



Departamento de Psicologia

Desconforto Subjectivo e Regulação Emocional nos Estudantes
de Medicina Dentária em Portugal

Maria do Rosário Oliveira Mexia Esteves

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia das Emoções

Orientadora:
Doutora Carla Moleiro, Professora Catedrática,
ISCTE-IUL

Junho, 2010

Agradecimentos

Deixo aqui expressos os meus agradecimentos a todos os que de algum modo contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Em particular, agradeço à Professora Doutora Carla Moleiro pelas inúmeras horas de apoio, pela sua enorme disponibilidade e, em especial, por imprimir todas as reuniões de trabalho com um ritmo estimulante sempre aliando ao seu rigor científico, a boa vontade e a motivação.

Aos Professores do Mestrado de Emoções do ISCTE-IUL por todos os conhecimentos que nos ministraram e em especial aos Professores Francisco Esteves, Augusta Gaspar e Carla Moleiro cujas aulas e entusiasmo me deram uma motivação extra na área da Psicologia. Muito obrigada pela vossa atenção e boa vontade em explicar sempre que necessário os conceitos tão básicos para vós como psicólogos e tão estranhos para outros, oriundos que somos de ciências diferentes.

Aos Professor Doutor António Vasconcelos Tavares e Professor Doutor Luís Pires Lopes da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa e ao Professor Doutor Francisco Esteves do ISCTE-IUL por acreditarem no meu projecto de trabalho e estimularem a cooperação de estudos e trabalhos entre estabelecimentos de ensino diferentes.

À Professora Doutora Ana Cristina Mano Azul, do Instituto Egas Moniz, e à Professora Doutora Eunice Carrilho, da Faculdade de Medicina Dentária de Coimbra, pela cooperação na recolha dos dados junto das Faculdades que representam e em especial pelo cuidado, o empenho e o carinho com que o fizeram.

À Mestre Sónia Dória pela sua preciosa ajuda na inserção de dados e em especial pela sua disponibilidade e boa vontade.

Ao Professor Doutor Alexandre Cavalheiro e a todos os meus Colegas da equipe de Dentisteria da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, pela cooperação na recolha dos dados e pelo excelente ambiente de trabalho que desenvolvem.

Um profundo agradecimento à psicóloga clínica Mestre Filipa Machado Vaz pela sua magnânime disponibilidade na cedência dos instrumentos de trabalho, na partilha de dados e de conhecimentos e, em especial, pelo entusiasmo, pela motivação e pela protecção.

Ao João, meu marido e colega, pela sua enorme disponibilidade em atender todas as urgências e emergências decorrentes dos inúmeros dias em que não pude trabalhar no consultório. Alargo o meu agradecimento a todas as pessoas que trabalham comigo _ a Isabel, a Bisa, a Lucinda e a D. Maria, e que me proporcionaram a tranquilidade necessária libertando-me das tarefas burocráticas e/ou quotidianas.

Agradeço aos Professores Doutor Manuel Clarimundo Emílio e Dr. Jorge de Melo, a confiança que sempre depositaram em mim e os seus esforços de uma vida para transmitirem aos alunos, para além das verdades e do rigor da ciência, os princípios fundamentais da ética e da dignidade humana.

Aos meus Pais TUDO o que fizeram por mim!

À Lourdes, ao Fred e ao Francisco todo o seu empenho em diminuir os meus níveis de desconforto emocional.

Dedico esta tese com muito Amor aos meus filhos, Fred e Miguel, e num elogio à Amizade, à Tia Zeca e à Lourdes, pelo seu apoio absolutamente inextinguível, incondicional e intemporal em todos os momentos e a todos os projectos da minha vida.

MUITO OBRIGADA!

Resumo

Este trabalho incide sobre o estudo do desconforto subjectivo e da regulação emocional entre os estudantes de medicina dentária em Portugal. Numa revisão da literatura, define conceitos e aborda noções gerais sobre as principais entidades clínicas que integram o desconforto subjectivo, como a ansiedade, a depressão, o stress e o *burnout*; revê os principais dados publicados para a população de estudantes de medicina e aborda alguns conceitos sobre emoções e regulação emocional. O estudo teve como objectivo determinar os níveis de desconforto subjectivo e as principais dificuldades de regulação emocional sentidas entre os estudantes de medicina dentária em Portugal. Numa amostra de 296 alunos, utilizaram-se três instrumentos de avaliação: o *Brief Symptom Inventory* (BSI), o Questionário de Regulação Emocional (QRE) e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). A recolha de dados decorreu em três estabelecimentos de ensino de medicina dentária, abarcando zonas diferentes do País, o ensino público e privado. Os resultados revelaram que os níveis de desconforto subjectivo sentido pelos estudantes de medicina dentária em Portugal estão dentro dos valores adequados a uma população não clínica, com níveis de ansiedade maiores para os alunos do sexo feminino do que para os do sexo masculino, e com algumas variações em função do ano de escolaridade e da faculdade. Concluiu-se ainda que existem algumas dificuldades de regulação emocional, em especial, na tomada de consciência das suas respostas emocionais e, quando em presença de emoções negativas, em manter os objectivos traçados e elaborar estratégias de regulação emocional.

Palavras-chave: estudantes de medicina dentária; desconforto subjectivo; ansiedade; stress; depressão; burnout.

Códigos PsycINFO

3360 Health Psychology & Medicine

3410 Professional Education & Training

Abstract

The objectives of this work are to investigate the levels of distress and the main difficulties on emotion regulation among dental students in Portugal. After a review on literature focusing on distress and emotion regulation among medical students, the authors used as cross-sectional descriptive survey of 296 students from the final three years of the degree, from three main dental schools in Portugal. The purpose was to explore how distressed dental students were, which strategies for emotion regulation did they use more often and which were their main difficulties in emotion regulation. We used the *Brief Symptom Inventory* (BSI), for the first purpose, the *Questionnaire of Emotion Regulation* (QRE), for the second and the *Difficulties in Emotional Regulation Scale* (DERS) for the last one. The results showed that distress levels of dental students in Portugal were similar to the non-clinical population and that female students felt more anxious than male students. We also noticed that anxiety levels were different from school to school. The main difficulties dental students felt in emotion regulation were in “*awareness*”, meaning that it is difficult for them to be aware of their emotional responses, and in “*goals*“, reflecting their difficulties in concentrating and accomplishing tasks when they were experiencing negative emotion.

Keywords: dental students; distress; anxiety; stress; depression; burnout

PsycINFO Classification Categories:

3360 Health Psychology & Medicine

3410 Professional Education & Training

Índice Geral

	Página
Resumo	iv
Abstract	v
Índice de Tabelas	viii
1. Introdução	1
Parte A. Definições e conceitos	2
A.1. Ansiedade	2
A.1.2. Ansiedade – estado e ansiedade – traço	3
A.2. Depressão	5
A.3. Stress	6
A.4. Burnout	7
Parte B. Desconforto subjectivo relacionado com a medicina e com a medicina dentária	9
B.1. Desconforto subjectivo nos estudantes universitários	9
B.2. Desconforto subjectivo nos estudantes de medicina	11
B.3. Desconforto subjectivo nos estudantes de medicina dentária	12
B.4. Relação com o género dos alunos	12
B.5. Desconforto subjectivo nos últimos anos de curso e na transição para a clínica	13
B.6. Desconforto subjectivo em médicos e em médicos dentistas	14
Parte C. Regulação emocional	15
C.1. Emoções	15
C.1.2. Neurobiologia das emoções	17
C.2.1. Regulação emocional	20
C.2.2. Estratégias de Regulação emocional	22
Definição do problema e questões de investigação	26
2 Metodologia	29
2.1. Amostra	29
2.2. Procedimentos	30
2.3. Instrumentos	31
3 Resultados	36
3.1. Análise descritiva	36

3.2.Exploração de diferenças entre grupos	40
3.3.Relações entre as estratégias e dificuldades de regulação emocional e o desconforto psicológico	48
4 Discussão	50
Considerações finais	57
5 Referências	60
6 Anexos	68
Curriculum vitae	84

