

Influência do mindfulness, da inteligência emocional e do pensamento negativo perserverativo na sintomatologia emocional

Teresa Maria Gama Magalhães

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

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

maio de 2020

Dedicatória

À família e aos amigos que estão sempre presentes em todos os passos da minha caminhada.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, por toda a ajuda e tempo dispensados, fulcrais na chegada a bom porto desta aventura que foi desenvolver esta tese.

Aos meus pais, irmão e toda a minha família, por estarem lá para mim em todos os momentos, por todo o incentivo e apoio, por fazerem de mim a pessoa que sou hoje e ter chegado onde cheguei deve-se a eles. À minha mãe por ser a minha inspiração para seguir este caminho.

Aos amigos de sempre que partilham cada um dos meus passos, alegrias e tristezas.

À Zé, por toda a amizade, companheirismo e apoio neste percurso de 6 anos, mas que seguirá daqui para frente. Por estar presente em todos os momentos e por me incentivar a ser melhor. *Por ser a minha besta.*

Aos Dinos que mesmo em pouco tempo se tornaram uma família para mim. Aos Dinos e restante família da Covilhã, por terem recheado o meu percurso académico de bons e preciosos momentos, de riso, de festa e alegria.

Resumo

Introdução: O mindfulness pode ser entendido como a capacidade de se estar focado no momento presente, dando uma atenção plena ao que acontece à nossa volta. Assim, pode ser entendido como um treino mental que transporta e cede ferramentas para que cada ser humano lide com as suas emoções e pensamentos. A prática de mindfulness tem demonstrado ser efetiva para reduzir sintomas de stress, ansiedade e depressão em várias populações.

A inteligência emocional compreende um conjunto de competências para o processamento de informação emocional e tem sido ligada a melhoria do bem-estar e a menos stress percebido.

O pensamento negativo perseverativo, entendido como um processo caracterizado pelo foco passivo e repetitivo nas próprias emoções negativas, é um fator comum a diversas perturbações emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão.

O mindfulness, a inteligência emocional e o pensamento negativo perseverativo são, portanto, potenciais fatores relacionados com a sintomatologia emocional. Tendo isto em conta, os objetivos deste estudo serão: analisar as relações entre mindfulness, pensamento negativo perseverativo, inteligência emocional e alguns fatores sociodemográficos com a sintomatologia emocional experienciada por pacientes de uma clínica de saúde mental.

Materiais e métodos: O estudo será baseado numa amostra constituída por 390 utentes de uma clínica de saúde mental, com média de idade de 34,3±9,99 anos, a maioria do sexo feminino (66,4%), vive sozinho (solteiros/viúvos/divorciados – 55,1%), estão empregados (63,8%) e tem um nível de escolaridade superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento – 59%). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Mindfulness de Filadélfia (PHLMS), Escala de Pensamentos Perseverativos (PTQ), Escala de Inteligência emocional (WLEIS) e o Inventário Breve de Sintomas (BSI).

Resultados: Os resultados obtidos indicam diferenças significativas entre os grupos que apresentam sintomatologia emocional elevada e reduzida em relação às variáveis mindfulness (aceitação e total), inteligência emocional (avaliação das próprias emoções, utilização das emoções, regulação das emoções e total), e pensamento negativo perseverativo (pensamento repetitivo, interferência improdutividade e total). Ao aplicar um modelo de regressão logística observa-se que níveis mais altos de mindfulness (aceitação) e inteligência emocional (uso das emoções e regulação das emoções) estão associados a níveis mais baixos de sintomatologia emocional e níveis altos de pensamento

negativo perserverativo (interferência e improdutividade) estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia emocional.

Conclusão: Podemos concluir que mindfulness e inteligência emocional são fatores protetores da sintomatologia emocional e que o pensamento negativo perserverativo é um fator de risco para a sintomatologia emocional.

Palavras-chave

Mindfulness; Inteligência emocional; Pensamento negativo perserverativo;
Sintomatologia emocional; Saúde mental

Abstract

Introduction: Mindfulness may be understood as the ability to be focused on the present moment, giving our undivided attention to what happens around us. As so, we can think of it as a mental training which transports and provides tools for each human being to deal with their own thoughts and emotions. Practicing mindfulness has proven itself to be an effective intervention in reducing symptoms of stress, anxiety, and depression in many populations.

Emotional intelligence comprises a set of skills involved in the processing of emotional information and has been connected to greater well-being and less perceived stress.

Perserverative negative thinking, understood as a process characterized by the passive and repetitive focus on one's own negative emotions, is a factor common to many emotional disturbances, namely those in the spectrum of anxiety and depression.

As such, mindfulness, emotional intelligence, and perserverative negative thinking are potential influencing factors of emotional symptomatology. Taking this into consideration, the objectives of this study will be: To analyse the relationships between mindfulness, perserverative negative thinking, emotional intelligence, as well as some sociodemographic factors, and the symptoms experienced by patients of a mental health clinic.

Methods: This study will be based on a sample of 390 patients who were followed in cognitive-behavioural therapy at a mental health clinic. The following tools were used: Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ), Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS), and Brief symptom inventory (BSI).

Results: The results which were obtained verify that there is a significant difference between groups which display, on the one hand, high, and on the other, reduced emotional symptomatology regarding the variables: mindfulness (acceptance and total), emotional intelligence (evaluation of one's own emotions, use of emotions, emotion regulation and total), and perserverative negative thinking (repetitive thought, interference and improductivity and total). The use of a logistic regression model establishes, firstly, a link between both higher levels of mindfulness (acceptance) and emotional intelligence (use of emotions and emotion regulation), and less symptomatology experienced by the patient, and, secondly, a link between high levels of perserverative negative thinking (interference and improductivity) and more symptoms felt.

Conclusion: We can conclude that mindfulness and emotional intelligence are protective factors of emotional symptoms and that perseverative negative thinking is a risk factor of emotional symptoms.

