodologias de reminiscência. A recordação de memórias de carácter autobiográfico constitui-se como uma forma de integrar e resolver experiências, de enaltecer a identidade pessoal e de atribuir significado à narrativa pessoal (Madureira & Santos, 2017). A terapia da reminiscência tem

demonstrado um impacto positivo no desempenho cognitivo e na evocação de memórias autobiográficas positivas, na redução da sintomatologia depressiva e dos sintomas comportamentais problemáticos e na melhoria do humor, da comunicação e da expressão dos afetos (Lopes et al., 2013).

4.3 Musicoterapia

A musicoterapia é uma intervenção sensorial que utiliza a música e/ou os seus elementos (e.g., ritmo, melodia, harmonia e som) para estimular as capacidades cognitivas, emocionais, sociais e físicas (Abraha et al., 2017), podendo ainda funcionar como uma forma alternativa de comunicação e expressão para indivíduos com défices ao nível da linguagem (Madureira & Santos, 2017). Nesta intervenção os utentes podem participar passivamente, apenas ouvindo a música, ou de forma ativa, realizando atividades como cantar ou tocar um instrumento (Abraha et al., 2017). Os objetivos que se pretendem alcançar com a implementação desta intervenção são a diminuição da agitação e comportamentos disruptivos, bem como melhoria do humor e comportamento, especialmente a curto-prazo (Madureira & Santos, 2017).

5. Referências Bibliográficas

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open, 7*(3), 1-28. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759

Alves, L., Simões, M. R., & Martins, C. (2014). Metodologias de estimação da Inteligência Pré-Mórbida na identificação do declínio cognitivo. *Avaliação Psicológica, 13*(1).

Alzheimer Europe (2014). *Ethical dilemmas face by carers and people with dementia.* Alzheimer Europe, Portugal.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5th ed.). Climepsi.

American Psychological Association. (2012). Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive change. *American Psychologist, 67*(1), 1-9. https://doi.org/10.1037/a0024643.

Apóstolo, J. L., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale – 15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(3), 65-73. http://dx.doi.org/10.12707/RIV14033

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.

Benavente, R. (2020). *Intervenção psicológica em gerontologia*. (1st ed.). Pactor.

Brooker, D. (2003) What is person-centred care in dementia?. *Reviews in Clinical Gerontology, 13*(3), 215-222. https://doi.org/10.1017/S095925980400108X

Castro-Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (1st ed.). Lidel.

Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(2), 189-198. https://doi.org/10.1093/arclin/acs115

Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology, 3*,1-21. https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation, 14*(4), 385–401. https://doi.org/10.1080/09602010443000074

Direção-Geral da Saúde (2011). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas.*

Direção-Geral de Saúde. (2006). *Programa nacional para a Saúde das pessoas idosas*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx

Espírito-Santo, H., Lemos, L., Torres-Pena, I., Vicente, F., Silva, F., Costa, M., Maques, M., Simões, S., Guadalupe, S., & Daniel, F. B. (2015). Bateria de Avaliação Frontal (FAB). In M.R. Simões, I. Santana & Grupos de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (Eds.). *Escalas e Testes na Demência*, (pp. 152-157). Novartis. https://hdl.handle.net/10316/46748

Eurostat (2016). *Key figures on Europe 2016 edition.* Publications Office of the European Union, 2016. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7827738/KS-EI-16-001-EN-N.pdf

Fernandes, S. (2013). *Stroop: Teste de cores e palavras*. CEGOC

.Figueiredo, D., Marques, A. & Barbosa, A. L. (2016). *Demência. E agora? Um guia para Cuidar com sentido(s) em instituições*. Lusodidata.

Firmino, H., Simões, M., Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas mais Velhas*. LIDEL.

Firmino, H., Simões, M., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2018). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista: Manual técnico*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e reformados*. Edições Almedina.

Iadecola, C. (2013). The pathobiology of vascular dementia. *Neuron, 80*(4), 844–866. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.10.008

Justo-Henriques, S. I. (2021). Individual intervention protocol based on cognitive stimulation therapy for older adults with mild neurocognitive disorder. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(5), 1-10. https://doi.org/10.12707/RV20100

Katzman, R. (2011). Human nervous system. In R. Terjung (Ed.), *Comprehensive psysiology,* (pp. 325-344). Wiley. https://doi.org/10.1002/cphy.cp110112

Lopes, T. S., Afonso, R. M., & Ribeiro, Ó. M. S. (2013). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 107-118. http://hdl.handle.net/10662/1093

Madureira, S., & Santos, A. C. (2017). Cognitive and psychological interventions in neurocognitive disorders. In A. Verdelho & M. Gonçalves-Pereira (Eds.), *Neuropsychiatric symptoms of cognitive impairment and dementia*, (pp. 305-329). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-39138-0_14

Mckeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A. … Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB consortium. *Neurology*, *89*(1), 88-100. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack Jr, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroups on diagnostic

guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 7*(3), 263-269. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group* under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology, 34*(7), 939-944. https://doi.org/10.1212/WNL.34.7.939

Mueller, C., Ballard, C., Corbett, A., & Aarsland, D. (2017). The prognosis of dementia with Lewy bodies. *The Lancet Neurology, 16*(5), 390–398. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30074-1

Neary, D., Snowden, J. S., & Mann, D. M. A. (2000). Classification and description of frontotemporal dementias. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *920*(1), 46-51. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2000.tb06904.x

Organização Mundial da Saúde. (2012). *Dementia: A public health priority.* https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487

Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico. (2017). *Health at a glance 2017.* https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Pantoni, L. (2010). Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. *The Lancet Neurology, 9*(7), 689–701. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70104-6

Peters, R., Ee, N., Peters, J., Booth, A., Mudway, I., & Anstey, K. J. (2019). Air pollution and dementia: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease, 70*(1), 145–163. https://doi.org/10.3233/JAD-180631

Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, *56*(3), 303-308. https://doi.org/10.1001/archneur.56.3.303

Sousa, P., Ferreira, J. M., & Sá, M. C. (2019). Mild cognitive impairment prevalence in elderly of a primary health care unit. *AIMGFmagazine, 9*(2), 9 – 17.

Vaz Serra, A., Ribeiro, C., Marques-Teixeira, J. & Lourenço, M. (2001). *Temas psiquiátricos*. Vale & Vale Editores.

Vitta, A. (2000). *Atividade Física e bem-estar na velhice.* Papirus.

Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2025). *Adult development and aging*. (8th ed.). Wiley.

