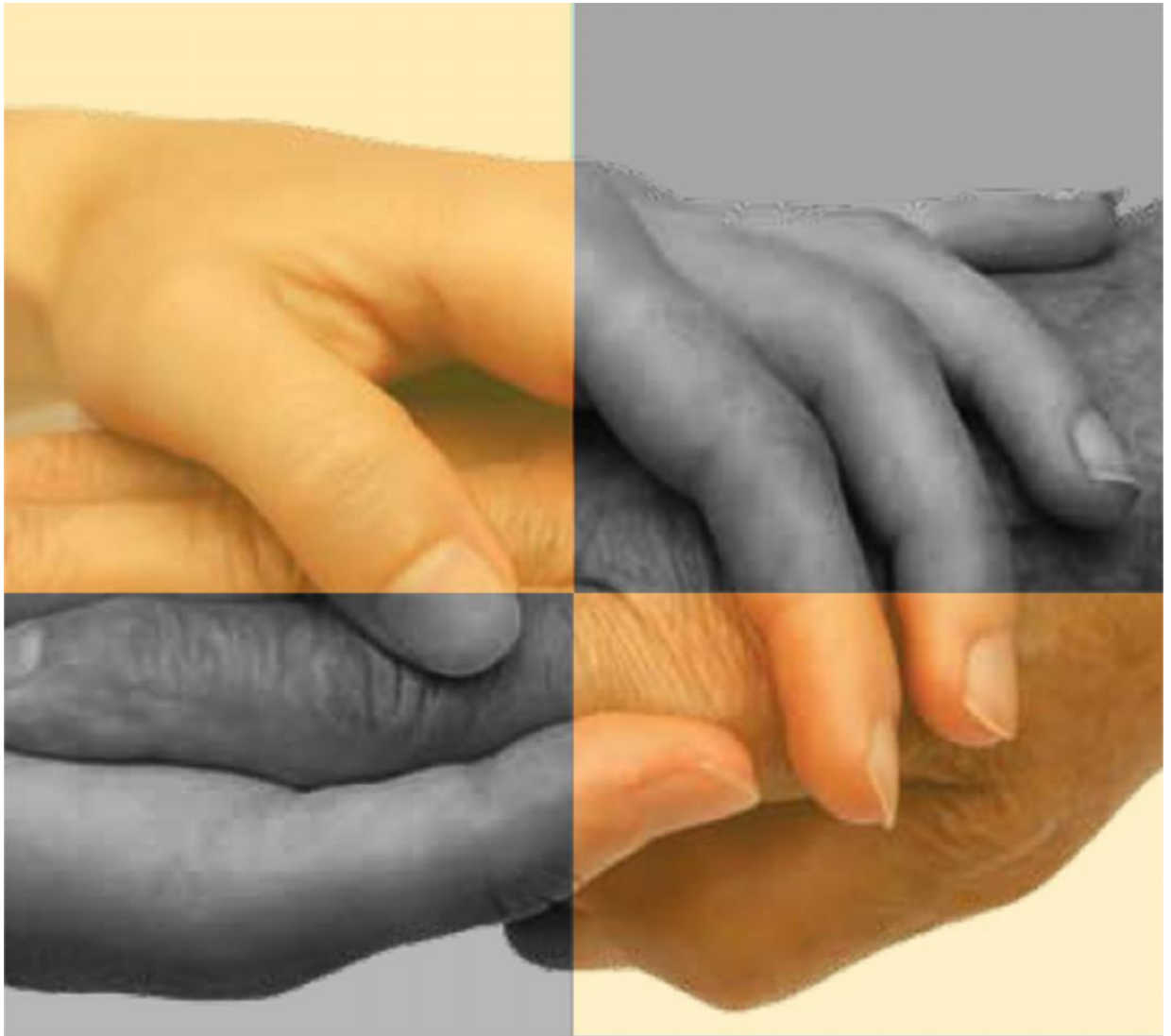


Psicopatologia nos Doentes em Tratamento Paliativo

Ana Marta da Silva Ferreira Pinto

Porto | 2012

Dissertação de Mestrado apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos,
sob a Orientação da Professora Doutora Filipa Machado Vaz
e Co-Orientação do Professor Doutor José Ferraz Gonçalves





FMUP

BIOÉTICA

ANA MARTA DA SILVA FERREIRA PINTO¹

**PROCESSOS EMOCIONAIS, SUPORTE SOCIAL E
PSICOPATOLOGIA NOS DOENTES EM TRATAMENTO PALIATIVO**

Dissertação de Mestrado apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação da Professora
Doutora Filipa Machado Vaz, e co-orientação
do Professor Doutor José Ferraz Gonçalves.

2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2012

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filipa Machado Vaz, pela ajuda imprescindível, pelo apoio incondicional e pelas palavras certas na hora certa.

Ao Professor Doutor Ferraz Gonçalves pela sua disponibilidade sempre que foi necessário.

Ao Centro Hospitalar de S. João, EPE - Porto e ao Instituto Português de Oncologia do Porto, nomeadamente, às suas respectivas Directoras dos Serviços de Oncologia Médica e de Radioterapia.

Um agradecimento especial a todos os Enfermeiros e Técnicos de Radioterapia que sempre se mostraram disponíveis em colaborar comigo.

Ao Professor Eduardo Carqueja.

O agradecimento maior é para todos os doentes que, mesmo com dores, cansaço e sofrimento, se disponibilizaram a participar nesta investigação.

Finalmente, à minha família e amigos, especialmente a ti Albino, pelo apoio incondicional e paciência nos dias difíceis.

RESUMO

Os processos emocionais, nomeadamente a regulação e a expressão emocional bem como o suporte social, constituem-se como factores determinantes para a saúde física e psicológica.

Respostas emocionais desadequadas encontram-se implicadas em múltiplas formas de psicopatologia (Campbell-Sills & Barlow, 2006; Hinshaw, 2006; Linehan, 2006; Sher & Grekin, 2006), em dificuldades sociais (Wranik, Barrett, & Salovey, 2006; Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2006; Shaver & Mikulincer, 2006), e também com a doença (Spolsky, 2006) (Gross & Thompson, 2007).

Por sua vez, o suporte social percebido encontra-se também relacionado com a resistência psicológica ao stress da doença (Coelho & Ribeiro, 2000), bem como a uma adaptação mais positiva à doença oncológica (Dunker-Schetter, 1984; Tempelaar *et al.*, 1989 *cit in* Bishop, 1994) e uma maior sobrevivência ao cancro (Ell, 1992 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) (Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003).

No domínio dos cuidados paliativos, estas variáveis assumem uma maior relevância, na medida em que se constituem como determinantes no aumento da longevidade e da qualidade de vida destes doentes.

A investigação teve como objectivo compreender as relações entre os processos emocionais de regulação e expressão emocional, o suporte social e o desenvolvimento e manutenção de sintomatologia psicopatológica, nos doentes em tratamento paliativo.

De forma a alcançar o objectivo proposto foi realizada uma bateria de 5 questionários a uma amostra de 58 doentes oncológicos a realizar tratamento paliativo. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente recorrendo ao *software* estatístico *Statistical Package For Social Sciences*, Versão 19 (SPSS – v.19) da IBM.

Os resultados obtidos permitiram concluir que os processos de regulação emocional se apresenta como determinante no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia, para esta população e que, ao contrário do esperado, a expressão emocional e o suporte social não se apresenta como determinante neste âmbito.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados paliativos, processos emocionais, regulação emocional, expressão emocional, suporte social e psicopatologia.

ABSTRACT

Emotional processes, particularly emotional regulation and expression, as well as social support, constitutes themselves as determinants for both physical and psychological health.

Inadequate emotional responses are implicated in several forms of psychopathology (Campbell-Sills & Barlow, 2006; Hinshaw, 2006; Linehan, 2006; Sher & Grekin, 2006), social disabilities (Wranik, Barrett & Salovey, 2006; Eisenberg, Hofer & Vaughan, 2006; Shaver & Mikulincer, 2006), and also with health (Spolsky, 2006) (Gross & Thompson, 2007).

Also, perceived social support is also related with psychological resistance to health relates stress (Coelho & Ribeiro, 2000), as well as to a more positive adaptation to oncologic disease (Dunker-Schetter, 1984; Tempelaar *et al.*, 1989 *cit in* Bishop, 1994) and to a greater survival to cancer (Ell, 1992 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

For palliative care, these variables assume a greater relevance because they can be determinant to increase lifespan and quality of life, for these patients.

This investigation had the goal to understand the relations between the emotional processes of emotion regulation and expression, social support and the development and maintenance of psychopathological symptoms in patients in palliative treatment.

To achieve the goal of the investigation, was used a battery of five questionnaires to a sample of 58 oncological patients, doing palliative treatment. The collected data were statistically treated using the statistical software Statistical Package For Social Sciences, version 19 (SPSS – v.19) from IBM.

The obtained data allow us to conclude that emotional regulation process presents itself as determinant for the development and maintenance of psychopathology, for these population, and, contrary from expected, emotional expression and social support thus not.

KEY-WORDS

Palliative care, emotional processes, emotional regulation, emotional expression, social support and psychopathology.

ÍNDICE

<i>Agradecimentos</i>	3
<i>Resumo</i>	5
<i>Palavras-chave</i>	5
<i>Abstract</i>	7
<i>Key-words</i>	7
<i>Índice</i>	9
<i>Índice de Figuras</i>	13
<i>Índice de Tabelas</i>	15
<i>Índice de Esquemas</i>	17
<i>Índice de Anexos</i>	19
<i>Introdução</i>	21
<i>Capítulo 1 – Emoções</i>	27

- 1.1. Introdução
- 1.2. Conceito de Emoção
- 1.3. Teorias das Emoções
 - 1.3.1. Teorias Evolucionistas
 - 1.3.2. Teorias da Avaliação Cognitiva

- 1.3.3. Teorias do Construcionismo Social
- 1.3.4. Modelo Modal da Emoções de Gross e Thompson
- 1.4. Funções das Emoções
- 1.5. Impacto das Emoções na Saúde
- 1.6. Processos Emocionais
 - 1.6.1. Regulação Emocional
 - 1.6.1.1. Processos de Regulação Emocional
 - 1.6.1.2. Impacto da Regulação Emocional nas Múltiplas Áreas de Vida
 - 1.6.1.3. Impacto da Regulação Emocional na Saúde
 - 1.6.2. Expressão emocional
 - 1.6.2.1. Impacto da Expressão Emocional na Saúde
- 1.7. Emoções e Cuidados Paliativos

Capítulo 2 – Suporte Social _____ **57**

- 2.1. Introdução
- 2.2. Definição de Suporte Social
- 2.3. Tipos de Suporte Social
- 2.4. Suporte Social, Doença e Psicopatologia

Capítulo 3 – Psicopatologia _____ **69**

- 3.1. Definição de Psicopatologia
- 3.2. Psicopatologia e Saúde
 - 3.2.1. Psicossomática
 - 3.2.2. Psicologia da Saúde
- 3.3. Psicopatologia e Cuidados Paliativos
 - 3.3.1. Perturbações de Ansiedade
 - 3.3.2. Perturbações do Humor
 - 3.3.3. Delirium, Demência, Perturbações Mnésicas e Outras Perturbações Cognitivas
 - 3.3.3.1. Delirium
 - 3.3.3.2. Demência

3.3.4. Perturbações Induzidas por Substâncias

3.4. Conclusão

Capítulo 4 – Cuidados Paliativos _____ 83

4.1. Introdução

4.2. Definição de Cuidados Paliativos

4.3. Tipologias dos Cuidados Paliativos

4.3.1. Acção Paliativa

4.3.2. Cuidados Paliativos

4.4. Doentes Paliativos

4.5. Controlo de Sintomas em Cuidados Paliativos

4.5.1. Quimioterapia Paliativos

4.5.2. Radioterapia Paliativa

4.5.3. Tratamento com Bifosfonatos

Capítulo 5 – Metodologia _____ 99

5.1. Introdução

5.2. Objectivos do Estudo

5.2.1. Objectivo Geral

5.2.2. Objectivos Específicos

5.3. Amostra

5.4. Instrumentos

5.4.1. Questionário Sociodemográfico

5.4.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

5.4.3. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRS)

5.4.4. Escala de Expressão Emocional (EEE)

5.4.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

5.5. Procedimentos

5.5.1. Recolha de Dados

5.5.2. Análise de Dados

Capítulo 6 – Resultados _____ 111

- 6.1. Introdução
- 6.2. Psicopatologia nos Doentes em Tratamento Paliativos
- 6.3. Processos Emocionais nos Doentes em Tratamento Paliativo
 - 6.3.1. Regulação Emocional nos Doentes em Tratamento Paliativo
 - 6.3.2. Expressão Emocional nos Doentes em Tratamento Paliativo
- 6.4. Suporte Social nos Doentes em Tratamento Paliativo
- 6.5. Correlação Entre Psicopatologia e Processos Emocionais
- 6.6. Correlação Entre Psicopatologia e Suporte Social
- 6.7. Correlação Entre Regulação e Expressão Emocional
- 6.8. Correlação entre Regulação Emocional e Suporte Social
- 6.9. Correlação Entre Expressão Emocional e Suporte Social

Capítulo 7 – Discussão dos Resultados _____ 131

- 7.1. Introdução
- 7.2. Discussão dos Resultados Referentes à Regulação e Expressão Emocional
- 7.3. Discussão dos Resultados Referentes ao Suporte Social
- 7.4. Discussão dos Resultados Referentes à Psicopatologia
- 7.5. Discussão dos Resultados Referentes à Relação entre Psicopatologia e os Processos Emocionais
- 7.6. Discussão dos Resultados Referentes à Relação entre Psicopatologia e o Suporte Social
- 7.7. Conclusão
- 7.8. Limitações Metodológicas
- 7.9. Direcções Futuras

Bibliografia _____ 139

Anexos _____ 153

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crónicas progressivas (OMS, 2007)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Respostas Psicológicas à Perda (Massie & Holland, 1989)

Tabela 2: Características Sociodemográficas da Amostra

Tabela 3: Resultados referentes à psicopatologia

Tabela 4: Resultados referentes à regulação emocional

Tabela 5: Resultados referentes à expressão emocional

Tabela 6: Resultados referentes ao suporte social

Tabela 7: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e a Regulação Emocional

Tabela 8: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e os diferentes factores da Regulação Emocional

Tabela 9: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e a Expressão Emocional

Tabela 10: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e o Suporte Social

Tabela 11: Resultados referentes à correlação entre as sub-escalas da Psicopatologia e as sub-escalas do Suporte Social

Tabela 12: Resultados referentes à correlação entre a Regulação Emocional e a Expressão Emocional

Tabela 13: Resultados referentes à correlação entre os factores da Regulação Emocional e a Expressão Emocional

Tabela 14: Resultados referentes à correlação entre a Regulação Emocional e o Suporte Social

Tabela 15: Resultados referentes à correlação entre os Factores da Regulação Emocional e os Factores do Suporte Social

Tabela 16: Resultados referentes à correlação entre a Expressão Emocional e o Suporte Social

Tabela 17: Resultados referentes à correlação entre a Expressão Emocional e os Factores do Suporte Social

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1: Modelo Modal das Emoções de Gross & Thompson (2007, p. 499)

Esquema 2: Componentes do processo emocional (Machado Vaz, 2009, p. 25)

Esquema 3: Estratégias de regulação emocional (Gross & Thompson, 2007, p. 501)

Esquema 4: Modelo Circular de Adaptação de Averil Stedeford (1984, retirado de, Tuca, Schroder & Novellas, 1998)

Esquema 5: Modelo Biopsicossocial da Saúde e Doença (Ogden, 2007, p.4)

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Bateria de Instrumentos de Avaliação

INTRODUÇÃO

Os doentes sem possibilidade de cura, não apenas na fase terminal da doença, mas ao longo de todo o percurso da mesma, apresentam fragilidades e limitações físicas, psicológicas, sociais e espirituais muito específicas (Pereira da Silva & Sudigursky, 2008).

Em 1990, com o objectivo de promover uma resposta adequada a estes doentes e suas famílias, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu a sua primeira definição de cuidados paliativos, actualizada em 2002, considerando os cuidados paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais.”.

Ao analisar-se a definição acima descrita é possível considerar que os cuidados paliativos se enquadram na perspectiva biopsicossocial da saúde e que vão de encontro à definição de saúde da OMS (1948), que a caracteriza como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”, uma vez que se caracterizam como um tipo de cuidados completo, dirigido a todas as componentes do indivíduo (biológicas, psicológicas e sociais). As suas intervenções dirigem-se aos sintomas físicos associados à doença crónica incurável e progressiva (dor, anorexia e caquexia, astenia, obstipação, náuseas e vômitos, sintomas respiratórios, entre outros), aos sintomas psicológicos e emocionais (depressão, ansiedade, delírium, angústia, medo, raiva, entre outros). Incluem-se ainda nos cuidados paliativos intervenções sociais (subsídios, descontos em medicamentos e outros serviços, colocação em unidades de saúde apropriadas aos seus problemas de saúde, entre outras) e o apoio e aconselhamento espiritual. Estas intervenções, como referido na definição da OMS, têm como principal objectivo manter a qualidade de vida a um nível óptimo e visam não só o doente, mas também a sua família.

Actualmente, de acordo com as directrizes da OMS, os cuidados paliativos constituem-se como uma prioridade das políticas de saúde, uma vez que, com o aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas, bem como, com as alterações na rede familiar, se apresentam como a melhor, senão a única resposta para os doentes crónicos terminais (Programa Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP, 2010).

Associada à doença crónica, encontra-se sintomatologia psicopatológica, particularmente, a depressão, a ansiedade (Derogatis *et al.*, 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Hacpille, 2000 *cit in* Figueiredo, 2007). Elisabeth Kübler-Ross (*cit in* Macedo, 2004) encontrou um padrão específico de reacções psicológicas pelas quais passam, a maioria dos doentes que se encontram numa situação de doença terminal e logo, de confronto com a morte. As fases emocionais do doente terminal encontram-se bem descritas e ocorrem de uma forma quase sequencial (Kübler-Ross *cit in* Macedo, 2004). Kübler-Ross refere também que não é obrigatório que os doentes passem por todas as fases, nem que as mesmas ocorram sempre na mesma ordem, podendo ainda os doentes encontrar-se em mais de uma fase simultaneamente (Macedo, 2004).

Gross & Thompson (2007), referem que as emoções podem ser úteis, mas também podem resultar em dano para o sujeito. Isso acontece quando ocorrem na hora errada ou com um nível de intensidade desadequado. Respostas emocionais desadequadas estão implicadas em várias formas de psicopatologia (Campbell-Sills & Barlow, 2006; Hinshaw, 2006; Linehan, 2006; Sher & Grekin, 2006), em dificuldades sociais (Wranik, Barrett, & Salovey, 2006; Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2006; Shaver & Mikulincer, 2006), e mesmo com a doença física (Spolsky, 2006) (Gross & Thompson, 2007). De acordo com Gross (1989), o papel das emoções é também amplamente reconhecido no desenvolvimento e progressão de várias doenças, havendo múltiplas investigações, de diferentes autores, que demonstram essa relação.

Um dos processos emocionais com maior impacto na doença física e mental é a regulação emocional. São múltiplos os estudos e relações encontradas entre a regulação e a desregulação emocional e diferentes perturbações mentais, nomeadamente, a *American Psychological Association* (APA) (1994), refere que a maioria das perturbações do Eixo I do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV) (Gross, 1998).

Por sua vez, a Psicologia da saúde relaciona os estados de saúde com as emoções desadaptativas e com processos emocionais desajustados, nomeadamente, com a regulação emocional. Interessa particularmente aos autores que estudam os efeitos da regulação emocional na saúde, a relação entre a regulação emocional desadequada e os efeitos na saúde física (Gross, 1998).

Um outro processo emocional com impacto na saúde é a expressão emocional, a qual, Gross, Jonh & Richards (2000) referem consistir no conjunto das alterações comportamentais que, normalmente, acompanham a emoção, nomeadamente, as

expressões faciais, o tom de voz, os gestos, a postura e os movimentos do corpo. Por sua vez, Berry & Pennebaker, (1993); Halberstadt *et al.*, (1995) e Kennedy-Moore, Watson & Safran (2001), consideram que, para além dos comportamentos não-verbais referidos por Gross, Jonh e Richards (2000), estão também compreendidos na expressão emocional os comportamentos verbais. Existem também diversos estudos que relacionam a expressão emocional com a saúde e a psicopatologia. Por exemplo, Pennebaker através do estudo da escrita terapêutica como forma de expressão emocional concluiu que “escrever sobre as emoções perturbadoras contribui para melhorias na saúde física e psicológica” (Pennebaker, 1997, p.26), concluiu ainda que “escrever sobre tópicos emocionais contribui para a redução da ansiedade e depressão” (Pennebaker, 1997, p.26).

Caplan *et al.* (1975, *cit in* Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1990, p. 512) definem suporte social como “qualquer *input* recebido de um indivíduo ou grupo, o que faz com que o receptor desse *input* siga na direcção do seu desejo”. Esta definição inclui não só todo o tipo de suporte informal mas também alguns tipos de suporte formal, tal como os benefícios sociais, comerciais assim como os tratamentos recebidos por médicos ou psicoterapeutas (Abrunheiro, 2005). Posteriormente, Cobb (1976 *cit in* Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003), definiu suporte social como a informação que o sujeito tinha disponível para se considerar cuidado, amado, estimado e valorizado, pertencente a uma rede de comunicação e obrigações mútuas.

Actualmente, o suporte social apresenta-se como um dos principais conceitos da psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998 *cit in* Pais Ribeiro, 1999). Sucintamente é possível considerar a existência de uma relação entre suporte social e “a saúde, a adaptação psicológica, percepção de bem-estar (Emmons & Colby, 1995; Pierce, Sarason & Sarason, 1992; Vilhjalmsson, 1994), redução do mal-estar (Sarason, Sarason, Potter III & Antoni, 1985), satisfação com a vida (Sarason *et al.*, 1983), longevidade e mortalidade (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, & Hamovitch, 1992; Hanson, Isacson, Janzon, & Lindell, 1989), queixas somáticas (Ganster, Fusilier, & Mayes, 1986; Peplau, 1985), resistência a doenças (Cohen, 1988), protecção para indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais (Kessler *et al.*, 1985; Ornelas, 1996), psicopatologia (Kessler *et al.*, 1985) e distress psicológico (Heller, 1979; House, 1981; Peplau, 1985; Thoits, 1985).” (Silva *et al.*, 2003 p.22).

Os doentes em tratamento paliativo estão sujeitos a grande stress emocional, uma vez que se defrontam com a proximidade da morte, estando este envolvido na

etiologia e na manutenção da elevada taxa de incidência e prevalência de sintomas psicopatológicos nestes doentes nesta fase das suas vidas.

“O sofrimento emocional do doente em situação terminal, (...), está associado a diversos factores relacionados com o funcionamento e integridade físicos, com a situação social, psicológica e espiritual, assim como com o processo de informação que tenha experienciado cada indivíduo.” (Tuca, Schroder & Novellas, 1998, p. 41). Este sofrimento emocional pode apresentar-se sob múltiplas formas, nomeadamente, a tristeza ou aflição, a incompreensão perante a situação, o medo e a desesperança, pensamentos catastróficos relacionados com o momento da morte, fantasias irracionais sobre o futuro, défices de auto-estima, esgotamento emocional, memórias negativas do passado, agitação e problemas de auto-imagem (DSM-IV, 1995 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998).

Os estudos demonstram que os processos emocionais, nomeadamente a regulação e a expressão emocional, e o suporte social se constituem como factores protectores no desenvolvimento e manutenção de sintomatologia psicopatológica e que produzem impacto ao nível da saúde física e psicológica.

O objectivo deste estudo consistiu em aprofundar o conhecimento sobre o impacto, quer dos processos emocionais de regulação e expressão emocional quer do suporte social, no desenvolvimento e manutenção de sintomatologia psicopatológica, nesta população específica, ou seja, nos doentes em tratamento paliativo.

Considerando o acima descrito, este estudo recorreu á análise de três constructos distintos e na relação entre os mesmos nos doentes em tratamento paliativo. O primeiro constructo a ser analisado foi a psicopatologia associada à doença crónica, nomeadamente, aos doentes em tratamento paliativo. Seguidamente, analisaram-se dois processos emocionais que os estudos demonstram estar implicados no desenvolvimento de psicopatologia e associados à doença, nomeadamente, avaliaram-se os processos de regulação e expressão emocional nos doentes em tratamento paliativo e de que forma estes se correlacionam com o desenvolvimento de psicopatologia nesta população. Finalmente, analisou-se o suporte social e o impacto do mesmo nos doentes em tratamento paliativo.

A temática sobre a qual se debruçou esta investigação apresenta-se como relevante e pertinente, uma vez que, se pretendeu contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico no âmbito do estudo da psicopatologia, das emoções e do suporte social na perspectiva dos cuidados paliativos, mais concretamente nos doentes

em tratamento paliativo. Mais ainda, pretendeu compreender as relações e o impacto dos processos emocionais de regulação e expressão emocional e do suporte social no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia, também na perspectiva dos cuidados paliativos, mais especificamente, nos doentes em tratamento paliativo.

CAPÍTULO 1 – AS EMOÇÕES

“As emoções são processos multicomponenciais, que para sua activação, necessitam de múltiplos componentes, que interagem entre si em rede e em que cada um deles contribui de forma determinante e diferenciadora para a emoção a experienciar.”

(Machado Vaz, 2009, p.24).

1.1. Introdução

As emoções são constructos universais. Elas fazem parte do nosso dia-a-dia juntamente com os nossos pensamentos e comportamentos. São extremamente úteis, uma vez que funcionam como respostas pré-concebidas para diferentes situações, no entanto, podem também ser prejudiciais se ocorrerem na hora errada e com uma intensidade desadequada (Gross & Thompson, 2007). Tendo em consideração a importância e o papel das emoções na vida dos indivíduos, bem como a inúmera investigação sobre o tema, seria de esperar que houvesse um consenso na definição das mesmas. O que se verifica, no entanto, é um vasto corpo teórico, sustentado por diversos estudos e investigações, caracterizado por inúmeras perspectivas e múltiplas definições para o mesmo constructo: as emoções (*eg.* Darwin, 1872; Plutchik, 1980; Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006; Gross & Thompson, 2007).

Este capítulo tem o propósito de fazer uma breve descrição das diferentes definições e perspectivas sobre as emoções, que surgiram ao longo de anos de investigação. Pretende também explanar as diferentes funções que estas assumem no nosso dia-a-dia e posteriormente, descrever e relacionar dois dos mais importantes processos emocionais (a regulação e a expressão emocional) com o desenvolvimento de psicopatologia. Finalmente, pretende compreender o impacto das emoções, mais especificamente dos seus processos de regulação e expressão emocional, na saúde física e psicológica dos doentes e, particularmente, dos doentes em tratamento paliativo.

Ao longo do capítulo ficará explícito que as diferentes definições de emoção estão muito ligadas quer às funções que desempenham, quer às manifestações associadas às mesmas. As primeiras definições de emoção são muito restritas a uma função ou manifestação das mesmas e que, posteriormente, se encaminharam para uma perspectiva mais abrangente e mais complexa, envolvendo diferentes sistemas, diferentes funções e diferentes componentes.

No âmbito desta investigação tomam particular relevância os processos emocionais de regulação e expressão emocional. Neste capítulo serão também apresentadas as diferentes definições existentes, bem como o impacto dos mesmos na saúde quer física quer mental dos indivíduos.

No final deste capítulo pretende-se compreender que as emoções e os seus processos são determinantes no desenvolvimento, manutenção e prognóstico de múltiplas doenças e formas de psicopatologia.

1.2. Conceito De Emoção

O estudo das emoções começa com Darwin (1872/1955 *cit in* Epstein, 1993) que compara a forma como os humanos registam as emoções primárias com os animais e Freud (1923/1964 *cit in* Epstein, 1993) que considera o Ego como o regulador das emoções. Desde então, as mesmas têm sido definidas das mais variadas formas e sob diferentes perspectivas.

Mandler (1975 *cit in* Dodge, 1991), conseguiu sintetizar em quatro categorias as diferentes definições de emoções. Este autor constatou que os diferentes autores definem as emoções como estados de excitação que induzem o organismo a agir ou a amplificar uma transacção, como um foco orientado para objectivos, como sensações psicológicas experienciadas, ou ainda como comportamentos expressos. Numa outra síntese sobre as diferentes perspectivas da definição de emoção, Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric (2006) acrescentam que alguns autores também definem emoção como um “conjunto de avaliações cognitivas e de processos de *labeling*” (p.6).

As emoções foram então definidas como comportamentos expressivos discretos (Darwin, 1872; Plutchik, 1980 *cit in* Dodge & Garber, 1991), dos quais fazem parte, por exemplo, as expressões faciais. Foram também definidas como tendências para a acção (Tomkins, 1962; Izard, 1972 *cit in* Dodge & Garber, 1991). Para a perspectiva construcionista, as emoções constituem-se como “um papel social transitório (uma síndrome constituída socialmente) que inclui a avaliação da situação por parte do sujeito e que é interpretada como uma paixão e não como uma acção.” (Averill, 1980).

Uma outra perspectiva é a de Piaget (1981 *cit in* Dodge & Garber, 1991) que considera que todas as respostas, cognitivas ou comportamentais, são emocionais. Por sua vez, Hesse & Cicchetti (1982 *cit in* Dodge & Garber, 1991) definem emoções como um fenómeno apenas da cognição. Uma outra perspectiva define as emoções como organizadoras do pensamento e reguladoras da actividade cognitiva (Dodge, 1991). Posteriormente, Lange & James (1992 *cit in* Dodge & Garber, 1991) definiram-na como estados de excitação fisiológica, nomeadamente, ao nível das acções do sistema nervoso

autonómico, de alterações na secreção de hormonas e das respostas neuronais (Frijda, 1986 *cit in* Dodge, 1991).

No âmbito da perspectiva narrativa, Mader (1996 *cit in* Ruth and Vilkkko, 1996) define emoções como sendo uma forma de linguagem. Refere ainda que as emoções se constituem como processos subjectivos, com uma base cultural, que direccionam as acções do sujeito. Outros autores da perspectiva narrativa, apesar de anteriores a Mader (1996), vão mais longe referindo que as emoções são a narrativa e não apenas parte desta (Wood, 1986; Sarbin, 1986 *cit in* Ruth and Vilkkko, 1996).