Keywords

Mindfulness; Emotional intelligence; Perseverative negative thinking; Emotional symptomatology; Mental health

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	viii
Abstract	ix
Key-words	X
Índice	xi
Lista de Tabelas	Xiii
Lista de Acrónimos e Siglas	xv
1 Introdução	1
1.1 Mindfulness	2
1.2 Inteligência emocional	2
1.3 Pensamento negativo perserverativo	3
1.4 Objetivos	3
2 Materiais e Método	5
2.1 Tipo de estudo	5
2.2 Participantes	5
2.3 Questionário e variáveis	6
Escala de mindfulness de Philadelphia – PHLMS	6
Escala de inteligência emocional – WLEIS	6
Escala de pensamentos negativos perserverativos – PTQ	6
Inventário Breve de Sintomas – BSI	7
2.4 Procedimento	7
2.5 Análise estatística	7
3 Resultados	11
3.1 Análise descritiva das variáveis em estudo	11
3.2 Relação entre sintomatologia emocional e as restantes variáveis em estudo	12
4 Discussão	17
5 Conclusão	21
6 Referências	23
Anexos	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis em estudo

Tabela 3 – Sintomatologia emocional em função de variáveis sociodemográficas

Tabela 4 – Sintomatologia emocional em função de mindfulness, inteligência emocional e pensamentos negativos perseverativos

Tabela 5 – Modelo de regressão logística

Lista de Acrónimos e Siglas

DALYS	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
PHLMS	Philadelphia mindfulness scale
WLEIS	Wong and Law emocional intelligence scale
PTQ	Preserverative thinking questionnaire
BSI	Brief symptom inventory
IE	Inteligência emocional
IGS	Índice Geral de Sintomas
ISP	Índice de Sintomas Positivos
TSP	Total de Sintomas Positivos
DGS	Direção Geral da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences®</i>
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
AUC	<i>Area Under the Curve</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>

1. Introdução

Em 2010 as perturbações do foro mental representavam já uma taxa de 11,75% da carga global de doença (DALYs) na população portuguesa em comparação com 13,74% para as doenças cerebrovasculares e 10,38% para as doenças oncológicas.(1) O aumento da esperança de vida e as rápidas mudanças nos estilos de vida e nos contextos sociais relevantes para a vida dos indivíduos são fatores que se associam ao aumento da incidência das perturbações mentais e da incapacidade que delas advém, representando uma sobrecarga para a sociedade.(2)

Portugal tem das mais altas taxas de prevalência de perturbações mentais da Europa.(2) No *World Mental Health Survey Initiative* (OMS e *Harvard University* – 2013), Portugal teve a quarta mais alta taxa de prevalência anual dos 34 países que integraram o estudo, com 22,9% de prevalência anual de perturbações mentais comuns (perturbações de ansiedade e depressivas), em comparação com 9,2% de Espanha e 8,2% de Itália, sendo apenas ultrapassado a nível europeu pela Irlanda do Norte com uma taxa de 23,1%.(3) A depressão, a ansiedade e a demência representam as perturbações do foro mental que mais contribuem para o aumento dos registos de utentes com estas patologias nas unidades de cuidados de saúde primários nos últimos 10 anos.(2) À escala global as patologias depressivas ocupam o primeiro lugar das causas de carga global de doença nos países desenvolvidos.(2)

No que toca a idade, estudos demonstram que a depressão é menos comum e menos severa com o avançar da mesma.(4–7) Focando o sexo dos indivíduos, os estudos evidenciam uma suscetibilidade mais elevada por parte das mulheres para o desenvolvimento de perturbações emocionais, bem como uma maior prevalência de depressão e ansiedade quando comparadas com os homens.(8–10)

As perturbações mentais afetam o indivíduo no seu funcionamento, podendo prejudicar o seu desempenho em várias vertentes, social, pessoal, familiar e profissional. A origem destas perturbações é multifatorial, podendo entrar na equação fatores genéticos, alterações do funcionamento cerebral, fatores da personalidade individual e fatores relacionais e sociais.

1.1. Mindfulness

Entendido como o estado de atenção plena ao momento presente, de experienciar aceitando sem julgar, o Mindfulness “é visto como um estado e não um traço, e enquanto pode ser promovido por certas práticas ou atividades (ex. meditação), não é equivalente ou sinónimo das mesmas”.(11)

Com origem no Budismo, o Mindfulness é constituído por dois componentes: Aceitação e consciencialização. Enquanto a consciencialização implica a atenção ao momento presente e às vivências do meio interno e externo, a aceitação diz respeito a uma atitude de compaixão e não julgamento em relação às vivências do indivíduo.

O mindfulness tem sido associado com melhores resultados na área da saúde mental, com menor prevalência de sintomas psicopatológicos, melhorias a nível do bem-estar e melhor regulação comportamental.(11–14)

1.2. Inteligência emocional

A inteligência emocional, entendida de modo lato como a junção da emoção ao que é reconhecido como inteligência, baseada num modelo de aptidão, compreende um conjunto de competências para o processamento de informação emocional. A inteligência emocional envolve a capacidade do indivíduo para a reconhecer e expressar emoções próprias e de outrem, entender as mesmas e os seus significados, utilizá-las para facilitar o pensamento e fazer a sua regulação.(15) Assim, identificam-se quatro dimensões base que sustentam a inteligência emocional, fazendo dela um construto multidimensional:

- 1) avaliação e expressão das próprias emoções – baseia-se na habilidade para reconhecer e entender as emoções do próprio e expressar as mesmas de forma adequada;
- 2) avaliação e reconhecimento das emoções nos outros – respeita a aptidão para identificar emoções nos outros indivíduos. Permite uma maior sensibilidade para com as emoções dos outros;
- 3) Regulação das emoções do próprio – capacidade de auto regulação, possibilita o controlo emocional e permite uma rápida passagem de estados emocionais negativos para estados de valência positiva;
- 4) Utilização das emoções para melhoria do desempenho – baseia-se na aptidão para usar as emoções no sentido de facilitar o próprio desempenho.

A inteligência emocional tem sido ligada a melhoria do bem-estar e de menos stress percebido.(16–22)

1.3. Pensamento negativo perserverativo

O pensamento negativo perserverativo é um processo transversal a vários diagnósticos, diferindo entre eles no conteúdo dos mesmos.(23) De relevo em problemas emocionais, o pensamento negativo perserverativo define-se como um tipo de pensamento sobre os problemas individuais (passados, presentes ou futuros) ou experiências negativas (passadas ou antecipadas) que assenta em três características centrais do processo de pensamento em si: o pensamento é repetitivo, é intrusivo e é difícil quebrá-lo. Duas características adicionais destacam o efeito disfuncional percebido pelos indivíduos: é percebido como improdutivo e captura a capacidade mental.(24,25)

Vários problemas emocionais têm sido relacionados com níveis aumentados de pensamentos negativos perserverativos, na forma de preocupação e/ou ruminação.(26–28)

1.4. Objetivo

O objetivo deste estudo é explorar a relação do mindfulness, da inteligência emocional e do pensamento negativo perserverativo com a sintomatologia emocional.

2. Materiais e método

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico e transversal.