Capítulo 27

Narcisismo, Perturbação de Personalidade Narcísica e Desafios Atuais dos Conceitos

Raíssa Santos

Departamento de Psicologia e Educação Física, Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes - ISMAT, Portimão, Portugal

Autor correspondente: Raíssa Santos. **E-mail:** p7213@ismat.pt

Resumo: O narcisismo é um dos mais antigos constructos de personalidade conhecidos. Está estabelecido como um conceito fundamental da personalidade, com múltiplas conceptualizações e teorias sobre os seus aspetos e facetas mais relevantes. O narcisismo, no seu sentido mais amplo, manifesta-se como um traço de personalidade presente em graus variáveis em todos os indivíduos, tornando-se patológico quando atinge uma expressão exacerbada e disfuncional, configurando a Perturbação da Personalidade Narcísica. O diagnóstico desta perturbação é muitas vezes complexo, dada a sua sobreposição com outras perturbações mentais e a dificuldade em estabelecer critérios claros e objetivos para a mesma. Apesar dos avanços teóricos, existem ainda lacunas e inconsistências na compreensão da Perturbação da Personalidade Narcísica, com um impacto importante na sua avaliação e abordagens terapêuticas. Apresentamos uma revisão narrativa do tema, abordando o estado da arte e os desafios atuais, interligando teoria e prática.

Palavras-chave: narcisismo; perturbação de personalidade narcísica; narcisismo vulnerável; narcisismo grandioso.

Abstract: Narcissism is one of the oldest known personality constructs. It is established as a fundamental concept of personality, with multiple conceptualizations and theories about its most relevant aspects and facets. Narcissism, in its broadest sense, manifests itself as a personality trait present to varying degrees in all individuals, becoming

pathological when it reaches an exacerbated and dysfunctional expression, configuring Narcissistic Personality Disorder. The diagnosis of this disorder is often complex, given its overlap with other mental disorders and the difficulty in establishing clear and objective criteria for it. Despite theoretical advances, there are still gaps and inconsistencies in the understanding of Narcissistic Personality Disorder, with an important impact on its assessment and therapeutic approaches. We present a narrative review of the topic, addressing the state of the art and current challenges, linking theory and practice.
Keywords: narcissism; narcissistic personality disorder; vulnerable narcissism; grandiose narcissism.

1. Introdução

Apresentamos esta revisão narrativa com o objetivo principal de explorar as conceções contemporâneas do narcisismo e da Perturbação de Personalidade Narcísica, destacando os desafios teóricos e clínicos que envolvem a definição, diagnóstico e tratamento desta condição. Abordamos a evolução dos conceitos ao longo do tempo, a discussão sobre as distintas abordagens psicoterapêuticas aplicáveis, bem como as questões emergentes no campo da psicologia clínica. Esta análise permite um entendimento mais aprofundado dos aspetos centrais do narcisismo e da sua manifestação patológica, trazendo à tona as implicações para a prática clínica e para futuras investigações nesta área.

A revisão da literatura foi realizada sobretudo, mas não exclusivamente, por meio da consulta às principais bases de dados científicas, a fim de garantir uma abrangência e atualidade nas informações. As bases selecionadas, PsycINFO, PsycARTICLES, PubMed, Scopus e Web of Science, são amplamente reconhecidas pela qualidade e relevância dos artigos que indexam, abrangendo uma vasta gama de disciplinas, incluindo a Psicologia e a Psiquiatria. A pesquisa incidiu principalmente na última década, de modo a refletir as tendências mais recentes e os avanços significativos nas áreas de interesse, assegurando que a análise fizesse referência a estudos contemporâneos e relevantes para o tema em questão.

2. Narcisismo - conceptualização

O narcisismo é um dos mais antigos conceitos de personalidade conhecidos. Está estabelecido como um constructo fundamental da personalidade, com múltiplas

conceptualizações e teorias sobre os seus aspetos e facetas mais relevantes. Não conseguiremos abarcar todas elas, centrando-nos na compreensão psicodinâmica do conceito, modelo teórico em que nos inserimos. Centrar-nos-emos nos autores que, a nosso ver, deram um contributo essencial para a compreensão do narcisismo, uma seleção sempre difícil e não isenta de perdas.

Freud caracterizou inicialmente o narcisismo como uma fase do desenvolvimento da criança, a partir do mito grego de Narciso, de Ovídio. O mito de Narciso aborda muitas das características complexas que acompanham o indivíduo narcísico: egoísmo, falta de empatia, dificuldades em criar relações interpessoais, egocentrismo, foco em si mesmo, vaidade, são alguns exemplos. Por outro lado, mostra também como este amor-próprio pode ser limitador e restrito, pois nunca é satisfatório, fazendo com que se perca na contemplação e na idealização. Deste modo, antes de desenvolver qualquer teoria do narcisismo patológico, Freud apresentou este conceito, em "Sobre o Narcisismo - Introdução" (1914), como uma etapa intermédia do desenvolvimento psicossexual infantil, situada entre o auto-erotismo e o amor pelo objeto. Freud reafirmou assim a natureza sexual da libido e descreveu um narcisismo a que chamou narcisismo primário, em que a criança se toma a si própria como objeto de amor e como centro do mundo, antes de ser capaz de deslocar a sua libido para objetos externos. Presente no desenvolvimento normal, mas que também determina certas condições patológicas, a sua teoria limitou-se, no entanto, a abordar o narcisismo na perspetiva do desenvolvimento infantil, da melancolia e das psicoses.

Paralelamente, Kohut (1966), que se insere na corrente teórica da "Psicologia do Self", desenvolvida em parte no seu trabalho com pacientes com características de funcionamento narcísico, considerou que o narcisismo surge inicialmente como um período do processo normal de desenvolvimento da criança, designando-o por narcisismo saudável. Existe um narcisismo primário em que a criança não diferencia o seu eu do outro, experimentando-o como uma extensão de si própria que satisfaz as suas necessidades e responde emocionalmente. Esta perfeição, no entanto, é perturbada por inevitáveis falhas nos cuidados maternos/parentais, obrigando a criança a criar um novo sistema de perfeição formado por um self grandioso e exibicionista que se manifesta na expetativa de obter admiração e gratificação dos outros e por uma imagem parental idealizada, onde os cuidadores são vistos como objetos omnipotentes. A partir daí, num desenvolvimento saudável, o exibicionismo e a grandiosidade do eu são progressivamente dominados e integrados na personalidade adulta, onde contribuem para

dimensões ligadas à autoestima, às ambições e aos ideais. Do mesmo modo, a imagem idealizada dos cuidadores é progressivamente frustrada e integrada na personalidade adulta, introjetando as qualidades idealizadas no ideal do ego.