Índice de Tabelas

Tabela 1. Dimensões do BSI e respectivos itens	32
Tabela 2. Significado de cada uma das subescalas de EDRE	35
Tabela 3. Valores de médias e de desvio padrão de BSI	37
Tabela 4. Valores de médias e de desvio padrão de QRE	38
Tabela 5. Correlações entre as sub-escalas de EDRE	38
Tabela 6. Valores de média e de desvio padrão para EDRE	39
Tabela 7. Valores comparativos de BSI, em função do género	40
Tabela 8. Valores comparativos de QRE, em função do género	41
Tabela 9. Valores comparativos de EDRE, em função do género	41
Tabela 10. Valores comparativos de BSI, em função dos anos de curso	42
Tabela 11. Valores comparativos de QRE, em função dos anos de curso	43
Tabela 12. Valores comparativos de EDRE, em função dos anos de curso	44
Tabela 13. Valores comparativos de BSI, em função do estabelecimento de ensino	45
Tabela 14. Valores comparativos de QRE, em função do estabelecimento de ensino	46
Tabela 15. Valores comparativos de EDRE, em função do estabelecimento de ensino	47
Tabela 16. Matriz de correlações	48
Tabela 17. Resultados de regressão múltipla	49

1 – Introdução

DESCONFORTO SUBJECTIVO E REGULAÇÃO EMOCIONAL NOS ESTUDANTES DE MEDICINA DENTÁRIA

Desconforto subjectivo, ou *distress*, é um termo lato que engloba perturbações do estado de saúde mental como a ansiedade, a depressão e o *burnout*. É uma situação clínica que interfere de modo negativo, e às vezes com consequências pesadas, na vida privada e profissional (Dyrbrye et al., 2006).

A nível pessoal, o desconforto subjectivo pode levar a um abandono da própria pessoa manifestando-se na falta de cuidados consigo próprio e com a alimentação e, por vezes, no consumo de substâncias como o álcool ou outras drogas. Contribuindo para o declínio da saúde, o desconforto subjectivo pode mesmo conduzir ao suicídio (Dyrbrye et al., 2006).

Os estudantes universitários, que não conseguem gerir as diversas situações problemáticas a que estão submetidos em diversos contextos, atingem com frequência estados de mal-estar que conduzem a situações de patologia clínica (Pereira et al., 2004). Os estudantes de medicina têm uma alta prevalência de depressão e ansiedade, com níveis constantes e elevados de desconforto subjectivo (Dyrbrye et al., 2006). Uma das consequências (como o elevado consumo de substâncias: mais de 20% dos estudantes do 1º ano de medicina admitiram fazer um consumo excessivo de álcool), é o facto de isso poder interferir na qualidade dos tratamentos prestados e na segurança dos pacientes que estão sob os seus cuidados (Dyrbrye et al., 2006).

O presente trabalho pretende contribuir para a compreensão dos níveis de desconforto subjectivo e das estratégias de regulação emocional de alunos de medicina dentária em Portugal. Para esse efeito, num primeiro capítulo abordamos a revisão da literatura. No segundo capítulo apresentamos a metodologia do estudo empírico por nós desenvolvido, incluindo a amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados. O terceiro capítulo versa sobre os resultados obtidos na nossa investigação. Por fim, um último capítulo, discute esses resultados à luz da literatura e apresenta algumas implicações práticas para a formação dos alunos em medicina dentária.

PARTE A

DEFINIÇÕES E CONCEITOS DAS PRINCIPAIS ENTIDADES CLÍNICAS DO DESCONFORTO SUBJECTIVO

A.1. ANSIEDADE

A ansiedade é uma emoção básica, que aparece frequentemente (de acordo com LeDoux, 2000 foram registados nos EUA em 1994, mais de 20 milhões de indivíduos com ansiedade) como uma resposta a uma ameaça ou um perigo sentido pela pessoa. Se atingir níveis elevados, pode interferir com o seu quotidiano (Sansgiry, Bhosle & Dutta, 2005) aumentando a vulnerabilidade à doença, tal como acontece com os estados de humor depressivos (Diefenbach et al., 2008).

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da American Psychiatric Association (APA), na sua 4ª edição (DSM-IV-TR; APA, 2000), o termo ansiedade corresponde a uma antecipação apreensiva de um perigo ou de um infortúnio futuro acompanhada por uma sensação de disforia ou por sintomas somáticos de tensão (Ohman, 2008).

Coube a Freud a primeira explicação do significado de ansiedade no contexto de uma teoria psicológica (Santos & Silva, 1997), tendo sido o primeiro a relacionar a ansiedade com a etiologia das perturbações neuróticas e psicossomáticas (Spielberg et al, 1983). Para ele, a ansiedade era algo que se sentia de modo desagradável envolvendo componentes fisiológicos, vivenciais e comportamentais (Santos & Silva, 1997).

Freud no seu estudo de 1926 considera a ansiedade (*in* Santos & Silva, 1997) numa perspectiva funcional dividindo-a em: (1) ansiedade objectiva, que ocorre quando se percebe ou antecipa um perigo real e tem, portanto, uma função adaptativa de fuga ou de confrontação com o perigo; e (2) em ansiedade neurótica, que ocorre quando as pulsões recalcadas se fazem sentir ou anunciar (Santos & Silva, 1997).

Com o aparecimento do comportamentalismo, a investigação sobre as emoções passou a focar-se na avaliação de variáveis fisiológicas e de comportamento susceptíveis de serem medidos com objectividade (Santos & Silva, 1997).

Para Ohman (2008), a ansiedade pode ser definida como um medo não resolvido ou como uma consequência indirecta da percepção de uma ameaça. Ansiedade e medo são considerados pontos-chave na dinâmica da psicopatologia (Ohman, 2008). Ambos

são fenómenos emocionais com origem no sistema de defesa dos mamíferos e correspondem a intensos sentimentos negativos e a fortes manifestações físicas, geradas num processo por vezes automático e inconsciente (Ohman, 2008). O sistema nervoso autónomo (SNA) responde ao medo e à ansiedade com aumento das frequências cardíaca e respiratória. Se esta actividade noradrenérgica ocorrer repetidamente, há um risco acrescido de se desenvolverem patologias do foro cardiovascular (Kemeny & Shestyuk, 2008).

A ansiedade e o medo são reacções normais ao perigo - real ou imaginário - não constituindo, por si só, um estado patológico. Só passam a ser consideradas perturbações quando são recorrentes e mais persistentes do que em circunstâncias consideradas razoáveis (LeDoux, 2000; APA, 2002).

A ansiedade distingue-se do medo pela ausência de um estímulo externo que provoque a reacção: a ansiedade provem do interior da pessoa e o medo é desencadeado como resposta a um estímulo do mundo exterior (LeDoux, 2000).

De um ponto de vista evolutivo, o medo desempenha um papel importante na sobrevivência dos mamíferos. Há, por isso, uma grande tendência para temer ou evitar acontecimentos e situações que tenham posto em causa a sobrevivência dos nossos antepassados (como, por exemplo, grandes espaços abertos e grandes alturas). Como Ohman (2008) refere, tememo-los mais do que tememos determinados factores potencialmente mortais dos nossos tempos, como revólveres, pistolas e motociclos. Aliás, hoje em dia, as doenças que mais contribuem para a morbilidade e mortalidade são de origem comportamental. É assim, e por isso, que o comportamento humano é considerado por alguns como uma das grandes epidemias do nosso século (Neves & Ribeiro, 2000).

A.1.2. ANSIEDADE-ESTADO E ANSIEDADE-TRAÇO

A ansiedade pode ser referida quer como um estado emocional, se evocada num contexto particular ou com uma duração limitada, quer como um traço de personalidade, se caracteriza o indivíduo ao longo do tempo e das situações (Ohman, 2008).