2.2. Participantes

Foi aplicado um questionário (Anexo 1) a pacientes acompanhados numa clínica de Saúde mental no norte de Portugal. Responderam a este questionário 390 pacientes, constituindo assim a amostra deste estudo.

A amostra é maioritariamente jovem (média de idade $34,33 \pm 9,99$). Os participantes têm idades compreendidas entre os 13 e os 66 anos de idade. A maioria é do sexo feminino (66,4%), vive sozinho (solteiros/viúvos/divorciados – 55,1%), estão empregados (63,9%) e tem um nível de escolaridade superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento – 59%).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas

Variável	n	%	
Sexo	Masculino	131	33,6
	Feminino	259	66,4
Estado civil	Casado/junto	175	44,9
	Solteiro	191	49,0
	Divorciado/separado/viúvo	24	6,1
Escolaridade	≤ 9º ano	39	10
	12º ano	121	31
	Licenciatura	173	44,4
	Mestrado/Doutoramento	57	14,6
Situação profissional	Desempregado	64	16,4
	Trabalha	249	63,9
	Estudante	71	18,2
	Reformado	6	1,5
	Média ± Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	34,33 ± 9,99	13	66

2.3. Questionário e variáveis

O questionário utilizado neste estudo integrava, para além de questões sociodemográficas, 4 escalas para medir as 4 variáveis em estudo. Para medir mindfulness foi usada a escala de Mindfulness de Philadelphia (PHLMS), para medir inteligência emocional foi usada a Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS), para medir o pensamento negativo perserverativo foi usado o Questionário de Pensamento Perserverativo (PTQ) e para medir a sintomatologia emocional foi utilizado o Inventário Breve de Sintomas (BSI).

Escala de Mindfulness de Philadelphia – PHLMS (*Philadelphia Mindfulness Scale*):

Trata-se de uma medida de autorrelato, constituída por 20 items, que mede dois componentes do mindfulness, aceitação e consciencialização. As respostas são dadas numa escala de Likert de 5 pontos, de 1 (nunca) a 5 (sempre). Valores mais altos relacionam-se com maiores capacidades de mindfulness. Esta escala encontra-se devidamente validada para a população portuguesa.(29)

Escala de Inteligência Emocional – WLEIS (*Wong and Law Emotional Intelligence Scale*):

Esta escala, assente em 16 itens de autorrelato, avalia 4 dimensões da inteligência emocional: avaliação e expressão das próprias emoções, avaliação e reconhecimento das emoções nos outros, regulação das emoções do próprio e utilização das emoções para facilitar o desempenho. Cada subescala é composta por 4 items de resposta numa escala de Likert de 5 pontos, entre 1 (discordo fortemente) e 5 (concordo fortemente). Valores mais elevados relacionam-se com maiores níveis de inteligência emocional. Esta escala encontra-se devidamente validada para a população portuguesa.(30)

Escala de Pensamentos Negativos Perserverativos – PTQ (*Perserverative Thinking questionnaire*):

Esta medida baseada em 15 itens de resposta em escala de Likert de 5 pontos, entre 0 (nunca) e 4 (quase sempre), divide-se em duas subescalas. As subescalas relacionam-se respetivamente com as características centrais do pensamento negativo perserverativo em relação ao processo mental subjacente (repetitividade, intrusividade e dificuldade em parar) e com a perceção de efeito disfuncional percebida pelo individuo (interferência cognitiva e improdutividade). Valores mais elevados relacionam-se com maiores níveis de pensamentos negativos perserverativos. Esta escala encontra-se devidamente validada para a população portuguesa.(31)

Inventário Breve de Sintomas – BSI (*Briefsymptom inventory*):

Constituído por 53 itens, avalia sintomatologia psicopatológica numa escala de likert de 5 pontos, entre 0 (nunca) e 4 (sempre). São avaliadas 9 categorias de sintomas: Somatização, obsessões e compulsões, ansiedade, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo e 3 índices gerais: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP). Estes índices representam avaliações sumárias do nível de sintomatologia de perturbação emocional. Esta escala encontra-se devidamente validada para a população portuguesa.(32)

É reconhecido que para as várias categorias e índices do BSI, indivíduos com perturbação emocional obtenham resultados mais elevados do que indivíduos que não sofram das mesmas. Considera-se que o ISP é o que melhor discrimina os dois grupos. O ponto de corte estabelece-se em $ISP \geq 1,7$, valores em que é provável encontrar indivíduos com perturbação emocional, sendo que abaixo desse valor é mais provável encontrar indivíduos sem perturbação.(33)

2.4. Procedimento

Os dados foram recolhidos numa clínica privada de saúde mental no Norte de Portugal, sendo a amostra constituída por pacientes aí seguidos em terapêutica cognitivo-comportamental, sem critérios de exclusão, apenas garantindo plenas capacidades cognitivas para preenchimento do questionário aplicado. Voluntariamente os 390 participantes preencheram o questionário previamente apresentado (Anexo 1).

O estudo recebeu o parecer positivo da comissão de ética da clínica onde foi realizado (Anexo 2). Foram respeitados todos os procedimentos éticos na aplicação do questionário, recolha e armazenamento de dados. Os participantes preencheram os questionários aplicados de forma voluntária na sequência da garantia de confidencialidade dos dados e da informação que a participação no estudo era voluntária.

2.5. Análise estatística

Para a análise estatística dos dados foi usado o software *IBM SPSS Statistics*, versão 25. Como referido, a amostra do presente estudo é constituída por 390 pacientes. Considerando esta dimensão e assumindo um grau de confiança de 95%, o erro de estimativa que se está a cometer é inferior a 5%.

Foi feita uma análise descritiva das variáveis em estudo, com o cálculo das frequências absolutas e relativas referente às variáveis qualitativas e do cálculo da média e desvio padrão, valor mínimo e valor máximo para o caso das variáveis quantitativas.

Para verificação de existência de relação entre as variáveis em estudo e a sintomatologia emocional (BSI) foram aplicados métodos de inferência estatística e realizada uma análise bivariada.

Após verificação da ausência de normalidade das variáveis quantitativas (Anexo 3), pressuposto necessário à utilização da estatística paramétrica, foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney por forma a analisar a existência de diferenças significativas entre os dois grupos (com e sem sintomatologia emocional elevada).