Quando estas transformações, necessárias para ultrapassar o narcisismo primário, são suspensas (devido a traumas narcísicos graves), este mantém-se inalterado na idade adulta, conservando o eu grandioso, fixando um self primitivo arcaico e dando origem ao narcisismo patológico na idade adulta. Isso pode acontecer quando o cuidador principal é extremamente frio e distante, rejeita a criança ou é agressivo, não atendendo à sua necessidade de experimentar a satisfação de ser valorizada. Portanto, para Kohut, a estrutura do self nas personalidades narcísicas representa uma fase do desenvolvimento que foi interrompida,. Em 1972, Kohut explica teoricamente a existência de pelo menos dois tipos de narcisismo que designa por narcisismo derivado de uma clivagem horizontal, mais grandioso, e derivado de uma clivagem vertical, com autoestima vulnerável e sentimentos de vergonha. Nestes casos, o self não atinge a força e a coesão necessárias para manter a estabilidade e a autoestima a um nível suficiente, desenvolvendo-se um self fragmentado, frágil e descontínuo, determinando a psicopatologia narcísica, caracterizada por um sentido de self diminuído e uma incapacidade de manter a autoestima a um nível sustentável.

Por sua vez, para Kernberg (1975), a emergência das pulsões libidinais e agressivas assenta nos diferentes tipos de afetos que se estabelecem nas relações de objeto internalizadas, nomeadamente a partir da fusão libidinal entre o bebé e a mãe, uma vez que a experiência afetiva precoce é maximizada nos momentos de relação simbiótica da fase oral. Por sua vez, a agressão emerge das primeiras experiências de raiva, geradas perante a frustração ou a dor, com o objetivo primordial de escapar ao desprazer. Em condições extremas, as experiências de raiva evoluem para o ódio, como afeto agressivo secundário, permanente e estruturado, com o objetivo de destruir o objeto que causa sofrimento e dor. Encontramos assim os ingredientes necessários para o desenvolvimento estrutural de várias formas e graus de patologias narcísicas.

Para além dos fatores inatos que podem levar o sujeito a desenvolver afetos negativos, a predominância de uma figura materna cronicamente fria, narcísica e/ou superprotetora parece ser o principal elemento etiológico na psicogénese da patologia narcísica. A inclusão da criança no mundo narcísico da mãe durante certos períodos do seu desenvolvimento precoce cria na criança uma predisposição para se considerar "especial", cristalizando fantasias de um eu grandioso. Também a instalação de uma

vinculação insegura, resultante da incapacidade da mãe em conter os afetos negativos da criança; experiências traumáticas, físicas ou sexuais; experiências de abandono intenso na primeira infância, entre outras, podem explicar estes casos.

Com base em todos esses elementos, Kernberg (1984) diferenciou três níveis de narcisismo: narcisismo normal, narcisismo patológico e personalidade narcísica (onde se destaca a síndrome do narcisismo maligno).

No que diz respeito ao narcisismo normal, os objetivos inconscientes, pré-conscientes e conscientes do ego representam o nível de aspiração em relação ao qual a realidade do self é medida, e as funções autocríticas exercidas pelo ego e com origem no superego servem para regular a autoestima, numa tensão entre o self real e o self ideal. O mundo dos objetos internos ou das representações de objetos intervém na regulação da autoestima, uma vez que o amor e a confirmação oferecidos pelas representações de objetos "bons" compensam o eu pelas frustrações da realidade. O ideal do ego, derivado da integração das imagens dos objetos ideais e do eu ideal (introjetado no superego desde a primeira infância), aumenta a autoestima quando o eu demonstra que está à altura das suas exigências e expectativas. Quando esta estrutura superegóica está ausente ou insuficientemente integrada, o que caracteriza os casos patológicos, há uma dependência exagerada de fontes externas de admiração, amor e confirmação.

Todos estes aspetos do narcisismo normal contrastam com a incapacidade de depender de outras pessoas para além do que satisfaz as suas necessidades imediatas de gratificação, como acontece no narcisismo patológico. No narcisismo infantil normal, a criança manifesta exigências decorrentes de necessidades reais, enquanto as exigências no narcisismo patológico são excessivas, impossíveis de satisfazer e secundárias a um processo de destruição interna dos elementos já recebidos. A frieza, o desprezo, a desvalorização e a tendência para rejeitar o objeto (exceto quando o idealiza temporariamente como possível fonte de abastecimento narcísico) não são o mesmo que as tendências egocêntricas da criança pequena. De facto, as fantasias narcísicas infantis de poder, riqueza e beleza, que surgem habitualmente no período pré-edipiano, não significam a posse exclusiva de tudo e de todos. Pelo contrário, a criança normalmente não precisa de ser admirada e possuidora exclusiva de tudo, o que é uma fantasia típica do narcisismo patológico.

No narcisismo patológico há um processo de rejeição das imagens internalizadas do eu e do objeto. Nestes casos, como defesa contra uma realidade intolerável, marcada pela desvalorização e destruição, há uma fusão entre o eu ideal, o objeto ideal e a imagem real

do eu, prevalecendo a fantasia e a identificação com as suas próprias imagens ideais, de forma a negar a dependência normal dos objetos externos e das suas representações internalizadas. Isto permite que a tensão normal entre o eu real, o eu ideal e o objeto ideal seja aliviada através da construção de um autoconceito inflacionado, no qual o eu real, o eu ideal e o objeto ideal se fundem e se confundem. Ao mesmo tempo, a imagem inaceitável do eu é reprimida e projectada em objetos externos, que são desvalorizados. Há também uma condensação patológica de imagens do self real e de parte da estrutura do ego com precursores do superego, interferindo com a diferenciação normal entre o superego e o ego. Embora alguns componentes do superego sejam internalizados, eles preservam os elementos distorcidos, primitivos e agressivos porque estes não foram integrados em aspetos amorosos do superego.

O autor refere ainda que o narcisismo patológico se apresenta de forma mais grave num grupo específico de pacientes, a que chama personalidades narcísicas. Estas personalidades são marcadas por uma perturbação do auto-respeito (a visão que o sujeito tem de si próprio), juntamente com perturbações específicas nas suas relações de objeto. Ele descreve a personalidade narcísica como uma síndrome de comportamento narcísico mais grave e disfuncional, caracterizada por uma degradação mais profunda das relações de objeto, como consequência do estabelecimento de uma ligação entre um self grandioso (termo original grandiose self - Kohut, 1971), primitivo e patológico, e a projeção maciça deste nos objetos. Assim, na personalidade narcísica, a relação já não é constituída em virtude de uma relação self-objeto ou vice-versa, mas por uma relação self-self ideal. Neste caso, a relação de objeto seria substituída por uma relação puramente narcísica através da identificação do self com o objeto.