Mais recentemente, Greenberg, (2002 *cit in* Machado Vaz, 2009), refere que as emoções são unanimemente definidas como fenómenos cerebrais amplamente diferenciados do pensamento, que possuem bases neuroquímicas e fisiológicas próprias e que, de acordo com Kring & Bachorowski (1999 *cit in* Machado Vaz, 2009), preparam o organismo para a acção em resposta a um determinado estímulo interno ou desafio ambiental.

Finalmente, Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric (2006) referem que o estudo das emoções, bem como da sua definição, partem do pressuposto que estas são processos internos que, por vezes, se tornam visíveis externamente através de comportamentos e expressões.

Todas as definições e perspectivas apresentadas até aqui têm o seu valor e demonstraram a sua validade, no entanto, vários autores consideram que faz mais sentido considerar as emoções como um conjunto de características e processos de várias ordens e não apenas uma característica ou processo. “As emoções são processos multicomponenciais, que para sua activação, necessitam de múltiplos componentes, que interagem entre si em rede e em que cada um deles contribui de forma determinante e diferenciadora para a emoção a experienciar.” (Machado Vaz, 2009, p.24). Alguns exemplos desses componentes são: “sensações subjectivas, comportamentos motores expressivos, avaliações e estilos cognitivos, excitação fisiológica, e a predisposição para desencadear uma acção particular” (Scherer, 1984; Frijda, 1986; Leventhal & Scherer, 1987 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006, p. 6 e 7). Um outro exemplo de emoção enquanto processo multicomponencial é o de Keltner & Gross (1999, p. 468 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006, p. 6) que definiram as emoções como “padrões de percepção, experiência, fisiologia, acção e comunicação, episódicos, de curta duração e com bases biológicas, que ocorrem como resposta a desafios físicos e sociais específicos e a oportunidades”.

De acordo com Barrett, (2006 *cit in* Machado Vaz, 2009), para que um indivíduo possa experienciar uma emoção tem que experienciar uma activação fisiológica, à qual, posteriormente, é atribuído um significado. Esta atribuição de significado denomina-se diferenciação emocional. A experiência da emoção resulta da conjugação destes dois processos: activação e diferenciação emocional. Ao ser experienciada, dependendo da activação fisiológica e do significado atribuído pelo sujeito, a emoção apresentar-se-á com uma maior ou menor intensidade, a qual levará o indivíduo a escolher estratégias para realizar uma eficaz regulação emocional, decidindo então expressar ou não as suas emoções (Machado Vaz, 2009).

Se, actualmente, existe algum consenso relativamente à multicomponencialidade das emoções, o mesmo não acontece quanto à forma como as mesmas se organizam e a forma como se desenvolve uma emoção num indivíduo. Deste modo, várias teorias explicativas do processo emocional emergem, sendo as principais as Teorias Evolucionistas, as Teorias da Avaliação Cognitiva e as Teorias do Construcionismo Social e ainda o Modelo Modal das Emoções de Gross e Thompson (2007), que serão explanadas brevemente, seguidamente.

1.3. Teorias Das Emoções

1.3.1. Teorias Evolucionistas

Segundo Darwin (1872/1998 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006), as emoções têm bases biológicas que criam vantagens adaptativas para o sujeito lidar com as adversidades do meio, ao longo da sua evolução. Mais ainda, Darwin refere que as emoções aumentam as hipóteses de sobrevivência do indivíduo, uma vez que se constituem como soluções previamente concebidas para os desafios do ambiente. Para suportar a sua teoria, Darwin concentrou-se no componente expressão emocional. Ele sugeriu que a expressão emocional, originalmente, tem uma função de “hábitos úteis” e que evoluíram como expressões, prontas a usar, de estados subjectivos discretos, mesmo que já não possuam a mesma função (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006).

Paralelamente, Darwin encontrou também na expressão emocional uma função de comunicação e sinalização, ou seja, Darwin considera que, através da expressão emocional, os sujeitos de uma mesma espécie conseguem compreender a experiência

subjectiva de quem expressa a emoção e, conseqüentemente, o significado da situação na qual o sujeito se encontra, assim como os possíveis comportamentos que este poderá desencadear (*idem*).

As actuais teorias evolucionistas compreendem as emoções como “programas geneticamente codificados, que são desencadeadas por objectos ou eventos que são evolutivamente reconhecíveis (...) e que quando desencadeadas servem para coordenar um determinado número de funções corporais, incluindo sistemas motores, percepção, estruturas conceptuais, níveis de energia, distribuição de esforços e reacções fisiológicas, ao serviço da resolução de problemas.” (Cosmides & Tooby, 2000 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006, p. 12).

De uma forma geral, as teorias evolucionistas consideram que as emoções são programas, geneticamente codificados, de respostas rápidas para as situações e problemas com que os indivíduos se deparam no seu dia-a-dia, mobilizando os recursos que os indivíduos dispõem para a acção e resolução dos mesmos.

1.3.2. Teorias da Avaliação Cognitiva

As teorias da avaliação cognitiva relacionam as emoções com processos cognitivos de avaliação de significado, atribuições causais e consideração de recursos de *coping* (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). Genericamente, estas avaliações são “representações psicológicas de significância emocional” (Clore & Ortony, 2000 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006, p. 13).

Schachter & Singer (1962 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006) chegaram à conclusão de que, por vezes, experienciamos emoções das quais não sabemos bem qual a sua origem. Os mesmos autores referem que através da avaliação cognitiva o indivíduo procura a causa dessa emoção, dando origem a estados emocionais discretos.

Autores mais recentes das teorias da avaliação cognitiva “não se focam na excitação inexplicável, mas sustentam que as emoções discretas ocorrem de processos de avaliação de acontecimentos significativos e das atribuições das causas desses acontecimentos” (Fridja, 1986; Lazarus, Averill, & Option, 1970; Parkinson & Manstead, 1992; Roseman, 1984; Scherer, 1999; Smith & Ellsworth, 1985 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006, p. 14 e 15).

As teorias da avaliação cognitiva, destacam-se das teorias evolucionistas, uma vez que defendem que as emoções não são respostas prontas a desencadear, em resposta a determinados objectos, estímulos ou situações. Pelo contrário, elas defendem que as emoções dependem do significado emocional que os objectos e estímulos adquirem perante a avaliação das capacidades de coping do sujeito numa determinada situação (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). “As emoções são diferenciadas e podem ser associadas a diferentes processos fisiológicos e expressões faciais (...) mas o antecedente da emoção (...) determina que emoção discreta é experienciada.” (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006, p.17).

De acordo com os teóricos desta perspectiva das emoções podemos concluir que as emoções, ao contrário do que acontecia nas teorias evolucionistas, não se encontram prontas a serem desencadeadas como reflexos, mas são antes produto de um processamento cognitivo, quer do estímulo quer das estratégias que o próprio indivíduo vê em si e ao seu redor, para lidar com as situações ou objectos que desencadeiam a activação emocional, ou seja, as emoções constituem-se como produtos cognitivos.

1.3.3. Teorias do Construcionismo Social

Antes de mais, estas teorias rejeitam, por princípio, a existência de determinismos biológicos na maioria das acções humanas, defendendo que estas são construções sociais que servem como instrumentos para alcançar determinados objectivos da sociedade (Gergen, 1985; Gergen & Davis, 1985; Harré, 1986 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). Partindo desta perspectiva, podemos considerar que as emoções se constituem como um produto de uma determinada cultura, sendo estas construídas pela cultura e para a cultura (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). Para Averill (1980 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006) as emoções constituem-se mesmo como papéis sociais transitórios, os quais, segundo Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, (2006) se desenvolvem e são definidos, ou construídos, pela sociedade. As teorias do construcionismo social enfatizam como componentes das emoções a experiência subjectiva, as reacções expressivas e psicológicas e as respostas de coping (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). O ponto mais importante desta perspectiva centra-se no facto de as emoções, para estes autores, serem aprendidas, baseadas em atitudes que reflectem práticas, normas e valores da cultura em que o indivíduo se insere e na qual se desenvolveu (*idem*).

De uma forma geral, podemos retirar três conclusões sobre as emoções, das teorias do construcionismo social. A primeira conclusão é a de que as emoções não têm nada de geneticamente determinado ou programado como defendem as teorias evolucionistas. A segunda conclusão é a de que, tal como defendem as teorias da avaliação cognitiva, as emoções são produtos, no entanto, e como terceira conclusão, defendem que há uma diferença que reside no facto de considerarem, ao contrário das teorias da avaliação cognitiva, que as emoções são produtos sociais, culturais e aprendidos na relação com os outros e não como produtos da cognição individual. Estas teorias vão ainda mais longe, referindo que as emoções são construídas pela e para a cultura em que o indivíduo se insere, ou seja, é mais importante a cultura, a sociedade e os seus princípios e objectivos, do que propriamente o indivíduo e os seus objectivos enquanto tal.

1.3.4. Modelo Modal das Emoções de Gross e Thompson

O *Modelo Modal das Emoções* é composto por três pontos fundamentais.

O primeiro ponto consiste na ideia de que as emoções surgem quando alguma situação é interpretada como relevante, positiva ou negativamente, para os objectivos do indivíduo (Gross & Thompson, 2007). Os objectivos podem ter múltiplas formas e a situação pode surgir de qualquer fonte, no entanto, o importante para desencadear uma emoção é o significado atribuído aos mesmos que dá origem às emoções (*idem*). Se existirem alterações nos significados, vão também desencadear-se alterações nas emoções (*ibidem*).

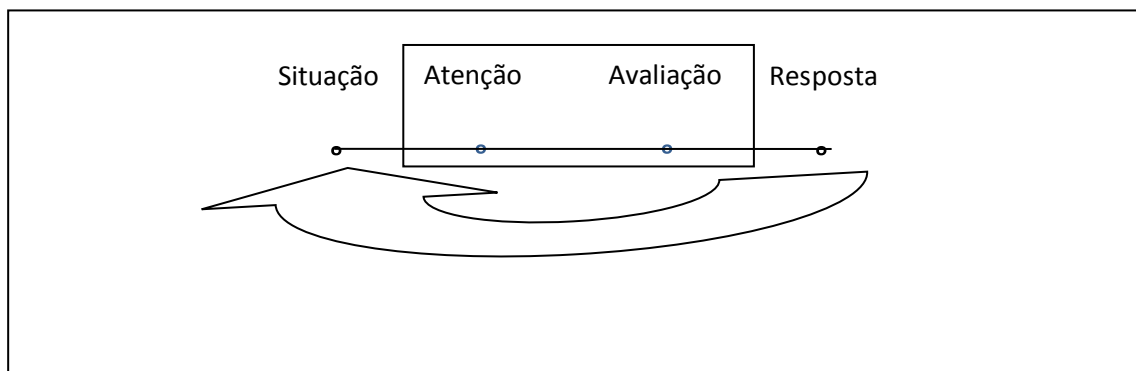
Em segundo lugar, Gross e Thompson (2007) citando Mauss *et al.*, (2005), referem que as emoções são um fenómeno multicomponencial, envolvendo todo o organismo, que promovem alterações na experiência subjectiva, no comportamento e na fisiologia central e periférica. Fridja, (1986, *cit in* Gross & Thompson, 2007), reforça a ideia anterior, referindo que as emoções não nos permitem apenas sentir algo, elas também nos impelem a agir.

Finalmente, este modelo considera que as alterações, acima referidas, associadas ao processo emocional, não estão sempre todas presentes, uma vez que as emoções possuem alguma maleabilidade. Como refere William James (1884 *cit in* Gross & Thompson, 2007), as emoções são tendências de resposta que podem ser moldadas de diversas formas.

Resumidamente, o *Modelo Modal das Emoções* defende que as mesmas consistem numa transacção pessoa-situação que capta a atenção, tem um significado particular para um individuo e gera uma resposta multi-sistémica coordenada, no entanto flexível, dirigida à transacção pessoa-situação que se encontra a decorrer (Gross & Thompson, 2007).

Neste modelo são apresentados aspectos das três teorias anteriores. Estão presentes as respostas biológicas e comportamentais desencadeadas como resposta aos estímulos, está presente a necessidade de uma avaliação quer da situação quer dos recursos que o sujeito dispõe para ser desencadeada uma emoção e finalmente, está também presente a componente social e cultural, uma vez que estes autores referem que as emoções são desencadeadas na transacção indivíduo-situação, o que só é possível no contexto cultural e social.

O esquema seguinte faz uma síntese dos pontos fundamentais da teoria de Gross e Thompson.



Esquema 1: *Modelo Modal das Emoções* de Gross & Thompson (2007, p. 499)

O esquema anterior demonstra, explicitamente, o processo através do qual as emoções se desencadeiam. Uma situação desperta a atenção do indivíduo. Posteriormente, o indivíduo dirige a sua atenção para a situação e faz a sua avaliação, de forma a compreender se a mesma é relevante ou não para os seus objectivos. Finalmente, após a avaliação da situação, se a mesma se mostrar relevante para os objectivos do indivíduo, esta vai desencadear uma determinada emoção.

1.4. Funções Das Emoções

Segundo Keltner e Gross (1999 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006) existem três perspectivas relevantes, sob as quais se pode observar a funcionalidade das emoções.

A primeira refere-se à não funcionalidade adaptativa das emoções. De acordo com esta perspectiva, as emoções toldam a capacidade cognitiva e devem, por esse motivo, ser controladas, escondidas, ou ainda eliminadas (Solomon, 1993 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). Para esta perspectiva, as emoções não têm qualquer valor adaptativo ou funcional, pelo contrário, apenas perturbam e deturpam o nosso julgamento e conseqüentemente, nos fazem agir de forma desajustada à realidade.

Uma outra perspectiva enquadra-se com as teorias evolucionistas que davam às emoções uma funcionalidade adaptativa no passado, uma vez que serviam como soluções para desafios apresentados pelo ambiente, mas que actualmente não se encontram, o que contribuiu para que a funcionalidade adaptativa das emoções desaparecesse (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). Na mesma perspectiva, Freud (1930/1961 *cit in* Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006) refere que as imposições da sociedade para com as emoções na actualidade é distinta das imposições do passado, o que cria inconsistências que a par do stress que as mesmas implicam, são a principal causa das neuroses. Para esta perspectiva, as emoções tiveram outrora um valor adaptativo, uma vez que se constituíam como uma resposta aos desafios do ambiente. Como actualmente esses desafios já não se apresentam as emoções já não apresentam qualquer função adaptativa, pelo contrário, apresentam-se como causa de perturbações psicológicas e emocionais.

Finalmente, a perspectiva funcionalista, que representa o pensamento da maioria dos autores da actualidade, nomeadamente (Plutchik, 1980; Barrett & Campos, 1987; Johnson-Laird & Oatley, 1992; Keltner & Haidt, 1999, 2001; Cosmides & Tooby, 2000), considera que as emoções possuem uma funcionalidade adaptativa semelhante à que possuía no passado (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006). A diferença reside na alteração da estrutura das mesmas, provocada por problemas apresentados pelo ambiente de forma repetitiva (*idem*). Deste modo, o objectivo desta perspectiva reside na identificação dos problemas de adaptação que se apresentavam pelo ambiente no passado, nos que se apresentam actualmente pela sociedade moderna e na determinação

das respostas associadas aos mesmos e que se constituem como soluções a esses problemas de adaptação (*ibidem*). Resumidamente, estas teorias procuram paralelismos entre os problemas de adaptação do passado e os do presente e entre as respostas/soluções associadas. Para estas teorias as emoções apresentam o mesmo papel adaptativo que possuíam no passado, mas que para isso tiveram que se ajustar aos desafios apresentados pelo ambiente da sociedade actual que são muito diferentes dos do passado.

As teorias da avaliação cognitiva e as do construcionismo social, consideram também o papel funcional das emoções como um fenómeno de resolução de problemas, no entanto, não consideram que este seja um fenómeno evolutivo codificado geneticamente, como as teorias evolucionistas, mas sim um fenómeno baseado na aprendizagem social, através da transmissão cultural que passa de geração em geração, através das transacções sociais (Niedenthal, Krauth-Gruber & Ric, 2006).

1.5. Impacto Das Emoções Na Saúde

Gross & Thompson (2007), referem que as emoções podem ser úteis, mas também podem resultar em dano para o sujeito. Isso acontece quando ocorrem na hora errada ou com um nível de intensidade desadequado. Respostas emocionais desadequadas estão implicadas em várias formas de psicopatologia (Campbell-Sills & Barlow, 2006; Hinshaw, 2006; Linehan, 2006; & Sher & Grekin, 2006), em dificuldades sociais (Wranik, Barrett, & Salovey, 2006; Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2006 e Shaver & Mikulincer, 2006), e também na doença (Spolsky, 2006) (Gross & Thompson, 2007).

“Na maioria das perturbações, um ou mais dos componentes do processamento emocional funcionam de forma desadaptativa. Esses défices podem ocorrer, por exemplo, na percepção, experiência, intensidade e funcionamento das emoções (Kring & Bachorowski, 1999 *cit in* Cichetti, Ackerman & Izard, 1995).” (Machado Vaz, 2009, p. 16 e 17). Na mesma perspectiva, Gross & Levenson (1997) e Thoits (1985) defendem que respostas emocionais desajustadas estão implicadas em diferentes formas de psicopatologia (*idem*).

“A maioria das perturbações psicológicas reflecte assim uma disrupção em um ou mais dos componentes do processamento emocional, que interferem posteriormente

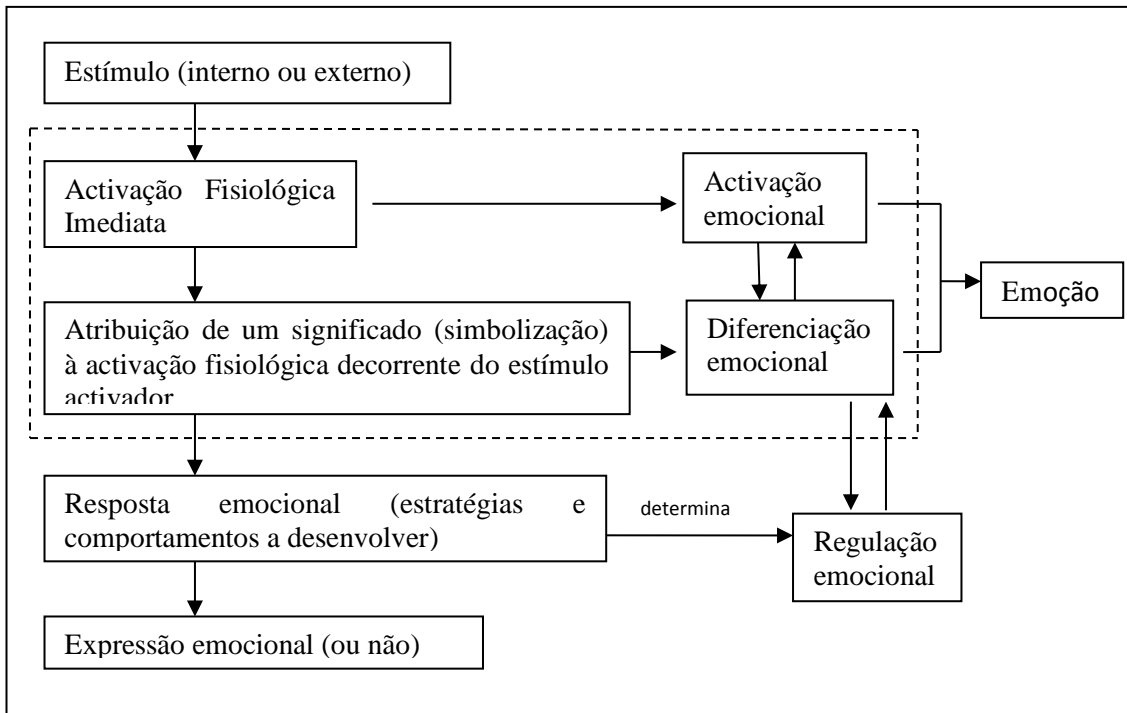
com a função adaptativa das emoções (eg. Kring, A. & Bachorowski, 1999 *cit in* Cichetti, Ackerman & Izard, 1995) e problemas em um ou mais dos componentes do processamento emocional impedirão o funcionamento normativo das emoções (Kring, A. & Bachorowski, 1999 *cit in* Cichetti, Ackerman & Izard, 1995).” (Machado Vaz, 2009, p. 17). Por exemplo, Rottenberg *et al.* (2005 *cit in* Gross, 2008) referem que os indivíduos com depressão possuem processos de reacção às emoções alterados (Machado Vaz, 2009). Segundo estes autores, a depressão diminui a reactividade emocional a situações positivas e aumenta a reactividade emocional a situações negativas. Um outro exemplo é referido por Gross (2008, p. 508) “a ansiedade social envolve níveis elevados de respostas experienciais, comportamentais e fisiológicas em contextos sociais.” (*idem*).

“Pessoas com psicopatologia demonstram maiores dificuldades nos processos de diferenciação e regulação emocional, constituindo-se este como um risco acrescido para o agravamento da sintomatologia (Barrett, Gross & Benvenuto, 2001).” (Machado Vaz, 2009, p. 18).

1.6. Processos Emocionais

Actualmente, como referido anteriormente, considera-se que as emoções não se constituem como um único componente, mas sim como um conjunto de processos com um encadeamento próprio que dão estrutura às emoções.

“Para a ocorrência de uma emoção, é necessário um estímulo inicial, interno (ex. memória episódica) ou externo (ex. situação a qual o indivíduo dá atenção), que conduz a uma activação fisiológica imediata. Este processo conduz a uma activação, mas ainda não se constitui como uma emoção. Para experienciar uma emoção, o indivíduo tem que atribuir um significado a esta activação, em função do tipo de activação fisiológica experienciada, do contexto em que ocorre, das experiências passadas e das memórias episódicas construídas (Barrett, 2006a). Este processo denomina-se de diferenciação emocional e, em conjunto com o processo de activação emocional, conduz o indivíduo a experienciar uma emoção. Subsequentemente e após este processo de diferenciação emocional, o indivíduo decide que estratégias utilizar para uma eficaz regulação emocional, decidindo expressar ou não as suas emoções.” (Machado Vaz, 2009, p. 25).



Esquema 2: Componentes do processo emocional (Machado Vaz, 2009, p. 25)

No âmbito da nossa investigação tomam especial relevo os processos de regulação e expressão emocional os quais, seguidamente, serão descritos com maior pormenor e correlacionamos com a saúde física e psicológica.

1.6.1. Regulação emocional

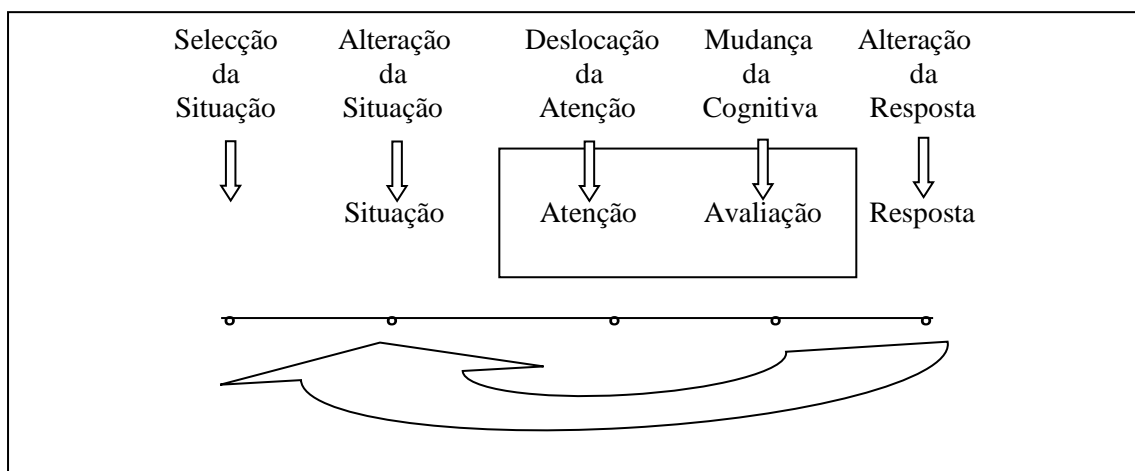
A investigação actual no âmbito da regulação emocional tem a sua etiologia nos estudos sobre as defesas psicológicas de Freud (1926/1959), nos estudos de stress psicológico e estratégias de coping de Lazarus (1966), nos estudos de vinculação de Bowlby (1969) e na teoria das emoções de Frijda (1986) (Gross & Thompson, 2007).

“A regulação emocional refere-se ao processo através do qual os indivíduos influenciam que emoções experienciam, quando as experienciam e como as experienciam e expressam.” (Gross, 1998, p. 282). Este processo pode ser automático ou controlado e ocorrer de forma consciente ou inconsciente (Gross, 1998). Podemos também distinguir regulação de emoções de regulação através das emoções, o qual consiste num processo emocional de regulação de pensamentos, comportamentos e sensações fisiológicas (Gross & Thompson, 2007). “Devido ao facto de as emoções serem um processo multicomponencial que se desenrola ao longo do tempo, a regulação

emocional envolve alterações na dinâmica das emoções (Thompson, 1990), ou a latência, tempo de escalada, magnitude, duração e as respostas exteriores nos domínios comportamentais, experienciais ou psicológicos. A regulação emocional pode diminuir, amplificar, ou simplesmente manter uma emoção, dependendo dos objectivos do indivíduo.” (Gross & Thompson, 2007 p. 10). Segundo Gross (1998), a regulação emocional envolve também mudanças na forma como os componentes se interrelacionam à medida que as emoções se desenrolam.

1.6.1.1. Processos de Regulação emocional

Gross (1998, p. 281) distingue cinco processos de regulação emocional – “selecção da situação, alteração da situação, deslocação da atenção, mudança cognitiva, alteração da resposta” e dois tipos de estratégias de regulação emocional, as antecedentes e as focadas na resposta. A estratégia de selecção da situação é caracterizada pela aproximação ou evitamento de determinadas pessoas ou situações, que nos suscitam determinadas emoções, com o objectivo de as regularmos (Gross, 1998). Por sua vez, a alteração da situação caracteriza-se pela conversão de situações com impacto emocional significativo, em situações com menor impacto emocional (*idem*). A estratégia de deslocação da atenção caracteriza-se pela deslocação do foco da atenção dos estímulos emocionais aversivos para estímulos não emocionais ou não aversivos da situação envolvente (*ibidem*). A mudança cognitiva consiste na alteração das cognições ou avaliações realizadas durante o processo emocional relativamente às capacidades que o indivíduo possui para responder aos desafios da mesma (Gross, 1998). Finalmente, a estratégia de alteração da resposta consiste na influência directa sobre as respostas fisiológicas, experienciais ou comportamentais das emoções (*idem*).



Esquema 3: Estratégias de regulação emocional (Gross & Thompson, 2007, p. 501)

As estratégias antecedentes são implementadas antes das tendências de resposta emocionais estarem completamente activadas e antes de terem alterado o nosso comportamento e respostas psicológicas. Por sua vez, as estratégias de regulação emocional focadas na resposta são implementadas quando as emoções já estão a desenrolar-se, depois das tendências de resposta já terem sido geradas.

O objectivo da regulação emocional não consiste apenas na regulação de emoções, isto é, a regulação emocional não se baseia na minimização das experiências emocionais, mas sim na modulação das mesmas (Briges, Denham & Ganiban, 2004). Mais ainda, considera-se que, para se conseguir uma regulação emocional adaptativa, é necessário que esta seja capaz de iniciar e manter estados emocionais, positivos e negativos, ao mesmo tempo que se consegue evitar altos níveis de negatividade (*idem*).

Briges, Denham & Ganiban (2004) consideram que, por princípio qualquer estratégia de regulação emocional é adaptativa, uma vez que os indivíduos, para se adaptarem no seu ambiente, necessitam de regular as suas emoções. No entanto, os mesmos autores, consideram que, na interacção entre ambiente e biologia da emoção, os indivíduos desenvolvem estratégias de regulação emocional e que essas estratégias, se não se adaptarem às alterações ambientais, se tornam desajustados, derivando em desregulação emocional.

As dificuldades de regulação emocional resultam de um conjunto de estratégias que, utilizadas de forma continuada e não flexível, impedem a adaptação do indivíduo, ou seja, constituem-se como um padrão regulatório que tem um impacto negativo noutros sistemas comportamentais impedindo, em diferentes graus, a manutenção dos

objectivos pessoais, a interacção com o ambiente ou a sua integridade e bem-estar emocional (Dodge & Garber, 1991).

1.6.1.2. Impacto da Regulação emocional nas Múltiplas Áreas de Vida

A regulação emocional é um constructo com grande impacto, em múltiplas áreas da vida das pessoas tendo, por isso, suscitado, ao longo das últimas décadas, múltiplas investigações de diferentes perspectivas da Psicologia.

A Psicologia Biológica procura encontrar as bases neurológicas das emoções. No que diz respeito à regulação emocional, esta perspectiva da psicologia produziu evidência que lesões ou alterações estruturais do córtex pré-frontal são responsáveis por comportamentos impulsivos e formas rudimentares de regulação emocional nos indivíduos (eg., Kolb & Taylor, 1990; Rolls *et al.*, 1994; Dawson, Panagiotides, Klinger, & Hill, 1992 *cit in* Gross 1998).

Por sua vez, a perspectiva da Psicologia Cognitiva encontrou uma forte relação entre processos afectivos e processos cognitivos, nomeadamente, “a resolução de problemas (eg., Clore, 1994; Isen, Daubman, & Nowicki, 1987), a aprendizagem (eg., Mineka, Davidson, Cook, & Keir, 1984; Ohman, 1986) e a memória (e.g., Blaney, 1986; Cahill, Prins, Weber, & McGaugh, 1994; Christianson, 1992).” (Gross, 1998, p.277).

Os teóricos da Psicologia do Desenvolvimento debruçaram-se sobre a temática da regulação emocional porque a reconhecem como a base do comportamento organizado (Maccoby, 1980, *cit in* Gross 1998). Focaram os seus estudos na infância, nomeadamente, na relação entre regulação emocional e temperamento (Derryberry & Rothbart, 1997 *cit in* Gross 1998), na relação entre o investimento parental e o controlo do ego (Block, 1971 *cit in* Gross 1998), e ainda, na relação entre vinculação e regulação emocional (e.g., Belsky & Rovine, 1987; Dozier & Kobak, 1992; Thompson, 1990 *cit in* Gross 1998), entre outros. No que diz respeito aos adultos, os teóricos do desenvolvimento chegaram à conclusão que a importância dos objectivos da regulação emocional e o controlo emocional aumentam com a idade (Carstensen, 1995; Gross *et al.*, 1997 *cit in* Gross 1998).