Por outro lado, para verificar a existência de relação entre a sintomatologia emocional (BSI) e as variáveis qualitativas foi aplicado o teste do Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher, no caso em que mais de 20% das células das tabelas de contingência apresentaram uma frequência esperada inferior a 5. Com o objetivo de quantificar o grau de associação entre essas variáveis, recorreu-se ao coeficiente de associação V de Cramer. A classificação foi efetuada com base no seguinte critério(34)

- $V < 0.1$ - associação muito fraca;
- $0.1 \leq V < 0.3$ - associação fraca;
- $0.3 \leq V < 0.5$ - associação moderada;
- $V \geq 0.5$ - associação forte.

Posteriormente, foi considerado um modelo de regressão logística em que foi considerada como variável dependente a sintomatologia emocional, medida através da escala BSI com os resultados dicotomizados (com sintomatologia emocional elevada e reduzida) e como variáveis independentes as que apresentaram uma relação significativa na análise bivariada. Assim, foram inseridas no modelo as variáveis: mindfulness (PHLMS) – aceitação; inteligência emocional (WLEIS) – avaliação das próprias emoções; inteligência emocional (WLEIS) - uso das emoções; inteligência emocional (WLEIS) - regulação das emoções; pensamento negativo perseverativo (PTQ) – pensamento repetitivo; pensamento negativo perseverativo (PTQ) - interferência improdutividade e sexo. Não se verificaram situações de multicolinearidade/colinearidade entre as variáveis independentes inseridas no modelo.

É apresentado o *p-value* do teste de Hosmer and Lemeshow por forma a verificar se o modelo se ajusta bem aos dados. A área abaixo da curva de ROC (AUC) também é apresentada por forma a dá-nos a possibilidade de classificar o poder discriminante do modelo. A percentagem de variância da sintomatologia emocional explicada pelo modelo

foi calculada através do R^2 de Negelkerke. O método de seleção das variáveis usado foi o Forward Stepwise (Likelihood Ratio).

Foi considerada uma significância estatística de 5%.

3. Resultados

3.1. Análise Descritiva das Variáveis em Estudo

Na Tabela 2 apresentamos a análise descritiva das variáveis em estudo (mindfulness, inteligência emocional, pensamento negativo perserverativo e sintomatologia emocional).

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis em estudo

Variáveis e escalas	Subescalas	Média±DP	Mínimo	Máximo
Mindfulness (PHLMS)	Conscencialização	37,32 ± 6,26	17	50
	Aceitação	24,84 ± 6,17	11	46
	Total	62,16 ± 7,36	39	90
Inteligência emocional (WLEIS)	av. Próprias emoções	14,46 ± 3,56	4	20
	av. Emoções dos outros	16,20 ± 3,03	4	20
	utilização das emoções	12,42 ± 4,21	4	20
	regulação emoções	9,54 ± 3,93	4	20
	Total	52,61 ± 10,08	26	76
Pensamento negativo perserverativo (PTQ)	Pensamento repetitivo	20,28 ± 5,77	0	28
	Interferência e improdutividade	20,31 ± 6,49	0	32
	Total	40,59 ± 11,56	0	60
Sintomatologia emocional (BSI)	Somatização	8,44 ± 6,34	0	27
	Obsessões Compulsões	11,31 ± 5,52	0	24
	Sensibilidade interpessoal	6,44 ± 4,16	0	16
	Depressão	10,72 ± 6,18	0	23
	Ansiedade	10,25 ± 5,75	0	24
	Hostilidade	6,45 ± 4,30	0	20
	Ansiedade fóbica	6,32 ± 5,42	0	20
	Ideação paranoide	7,79 ± 4,71	0	19
	Psicoticismo	6,70 ± 4,21	0	19

Verificamos que os valores máximos encontrados para cada subescala correspondem, na sua maioria, ao valor máximo possível, ou seja, alguns participantes pontuaram todos os itens da subescala com o valor máximo. Os valores mínimos correspondem ao menor valor possível, ou seja, também neste caso alguns participantes classificaram todos os itens com o valor mínimo, nas variáveis inteligência emocional (WLEIS) (excetuando-se o seu total), pensamento negativo perserverativo (PTQ) e perturbação emocional (BSI). A variável mindfulness (PHLMS) apresenta valor mínimo superior ao valor mínimo possível (10 para cada subescala, 20 no total).

Podemos também constatar, em relação ao mindfulness, uma média de respostas da subescala consciencialização (37,32) superior à da subescala aceitação (24,84). Em relação à inteligência emocional, as médias de respostas das suas subescalas apresentaram valores que variaram entre 9,54 e 16,20. No caso do pensamento negativo perserverativo, as médias de respostas das duas subescalas foram muito aproximadas. Na sintomatologia emocional as médias de respostas das várias subescalas variaram entre 6,32 e 11,31, no entanto estas não apresentam o mesmo número de itens para cada subescala.

3.2. Relação entre sintomatologia emocional e as restantes variáveis em estudo

Na tabela 3 apresentamos a sintomatologia emocional em função de variáveis sociodemográficas. São apresentadas as frequências absolutas e relativas dos dois grupos (sintomatologia emocional reduzida e elevada) para cada uma das variáveis em análise e os testes aplicados para verificar as relações entre a sintomatologia emocional e as variáveis sociodemográficas.

De acordo com a Tabela 3, nesta amostra, o perfil geral das pessoas com sintomatologia emocional elevada é: mulheres (69,4%), solteiros (50,9%), licenciados (45%) e pessoas que se encontram a trabalhar (61,1%).

Ainda pela análise desta Tabela, observa-se uma relação significativa entre a sintomatologia emocional e o sexo, sendo o grau de associação entre as variáveis fraco ($p < 0,05$; $V = 0,113$). Realça-se ainda o facto de que dentro do grupo de pacientes que apresenta sintomatologia emocional elevada, a maioria são mulheres (69,4%).

De referir que existe uma tendência para a existência de relação entre a presença de sintomatologia emocional e a idade dos indivíduos ($p < 0,1$), sendo que o grupo com sintomatologia reduzida apresenta uma idade mais elevada.

Existe também uma tendência para a existência de relação entre a presença de sintomatologia emocional e a escolaridade dos indivíduos ($p < 0,1$), sendo que os licenciados são a classe com maior representatividade tanto no grupo com sintomatologia emocional elevada como reduzida. Verifica-se também que o grupo com sintomatologia emocional elevada abrange a maioria dos indivíduos de todas as classes de nível de escolaridade. A diferença mais considerável entre os dois grupos encontra-se na classe $\leq 9^{\circ}$ ano, em que 87,2% destes apresenta sintomatologia emocional elevada.