Nos casos mais graves de personalidade narcísica - síndrome de narcisismo maligno - há uma infiltração dominante da grandiosidade patológica do eu, a que se junta a agressividade. Nestes casos, a agressão é dirigida não só às relações internas com os outros significativos, mas também ao próprio "eu" patológico grandioso. Em estruturas narcísicas menos graves, o eu patológico grandioso, investido de libido, defende o indivíduo contra a agressão, exceto quando ataques graves à autoestima ou feridas narcísicas produzem estados de raiva momentâneos. No narcisismo maligno, porém, há uma deterioração do superego, que permite que a agressão se infiltre no eu grandioso patológico, levando a manifestações anti-sociais.

A grande diferença entre os dois casos é a intensidade muito maior da agressividade nos conflitos inconscientes profundos presentes no narcisismo maligno, com uma inveja

muito mais intensa e destrutiva, com predomínio do ódio agressivo. O superego, nesse caso, extremamente enfraquecido, tolera comportamentos anti-sociais e tem tendências paranóides, permitindo que a agressividade invada o eu patológico grandioso, produzindo uma conceção ainda mais desajustada do eu. Como bem salienta o autor, já não se trata apenas de ser o indivíduo mais bonito ou mais rico, mas sim o mais cruel, o que menos tem medo da dor, da morte e do perigo, resultando num sadismo caraterístico que também pode ser dirigido contra si próprio, no sentido da auto-destrutividade, produzindo a agressão ego-sintónica. Assim, a agressão primitiva pode ter como objetivo não só a destruição do objeto, mas também a destruição de si próprio.

O fenómeno do masoquismo estaria assim relacionado com o do narcisismo, manifestando-se através de formas mais disfuncionais e patológicas (mostrando um desejo de destruição total numa tentativa de evitar todo o sofrimento) do que uma dose de masoquismo comummente presente e clinicamente aceite, porque diz respeito a situações marcadas pelo papel do superego na adaptação psicológica. Nos casos mais extremos, se a agressividade for excessiva, este masoquismo integrado no polimorfismo sexual infantil é conduzido a uma perversão masoquista específica, que se manifesta no desejo de sofrer, de ser humilhado, de ser controlado pelo objeto. A agressividade é então integrada no superego, o que faz com que a culpa, derivada dos impulsos sexuais infantis e dos conflitos edipianos, se exprima no desejo de sofrer como preço a pagar pela gratificação sexual. Assim, o sentimento de fusão, de amor com o objeto em condições de controlo, humilhação e sofrimento, tornam-se condições para o prazer sexual.

Deste modo, ao contrário de Freud, Kernberg vê a auto-agressão não como uma tendência primária do organismo, mas como a consequência de uma ativação excessiva da agressividade que faz com que a raiva se fixe como uma estrutura, levando ao desejo de destruir o objeto e a si próprio. A pulsão de morte corresponde a uma patologização dos afetos de cólera e ódio, culminando no retorno da agressão ao eu, e está presente em casos patológicos de personalidades narcísicas e estados borderline, devido à presença de batalhas intrapsíquicas entre representações sádicas de objeto internalizadas e representações masoquistas do eu. Em suma, a combinação de uma personalidade narcísica, sadismo, auto-mutilação crónica, tendências paranóides e tendências anti-sociais constitui, a síndrome do narcisismo maligno, considerada a forma mais grave das personalidades narcísicas.

3. O diagnóstico psicodinâmico na atualidade

A patologia narcísica tem sido amplamente discutida na psicanálise e ocupa um lugar central na teoria psicanalítica contemporânea. Nancy McWilliams, na sua obra "Psychoanalytic Psychodiagnosis" (2014) oferece uma abordagem rica e abrangente das estruturas narcísicas, explorando as suas origens, manifestações clínicas e implicações terapêuticas. A autora articula o narcisismo como uma estrutura de personalidade com características específicas e dinâmicas psicológicas únicas.

Os indivíduos com uma estrutura narcísica partilham traços distintivos que ajudam a identificar as suas dinâmicas psicológicas e comportamentais. McWilliams (2014) destaca os seguintes aspetos centrais:

1) Grandiosidade e fragilidade do self: Embora muitas vezes pareçam confiantes e auto-suficientes, muitas vezes escondem uma profunda vulnerabilidade. A grandiosidade actua como uma defesa contra sentimentos de inferioridade e vazio existencial.

2) Dependência da validação externa: A sua autoestima é muitas vezes condicionada pelo reconhecimento e admiração dos outros, gerando uma dependência emocional que contrasta com a sua aparente autonomia.

3) Reatividade à crítica: Comentários percebidos como críticos podem desencadear reacções intensas, vergonha, raiva ou retraimento, evidenciando a fragilidade do eu.

4) Empatia superficial: Embora possam ser carismáticos, a sua capacidade de empatia tende a ser instrumental, com dificuldades em ligar-se profundamente às necessidades emocionais dos outros.

Estas características revelam a complexidade destas personalidades, que combinam aspetos defensivos e vulneráveis numa estrutura psíquica complexa, resultando numa grande variedade de expressões clínicas. A descrição de McWilliams dos três níveis de organização da personalidade narcísica oferece uma visão detalhada e hierárquica do espetro narcísico. A sua gravidade estará diretamente relacionada com a intensidade e a duração das primeiras experiências adversas, bem como com a capacidade do indivíduo desenvolver mecanismos de defesa mais saudáveis ao longo da vida.

Ao nível neurótico, o narcisismo manifesta-se como traços de personalidade que afetam as relações interpessoais, mas sem causar uma rutura significativa com a realidade. Os indivíduos podem apresentar características como: egocentrismo, sensibilidade à crítica, empatia preservada, funcionamento adaptativo. Esta é uma variação dentro da normalidade, embora possa causar desconforto ou conflitos interpessoais.

No nível borderline, o narcisismo é mais evidente e problemático, com características que interferem significativamente na vida afetiva e relacional do indivíduo. As principais características incluem: grandiosidade mais acentuada, dificuldades interpessoais, instabilidade emocional, fragilidade do self e dependência de fontes externas de validação, comportamentos impulsivos ou auto-destrutivos. Neste nível, existe uma maior dificuldade em manter a coesão do self, podendo o indivíduo alternar entre sentimentos de grandeza e de extrema inferioridade. A capacidade de reflexão e empatia é mais limitada do que no narcisismo neurótico.

No nível psicótico, o narcisismo atinge o seu grau mais grave, com uma desconexão significativa da realidade e uma profunda vulnerabilidade do eu. As principais características são desorganização psíquica, grandiosidade delirante, falta de empatia, vulnerabilidade extrema. Este nível de narcisismo está associado a um funcionamento psicológico gravemente comprometido, exigindo frequentemente uma intervenção terapêutica intensiva e, nalguns casos, hospitalização.