A ansiedade - estado é um estado emocional transitório que decorre da percepção de uma ameaça, variando a sua intensidade em função dela e ao longo do tempo (Santos & Silva, 1997). É caracterizada por uma sensação de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. Sendo, de um modo geral, transitória, pode ser recorrente se tiver os estímulos adequados, se durar mais tempo ou se persistirem as condições desencadeantes. A ansiedade - estado refere-se a situações concretas ou a processos que ocorrem num determinado momento e com um determinado nível de intensidade, e está relacionada com a activação do sistema nervoso autónomo (Spielberg et al, 1983).

A ansiedade - traço caracteriza-se pela tendência específica de algumas pessoas em considerar situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e responder a estas situações com elevado grau de ansiedade (Spielberg et al, 1983).

É vasta a literatura que suporta a ideia de que a ansiedade - traço está associada à propensão do indivíduo para focar a sua atenção nas informações de ameaça à sua volta. A ansiedade e a preocupação estão associadas a uma propensão automática, anterior mesmo à tomada de consciência, para prestar atenção às manifestações de ameaça do meio circundante, facilitando, portanto, o processo de aquisição de informação ameaçadora (Ohman, 2008).

Há evidências de que os estímulos com significado emocional podem ser processados sem que a atenção esteja focada neles ou mesmo sem se ter consciência de que ocorrem (Vuilleumier, 2001; LeDoux, 1996 e Ohman, Esteves & Soares, 1995 cit in Storbeck & Clore , 2007). Por exemplo, quando submetidos a teste, os participantes que apresentam ansiedade-traço ou que preenchem os critérios de diagnóstico para perturbações de ansiedade, dirigem preferencialmente a sua atenção para estímulos ameaçadores. Os estímulos de medo chamam a atenção, em especial, a indivíduos com elevados níveis de ansiedade. Para as pessoas que preferencialmente dão relevância a acontecimentos e objectos ameaçadores à sua volta, o mundo parece-lhes um espaço perigoso e arriscado que influencia negativamente o seu estado de humor. As pessoas com ansiedade generalizada têm dificuldade em se abstrair de um estímulo que os tenha assustado e que seja o foco da sua atenção. Esta propensão para perigos e ameaças pode ser um importante factor de manutenção da ansiedade ao longo do tempo num mecanismo de círculo vicioso que se auto-alimenta (Ohman, 2008).

A.2. DEPRESSÃO

A depressão, que é a mais prevalente das perturbações de humor, tem além do forte contributo da hereditariedade (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007), a influência de factores psicossociais.

Chamada por alguns como “um síndrome de desesperança”, tem a sua etiologia mais relacionada com os níveis de neurotransmissores do que com as alterações estruturais (Lundy-Ekman, 2008). Nalguns casos pode envolver a desregulação de neurotransmissores como a serotonina, a norepinefrina, a dopamina e, ser acompanhada de alterações hormonais, como a subida dos níveis de cortisol (APA, 2002).

Foram encontrados altos níveis de cortisol no sangue de vítimas de suicídio e em pacientes hospitalizados com depressão (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

Alguns estudos de imagiologia cerebral funcional mostraram também haver alterações do fluxo sanguíneo cerebral – aumento do fluxo sanguíneo nas regiões límbica e paralímbica e diminuição no córtex pré-frontal lateral (APA, 2002)

A depressão acentua todas as formas de afecto negativo. Enquanto os indivíduos ansiosos processam selectivamente as informações de ameaça à sua segurança, os deprimidos processam selectivamente as emoções negativas. Há vários estudos que sugerem que estes processamentos, mesmo que sejam subconscientes, podem provocar reacções emocionais (Eysenck & Keane, 2000).

A perturbação depressiva major está associada a uma elevada mortalidade e fortemente correlacionada com o suicídio (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007; Lundy-Ekman, 2008) sendo que a taxa de suicídio para os deprimidos pode ir até aos 15% (APA, 2002), e a percentagem de todas as vítimas de suicídio que estavam profundamente deprimidas é de cerca de 80% (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

A relação entre a depressão e alterações do sistema imunitário tem sido largamente estudada nos últimos anos. Os estados depressivos estão associados a uma resposta directa do sistema imunitário (como aumento de número de neutrófilos, diminuição de células B e T, e diminuição da actividade das NK) que se altera em direcção aos valores normais, após o tratamento da depressão (Kemeny & Shestyuk, 2008).

A.3. STRESS

Stress é um conceito multidimensional que inclui o estímulo do stress, as respostas obtidas e todo o seu processamento cognitivo (Sapolsky, 2007), devendo, por isso ser abordado numa perspectiva global com uma visão psico – neuro- endócrino- imunológica (Fernández – Abascal, 2009).

Há mais de cem anos que o stress começou a ser objecto de estudo (Sapolsky, 2007), mas a importância dos factores psicológicos nas doenças relacionadas com o stress só começou a ser clara nos fins dos anos cinquenta do século passado, com os trabalhos de Mason, seguidos depois pelos de Levine e Seligman (Sapolsky, 2007).

O termo foi popularizado por Hans Selye, que o estudou durante quase 40 anos. Selye descreveu o impacto do stress nos diferentes órgãos e sistemas do corpo, e enfatizou a conexão entre o stress e a saúde. Desenvolveu o conceito de “síndrome da adaptação geral”, de acordo com o qual a resposta ao stress pode ter três estádios: o inicial (i), chamado de “reação de alarme”; o segundo (ii), denominado “o estado de adaptação”, que inclui a activação sucessiva da resposta apropriada e o restabelecimento do equilíbrio homeostático; e o terceiro (iii), o “estádio de exaustão” que se instala quando o stress se prolonga ou se repete com muita frequência e que é caracterizado por uma grande susceptibilidade à doença (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

O stress pode ter como consequência, em separado ou simultaneamente, os seguintes sintomas:

- Perturbações psicossomáticas como: palpitações, enxaquecas frequentes, cansaço crónico, perturbações gastro - intestinais ou úlceras, dores cervicais, insónias, hipertensão, alergias, diarreia e alterações do período menstrual;
- Alterações do comportamento como: absentismo, aumento da agressividade, isolamento social, aumento do consumo de drogas ou de álcool, alterações bruscas de humor, dificuldade em descontraír-se irritabilidade, lapsos de memória;
- Perturbações do foro emocional: impaciência, ansiedade, sensação de isolamento, dificuldade de concentração, distanciamento afectivo, baixo rendimento no trabalho, sensação de impotência e de depressão. (Fernández – Abascal, 2009).

É importante notar que, muito embora acompanhe alguns problemas de saúde, o stress, por si só, não conduz inevitavelmente à disfunção e à doença (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007) porque as respostas ao stress são altamente adaptativas. É o stress crónico que provoca o risco aumentado de doenças vasculares cerebrais e que

compromete o processo de cicatrização das feridas, que aumenta o risco de aparecimento de úlceras, e que pode interferir com a fertilidade em ambos os sexos (Sapolsky, 2007).

Há cada vez mais evidências da relação do stress com as doenças cardiovasculares e neuroendócrinas, com o aparecimento e desenvolvimento das doenças coronárias, e com os níveis de colesterol e das proteínas mediadoras dos processos inflamatórios (Kemeny & Shestyuk, 2008).

Uma das consequências do stress pode ser a depressão. De acordo com LeDoux (2000), os estados de stress podem alterar o hipocampo humano e as suas funções de memória (LeDoux, 2000).

O nível de stress está também relacionado com os acontecimentos da vida, sendo que há situações como os divórcios e a morte de entes queridos, considerados como muito stressantes. No entanto, actualmente, é considerado que níveis de stress menos intensos mas experienciados de modo quotidiano e continuado, aumentam o risco de desenvolvimento de perturbações do foro da psicopatologia clínica (Fernández – Abascal, 2009).