Tabela 3. Sintomatologia emocional em função de variáveis sociodemográficas

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

^a Ponto de corte: ISP (índice sintomas positivos) ≥ 1,7

#3 - Teste de Qui-quadrado; #4 - Teste exato de Fisher; #5 - Teste de Mann-Whitney

***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1.

Na tabela 4 apresentamos a sintomatologia emocional em função das variáveis mindfulness, inteligência emocional e pensamento negativo perserverativo. Apresenta-se a média e desvio padrão das respostas obtidas em cada subescala em cada um dos grupos estabelecidos (sintomatologia emocional reduzida e elevada), para além do resultado do teste aplicado para verificação da existência de relação entre a sintomatologia emocional e as restantes variáveis.

Tabela 4. Sintomatologia emocional em função de mindfulness, inteligência emocional e pensamento negativo perserverativo

		BSI		
		Com sintomatologia emocional reduzida ^a	Com sintomatologia emocional elevada ^a	<i>p-value</i> #5
		Média ± Desvio padrão	Média ± Desvio padrão	
Mindfulness (PHLMS)	Consciencialização	37,23 ± 5,84	37,33 ± 6,40	0,906
	Aceitação	26,51 ± 6,26	24,25 ± 6,04	0,001***
	Total	63,74 ± 7,00	61,58 ± 7,38	0,013**
Inteligência emocional (WLEIS)	av. Próprias emoções	15,51 ± 3,31	14,09 ± 3,57	<0,001***
	av. Emoções dos outros	16,32 ± 2,66	16,14 ± 3,14	0,992
	utilização das emoções	14,31 ± 3,51	11,75 ± 4,22	<0,001***
	regulação emoções	11,39 ± 3,61	8,89 ± 3,83	<0,001***
	Total	57,52 ± 9,38	50,88 ± 9,68	<0,001***
Pensamento negativo perserverativo (PTQ)	Pensamento repetitivo	18,23 ± 5,78	20,95 ± 5,60	<0,001***
	Interferência e improdutividade	17,56 ± 6,89	21,21 ± 6,10	<0,001***
	Total	35,80 ± 11,83	42,16 ± 11,03	<0,001***

^a Ponto de corte: ISP (índice sintomas positivos) ≥ 1,7

#5 – Teste de Mann-Whitney; ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1.

Pela análise da Tabela 4, verifica-se que há diferenças significativas para os dois grupos (os que apresentam sintomatologia emocional elevada e reduzida) no que respeita aos valores das variáveis mindfulness (PHLMS) na subescala aceitação e total; inteligência emocional (WLEIS) nas suas subescalas avaliação das próprias emoções, utilização das emoções e regulação das emoções e total; e pensamento negativo perserverativo (PTQ) nas vertentes pensamento repetitivo, interferência improdutividade e total ($p < 0,05$).

Destacam-se o mindfulness (PHLMS) nas subescalas aceitação e total, a inteligência emocional (WLEIS) nas subescalas avaliação das próprias emoções, utilização das emoções, regulação das emoções e total, que apresentam um valor significativamente mais elevado para o grupo que apresenta sintomatologia emocional reduzida. No caso do pensamento negativo perserverativo (PTQ), considerando as três subescalas, verificam-se valores significativamente mais baixos no grupo com sintomatologia emocional reduzida.

Na tabela 5 apresentamos os resultados da aplicação de um modelo de regressão logística, em que consideramos a variável dependente a sintomatologia emocional, medida através da escala BSI com os resultados dicotomizados (com sintomatologia emocional elevada e reduzida, e como variáveis independentes as que apresentaram uma relação significativa na análise bivariada.

De acordo com a análise da Tabela 5, concluímos que o modelo se ajusta bem aos dados ($p_{\text{Hosmer}} > 0,05$). Cerca de 22% da variação da sintomatologia emocional é explicada através do modelo ($R^2_{\text{Negelkerke}} = 0,22$) e o modelo classifica corretamente 76,9% dos dados. Podemos ainda apurar que o modelo tem um bom poder discriminante ($\text{AUC} = 75,8\%$).

Tabela 5. Modelo de regressão logística, considerando apenas as variáveis inseridas no modelo pelo método *Forward Stepwise*

	B	p-value	Exp (B) = OR	IC 95%
Constante	4,273	<0,001	71,725	
Mindfulness (PHLMS) aceitação	-0,068	0,001	0,934	[0,896;0,974]
Inteligência emocional (WLEIS) uso das emoções	-0,121	0,001	0,886	[0,826;0,951]
Inteligência emocional (WLEIS) regulação emoções	-0,1	0,004	0,905	[0,846;0,968]
Pensamento negativo perserverativo (PTQ) interferência improdutividade	0,058	0,005	1,060	[1,017;1,103]
$p_{\text{Hosmer}} = 0,950$; $R^2_{\text{Negelkerke}} = 0,220$; Class. Global correta = 76,9%; $\text{AUC} = 0,758$ IC95% = [0,702;0,814]				

Concluímos ainda que por cada unidade de aumento de mindfulness, na sua vertente aceitação (PHLMS, aceitação), a chance de ter sintomatologia emocional elevada diminui 6,6% ($\text{OR} = 0,934$; $\text{IC}_{95\%} = [0,896;0,974]$). Por cada unidade de aumento de inteligência emocional, na sua vertente do uso das emoções (WLEIS, uso das emoções), a chance de ter sintomatologia emocional elevada diminui 11,4% ($\text{OR} = 0,886$; $\text{IC}_{95\%} = [0,826;0,951]$). Por cada unidade de aumento de inteligência emocional na sua vertente regulação das emoções (WLEIS, regulação das emoções), a possibilidade de apresentar sintomatologia emocional elevada diminui 9,5% ($\text{OR} = 0,905$; $\text{IC}_{95\%} = [0,846;0,968]$). Por cada unidade de aumento de pensamento negativo perserverativo, na vertente interferência e improdutividade (PTQ, interferência improdutividade), a chance de ter sintomatologia emocional aumenta 6% ($\text{OR} = 1,060$; $\text{IC}_{95\%} = [1,017;1,103]$).

4. Discussão

O objetivo deste estudo é a análise da influência do mindfulness, da inteligência emocional e do pensamento negativo perseverativo na sintomatologia emocional. A sua importância prende-se com a necessidade de compreensão desta relação de modo a que se possam desenvolver respostas que reduzam a prevalência e a gravidade destes sintomas.

Na presente investigação, os resultados obtidos mostram que o mindfulness, na sua vertente de aceitação, se relaciona com menos sintomatologia emocional.