A Psicologia Social foca a sua atenção na forma como os processos emocionais podem ser afectados e moldados pelo contexto social. As investigações nesta área da Psicologia criaram múltiplos modelos que fornecem a compreensão de como os

processos de regulação emocional são a base de diversos processos sociais, tais como o comportamento de ajuda, auto-mutilação, interacção marital, entre outros (Gross 1998).

Uma outra perspectiva da Psicologia que se foca no estudo da regulação emocional é a Psicologia da Personalidade. Esta perspectiva considera como determinante o papel activo do sujeito na regulação dos seus comportamentos. De acordo com os estudos de Bandura (1997); Logan & Cowan (1984); e Wegner & Pennebaker (1993), concluiu-se que o indivíduo não só exerce controlo sobre comportamentos externos, mas também sobre comportamentos internos, tais como as emoções e pensamentos (Gross, 1998). Naturalmente, aqui se encontra também incluída a regulação emocional. No entanto, para a Psicologia da Personalidade, mais importante do que estudar as características os processos básicos da personalidade é o estudo das diferenças individuais (*idem*). No que diz respeito ao estudo das diferenças individuais ao nível da regulação emocional, a Psicologia da Personalidade apresenta grandes dificuldades, uma vez que há um grande número de conceitos relacionados que são usados como regulação emocional, sendo este vasto número de conceitos e estudos a evidência da importância do conceito no âmbito da psicologia da personalidade.

No âmbito da Psicologia Clínica, são múltiplos os estudos e relações encontradas entre a regulação e a desregulação emocional e diferentes perturbações mentais, nomeadamente, a *American Psychological Association* (APA) (1994), refere que a maioria das perturbações do Eixo I do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV-TR) (Gross, 1998).

Finalmente, a Psicologia da saúde que relaciona os estados de saúde com as emoções desadaptativas e com processos emocionais desajustados, nomeadamente, a regulação emocional. Interessa particularmente aos autores que estudam os efeitos da regulação emocional na saúde, a relação entre a regulação emocional desadequada e os efeitos na saúde física (*idem*).

Seguidamente aprofundam-se os principais impactos da regulação emocional na saúde física e mental.

1.6.1.3. Impacto da Regulação Emocional na Saúde

O primeiro autor a enfatizar a importância deste processo emocional na saúde foi Freud (1923; 1961 *cit in* Gross 1998), referindo que a saúde psicológica centra-se no quão efectivamente os nossos impulsos são regulados. Esta ideia de Freud conduziu os

investigadores psicodinâmicos (eg., Haan, 1993; Vaillant & Drake, 1985) a focarem os seus estudos nos efeitos dos estilos de regulação emocional na saúde (Gross, 1998). Mais recentemente, teóricos de outros paradigmas chegaram também à conclusão que a saúde mental requer que os impulsos emocionais sejam regulados de forma apropriada (*idem*). Por exemplo, Beck *et al.* (1979) e Seligman (1991) chegaram à conclusão que as estratégias cognitivas podem ser utilizadas como forma de prevenir ou aliviar a depressão e Barlow (1991) desenvolveu um modelo de desregulação emocional e psicopatologia afectiva (*ibidem*).

Vários autores associam as dificuldades de regulação emocional com diferentes perturbações e sintomas psicopatológicos, nomeadamente, a ansiedade e as perturbações do humor (Barlow, 1986; Beck *et al.*, 1979 *cit in* Gross, 1998).

No que diz respeito à saúde física, existe também evidência do impacto das dificuldades de regulação emocional em diferentes doenças, nomeadamente, na hipertensão e doenças coronárias (eg. Dembrosky *et al.*, 1985), na exacerbação de queixas menores (e.g. Pennebaker, 1990) e na progressão do cancro (eg. Fawzy *et al.*, 1993; Spiegel *et al.*, 1989) (Gross, 1998). Relativamente ao impacto das dificuldades de regulação emocional na saúde, apresentam-se alguns estudos que explicam a forma como estas se relacionam. Alguns estudos focam-se na ideia de que alguns dos mecanismos utilizados pela regulação emocional provocam um esforço excessivo no sistema metabólico (Folkow, 1987; Steptoe, 1981; Williams, 1986 *cit in* Gross, 1998). Outros estudos referem o facto de alguns mecanismos de regulação emocional inibirem alguns aspectos da resposta imunológica (eg. Maier, Watkins & Fleshner, 1994 *cit in* Gross, 1998).

Recentemente, Gross (2002) estudou com maior detalhe duas estratégias de regulação emocional: a reavaliação e a supressão e apresentou um conjunto de diferenças ao nível do impacto das mesmas com a saúde física e psicológica.

Segundo outro autor, “apesar de a supressão conseguir reduzir comportamentos de expressão emocional positivos e negativos, demonstrou também possuir efeitos secundários de nível cognitivo (Richards & Gross, 2000) e emocional (Gross, 1998a; Gross & Levenson, 1993; 1997).” (Gallo *et al.* 2009, p.12). A supressão emocional encontra-se associada à hipertensão e às doenças coronárias (Friedman & Booth-Knewley, 1987; Manuck & Krantz, 1986; Roter & Ewart, 1992; Steptoe, 1993), bem como à inibição de determinadas respostas imunes, através dos mecanismos do stress (Maier, Watkins & Fleshner, 1994; Apolsky, 1994) (Gross, 1998).

Contrariamente, a estratégia de reavaliação não apresenta os mesmos efeitos cognitivos e emocionais negativos que a supressão (Gross, 1998; Richards & Gross, 2000 *cit in* Gallo *et al.* 2009), reduzindo a experiência e a expressão de emoções desadaptativas, como também aumenta a experiência e a expressão de emoções adaptativas (Gallo *et al.* 2009), produzindo consequências positivas na saúde psicológica (*idem*).

1.6.2. Expressão Emocional

Outro processo emocional com particular destaque e importância para este estudo é a expressão emocional, a qual, Gross, Jonh e Richards (2000 *cit in* Barr, Kahn & Schneider, 2008, p. 1047) referem consistir no “conjunto das alterações comportamentais que, normalmente, acompanham a emoção, nomeadamente, as expressões faciais, o tom de voz, os gestos, a postura e os movimentos do corpo”. Por sua vez, vários autores (*eg.* Berry e Pennebaker, 1998; Halberstadt *et al.*, 1995 e Kennedy-Moore & Watson, 2001), consideram que, para além dos comportamentos não-verbais referidos por Gross, Jonh e Richards (2000), estão também compreendidos na expressão emocional os comportamentos verbais. Kennedy-Moore & Watson (2001 *cit in* Barr, Kahn & Schneider, 2008, p.1047) definem então assim expressão emocional: “comportamentos verbais e não-verbais observáveis que comunicam ou simbolizam uma experiência emocional”.

1.6.2.1. Impacto da Expressão Emocional Na saúde

Os primeiros a perceberem e estudar os impactos da confrontação de um trauma foram Freud e Breuner. Eles chegaram à conclusão de que a libertação de determinados sentimentos levava à cura de alguns sintomas psicológicos.

Stiles (1987 *cit in* Barr, Kahn & Schneider, 2008) refere que os indivíduos quando experienciam grande stress psicológico se sentem compelidos a expressá-lo perante os outros e acredita também que essa partilha reduz o stress psicológico. Outras teorias, emergentes da evidência clínica, sugerem que expressar as emoções pode aliviar o stress psicológico (Kennedy-Moore & Watson, 2001 *cit in* Barr, Kahn & Schneider, 2008).

Desde a segunda metade do século XX, aumentou o número de autores a sugerir que a expressão emocional pode estar envolvida no desenvolvimento e progressão do cancro, no entanto, o estudo da relação entre expressão emocional e saúde física foi desenvolvido de uma forma sistemática a partir do início dos anos 80 por Pennebaker (Gross, 1989). Pennebaker debruçou-se principalmente sobre o estudo da escrita terapêutica como forma de expressão emocional e concluiu que “escrever sobre as emoções perturbadoras contribui para melhorias na saúde física e psicológica” (Pennebaker, 1997, p.26), concluiu ainda que “escrever sobre tópicos emocionais contribui para a redução da ansiedade e depressão” (Pennebaker, 1997, p.26).

Pennebaker & Chung (2007) referem que os traumas que dificilmente são partilhados devido à sua reprovação social, resultam em consequências mais negativas para a saúde, do que aqueles que podem ser socialmente aceites e partilhados. Esta ideia de que guardar segredo sobre algum acontecimento de vida traumático é mau para a saúde é também partilhada por Cole *et al.* (1996 *cit in* Pennebaker & Chung, 2007). Partindo desta ideia, Pennebaker hipotizou a possibilidade de que partilhar experiências perturbadoras poderia ser benéfico para os indivíduos. Para tentar validar esta sua hipótese, Pennebaker realizou um primeiro estudo no qual dividiu os participantes em dois grupos, os elementos de um dos grupos foram instruídos a escrever sobre acontecimentos traumáticos, durante 4 dias, 15 minutos por dia. Os elementos do outro grupo foram instruídos a escrever, durante o mesmo período de tempo, mas sobre tópicos superficiais e emocionalmente neutros. Este estudo revelou que confrontar as emoções e pensamentos que envolvem questões pessoais promove a saúde física, reduzindo o número de visitas ao médico, menor utilização de medicação e considerações mais positivas, a longo prazo, do efeito da experiência (Pennebaker & Beall, 1986 *cit in* Pennebaker & Chung, 2007). Posteriormente, muitos outros estudos semelhantes foram realizados quer por Pennebaker e os seus colaboradores, quer por outros autores e com algumas alterações nas instruções dadas aos participantes, bem como no tipo de participantes escolhidos. Estes estudos deram origem ao chamado paradigma da escrita. Segundo Pennebaker & Chung (2007), este paradigma demonstra que os participantes, quando lhes é dada a oportunidade de expor aspectos profundamente pessoais das suas vidas, o fazem prontamente. Referem também que, apesar de muitos dos participantes referirem que choraram e se sentiram perturbados pela experiência, a maioria dos mesmos sentiram a experiência como válida e significativa para as suas vidas. O estudo inicial de Pennebaker, que revelou efeitos

positivos da escrita sobre tópicos emocionalmente traumáticos na saúde física e nos exames fisiológicos, deu origem a muitos outros que se debruçaram sobre os efeitos deste tipo de escrita na mudança de atitude, estereótipos, criatividade, memória de trabalho, motivação, satisfação com a vida, performance escolar e com uma grande variedade de comportamentos relacionados com a saúde (Pennebaker & Chung, 2007). Posteriormente, Pennebaker & Seagal (1999) referem que estas conclusões são idênticas independentemente da idade, género, cultura, classe social e tipo de personalidade da pessoa. Mais ainda, Pennebaker (1997) refere que em alguns casos, a partilha de uma experiência traumática pode trazer outro tipo de benefícios, como por exemplo, um conselho, atenção, simpatia, assistência financeira, e ainda, servir de desculpa para evitar as responsabilidades normais do indivíduo.

Diferentes estudos desenvolvidos por, Friedman e Book-Kewley (1987) utilizaram técnicas meta-analíticas e descobriram que a expressão emocional tem implicações ao nível das doenças coronárias, asma e artrite (Gross, 1989). Foram também estabelecidas relações entre a expressão de experiências emocionais e as funções imunológicas, nomeadamente, no que diz respeito ao crescimento de células t-helper, na resposta ao vírus Epstein-Barr e no desenvolvimento de anticorpos como resposta à vacinação contra a hepatite B (Lepore & Smith, 2002; Pennebaker & Graybeal, 2001; Sloan & Marx, 2004 *cit in* Pennebaker & Chung, 2007). Mais ainda, ficou patente a influência positiva da expressão emocional na actividade do sistema nervoso autónomo (Pennebaker & Chung, 2007), na pressão arterial sistólica e no batimento cardíaco (Pennebaker, Hughes & O’Heeron, 1987 *cit in* Pennebaker & Chung 2007).

Outros estudos ainda relacionam diferentes estratégias de expressão emocional, como a repressão, a supressão e a desregulação da expressão emocional a uma maior incidência e mais rápida progressão do cancro (Giese-Davis *et al.*, 2002). Por sua vez, Machado Vaz (2009) refere que, a expressão emocional e as suas diferentes estratégias se encontram relacionadas com benefícios sociais para o indivíduo e com melhorias no estabelecimento de relações com os outros (*eg.*, Barrett & Campos, 1987; Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994; Fridja, 1986; Keltner & Gross, *in press*).

O DSM-IV-TR define a supressão como um mecanismo de defesa através do qual a pessoa intencionalmente evita pensar sobre problemas, desejos, emoções ou experiências que a perturbam.

A relação entre supressão e doença física foi estabelecida em diversas investigações. A supressão exige trabalho fisiológico e está associada ao aumento da actividade do sistema nervoso autónomo como o aumento da condutividade da pele, activação do sistema nervoso central nas regiões do septo e hipocampo, e activação nas áreas corticais (Pennebaker, 1988 *cit in* Maia, 2002).

Quando a supressão ocorre por períodos de tempo muito longos, conduz a mais episódios de doença e dificuldades imunológicas (Maia, 2002). Por exemplo, Pennebaker (1989) e Pennebaker & Susman (1988) verificaram que os sujeitos que tiveram um trauma na infância sobre o qual não puderam falar têm mais probabilidade de ficar doentes do que aqueles que passaram pelas mesmas experiências mas puderam partilhá-las.

Valliant (2000) e Vaillant & Vaillant (1990), referem que em momentos de constrangimento, a supressão emocional temporária é considerada como um sinal de ajustamento saudável (Giese-Davis *et al.*, 2002). No entanto, esta capacidade deve ser diferenciada da supressão crónica com efeitos negativos associados à susceptibilidade para uma doença mental (Classen, *et al.*, 1996; Stanton, *et al.*, 2000) e consequências na saúde física (Derogatis, Abeloff, & Melisaratos, 1979; Julius *et al.*, 1986; Temoshok & Fox, 1984) (Giese-Davis *et al.*, 2002).

Pennebaker (1992) refere que embora a supressão seja adaptativa e saudável uma vez que para viver socialmente aprende-se a inibir impulsos, emoções e comportamentos, este processo é desadaptativo quando a pessoa precisa falar sobre um acontecimento e não tem condições para o fazer. Neste caso a supressão exige esforço, provoca ansiedade e ameaça a saúde, tornando-se um processo activo, que pode ser mais ou menos consciente e esforçado de modo a pôr de parte pensamentos, comportamentos ou emoções (*idem*).

Por sua vez, o DSM-IV-TR define repressão como um mecanismo de defesa através do qual a pessoa é incapaz de se lembrar ou estar cognitivamente consciente de desejos, sentimentos, pensamentos ou experiências perturbadores. A repressão, de acordo com MacKenna *et al.* (1999), é o preditor mais consistente de incidência do cancro da mama e segundo Jensen (1987) pode prever uma mais rápida progressão do mesmo. Ainda no que diz respeito ao cancro da mama, Classen *et al.* (2001) e Giese-Davis *et al.* (2002), chegaram à conclusão que, após a participação em grupos que facilitam a expressão emocional, as mulheres apresentam diminuição de stress e dor,

diminuem a supressão emocional e aumentam o controlo da hostilidade (Giese-Davis *et al.*, 2008).

1.7. Emoções E Cuidados Paliativos

Como referido anteriormente, segundo Gross (1989), o papel das emoções é também amplamente reconhecido no desenvolvimento e progressão de várias doenças, havendo múltiplas investigações de diferentes autores que demonstram essa relação.

Selye (1976) estabeleceu uma relação entre stress e doença, sugerindo que os stressores crónicos contribuíam para um estado de exaustão do organismo que punham em causa o seu equilíbrio (Maia, 2002). Marques *et al.* (1991) referem a relação existente entre factores emocionais e o cancro, tendo partido dos estudos de Galeno que apontavam para uma maior susceptibilidade ao cancro das mulheres melancólicas (Querido, 2005). Bolander (1998) refere duas perspectivas que ao longo dos tempos relacionavam o cancro com as emoções, segundo ele, outrora atribuíam-se o cancro ao excesso de emoções, enquanto nas sociedades modernas se atribuíam o cancro à repressão dessas emoções (*idem*).

Gomez Sancho (1998) realizou um estudo onde agrupou os sintomas depressivos e ansiosos habitualmente presentes nos doentes terminais. Ele referiu que, no que diz respeito à sintomatologia depressiva, a mais comum nos doentes terminais é a baixa auto-estima, a sensação de ineficácia, a tristeza, a apatia, a desesperança e a sensação de desamparo. No que diz respeito à sintomatologia ansiosa, segundo o mesmo autor, a mais comum consiste na tensão muscular, batimento cardíaco acelerado, palpitações, alterações respiratórias, pressão sobre o peito, dores de cabeça e alterações do sono. Gomez Sancho (1998) refere ainda as dificuldades de comunicação, nomeadamente, a chamada *conspiração do silêncio*. A chamada *conspiração do silêncio* é o melhor exemplo de como uma má regulação e expressão emocional se podem tornar prejudiciais para a saúde mental de um indivíduo.

“Quando as pessoas se confrontam com a adversidade ou dificuldade nas suas vidas, experimentam uma variedade de emoções, que podem ir da excitação à raiva, ansiedade e depressão” (Scheier, Carver & Bridges, 2001, *cit in* Fernandes, 2009). Todas estas emoções são normais e em certa medida úteis, uma vez que nos permitem

compreender que algo não está bem, o problema surge quando os indivíduos não conseguem regular e expressar adequadamente essas emoções.

Vachon *et al.* (1991 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998), referem que entre 61 e 79% dos doentes em situação terminal apresentam sofrimento emocional intenso. “O sofrimento emocional do doente em situação terminal, (...), está associado a diversos factores relacionados com o funcionamento e integridade físicos, com a situação social, psicológica e espiritual, assim como com o processo de informação que tenha experienciado cada individuo.” (Tuca, Schroder & Novellas, 1998, p. 41). Este sofrimento emocional pode apresentar-se sobre múltiplas formas, nomeadamente, a tristeza ou aflição, a incompreensão perante a situação, o medo e a desesperança, pensamentos catastróficos relacionados com o momento da morte, fantasias irracionais sobre o futuro, défices de auto-estima, esgotamento emocional, memórias negativas do passado, agitação e problemas de auto-imagem (DSM-IV, 1995 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998). A adaptação à doença desenrola-se por fases e cada fase parece estar associada a um determinado estado emocional, no entanto, não é possível determinar se o estado emocional é a causa ou o efeito do tipo de ajuste à situação (Ferrero, 1993 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998).

Elisabeth Kübler-Ross (*cit in* Macedo, 2004) encontrou um padrão específico de reacções emocionais pelas quais passam, a maioria dos doentes que se encontram numa situação de doença terminal e logo, de confronto com a morte. As fases emocionais do doente terminal encontram-se bem descritas e ocorrem de uma forma quase sequencial (Kübler-Ross *cit in* Macedo, 2004). Kübler-Ross refere também que não é obrigatório que os doentes passem por todas as fases, nem que as mesmas ocorram sempre na mesma ordem, podendo ainda os doentes encontrar-se em mais de uma fase simultaneamente (Macedo, 2004).

A primeira fase, ou primeira reacção, expressa pelos doentes quando recebem a notícia de que têm uma doença potencialmente mortal é a negação. A negação constitui-se como a recusa, consciente ou inconsciente, em aceitar determinados factos, informações ou realidade associada a uma determinada situação, no caso dos doentes paliativos, a negação da proximidade da morte (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Chapman, 2006-2009). Esta negação da doença ou da proximidade da morte, constitui-se como um mecanismo de defesa, inicialmente estudado e definido por Freud na sua teoria psicodinâmica. Este mecanismo de defesa, de acordo com Macedo (2004), é o que permite ao doente continuar com a vida após a recepção da notícia de que a morte está

próxima. De acordo com o modelo de Kübler-Ross, o doente pode apresentar três formas de negação: negação completa da doença, negação das implicações das doenças ou a negação da inevitabilidade da morte (Pereira & Lopes, 2002 *cit in* Casmarrinha, 2008). O estado emocional do doente nesta fase é caracterizado por: agitação, ansiedade, insegurança. Contudo, a fase da negação dará lugar a outra após a consciencialização da verdade da doença e da proximidade da morte. De acordo com o estudo de Kübler-Ross (1969 *cit in* Macedo, 2004), apenas uma pequena percentagem dos doentes se mantêm até ao fim na fase de negação. No entanto, a negação pode voltar a aparecer posteriormente, após ter sido ultrapassada pelo doente. Ainda no que diz respeito à negação, Elisabeth Kübler Ross (1969 *cit in* Macedo, 2004) refere que a esta pode associar-se, numa fase posterior, o isolamento social.

Seguidamente à fase de negação, Elisabeth Kübler Ross refere que aparece a questão “porquê eu?” e, juntamente com ela, os sentimentos de raiva e cólera (Macedo, 2004). Nesta fase de revolta, o doente torna-se difícil e agressivo, criticando os profissionais de saúde e a família (Macedo, 2004), ou mesmo revoltar-se contra ele próprio (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Chapman, 2006-2009). Devido a estes comportamentos agressivos, as pessoas mais próximas do doente começam a afastar-se, obrigando o doente a confrontar-se com as suas perdas, limitações e frustrações, bem como a solidão, os conflitos, a culpa e a falta de sentido para a vida (Casmarrinha, 2008). Só através desses confrontos o doente poderá trilhar o caminho para a aceitação da morte.

Quando esta revolta e raiva se atenuam, aparece a terceira fase emocional que Elisabeth Kübler Ross denomina de negociação. Esta fase é caracterizada por promessas de alterações de comportamentos, muitas das vezes envolvendo entidades divinas, que servem como moeda de troca para conseguir mais tempo de vida, muitas vezes para a concretização de determinados objectivos (Macedo, 2004). Associada a estas promessas a Deus como forma de negociação, encontra-se a culpa pelos erros cometidos no passado e mais promessa para a tentativa de os redimir (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Macedo, 2004). No entanto, a negociação, nas questões relacionadas com assuntos de vida ou a morte, raramente, providencia uma solução sustentada (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Chapman, 2006-2009).

A depressão surge quando já não se pode negar a realidade de que a morte é inevitável e se encontra próxima (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Macedo, 2004). Kübler-Ross (1969 *cit in* Macedo, 2004) refere que, nestes doentes, é importante distinguir entre dois

tipos de depressão: a depressão reactiva e a depressão preparatória. A depressão reactiva encontra-se relacionada com alguma tarefa ou compromisso que o doente ainda não conseguiu resolver (Macedo, 2004). Casmarrinha (2008) refere que esta se deve a um sentimento de impotência e de perda de esperança. Por sua vez, a depressão preparatória encontra-se relacionada com a preparação para a morte (Macedo, 2004). Por sua vez, Casmarrinha (2008) refere que a depressão reactiva está relacionada com a experiência de perda iminente dos objectos amados. Esta fase de depressão caracteriza-se por uma aceitação repleta de emoções, sendo natural o aparecimento de sentimentos como a tristeza, o arrependimento, o medo e a incerteza (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Chapman, 2006-2009) e favorece a transição para a fase de aceitação do fim de vida (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Macedo, 2004).

A aceitação é a última das reacções emocionais do doente em fase terminal. De acordo com Kübler-Ross (1969 *cit in* Macedo 2004), os doentes em fase terminal quando são auxiliados de forma adequada, conseguem alcançar a fase da aceitação e terminar os seus dias de forma tranquila. Esta fase é caracterizada por algum distanciamento emocional e objectividade (Kübler-Ross, 1969 *cit in* Chapman, 2006-2009). Casmarrinha (2008) descreve o doente nesta fase como sereno e tranquilo, aguardando a morte.

Stedeford debruçou-se também sobre a temática da adaptação psicológica à doença, tendo redesenhado o modelo de Kübler-Ross e concebido o modelo circular de adaptação à doença. Cardoso *et al.* (2009), referem que o modelo circular de adaptação à doença de Stedeford (1984) é constituído por seis movimentos: choque e embotamento, ansiedade e denegação, interrogações, zanga e culpabilidade, luto e, por último, resignação ou aceitação.

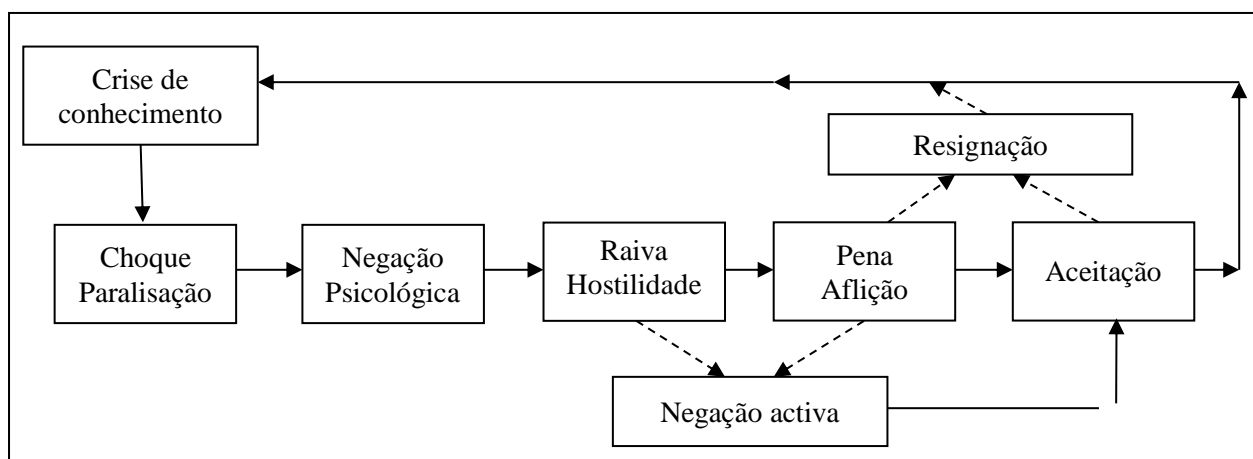
Segundo Stedeford, “a resposta emocional à doença terminal pode variar desde uma reacção aparentemente menor, a sentimentos de disforia e ansiedade e, inclusivamente, a transtornos psiquiátricos maiores” (Tuca, Schroder & Novellas, 1998, p. 40). O mesmo autor refere que “inicialmente o paciente terá medo, angústia, depressão e sofrerá o preconceito dos outros.” (Stedeford, 1986 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998, p. 27).

A primeira fase do modelo circular de adaptação à doença de Stedeford começa com uma crise de conhecimento que ocorre aquando do momento do diagnóstico e o reconhecimento da proximidade da morte, sem no entanto se conhecer exactamente, quão próxima esta se encontra (Stedeford, 1984 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas,

1998). Este choque emocional leva então o doente a entrar na fase de choque ou paralisção que, a qual deixo o doente sem reacção perante a situação, predominando como estado emocional a sensação de desorientação (*idem*). Esta fase é de curta duração, seguindo-se a fase da negação que, como já foi referido, se trata de um mecanismo de defesa. Para este autor, a negação funciona como um amortecedor, permitindo ao doente, recuperar o equilíbrio emocional através da mobilização de mecanismo de ajuste psicológico (Tuca, Schroder & Novellas, 1998). Stedeford defende que se deve respeitar a negação e apenas confrontar o doente se a mesma lhe estiver a causar mais sofrimento e a prejudicar a sua tomada de decisão, relativamente aos procedimentos a tomar em relação à doença (*idem*).

Seguidamente, surge a fase da ira. Nesta fase, o doente mostra-se agressivo, revoltado quer com os técnicos, quer com a família, encontrando queixas em qualquer situação (Tuca, Schroder & Novellas, 1998). Nesta fase, bem como na seguinte de pena ou aflição, pode surgir a negação activa que se caracteriza pela opção do doente em afastar activamente os pensamentos relacionados com a doença e a morte, vivendo o dia-a-dia como se não estivesse doente, sem no entanto negar ou evitar a existência da mesma ou verbalizá-la (*idem*).

De acordo com o modelo de Stedeford a fase de pena ou aflição pode levar à resignação ou à aceitação (*ibidem*). A resignação caracteriza-se por uma atitude passiva perante a doença, na qual o doente não movimenta qualquer esforço ou tentativa para se ajustar à situação (Tuca, Schroder & Novellas, 1998). Pelo contrário, na aceitação o doente aceita a sua condição de saúde e ajusta a sua atitude e condutas à mesma (*idem*).



Esquema 4: Modelo Circular de Adaptação de Averil Stedeford (1984, retirado de, Tuca, Schroder & Novellas, 1998)

Pereira (2002 *cit in* Casmarrinha 2008) identifica três estádios de adaptação à doença que, tal como os de Stedeford, se aproximam dos de Kübler-Ross. São eles: até à aceitação do diagnóstico, da aceitação do diagnóstico ao tratamento e dos tratamentos em diante.

Observando os modelos de Kübler-Ross e de Stedeford, pode verificar-se que estes demonstram a forma como uma adequada regulação e expressão emocional permitem um adequado ajustamento às emoções e conseqüentemente, uma saúde mental equilibrada.

Apesar de os modelos acima mencionados explicarem de uma forma concreta os processos pelos quais passam estes doentes e serem de grande utilidade para os profissionais de saúde que trabalham com os mesmos, por permitir uma melhor compreensão dos estados emocionais por que passam estes doentes, os mesmos apresentam algumas limitações. Buckman (1992 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998) apresenta duas críticas a estes modelos. A primeira crítica é a de que estes modelos não apresentam uma sequencialidade, ou seja, que as fases pelas quais os indivíduos passam não tem uma ordem, uma seqüência definida, podendo passar da primeira para a terceira por exemplo, ou até transitar de uma fase posterior para uma anterior e não há a obrigatoriedade de passar por todas as fases para se adaptar o processo de doença terminal. A outra crítica deste autor é o facto de estes modelos deixarem de parte algumas reacções emocionais muito comuns nestes doentes como é o caso do medo e da culpa. No entanto, apesar de não existir nestes modelos fases específicas de culpa ou medo, o modelo de Kübler-Ross refere a culpa nas fases de raiva e de negociação e o medo na fase de depressão e o modelo de Stedeford refere o medo como uma das emoções iniciais aquando do diagnóstico de doença terminal (Buckman, 1992 *cit in* Tuca, Schroder & Novellas, 1998).