Importante e determinante para o nível de stress sentido são, como refere Carrobes, 1995 (*in* Fernández – Abascal, 2009) no seu modelo multifactorial, as características da própria pessoa. Dentro destas, ele destaca a predisposição e vulnerabilidade física, social e psicológica; a capacidade de enfrentar o stress e os problemas; as estratégias de solução que utiliza; as capacidades sociais e de assertividade, e ainda as suas características emocionais e psicológicas, bem como os seus padrões de personalidade (Fernández – Abascal, 2009).

A.4. *Burnout*

O *burnout* tem sido definido como um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Taskaya-Yilmaz et al., 2004; Prins et al., 2007), verificado num contexto de trabalho (Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008) e como uma resposta prolongada a factores stressores crónicos e interpessoais (Prins et al., 2007).

Caracteriza-se por (i) uma exaustão emocional com falta de energia e a sensação de que as reservas emocionais estão a ser completamente consumidas pelo trabalho, (ii)

uma despersonalização que se traduz numa resposta impessoal, insensível ou cínica para com as pessoas que beneficiam do seu trabalho, ou que usam os seus serviços, e (iii) por uma reduzida realização pessoal que é marcada pela tendência para se avaliar a si próprio de modo negativo, em especial no trabalho com os clientes (Taskaya-Yilmaz et al., 2004; Prins et al., 2007 e Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008).

O termo *burnout* foi usado pela primeira vez em 1974 por Freudberger (Taskaya- Yilmaz et al., 2004), para identificar uma forma particular de exaustão entre seres humanos que, de modo contínuo, estavam expostos a problemas emocionais e desconforto subjectivo - *distress* (Winwood & Winefield, 2004).

As primeiras publicações sobre *burnout* surgiram nos EUA, a meados dos anos setenta (Prins et al., 2007) e em 1982, já tinham sido propostas mais de quarenta e oito definições para o termo (Winwood & Winefield, 2004).

Os principais factores ocupacionais que levam ao *burnout* são problemas relacionados com o trabalho, poucos recursos como suporte social, pouca autonomia no trabalho, a ocorrência de situações exigentes do ponto de vista emocional e, nos casos relacionados com a medicina, também os pacientes descompensados ou agressivos e o confronto com a doença, a morte e a angústia que lhe está associada (Prins et al., 2007).

Embora os factores individuais afectem o nível de *burnout* sentido (Prins et al., 2007), são as características circundantes relacionadas com o excesso de trabalho e com as outras pessoas (sentimento de injustiça e de sentir que não há sintonia de valores), mais do que as características demográficas ou os traços de personalidade, que estão na sua origem (Dyrbye, 2009), sendo sempre uma reacção a longo tempo e mais ligada a serviços humanos como enfermeiros e professores (Gorter et al., 1999).

O *burnout* predispõe à depressão (Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008) havendo também cada vez maiores evidências da associação positiva entre o *burnout* e a doença (Hakanen, Schaufeli & Ahola, 2008).

Os principais sintomas associados ao *burnout* são:

- Sintomas físicos como enxaquecas, perturbações do sono, dores ósseas ou musculares (em especial no pescoço e na nuca), diminuição da resposta imunitária, fadiga constante e problemas cardiovasculares, gastrointestinais ou disfunções sexuais;

- Sintomas psicológicos como a dificuldade de concentração, alterações de memória, lentidão de pensamento, reduzida auto-estima, labilidade emocional, impaciência, paranóia e depressão
- Sintomas comportamentais tais como a incapacidade de descontraír, irritabilidade, aumento da agressividade, dificuldade em tomar iniciativas e aceitar alterações; viver com comportamentos de alto risco, podendo ir até ao suicídio
- E ainda a tendência para o isolamento, a perda de interesse pelo trabalho e o absentismo laboral.

De um modo geral, há consenso entre os autores de vários estudos sobre *burnout*, considerando-o um síndrome que evolui como uma sequência de estádios com uma primeira fase caracterizada pelo elemento chave do burnout, que é o cansaço emocional; este, ao desenvolver-se agrava-se e provoca a deshumanização, como mecanismo de defesa; por fim, há uma reduzida realização profissional (Fernández – Abascal, 2009).

Negligenciar o burnout no exercício de uma profissão médica pode acarretar vários riscos e ter sérias complicações negativas para o paciente e para o médico, quer na qualidade do trabalho clínico quer na sua imagem como profissional (Gorter et al., 1999).

Parte B: Desconforto subjectivo relacionado com a Medicina e com a Medicina

Dentária

B.1. Desconforto subjectivo nos estudantes universitários

Para além de situações críticas da vida como, por exemplo, a mudança de estabelecimento de ensino que obriga a construção de uma nova rede social os estudantes nas escolas ou nas universidades experienciam um leque variado de situações stressantes relacionadas com os professores, com as aulas, com a aprendizagem e com os trabalhos em casa (Spangler et al, 2002).

Os estados emocionais conduzem a um aumento de pensamentos irrelevantes que, de modo intrusivo, mobilizam a atenção e competem com as actividades cognitivas importantes para a memória, interferindo assim no seu bom funcionamento (Ellis & Moore, 1999). As alterações de estado de espírito decorrentes desses estados

emocionais produzem efeitos negativos na memória não tanto pelas emoções em si mesmo, mas pelo processo de instalação de pensamentos irrelevantes que competem e distraem a atenção indispensável às tarefas de memorização (Ellis & Moore, 1999).

Contudo, a fonte típica de stress dos estudantes são os exames, com os quais são confrontados com regularidade (Spangler et al, 2002).

Os exames são das situações mais stressantes para os estudantes (De Pablo et al, 1990; Faria, Carvalho & Chamorro, 2004; Sansgiry, Bhosle & Dutta, 2005), podendo ter consequências negativas no estado de saúde física, incluindo alterações no sistema imunitário (Segerstrom & Miller, 2004). A componente emocional perante os exames inclui a sensação de tensão, apreensão e nervosismo e faz com que, com uma certa frequência, os estudantes tenham reacções somáticas como a sudação, a sensação de náusea e o aumento da frequência cardíaca (Sansgiry, Bhosle & Dutta, 2005). Os exames, provocando reacções de stress fisiológico, podem afectar não só o sistema imunológico, como o cardiovascular e o adenocortical (que é influenciado por situações adversas que envolvem incertezas e emoções negativas). Dependendo da capacidade do indivíduo gerir ou se adaptar às situações stressantes ou potencialmente stressantes, assim o nível de cortisol plasmático tende a ficar elevado dias e semanas durante os períodos de exames, sugerindo respostas a longo termo do sistema (Spangler et al., 2002).

O estado de ansiedade e o stress fisiológico podem ser consequência de uma inapropriada regulação emocional face às exigências impostas pelos exames (Spangler et al., 2002). As respostas emocionais e fisiológicas ao stress dos exames são influenciadas pelas características pessoais de cada um. O controlo do ego, inibições de comportamento e uma reactividade emocional negativa mostraram ter relação quer com a dimensão emocional do indivíduo quer com a reacção adenocortical ante situações de stress (Spangler et al., 2002).

Estando o efeito de um acontecimento stressante condicionado à importância que cada um dá à situação daí decorre uma correlação positiva entre a importância que atribuímos a um exame e a ansiedade que lhe está associada (De Pablo et al., 1990). Por exemplo nos estudantes altamente ansiosos, há um aumento significativo do cortisol durante os exames (Spangler et al., 2002).

B.2. Desconforto subjectivo nos estudantes de medicina

Parece unânime a ideia de que ser estudante de medicina é uma experiência stressante e intensa (Smith et al., 2007). Os estabelecimentos de ensino de Medicina são reconhecidos por terem um meio ambiente stressante que, com frequência, exerce um efeito negativo no desempenho académico, na saúde física e no bem-estar psicológico dos seus alunos (Helmers et al., 1997). Em consequência os estudantes de medicina apresentam níveis constantes de elevado desconforto subjectivo, com uma alta prevalência de depressões e ansiedade (Dyrbrye et al., 2006; Smith et al., 2007), constituindo um quadro de sintomas denominado a “doença dos estudantes de medicina” (Singh, Hankins & Weinman, 2004). A personalidade dos estudantes e os estilos de ensino ministrados nos cursos de medicina podem predizer o aparecimento de stress e *burnout* nos médicos (Dahlin et al., 2007).