A sua abordagem enfatiza a empatia e o reconhecimento da vulnerabilidade subjacente ao narcisismo, propondo intervenções que conciliem compreensão profunda e eficácia terapêutica. McWilliams (2014) sugere as seguintes diretrizes: construir uma relação terapêutica segura num ambiente de aceitação incondicional, promover a confiança para permitir a exploração emocional, validar o self através de intervenções que reconheçam e validem os sentimentos do paciente, promover a redução da dependência de defesas grandiosas e o confronto empático que evite desestabilizar intensamente a autoestima do paciente. McWilliams salienta que a terapia com pacientes narcísicos requer paciência e empatia para a construção de um self mais integrado e resiliente. Compreender estas dinâmicas é essencial para uma abordagem terapêutica eficaz, que deve centrar-se em ajudar o indivíduo a reconhecer e a integrar as suas vulnerabilidades, enquanto trabalha para construir uma autoestima mais sólida e autêntica. A terapia pode oferecer um espaço seguro para explorar estas questões, promovendo o crescimento emocional.

4. Abordagem nosológica e desafios atuais

Recentemente, a investigação sobre o narcisismo tem aumentado, catalisada por um interesse crescente nas várias formas patológicas em que o narcisismo se pode manifestar clinicamente. A investigação tem demonstrado que a construção e conceptualização da personalidade narcísica são complexas e ainda não existe consenso na literatura sobre se o narcisismo se expressa ao longo de um continuum, entre narcisismo normal e adaptativo

até ao narcisismo patológico, ou se o narcisismo adaptativo e o narcisismo patológico são duas dimensões distintas da personalidade ou mesmo dois tipos separados de narcisismo. É também necessário considerar que, por vezes, apesar de estes indivíduos aparentarem um certo grau de normalidade e funcionamento, não reportando qualquer sofrimento psicológico, induzem um grande sofrimento naqueles com quem se relacionam.

A Perturbação da Personalidade Narcísica foi introduzida como entidade própria pela primeira vez em 1980 na 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III). Este modelo descritivo, tem sido criticado por conter uma cobertura insuficiente das várias Perturbações da Personalidade, por haver uma elevada taxa de comorbilidades e pela dificuldade em distinguir o que é normal e o que não é. Apesar das várias revisões feitas desde então, que introduziram pequenas alterações aos critérios de diagnóstico, no atual DSM-5-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, versão revista), a Perturbação da Personalidade Narcísica é descrita na secção II, que se manteve inalterada desde a edição anterior. As dez Perturbações da Personalidade estão organizadas em três grupos, numa tentativa de agrupar aquelas que se correlacionam em algumas características. A Perturbação da Personalidade Narcísica pertence ao grupo B (juntamente com a Borderline, Antissocial e Histriónica), caracterizado por padrões de pensamento, comportamento e afetividade algo teatrais, emocionais, impulsivos e erráticos. A Perturbação da Personalidade Narcísica, em particular, é descrita como correspondendo a um padrão de sentimentos de grandiosidade e superioridade, com fantasias de sucesso e poder ilimitados, necessidade excessiva de admiração, inveja e um sentimento de direito a tratamento especial e favores, com exploração e manipulação das relações interpessoais e falta de empatia.

Por sua vez, é interessante referir que o sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10), publicada pela primeira vez em 1992 e actualizada pela última vez em 2016, incluía a Perturbação da Personalidade Narcísica num grupo denominado "Outras perturbações específicas da personalidade", não existindo uma categoria específica para esta perturbação neste sistema. A "Classificação Internacional de Doenças - 11.ª edição" (CID-11), lançada oficialmente em 2019, reformulou significativamente a abordagem das perturbações da personalidade. Em vez de manter categorias diagnósticas separadas, adoptou um modelo dimensional, em que são classificadas de acordo com a sua gravidade (ligeira, moderada ou grave) e traços específicos, como a afetividade negativa, a dissociabilidade, a desinibição, o perfeccionismo e o distanciamento. Embora a

Perturbação da Personalidade Narcísica não tenha uma categoria própria, a CID-11 permite que o clínico indique a presença de traços narcísicas (especificador), principalmente no domínio da dissociabilidade e, em alguns casos, da afetividade negativa. Isto significa que, em vez de diagnosticar uma pessoa como "narcísica", o sistema avalia o grau e a combinação de traços problemáticos. Dentro deste novo sistema, os traços narcísicos podem ser reconhecidos e descritos sem a necessidade de uma categoria específica para a Perturbação da Personalidade Narcísica, alinhando a CID-11 com as tendências contemporâneas que procuram superar a rigidez das classificações categóricas. Embora a Perturbação da Personalidade Narcísica não tenha uma categoria própria, a CID-11 permite ao clínico indicar a presença de traços narcísicos (especificador).

De facto, a comunidade científica, apoiada na evidência clínica, tem vindo a reconhecer que a Perturbação da Personalidade Narcísica pode ter manifestações clínicas mais amplas do que aquelas que melhor conhece, reduzindo a utilidade clínica do diagnóstico de Perturbação da Personalidade Narcísica do DSM, uma vez que os critérios de diagnóstico e os sintomas descritos continuam a centrar-se exclusivamente nos aspetos relacionados com a grandiosidade da Perturbação da Personalidade Narcísica.

À medida que cresce o interesse científico por esta perturbação de personalidade, vão surgindo diferentes conceções e entendimentos entre os vários grupos de investigação, que têm como denominador comum o facto de poder assumir a forma de diferentes variantes, dimensões e níveis de gravidade.

Recentemente, têm sido descritas duas variações desta personalidade: um narcisismo grandioso (o conhecido) e um narcisismo vulnerável (que inclui também hipersensibilidade, vulnerabilidade e angústia interna), sendo aceite que o narcisismo patológico engloba pelo menos estas duas apresentações fenotípicas: grandiosidade e vulnerabilidade (Pincus & Lukowitsky, 2010; Miller et al., 2010; Miller et al., 2022), achados estes que vão ao encontro do que já foi defendido nas teorias psicanalíticas.

Os indivíduos com o tipo grandioso são geralmente vistos como arrogantes, pretensiosos e manipuladores nas suas relações interpessoais, negligenciando e ignorando os sentimentos dos outros. Têm uma autoimagem positiva exagerada e envolvem-se em fantasias de poder e superioridade ilimitados. São exibicionistas, exigindo atenção e admiração dos que os rodeiam, apesar de serem alheios às suas necessidades. Apresentam elevados níveis de agressividade. Normalmente, estas expressões de grandiosidade são mostradas mais abertamente e estão associadas a baixos níveis de ansiedade. No entanto,

estes comportamentos declarados da pessoa narcísica podem ser muito diferentes da sua experiência subjectiva interna, escondendo um sentimento subjacente de vazio, impotência, vergonha e inadequação.