Uma outra crítica a estes modelos é feita por Tuca, Schroder & Novellas (1998), que consideram que o facto de as fases dos modelos serem basearem nas emoções que os doentes apresentam, como indicadores das mesmas não é muito correcto, uma vez que essas emoções, mesmo quando parecem incompatíveis, podem estar presentes simultaneamente e em mais do que uma fase. Mais ainda, os mesmos autores referem que as reacções emocionais são particulares e idiossincráticas não sendo possível a descrição de um padrão específico comum que possa coincidir com uma fase particular do processo. No entanto, os mesmos autores reconhecem que, apesar das limitações apresentadas, as tendências clínicas e de investigação actuais se inclinam para a

aceitação de que os doentes terminais apresentam reacções emocionais características que se enquadram em fases específicas de ajustamento à doença. Este facto torna-se relevante, na medida em que permite aos profissionais de saúde auxiliarem os doentes a fazerem uma adequada regulação e expressão emocional, de forma a transitarem mais rapidamente entre as diferentes fases do processo emocional até à aceitação.

CAPÍTULO 2 - SUPORTE SOCIAL

O suporte social consiste na “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós.”

(Sarason *et al.*, 1983, p. 127)

2.1. *Introdução*

De uma forma geral, tem havido um interesse crescente dos investigadores na compreensão das relações e interacções existentes entre factores psicossociais e biológicos no desenvolvimento, progressão e tratamento de diferentes doenças. Um dos factores psicossociais mais estudados neste âmbito e que tem demonstrado ter uma influência frequentemente significativa, no desenvolvimento e progressão de muitas doenças é o suporte social (*eg.* Dunbar, Ford & Hunt, 1998; Rutter & Quine, 1996; Berkman & Syme, 1979; Thomason *et al.*, 1996; Blaney *et al.*, 1997).

O suporte social consiste nos mecanismos através dos quais, as relações interpessoais dos indivíduos causam efeitos preventivos, bem como curativos e remediativos, em diversas perturbações psicológicas ou biológicas, quando este se encontra perante situações stressantes, bem como na diminuição da gravidade da doença e no processo de recuperação da mesma (Cohen & McKay, 1984; Dunbar, Ford & Hunt, 1998; Wills, 1997 *cit in* Silva *et al.*, 2003).

2.2. *Definição De Suporte Social*

Caplan *et al.* (1975, *cit por* Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1990 *cit in* Abrunheiro, 2005) definem suporte social como qualquer *input* recebido de um indivíduo ou grupo, que faz com que o receptor desse input siga na direcção do seu desejo. Esta definição inclui não só todo o tipo de suporte informal mas também alguns tipos de suporte formal, tal como os benefícios sociais, comerciais assim como os tratamentos recebidos por médicos ou psicoterapeutas (Abrunheiro, 2005). Partindo da mesma perspectiva, Cobb (1976 *cit in* Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003), definiu suporte social como a informação que o sujeito tinha disponível para se considerar cuidado, amado, estimado e valorizado. A diferença relativamente à definição anterior consiste no facto de Cobb referir que o suporte social permitir ao indivíduo sentir que pertence a uma rede de comunicação com obrigações mútuas, ou seja, o suporte social implica uma comunicação e retribuição para com os outros. Por sua vez, Sarason, *et al.* (1983 *cit in* Pais-Ribeiro, 1999) acrescentam que não é suficiente a existência de suporte social é também necessário que o mesmo se encontre disponível quando necessitamos. Lin (1986 *cit in* Abrunheiro 2005) refere que os indivíduos podem aceder ao suporte

social através dos seus contactos sociais com outros indivíduos, grupos ou comunidades a que pertença.

Em 1988, Sarason chama a atenção para a perspectiva mais pessoal e subjectiva do suporte social, referindo que o mais importante seria o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente (suporte social percebido) (Santos, Pais Ribeiro e Lopes, 2003). Bruchon-Schweitzer (1994 *cit por* Llorca, Poussin & Cazals-Ferré, 2004, *cit in* Abrunheiro 2005) enfocam o facto de o suporte social consistir no conjunto das relações interpessoais do individuo, através das quais o mesmo procura um vínculo afectivo, uma ajuda prática, mas também informações e avaliações relativas à situação que o ameaça. Finalmente, Serra (2002 *cit in* Fernandes, 2009, p. 109) refere que o suporte social através dos seus mecanismos protege “os indivíduos dos efeitos negativos do stress, na sua saúde, no bem-estar e na qualidade de vida, que deveria estar presente independentemente dos acontecimentos stressantes.”

Fernandes (2009, p. 109) refere que apesar das múltiplas definições e perspectivas relativamente à definição de suporte social, há três aspectos que se mantêm consideravelmente estáveis nas diferentes definições: (1) os aspectos estruturais da rede de suporte social (número e composição), (2) tipos funcionais de assistência disponível (emocional, instrumental, informação) e (3) a natureza do suporte (satisfação, reciprocidade).

2.3. Tipos de suporte social

As definições acima descritas enquadram-se em diferentes categorias de tipos de suporte social, as quais se complementam, respondendo a diferentes necessidades que os indivíduos apresentam. Cohen & McKay (1984 *cit in* Pais Ribeiro, 1999), distinguem suporte social psicológico, que se refere a um tipo de suporte informacional e suporte social não-psicológico, que vem complementar o anterior, na medida em que se refere a um tipo de suporte palpável. Cramer, Henderson e Scott (1997 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) distinguem entre suporte social percebido, que consiste no suporte que o indivíduo percebe como disponível, em caso de necessidade, versus suporte social recebido, ou seja, suporte que realmente o indivíduo recebeu. Posteriormente, os mesmos autores, distinguem suporte social descrito (“presença de um tipo particular de comportamento de suporte” p. 548) de suporte social avaliado (“avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório” p. 548). O suporte social descrito e o

suporte social avaliado complementam-se um ao outro na medida em que não é suficiente que exista algum comportamento de suporte social, seja ele de que tipo for, o mesmo tem que ser percebido, por quem o recebe, como satisfatório, ou seja, que vá de encontro às necessidades do sujeito.

Analisando os diferentes tipos de suporte social descritos anteriormente, podemos concluir que, os mesmos se interligam e complementam na medida em que um determinado comportamento de suporte social não pertence apenas a um tipo, por exemplo, o suporte social descrito, pode ser psicológico ou não psicológico, no entanto apenas será avaliado se o mesmo se apresentar como satisfatório.

Outra distinção é feita por Singer e Lord (1984 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) entre suporte social informacional, emocional ou material, referem ainda que estes tipos de suporte social podem ser pessoais ou impessoais, dependendo das fontes do mesmo. Segundo Fernandes (2009), o suporte social informacional é muito útil, uma vez que vai permitir ao indivíduo uma avaliação mais adequada do seu problema, permitindo assim uma adequação dos objectivos e facilitando a tomada de decisão. Por sua vez, o suporte social emocional ou afectivo, na perspectiva de Bloom (2000) e Serra (2002) “refere-se ao sentimento que o indivíduo tem de ser estimado e acompanhado pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros e limitações, o que contribui para melhorar a sua auto-estima.” (Fernandes, 2009, p. 109). Finalmente, o suporte social material ou instrumental diz respeito ao suporte concreto, em termos de serviços ou materiais, como medicamentos ou tratamentos e técnicos ou instituições, disponíveis e que irão permitir ao indivíduo resolver o seu problema (Fernandes, 2009). De acordo com Fernandes (2009), o suporte instrumental e informativo é importante quando o stressor pode ser controlado ou eliminado, por sua vez, quando a situação não é controlável, o apoio emocional é fundamental para ajudar a controlar a resposta emocional negativa. Pais Ribeiro (1999), citando Dunst e Trivette (1990), refere a existência de duas fontes de suporte social, são elas o suporte social formal (hospitais, serviços sociais, governo, médicos, psicólogos, entre outros) e o suporte social informal (familiares, amigos, vizinhos, clubes, igreja, entre outros).

Paralelamente aos diferentes tipos de suporte social, podemos ainda considerar que, o mesmo, se apresenta como multidimensional. Neste sentido, Dunst e Trivette (1990 *cit in* Pais-Ribeiro 1999) distinguem 5 componentes do suporte social que se interligam entre si. O componente constitucional, que consiste na relação entre as necessidades e o suporte social disponível; o componente relacional, que se caracteriza

pelos diferentes estatutos que a pessoa possui; o componente funcional, que é constituído pelos tipos de suporte disponível e pela qualidade e quantidade de suporte; o componente estrutural, constituído pela proximidade, frequência, reciprocidade e consistência de suporte; e finalmente, o componente satisfação, caracterizado pela utilidade do suporte fornecido.

Paralelamente aos tipos e componentes do suporte social, podemos também distinguir diferentes dimensões que potenciam os diferentes tipos de suporte social, na medida em que lhes fornecem um maior impacto positivo. Weiss, (1974 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) distingue 6 dimensões do suporte social: (1) intimidade, (2) integração social, (3) suporte afectivo, (4) mérito, (5) aliança e (6) orientação. Posteriormente e de uma forma mais completa, em 1990, Dunst & Trivette *cit in* Pais Ribeiro (1999) consideravam a existência de 11 dimensões do suporte social, que se mostravam relevantes para o bem-estar: (1) tamanho da rede social, (2) existência de relações sociais, (3) frequência de contactos, (4) necessidade de suporte, (5) tipo e quantidade de suporte, (6) congruência, (7) utilização, (8) dependência, (9) reciprocidade, (10) proximidade e (11) satisfação.

2.4. Suporte Social, Doença E Psicopatologia

Actualmente, o suporte social apresenta-se como um dos principais conceitos da psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) devido aos seus efeitos mediadores na protecção da saúde (Rutter & Quine, 1996 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) e nas perturbações mentais (Kessler *et al.*, 1985 *cit in* Pais Ribeiro, 1999).

Singer & Lord (1984 *cit in* Pais Ribeiro, 2011) referem que os estudos sobre a relação entre o suporte social e a saúde se podem enquadrar em 4 categorias:

1 – O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress: esta categoria tem duas versões possíveis, uma mais forte e uma mais fraca. A versão mais forte refere que o suporte social impede que o stress afecte de forma negativa o indivíduo, enquanto a versão mais fraca sugere que não há forma de evitar o impacto negativo do stress mas que o suporte social torna esse impacto mais reduzido. Para esta categoria o suporte social constitui-se como mediador ou moderador do stress. Turner (1982 *cit in* Pilisuk & Parks, 1986) vai de encontro a esta perspectiva referindo que a

importância do suporte social para a saúde pode ser considerada de duas formas, por um lado como um amortecedor do impacto da doença e por outro como um factor protector da doença como refere (Abrunheiro, 2005). De encontro à mesma ideia vão Rodin e Salovey (1989, *cit por* Ribeiro, 1999 *cit in* Abrunheiro, 2005, p. 11) que referem que “o suporte social alivia o distress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, tem um papel positivo na recuperação.

Também a satisfação com o suporte social encontra-se relacionada, positivamente, com a resistência psicológica ao stress da doença, através da percepção subjectiva do bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000 *cit in* Santos, Pais Ribeiro, & Lopes, 2003), bem como com uma adaptação mais positiva à doença oncológica (Dunker-Schetter, 1984; Tempelaar *et al.*, 1989 *cit por* Bishop, 1994 *cit in* Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003) e uma maior sobrevivência ao cancro (Ell, 1992 *cit in* Pais Ribeiro, 1999). Mais especificamente no que diz respeito ao cancro, o suporte social pode influenciar o desenrolar da doença de duas formas, “protegendo o indivíduo do efeito catastrófico do confronto com o stressor – efeito moderador, ou intercedendo na relação entre o stress e os resultados de coping e saúde/qualidade de vida – efeito mediador” (Underwood, 2000; Ward *et al.*, 1991 *cit in* Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003, p. 202). Ainda ao nível da doença oncológica, Akechi *et al.*, (1998) e Sollner *et al.* (1999) concluíram que o suporte social funcionava como recurso de coping, melhorando a qualidade nos indicadores de saúde destes doentes e na qualidade de vida dos mesmos (Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003). Por sua vez, Friedman *et al.*, (2006) e Wong *et al.*, (2006), ambos citados por Pais Ribeiro (2011) referem que o suporte social, funciona como um amortecedor do impacto do diagnóstico da doença oncológica, bem como do tratamento.

Estes dois efeitos, ou formas de influência do suporte social têm também sido encontradas e documentadas em outras doenças como a doença cardíaca ou o acidente vascular cerebral (Coelho & Ribeiro, 2000; Mestre & Ribeiro, 2002 *cit in* Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003). Também Lett *et al.*, (2007 *cit in* Pais Ribeiro 2011) referem melhores resultados em doentes cardíacos com melhor suporte social. Num outro estudo com doentes com SIDA, Thomason *et al.* (1996 *cit in* Pais Ribeiro 1999; 2011) concluíram que o suporte social influencia a emergência de sintomas, mais ainda Blaney *et al.* (1997 *cit in* Pais Ribeiro 1999; 2011) concluíram que as manifestações psicológicas associadas a este tipo de doença são influenciadas positivamente com o aumento do suporte social.

2 – A não existência de suporte social é fonte de stress: esta categoria considera que, só por si, a falta de suporte social se constitui como geradora de stress.

Nomeadamente, Broadhead *et al.* (1983 *cit in* Andrade & Vaitsman, 2002) referem que as investigações têm demonstrado que a falta de suporte social constitui-se como um factor de risco para a saúde tão grave como o consumo de tabaco, a elevada pressão arterial, obesidade e a falta de exercício físico. Os mesmos autores, numa revisão da literatura concluíram que existe uma forte correlação entre suporte social e a epidemiologia na saúde (Pais Ribeiro, 2011). Posteriormente, uma meta análise realizada por Schwarzer e Leppin (1989; 1991 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) concluiu que indivíduos com falta de suporte social apresentavam uma pior saúde e que o suporte social se constitui como uma variável com um impacto mais significativo para a saúde nas mulheres do que nos homens. Sarason *et al.* (1985 *cit in* Pais Ribeiro, 2011) refere que o suporte social disponível se caracteriza como uma dimensão cognitiva importante para a redução do mal-estar.

3 – A perda de suporte social é fonte de stress: para esta categoria, quando se tem suporte social e se perde isso é causador de stress. Por exemplo, os doentes crónicos, que passam grandes períodos de tempo isolados em casa ou nos hospitais, vendo-se impossibilitados de trabalhar e de participar nas suas actividades sociais habituais, apresentam uma diminuição dos seus contactos sociais e conseqüentemente, da sua percepção de suporte social, o que se repercutirá com grande impacto negativo ao nível da saúde destes doentes (Dowdy, 1997 *cit in* Abrunheiro, 2005). Mais ainda, “o isolamento aparece associado a algumas doenças como a hipertensão, a diabetes e os comportamentos aditivos (como tabaco e álcool), assim como favorecedor do decréscimo na saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e desempenho de papéis sociais” (Achat *et al.*, 1998; Billings & Moos, 1984; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Caron *et al.*, 1998 *cit in* Santos, Pais Ribeiro & Lopes, 2003, p. 187). Mais ainda, relativamente aos doentes crónicos, Ridder e Schreurs (1996 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) referem que estes preferem, quando a fonte do suporte social são familiares ou amigos, o suporte social emocional e prático ao suporte social informativo. Ainda relativamente ao suporte social emocional, Nyamathi (1987, *cit por* Underwood, 2000, *cit in* Santos, Pais Ribeiro e Lopes, 2003), refere que este é fundamental aquando do diagnóstico de doença crónica.

4 – O suporte social é benéfico: esta categoria é um pouco contrária às referidas anteriormente, uma vez que considera o suporte social como recurso de coping que

torna as pessoas mais aptas e capazes de enfrentar as condições de vida que estejam perante situações ou fontes de stress ou na ausência das mesmas, ou seja, para esta categoria, o suporte social é sempre uma mais-valia para o sujeito.

Por exemplo, Lakey & Drew (1997) e Bishop (1994) contribuíram para compreensão do impacto do suporte social no bem-estar, ao considerarem que a satisfação com o suporte social disponível tem um papel importante na redução do mal-estar (Abrunheiro, 2005). Podemos ainda destacar-se mais duas hipóteses que consideram o suporte social como sendo sempre benéfico, uma defendida por Cohen & McKay, 1984; Salovey *et al.*, 2000; Singer, 1984; Vilhjalmsson, (1994 *cit in* Silva *et al.*, 2003) que referem haver um efeito indirecto do suporte social, na protecção do indivíduo em situações stressantes, ou seja, quando uma pessoa experiencia acontecimentos de vida stressantes, estes causam poucos efeitos negativos ao nível da saúde física e psicológica, quando o indivíduo tem um bom sistema de suporte social e o contrário quando esse sistema de suporte social é insuficiente. Relativamente a esta hipótese há já alguns estudos que demonstram estes efeitos indirectos, em doentes crónicos, nomeadamente, a diminuição do stress psicológico induzido pela doença e a redução do risco de depressão e ansiedade (Rasclé *et al.*, 1997 *cit in* Silva *et al.*, 2003). Mais ainda, relativamente ao impacto do suporte social na psicopatologia, Bloom & Spiegel (1984 *cit in* Fernandes, 2009), referem o suporte social como factor importante não só na diminuição da depressão e ansiedade, mas também na prevenção das mesmas, em doentes com cancro. Os mesmos autores referem ainda que o suporte social emocional produz um efeito positivo na sobrevivência e está negativamente associado com o stress emocional (Fernandes, 2009). O suporte social percebido encontra-se particularmente relacionado com estados afectivos e emocionais. Badger *et al.* (1999 *cit in* Fernandes, 2009) encontraram uma relação bidireccional entre o suporte social e a depressão. Segundo estes autores, se por um lado a falta de suporte leva a depressão, a mesma pode levar à perda de fontes e de contactos sociais. Mais ainda, Henderson (1992 *cit in* Pereira Henriques & Lima, 2003) confirma, através de uma meta-análise, a relação entre depressão e percepção de baixo suporte social.

Levy (1983 *cit in* Abrunheiro, 2005) constatou também que o suporte social prediz uma melhor adesão ao tratamento. Anderson *et al.*, (2006) e Mowen *et al.*, (2007), ambos citados por Pais Ribeiro (2011), vão mais longe, referindo que o suporte social se constitui como o melhor preditor da adesão aos tratamentos, bem como a actividades de promoção da saúde. Esta adesão ao tratamento e a actividades de

promoção da saúde, não como é óbvio, ter efeitos directos na saúde causados indirectamente pela acção do suporte social.

A outra hipótese defende um efeito directo do suporte social, ou seja, esta perspectiva defende que por si só, o suporte social promove a saúde e o bem-estar, independentemente da existência de acontecimentos de vida stressantes (Salovey *et al.*, 2000; Singer, 1984; Vilhjalmsson, 1994 *cit in* Silva, Pais Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003). Rasclé *et al.* (1997 *cit in* Silva *et al.*, 2003) encontraram também evidência destes efeitos directos do suporte social, em doentes crónicos, referindo que a quantidade e a qualidade do suporte social percebido se encontram associados positivamente com indicadores fisiológicos e comportamentais de adaptação.

Paralelamente às quatro categorias acima descritas, existem também várias teorias sobre a forma como o suporte social se relaciona com o stress e o bem-estar, por exemplo, Dunbar, Ford & Hunt (1998 *cit in* Pais Ribeiro, 1999) compilaram três hipóteses relativamente às relações que se estabelecem entre o suporte social e o distress e o mal-estar. “A hipótese de mobilização do suporte interpreta a relação positiva entre o suporte recebido e o distress psicológico como efeito espúrio que derivaria destas duas variáveis estarem associadas a uma terceira, que seria os acontecimentos de vida stressantes. A hipótese da desigualdade defende que os indivíduos preferem manter relações com os outros que sejam equilibradas. A teoria defende que se as trocas são desequilibradas (um recebe mais ajuda do que a que deu) ambos sofreriam stress e este manter-se-ia até que o equilíbrio fosse restabelecido. A hipótese da ameaça à estima defende que o suporte social, ou a falta dele, seria stressante via o impacto que teria na auto-estima.” (Dunbar, Ford & Hunt, 1998 *cit in* Pais Ribeiro, 1999, p. 550).

Ainda relativamente a hipóteses explicativas, relativamente aos efeitos do suporte social, podemos referir a hipótese do apoio social ter efeitos a nível das respostas neuroendócrinas, diminuindo a ansiedade e, logo, a tensão muscular; ter efeitos a nível da auto-estima, aumentando-a, ter efeitos na depressão, diminuindo-a e levando as pessoas a avaliarem os stressores como menos graves, o que poderá diminuir a ansiedade e aumentar a capacidade da pessoa para lidar com as situações stressantes (Seeman & McEwen, 1996; Wills, 1997 *cit in* Silva *et al.*, 2003).

Sucintamente e em jeito de conclusão, é possível considerar a existência de uma relação entre suporte social e “a saúde, a adaptação psicológica, percepção de bem-estar (Emmons & Colby, 1995; Pierce, Sarason & Sarason, 1992; Vilhjalmsson, 1994),

redução do mal-estar (Sarason, *et al.*, 1985), satisfação com a vida (Sarason *et al.*, 1983), longevidade e mortalidade (Ell *et al.*, 1992; Hanson *et al.*, 1989), queixas somáticas (Ganster, Fusilier, & Mayes, 1986; Peplau, 1985), resistência a doenças (Cohen, 1988), protecção para indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais (Kessler *et al.*, 1985; Ornelas, 1996), psicopatologia (Kessler *et al.*, 1985) e distress psicológico (Heller, 1979; House, 1981; Peplau, 1985; Thoits, 1985).” (Silva *et al.*, 2003, p.22). Mais ainda, “O suporte social também tem sido associado a outras medidas, tais como competência pessoal, comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, estratégias de coping, percepção de controlo, sentido de estabilidade e bem-estar psicológico, entre outros. Além dos constructos citados anteriormente, há evidências de que o suporte social seja considerado como um factor de redução de impacto de eventos stressantes e diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, perturbações de ansiedade e esquizofrenia e, podem também estar associados ao desenvolvimento, tratamento e prognóstico desses problemas.” (Langford *et al.*, 1997; Lovisi *et al.*, 1996 *cit in* Baptista, Baptista, & Torres, 2006, p.40).

CAPÍTULO 3 – PSICOPATOLOGIA

Perturbação mental consiste numa “(...) síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade actual (...) ou incapacidade (...) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou perda importante de liberdade. (...) esta síndrome ou padrão deve ser não apenas uma resposta expectável e sancionável culturalmente a um acontecimento particular (...). Qualquer que seja a sua causa original, deve ser correntemente considerada como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no sujeito. Nem um comportamento desviante (...) nem conflitos primários entre o sujeito e a sociedade são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito se transformem num sintoma de uma disfunção do sujeito, como se descreve acima.”

(DSM-IV-TR, 2002, p. XXXI).

3.1. Definição de Psicopatologia

A psicopatologia é a disciplina que estuda o diagnóstico das perturbações mentais. A palavra diagnóstico vem do grego e significa “discriminação”. De uma forma geral, fazer um diagnóstico, consiste na recolha e análise de informações e à posterior assunção de relações e conclusões acerca da saúde mental da pessoa. Em psicopatologia existem quatro conceitos determinantes para se chegar a um diagnóstico. Sinal: “Manifestação objectiva de um estado patológico. Os sinais são observados pelo examinador em vez de relatados pelo sujeito afectado.” (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), 2002, p. 827). Sintoma: “Manifestação subjectiva de um estado patológico. Os sintomas são relatados pelo sujeito afectado em vez de observados pelo examinador.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 827). Síndrome: “Grupo de sinais e sintomas que pela sua frequente co-ocorrência pode sugerir uma patogénese subjacente, evolução, padrão familiar ou indicação para tratamento comuns.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 827). Perturbação mental: “(...) síndrome ou padrão comportamentais ou psicológicos clinicamente significativos que ocorrem num sujeito e que estão associados com ansiedade actual (...) ou incapacidade (...) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou perda importante de liberdade. (...) esta síndrome ou padrão deve ser não apenas uma resposta expectável e sancionável culturalmente a um acontecimento particular (...). Qualquer que seja a sua causa original, deve ser correntemente considerada como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no sujeito. Nem um comportamento desviante (...) nem conflitos primários entre o sujeito e a sociedade são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito se transformem num sintoma de uma disfunção do sujeito, como se descreve acima.” (DSM-IV-TR, 2002, p. XXXI). De uma forma geral, para podermos diagnosticar uma perturbação, o sujeito tem que apresentar uma síndrome que cause incapacidade ou prejuízo funcional nas diferentes áreas de vida do sujeito e sofrimento desadequado ao contexto, tem que ser associada a uma causa conhecida e não pode ser isolada no tempo.

O DSM-IV-TR é, como o nome indica, um manual, no qual se encontram todos os critérios, considerados clinicamente significativos, para se poder diagnosticar e classificar cada uma das perturbações mentais. O DSM-IV-TR agrupa as perturbações em 16 classes diagnósticas principais e uma secção adicional denominada “Outros Problemas Que Podem Ser Foco de Atenção Clínica” (DSM-IV-TR, 2002, p. 10).

3.2. *Psicopatologia E Saúde*

3.2.1. Psicossomática

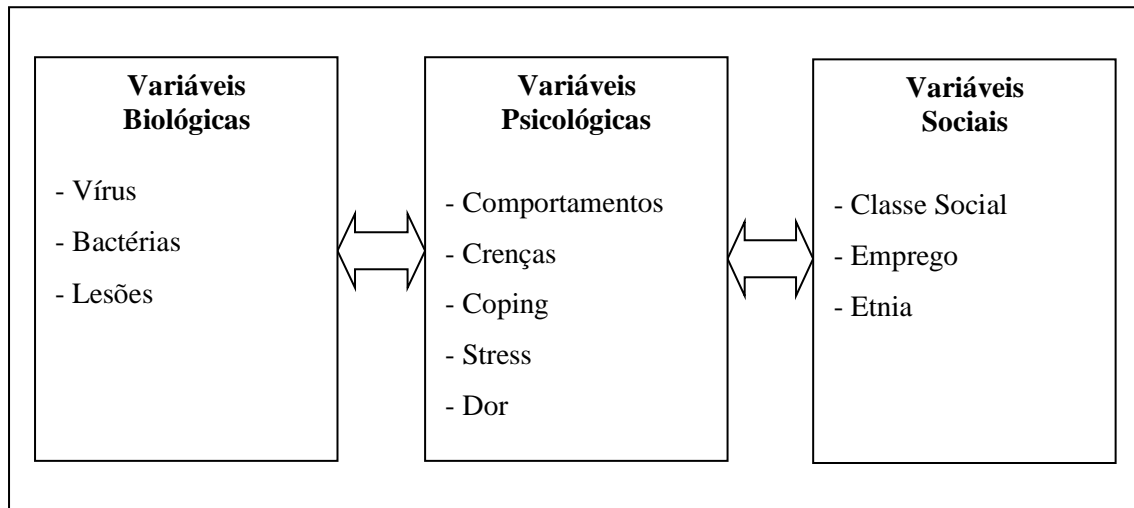
A psicossomática desenvolveu-se no início do século XX como consequência dos estudos de Freud, sobre a “paralisia histérica”, que relacionavam a mente e a doença física (Ogden, 2007). De acordo com Freud esta condição era a consequência de experiências e sentimentos reprimidos expressos sob a forma de problemas físicos (*idem*). Esta explicação de Freud, para a “paralisia histérica”, indicava uma interação entre o corpo e a mente e sugeria que as perturbações psicológicas não eram apenas consequência de doenças físicas mas que poderiam ser também a causa destas (*ibidem*).

Múltiplos autores da área da psicossomática e da psicologia da saúde têm, ao longo do tempo, concluído que perturbações psicológicas derivam em problemas de saúde. “Alexander (1950), Selye (1976), e outros pioneiros providenciaram evidências irrefutáveis de que conflitos psicológicos, ansiedade e stress podem causar ou exacerbar os processos de doença. Consequentemente, a redução do conflito ou stress deverá reduzir a doença.” (Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988 p. 239).

3.2.2. Psicologia da saúde

O primeiro autor a definir psicologia da saúde foi Matarazzo (1980). De acordo com o autor, a psicologia da saúde consiste na “conjugação das contribuições educacionais, científicas e profissionais da psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, a promoção e tratamento da doença e disfunções associadas” (Ogden, 2007, p.3). Posteriormente, reafirmando a definição anterior, Marks *et al.*, (2000 *cit in* Teixeira, 2004, p. 44) definem a psicologia da saúde como “a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde.”. No que diz respeito às causas das doenças, a psicologia da saúde distingue-se das perspectivas lineares e unifactoriais da saúde e considera que a saúde é causada por uma multiplicidade e combinação de factores, nomeadamente, biológicos, psicológicos e sociais, o que reflecte o modelo biopsicossocial da saúde e doença de Engel (1977,1980) (Ogden, 2007). Este modelo procura integrar as variáveis psicológicas e ambientais no modelo biomédico tradicional da saúde. No esquema abaixo estão

representadas as variáveis de cada um dos três componentes que contribuem para os estados de saúde e doença.



Esquema 5: Modelo Biopsicossocial da Saúde e Doença (Ogden, 2007, p.4)

As variáveis biológicas que contribuem, segundo este modelo, para o desenvolvimento de estados de saúde e doença são, entre outras, a genética, os vírus, as bactérias e os defeitos estruturais (Ogden, 2007). Por sua vez, destacam-se como variáveis psicológicas associadas aos processos de saúde e doença, as cognições, as emoções e os comportamentos (*idem*). Finalmente, no que diz respeito às variáveis sociais associadas aos processos de saúde e doença destacam-se as normas sociais de comportamento, as pressões para alterar comportamentos, os valores sociais associados à doença, a classe social e a etnia (*ibidem*).

Relativamente às relações que se estabelecem entre a psicologia e a saúde, a psicologia da saúde considera os factores psicológicos não apenas enquanto possíveis consequências das doenças mas também enquanto etiologia das mesmas (Ogden, 2007). Desta forma, os seus autores, preocupam-se em compreender o papel dos factores psicológicos na causa, progressão e como consequências da saúde e doença (*idem*).

3.3. *Psicopatologia e Cuidados Paliativos*

Um dos principais temas da psicologia da saúde é o impacto emocional da doença grave. Moos & Schaefer (1984 *cit in* Ogden, 2007) referem que a doença física pode ser considerada como uma crise, implicando um conjunto de alterações no indivíduo. Essas alterações constituem-se como: mudanças na identidade (de cuidador

para pessoa doente), alterações na localização (possibilidade de internamento ou tornar-se acamado), mudanças de papéis (de independente para dependente), alterações no suporte social (isolamento social), mudanças no futuro (incerteza) (Ogden, 2007).