Apesar de um grau moderado de stress poder promover a criatividade e a realização, as pressões intensas e a inflexibilidade das exigências da educação em medicina podem ter impacto no comportamento dos estudantes, nas suas relações pessoais, diminuir a aprendizagem e mesmo afectar o modo como cuidam dos seus pacientes (Smith et al., 2007).

Está largamente difundida e aceite a ideia de que as escolas de medicina andam de mão dada com o stress, apontando como causas desta situação o volume de matéria a aprender, a ansiedade gerada pelo desempenho académico e pelos exames, as dificuldades no exercício da clínica e os processos de avaliação contínua (para além dos problemas financeiros). A consequência tem sido o aumento da depressão e do consumo de substâncias entre os estudantes (Toews et al., 1997). O suicídio é já apontado como a segunda causa de morte nas faculdades de medicina nos EUA (Alexander, 2001).

Os estudantes de medicina constituem assim um grupo populacional com algumas características próprias. Estando, como qualquer estudante universitário, sujeitos a um alto nível de educação e às dificuldades da vida de estudante, têm concomitantemente pressões extraordinárias relacionadas com o curso escolhido. É importante referir que os estudantes de medicina estudam, em média, mais 29 % das horas semanais que um aluno de direito (Helmers et al., 1997). Como outros importantes factores de ansiedade associados aos estudantes de medicina estão, para além do excesso de trabalho - que, de acordo com alguns estudos (Goebert et al, 2009) excede às vezes 80h semanais - a privação do sono e a pressão académica, o contacto com a morte e o sofrimento de pacientes (Dyrbrye et al., 2006).

Goebert (2009) identifica ainda outros factores, tais como as difíceis condições de aprendizagem, a planificação da carreira e a dificuldade de lidar com alguns pacientes mais difíceis. Estes são factores adicionais de stress que exercem um efeito negativo nos estudantes de medicina, afectando o seu desempenho académico, a sua saúde física e o seu bem-estar psicológico (Goebert et al., 2009).

Um estudo recente reportou a presença de *burnout* com exaustão emocional e despersonalização em 45% dos estudantes de medicina (Dyrbye et al., 2006, in Dahlin et al., 2007).

B.3. Desconforto subjectivo nos estudantes de Medicina dentária

O objectivo da educação em Medicina é treinar e preparar médicos com competências e conhecimentos para poderem tratar as doenças, promovendo a saúde pública e o avanço da ciência médica (Dyrbrye et al., 2006). A aprendizagem em medicina dentária é longa e árdua, tendo sido referidos altos níveis de stress e morbidade psicológica nos estudantes (Guthrie et al., 1997).

Actualmente, e a partir da revisão que nos foi possível desenvolver, existem poucos trabalhos publicados com estudos específicos dos níveis de desconforto subjectivo na população de estudantes de medicina dentária.

B.4. RELAÇÃO COM O GÉNERO DOS ALUNOS

A percentagem de indivíduos de sexo feminino inscritos e a frequentar as Faculdades de Medicina tem aumentado substancialmente nos últimos anos (Blanch et al., 2008). Diferentes estudos revelam, de um modo consistente, que entre os alunos de medicina são as mulheres quem refere um maior nível de ansiedade e uma menor confiança nas suas capacidades (Blanch et al., 2008). Referem ainda ter mais vezes o sentimento de falta de competência, apresentam maiores níveis de stress e mais preocupações pela quantidade e complexidade de matéria a estudar e saber (Toews et al., 1997). De acordo com vários autores, o treino e aprendizagem da medicina é mais stressante para as mulheres do que para os homens (Harvill, 1986).

Embora, também de um modo consistente, se constate que o desempenho académico das mulheres é idêntico ao dos homens, as alunas de medicina apresentam maior tendência para desvalorizarem o seu próprio trabalho, enquanto os alunos tendem a valorizar as suas capacidades (Blanch et al., 2008).

As mulheres médicas têm níveis de depressão mais elevados que os seus colegas apontando-se como causa a multiplicidade de exigências que lhes é feita, a falta relativa de mulheres modelo nos centros médicos académicos e uma maior dificuldade em resolver assuntos do foro íntimo e da carreira (Toews et al., 1997). Enquanto as mulheres sofrem duas vezes mais de depressão que os homens (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007) as médicas têm uma taxa de suicídio três a quatro vezes maior do que a média das mulheres da população em geral (Alexander, 2001).

B.5. DESCONFORTO SUBJECTIVO NOS ÚLTIMOS ANOS DE CURSO E NA TRANSIÇÃO PARA A CLÍNICA

A transição para a clínica pode ser, simultaneamente, excitante e fonte de preocupações. Os estudantes são desafiados pela necessidade de adquirir e demonstrar com regularidade os seus conhecimentos e a sua perícia na clínica (Hayes et al., 2004). Esta transição, das ciências básicas para o treino clínico, está associada a um aumento de stress e humor depressivo (Helmers et al., 1997), encontrando-se aumentados os níveis de depressão para os últimos anos do curso de medicina (Bellini & Shea, 2005; Dyrbrye et al., 2006).

Os factores de maior preocupação para os estudantes são a incerteza sobre o seu papel, a falta de experiência e perfil clínico, e a dificuldade em integrar os conhecimentos teóricos com as necessidades que o exercício da profissão exige (Hayes et al., 2004).

A necessidade de aprender muita matéria num curto espaço de tempo e a consciência de que no fim do seu treino serão directamente responsáveis pela saúde e bem-estar de outros, fazem com que a transição para os anos de clínica (no 3º ano de Medicina) seja acompanhada de um aumento dos sintomas de ansiedade e depressão (Chandavarkar et al., 2007).

B.6. DESCONFORTO SUBJECTIVO EM MÉDICOS E MÉDICOS DENTISTAS

A medicina e a medicina dentária estão consideradas como as mais stressantes profissões ligadas a área da saúde (Schmitter et al., 2008).

Quer os médicos (Peisah et al., 2009) quer os dentistas generalistas (Winwood & Winefield, 2004) estão sujeitos a situações que podem induzir o *burnout*. Este e o stress, têm sido na última década, um problema crescente na população em geral e entre os médicos (Dahlin et al., 2007), pelas suas implicações na saúde e na *performance* de cada um (Prins et al., 2007).

Alguns autores têm defendido que os dentistas são, eles próprios, a sua maior fonte de stress porque trabalham relativamente isolados, sem interacção com os colegas; são perfeccionistas, com uma atenção compulsiva para os detalhes; ficam frustrados com a falta de motivação dos seus pacientes para atingir os objectivos dos tratamentos, e sentem uma grande discrepância entre os seus ideais e a realidade do dia-a-dia. Como factores agravantes têm ainda o stress com as desmarcações dos seus pacientes e cada vez mais problemas com as seguradoras (Alexander, 2001).

Contudo, outros autores afirmam que a maior fonte de stress para muitos dentistas é terem que tratar pacientes que estão nervosos (Hu et al, 2007). Calcula-se que em todo o mundo 5% a 22 % das pessoas sofram de ansiedade ou mesmo fobia do dentista o que, para além das consequências nefastas para a sua saúde dentária e psicológica, constitui fonte de stress para o próprio dentista (Hu et al, 2007).

Desde 1933 que, quer a população em geral quer os media, referenciam os dentistas como constituindo um grupo de risco para o suicídio. Médicos e médicos dentistas são referenciados como pertencentes a grupo de prestadores de cuidados de saúde com alto risco de cometer suicídio (Alexander, 2001).

Os estudos têm resultados díspares. Alguns indicam uma taxa de suicídio de 6.6 vezes maior para os dentistas, enquanto outros concluem que a relação entre profissão e suicídio não é explícita (Stack, 2001).