Estes resultados são corroborados por outros autores, como Baer, que conclui que o mindfulness está significativamente relacionado com menos sintomas psicológicos.(14) Numa revisão de literatura sobre este tema, Keng conclui que o mindfulness facilita o funcionamento psicológico adaptativo e está positivamente associado à saúde psicológica e que o seu treino tem efeitos positivos como o aumento do bem-estar subjetivo, a redução de sintomas psicológicos e da reatividade emocional, bem como a melhoria da regulação comportamental.(12) Davis mostra que meditação baseada em mindfulness está negativamente associada à ruminação e diretamente relacionada à regulação emocional eficaz.(11) Brown diz-nos ainda que o mindfulness enquanto traço previu mais atividade autónoma no dia a dia e baixos níveis de afeto desagradável, medido tanto em intensidade como frequência, que níveis mais elevados de mindfulness se relacionam com baixos níveis de distúrbios de humor e stress” e que este está associado a vários indicadores de bem-estar.(13)

Nesta perspetiva de que o mindfulness está associado a menos sintomatologia emocional e a outros fatores que promovem o bem-estar dos indivíduos, como a empatia, a auto estima, a redução da ansiedade e da depressão, podemos afirmar que, aumentando os níveis de mindfulness, podemos capacitar os indivíduos para um melhor controlo sintomatológico com melhoria da própria qualidade de vida, garantindo uma melhor saúde mental. Desta forma a aposta em técnicas de treino baseadas em mindfulness, sejam programas de redução de stress baseados em mindfulness (MBSR – *Mindfulness based stress reduction*) ou terapias mais dirigidas como a terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT – *Mindfulness based cognitive therapy*), poderá ter um papel importante na redução dos sintomas e na melhoria do bem-estar.

Davis reforça esta perspetiva com referência a um estudo que reporta uma redução da ansiedade e sintomas depressivos em estudantes de medicina e pré-medicina após um treino de 8 semanas em MBSR, comparativamente a um grupo de controlo.(11)

Entrando no tema da inteligência emocional, os resultados obtidos no presente estudo mostram uma relação significativa da inteligência emocional, nas suas vertentes uso das

emoções e regulação das emoções, com a sintomatologia emocional, em que os valores da inteligência emocional são mais elevados em pessoas com sintomatologia reduzida.

O presente estudo vai de encontro aos resultados apresentados por outros autores, que associam um maior nível de inteligência emocional com um humor mais positivo e maior auto-estima.(17) Schutte, na sua meta-análise, conclui que há uma relação significativa entre inteligência emocional e saúde mental e que um maior nível de inteligência emocional está significativamente associado a um melhor estado de saúde.(18) Esta meta-análise foi posteriormente atualizada/alargada por Martins que obteve os mesmos resultados.(20) Schutte verificou, também, que níveis mais elevados de inteligência emocional estão associados a níveis mais altos de afeto positivo, baixos níveis de afeto negativo e maior satisfação com a vida.(19) Teixeira refere que a inteligência emocional, a inflexibilidade psicológica, o mindfulness e a regulação emocional são constructos interrelacionados em indivíduos com distúrbios de desregulação emocional (maioritariamente ansiedade e/ou depressão).(16) Carmeli verificou que indivíduos com níveis mais altos de inteligência emocional reportavam níveis mais altos de satisfação com a vida, auto-aceitação e auto-estima do que indivíduos com níveis mais baixos de inteligência emocional.(21) No seu estudo, Hertel mostrou que três tipos de patologia mental, nomeadamente distúrbio depressivo major, distúrbio de personalidade *borderline* e distúrbio de abuso de substâncias estão associados com défices significativos em capacidades emocionais, nomeadamente na capacidade para compreender informação emocional.(22)

Esta constatação pode mostrar-se útil na recomendação da aplicação de técnicas/práticas que estimulem a inteligência emocional na tentativa de prevenir ou reduzir estes sintomas e melhorar o bem-estar e a qualidade de vida.

No que diz respeito ao pensamento negativo perserverativo, os resultados obtidos com o presente estudo mostram que o mesmo, em oposição às restantes variáveis em estudo, estabelece uma relação “positiva” com a sintomatologia emocional. Isto é, o nível de pensamento negativo perserverativo é mais elevado no grupo de pessoas com mais sintomatologia emocional.

Estudos já realizados obtiveram resultados no mesmo sentido, como o de Nolen-Hoeksema que nos diz que a ruminação prediz distúrbios depressivos bem como sintomas depressivos subclínicos e/ou sintomas de ansiedade(26), e assume também a ruminação como fator de risco para sintomas bulímicos, depressão major e abuso de substâncias em adolescentes do sexo feminino.(27) Segerstrom refere ainda que o pensamento repetitivo está relacionado com a ansiedade e a depressão.(28)

Estes resultados conduzem à ideia de que se podem estabelecer estratégias que possam promover o controlo do pensamento negativo perserverativo para melhorar a sintomatologia emocional.

Relativamente ao sexo, na nossa amostra, 78,3% das mulheres apresentavam sintomatologia emocional elevada, enquanto que nos homens tal se verificava em 67,9%, observando-se uma relação significativa entre a sintomatologia emocional e esta variável. Também Apóstolo, no estudo de uma amostra referente aos cuidados de saúde primários, mostra que “as mulheres apresentam níveis médios mais elevados de ansiedade e de depressão do que os homens”.(8) Angst reconfirma as mais altas taxas de prevalência feminina para depressão major referindo que “as diferenças de género na depressão são marcadas, importantes e de causa complexa”.(9) No mesmo sentido, Nolen-Hoeksema concluiu que as mulheres carregam uma tríade de vulnerabilidades para sintomas depressivos: mais tensão crónica, maior tendência para ruminar quando angustiadas e menor senso de domínio sobre suas vidas”.(10)

No que diz respeito à idade, verificamos no nosso estudo uma tendência para que haja uma relação entre a idade e a sintomatologia emocional, sendo que o grupo com sintomatologia emocional reduzida apresenta, em média, uma idade superior.