Os indivíduos vulneráveis são extremamente sensíveis à crítica, ao escrutínio e à rejeição por parte dos outros, mais instáveis, impulsivos, ansiosos e com grande labilidade emocional. Muitas vezes angustiados e tímidos, sofrem frequentemente de uma gama mais vasta de sintomas psicopatológicos em comparação com os narcísicas grandiosos. A vergonha sentida como reação ao facto das suas necessidades narcísicas não serem satisfeitas é típica e a necessidade de proteger o seu sentimento secreto de importância fá-los evitar situações que os desafiem.

Embora estas duas formas de narcisismo pareçam opostas, podem coexistir no mesmo indivíduo. Apesar do facto de as duas variações fenotípicas parecerem quase opostas ou mesmo paradoxais, podem alternar dependendo do contexto e dos desafios interpessoais enfrentados (Gore & Widiger, 2016). Torna-se necessário compreender quais as características nucleares que conseguem integrar a grandiosidade e a vulnerabilidade num único modelo estrutural do narcisismo. A principal característica central é a existência de um frágil sentido de self e de autorregulação, possuindo os indivíduos um profundo sentimento de inferioridade, do qual se defendem preservando uma visão de si próprios como excepcionais e rejeitando a realidade externa. A manutenção desta concha narcísica implica a negação de tudo o que a ameace, deixando os indivíduos extremamente dependentes de pessoas externas para regular a sua autoestima. Assim, os indivíduos com apresentações mais grandiosas tendem a desenvolver relações pobres e superficiais, enquanto os mais vulneráveis evitam qualquer tipo de situação social. Alguns autores defendem que cada uma destas apresentações é independente, surgindo uma ou outra em cada indivíduo, enquanto outros grupos de investigação defendem que o mesmo indivíduo pode oscilar entre as duas apresentações, grandiosidade ou vulnerabilidade, consoante as circunstâncias.

Face à nova perspetiva clínica da Perturbação da Personalidade Narcísica, surgem vozes a favor da utilização do modelo dimensional descrito na secção III - "Modelos e Medidas Emergentes" do DSM-5-TR para o diagnóstico (Krueger et al., 2014; Widiger et al., 2018), enfatizando a avaliação da personalidade num espetro de traços disfuncionais, permitindo uma descrição mais precisa das manifestações clínicas do narcisismo patológico, ao invés de um diagnóstico categorial rígido. A Secção III apresenta pela primeira vez um modelo alternativo para concetualizar as perturbações da personalidade

ao longo de diferentes dimensões entre o normal e o desadaptativo. As dez Perturbações da Personalidade anteriores foram redefinidas em seis e o comprometimento do funcionamento pessoal e interpessoal, juntamente com os traços patológicos da personalidade, são valorizados em relação às características descritivas de diagnóstico simples de cada uma das perturbações utilizadas na secção II. Cada Perturbação da Personalidade é definida por um défice no funcionamento da personalidade, tanto no Critério A (identidade, auto-direção, empatia e intimidade) como no Critério B (por um padrão de traços de personalidade específicos de cada perturbação). Estes vinte e cinco traços de personalidade do Critério B estão distribuídos em 5 domínios: Afetividade Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinibição e Psicose. O critério C refere-se à estabilidade da personalidade ao longo do tempo e em diferentes situações, o D faz a distinção entre características culturais normais e patológicas e o E refere-se à exclusão de possíveis causas médicas.

De acordo com este novo modelo apresentado no DSM-5-TR, os traços relacionados com a Perturbação da Personalidade Narcísica são principalmente a Grandiosidade e a Necessidade de Atenção, que estão incluídas no domínio do Antagonismo. É também descrito um comprometimento da identidade, com autoestima desregulada e vulnerável necessidade exagerada de atenção, aprovação e admiração como forma de regulação, resultando em relações superficiais em que o indivíduo é incapaz de sentir empatia com aqueles com quem se relaciona. Além disso, esta secção descreve alguns especificadores, como as tendências para perturbações depressivas e de ansiedade, que não são obrigatórias para o diagnóstico, mas que podem estar presentes na Perturbação da Personalidade Narcísica com apresentações mais vulneráveis.

Embora estes critérios permitam uma maior aproximação ao que é observado na clínica, a inclusão de um diagnóstico abrangente que englobe tanto os aspetos grandiosos como os vulneráveis da Perturbação da Personalidade Narcísica teria um impacto na prevalência desta Perturbação da Personalidade e talvez se aproximasse mais do que é atualmente necessário. No entanto, como refere Miranda (2023), esta mudança de paradigma levanta novas questões a diferentes níveis:

- Qual a verdadeira prevalência da Perturbação da Personalidade Narcísica? - Com a redefinição dos critérios de diagnóstico, a prevalência irá aumentar, uma vez que irá incluir indivíduos que não teriam sido identificados anteriormente.

- Qual é a melhor forma de avaliação / diagnóstico? - Várias propostas têm sido feitas no sentido de utilizar o novo modelo de diagnóstico para incluir todos os traços de

personalidade relacionados com a Perturbação da Personalidade Narcísica, de forma a abranger as várias manifestações clínicas. A decisão sobre quais os traços de personalidade a incluir no diagnóstico da Perturbação de Personalidade Narcísica está ainda em discussão. Ao mesmo tempo, é necessário atualizar os instrumentos de diagnóstico actuais.

- Como gerir e tratar as suas comorbilidades? - A abordagem e o tratamento de doenças como a depressão, a ansiedade e a toxicodependência podem ter de ser alterados quando estão em comorbilidade com a Perturbação da Personalidade Narcísica.

5. Abordagens psicoterapêuticas – principais desafios

Sabemos também que existem sérias dificuldades no tratamento da Perturbação da Personalidade Narcísica, quer em termos de melhoria clínica, quer em termos de adesão ao processo e em lidar com os movimentos de transferência e contra-transferência que surgem na relação com estes pacientes. Outro fator a ter em conta é que a maioria destes indivíduos, quando procuram ajuda, recorrem sobretudo a médicos ou psicoterapeutas privados, onde, devido à sua patologia, acreditam que terão um tratamento especial, em detrimento dos serviços públicos. Independentemente das técnicas e abordagens utilizadas, os doentes narcísicos são considerados extremamente difíceis de tratar, precisamente devido às características desta perturbação.