Uma outra perspectiva referente ao impacto da doença na psicopatologia é a de Fernandes (2009, p. 136), que refere que “a experiência de doença está associada a uma perturbação do equilíbrio emocional, podendo resultar num distúrbio emocional severo.”.

No que diz respeito aos cuidados paliativos e ao confronto com a proximidade da morte devido à doença, Twycross (2003), refere que o conhecimento de que estamos perante a perda da nossa própria vida desencadeia no doente respostas psicológicas semelhantes às que ocorrem durante o luto de qualquer outra perda. No quadro seguinte encontram-se as respostas psicológicas mais comuns à perda, descritas por Massie & Holland (1989 *cit in* Twycross, 2003).

Respostas Psicológicas à Perda		
Fases	Sintomas	Duração Habitual
Ruptura	Descrença Negação Choque/Entorpecimento Desespero	Dias a semanas
Disforia	Ansiedade Insónia Dificuldades de concentração Cólera Culpa Ruptura de Actividade Tristeza Depressão	Semanas a meses
Adaptação	(à medida que a disforia diminui) Enfrentar das implicações Estabelecimento de novas metas Esperança restaurada com novos objectivos Retoma das actividades	Meses

Tabela 1: Respostas Psicológicas à Perda (Massie & Holland, 1989)

Associada à doença crónica, encontra-se sintomatologia psicopatológica, particularmente, a depressão, a ansiedade (Derogatis *et al.*, 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Haccille, 2000 *cit in* Figueiredo, 2007). O *Psychosocial Collaborative Oncology Group* concluiu, partindo de um estudo por eles realizado, que 47% dos doentes hospitalizados e/ou em ambulatório apresentam perturbações

psiquiátricas de alguma ordem (Pimenta, Mota & Cruz, 2006). O mesmo estudo refere que dos doentes que apresentaram algum tipo de perturbação, 68% apresentam ansiedade e depressão, 13% apresenta depressão major e 8% apresentam delírio (*idem*). Mais ainda, os mesmos autores referem que a incidência de depressão e delírio é maior quanto maior for a debilidade física do doente e quanto mais avançado for o estágio da doença (*ibidem*), ou seja, estas perturbações apresentam-se com maior incidência nos doentes em cuidados paliativos.

No âmbito dos cuidados paliativos, paralelamente à ansiedade e à depressão, encontram-se também, como perturbações associadas, o delírio e demências. Seguidamente, apresentam-se cada uma destas perturbações, ao nível da sua etiologia, características e percentagens de incidência no âmbito dos cuidados paliativos.

3.3.1. Perturbação da Ansiedade

As perturbações de ansiedade incluem: a perturbação de pânico sem agorafobia e com agorafobia, a agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia específica, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático, perturbação aguda de stress, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação da ansiedade secundária a um estado físico geral, perturbação da ansiedade induzida por substância e perturbação da ansiedade sem outra especificação (DSM-IV-TR, 2002). No âmbito dos cuidados paliativos, interessa-nos particularmente a perturbação da ansiedade secundária a um estado físico geral e a perturbação da ansiedade induzida por substância.

“A Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 429). “A característica essencial da Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral é a ansiedade clinicamente significativa que se considera ser devida aos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 477). Destacam-se como causadoras de ansiedade as seguintes categorias de doenças: doenças endócrinas, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças metabólicas e doenças neurológicas (DSM-IV-TR, 2002). No âmbito dos cuidados paliativos, destacam-se as seguintes doenças das diferentes categorias acima nomeadas:

insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e as neoplasias (*idem*).

Por sua vez, “A Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados como consequência fisiológica directa do abuso de drogas, medicamentos ou exposição a tóxicos.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 430). “A característica essencial da Perturbação da Ansiedade Induzida por Substância são sintomas de ansiedade proeminentes (...) que são considerados como sendo provocados pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância(...)” (DSM-IV-TR, 2002, p. 479). De acordo com o DSM-IV-TR (2002), nos medicamentos que se encontram associados à perturbação da ansiedade induzida por substâncias incluem-se, por exemplo os analgésicos e anestésicos, insulina, anticolinérgicos, contraceptivos orais, anti-histamínicos, medicações antiparkinsonianas, corticosteróides, medicações cardiovasculares e anti-hipertensivas, anticonvulsivantes, medicação antidepressiva, entre outras. No âmbito dos cuidados paliativos destacam-se a presença dos analgésicos e anestésicos, medicações cardiovasculares e anti-hipertensivas.

Kim (2011), refere a existência de três categorias de causas da ansiedade na população doente:

1. Causas orgânicas devidas a alterações metabólicas (anemia ou hipertemia), alterações neurológicas (devidas a metástases cerebrais, por exemplo), indução de substâncias, alterações endócrinas, entre outras.
2. Causas psicológicas, tais como a deterioração cognitiva, o isolamento social e os conflitos intrapsíquicos.
3. Causas devidas a perturbações psicológicas primárias, tais como ataques de pânico, fobias, perturbações de ansiedade generalizada, entre outros.

Assis Figueiredo (2008), refere que os estados de ansiedade se constituem como uma reacção do organismo que prepara o indivíduo para a luta ou para a fuga quando uma ameaça à vida se apresenta. Desta forma, é de se esperar que todos ou quase todos os pacientes em Cuidados Paliativos apresentem alguma ansiedade, uma vez que a sua vida se encontra ameaçada por uma doença crónica e progressiva.

Diferentes doenças em cuidados paliativos apresentam diferentes valores de prevalência de ansiedade. “Em pacientes com cancro encontram-se valores entre 13% e 32%. Para pacientes com SIDA a incidência de ansiedade oscila entre 8% a 34%. Para outras doenças crónicas, como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva

crónica (DPOC) e insuficiência renal, os índices são ainda maiores: 49%, 51% a 75%, 39% a 70%, respectivamente.” (Assis Figueiredo, 2008, p. 500). Minagawa *et al.* (1996 *cit in* Kim, 2011), refere que cerca de 53% dos doentes oncológicos apresentavam transtornos psicológicos e que dentro desses 53%, 42% apresentavam, entre outras, ansiedade generalizada. Por sua vez, Ogden (2007) refere que, no caso dos doentes com cancro, a percentagem de incidência de ansiedade é de 20 por cento e que também se verifica a incidência da mesma nos doentes com doença coronária. Para este tipo de doentes, Lane *et al.*, (2002 *cit in* Ogden, 2007), referem que, durante o internamento pós-enfarte do miocárdio 26,1 por cento apresentam elevados scores de ansiedade.

3.3.2. Perturbações do Humor

As perturbações do humor caracterizam-se por alterações no humor do sujeito e podem ter a forma de episódios de alteração do humor ou de perturbações do humor (DSM-IV-TR, 2002). Tal como as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor também podem dever-se a estados físicos gerais ou a indução de substâncias. No âmbito dos cuidados paliativos, destaca-se a presença da depressão, seja sobre a forma de episódios depressivos major, seja sobre a forma de perturbação depressiva major. Em ambos os casos, podem ficar, ou não, a dever-se a estados físicos gerais ou a indução de substâncias.

“A Perturbação Depressiva Major é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major (isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão).” (DSM-IV-TR, 2002, p. 345).

“A Perturbação do Humor Devida a Um Estado Físico Geral é caracterizada por uma perturbação do humor, proeminente e persistente, que é considerada consequência fisiológica directa de um estado físico geral.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 346).

“A Perturbação do Humor Induzida por Substâncias é caracterizada por uma perturbação do humor, proeminente e persistente, que é considerada consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, de uma medicação ou outro tratamento somático da depressão ou da exposição a tóxicos.” (DSM-IV-TR, 2002, p.346)

No que diz respeito à depressão, as estatísticas mundiais, apontam para uma incidência de 45% a 50% de perturbações psiquiátricas entre as doenças que ameaçam a vida, desses diagnósticos, 68% são de sintomatologia depressiva (Assis Figueiredo,

2008). De acordo com a mesma autora, os pacientes com diagnóstico de cancro são particularmente vulneráveis à depressão, chegando a incidência a atingir os 75% nas fases mais avançadas da doença, nomeadamente, quando os doentes são encaminhados para os cuidados paliativos. Também Minagawa *et al.* (1996 *cit in* Kim, 2011), refere que cerca de 53% dos doentes oncológicos apresentavam transtornos psicológicos e que dentro desses 53%, 42% apresentavam alterações do humor, nomeadamente, depressão. Ainda no âmbito da doença oncológica, “Cerca de 20 por cento dos doentes com cancro apresentam depressão severa (...). Pinder *et al.* (1993) examinaram as respostas emocionais e mulheres com cancro da mama operável e reportaram que estas podem divergir entre pequenas alterações de humor a estados clínicos (...) depressão. O estado emocional dos indivíduos com cancro da mama não parece estar relacionado com o tipo de cirurgia a que se submeteram (Kiebert *et al.* 1991), se estão ou não a realizar radioterapia (Hughson *et al.*, 1987) e é apenas afectado pela quimioterapia medianamente (Hughson *et al.*, 1986). No entanto, uma deterioração persistente do estado de humor parece estar relacionada com história psiquiátrica anterior (Dean, 1987), falta de suporte social (Bloom, 1983), idade, e falta de um relacionamento íntimo (Pinder *et al.*, 1993). Pinder *et al.* (1993) também referiram que em doentes com cancro avançado, a co-morbilidade psicológica se encontra relacionada com o estatuto funcional (quão bem o doente funciona fisicamente) e sugerem que um estatuto funcional inferior se encontra relacionado com níveis de depressão mais elevados, que também se relacionavam com uma classe social mais baixa.” (Ogden, 2007, p. 325).

Nos doentes com SIDA, de acordo com Assis Figueiredo (2008) encontram-se percentagens de depressão semelhantes às do cancro, ou seja, 75%. Uma outra doença crónica que pode ser integrada no âmbito dos cuidados paliativos é a doença coronária. No que diz respeito ao impacto psicológico que esta doença pode trazer, Ogden (2007) refere a presença depressão. Ainda no que diz respeito à doença coronária, Lane *et al.* (2002 *cit in* Ogden, 2007), referem que, durante o internamento pós-enfarte do miocárdio, 30,9 por cento dos doentes apresentam elevados scores de depressão.

Hotopf *et al.* (2002 *cit in* Rayner *et al.*, 2010) referem, após revisão sistemática da literatura, que a prevalência de depressão, em doentes paliativos, se situa entre os 3% e os 45%. De acordo com Guerreiro (2009), nos doentes paliativos com depressão é visível um “enfraquecimento generalizado, emagrecimento, sensação de esvaziamento e de perda. Ocorre também um processo de luto de si próprio, pois o paciente torna-se

estranho a si próprio. Surgem desejos de morrer e de encerrar a vida ao mesmo tempo que o desejo de viver, já que morrer significa separar-se das pessoas queridas.” (p. 5).

“Para além do óbvio sofrimento inerente ao seu diagnóstico, a depressão pode amplificar sintomas físicos da doença avançada, tais como a dor e a fadiga. A depressão está associada com a uma reduzida adesão ao tratamento, aumento da incapacidade, pior prognóstico e maior mortalidade, e é um preditor do desejo de morte nos doentes terminais. A depressão também tem impacto nos custos dos serviços, uma vez que os doentes com depressão tendem a ser mais sintomáticos e requerem mais cuidados dos clínicos. A depressão em pessoas doentes pode ser eficazmente tratada e uma meta-análise recente demonstrou a eficácia dos antidepressivos na depressão em cuidados paliativos. No entanto, há evidência que, frequentemente, a depressão passa despercebida nos cuidados paliativos, logo não é tratada adequadamente. É esperado que o diagnóstico de doença terminal cause medo e tristeza, o que pode ser difícil de distinguir de depressão. Os clínicos de cuidados paliativos podem ter falta de confiança para diagnosticar a depressão e especialistas dos serviços de saúde mental podem nem sempre estar disponíveis.” (Rayner *et al.*, 2010, p. 229 e 230).

3.3.3. Delirium, Demência, Perturbações Mnésicas E Outras Perturbações Cognitivas

Nesta secção “a perturbação predominante é um défice significativo na cognição, que representa uma alteração significativa em relação a um nível prévio de funcionamento. Para cada perturbação desta secção, a etiologia é um estado físico geral (...) ou uma substância (...) ou uma combinação destes factores.” (DSM-IV-TR, 2002, p.135).

No âmbito dos cuidados paliativos, tomam particular relevância, pela sua incidência, o delirium e a demência.

3.3.3.1. Delirium

O delirium é também um sintoma frequente em cuidados paliativos, nomeadamente nas últimas horas de vida dos doentes, configurando-se como uma espécie de pronúncio da morte que se aproxima. De acordo com o (DSM-IV-TR, 2002),

a característica principal de um delirium consiste na perturbação da consciência acompanhada por uma alteração cognitiva, não podendo estas ser atribuídas a demência pré-existente ou em evolução. Este tipo de perturbação tem uma duração curta, normalmente, entre horas a dias e caracteriza-se por episódios flutuantes ao longo do dia (*idem*). A incidência de delirium é maior entre indivíduos idosos, entre os pacientes com estado avançado de cancro (15% a 20%) e entre aqueles em fase final da doença neoplásica (70% a 75%) (Assis Figueiredo, 2008). “A prevalência do delirium nos doentes hospitalizados varia entre 10% e 30%. (...) Cerca de 60% das pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, residentes em clínicas e lares, podem ter delirium em determinado momento. 25% dos doentes hospitalizados com cancro (...) podem desenvolver delirium durante a hospitalização. Cerca de 80% das pessoas com doença terminal desenvolvem delirium perto da morte.” (DSM-IV-TR, 2002, p. 138). A maior incidência e prevalência do delirium nos doentes crónicos e terminais fica a dever-se ao facto de o delirium ser, frequentemente, devido a estados físicos gerais e indução de substâncias. Alguns exemplos de delirium associado a estados físicos gerais, crónicos e terminais, devem-se a perturbações do sistema nervoso central, perturbações metabólicas, doenças cardiopulmonares, ou ainda, a doenças sistémicas (DSM-IV-TR, 2002). No caso de delirium associado a indução de substâncias, destacamos, como associados aos doentes crónicos e terminais, alguns medicamentos como, por exemplo, os anestésicos, os analgésicos e os corticosteróides (*idem*).

3.3.3.2. Demência

Uma outra perturbação mental associada à doença crónica e terminal é a demência. As demências são caracterizadas “pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos (incluindo diminuição da memória) devidos aos efeitos de um estado físico geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias” (DSM-IV-TR, 2002, p. 147). A principal característica das demências são os défices cognitivos múltiplos, em primeiro lugar a memória e, pelo menos, mais um dos seguintes: “afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução” (DSM-IV-TR, 2002, p. 148). Os défices cognitivos acima referidos são graves e causam perturbações ao nível do funcionamento ocupacional e social do sujeito. As demências podem estar etiologicamente associadas a um estado físico geral, como por exemplo no caso da Demência Vasculare (ou multienfartes), da Demência Secundária a Doença HIV,

ou ainda, da Demência Secundária a Doença de Parkinson. Podem também encontrar-se associadas a indução persistente de substâncias. Segundo o DSM-IV-TR (2002), encontram-se correlacionados com as demências os seguintes medicamentos: os sedativos, os ansiolíticos e os anticonvulsivantes, medicamentos esses, utilizados comumente e de forma sistemática nos doentes paliativos.

Minagawa *et al.* (1996 *cit in* Kim, 2011), refere que cerca de 42% dos doentes oncológicos apresentavam alterações cognoscitivas, tais como síndromes confusionais e demências.

3.3.4. Perturbações Induzidas por Substâncias

Como já foi referido anteriormente, cada uma das perturbações acima descritas pode ser induzida por substâncias. No caso dos doentes paliativos, as substâncias que assumem maior relevância são os medicamentos. De acordo com o DSM-IV-TR (2002, p.191), “Os medicamentos que podem causar Perturbações Relacionadas com Substâncias incluem, mas não se limitam a, anestésicos e analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, medicamentos, anti-hipertensivos e cardiovasculares, antimicrobianos, antiparkinsoníacos, quimioterapêuticos, corticosteróides, gastrointestinais, relaxantes musculares, anti-inflamatórios não esteróides, outros medicamentos de venda livre, antidepressivos e dissulfiram.”. Normalmente, estas perturbações, com a cessação da toma dos medicamentos, desaparecem. No caso dos doentes paliativos, como não podem cessar toda a medicação, algumas perturbações mentais relacionadas com substâncias mantêm-se e têm que ser foco da atenção da equipa multidisciplinar que acompanha o doente. Existem dois grupos de perturbações relacionadas com substâncias: as Perturbações pela Utilização de Substâncias e as Perturbações Induzidas por Substâncias. No caso dos doentes paliativos, interessam-nos, particularmente, as Perturbações Induzidas por Substâncias e, nomeadamente, pela sua maior incidência e prevalência, o Delirium Induzido por Substâncias, a Demência Persistente Induzida por Substâncias, as Perturbações de Humor Induzidas por Substâncias e as Perturbações de Ansiedade Induzidas por Substâncias, já descritas acima.

3.4. Conclusão

A presença de psicopatologia relacionada com a doença é o objecto de estudo da psicologia da saúde, que estuda a relação entre estas duas variáveis sob duas perspectivas: a psicopatologia enquanto etiologia ou como consequência das doenças. No âmbito deste estudo, apresenta-se como mais pertinente a psicopatologia enquanto consequência da doença. Especificamente, nos cuidados paliativos destacam-se, com particular incidência, as perturbações de humor, de ansiedade e ainda o delirium e a demência. Estas perturbações podem surgir como consequência directa ou indirecta da doença. Se as perturbações surgirem como consequência do estado físico, ou seja, das características da doença, consideram como consequência directa da doença. Se, por sua vez, surgirem como consequência de alguma medicação ou tratamento da doença, consideram-se como consequência indirecta ou induzida. Em ambos os casos, as equipas que trabalham com esta população devem estar atentas aos sinais e sintomas que se apresentem e realizar uma adequada avaliação da etiologia das perturbações para poderem intervir de forma adequada.

CAPÍTULO 4 - CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos constituem-se como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais.”

(OMS, 2002)

4.1. Introdução

A melhoria das condições socioeconómicas, nomeadamente, a melhoria das condições de higiene e salubridade das populações e cidades, contribuíram para a diminuição de infecções, doenças e epidemias. Juntamente com estas melhorias nas condições socioeconómicas aparecem os progressos científicos, associados ao desenvolvimento tecnológico do Séc. XX que permitiram um grande desenvolvimento da medicina, nomeadamente, no que diz respeito aos conhecimentos sobre a etiologia e desenvolvimento das doenças, às metodologias de rastreio e diagnóstico e aos tratamentos. Estes desenvolvimentos permitiram o aumento da longevidade, levando ao envelhecimento populacional e a grandes melhorias na qualidade de vida dos doentes. Doenças agudas e de desenvolvimento rápido transformaram-se em doenças crónicas, degenerativas e com progressão lenta e incapacitante.

“Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.). Em múltiplas ocasiões, também existem co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades.” (Programa Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP, 2010, p.5)

Este aumento da longevidade, bem como o aumento do número de mortes após um período de doença crónica, progressiva e incapacitante, acompanhado de mudanças sociais, nomeadamente, da alteração do papel da mulher enquanto cuidadora, trouxeram desafios às estruturas e organização dos sistemas de saúde, bem como aos recursos direccionados para os doentes crónicos.

4.2. Definição De Cuidados Paliativos

Os doentes sem possibilidade de cura, não apenas na fase terminal da doença, mas ao longo de todo o percurso da mesma, apresentam fragilidades e limitações físicas, psicológicas, sociais e espirituais muito específicas (Pereira da Silva & Sudigursky, 2008). Em 1990, com o objectivo de promover uma resposta adequada a estes doentes e suas famílias, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu a sua primeira definição de cuidados paliativos, actualizada em 2002, considerando os cuidados paliativos como

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais.”.

Galriça Neto (2006), completa esta definição referindo que os cuidados paliativos são cuidados activos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada e que este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) destes doentes e suas famílias. De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006) há alguns aspectos importantes relativamente aos cuidados paliativos que servem para uma melhor compreensão da definição dos mesmos. Nomeadamente, o facto de os cuidados paliativos encararem a vida e a morte como processos naturais, não pretendendo provocar a morte ou atrasá-la através de medidas terapêuticas fúteis; considerem como objectivo principal o bem-estar do doente e a sua qualidade de vida; advogarem uma abordagem holística do doente providenciando uma equipa interdisciplinar, na qual está sempre incluída a família; visarem as necessidades dos doentes independentemente do prognóstico e do diagnóstico dos mesmos bem como as necessidades dos familiares e cuidadores, prolongando os cuidados no período do luto; e finalmente, defendem a prestação rigorosa dos cuidados de saúde.

Apesar da definição e reconhecimento da importância dos cuidados paliativos pela OMS, vários autores os haviam estudado e definido anteriormente.

O conceito de cuidados paliativos nasce na década de 60, mais concretamente, por Cicely Saunders, que descreve os cuidados paliativos como uma “filosofia de cuidados para a pessoa que está a morrer, com o objectivo de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual” (McCoughlan, 1995 *cit in* Pereira da Silva & Sudigursky 2008, p. 505). Mais tarde, em 1967, Cicely Saunders funda o *St. Christopher's Hospice* em Londres dando-se início ao chamado *Movimento Hospice Moderno* (Ferraz Gonçalves, 2011). “No entanto, Geoffrey Hanks revelou recentemente que já existia um serviço no Royal Marsden, o Continuity Care Service fundado em 1964, com a finalidade de tratar os doentes oncológicos com doença avançada incurável. Considerava-se que, apesar de não haver possibilidade de deter a doença, a medicina possuía recursos que, se usados adequadamente, podiam responder aos problemas destes doentes. Balfour Mount abriu o seu serviço de Cuidados paliativos em

1975 no *Royal Victoria Hospital* de Montreal, empregando pela primeira vez a designação de cuidados paliativos, que a partir daí se generalizou.” (Ferraz Gonçalves, 2011, p. 24).

No final da década de 90, a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP) definiu cuidados paliativos como “cuidados activos numa abordagem global da pessoa atingida por uma doença grave, evolutiva ou terminal. O seu objectivo é aliviar as dores físicas, assim como os outros sintomas, e ter em conta o sofrimento psicológico, social e espiritual. Os cuidados paliativos e o acompanhamento são interdisciplinares. Dirigem-se ao doente enquanto pessoa, à sua família e aos que lhe são próximos, no seu domicílio ou em instituição (...). Consideram o doente como um ser vivo e a morte como um processo natural. Aqueles que prestam os cuidados procuram as investigações e os tratamentos despropositados. Recusam-se a provocar intencionalmente a morte. Esforçam-se por preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte e propõem um acompanhamento de suporte às pessoas em luto. Pela prática clínica, pelo seu ensino e pelos seus trabalhos de pesquisa, empenham-se para que estes princípios possam ser aplicados” (Batista, 2008, p.33).

Em Portugal, os cuidados paliativos, constituem-se como uma actividade recente, remontando ao início da década de 90 do século XX, mais exactamente em 1994, partindo de uma iniciativa da Liga Portuguesa Contra o Cancro, que cria o 1.º serviço de cuidados paliativos, no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO – Porto) (Ferraz Gonçalves, 2011).

Em 1995 nasce a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), a qual define os cuidados paliativos como uma “resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”.

Ao analisar-se as definições acima descritas é possível considerar que os cuidados paliativos se enquadram na perspectiva biopsicossocial da saúde e que vão de encontro à definição de saúde da OMS (1948), que a caracteriza como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. As suas intervenções dirigem-se aos sintomas físicos associados à doença crónica incurável e progressiva (dor, anorexia e caquexia, astenia, obstipação, náuseas e vómitos, sintomas respiratórios, entre outros), aos sintomas psicológicos e emocionais (depressão, ansiedade, delírium, angústia, medo, raiva, entre outros). Incluem-se ainda nos cuidados

paliativos intervenções sociais (subsídios, descontos em medicamentos e outros serviços, colocação em unidades de saúde apropriadas aos seus problemas de saúde, entre outras) e o apoio e aconselhamento espiritual. Estas intervenções, como referido na definição da OMS, têm como principal objectivo manter a qualidade de vida a um nível óptimo e visam não só o doente, mas também a sua família.

Para atingir os objectivos a que se propõem, a prática dos Cuidados Paliativos rege-se, segundo o PNCP (2010), pelos seguintes princípios:

- a) Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- b) Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- c) Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- d) Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- e) Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- f) Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- g) Assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- h) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- i) É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- j) Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- k) Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- l) Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- m) É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

O mesmo Programa apresenta como dimensões mais relevantes dos cuidados paliativos a doença, sua evolução e tratamento; os aspectos/sintomas físicos, emocionais e sociais; a dimensão espiritual; os cuidados à família/cuidador; o luto; os cuidados dos últimos dias e outros aspectos práticos. Mais sucintamente, Twycross (2003) e Neto (2004) apresentam 4 pilares da actuação em cuidados paliativos, são eles o controlo dos

sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Batista, 2008).

Actualmente, de acordo com as directrizes da OMS, os cuidados paliativos constituem-se como uma prioridade das políticas de saúde, uma vez que, com o aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas, bem como, com as alterações na rede familiar, se apresentam como a melhor, senão a única resposta para os doentes crónicos terminais (PNCP, 2010). Mais ainda, a OMS (2007), defende que idealmente, os cuidados paliativos devem ser integrados logo após o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida, adaptando-se às necessidades crescentes dos doentes e suas famílias até este atingir a fase terminal, e ainda, providenciar apoio às famílias a ultrapassar a fase de luto.

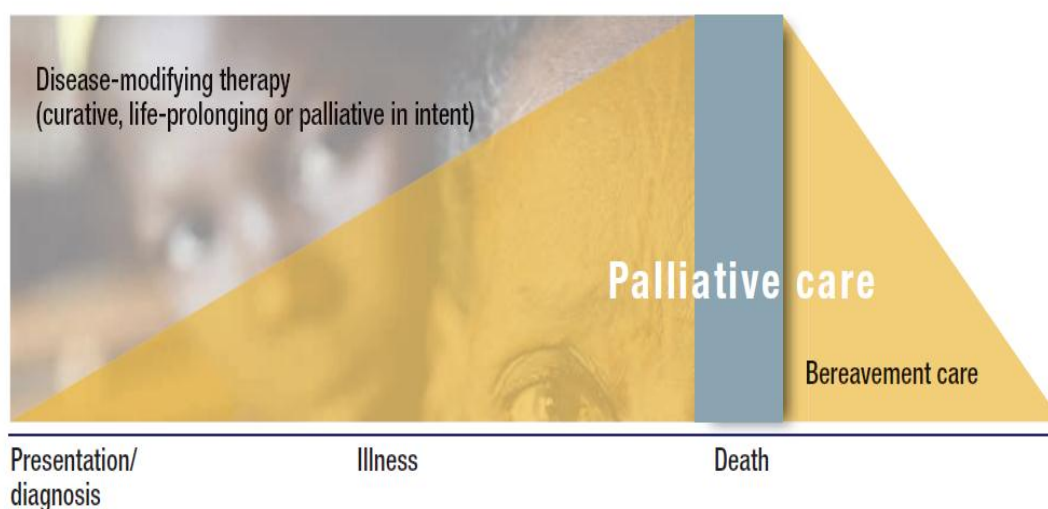


Figura 1: Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crónicas progressivas (OMS, 2007)

4.3. *Tipologias dos Cuidados Paliativos*

De acordo com o Plano Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP (2010), os Cuidados Paliativos devem ser planeados de acordo com os seguintes **níveis de diferenciação**:

4.3.1. Acção Paliativa

1. Representa o nível básico de palição e corresponde genericamente à prestação de acções paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas;

2. Pode ser prestada em internamento, em ambulatório ou no domicílio, por qualquer profissional clínico e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde;

O Decreto-Lei 109/2006 define acções paliativas como “as medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva” (Diário da República, 2006, p. 3857)

São fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou as suas famílias apresentam. É especialmente relevante nos serviços com elevada frequência e prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida limitado, como são os cuidados de saúde primários, os serviços de oncologia, de medicina interna, unidades da dor, unidades e equipas da RNCCI.

4.3.2. Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos de nível I,II e III são respostas organizadas e planificadas.

Nível I

1. São prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, que podem prestar directamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;

2. Estruturam-se habitualmente como Equipas intra-hospitalares ou domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos;

3. Podem ser prestados a doentes internados, ambulatórios ou no domicílio, que necessitam de Cuidados Paliativos diferenciados.

Nível II

1. Garantem a prestação directa e/ou apoio efectivo nas 24 horas;
2. Requerem a prestação directa dos cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que a maioria dos elementos tem a sua base de actividade na equipa, em que todos têm formação diferenciada em Cuidados Paliativos e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em Cuidados Paliativos;
3. Habitualmente, são prestados através de Unidades de Cuidados Paliativos, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados domiciliários e no ambulatório.

Nível III

Habitualmente correspondem a centros de elevada diferenciação que se assumem como referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:

1. Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em Cuidados Paliativos;
2. Desenvolvem actividade regular de investigação em Cuidados Paliativos;
3. Possuem experiência e diferenciação reconhecidas que lhes permitem responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de Cuidados Paliativos, assumindo-se como unidades de referência.
4. São localizados preferencialmente em centros universitários que possuem estruturas para docência e investigação.

Estas diferentes tipologias e níveis de resposta pressupõem diferentes requisitos estruturais e funcionais que foram definidos no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (PNCP, 2010). No que diz respeito às Unidades de Cuidados Paliativos, o Decreto-Lei acima referido, refere que “A unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do

consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.” (Diário da República, 2006, p. 3861). De acordo com o mesmo Decreto-Lei, a unidade de cuidados paliativos deve ser gerida por um médico e assegurar os seguintes serviços:

- a) Cuidados Médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Consulta, acompanhamento e avaliação dos doentes internados em outros serviços ou unidade;
- g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
- h) Actividades de manutenção;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Convívio e lazer.

No que diz respeito ao financiamento, este vai depender das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio. O financiamento das unidades de cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde (Diário da República, 2006).

4.4. *Doentes Paliativos*

Podemos referir que doente paliativo, baseando-nos na definição da OMS de cuidados paliativos acima referida, é um doente incurável e/ou grave e com prognóstico limitado.

Casmarrinha (2008) citando Pacheco (2002), refere que o termo doente paliativo pode ser aplicado aos doentes crónicos e/ou incuráveis, cuja doença se encontra num estado de irreversibilidade, com agravamento de sintomas e que apresentem dependência.