Estes resultados estão de acordo com os de outros autores, nomeadamente Fiske, que diz que a depressão é menos prevalente entre adultos mais velhos do que adultos mais jovens, mas merece especial atenção porque pode ter sérias consequências negativas.(4) Gallo explica que os seus resultados indicam que, mesmo considerando as diferenças atribuídas ao nível global de sintomas depressivos, bem como género, status minoritário, escolaridade, estado civil, emprego e comprometimento cognitivo, a disforia e a anedonia eram menos prováveis de serem demonstradas por pessoas com 65 anos ou mais.(7) Segundo Nolen-Hoeksema, à medida que envelhecemos, damos mais ênfase à regulação emocional e tornamo-nos melhores nisso e esta regulação emocional mais eficaz pode ajudar a explicar o porquê das taxas de problemas emocionais, como sintomas depressivos, diminuírem com a idade.(5)

As limitações do presente estudo prendem-se com o facto de se tratar de uma amostra clínica que condiciona que a maioria dos participantes apresente alguma sintomatologia emocional à partida, no entanto este tipo de amostra é útil para o estudo de variáveis que podem ser fator de risco ou proteção para problemas emocionais. Acresce também o facto de serem usados apenas instrumentos de autorrelato, o que pode reduzir a validade dos resultados. Este estudo é do tipo transversal, o que não permite a inferência sobre a direção das relações estabelecidas. A isto soma-se também a falta de conhecimento sobre a

prática pelos participantes de mindfulness ou outra técnica deste tipo, o que pode condicionar o nível das variáveis disposicionais.

5. Conclusão

Concluimos que a sintomatologia emocional pode ser reduzida pelo mindfulness e pela inteligência emocional, ou seja, maiores níveis de mindfulness e inteligência emocional relacionam-se com um menor nível de sintomatologia emocional. A sintomatologia emocional associa-se com o pensamento negativo perseverativo, isto é, maiores níveis de pensamento perseverativo correspondem a sintomatologia emocional mais elevada. Desta forma a aposta em técnicas baseadas em mindfulness e treinos que melhorem a inteligência emocional podem ser um bom aliado no controlo da sintomatologia emocional e melhoria da qualidade de vida e bem-estar. No mesmo sentido, a redução do pensamento negativo perseverativo, através de técnicas e apoio especializado, poderá mostrar-se promissor na melhoria da sintomatologia emocional. Tudo isto poderá ser útil ultimamente para a prevenção de patologias do foro mental, redução das taxas de prevalência das mesmas e melhoria da qualidade de vida das pessoas e da sociedade em geral.

6. Referências

1. Direção-Geral da Saúde. Saúde Mental em Números – 2015. Lisboa; 2015.
2. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017. Lisboa; 2017.
3. Carvalho Á (Diretor do PN para a SM da DGS). Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Direção-Geral da Saúde (DGS). 2018.
4. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;(5):363–89. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.
5. Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Pers Individ Dif.* 2011;51(6):704–8. doi:10.1016/j.paid.2011.06.012.
6. Gallegos AM, Hoerger M, Talbot NL, Moynihan JA, Duberstein PR. Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: The moderating roles of age and depressive symptom severity. *Aging Ment Heal.* 2013;17(7):823–9. doi: 10.1080/13607863.2013.799118.
7. Gallo JJ, Anthony JC, Muthen BO. Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journals Gerontol.* 1994;49(6):251–64. doi:10.1093/geronj/49.6.P251.
8. Apóstolo J, Ventura Â, Caetano C, Costa S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Ref Enferm.* 2008;II(8):45–9.
9. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;252(5):201–9. doi:10.1007/s00406-002-0381-6.
10. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol.* 1999;77(5):1061–72.
11. Davis DM, Hayes JA. What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy.* 2011;48(2):198–208. doi:10.1037/a0022062.
12. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(6):1041–56. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006.
13. Brown KW, Ryan RM. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822–48.

- doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
14. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27–45. doi:10.1177/1073191105283504.
 15. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emot Rev*. 2016;8(4):290–300. doi:10.1177/1754073916639667.
 16. Teixeira RJ, Brandão T, Mota-Pereira J, Pereira A. The importance of emotional intelligence , emotion regulation , and mindfulness in psychological inflexibility : a clinical study. In: Buchwald P, Moore KA, Kaniasty K, Arenas-Landgrave P, editors. *Stress and Anxiety - Contributions of the STAR Award Winners*. 2013. p. 205–14.
 17. Schutte N, Malouff J, Simunek M, Mckenley J, Hollander S. Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cogn Emot*. 2002;16(6):769–85. doi:10.1080/02699930143000482.
 18. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Pers Individ Dif*. 2007;42:921–33. doi:10.1016/j.paid.2006.09.003.
 19. Schutte NS, Malouff JM. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Pers Individ Dif*. 2011;50(7):1116–9. doi:10.1016/j.paid.2011.01.037.
 20. Martins A, Ramalho N, Morin E. A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Pers Individ Dif*. 2010;49:554–64. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029.
 21. Carmeli A, Yitzhak-Halevy M, Weisberg J. The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *J Manag Psychol*. 2009;24(1):66–78. doi:10.1108/02683940910922546.
 22. Hertel J, Schutz A, Lammers C. Emotional Intelligence and Mental Disorder. *J Clin Psychol*. 2009;65(9):942–54. doi:10.1002/jclp.20597.
 23. Ehring T, Watkins ER. Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *Int J Cogn Ther*. 2008;1(3):192–205. doi:10.1680/ijct.2008.1.3.192.
 24. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42:225–32. doi:10.1016/j.jbtep.2010.12.003.
 25. Azevedo J, Pereira AT, Amaral AP, Nogueira V, Soares MJ, Mota D, et al. Perseverative Thinking Questionnaire: Confirmatory factor analysis with two

- different samples. 25th Eur Congr of psychiatry / Eur Psychiatry. 2017;41S:S377-8. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.401.
26. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(3):504–11. doi:10.1037/0021-843X.109.3.504.
 27. Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(1):198–207. doi:10.1037/0021-843X.116.1.198.
 28. Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognit Ther Res.* 2000;24(6):671–88. doi:10.1023/A:1005587311498.
 29. Teixeira RJ, Ferreira G, Pereira MG. Portuguese validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised and the Philadelphia Mindfulness Scale. *Mindfulness & Compassion.* 2017;2(1):3–8. doi:10.1016/j.mincom.2017.03.001.
 30. Rodrigues, Nuno; Rebelo, Teresa; Coelho JV. Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psychologica.* 2011;55:189–207.
 31. Chaves, B., Pereira, A. T., & Castro J. Questionário de Pensamento Perseverativo: Validação da versão portuguesa. *Psiquiatr Clí nica.* 2013;34(3):155–62.
 32. Canavarro MC. Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In: Simões MR, Gonçalves M, Almeida LS, editors. *Testes e provas psicológicas em Portugal.* Braga: SHO/APPORT; 1999. p. 87–109.
 33. Canavarro MC. Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In: Simões M, Machado C, Gonçalves M, Almeida L, editors. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa.* vol. III. Coimbra: Quarteto Editora; 2007. p. 305–31.
 34. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 1998.