Não está claro ainda se os altos níveis encontrados nalgumas classes profissionais se devem ao excesso de stress associado ao exercício da profissão, ou ao facto de grande percentagem fazer parte dos grupos demográficos com maior incidência de suicídio (Stack, 2001). Porém, em vários estudos se constata que alguns profissionais de saúde

como médicos, dentistas e enfermeiros, têm um elevado risco de suicídio, mesmo depois de controlados as co-variáveis demográficas (Stack, 2001).

Em 1975, a *American Dental Association* publicou um estudo desenvolvido em 31 estados dos Estados Unidos da América, que não suporta a conclusão de que os dentistas cometam suicídio em número maior do que a população em geral. A conclusão foi, pelo contrário, que os dentistas excederão a expectativa de vida em 2,8 anos, se forem consideradas todas as causas de morte (Alexander, 2001).

PARTE C: REGULAÇÃO EMOCIONAL

C.1. EMOÇÕES

As emoções são um processo multifacetado e alargado que envolve alterações nos domínios subjectivos, comportamental e fisiológico central e periférico. Elas ocorrem perante uma determinada situação que é sentida pelo próprio como relevante para os seus objectivos pessoais. É o significado e a relevância que cada um dá às situações que enfrenta, independentemente das situações em si mesmo, que despoleta a emoção. Desta forma, as emoções são benéficas ou prejudiciais conforme o momento e a intensidade com que ocorrem (Gross & Tompson, 2007).

Sendo difíceis de definir com objectividade, as emoções são também difíceis de estudar cientificamente (Ohman & Birbaumer, 1993 in Castelar, 2006). O largo leque de comportamentos observáveis, sentimentos expressos e alterações fisiológicas incluídas no complicado mundo das emoções constituem uma diversidade que torna difícil o seu estudo (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

As emoções são um aspecto central do comportamento humano. Elas desempenham funções sociais e de comunicação, promovendo ou facilitando a interacção social (Lopes et al., 2005).

Aparentemente involuntárias (Castelar, 2006), as emoções são sempre acerca de qualquer coisa na vida. Têm um papel adaptativo, alertando-nos para mudanças significativas, para novos rumos e novos objectivos. Elas podem não tornar a vida mais fácil, mas enriquecem certamente o seu significado e aumentam a nossa sabedoria de

viver! São as emoções que dão à vida muito do seu significado (Greenberg, 2008). Percebê-las significa compreender escolhas e desejos (Strayer, 2002).

Todas as emoções podem ser úteis, em especial as negativas que convidam à mudança. Elas são importantes no nosso processo formativo, orientando-nos, informando-nos e impelindo-nos a actuar (Strayer, 2002). Parece mesmo que inibir a sua expressão pode debilitar o sistema imunitário e afectar o estado de saúde (Greenberg, 2008).

Algumas teorias (i.e., Bechara, Damásio & Damásio, 2000 *in* Beer, Knight & Esposito, 2006) sugerem que as emoções são particularmente úteis nas tomadas de decisão. Embora seja a razão que nos guia são as emoções que nos impelem para actuar (Greenberg, 2008). É importante reconhecer que as emoções não são um subproduto da cognição. Elas podem preceder, acompanhar, influenciar ou serem influenciadas pela cognição podendo contribuir para o nosso equilíbrio ou desequilíbrio (Strayer, 2002).

Actualmente continua a ser tão importante como há dois mil anos, distinguir as emoções adaptativas das desadaptativas. Já Aristóteles considerava que as emoções seriam adaptativas se tivessem origem nas coisas certas, fossem expressas de modo certo, na altura certa e durante um período de tempo certo. Pelo contrário, seriam desadaptativas se acontecessem a propósito de coisas erradas, fossem expressas de modo errado ou acontecem na altura errada ou durante o período de tempo errado. Por isso Aristóteles recomendava moderação nas emoções (Rottenberg & Gross, 2003). As últimas décadas de pesquisa na área das emoções formularam novas teorias, novos métodos e novos dados que permitem abordar o papel que as emoções desempenham na saúde e na doença (Rottenberg & Gross, 2003).

Para Frijda, 1986 (*in* Gross & Tompson, 2007), as emoções não só nos fazem sentir alguma coisa como também nos impelem a actuar (às vezes de modo imperativo, levando a pessoa a ter que interromper a actividade desse momento – característica a que Frijda deu o nome de “*control precedenc*”, em 1986). Estes impulsos para agir de um determinado modo específico, estão correlacionados com alterações do sistema autónomo e neuroendócrino que antecipam a resposta comportamental que lhe está associada, permitindo assim que haja um suporte metabólico para a acção (Gross & Tompson, 2007).

A “teoria *appraisal*” das emoções defende que é a maneira como a pessoa interpreta a situação (ou tem um diferente *appraisal*), mais do que a situação em si mesma, que provoca uma ou outra emoção. De acordo com Ortony e colegas em 1988

(in Siemer, Mauss & Gross , 2007), o *appraisal* influencia a intensidade da emoção e determina a sua qualidade porque, para uma mesma situação, as pessoas respondem com emoções diferentes (Barrett et al., 2001), dependendo da maneira como a sentem (Siemer, Mauss & Gross, 2007).

Cada emoção pode moderar outras emoções (Strayer, 2002), pode ser contagiosa (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1994 cit in Lopes et al., 2005) e ter efeitos no modo de vivermos ao longo de toda a nossa existência (Strayer, 2002).

C.1.2. NEUROBIOLOGIA DAS EMOÇÕES E DA SUA REGULAÇÃO

Em 1937, James Papez propôs a denominação e identificação de um circuito neuronal das emoções. Ficou conhecido como “o circuito de Papez” e incluía: os corpos mamilares do hipotálamo, o tálamo anterior, o córtex cingulado, o hipocampo e o fornix (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

Estudo recentes confirmaram a importância do córtex cingulado na elaboração de certas emoções, mas as outras áreas descritas no conceito de Papez não são hoje consideradas essenciais no sistema emocional (Panksepp, 1998).

Posteriormente, MacLean sugeriu o alargamento do circuito de Papez, com a inclusão da amígdala e de várias outras zonas que se interconectam, propondo a denominação de “ *sistema límbico* “ para referir o sistema completo (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007). O sistema límbico inclui porções do hipotálamo, tálamo e córtex cerebral, além de vários núcleos cerebrais profundos, sendo os mais proeminentes a amígdala e o hipocampo. O sistema límbico está envolvido nas emoções e no processamento de alguns tipos de memória (Lundy-Ekman, 2008).

A ocorrência de lesões no sistema límbico tem efeitos profundos sobre a receptividade emocional (Barker, Barasi & Neal, 2005).

Actualmente muitos neurologistas discordam do conceito de sistema límbico como entidade anatómica e funcional distinta; no entanto, a maior parte está de acordo em considerar as áreas destacadas por MacLean como substratos essenciais à emocionalidade (Panksepp, 1998).

De acordo com Damásio (Damásio et al., 2000 *in* Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007), a ínsula, o córtex cingulado e o córtex pré-frontal estão entre as regiões cerebrais mais activadas na estimulação das emoções.

Cada emoção envolve a actividade de mais de uma zona do cérebro, mas algumas zonas cerebrais estão envolvidas em mais do que uma emoção (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

O sistema imunitário e o sistema nervoso interagem profundamente com o sistema endócrino tendo sido encontradas relações recíprocas entre os sistemas nervoso, endócrino e imunitário (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007). O stress, por exemplo, aumenta os níveis de várias hormonas, como o cortisol, a adrenalina e a noradrenalina e suprime outras hormonas como a testosterona (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

O cérebro afecta o sistema imunitário através das fibras do sistema nervoso autónomo que enervam órgãos do sistema imunitário, como o timo e o baço. Estas fibras noradrenérgicas são axónios pós ganglionares do sistema simpático e afectam a produção de anticorpos e a proliferação de células imunitárias (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007).