Uma das primeiras dificuldades são os motivos que levam esses indivíduos a procurar ajuda terapêutica. Crises agudas no trabalho, crises financeiras ou insucessos pessoais como divórcios, ultimatos de familiares, patrões ou mesmo ordens judiciais1 são muitas vezes gatilhos para a procura de apoio profissional. Também acontece frequentemente quando estes indivíduos se sentem pessoalmente insatisfeitos, incapazes de atingir objetivos na sua vida pessoal e profissional ou mesmo devido a outras doenças mentais, como perturbações afetivas, abuso de substâncias ou ideação suicida. As motivações para a mudança nestes indivíduos parecem ser geradas por crises ou conflitos externos, ou dependem do seu estado de espírito, o que enfraquece o seu empenhamento na terapia e consequentemente leva ao seu abandono precoce e/ou súbito.

A Perturbação da Personalidade Narcísica está intimamente associada a outras perturbações (Perturbações do Humor, Perturbações de Ansiedade ou Abuso de Substâncias, outras Perturbações da Personalidade). Alguns grupos de investigação referem que os doentes narcísicos podem ter um risco acrescido de apresentar comportamentos auto-agressivos e mesmo de suicídio, sobretudo quando, para além das

Perturbações da Personalidade, existem outras perturbações como as Perturbações do Humor ou da Ansiedade, uma vez que estas evidenciam os sentimentos de vergonha, derrota e impotência associados à vulnerabilidade narcísica (Ronningstam & Maltsberger, 1998; Pincus et al., 2009; Calati et al., 2021).

No entanto, outros grupos de investigação identificaram que a Perturbação da Personalidade Narcísica, quando combinada com baixa impulsividade, pode servir como fator de proteção (Ellison et al., 2013; Blasco-Belled et al., 2022). Por outras palavras, a grandiosidade, os sentimentos de auto-perfeição e a autoestima amplificada podem prevenir e proteger a pessoa de comportamentos auto-destrutivos.

Da mesma forma, vários estudos associam a Perturbação da Personalidade Narcísica ao Abuso de Substâncias (Casillas & Clark, 2002; Krizan & Herlache, 2018) e encontraram uma correlação positiva entre o narcisismo patológico e a Perturbação Depressiva (Pincus et al., 2009; Ronningstam, 2016; Miller et al., 2018), que nestes indivíduos se catacteriza principalmente por anedonia, falta de sentido, sentimentos de vazio e inutilidade, em detrimento de sentimentos melancólicos e tristeza, estando mais presente quando a perturbação se apresenta na sua forma vulnerável, fazendo com que procurem mais frequentemente ajuda clínica (Edershile & Wright, 2021).

Outra dificuldade é a rejeição do diagnóstico pelo próprio paciente, correndo o risco de se sentir envergonhado, culpado ou sem controlo da situação, o que ameaça o equilíbrio de funcionamento alcançado. A falta de empatia e a ideia do doente narcísico de que o outro "não existe" torna a relação terapêutica extremamente difícil. Ao mesmo tempo, é também dificultada pela sua incapacidade de depender do terapeuta, o que seria humilhante, pelo que responde com tentativas de controlo, inveja do terapeuta ou competitividade, tendendo mesmo a desprezar e a questionar o terapeuta e as suas capacidades, considerando-o inferior, como estratégia para regular a sua autoestima, manter uma ilusão de controlo e proteger-se de experiências emocionais indesejadas.

Por sua vez, ao sentirem-se frustrados, usados, criticados ou incompetentes, os terapeutas experimentam sentimentos negativos de contratransferência que são difíceis de suportar. Estes podem levar a reacções negativas, como o desejo de competir com o paciente, ser cruel ou excluir o paciente do tratamento. No entanto, estas reacções negativas de contratransferência devem ser entendidas como uma comunicação inconsciente dos sentimentos de vergonha, rejeição ou imperfeição do paciente. Assim, quando trabalhados, estes sentimentos podem até ajudar o terapeuta, pois refletem as experiências interiores do paciente e fornecem informações sobre o seu mundo interior. Para além

disso, a tomada de consciência deste tipo de sentimentos em alguns pacientes, mesmo quando apresentam outra patologia, permite identificar traços de narcisismo patológico e assim alterar a abordagem terapêutica.

Embora existam evidências de algumas diferenças na eficácia das várias abordagens em relação a perturbações específicas, algumas variáveis (independentemente do modelo teórico) têm sido consistentemente associadas à eficácia terapêutica:

- a Aliança Terapêutica: considerada um dos principais preditores do sucesso terapêutico, independentemente da abordagem teórica utilizada (Horvath et al., 2011);
- expectativas e motivação do Paciente: pacientes que acreditam na eficácia do tratamento e demonstram motivação para mudar tendem a ter melhores resultados (Wampold & Imel, 2015);
- características do paciente: a gravidade da perturbação, a flexibilidade cognitiva e o estilo de vinculação influenciam a resposta ao tratamento (Levy et al., 2011);
- duração da terapia: abordagens de longo prazo tendem a ser mais eficazes para as perturbações da personalidade, enquanto as terapias de curto prazo são mais apropriadas para as perturbações depressivas e de ansiedade (Leichsenring & Rabung, 2008);
- experiência do terapeuta: terapeutas mais experientes e empáticos têm melhores taxas de sucesso (Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014);
- contexto familiar e social: na terapia sistémica, a inclusão da família no processo terapêutico pode melhorar significativamente os resultados, reduzindo as recaídas e promovendo mudanças sustentáveis (Carr, 2019).

Weinberg & Ronningstam (2022) enfatizaram que o narcisismo não é um traço fixo, mas sim um padrão dinâmico e multifacetado que pode oscilar entre estados de grandiosidade e vulnerabilidade. O estudo destaca a importância de intervenções que levem em conta as flutuações entre grandiosidade e vulnerabilidade, bem como a necessidade de construir uma aliança terapêutica sólida, evitando dinâmicas de poder ou reforçando a desconfiança do paciente. Investigações relativamente recentes indicam que certas abordagens têm vantagens específicas para determinadas perturbações. A Psicoterapia Psicodinâmica de longa duração tem sido associada a melhores resultados no tratamento das Perturbações de Personalidade (Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring et al., 2015).

A Psicoterapia Psicodinâmica tem-se revelado eficaz para ajudar os pacientes a integrar aspetos contraditórios do self e a melhorar a regulação emocional, sendo uma abordagem amplamente estudada no tratamento das perturbações da personalidade, incluindo a Perturbação da Personalidade Narcísica. De acordo com Kernberg (2020), esta

modalidade terapêutica permite ao paciente compreender e elaborar os conflitos internos, promovendo uma maior coesão identitária. Um dos principais mecanismos de ação da Psicoterapia Psicodinâmica é o trabalho com a transferência e a contratransferência, o que permite ao terapeuta identificar padrões relacionais disfuncionais e ajudar o paciente a reenquadrá-los (Gabbard, 2021). Estudos mostram que os pacientes com perturbações de personalidade, incluindo o narcisismo patológico, têm frequentemente uma organização fragmentada do self e mecanismos de defesa rígidos, como a idealização e a desvalorização (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006). O trabalho terapêutico permite assim a integração destas partes dissociadas do self, reduzindo, por exemplo, a oscilação entre grandiosidade e sentimentos de inferioridade.