Anexos

Anexo 1. Questionário

Estudo sobre Regulação Emocional

Clínica da Ordem, Serviço de Psicoterapia

Questionário

1. Género: Feminino
 Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Local de Residência:
Concelho: _____

4. Estado Civil:
 Casado / Junto
 Solteiro
 Viúvo
 Divorciado /Separado

5. Escolaridade: _____

6. Situação Profissional:
 Empregado Estudante
 Desempregado Reformado

7. Que tipo de acompanhamento está a receber nesta clínica?

Psiquiatra Psicólogo

7.1 – Motivo? _____

Escala de Mindfulness de Philadelphia

Por favor coloque uma cruz (X) no número que corresponde à frequência com que vivenciou cada uma das afirmações seguintes na passada semana.

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

Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law

Por favor coloque uma cruz (X) no número que corresponde ao seu grau de concordância com cada uma das frases.

	1 Discordo fortemente	2 Discordo algumas vezes	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo algumas vezes	5 Concordo fortemente
1. Na maioria das vezes tenho uma boa noção das razões pelas quais tenho certos sentimentos.					
2. Compreendo bem as minhas emoções.					
3. Compreendo verdadeiramente o que sinto.					
4. Sei sempre se estou ou não contente.					
5. Reconheço as emoções dos meus amigos através do seu comportamento.					
6. Sou um bom observador das emoções dos outros.					
7. Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.					
8. Compreendo bem as emoções das pessoas que me rodeiam.					
9. Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir.					
10. Tenho por hábito dizer a mim próprio que sou uma pessoa competente.					
11. Sou uma pessoa que se auto-motiva.					
12. Encorajo-me sempre a dar o meu melhor.					
13. Sou capaz de controlar o meu temperamento, conseguindo assim lidar com as dificuldades de forma racional.					
14. Consigo controlar bem as minhas emoções.					
15. Sou capaz de me acalmar rapidamente quando estou muito irritado.					
16. Possuo um bom controlo das minhas emoções.					

Questionário de Pensamentos Ruminativos

Neste questionário, é-lhe pedido para descrever a forma como *habitualmente* pensa sobre experiências negativas ou problemas. Por favor, leia as afirmações seguintes e classifique em que medida elas se aplicam a si quando pensa sobre experiências negativas ou problemas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1. Os mesmos pensamentos sucedem-se repetidamente na minha mente.	0	1	2	3	4
2. Os pensamentos invadem a minha mente.	0	1	2	3	4
3. Não consigo parar de pensar neles.	0	1	2	3	4
4. Eu penso sobre muitos problemas embora não resolva nenhum deles.	0	1	2	3	4
5. Eu não consigo fazer mais nada enquanto penso nos meus problemas.	0	1	2	3	4
6. Os meus pensamentos repetem-se.	0	1	2	3	4
7. Os pensamentos surgem na minha mente, sem que eu queira.	0	1	2	3	4
8. Eu fico 'preso' em certas questões e não consigo avançar.	0	1	2	3	4
9. Eu interrogo-me constantemente, sem encontrar uma resposta para as minhas perguntas.	0	1	2	3	4
10. Os meus pensamentos impedem-me de me concentrar noutras coisas.	0	1	2	3	4
11. Eu fico a pensar no mesmo assunto durante muito tempo.	0	1	2	3	4
12. Os pensamentos simplesmente surgem na minha mente.	0	1	2	3	4
13. Eu sinto-me impulsionado a pensar sobre a mesma coisa.	0	1	2	3	4
14. Os meus pensamentos não são uma grande ajuda para mim.	0	1	2	3	4
15. Os meus pensamentos ocupam toda a minha atenção.	0	1	2	3	4

Escala Breve de Sintomas

A seguir encontra-se uma lista de problemas que por vezes as pessoas apresentam. Por favor leia cada um cuidadosamente e assinale a opção que melhor descreve o grau em que cada problema o afectou durante os últimos 7 dias, incluindo hoje.

<i>Em que medida foi afectado pelos seguintes problemas:</i>	0 Nunca	1 Poucas vezes	2 Algumas vezes	3 Muitas vezes	4 Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.					
2. Desmaios ou tonturas.					
3. Ter a impressão que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
4. Sentir que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					
7. Dores sobre o coração ou no peito.					
8. Medo na rua ou em espaços públicos.					
9. Pensamentos de acabar com a vida.					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.					
11. Perder o apetite.					
12. Sentir um medo súbito sem razão para isso.					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.					
16. Sentir-se sozinho.					
17. Sentir-se triste.					
18. Não ter interesse por nada.					
19. Sentir-se atemorizado.					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.					
21. Sentir que as outras pessoas não são seus amigos ou não gostam de si.					
22. Sentir-se inferior aos outros.					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.					
24. Impressão que os outros o costumam observar ou falar de si.					
25. Dificuldade em adormecer.					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
<i>Em que medida foi afectado pelos seguintes problemas:</i>	0 Nunca	1	2	3	4

Anexo 2. Declaração de ética



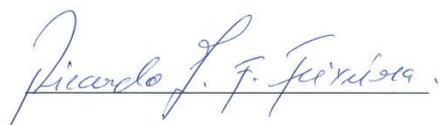
- DECISÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA -

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 5 de fevereiro de 2020



Ricardo João Teixeira, Prof. Dr.
Psicólogo, Psicoterapeuta
Cédula Profissional nº 689
www.ricardojoaoteixeira.pt

Anexo 3. Verificação de normalidade

	Variáveis	p-value #1
Mindfulness	PHLMS Consciencialização	<0.001
	PHLMS Aceitação	0.033
	PHLMS Total	0.002
Inteligência emocional	WLEIS av. Próprias emoções	<0.001
	WLEIS av. Emoções dos outros	<0.001
	WLEIS utilização das emoções	<0.001
	WLEIS regulação emoções	<0.001
	WLEIS Total	0.099
Pensamento negativo perserverativo	PTQ Pensamento repetitivo	<0.001
	PTQ Interferência improdutividade	0.071
	PTQ Total	0.009
Índice Breve de Sintomas	BSI Somatização	<0.001
	BSI Obsessões Compulsões	0.001
	BSI Sensibilidade interpessoal	<0.001
	BSI Depressão	<0.001
	BSI Ansiedade	<0.001
	BSI Hostilidade	<0.001
	BSI Ansiedade Fóbica	<0.001
	BSI Ideação paranoide	<0.001
BSI Psicoticismo	<0.001	

#1 – Teste de Kolmogorov-Smirnov

Como o p value das variáveis descritas é menor que 0.05, não se verifica a normalidade das mesmas.