Os hemisférios cerebrais (esquerdo e direito) funcionam de modo diferente no reconhecimento e no processamento dos estímulos emocionais: o hemisfério direito interpreta melhor os estímulos e os estados emocionais (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007), e o hemisfério esquerdo está especializado numa série de processamentos cognitivos (Fernández-Abascal, 2009).

Os homens processam as emoções de modo diferente das mulheres. As mulheres são emocionalmente mais expressivas do que os homens e, perante estímulos emocionais têm respostas psicofisiológicas mais fortes (Fernández-Abascal, 2009)..

As mulheres, que anatomicamente têm maior volume de massa cinzenta no córtex cingulado (parte do sistema límbico), activam com maior frequência as estruturas límbicas da linha média como o cíngulo anterior subcaloso, o tálamo, o mesencéfalo e o cerebelo. Os homens, por sua vez, mostram um maior envolvimento do córtex frontal inferior e das estruturas posteriores. Estas diferenças podem estar relacionadas com a expressividade emocional ou com as respostas autónomas aos estímulos emocionais (Fernández-Abascal, 2009).

O hipotálamo, para além de outras funções, regula a expressão das emoções (Lundy-Ekman, 2008).

Não podemos falar de neurobiologia sem abordar (mesmo que brevemente) o sistema neuronal em espelho (“*mirror neuron system*”) que também actua no processamento das emoções e nos permite compreender e experienciar os estados emocionais dos outros, criando uma ponte entre nós próprios e quem nos rodeia (Fernández-Abascal, 2009).

A amígdala é uma pequena estrutura de forma amendoada, localizada na parte média do lobo temporal (Barker, Barasi & Neal, 2005) e correlacionada com a aprendizagem e o armazenamento dos aspectos emocionais das vivências. A sua estimulação induz a um comportamento típico do medo (Barker, Barasi & Neal, 2005). Se ocorrerem danos nesta estrutura, eles provocarão alterações nas reacções emocionais, com as consequentes alterações no comportamento emocional. Por exemplo, lesões da amígdala podem ser acompanhadas da incapacidade de reconhecer expressões faciais de medo (Barker, Barasi & Neal, 2005).

A amígdala tem um papel fundamental, em especial nas emoções negativas, como o medo, mas também e de um modo geral na memória emocional, parecendo estar implicada no recordar de afectos positivos associados a estímulos. Para além do seu papel no processamento das emoções, a amígdala está relacionada com a percepção das emoções e com a memória de estímulos com carga emocional (Fernández-Abascal, 2009). Ela parece ser especializada na detecção rápida de estímulos emocionalmente relevantes, agindo de modo automático, independentemente do controle da cognição e da consciência (Vuilleumier et al., 2001), como se o seu papel fosse determinar a urgência do estímulo (Storbeck & Clore, 2007). MacLean identificou com precisão (para além de algumas zonas, como as superfícies médias dos hemisférios telencefálicos, e de algumas interconexões, como com o hipotálamo) a amígdala como parte importante e constituinte do que chamou o cérebro emocional (Panksepp, 1998).

Também LeDoux deu ênfase à importância da amígdala pelo seu papel no significado emocional dos estímulos apelidando-a de “*computador emocional*”, (Eysenck & Keane, 2000). A amígdala, pelo seu papel no reconhecimento das emoções, tem um papel importante na nossa interacção com a sociedade (Lundy-Ekman, 2008).

C.2.1.Regulação emocional

As emoções podem ferir-nos ou ajudar-nos (Gross, 2008), sendo cada vez mais evidente que a vivência de experiências afectivas está associada a alterações dos estados de saúde e de doença (Kemeny & Shestyuk, 2008).

A preocupação com a regulação emocional não é um processo moderno (Gross, 2008), sendo as estratégias de auto regulação consideradas essenciais para reparar os estados de humor negativo, criar e manter os de humor positivo e assegurar boa motivação e bom funcionamento quando se precisa ou deseja (Kashdan, 2007).

A auto-regulação pode falhar por subregulação, que acontece quando não há controlo suficiente sobre si mesmo (por exemplo, quando a pessoa não tem força suficiente ou vontade própria para controlar o impulso); ou, por desregulação, entendida como o uso de uma estratégia ineficaz para controlo do impulso (Gallo et al., 2009).

A regulação de comportamentos relacionados com as emoções é o processo de iniciar, manter, modular ou alterar a ocorrência, a forma e a duração dos aspectos comportamentais da emoção (Batum & Yagmurlu, 2007) e, como qualquer fenómeno psicológico complexo, pode ocorrer de vários modos (Zelago & Cunningham, 2007).

As emoções têm em particular uma certa maleabilidade (Gross, 2008) - característica a que William James, já em 1884, tinha dado ênfase e o levava a considerar as emoções como respostas que podiam ser moduladas de diversas maneiras. Para Gross & Tompson (2007), pode intervir-se em um ou mais pontos do processo gerador de emoções utilizando estratégias que podem refreá-las, intensificá-las ou simplesmente mantê-las, dependendo dos objectivos pessoais de cada um.

As pessoas diferem umas das outras na sua capacidade de regular as suas emoções (Lopes et al., 2005), mas um défice geral na regulação emocional está associado a várias formas de psicopatologia como depressão, ansiedade, abuso de substâncias, perturbações alimentares, perturbações de atenção, e perturbações de personalidade *borderline* (Berking et al., 2008).

Para alguns autores (Sloan, 2003), os problemas psicológicos não são o resultado dos pensamentos ou dos sentimentos indesejados, mas sim o resultado das tentativas para os suprimir, evitar e controlar. A capacidade de lidar bem com as emoções negativas é reconhecida como fundamental para a integridade da saúde mental (Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004, cit. in Berking et al., 2008) e crucial

para o sucesso das interações sociais e da competência social, isto é, para a manutenção e regulação das relações entre as pessoas, contribuindo também para o ajustamento inter-cultural (Matsumoto et al. 2008).

Respostas emocionais inapropriadas estão implicadas em muitas formas de psicopatologia e estão correlacionadas com alterações psicopatológicas (Gross, 2008) e com dificuldades sociais, podendo até manifestar-se como doença física. Para Gross e Tompson (2007), é fundamental a nossa capacidade de regular com sucesso as nossas emoções.

A regulação emocional pode actuar através de processos cognitivos, de expressão, comportamentais e fisiológicos (Lopes et al., 2005).

O processo de regulação emocional é um contínuo de alterações que se desenvolve ao longo da vida e em consonância com a personalidade de cada um (Gross & Thompson, 2007); pode ser automático ou controlado, consciente ou inconsciente (Rottenberg & Gross, 2003). Qualquer das inúmeras maneiras de regular as emoções tem sempre um custo cognitivo, embora a reavaliação cognitiva tenha um custo menor e a supressão tenha maior envolvimento dos processos cognitivos (Richard & Gross, 2000).

As emoções positivas implicam um menor esforço cognitivo na análise das informações, melhorando o rendimento; as emoções negativas reduzem as capacidades de processamento, diminuindo o rendimento em determinadas tarefas (Sanchez & Sanchez, 2009). Contudo, nem todas as emoções negativas requerem regulação. Os indivíduos que sabem fazer a diferenciação e regular as suas emoções demonstram ser mais inteligentes emocionalmente (Barrett et al., 2001).

Nos últimos 20 anos a teoria de Bowlby – teoria da vinculação – tornou-se num dos aspectos com maior influência na compreensão da regulação emocional (Shaver & Mikulincer, 2007).

De acordo com esta teoria (Cassidy & Kobak, 1988; Main, 1990; Shaver & Mikulincer, 2002 in Shaver & Mikulincer, 2007) a orientação ou estilo de vinculação que se cria, em especial na infância e na adolescência, com as figuras mais próximas (figuras de vinculação) inclui uma variedade de estratégias cognitivas, afectivas e de comportamento, que podem alterar, obstruir ou suprimir o aparecimento, a activação e a expressão de emoções. Estas estratégias conduzem o processo de regulação emocional modulando a avaliação, os sentimentos e os comportamentos (Shaver & Mikulincer, 2007).