Uma outra definição de doente paliativo é a da Direcção Geral de Saúde (2007) que os define como doente sem perspectiva de tratamento curativo, com uma doença rapidamente progressiva, esperança de vida limitada no tempo e que, devido à gravidade

e especificidade da sua condição de saúde, necessita de apoio específico, organizado e interdisciplinar.

4.5. *Controlo de Sintomas em Cuidados Paliativos*

De acordo com Twycross (2003, p.79) existem cinco princípios que norteiam a abordagem ao controlo de sintomas em cuidados paliativos:

1. **Avaliação:** consiste no diagnóstico de cada sintoma antes do tratamento. Os profissionais de saúde devem estar especialmente atentos a sintomas como boca seca, alterações do paladar, anorexia, prurido e insónia, uma vez que estes sintomas podem ser considerados insignificantes pelos doentes, que muitas vezes não os comunicam aos profissionais de saúde. Nesta fase de avaliação, deve explorar-se a causa do ou dos sintomas, o mecanismo patológico subjacente aos mesmos, o que já foi feito e não surtiu efeito e ainda, o impacto que estes sintomas representam na vida do doente.
2. **Explicação:** explicação ao doente antes do tratamento. Esta fase começa com a explicação das razões que justificam os sintomas que o doente apresenta, esta explicação deve ser feita com termos simples, que sejam facilmente compreensíveis para o doente. A fase de explicação é de extrema importância, uma vez que contribui para a redução do impacto psicológico e emocional que os sintomas desencadeiam, reduzindo assim a gravidade dos mesmos. Também permite ao doente compreender a lógica e mecanismos subjacentes ao tratamento prescrito, o que contribui para adesão do mesmo ao tratamento. Nesta fase é também importante discutir as escolhas relativas ao tratamento a seguir, uma vez que é importante para a auto-estima do doente sentir que é considerado na tomada de decisões que lhe dizem respeito.
3. **Controlo:** tratamento individualizado. Aqui é importante fazer um tratamento individualizado que se dirija aos sintomas apresentados pelo doente. Muitas vezes é também necessário utilizar tratamentos não farmacológicos paralelamente aos farmacológicos. No que diz respeito aos tratamentos farmacológicos é importante que os mesmos sejam

administrados com regularidade, a horas certas e numa base profiláctica quando se dirigem a sintomas persistentes. Nesta fase é também importante, manter o tratamento o mais directo possível, não acrescentando qualquer medicamento ou tratamento suplementar sem avaliar a sua necessidade e riscos associados. Para haver um controlo real do tratamento é importante que a prescrição dos medicamentos e/ou tratamentos seja deixada de forma escrita e com todas as orientações necessárias à correcta administração dos mesmos. Nesta fase, os profissionais de saúde, por vezes deparam-se com situações aparentemente incontroláveis, uma vez que não se pode ser perito em todos os aspectos da doença, necessitando, por esse motivo, de recorrer ao auxílio de outros colegas. Finalmente, é importante não dizer ao doente que já não se pode fazer mais nada. O que se deve fazer é referir que se vai fazer o melhor possível e tentar aliviar os sintomas aos poucos, não sendo de esperar uma melhoria imediata, o que se tem mostrado como muito eficaz no caso de alguns sintomas.

4. Observação: avaliação contínua do impacto do tratamento. As palavras-chave desta fase são monitorização e rever. É importante monitorizar a evolução e possíveis efeitos secundários dos tratamentos, uma vez que os doentes são todos diferentes, fazendo, quando necessário, os ajustes necessários aos tratamentos.
5. Atenção aos pormenores: não fazer juízos infundamentados. É esta atenção aos pormenores que faz a diferença dos cuidados paliativos, evitando o sofrimento desnecessário dos doentes, seja por falta ou por excesso de tratamento. Esta atenção aos pormenores é igualmente importante em todas as fases do controlo de sintomas e não apenas nos aspectos físicos dos tratamentos, mas também nos aspectos psicológicos e emocionais.

No âmbito dos cuidados paliativos, segundo Twycross (2003) os principais sintomas a ser tratados são a dor, sintomas alimentares (anorexia, caquexia, obstipação, dispepsia, estase gástrica, náuseas e vômitos e obstrução), sintomas respiratórios (falta de ar, tosse), sintomas urinários, outros sintomas (ascite, hipercalemia, compressão medular, linfedema e prurido) perturbações mentais secundárias à doença (delirium, demência, perturbações mnésicas, perturbações de ansiedade, perturbações de humor,

perturbações da personalidade, intoxicação, síndrome de abstinência e psicoses). Estas perturbações mentais associadas à doença encontram-se melhor descritas e exploradas no Capítulo 3 desta dissertação.

Seguidamente, como a maioria dos elementos da nossa amostra se encontra a realizar tratamentos paliativos de quimioterapia e/ou radioterapia paliativa, descreveremos estes dois tipos de tratamento, de uma forma mais alargada. Descreveremos também o tratamento com bifosfonatos, no âmbito do tratamento paliativo, mas de uma forma mais sucinta, uma vez que apenas 5 elementos da nossa amostra se encontram a realizar esse tipo de tratamento.

4.5.1. Quimioterapia paliativa

A quimioterapia é uma das estratégias terapêuticas para a cura ou controlo da doença oncológica. “É um tratamento sistémico, que utiliza drogas citotóxicas, com o objectivo principal de prevenir a multiplicação de células neoplásicas, invasão de tecidos subjacentes ou o desenvolvimento de metástases.” (Langhorne, 2000 *cit in* Querido, 2005).

Nas últimas décadas, profissionais e investigadores têm vindo a considerar e a utilizar a quimioterapia não apenas como forma de tratamento do cancro, mas também como forma de paliar certos sintomas em cancros já avançados e sem hipótese de cura. Tem-se verificado que é possível o controlo de determinados sintomas, locais e sistémicos, devido à diminuição do tumor, eliminação de metástases e alterações na biologia do tumor, bem como da actividade metabólica conseguidos através de quimioterapia paliativa (Kam Hung, 2007).

A quimioterapia paliativa “refere-se á utilização de fármacos anti-neoplásicos no tratamento de uma doença maligna incurável (Ellinson *et al.*, 2002), necessária quando há a disseminação da doença oncológica, com a qual se obtêm resultados muito variados, de acordo com a sensibilidade dos diferentes tipos histológicos de tumores (Azevedo, 1989)” (Querido, 2005, p.77). “A quimioterapia paliativa, é dirigida ao alívio de sintomas, quando já não é possível controlar a doença” (Baum & Schipper, 2005 *cit in* Nunes, 2008, p. 33).

O tratamento com quimioterapia paliativa pode aumentar o intervalo livre de doença (esta afirmação contradiz a afirmação incorrecta anterior), aumentando não só a sobrevida do doente, mas também melhorando a qualidade de vida do mesmo (Souza,

2011). “Estudos clínicos incluindo ensaios randomizados demonstraram uma melhoria significativa na qualidade de vida através da quimioterapia paliativa no cancro da próstata refratário (Tannock, Osoba *et al.*, 1996), no cancro gastrointestinal avançado (Glimelius, Hoffman *et al.*, 1995), no cancro da mama metastizado (Tannock, Boyd, Deboer, *et al.*, 1988), no cancro das pequenas células do pulmão (Ihde, 1992) e no cancro de não-pequenas células do pulmão (Fernandez, Rossel, Abad-Esteve *et al.*, 1989). Alguns estudos demonstraram também benefícios da quimioterapia paliativa na sobrevivência no cancro colorrectal metastizado, no cancro da mama metastizado, no cancro dos ovários (Ozols, 2005) e cancro dos pulmões (Spiro, 1990).” (Kam Hung, 2007, p.13).

Paralelamente aos benefícios acima citados, a quimioterapia paliativa apresenta também efeitos secundários, os mais comuns vômitos, náuseas e queda de cabelo, mas também outros de ordem psicológica e psicossocial como decidir começar ou não um novo ciclo de quimioterapia, sabendo que não o vai curar e dos efeitos secundários a ela associados, lidar com os efeitos secundários e o olhar dos outros, bem como a possibilidade de criar no doente falsas expectativas relativamente ao seu prognóstico de sobrevivência (*idem*). Querido (2005), refere também a existência de alterações na auto-imagem e autoconceito destes doentes, associadas há dualidade existente entre os benefícios possíveis da quimioterapia paliativa e os efeitos adversos da mesma, bem como dos possíveis riscos associados à sua administração.

Os riscos da quimioterapia paliativa podem sobrepor-se aos potenciais benefícios, diminuindo assim a qualidade de vida dos doentes (Temel *et al.*, 2010 *cit in* Souza, 2011), conceito cada vez mais central nos cuidados paliativos oncológicos (Kaasa & Loge, 2003 *cit in* Souza, 2011). Para que os benefícios da quimioterapia paliativa se sobreponham aos prejuízos é necessário que as dosagens sejam adequadas e que as expectativas do paciente sejam ajustadas à realidade.

4.5.2. Radioterapia Paliativa

“A descoberta dos radioisótopos por Becquerel em 1898 (Ray & Sabel, 2007) contribuiu para a utilização da radioterapia no tratamento da doença oncológica. O seu valor efectivo destaca-se nos tratamentos primários e paliativos.” (Nunes, 2008, p. 35). Os principais sintomas para os quais se utiliza a radioterapia paliativa são a compressão

da espinal medula, a fratura patológica e também para se conseguir o controlo durável de metástases locais, entre outras indicações.

A radioterapia paliativa quando utilizada, adequadamente, tem demonstrado grande efectividade. Existe evidência clínica de que a radioterapia paliativa, como tratamento da dor no cancro metastizado do osso, apresenta uma taxa de sucesso de 59 a 62 % na redução da dor e de 32 a 34 % na eliminação total da dor (Roos *et al.*, 2003 *cit in* Kam Hung, 2007). Em cancros com múltiplas metástases cerebrais, a evidência clínica demonstra que a radioterapia paliativa apresenta uma taxa de resposta de cerca de 60% com melhorias neurológicas na ordem dos 40% (Ciezki *et al.*, 2000 *cit in* Kam Hung, 2007). Segundo Dolinsky & Metz, 2006, a radioterapia paliativa também tem demonstrado eficácia no controlo de hemorragias, disfagia e obstruções das vias respiratórias (Zulaica *et al.*, 2007).

As metástases ósseas destacam-se como a causa mais frequente da dor relacionada com o cancro (Hortobagyi, 2003 *cit in* Zulaica *et al.*, 2007). Segundo os mesmos autores, 80% das metástases ósseas estão relacionadas com o cancro da mama, da próstata e do pulmão e que a localização mais frequente das mesmas se encontra na coluna, nas costelas, na pélvis, no crânio e na porção proximal do fémur (Vakaet & Boterberg, 2004 *cit in* Zulaica *et al.*, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro, através do seu Instituto Nacional do Cancro - INCA (2001), a radioterapia paliativa apresenta benefícios em 80% dos pacientes com metástases ósseas e na melhoria da dor da fractura patológica, sendo que os melhores resultados são demonstrados nos cancros da mama, da próstata, da tiróide e do pulmão. Os objectivos da radioterapia paliativa nas metástases ósseas são o controlo da dor, a melhoria na qualidade de vida, a melhoria e manutenção da mobilidade e a diminuição da probabilidade de fracturas patológicas (Zulaica *et al.*, 2007). Quando existem metástases cerebrais múltiplas ou únicas, a radioterapia paliativa demonstra sucesso no alívio de cefaleias e enjoos e na melhoria de défices cognitivos, de confusão, défice motor e sensitivo e ainda da sonolência (INCA, 2001; Zulaica *et al.*, 2007).

Mais ainda, a radioterapia paliativa alivia obstruções brônquicas, com respostas de 90% no caso da dispneia, e compressões medulares (INCA, 2001). Apresenta-se também como uma boa resposta terapêutica na síndrome da veia cava superior, em tumores exófiticos e hemorragias, nomeadamente, hemoptise, metrorragia, hematúria, sangramento rectal e sangramento de estoma (*idem*). Apresenta também benefícios na disfagia, dispneia e dor torácica associada ao cancro do esófago, na dor pélvica e em

sangramentos de cancros rectais, ginecológicos, urológicos e pulmonares. (Zulaica *et al.*, 2007).

Paralelamente aos seus benefícios, a radioterapia paliativa apresenta também alguns prejuízos, tais como efeitos secundários agudos, hospitalizações, múltiplas idas ao hospital para tratamento, que se fazem acompanhar de transtornos como deslocações, gastos, entre outros (Munro, Sebag-Montefiore, 1992 *cit in* Ham Kung, 2007). Mais ainda, a radioterapia está também associada a mielossupressão, náuseas, vômitos e diarreia, bem como a alopecia e a pneumonia (Cruz, 2011). Há também o risco de deterioração cognitiva, com efeito tardio, entre três a seis meses, quando utilizada a radioterapia nas metástases cerebrais (Zulaica *et al.*, 2007), que pode ser acompanhada de demência e perdas de memória (Laak & Brown, 2004 *cit in* Zulaica *et al.*, 2007). Estes efeitos secundários da radioterapia paliativa podem ainda ser agravados quando esta é acompanhada de quimioterapia, uma vez que a mesma quebra a barreira hematoencefálica (Zulaica *et al.*, 2007).

Actualmente, tem sido demonstrado que os doentes oncológicos que recebem cuidados paliativos apresentam maior sobrevida, com melhor bem-estar físico, emocional e espiritual, razão pela qual estes têm sido introduzidos cada vez mais cedo como opção de tratamento (Ellison, Chevlen, 2002 e Sun, 2006 *cit in* Souza, 2011).

4.5.3. Tratamento com Bifosfonatos

“Os bifosfonatos são inibidores dos osteoclastos e utilizam-se para aliviar a dor metastática dos ossos que não responde aos analgésicos e à radioterapia, com ou sem cirurgia ortopédica. Os estudos publicados referem-se principalmente ao cancro da mama e ao mieloma múltiplo, mas têm sido observados benefícios noutros tipos de cancro. Cerca de 50% dos doentes melhora, habitualmente num período de 7 – 14 dias, podendo a melhoria durar 2 – 3 meses. É possível que as melhoras ocorram apenas depois de um segundo tratamento e, caso não haja resposta após este, nada se ganha com a continuação da administração⁶⁰. Nos doentes que respondem ao tratamento, a administração deve ser continuada numa base sempre que necessário enquanto se obtiverem melhoras.” (Twycross, 2003, p. 114).

CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA

“Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de
investigação científica.”

(Fortin, 2000, p.372)

5.1. Introdução

Uma vez que o nosso estudo tem objectivos que se prendem com o estabelecimento de relações entre variáveis, optamos por utilizar a metodologia quantitativa.

O presente capítulo começa por descrever os objectivos que orientaram a investigação, de seguida, descreve o método, detalhando os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos implementados.

5.2. Objectivos do Estudo

Tendo em consideração o acima descrito este estudo baseou-se na análise de três constructos distintos e na relação entre os mesmos em doentes em tratamento paliativo. O primeiro é a psicopatologia associada aos doentes em tratamento paliativo. O segundo, consiste na avaliação de dois processos emocionais: a regulação e a expressão emocional em doentes em tratamento paliativo. O terceiro consistirá na avaliação do suporte social em doentes em tratamento paliativo.

Através deste estudo pretendeu-se correlacionar os quatro constructos referidos e analisar que relações se estabelecem entre eles.

A temática sobre a qual se debruçou esta investigação apresenta-se com grande pertinência e importância, uma vez que, contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico no âmbito do estudo dos processos emocionais, do suporte social e das suas relações e impacto no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia, no domínio dos cuidados paliativos, um domínio que se encontra ainda pouco explorado.

5.2.1. Objectivo Geral:

Compreender o impacto dos processos emocionais de regulação e expressão emocional e do suporte social no desenvolvimento e manutenção de sintomatologia psicopatológica nos doentes em tratamento paliativo.

5.2.2. Objectivos Específicos:

Objectivo específicos 1: Compreender quais as estratégias de regulação e expressão emocional utilizadas pelo doente em tratamento paliativo.

Objectivo específico 2: Analisar a satisfação com o suporte social do doente em tratamento paliativo.

Objectivo específico 3: Compreender o impacto das estratégias de regulação e expressão emocional, utilizadas pelo doente, na psicopatologia associada ao doente em tratamento paliativo.

Objectivo específico 4: Compreender o impacto da satisfação com o suporte social do doente na psicopatologia associada ao em tratamento paliativo.

5.3. *Amostra*

A amostra em estudo é constituída por 58 doentes oncológicos que se encontram a realizar tratamento paliativo de quimioterapia, radioterapia, bifosfonatos ou combinações destes tratamentos, no Centro Hospitalar S. João – EPE e no Instituto Português de Oncologia – Dr. Gentil Martins, Porto.

Características Sociodemográficas		Média	Desvio Padrão
Idade		61,19	11,226
Características Sociodemográficas		N	Porcentagem
Género	Feminino	34	58,6
	Masculino	24	41,4
Estado Civil	Solteiro	2	3,4
	Casado ou União de Facto	45	77,6
	Divorciado	4	6,9
	Viúvo	7	12,1
	Sem escolaridade	2	3,4
Escolaridade	Sabe ler e escrever	2	3,4
	1.º Ciclo	28	48,3
	2.º Ciclo	9	15,5
	3.º Ciclo	9	15,5
	Secundário	5	8,6
	Licenciatura	3	5,2
	Intestino	15	25,9
Localização do Cancro	Útero	1	1,7
	Ovários	5	8,6
	Mama	17	29,3
	Rim	1	1,7
	Próstata	3	5,2
	Pâncreas	3	5,2
	Cavidade Oral	1	1,7
	Mediastino	1	1,7
	Cabeça	1	1,7
	Pulmão	4	6,9
	Sarcoma	1	1,7
	Estômago	1	1,7
	Cólon	1	1,7
	Vulva	1	1,7
	Desconhecido	2	3,4
Tratamento	Quimioterapia	34	58,6
	Radioterapia	13	22,4
	Quimioterapia e Radioterapia	6	10,3
	Bifosfonatos	2	3,4
	Bifosfonatos e Quimioterapia	3	5,2

Tabela 2: Características Sociodemográficas da Amostra

Todos os doentes apresentam doença oncológica metastizada, com múltiplas etiologias e localizações, tendo todos eles já realizado outros tratamentos como cirurgia e/ou ciclos de quimioterapia e radioterapia anteriormente, encontrando-se neste momento a realizar tratamento paliativo. Paralelamente à doença oncológica, grande parte dos elementos da amostra, apresentam outros problemas de saúde como diabetes, hipertensão e problemas cardíacos como acidentes vasculares cerebrais por exemplo, o que implica a toma de medicação múltipla. Alguns doentes, como apresentam metástases ósseas, tomam também medicação para as dores, outros ainda fazem complemento à terapêutica de quimioterapia em casa.

A amostra é constituída por 58 indivíduos, 34 do género feminino e 24 do género masculino, o que corresponde a uma percentagem de 58,6% e 41,4% respectivamente. As idades dos elementos da amostra recolhida compreendem-se entre 38 e 83 anos, a maioria dos elementos da amostra (77,6%) são casados ou vivem em união de facto estável e o nível de escolaridade dos mesmos situa-se entre “Sem escolaridade” e “Licenciatura”, na qual 48,3% apresentam apenas o 1.º Ciclo do Ensino Básico.

5.4. Instrumentos

Este estudo implica a avaliação de múltiplas variáveis, por esse motivo houve a necessidade de utilização de vários instrumentos diferentes.

5.4.1. Questionário sociodemográfico

Para a obtenção das características sociodemográficas da população em estudo foi desenvolvido um questionário sociodemográfico. Esse questionário teve o objectivo de recolher informações relativas ao género, idade, estado civil, habilitações académicas, localização do cancro e tratamentos que os participantes se encontravam a realizar.

5.4.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de McIntyre, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999).

Versão original

Esta escala foi desenvolvida, pelos autores, para se avaliarem os níveis de ansiedade e depressão na população com doença física e em tratamento ambulatorio. De acordo com Fernandes (2009), esta escala tem também sido utilizada para avaliar de uma forma breve a ansiedade e depressão e com doentes oncológicos no âmbito de pesquisa e despistagem. A HADS é composta por duas sub-escalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma constituída por 7 itens. Segundo Zigmond e Snaith (1983 *cit in* Fernandes, 2009) a HADS permite avaliar um estado de ansiedade generalizado e um estado de anedonia. Esta escala tem a vantagem de poder ser auto-administrada num curto espaço de tempo, cerca de 10 min. O paciente para cada um dos 14 itens de resposta das duas sub-escalas tem 4 hipóteses de resposta, devendo escolher qual deles melhor representa aquilo que sentiu durante a semana anterior. Cada item das duas sub-escalas é quantificado numa escala tipo Likert, entre 0 e 3 valores, sendo que 0 indica menor distress psicológico e 3 maior distress psicológico. “Cada sub-escala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21; quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e depressão.” (Fernandes, 2009, p. 223). Valores inferiores a 8, de acordo com Zigmond & Snaith (1994 *cit in* Fernandes, 2009), são considerados irrelevantes e sinónimo de ausência de ansiedade e depressão. Os mesmos autores, consideram os seguintes valores para a indicação da severidade de cada sub-escala: entre 0 e 7 “normal”, entre 8 e 10 depressão e/ou ansiedade “leve”, entre 11 e 15 depressão e/ou ansiedade “moderada” e entre 16 e 21 depressão e/ou ansiedade “grave”.

Watson *et al.*, (1999 *cit in* Fernandes, 2009) consideram outros valores para definir os níveis de ansiedade ou depressão: entre 0 e 7 consideram ausência de ansiedade e depressão, entre 8 e 10 consideram a existência de uma situação *bordeline* de ansiedade ou depressão e finalmente, mais de 11 consideram que existe presença de ansiedade ou depressão.

A aferição desta escala para a população portuguesa foi realizada por McIntyre e col. (2004) (Fernandes, 2009). A análise da fidelidade e validade, bem como a consistência interna das escalas e validade de constructo, revelaram valores semelhantes aos encontrados na escala original (*idem*). McIntyre e col. (2004) também avaliaram as correlações entre as duas sub-escalas, encontrando uma forte correlação, isto é, as duas sub-escalas encontram-se positiva e significativamente correlacionadas entre si (*ibidem*).

5.4.3. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRS) (Gratz & Roemer, 2004)

Para a avaliação da regulação emocional, será utilizada a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRS) (Gratz & Roemer, 2004), adaptada para a população portuguesa por Machado Vaz & Branco Vasco (*in press*). A EDRS foi concebida para medir as complexidades e dificuldades da regulação emocional como descrito em diversas teorias da regulação emocional (Machado Vaz e Branco Vasco, *in press*).

Este instrumento de auto-relato é constituído por 36 itens, aos quais os indivíduos devem responder baseando-se numa escala tipo Likert de 5 valores que varia entre 1 (Raramente) e 5 (Sempre) e dele emergem seis sub-escalas que reflectem a natureza multifactorial da regulação emocional. São elas: (1) *Não-aceitação da emoção*; (2) *Dificuldades de envolvimento em comportamentos para a acção*; (3) *Impulso/dificuldades de controlo*; (4) *Não atenção à emoção*; (5) *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional*; e (6) *Não compreensão da emoção* (Gratz & Roemer, 2004 *cit in* Machado Vaz e Branco Vasco, *in press*). A primeira sub-escal *Não-aceitação da emoção* é composta pelos itens que reflectem uma tendência para a presença de respostas emocionais negativas secundárias a emoções negativas (Gratz & Roemer, 2004). Por sua vez, a segunda sub-escala deste instrumento, *Dificuldades de envolvimento em comportamentos para a acção*, refere-se aos itens que reflectem dificuldades em concentrar-se e concretizar determinadas tarefas enquanto se está a experienciar emoções negativas (*idem*). Gratz & Roemer (2004), caracterizam a terceira sub-escala, *Impulso/dificuldades de controlo*, como sendo composta pelos itens que

reflectem as dificuldades de manter o controlo dos comportamentos quando se experienciam emoções negativas. *Não atenção à emoção* é a quarta sub-escala e é constituída, de acordo com os autores da escala, pelos itens que reflectem a tendência para atender e tomar consciência das emoções. Quando os itens desta sub-escala estão inversamente cotados, de forma adequada, os mesmos reflectem inatenção e falta de consciência das emoções (Gratz & Roemer, 2004). A sub-escala cinco, como referido acima, denomina-se *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* e é constituída pelos itens que reflectem a crença que pouco ou nada pode ser feito, quando se está perturbado, para efectivamente se regularem as emoções (*idem*). Finalmente, a sub-escala seis *Não compreensão da emoção*, de acordo com Gratz & Roemer (2004), é composta pelos itens que reflectem a medida em que os indivíduos compreendem que emoções estão a sentir.

De acordo com o estudo de validação da escala original, esta apresenta uma forte correlação entre as diferentes sub-escalas que a compõe, uma elevada consistência interna e ainda validade de constructo. A EDRS apresenta também uma boa fiabilidade teste-reteste (Machado Vaz e Branco Vasco, *in press*).

5.4.4. Escala de Expressão Emocional (Kring, Smith & Neale, 1994)

No que diz respeito à avaliação da expressão emocional, foi utilizada a Escala de Expressão Emocional (Kring, Smith & Neale, 1994), adaptada para a população portuguesa por Machado Vaz e Branco Vasco (*in press*). Esta escala é constituída por 17 itens que medem a extensão, na qual um indivíduo, habitualmente, expressa exteriormente, emoções positivas e negativas (Machado Vaz e Branco Vasco, *in press*). Os 17 itens que constituem a escala são cotados numa escala tipo Lickert de 7 pontos na qual 1 corresponde a “nunca verdade” e 6 corresponde a “sempre verdade”.

De acordo com o estudo original de Kring *et al.* (1994 *cit in* Machado Vaz e Branco Vasco *in press*), esta escala demonstrou uma consistência interna elevada e validade convergente e discriminante.

Vários estudos que relacionam a expressão emocional com a psicopatologia utilizaram esta escala, tendo a mesma predito que menor expressão emocional prediz maior psicopatologia (Machado Vaz e Branco Vasco, *in press*). Estes resultados

indicam a importância da expressão emocional no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia (*idem*).

5.4.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Finalmente, para a avaliação do suporte social, utilizaremos a para Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), um instrumento desenvolvido e publicado por Pais Ribeiro (1999).

“A ESSS foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986), que as medidas de percepção do suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível.” (Pais Ribeiro, 2011, p. 8).

“A versão final da ESSS é constituída por 15 afirmações que são apresentadas para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente”.” (Pais Ribeiro, 2011, p. 8).

Da escala total emergem quatro sub-escalas que foram geradas empiricamente e se encontram de acordo com os constructos para que os itens foram gerados e medem diferentes aspectos do suporte social (Pais Ribeiro, 2011). A primeira sub-escala denomina-se *satisfação com amigos* e mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo possui (*idem*). A segunda sub-escala denomina-se *intimidade* e mede a percepção que o indivíduo possui da existência de suporte social íntimo (*ibidem*). A terceira sub-escala denomina-se *satisfação com a família* e mede a satisfação que o indivíduo possui do suporte social familiar existente (Pais Ribeiro, 2011). A última sub-escala denomina-se *actividades sociais* e mede a satisfação com as actividades sociais que o indivíduo realiza (*ibidem*).

Concluindo, a ESSS apresenta-se como uma escala que avalia a satisfação do indivíduo com o suporte social percebido e estabelece uma relação do mesmo com a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e o mal-estar, mostrando-se fiel e válida para a população portuguesa (Pais Ribeiro, 2011).

5.5. Procedimento

O estudo realizou-se através da administração de instrumentos de auto-relato, aferidos e validados para a população portuguesa, com a devida autorização dos autores. A recolha dos mesmos foi realizada com o consentimento informado dos participantes.

Tratando-se de um estudo que inclui uma amostra clínica, a recolha da mesma envolveu o recurso a instituições de saúde nas quais foram aplicadas as medidas de auto-relato à amostra. Previamente, houve a necessidade de requerer às instituições de saúde as autorizações necessárias quer dos Directores de Serviço, quer das Comissões de Ética, quer ainda da Direcção das instituições. Requeremos estas autorizações a várias instituições de saúde públicas e privadas, tendo apenas conseguido a autorização do Centro Hospitalar S. João – EPE, Porto e do Instituto Português de Oncologia – Dr. Gentil Martins, Porto.

5.5.1. Recolha de Dados

Após a obtenção das autorizações e da programação da melhor forma para a recolha de dados, em conjunto com os Directores de Serviço, ou outros técnicos de saúde, por eles designados, procedeu-se à recolha dos dados dentro das instituições acima referidas.

No caso dos participantes que se encontravam em tratamento com quimioterapia paliativa, a recolha de dados foi realizada dentro das salas de tratamento, enquanto no caso dos participantes que se encontravam em tratamento com radioterapia paliativa, a recolha de dados realizou-se antes ou depois do tratamento numa sala próxima dos locais de tratamento.

No momento da recolha de dados foi explicado a cada um dos participantes o estudo, os seus objectivos e como se procederia a recolha de dados, bem como a liberdade de aceitar ou não participar no mesmo através da informação ao participante. Posteriormente, se o participante aceitasse participar no estudo assinava o consentimento informado, caso contrário entregava a informação ao participante, que lhe havia sido entregue, e não assinava o consentimento informado.

Após a assinatura do consentimento informado cada doente preencheu os questionários e escalas, que constituem a bateria de instrumentos do estudo.

5.5.2. Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram posteriormente submetidos a diversas análises estatísticas com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package For Social Sciences*, Versão 19 (SPSS – v.19) da IBM.

CAPÍTULO 6 – RESULTADOS

6.1. Introdução

No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos na investigação desenvolvida. Os resultados obtidos serão apresentados em dois momentos. No primeiro momento, descrevem-se os resultados obtidos referentes a cada uma dos constructos centrais da nossa investigação, nomeadamente, psicopatologia, processos emocionais (regulação e expressão emocional) e suporte social. Inicialmente, apresentam-se os resultados referentes à psicopatologia associada aos doentes em tratamento paliativo, nomeadamente, os dados relativos à ansiedade e depressão. Seguidamente, descrevem-se os resultados relativos aos processos emocionais dos doentes em tratamento paliativo, especificamente, os resultados referentes aos processos de regulação e expressão emocional. Finalmente, apresentam-se os resultados obtidos no que diz respeito ao suporte social dos doentes em tratamentos paliativo.