Para além disso, a Psicoterapia Psicodinâmica tem-se mostrado eficaz na melhoria da regulação emocional, um dos principais défices presentes na Perturbação da Personalidade Narcísica. Segundo Levy et al. (2011), os pacientes com narcisismo patológico apresentam dificuldades significativas na modulação dos estados afetivos, oscilando entre a euforia e o desespero perante as frustrações. A abordagem psicodinâmica, através da interpretação de padrões inconscientes e da construção de uma relação terapêutica segura, facilita o desenvolvimento de uma maior tolerância emocional e flexibilidade psicológica (Caligor, Levy & Yeomans, 2015).

6. Conclusão

Apesar dos avanços teóricos, ainda existem lacunas e inconsistências na compreensão do Perturbação de Personalidade Narcísica, justificando a necessidade de mais pesquisas e investigação, a fim de se conseguir uma melhor integração das elaborações teóricas existentes e, consequentemente, uma melhor oferta terapêutica. A área necessita também de mais estudos comparativos entre as diferentes abordagens terapêuticas, de forma a perceber quais os tratamentos mais adequados para a Perturbação da Personalidade Narcísica e também se a eficácia das diferentes terapias varia com as duas apresentações clínicas, narcisismo grandioso e vulnerável. Também seria importante identificar quais os fatores e processos de tratamento que contribuem para a mudança especificamente na Perturbação da Personalidade Narcísica, dados os seus desafios clínicos.

7. Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais* (3ª ed.). Artmed.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais* (5ª ed.). Artmed.

American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais* (5ª ed., revisão do texto). Artmed.

Blasco-Belled, A., Rogoza, R., & Alsinet, C. (2022). Grandiose narcissism as a buffer against psychopathology? The role of self-esteem and optimism. *Journal of Clinical Psychology, 78*(3), 575–588. https://doi.org/10.1002/jclp.23261

Calati, R., Oasi, O., De Ronchi, D., Young, S. S., & Serretti, A. (2021). The association between narcissism and suicidality: A meta-analysis of 13 studies. *Personality and Individual Differences*, *169,* 110067. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110067

Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: A Clinical Perspective. *The Psychiatric Clinics of North America, 38*(2), 1–17. https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.01.001

Casillas, A., & Clark, L. A. (2002). Dependency, impulsivity and self-harm: Traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of Personality Disorders, 16*(5), 424–436. https://doi.org/10.1521/pedi.16.5.424.22151

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations.* American Psychiatric Publishing.

Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão.* Climepsi Editora.

Edershile, E. A., & Wright, A. G. C. (2021). Grandiose and vulnerable narcissism: A nomological network analysis. *Journal of Personality, 89*(6), 1182–1201. https://doi.org/10.1111/jopy.12667

Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The narcissistic spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(2), 145–154. https://doi.org/10.1037/a0031089

Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction* (Standard edition, Vol. XIV). Imago.

Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2016). The DSM-5 alternative model of personality disorder: A research review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(3), 228–240. https://doi.org/10.1037/per0000160

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. https://doi.org/10.1037/a0022174

Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18*(4), 800–822. https://doi.org/10.1177/000306517001800402

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1984). *Perturbações graves de personalidade: Estratégias psicoterapêuticas.* ArtMed.

Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 55*, 503–539. https://doi.org/10.1177/000306510705500302

Kernberg, O. F. (2020). Narcissistic Personality Disorder—A Contemporary Psychodynamic Perspective. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 341–370. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045238

Klein, M. (1957). *Envy and gratitude and other works 1946–1963.* Random House.

Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 14*, 243–272. https://doi.org/10.1177/000306516601400201

Kohut, H. (1971). *Analysis of the self.* International Universities Press.

Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child, 27,* 360–399.

Kohut, H. (1977). *A restauração do self.* Imago.

Kohut, H. (1988). *Psicologia do self e a cultura humana: Reflexões sobre uma nova abordagem psicanalítica.* ArtMed.

Krizan, Z., & Herlache, A. D. (2018). The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review, 22*(1), 3–31. https://doi.org/10.1177/1088868316669548

Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Markon, K. E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(3), 245–261. https://doi.org/10.1111/cpsp.12071

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 65*(8), 946–953. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.8.946

Leichsenring, F., et al. (2015). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 172*(5), 465–480. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070872

Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2011). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 52*(2), 92–104. https://doi.org/10.1037/a0023251

McWilliams, N. (2014). Diagnóstico psicanalítico. ArtMed.

Miller, J. D., Crowe, M. L., Lynam, D. R., & Few, L. R. (2022). Narcissism and the DSM-5 alternative model of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 36*(1), 14–31. https://doi.org/10.1521/pedi_2022_36_1

Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (2010). Grandiose and vulnerable narcissism: A nomological network analysis. *Journal of Personality, 78*(6), 1733–1768. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00655.x

Miller, J. D., Lynam, D. R., McCain, J. L., Few, L. R., Crego, C., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2018). Thinking structurally about narcissism: An examination of the Five-fator Narcissism Inventory and its components. *Journal of Personality Disorders, 32*(2), 191–212. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_185

Miranda, A. (2020). *Narcisismo e Perturbação de Personalidade Narcísica: Aspetos clínicos e diagnósticos* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 421–446. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131211

Pincus, A. L., Cain, N. M., & Wright, A. G. C. (2009). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(3), 135–169. https://doi.org/10.1037/a0016547

Ronningstam, E. (2016). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Recent research and clinical implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 3*(1), 34–42. https://doi.org/10.1007/s40473-016-0079-2

Ronningstam, E., & Maltsberger, J. T. (1998). Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Journal of Personality Disorders, 12*(3), 209–221. https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.3.209

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common fators in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05381.x

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.

Weinberg, A., & Ronningstam, E. (2022). Narcissistic personality disorder—A review. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1–15. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.957892

Widiger, T. A., Gore, W. L., Crego, C., Rojas, S. L., & Oltmanns, J. R. (2018). Five fator model and personality disorder empirical literature: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders, 32*(5), 577–593. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_245

World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Classificação Internacional de Doenças* (10ª ed. revista). Organização Mundial da Saúde.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases* (11th ed.). World Health Organization.