No segundo momento da apresentação dos resultados, expõem-se os dados referentes às correlações que se estabelecem entre os quatro constructos em estudo em doentes em tratamento paliativo. Em primeiro lugar apresentam-se os resultados referentes às correlações entre a psicopatologia e os processos emocionais de regulação e expressão emocional. Em seguida, apresentam-se os resultados obtidos relativos às correlações entre psicopatologia e suporte social. Posteriormente correlacionam-se os processos emocionais de regulação e expressão emocional entre si. Finalmente, correlacionam-se os processos emocionais de regulação e expressão emocional com o suporte social.

Para a realização da análise dos dados, utilizamos o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19.

6.2. Psicopatologia Nos Doentes Em Tratamento Paliativo

Para realizar a análise da psicopatologia dos doentes em tratamento paliativo foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de (Zigmond & Snaith, 1983 adaptada para a população portuguesa por McIntyre, Araújo-Soares, Gouveia & Silva, 1999). A HADS pode ser analisada na sua globalidade, fornecendo um índice de perturbação emocional e através das suas duas sub-escalas que fornecem dados referentes à presença, ou não, de ansiedade e depressão.

Para a avaliação da psicopatologia nos doentes em tratamento paliativo foi realizada uma estatística descritiva dos resultados obtidos pela amostra na HADS e comparados com os valores de referência do instrumento. Na tabela seguinte encontram-se explanados os resultados obtidos.

HADS			
	Valores de Referência	Média dos Valores da Amostra	% da amostra com valores acima do valor de referência "normal"
Ansiedade	Entre 0 e 7 – “Normal” Entre 8 e 10 - “Leve”	7.98	53.6
Depressão	Entre 11 e 15 – “Moderada” Entre 16 e 21 “Grave”	7.41	46.6
Escala_Total	Entre 0 e 11 – “Normal” Entre 12 e 21 – “Leve” Entre 22 e 31 – “Moderada” Entre 32 e 42 – “Grave”	15.36	66.1

Tabela 3: Resultados referentes à psicopatologia

No que diz respeito ao índice de perturbação emocional, a nossa amostra apresenta uma média de 15.36, o que representa uma perturbação emocional considerada “leve”, de acordo com os valores de referência. Por sua vez, as duas sub-escalas que a constituem (ansiedade e depressão) apresentam médias de 7.98 e 7.41, respectivamente, o que, de acordo com os valores de referência, não é indicador de níveis de ansiedade e de depressão fora do padrão normal, encontrando-se, no entanto, no limite superior do nível normal.

Apesar de, globalmente, a amostra analisada não apresentar ansiedade, 53.6% da mesma, apresentam algum nível de ansiedade (entre o leve e o grave). O mesmo acontece relativamente à depressão e ao índice de perturbação emocional, ou seja, na análise global dos resultados a amostra não apresenta índices de depressão nem de perturbação emocional, no entanto, uma percentagem de 46.9 e de 66.1, respectivamente, apresentam depressão e perturbação emocional entre os níveis leve e grave.

Analisando os resultados obtidos, pela amostra, nesta escala e respectivas sub-escalas, podemos concluir que uma grande percentagem dos elementos da mesma, entre 46.9% e 66.1%, apresentam ansiedade, depressão e perturbação emocional global desde o nível leve até ao nível grave.

6.3. Processos Emocionais Nos Doentes Em Tratamento Paliativo

6.3.1. Regulação Emocional Nos Doentes Em Tratamento Paliativo

Para avaliação das estratégias de regulação emocional utilizadas pelos doentes em tratamento paliativo, foi utilizada a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRS) de Gratz & Roemer, (2004) adaptada para a população portuguesa por (Machado Vaz & Branco Vasco, *in press*). Este instrumento de avaliação é constituído por uma escala global que avalia as dificuldades de regulação emocional na globalidade e através dos seis factores que dela emergem, que reflectem a natureza multifactorial da regulação emocional.

Este instrumento apresenta valores médios de referência, aferidos para a população portuguesa, quer para a escala total, quer para as sub-escalas que a constituem. Se os elementos da amostra apresentarem valores abaixo da média de referência, isso significa que não apresentam dificuldades de regulação emocional, pelo contrário, se apresentarem valores acima da média de referência isso significa que apresentam dificuldades de regulação emocional. Quanto maiores os valores acima da média de referência, maiores as dificuldades de regulação emocional apresentadas.

No quadro abaixo encontram-se sintetizados os valores das médias da amostra e da população (quer para a escala total, quer para cada uma das sub-escalas), bem como do Teste T realizado, com a diferença entre médias e o valor de significância correspondente a essa diferença.

EDRS					
	Média da População Portuguesa	Média da Amostra Recolhida	% amostra com valores superiores à média da população	Teste T	
				Sig.	Diferença de Médias
Sub-escala 1: <i>Não aceitação da emoção</i>	14.07	11.19	21.1	.000*	-2.877
Sub-escala 2: <i>Difícultades de se envolver em comportamentos para acção</i>	13.29	13.02	41.1	.583	-.272
Sub-escala 3: <i>Impulso /difícultades de controlo</i>	15.51	12.84	12.5	.000*	-2.671
Sub-escala 4: <i>Não atenção à emoção</i>	16.54	19.51	78.9	.000*	2.969
Sub-escala 5: <i>Acesso limitado a estratégias de regulação emocional</i>	16.24	16.00	35.1	.717	-.240
Sub-escala 6: <i>Não compreensão da emoção</i>	11.68	14.89	80.4	.000*	3.213
Escala Total	87.37	89.20	44.0	.470	1.830

*Sig. ≤ 0.05 = diferença significativa entre a amostra e a população

Tabela 4: Resultados referentes á regulação emocional

No que diz respeito à totalidade da escala, a amostra apresenta uma média de 89.20, o que se apresenta como acima da média da população portuguesa que se situa nos 87.37. De acordo com o Teste T realizado, esta diferença entre a população e a amostra não se apresenta como significativa, apresentando um valor de significância de 0.470. A percentagem da amostra que apresenta valores de regulação emocional superiores à média da população é de 44.0.

Relativamente à análise das sub-escalas quatro apresentam valores abaixo da média da população, nomeadamente, a sub-escala *Não aceitação da emoção*, com uma diferença de 2.877, a sub-escala *Difícultades de se envolver em comportamentos para acção*, com uma diferença de 0.272, a sub-escala *Impulso /difícultades de controlo*, com uma diferença de 2.671, e a sub-escala *Acesso limitado a estratégias de regulação*

emocional com uma diferença de 0.240. Por sua vez, as outras duas sub-escalas, *Não atenção à emoção* e *Não compreensão da emoção* apresentam valores acima da média, respectivamente, mais 2.969 e mais 3.213.

As diferenças acima apresentadas, considerando os valores do Teste T realizado, apresentam-se como significativas em quatro das seis sub-escalas, nomeadamente, nas Sub-escalas *Não aceitação da emoção*, *Impulso /dificuldades de controlo*, *Não atenção à emoção* e *Não compreensão da emoção*. As restantes sub-escalas apresentam diferenças não significativas.

Analizamos também a percentagem da população que apresenta valores superiores à média, nas diferentes sub-escalas da EDRS. Neste âmbito destacamos a sub-escala *Não atenção à emoção* e a sub-escala *Não compreensão da emoção*, as quais apresentam, uma percentagem de 78.9 e de 80.4, respectivamente, de valores superiores à média da população.

Após a análise destes resultados, podemos concluir que 44.0% dos elementos da amostra em estudo apresentam dificuldades de regulação emocional superiores à média dos portugueses. As maiores dificuldades de regulação emocional apresentam-se na atenção e compreensão das emoções experienciadas pelos indivíduos.

6.3.2. Expressão Emocional Nos Doentes Em Tratamento Paliativo

Para a análise da expressão emocional foi utilizada a Escala de Expressão Emocional (EEE) de Kring, Smith & Neale (1994) adaptada para a população portuguesa por Machado Vaz e Branco Vasco (*in press*).

Este instrumento apresenta valores médios de referência, aferidos para a população portuguesa. Se os elementos da amostra apresentarem valores abaixo da média de referência, isso significa que apresentam menos comportamentos de expressão emocional que a população, se pelo contrário, apresentarem valores acima da média de referência isso significa que apresentam mais comportamentos de expressão emocional que a população. Quanto maiores os valores acima da média de referência, mais comportamentos de expressão emocional apresentam os elementos da amostra.

No quadro abaixo encontram-se sintetizados os valores das médias da amostra e da população, bem como do Teste T realizado, com a diferença entre médias e o valor de significância correspondente a essa diferença.

EEE					
	Média da População Portuguesa	Média da Amostra Recolhida	% da amostra com valores superiores à média da população	Teste T	
				Sig.	Diferença Médias
Escala Total	63.6	63.71	54.9	.939*	.106

*Sig. ≤ 0.05 = diferença significativa entre a amostra e a população

Tabela 5: Resultados referentes á expressão emocional

Observando a tabela, acima representada, podemos concluir que, a amostra em estudo, no que diz respeito à expressão emocional, apresenta valores semelhantes aos da população portuguesa, apresentando uma diferença entre médias de 0.106, o que não se constitui como significativo. Ainda relativamente aos resultados obtidos, pela amostra nesta escala, podemos referir que 54.9%, dos elementos da mesma, apresentam valores superiores à média da população portuguesa, no entanto, como estes resultados não são significativos não se pode concluir que a amostra apresente mais comportamentos de expressão emocional que a população.

6.4. Suporte Social Nos Doentes Em Tratamento Paliativo

Para a avaliação do suporte social da amostra foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais Ribeiro (1999). A ESSS possui valores de referência, quer para a escala global, quer para as quatro sub-escalas que a constituem. Esses valores de referência fornecem a base de comparação, que permite aferir se os elementos da amostra se encontram ou não satisfeitos com o suporte social que possuem quer na generalidade, quer para cada um dos diferentes aspectos do suporte social que a mesma pretende medir através das sub-escalas.

ESSS			
	Valores de Referência	Média dos Valores da Amostra	% da amostra com baixa satisfação
Sub-escala 1: <i>Satisfação com os amigos</i>	Entre 25 e 5	20.10	13.8
Sub-escala 2: <i>Intimidade</i>	Entre 20 e 4	15.66	15.5
Sub-escala 3: <i>Satisfação com a família</i>	Entre 15 e 3	13.40	6.9
Sub-escala 4: <i>Satisfação com as Actividades Sociais</i>	Entre 15 e 3	9.93	46.6
Escala Total	Entre 75 e 15	59.09	10.3

Tabela 6: Resultados referentes ao suporte social

A tabela, acima representada, permite-nos verificar que, quer na escala global, quer na maioria das sub-escalas que a constituem, a amostra em estudo apresenta elevados níveis de satisfação com o suporte social. A única excepção apresenta-se na sub-escala *Satisfação com as Actividades Sociais*, a qual apresenta apenas 9.93 de média, quando a pontuação máxima possível é 15, no entanto, este valor não é negativo, é apenas inferior à média dos restantes factores. Outra questão relativamente a este factor é que 46.6% dos elementos da amostra apresentam valores abaixo da média da mesma.

Após a análise dos valores obtidos nesta escala, podemos concluir que a amostra apresenta elevados níveis de satisfação com o suporte social, quer na globalidade, quer diferentes aspectos do suporte social.

Seguidamente, analisaremos as correlações existentes entre os diferentes constructos em estudo, bem como as correlações entre os factores que constituem algumas delas.

6.5. Correlação entre Psicopatologia e Processos Emocionais

Como referido anteriormente, para se avaliarem os níveis de psicopatologia e os processos emocionais de regulação e expressão emocional, utilizaram-se respectivamente a HADS, a EDRS e a EEE. Seguidamente apresentam-se os resultados

referentes às correlações que se estabelecem entre estes três constructos. Num primeiro momento analisam-se as correlações entre a psicopatologia e os processos emocionais na globalidade e num segundo momento analisam-se as correlações que se estabelecem entre os diferentes componentes da psicopatologia e dos processos emocionais através da análise dos resultados obtidos nas correlações entre as diferentes sub-escalas dos instrumentos utilizados para a avaliação destes constructos.

Correlação entre as Escalas HADS e EDRS		
		EDRS
HADS_Total	Pearson Correlation	.692**
	Sig. (2- tailed)	.000
	N	48

**A correlação é significativa no nível 0.01 (2- tailed)

Tabela 7: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e a Regulação Emocional

A correlação entre a regulação emocional e a psicopatologia é positiva ou seja, quando as dificuldades de regulação emocional aumentam, os níveis de psicopatologia também aumentam. A correlação entre ambas é moderada, no entanto, encontra-se no limite superior do nível moderado, apresentando-se próxima do nível alto. Podemos ainda referir que a correlação entre ambas é significativa, uma vez que apresenta um valor de significância de .000.

Por sua vez, entre a expressão emocional e a psicopatologia verifica-se uma correlação baixa e positiva, ou seja, quando os níveis de expressão emocional aumentam, os níveis de psicopatologia também aumentam. No entanto, esta correlação apresenta-se como não significativa.

Seguidamente, analisam-se as correlações que se estabelecem entre os diferentes componentes da psicopatologia, nomeadamente, a ansiedade e a depressão, e os componentes da regulação emocional, bem como entre os componentes da psicopatologia e a expressão emocional, através da análise dos resultados obtidos nas correlações entre as diferentes sub-escalas dos instrumentos utilizados para a avaliação destes constructos.

Correlação entre sub-escalas da HADS e sub-escalas da EDRS			
		HADS Ansiedade	HADS Depressão
Sub-escala 1: <i>Não aceitação da emoção</i>	Pearson	.572**	.598
	Sig. (2- tailed)	.000	.000
Sub-escala 2: <i>Dificuldades de se envolver em comportamentos para acção</i>	Pearson	.507**	.524
	Sig. (2- tailed)	.000	.000
Sub-escala 3: <i>Impulso /dificuldades de controlo</i>	Pearson	.631**	.656
	Sig. (2- tailed)	.000	.000
Sub-escala 4: <i>Não atenção à emoção</i>	Pearson	-.019	-.164
	Sig. (2- tailed)	.889	.224
Sub-escala 5: <i>Acesso limitado a estratégias de regulação emocional</i>	Pearson	.486**	.546
	Sig. (2- tailed)	.000	.000
Sub-escala 6: <i>Não compreensão da emoção</i>	Pearson	.483**	.525
	Sig. (2- tailed)	.000	.000

**A correlação é significativa no nível 0.01 (2- tailed)

Tabela 8: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e os diferentes factores da Regulação Emocional

Considerando os resultados da Correlação de *Pearson* indicados na tabela acima representada pode referir-se que existe uma correlação entre significativa entre cinco das seis sub-escalas da EDRS e as duas sub-escalas da HADS, ou seja, existe uma correlação entre a maior parte dos diferentes componentes da regulação emocional que avaliam as suas sub-escalas e a ansiedade e a depressão avaliadas pelas duas sub-escalas da HADS.

No que diz respeito às sub-escalas da HADS que avaliam os níveis de ansiedade e de depressão, verifica-se que estas se correlacionam de forma positiva, moderada e significativa com as seguintes sub-escalas da EDRS: *Não aceitação da emoção*, *Dificuldades de se envolver em comportamentos para acção*, *Impulso /dificuldades de controlo*, *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* e *Não compreensão da emoção*. Isto significa que quando os valores das dificuldades de regulação emocional nos seus diferentes componentes aumentam, aumentam também os níveis de ansiedade.

A excepção apresenta-se na sub-escala da EDRS *Não atenção à emoção*, a qual se relaciona de forma negativa com as sub-escalas ansiedade e depressão da HADS e apresenta uma correlação muito baixa também com ambas as sub-escalas, ou seja, quando os valores dessa sub-escala da EDRS aumentam os valores referentes às sub-escalas *Ansiedade* e *Depressão* da HADS diminuem.

Seguidamente, apresentam-se os resultados para a correlação entre a ansiedade e a depressão e a expressão emocional através da análise dos resultados da correlação de *Pearson* entre as sub-escalas da HADS e a EEE na sua globalidade.

Correlação entre sub-escalas da HADS e EEE		
	HADS_Ansiedade	HADS_Depressão
EEE	Pearson .326*	.115
	Sig. (2- tailed) .022	.423

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2- tailed)

Tabela 9: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e a Expressão Emocional

A correlação existente entre a expressão emocional e a ansiedade constitui-se como positiva, ou seja, quando os níveis de expressão emocional aumentam, os valores da ansiedade também aumentam. Mais ainda, essa correlação apresenta-se como baixa mas significativa. Por sua vez, a correlação entre a expressão emocional e a depressão, apesar de se apresentar também como positiva, é muito baixa e não significativa.

6.6. Correlação entre Psicopatologia e Suporte Social

Como referido anteriormente, para se avaliarem os níveis de psicopatologia e o suporte social, utilizaram-se respectivamente a HADS e a ESSS. Para fazer a análise das correlações entre estes dois constructos realizou-se o teste estatístico da *Correlação de Pearson*. Seguidamente apresentam-se os resultados referentes às correlações que se estabelecem entre estes dois constructos. Num primeiro momento analisam-se as correlações entre estes constructos na sua globalidade e num segundo momento analisam-se as correlações que se estabelecem entre os diferentes componentes que constituem estes constructos.

Correlação entre HADS e ESSS		
		ESSS
	Pearson Correlation	-.320*
HADS	Sig. (2- tailed)	.016
	N	56

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2- tailed)

Tabela 10: Resultados referentes à correlação entre a Psicopatologia e o Suporte Social

Como se pode verificar na tabela acima representada, verifica-se uma correlação negativa e baixa entre estes dois constructos. Isto significa que quando aumenta o suporte social diminuem os índices globais de psicopatologia. Apesar de a correlação entre ambas as escalas ser baixa, a mesma apresenta-se com significativa.

A HADS, como já foi referido, é constituída por duas sub-escalas *Ansiedade e Depressão* e a ESSS é constituída por quatro sub-escalas, *Satisfação com os Amigos, Intimidade, Satisfação com a Família e Actividades Sociais*. Seguidamente, serão explanados os resultados obtidos nas *Correlações de Pearson* entre as diferentes sub-escalas, dos instrumentos acima referidos, de forma a se compreenderem como se relacionam entre si os diferentes componentes dos constructos em análise.

Na tabela abaixo estão compilados os valores das *Correlações de Pearson* que se estabeleceram entre os factores da HADS e os factores da ESSS.

Correlação entre sub-escalas da HADS e as Sub-escalas da ESSS					
		Satisfação com os amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Satisfação com Actividades Sociais
HADS Ansiedade	Pearson	-.066	-.362**	-.128	-.382**
	Sig. (2- tailed)	.629	.006	.345	.004
HADS Depressão	Pearson	-.075	-.263*	-.085	-.230
	Sig. (2- tailed)	.575	.046	.524	.082

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2- tailed)

**A correlação é significativa no nível 0.01 (2- tailed)

Tabela 11: Resultados referentes à correlação entre as sub-escalas da Psicopatologia e as sub-escalas do Suporte Social

Relativamente às correlações entre a sub-escala, que avalia os níveis de ansiedade da HADS e as quatro sub-escalas da ESSS, que avaliam a satisfação com o suporte social nos seus diferentes componentes, podemos referir que se estabelecem correlações entre todas elas. Todas as correlações que se estabelecem entre estas sub-escalas são negativas, ou seja, quando os factores da ESSS aumentam, o factor Ansiedade da HADS diminui. A correlação da sub-escala *Ansiedade* da HADS com os factores *Satisfação com os Amigos* e *Satisfação com a Família* encontram-se no nível muito baixo, -0.066 e -0.128 respectivamente. Por sua vez, a correlação da sub-escala *Ansiedade* da HADS com os factores *Intimidade* e *Satisfação com as Actividades Sociais* encontram-se no nível baixo, -0.362 e -0.382 respectivamente, mas já muito próximo do nível moderado que se inicia no valor 0.4 . De todas as correlações que se estabelecem, entre a ansiedade e os quatro componentes do suporte social, nenhuma delas se apresenta como significativa.

No que diz respeito às correlações que se estabelecem entre a Depressão e os diferentes componentes do suporte social, podemos referir que também se verificam correlações entre todas elas. Podemos ainda referir que todas as correlações são negativas, como também se verificou relativamente à Ansiedade e que se encontram num nível baixo de correlação (entre *Depressão* e *Satisfação com Amigos* e entre *Depressão* e *Satisfação com a Família*) e num nível muito baixo de correlação (entre *Depressão* e *Intimidade* e entre *Depressão* e *Satisfação com Actividades Sociais*).

Para finalizar a análise das correlações entre as duas formas de psicopatologia e os componentes do suporte social analisados, podemos referir que as mesmas não se apresentam como significativas, com excepção da correlação entre a sub-escala da HADS que avalia a depressão e a sub-escala *Intimidade* da ESSS que avalia a percepção que o indivíduo possui da existência de suporte social íntimo.

6.7. Correlação entre Regulação e Expressão emocional

Para a análise destes dois processos emocionais, utilizou-se respectivamente a EDRS e a EEE. Neste ponto da apresentação dos resultados iremos apresentar as correlações existentes entre estes dois processos na sua globalidade e entre os componentes da regulação emocional e a expressão emocional. Para a realização da análise dessas correlações utilizou-se o teste estatístico *Correlação de Pearson*.

.Correlação entre EDRS e EEE		
EEE	Pearson Correlation	EDRS
	Sig. (2- tailed)	.364*
	N	.016
		43

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2- tailed)

Tabela 12: Resultados referentes à correlação entre a Regulação Emocional e a Expressão Emocional

Entre a regulação e a expressão emocional existe uma correlação de 0.364, o que se apresenta como uma correlação positiva, ou seja, quando aumentam as dificuldades de regulação emocional, também aumenta a expressão emocional, no entanto, esta correlação situa-se num nível baixo, mas já próxima do nível moderado. A correlação entre estes dois processos emocionais, apesar de baixa, apresenta-se como significativa.

Correlação entre Sub-escalas da EDRS e a EEE		
Sub-escalas EDRS	Pearson Correlation	EEE
Sub-escala 1: <i>Não aceitação da emoção</i>	Sig. (2- tailed)	.156
	N	.280
		50
Sub-escala 2: <i>Dificuldades de se envolver em comportamentos para acção</i>	Pearson Correlation	.282*
	Sig. (2- tailed)	.050
	N	49
Sub-escala 3: <i>Impulso /dificuldades de controlo</i>	Pearson Correlation	.195
	Sig. (2- tailed)	.180
	N	49
Sub-escala 4: <i>Não atenção à emoção</i>	Pearson Correlation	.109
	Sig. (2- tailed)	.450
	N	50
Sub-escala 5: <i>Acesso limitado a estratégias de regulação emocional</i>	Pearson Correlation	.257
	Sig. (2- tailed)	.072
	N	50
Sub-escala 6: <i>Não compreensão da emoção</i>	Pearson Correlation	.011
	Sig. (2- tailed)	.943
	N	49

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2- tailed)

Tabela 13: Resultados referentes à correlação entre os factores da Regulação Emocional e a Expressão Emocional

No que diz respeito às correlações existentes entre os diferentes componentes da regulação emocional, representados pelas seis sub-escalas da EDRS, e a expressão emocional analisada através da EEE, verifica-se que as mesmas são positivas, ou seja, quando os valores de qualquer uma das sub-escalas da EDRS aumentam, os valores da escala de expressão emocional também aumentam. Essas correlações são, no entanto baixas e não significativas, com excepção da correlação entre a sub-escala *Dificuldades de se envolver em comportamentos para acção* da EDRS e a EEE que se apresenta como significativa.

6.8. Correlação entre Regulação Emocional e Suporte Social

Para a análise destes dois constructos, utilizou-se respectivamente a EDRS e a ESSS. Seguidamente apresentam-se as correlações existentes entre estes dois constructos através da análise dos resultados de uma *Correlação de Pearson* realizada com os dados recolhidos através dos instrumentos acima referidos. Num primeiro momento analisam-se as correlações entre os dois constructos na sua globalidade e seguidamente, analisam-se as correlações entre os diferentes componentes que os constituem.

Correlação entre a EDRS e a ESSS		
		ESSS
EDRS	Pearson Correlation	-.426**
	Sig. (2- tailed)	.002
	N	50

**A correlação é significativa no nível 0.01 (2- tailed)

Tabela 14: Resultados referentes à correlação entre a Regulação Emocional e o Suporte Social

Relativamente à correlação entre a regulação emocional e o suporte social, podemos referir que esta é moderada porque se encontra acima dos 0.4 (como se pode verificar na tabela acima representada) e negativa, o que significa que quando o suporte social diminui as dificuldades de regulação emocional aumentam. Podemos também referir que a correlação entre estes dois constructos se apresenta como significativa.

Correlação entre factores da EDRS e os factores da ESSS					
		Satisfação com os amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Satisfação com Actividades Sociais
Sub-escala 1: <i>Não aceitação da emoção</i>	Pearson	-.261*	-.348**	-.191	-.251
	Sig. (2- tailed)	.050	.008	.154	.059
Sub-escala 2: <i>Dificuldades de se envolver em comportamentos para acção</i>	Pearson	-.135	-.246	-.235	-.289
	Sig. (2- tailed)	.322	.067	.082	.031
Sub-escala 3: <i>Impulso /dificuldades de controlo</i>	Pearson	-.145	-.357**	-.352**	-.244
	Sig. (2- tailed)	.285	.007	.008	.069
Sub-escala 4: <i>Não atenção à emoção</i>	Pearson	-.113	-.131	-.091	-.160
	Sig. (2- tailed)	.405	.332	.503	.235
Sub-escala 5: <i>Acesso limitado a estratégias de regulação emocional</i>	Pearson	-.192	-.229	-.157	-.251
	Sig. (2- tailed)	.151	.087	.242	.059
Sub-escala 6: <i>Não compreensão da emoção</i>	Pearson	-.215	-.208	-.304*	-.246
	Sig. (2- tailed)	.111	.123	.023	.068

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2- tailed)

**A correlação é significativa no nível 0.01 (2- tailed)

Tabela 15: Resultados referentes à correlação entre os Factores da Regulação Emocional e os Factores do Suporte Social

Todos os componentes da regulação emocional representados pelas sub-escalas da EDRS apresentam uma correlação negativa com os componentes do suporte social avaliados através da ESSS. As correlações entre estes componentes situam-se entre os níveis baixo e muito baixo. Apesar de baixas ou muito baixas, algumas das correlações entre estes componentes apresentam-se como significativas. As correlações que se apresentam como significativas verificam-se entre a *Não aceitação da emoção* e a *Satisfação com os amigos*, entre a *Não aceitação da emoção* e a *Intimidade*, entre o *Impulso/dificuldades de controlo* e a *Intimidade*, entre o *Impulso/dificuldades de*

controlo e a *Satisfação com a família* e finalmente, entre a *Não compreensão da emoção* e a *Satisfação com a família*. As restantes correlações apresentam-se como não significativas.

6.9. *Correlação entre Expressão Emocional e Suporte Social*

Para a análise destes dois constructos, utilizou-se respectivamente a EEE e a ESSS. Neste ponto da apresentação dos resultados apresentam-se as correlações que se estabelecem entre estes dois constructos e entre a expressão emocional e os diferentes componentes do suporte social avaliados através das diferentes sub-escalas do instrumento utilizado para avaliar o suporte social. Para o estabelecimento de correlações utilizou-se o teste estatístico *Correlações de Pearson*.

Correlação entre a ESSS e a EEE	
	ESSS
EEE	Pearson Correlation
	Sig. (2-tailed)
	N

Tabela 16: Resultados referentes à correlação entre a Expressão Emocional e o Suporte Social

Através da análise dos resultados obtidos na *Correlação de Pearson* verifica-se que entre estes dois constructos se estabelece uma correlação negativa, baixa e não significativa, ou seja, estes dois constructos não se correlacionam estatisticamente.

Correlação entre a EEE e os Factores da ESSS					
		Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Actividades Sociais
EEE	Pearson Correlation	,181	-,203	,070	-,223
	Sig. (2-tailed)	,204	,154	,626	,116
	N	51	51	51	51

Tabela 17: Resultados referentes à correlação entre a Expressão Emocional e os Factores do Suporte Social

No que diz respeito à correlação entre a *Expressão emocional* e os diferentes componentes do suporte social, podemos referir que as correlações entre eles apresentam-se como muito baixas, positivas e não significativas entre a *Expressão*

emocional e a *Satisfação com os amigos* e a *Satisfação com a família* e apresentam-se como baixas, negativas e não significativas entre a *Expressão emocional* e a *Intimidade* e as *Actividades Sociais*.

CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1. Introdução

Neste espaço de discussão, após a apresentação de resultados, surge o momento de sistematizar as principais contribuições desta dissertação e analisar se os objectivos propostos foram alcançados. Cada uma das escalas utilizadas e respectivos resultados serão analisados com o objectivo de aprofundar o conhecimento e reflectir sobre as conclusões obtidas no estudo em questão, nomeadamente, que relações se estabelecem entre a regulação e expressão emocional, o suporte social e o desenvolvimento de psicopatologia, nos doentes em tratamento paliativo.

Para facilitar a discussão de resultados, a mesma será dividida em seis partes. Nas primeiras quatro partes discutem-se e analisam-se os resultados referentes aos quatro constructos em estudo, ou seja, pretende-se compreender que tipo de estratégias emocionais são utilizadas pela amostra, quais os seus níveis de satisfação com o suporte social e quais os níveis de psicopatologia presentes na amostra.

Nas duas últimas partes discute-se e analisam-se os resultados obtidos nas correlações entre os diferentes constructos em estudo, de forma a compreendermos o impacto das estratégias de regulação e expressão emocional e do suporte social, no desenvolvimento de psicopatologia, nos doentes em tratamento paliativo, ou seja, discutiremos as questões relacionadas com os dois últimos objectivos específicos que definimos na metodologia.

Por último, serão analisadas as vantagens e limitações do estudo, bem como possíveis direcções futuras para a investigação neste âmbito.

7.2. Discussão Dos Resultados Referentes À Regulação Emocional e Expressão Emocional

O primeiro objectivo desta investigação consiste em compreender quais as estratégias de regulação e expressão emocional utilizadas pelos doentes em tratamento paliativo.

As principais dificuldades ao nível da regulação emocional da nossa amostra apresentam-se ao nível da atenção e compreensão emocional, ou seja, os elementos que constituem a amostra apresentam dificuldades em promoverem estratégias de regulação emocional nomeadamente prestarem atenção às suas emoções e compreenderem que

emoções estão a sentir, isto é, a dar-lhes um significado. Este resultado poderá indicar que um indivíduo que apresente dificuldades em prestar atenção às emoções que está a experienciar, apresente dificuldades em compreender que emoção está a experienciar.

No que diz respeito aos doentes em tratamento paliativo, como as suas emoções são, por vezes, muito avassaladoras, os mesmos optam por seleccionar a que estímulos emocionais prestam atenção, ou seja os pacientes em tratamento paliativo têm mais dificuldades de regulação emocional, nomeadamente ao nível da falta de atenção emocional e compreensão da emoção.

Apesar das dificuldades de atenção e compreensão das emoções, a nossa amostra não apresenta dificuldades significativas, ou seja, superiores ao padrão normal, nos restantes componentes da regulação emocional. Podemos então concluir que esta amostra utiliza normalmente os restantes componentes da regulação emocional, ou seja, não apresenta dificuldades no que diz respeito à aceitação das emoções, ao envolvimento em comportamentos para acção, no controlo de impulsos nem no acesso a estratégias de regulação emocional.

No que diz respeito à expressão emocional, a amostra encontra-se, dentro da média dos valores da população, ou seja, os doentes em tratamento paliativo exibiram os mesmos níveis de expressão emocional que a população em geral.

Consideramos que este resultado pode dever-se ao facto de esta amostra se encontrar sob grande stress emocional e psicológico, bem como por apresentar uma elevada satisfação com o suporte social que possui, uma vez que, diversos estudos referem a correlação entre a expressão emocional e a redução do stress emocional, nomeadamente, Stiles (1987 *cit in* Barr, Kahn & Schneider, 2008) refere que os indivíduos quando experienciam grande stress psicológico se sentem compelidos a expressá-lo perante os outros e acredita também que essa partilha reduz o stress psicológico. Outras teorias, emergentes da evidência clínica, sugerem que expressar as emoções pode aliviar o stress psicológico (Kennedy-Moore & Watson, 2001 *cit in* Barr, Kahn & Schneider, 2008).

7.3. Discussão Dos Resultados Referentes ao Suporte Social

O segundo objectivo desta investigação consistia em analisar o suporte social dos doentes em tratamento paliativo. De acordo com os resultados apresentados pelos

elementos da nossa amostra, podemos concluir que os mesmos apresentam um nível de satisfação com o suporte social bastante elevado.

No que diz respeito à escala total, cerca de 90% da amostra apresenta satisfação com o suporte social. No que diz respeito aos quatro factores que constituem a escala podemos referir que apenas o factor “Satisfação com as actividades sociais” apresenta uma percentagem elevada de elementos da amostra insatisfeitos.

Esta insatisfação poderá ser consequência do envolvimento dos pacientes nos tratamentos, internamentos e a própria evolução da doença impedirem os doentes de participarem nas mesmas.

7.4. Discussão Dos Resultados Referentes À Psicopatologia

Como referido anteriormente, doentes diagnosticados com uma doença crónica, nomeadamente cancro, desenvolvem sintomatologia psicopatológica, particularmente, depressão e ansiedade (Derogatis *et al.*, 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Hapille, 2000 *cit in* Figueiredo, 2007). Mais ainda, este tipo de sintomatologia psicopatológica apresentasse com maior severidade nos doentes, em fases mais avançadas da doença. Os dados obtidos na nossa amostra enquadram-se no que as investigações acima referidas demonstraram, ou seja, doentes em fases avançadas de doença, apresentam percentagens elevadas de ansiedade, de depressão e de perturbação emocional global. Assis Figueiredo (2008) revela que, no que diz respeito à ansiedade, nos doentes com cancro, em fases avançadas da doença, é esperado uma percentagem de ansiedade entre os 13% e os 32%. A amostra do nosso estudo apresenta valores ainda mais elevados com uma percentagem de 53.6% de ansiedade. No que diz respeito à depressão, segundo Hotopf *et al.* (2002 *cit in* Rayner *et al.*, 2010) seria de esperar uma percentagem de depressão entre os 3% e os 45%. A nossa amostra apresenta uma percentagem de depressão de 46.6% o que, mais uma vez, se apresenta de acordo com o esperado.

7.5. Discussão Dos Resultados Referentes À Relação Entre Psicopatologia E Os Processos Emocionais

O terceiro objectivo da nossa investigação prendia-se com a correlação da psicopatologia, mais concretamente a ansiedade e a depressão, com os processos emocionais, nomeadamente a regulação e a expressão emocional.

No que respeita à correlação entre a psicopatologia e os processos emocionais podemos concluir que os elevados níveis de ansiedade e depressão dos elementos da nossa amostra poderão ser resultantes das dificuldades apresentadas ao nível da regulação emocional, nomeadamente, devido às dificuldades na atenção às emoções e às dificuldades da compreensão das emoções. Vários autores associam as dificuldades de regulação emocional com diferentes perturbações e sintomas psicopatológicos, nomeadamente, a ansiedade e as perturbações do humor (Barlow, 1986; Beck, Rush, Shaw, & Emory, 1979 *cit in* Gross, 1998).

No que diz respeito à relação entre a expressão emocional e a psicopatologia verificou-se que não existe uma correlação significativa entre estes dois constructos, ou seja, os níveis de ansiedade e depressão, apresentados pela amostra, não se encontram correlacionados com a expressão emocional.

7.6. Discussão Dos Resultados Referentes À Relação Entre Psicopatologia E Suporte Social

O quarto objectivo do estudo consistia em compreender a correlação da psicopatologia com o suporte social percebido nos doentes em tratamento paliativo.

Neste âmbito podemos interpretar os resultados obtidos, sob três hipóteses. A primeira hipótese é a de que o suporte social, ao contrário do que seria esperado, não tem interferência no desenvolvimento de psicopatologia, para esta amostra específica, uma vez que os elementos da nossa amostra se mostram satisfeitos com o suporte social que percebem possuir e, no entanto, apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão. Seria esperado que um nível de satisfação com o suporte social tão elevado, como o apresentado pela nossa amostra, demonstrasse efeitos protectores relativamente ao desenvolvimento de psicopatologia. A segunda hipótese explicativa deste resultado poderá ser a possibilidade de, por mais que um indivíduo possua e se aperceba dessa

mesma posse de suporte social, não existir suporte social suficiente para que o indivíduo consiga encarar o processo de degradação física, social e psicológica associado à doença crónica, degenerativa e terminal. A terceira hipótese explicativa deste resultado poderá ser a possibilidade de que (considerando que o suporte social se apresenta como factor protector no desenvolvimento de psicopatologia, como refere a literatura) a nossa amostra apresentaria percentagens ainda mais elevadas de psicopatologia se não possuísse níveis tão elevados de satisfação com suporte social do que aquilo que apresenta.

7.7. Conclusão Da Discussão Dos Resultados

Considerando os resultados obtidos, existe a possibilidade de que a psicopatologia que a amostra apresenta possa ficar a dever-se às dificuldades de regulação emocional apresentadas pela mesma.

Mais ainda, podemos considerar a hipótese de que a psicopatologia apresentada pela amostra poderia ser mais significativa se, a mesma, não apresentassem um suporte social percebido tão elevado como o que apresentam.

No entanto, podemos ainda considerar a hipótese de a psicopatologia associada à nossa amostra ficar a dever-se ao próprio processo ou fase da doença ou à medicação associada à palição da mesma.

7.8. Limitações Metodológicas

As medidas de auto-relato apresentam, na sua concepção, limitações metodológicas que se prendem com o facto de se basearem na memória dos sujeitos que os preenchem. A memória constitui-se como um processo selectivo e reconstutivo (Ross, 1989 *cit in* Machado Vaz, 2009). Dessa forma, as informações recolhidas através de medidas de auto-relato apresentam, para além do processamento cognitivo da situação, algum grau de viés, adquirido pelo processo de selecção e reconstrução dos mecanismos da memória. Neste sentido, consideramos que os resultados obtidos através destes instrumentos de medida apresentam também alguns enviesamentos resultantes quer do processo idiossincrático do processamento cognitivo, quer dos processos de memória.

Outra limitação metodológica prende-se com as características muito próprias da população que seleccionamos como objecto de estudo, ou seja, os elementos desta população encontram-se sob grande stress psicológico e emocional, sob a influência de diversos tipos de medicação e apresentam, por vezes, algum tipo de défice cognitivo associado á evolução da doença ou aos tratamentos realizados, o que poderá resultar em enviesamentos no preenchimento das medidas de auto-relato.

Finalmente, podemos também apresentar como limitação metodológica o N da nossa amostra, uma vez que, com um N maior, poderíamos colmatar as limitações metodológicas acima citadas, diluindo os enviesamentos possíveis.

7.9. Direcções Futuras

Os dados obtidos demonstram a importância dos processos de regulação emocional no desenvolvimento de psicopatologia.

Consequentemente considera-se pertinente que investigações futuras aprofundem as influências de cada estratégia de regulação emocional no desenvolvimento de psicopatologia, de forma a compreender se alguma das estratégias, individualmente, se apresenta como mais determinante do que as restantes para o desenvolvimento da mesma.

No que diz respeito aos resultados obtidos relativamente à expressão emocional, consideramos que será importante, em investigações futuras, aferir se estes se confirmam ou se foram influenciados pelos resultados obtidos ao nível da regulação emocional.

Consideramos também importante confirmar, futuramente, os resultados obtidos no que diz respeito ao suporte social, uma vez que os mesmos são bastante díspares daquilo que seria esperado.

BIBLIOGRAFIA

- Abrunheiro L M M 2005: *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. Artigo publicado [online]. Available: www.psicologia.com.pt. Accessed 8 de Junho de 2012.
- Almeida V M S: *Somatização e Expressão Emocional – Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, 2006.
- Alves D, Cruz O, Duarte C. & Martins R: *Escala de avaliação do conhecimento emocional (EACE)*. Apresentada na XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 2006.
- American Psychiatric Association (APA): *DSM-IV-TR Manual De Diagnóstico E Estatística Das Perturbações Mentais* (4.^a Edição), Texto Revisto. Climepsi Editores, Lisboa, 2002.
- Andrade G R B & Vaitsman J: *Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva* 7 (4); 2002: 925-934.
- Assis Figueiredo, M., T. (Coord.): *Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia*, S. Paulo, 2006.
- Averill J R: *A constructivist view of emotion*. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (pp. 305-339). FL: Academic Press, Orlando, 1980.
- Barnes V: *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica* (1^a ed.). Lusodidacta, Lisboa, 1998.
- Barr L K, Kahn J H & Schneider W J: *Individual Differences in Emotion Expression: Hierarchical Structure and Relations with Psychological Distress*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27 n.10; 2008: 1045-1077.

- Batista M N, Batista A S D & Torres E C R: Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7 n° 1; 2006: 39-48.
- Batista P M P M M: Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto 2008.
- Berry D S & Pennebaker J W: Nonverbal and verbal emotional expression and health. Psychotherapy and Psychosomatics 59; 1993: 11-19.
- Bridges L, Denham S & Ganiban J.: Definitional Issues in Emotion Regulation Research. Child Development, 75 n.2; 2004: 340 – 345.
- Bueno J & Primi R: Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 n.2; 2003: 279-291.*
- Cardoso G, Luengo A, Trancas B, Vieira C & Reis D: Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Psilogos, n.8; 2009.
- Carneiro B & Yoshida E: Alexitimia: uma revisão do conceito. Psicologia: Teoria e Pesquisa 25 n.1; 2009: 103-108.
- Carvalho C D R: Luto e religiosidade. Monografia realizada no âmbito da Licenciatura em Psicologia. Instituto Superior da Maia, 2006
- Casmarrinha M: Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2008.

Chapman A: Five Stages of Grief. Based on the Grief Cycle model first published in *On Death & Dying*, Elisabeth Kübler-Ross, 1969. Interpretation 2006-2009. Retirado da internet em <http://www.ekrfoundation.org/five-stages-of-grief/> a 22 de Junho de 2012.

Comras L A, Holland E A & Patterson M J: Facial Expression. In Lewis M & Haviland J M (Eds.). *Handbook of Emotions*. The Guilford Press, New York, 1993.

Coutinho J, Ribeiro E, Ferreirinha R & Dias P: Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua Relação com sintomas Psicopatológicos. *Rev Psiquiatr Clín* 37 n.4; 2010: 145-51.

Cruz P I N: Papel do denosumab no tratamento da doença óssea metastática. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2011.

Dodge K & Garber K A: Domains of Emotion Regulation. In Garber J & Dodge K A (Eds.): *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge Studies in Social & Emotional Development. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1991.

Dodge K A Emotion and Social Information Processing. In Garber J & Dodge K A (Eds.): *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge Studies in Social & Emotional Development. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1991.

Epstein S: Emotion and Self-Theory. In Lewis M & Haviland J M (Eds.). *Handbook of Emotions*. The Guilford Press, New York, 1993.

Fernandes S M R: Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, 2009.

- Figueiredo A P R S: Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: implica es na qualidade de vida, morbidade psicológica, representa es de doença e stress p s-traumático. Disserta o de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, 2007.
- Fisher C T: A Humanistic and Human Science Approach to Emotion. In Magai C & McFadden S H (Eds.). *Handbook of Emotion, adult development and aging*. Academic Press, San Diego, 1996.
- Freire L.: Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise te rica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 n.1; 2010: 15-24.
- Gallo I, Keill A, McCulloch K & Rockstroh B: *Strategic Automation of Emotion Regulation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96 n.1; 2009: 11–31.
- Garber J, Broafldt N & Zeman J: The Regulation of Sad Effect: an Information-processing Perspective. In Garber J & Dodge K A (Eds.): *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge Studies in Social & Emotional Development. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1991.
- Garber J & Dodge K A (Eds.): *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge Studies in Social & Emotional Development. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1991.
- Giese-Davis J, Koopman C, Buttler D L, Classen C & Cordova M; Fobair P; & Benson J, Kraemer H C & Spiegel D: Change in Emotion-Regulation Strategy for Women With Metastatic Breast Cancer Following Supportive–Expressive Group Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 n.4; 2002: 916–925.
- Giese-Davis J, Liess A, Simon W, Yutsis M, Piemme K A, Owen J E & Golant M: Detecting Emotional Expression in Face-to-Face and Online Breast Cancer Support Groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 n.3; 2008: 517–523.

- Gross J J: Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science and Medicine* 28; 1989: 1239–1248.
- Gross J J: Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 74 n.1; 1998: 224-237.
- Gross J J: Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 39; 2002: 281–291.
- Gross J J, John O P & Richards J M: The dissociation of emotion expression from emotion experience: A personality perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin* 26; 2000: 712-726.
- Gross JJ & Thompson R A: Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross J J (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press, New York, 2007.
- Grossman K E: Ethiological Perspectives on Human Development and Aging. In Magai C & McFadden S H (Eds.). *Handbook of Emotion, adult development and aging*. Academic Press: San Diego, 1996.
- Halberstadt A G, Cassidy J, Stifter C A, Parke R D & Fox N A: Self-expressiveness within the family context: Psychometric support for a new measure. *Psychological Assessment*, 7; 1995: 93-103.
- Heise D R & O'Brien J: Emotion Expression in Groups. In Lewis M & Haviland J M (Eds.). *Handbook of Emotions*. The Guilford Press, New York, 1993.
- Helman C G: *Cultura, saúde & doença*. (4^a ed.). Artmed Editora, Porto Alegre, 2003.
- Izard C E & Kokak R R: Emotions System Functioning and Emotion Regulation. Garber J & Dodge K A (Eds.): *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge Studies in Social & Emotional Development. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1991.

- James W: As emoções. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 11 n.4; 2008: 669-674.
- John P & Gross J: Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. Journal of Personality 72 n.6; 2004: 1302-1334.
- Kennedy-Moore E, Watson J C & Safran J D: Expressing emotion: myths, realities, and therapeutic strategies. Guilford Press, England, 2001.
- Kam Hung W: Palliative Radiotherapy and Palliative Chemotherapy. 4th Hong Kong Palliative Care Symposium. HKSPM Newsletter, Issue 1 & 2, 2007.
- Kim P (2011): Aspectos psicológicos no tratamento do paciente oncológico em fase terminal e sua família. Retirado da internet em <http://terapiafamiliarconjugal.blogspot.pt/2011/04/aspectos-psicologicos-no-tratamento-do.html> a 22 de Abril de 2012.
- Leventhal H & Miller L P: Emotion and Illness: The Mind is in the Body. In Lewis M & Haviland J M (Eds.): Handbook of Emotions. The Guilford Press: New York, 1993.
- Lewis M & Haviland J M (Eds.): Handbook of Emotions. The Guilford Press: New York, 1993.
- Macedo J C G M: Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, 2004.
- Machado Vaz F: Diferenciação e Regulação emocional na idade adulta: tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, 2009.
- Machado Vaz F: Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta: caracterização e evolução em psicoterapia. Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, *in press*.

- Magai C, McFadden S H (Eds.): Handbook of Emotion, adult development and aging. Academic Press: San Diego, 1996.
- Maia A C: Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a Psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2; 2002: 207-225.
- Masters J C: *Strategies and Mechanisms for the Personal and Social Control of Emotion*. In Garber J & Dodge K A (Eds.): The development of emotion regulation and dysregulation. Cambridge Studies in Social & Emotional Development. Cambridge University Press, Cambridge, England, 1991.
- Ministério da Saúde (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Retirado da internet em www.umcci.min-saude.pt a 15 de Janeiro de 2012.
- Neto, I. G. Princípios e Filosofias dos cuidados Paliativos. In Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa, 1ª edição. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2006.
- Nunes A M P V L: Ajustamento psicossocial na mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, 2008.
- Niedenthal P M, Krauth-Gruber S & Ric F: Psychology of Emotion: Interpersonal, Experiential, and Cognitive Approaches (Principles of Social Psychology). Psychology Press: New York, 2006.
- Ogden J: Health Psychology a Textbook. Fourth Edition. McGrawHill, England, 2007.
- Oliveira M: Burnout e emoções: estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto, 2008.
- Oliveira R A (Coord.): Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, 2008.

- Pais Ribeiro J: Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3 (XVII); 1999: 547-548.
- Pais Ribeiro J S: O caos emocional do corpo: estudo das emoções primárias, alexitimia e dificuldades na regulação emocional nas perturbações do comportamento alimentar. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto, 2009.
- Pais Ribeiro J S: Escala de Satisfação com o suporte social. Placebo, Editora Lda., Lisboa, 2011
- Pennebaker J W: *The Psychology of physical symptoms*. Spring-Verlag New York Inc., New York, 1982.
- Pennebaker J W: Confession, inhibition and disease. In Berkowitz, I. ed. *Advances in experimental social psychology*. Academic Press, New York, 22; 1989: 211-244.
- Pennebaker J W: *Inhibition as the linchpin of health*. In Friedman, H. S. ed. *Hostility, coping and health*, Washington, American Psychiatric Association; 1992: 127-139.
- Pennebaker J W: Becoming healthier through writing. In Pennebaker, J.W. *The healing power of expressing emotions*. Guilford Press, New York, 1997.
- Pennebaker J W: Psychological factors influencing the reporting of physical symptoms. In Stone A, Turkkan J, Bacharach C, Jobe J, Kurtzman H & Cain V (Eds.) *The science of self-report: Implications for research and practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey, 2000: 299-315.
- Pennebaker J W: Theories, therapies and taxpayers: On the complexities of the expressive writing paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 n.2; 2004: 138-142.

- Pennebaker J W, Kiecolt–Glaser J K & Glaser R: Disclosure of trauma and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56; 1988: 239-245.
- Pennebaker J W & Chung C K: Expressive writing and its links to mental and physical health. In Friedman H S (Ed.) *Oxford handbook of health psychology*. Oxford University Press, New York, NY, 2007.
- Pennebaker J W & Seagal J: Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology* 55 n.10; 1999, 1243–1254.
- Pennebaker J W & Stone L: Words of Wisdom: Language Use Over the Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology* 85 n.2; 2003: 291–301.
- Pennebaker J W & Susman J: Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*, 26; 1988: 327-333.
- Pereira da Silva E & Sudigursky D: Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm* 21 n.3; 2008:504-8.
- Pereira Henriques A M & Lima M L: Estados afectivos, percepção do risco e do suporte social: A familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica* 3 (XXI); 2003: 375-392.
- Petrie K & Booth R; Pennebaker J W: The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 75 n.5; 1998: 1261 – 1272.
- Pimenta C A, Mota D D & Cruz D D: *Dor e Cuidados Paliativos*. Editora Manole Ltda, Tamboré, 2006.

- Pittam J & Scherer K R: Vocal Expression and Communication of Emotion. In Lewis, M & Haviland J M (Eds.): Handbook of Emotions. The Guilford Press: New York, 1993.
- Porto C & Lustosa M: Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. Rev. SBPH 13 n.1; 2010: 76-93.
- Pregnotatto A: Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005.
- Querido A: A esperança em cuidados paliativos. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2005.
- Rayner L, Lee W, Price A, Monroe B, Sykes N, Hansford P, Higginson I J, Hotopf M: The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms: Cross-sectional survey with four-week follow-up. Palliative Medicine 25 n.3; 2011: 229–241.
- Richards J & Gross J J: Emotion Regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. Journal of Personality and Social Psychology 79 n.3; 2000: 410-424.
- Richards J, Beal W & Segal J & Pennebaker J W: Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. Journal of Abnormal Psychology 109 n.1; 2000: 156–160.
- Roazzi A, Dias M G B B, Silvia J O, Santos L B & Roazzi M M: O que é emoção? Em busca da organização estrutural do conceito de emoção em crianças. Psicologia: Reflexão e Crítica 24 n.1; 2011: 51-61.
- Rude S, Gortner E & Pennebaker J W: Language use of depressed and depression-vulnerable college students. Cognition and emotion 18 n.8; 2004: 1121-1133.

- Ruth J & Vilkkko A: Emotions in the Construction of Autobiography. In Magai C, McFadden S H (Eds.): Handbook of Emotion, adult development and aging. Academic Press: San Diego, 1996.
- Sancho M G: Medicina Paliativa: La Respuesta A Una Necesidad. Arán Ediciones S.A.. Madrid, 1998.
- Santos C S V B, Pais Ribeiro J & Lopes C: Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças* 4 n.2; 2003: 185-204.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- SFAP (Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos): Desafios de enfermagem em cuidados paliativos «cuidar»: ética e práticas. Lusociência, Loures, 2000.
- Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa S F, Dias S, Gonçalves A: Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças* 4 n.1; 2003, 21-32.
- Slatcher R & Pennebaker J W: How do I love thee? Let me count the words. The social effects of expressive writing. *Association for Psychological Sciences* 17 n.8; 2006, 660-664.
- Souza R S: Pacientes oncológicos em quimioterapia paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- Teixeira J A C: Psicologia da saúde. *Análise Psicológica* 3 (XXII); 2004: 441-448.

Tuca A, Schroder M, Novellas A: Cuidados paliativos em oncologia. Anuário de Psicologia 29 n.4; 1998: 35 - 53.

Twycross R: Cuidados paliativos. Climepsi Editores, Lisboa, 2003.

Veríssimo R: Emoção. Da (não) expressão na saúde e na doença (1.ª ed.). Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 2000.

Watson D & Pennebaker J W: Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. Psychological Review 96 n.2; 1989: 234–254.

Winnubst J, Bunnk B & Marcelissen F: Social support and stress. In Fisher S & Reason J (Eds.): Handbook of life stress cognition and health. John Wiley & Sons, Singapore, 1990.

Zulaica P, B, Álvarez O del H, Bobadilla J C F & Capanaga A F: Radioterapia paliativa em oncologia. (2007). Retirado da internet em <http://issuu.com/sovpal/docs/radioterapia-paliativa-bilbao> em 18 de Maio de 2012.

www.apcp.com.pt

www.who.int/en/

ANEXOS

ANEXO 1
Bateria de Instrumentos de Avaliação

Investigação para a obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos

“Processos emocionais, suporte social e psicopatologia nos doentes em Cuidados Paliativos.”

Investigador Principal: Dr.^a Ana Pinto

Informação ao Participante

Nas páginas seguintes encontra-se um conjunto de questionários aos quais deverá responder.

No início de cada questionário há um conjunto de informações sobre como preencher o mesmo que deverá ler com atenção antes de começar a responder.

É importante que leia informações e as questões de cada questionário com calma e atenção, tendo em consideração que não existem respostas correctas ou erradas. O que se pretende é que o participante responda de forma espontânea e que as respostas reflectam o que o participante realmente pensa e sente.

Obrigada pela sua colaboração.

Questionário sócio-demográfico e clínico

Por favor, responda às seguintes questões gerais.

1 – Idade: _____

2: Data de Nascimento: __/__/____

3 – Género:

Feminino

Masculino

4 – Estado Civil:

Solteiro

Casado ou união de facto

Divorciado

Viúvo

5 – Escolaridade (em anos completos): _____

6 – Profissão: _____

Por favor, responda às seguintes questões sobre a sua saúde.

1 – Tem ou teve algum dos seguintes problemas de saúde? Se sim, qual ou quais?

Sim Não Não sabe

Diabetes Tipo _____

Problemas cardíacos

Cancro Localização _____ Metástases: Sim Não

Localização das Metástases _____

Problemas neurológicos Qual/ais? _____

Problemas psicológicos Qual/ais? _____

Outros Qual/ais? _____

2 - Que tratamentos faz e/ou já fez para os problemas de saúde que relatou acima? _____

3 – Que problemas de saúde tem actualmente?

3 - Toma alguma medicação ou faz tratamentos?

Sim Não

4 - Se sim qual/quais? _____

5 – Há quanto tempo faz os tratamentos e/ou toma a medicação acima referida?

Obrigada pela sua colaboração

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRS)

(Gratz, K & Roemer, L. 2004)

(Em adaptação para a População Portuguesa por Machado Vaz, F. & Branco Vasco, A. 2008)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no valor seleccionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

Escala de Expressão Emocional

(Kring, Smith & Neale, 1994)

(Em adaptação para a população portuguesa por Machado Vaz, F. & Branco Vasco, A., 2007)

Instruções: As seguintes afirmações referem-se a si e às suas emoções.

De acordo com a seguinte escala, por favor seleccione o número que melhor o descreve o que acontece consigo.

1	2	3	4	5	6
Nunca Verdadeiro	Raramente Verdadeiro	De vez em quando verdadeiro	Frequentemente Verdadeiro	Quase Sempre Verdadeiro	Sempre verdadeiro

1. Eu não expesso as minhas emoções às outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Mesmo quando estou a experienciar fortes emoções, não as expesso exteriormente.	1	2	3	4	5	6
3. As outras pessoas crêem que sou muito emocional.	1	2	3	4	5	6
4. As pessoas conseguem “ler” as minhas emoções	1	2	3	4	5	6
5. Guardo os meus sentimentos para mim.	1	2	3	4	5	6
6. As outras pessoas não são facilmente capazes de observar o que estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
7. Exponho as minhas emoções às outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
8. As pessoas pensam em mim como uma pessoa não emocional.	1	2	3	4	5	6
9. Eu não gosto de deixar que as outras pessoas percebam a forma como me estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
10. Não consigo esconder a forma como me estou a sentir	1	2	3	4	5	6
11. Não sou muito expressiva emocionalmente	1	2	3	4	5	6
12. Frequentemente os outros consideram-me como sendo uma pessoa indiferente.	1	2	3	4	5	6
13. Sou capaz de chorar em frente a outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
14. Mesmo quando me estou sinto muito emocionado (a), não deixo que os outros percebam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
15. Eu considero-me emocionalmente expressivo(a).	1	2	3	4	5	6
16. A forma como me sinto é diferente de como os outros pensam que eu me sinto.	1	2	3	4	5	6
17. Não expesso os meus sentimentos	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

HADS

Traduzido e adaptado por

Teresa McIntyre, Graça pereira, Vera Soares, Luis Gouveia, Sofia Silva, 1999

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor.

Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Ignore os números que aparecem no seu lado esquerdo do questionário, leia cada frase e sublinhe a resposta que mais se aproxime da forma *como se sente na última semana*.

Não passe muito tempo com cada resposta, a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

A	Sinto-me tenso:
3	A maior parte do tempo
2	Muitas vezes
1	De vez em quando, ocasionalmente
0	Nunca
D	Ainda gosto das coisas que costumava gostar:
0	Tanto como gostava
1	Não tanto como gostava
2	Só um pouco do que gostava
2	Quase nada do que gostava
A	Tenho a sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
3	Sim, e muito forte
2	Sim, mas não muito forte
1	Um pouco, mas isso não me preocupa
0	Não, de maneira nenhuma
D	Consigo rir-me a ver o lado divertido das coisas:
0	Tanto como costumava conseguir
1	Agora, não tanto como costumava conseguir
2	Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
3	Não, de maneira nenhuma

A
3
2
1
0

Tenho preocupações que me passam pela cabeça:

A maior parte do tempo
Muitas vezes
De vez em quando, mas não muitas vezes
Apenas ocasionalmente

D
3
2
1
0

Sinto-me alegre:

Nunca
Poucas vezes
Às vezes
A maior parte do tempo

A
0
1
2
3

Posso sentar-me á vontade e sentir-me relaxado:

Sim, definitivamente
Geralmente
Poucas vezes
Nunca

D
3
2
1
0

Sinto-me mais lento ou vagaroso:

Quase sempre
Muitas vezes
Às vezes
Nunca

A
0
1
2
3

Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago:

Nunca
Ocasionalmente
Bastantes vezes
Muitas vezes

D
3
2
1
0

Perdi o interesse pela minha aparência:

Sim, definitivamente
Não me cuido tanto como deveria
Talvez não me cuide tanto como antes
Cuido-me tanto como costumava

A
3
2
1
0

Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar a andar de um lado para o outro:

Sim, muito
Sim, bastante
Não muito
Não, de modo nenhum

D
0
1
2
3

Antecipo as coisas com satisfação:

Tanto como eu costumava fazer anteriormente
Um pouco menos do que anteriormente
Muito menos do que anteriormente
Quase nunca

A
3
2
1
0

Tenho sentimentos súbitos de pânico:

Com muita frequência
Bastantes vezes
Não muitas vezes
Nunca

D
0
1
2
3

Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio:

Frequentemente
Às vezes
Poucas vezes
Muito raramente

Agora, o favor certifique-se que respondeu a todas as perguntas.

Oh, Vida! Fugitiva Companheira

Oh, Vida!
Fugitiva companheira,
Eu sinto que não posso acompanhar-te.
Por isso, nesta hora feiticeira,
Quisera erguer-te uma barreira
E fazer-te parar
E abraçar-te;
E abraçar-te tão íntimo e tão fundo
Que toda a vida apenas de um segundo
Em mim entrasse, em mim vivesse,
E que depois viesse o fim do Mundo
Ou que eu morresse!...

Francisco Bugalho, in *Dispersos e Inéditos*