Para vários autores (Shaver et al. 1987, e Oatley e Jenkins, 1996 in Shaver & Mikulincer, 2007), o aparecimento de emoções acontece pela percepção de alterações no mundo que nos rodeia; especialmente, se são súbitas, inesperadas ou relevantes para a pessoa. Estas alterações são automáticas e muitas vezes inconscientes; são sentidas, apercebidas e valorizadas de acordo com as necessidades, os objectivos, a vontade e as preocupações de cada pessoa.

As emoções que aparecem dependem do padrão específico de preocupação e *appraisal* que foi activado. Se as mudanças são desfavoráveis o resultado emocional é negativo (e.g. Lazarus, 1991; Shaver et al., 1987 in Shaver & Mikulincer, 2007). A um *appraisal* específico segue-se, automaticamente, a emoção correspondente com as vertentes funcional e fisiológica: alterações na respiração, na pressão sanguínea e na tensão muscular (Shaver & Mikulincer, 2007). Estas consequências podem manifestar-se em pensamentos, sensações ou acções; podem ser expressas verbalmente, ou não; e são mensuráveis de diversas maneiras (Shaver & Mikulincer, 2007).

Estes diferentes padrões de emoção e defesa foram documentados num número notável de estudos e estão agora a ser mais desenvolvidos com o estudo das neurociências (Shaver & Mikulincer, 2007).

C.2.2. ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

Para que os estudantes se desenvolvam em indivíduos saudáveis, adaptativos e construtivos parece ser importante promover neles sentimentos de competência e controlo (Seifert, 2004).

O modo como as pessoas regulam as suas emoções afecta as suas relações, o seu bem-estar e o stress que sentem (Lopes et al., 2005). Para além do contexto social, a família tem uma importância enorme e uma influência fundamental e multifacetada, no desenvolvimento emocional (Thompson & Meyer, 2007). É durante a infância e a adolescência que a regulação emocional sofre maior desenvolvimento (Gross & Tompson, 2007).

Embora a regulação emocional tenha sido alvo de estudo desde há muito (Gross, 2008), sobre ela têm sido lançadas mais dúvidas e perguntas do que respostas (Gross & Thompson, 2007).

De acordo com Gross (1998b, cit in Watson & Sinha, 2008; Gallo et al., 2009), a auto-regulação das emoções constitui um processo pelo qual cada pessoa pode ter influência no tipo de emoções que tem, quando as tem, como as experiência e como as expressa.

As emoções podem ser reguladas de vários modos (Richards, Butler & Gross, 2003). Shaver e colaboradores, baseados em várias pesquisas - suas e de outros - defendem que os esforços reguladores podem alterar o processo inteiro das emoções (Shaver & Mikulincer, 2007).

Porque as emoções são um processo com vários componentes, que desabrocham e se alteram com o decorrer do tempo, a regulação emocional é, também ela, um processo dinâmico na duração, na magnitude e no aparecimento das suas respostas quer no domínio comportamental, quer na sua expressão fisiológica (Gross & Thompson, 2007).

Um dos desafios da regulação de emoções é encontrar uma estrutura conceptual que ajude a organizar a miríade de formas diferentes de regular as emoções. Um dos processos propostos por Gross (1998b, in Gross & Thompson, 2007) é especificar uma sequência de cinco processos envolvidos sendo que cada um deles é, ele próprio, um alvo para a regulação (John & Gross, 2007).

Estes cinco pontos, desenvolvidos por Gross no seu modelo modal (Gross, 2008), representam cinco famílias do processo de regulação emocional e são: (i) a escolha da situação; (ii) a alteração da situação; (iii) o redireccionar da atenção (iv) a reavaliação cognitiva; (v) e a modulação, ou suavização da resposta.

A escolha da situação (i) requer muitas vezes a perspectiva de outras pessoas, como os pais, os amigos ou mesmo o/a terapeuta. Esta forma de regulação extrínseca sendo importante ao longo da vida, é-o especialmente na infância, exigindo, às vezes, uma gerência do clima emocional da vida familiar. A alteração da situação (ii) é uma forma potente de regular a emoção. Redireccionar a atenção (iii) é um dos primeiros processos de regulação emocional a aparecer no desenvolvimento. É usado da infância à idade adulta, particularmente quando não é possível alterar ou modificar a situação. Tem duas estratégias principais que são a distração e a concentração. A reavaliação cognitiva (iv) refere-se à alteração quer da maneira como se pensa uma situação, quer da capacidade de lidar com as exigências que ela nos coloca. Alterando o seu significado altera-se, por consequência, o impacto que ela provoca em nós. A

modulação da resposta (v), ao contrário dos outros processos, ocorre mais tarde, depois da resposta tendencial já ter começado.

Para Gross (1998, in Gross & John, 2003), o indivíduo pode exercer um controlo considerável sobre as suas próprias emoções, recorrendo a um leque de estratégias que podem ter impacto sobre o tipo de emoções que se experiencia e o momento em que elas ocorrem (Gross & John, 2003). Ele estudou especialmente em detalhe duas estratégias reguladoras de emoções: a da reavaliação cognitiva do *reappraisal* e a da resposta focada na supressão.

O *reappraisal*, ou reavaliação cognitiva, consiste como o nome sugere, em mudar o modo como se pensa acerca de um acontecimento eventualmente desencadeador de emoções de modo a alterar o seu impacto emocional (John & Gross, 2004). A supressão, um processo habitual nas interações sociais, é o processo de inibir conscientemente a expressão das emoções quando estas estão activadas (Richards, Butler & Gross, 2003);

Enquanto a primeira é uma estratégia focada antes da emoção (e da consequente alteração de comportamental e fisiológica) se desencadear, a segunda é já referida como resposta depois da emoção se ter desenrolado (Gross & John, 2003) e implica reduzir a expressão comportamental uma vez já instalada a emoção (John & Gross, 2004).

Existem várias evidências que sugerem importantes conexões entre a supressão da expressão emocional, as relações sociais e a saúde (Butler et al, 2003).

Como o *reappraisal* implica repensar o significado da carga afectiva do estímulo ou do acontecimento, de modo a alterar o seu impacto emocional (Ochsner & Gross, 2008) pode, não só mudar a intensidade de uma emoção mas também, ajudar na regulação emocional (Siemer, Mauss e Gross, 2007).

Pelo contrário, a supressão é uma estratégia de regulação emocional focada na resposta e, portanto, não tem utilidade na redução de experiências de emoções negativas. A supressão parece ter efeitos cognitivos negativos (Richard & Gross, 2000, cit in Gallo et al., 2009), com prejuízo da memória e outros efeitos colaterais (Gross, 1998; Gross & Levenson, 1993, 1997, cit in Gallo et al., 2009), criando, às vezes, um sentimento de incongruência entre o que sente e o que expressa, o que pode levar a uma certa alienação (Gross & John, 2003).

O uso habitual desta técnica, que parece ser um método contraproducente do controlo dos pensamentos (Luciano & Algarabel, 2008), está associada a um padrão geral pouco saudável, à falta de suporte social e a sintomas depressivos (Gross &

Thompson, 2007). As pessoas que a utilizam com frequência sentem mais emoções negativas, experienciam e expressam menos emoções positivas e têm níveis inferiores de bem – estar, de satisfação em relação à vida (John & Gross, 2004) e de auto – estima (Gross & John, 2003). Elas tendem a avaliar as suas emoções em termos negativos, subestimam as suas capacidades para regular as suas emoções e tendem para ruminar (Gross & John, 2003).

A ruminação, definida como a atenção repetidamente focada em si próprio com pensamentos negativos ou de raiva, mantém ou amplifica a resposta emocional e está associada a várias consequências negativas com altos níveis de emoções negativas, de pensamentos intrusivos (Ray, Wilhelm & Gross, 2008) e de depressões e de maior reactividade cardiovascular (Watson & Sinha, 2008).

Por outro lado indivíduos ansiosos e deprimidos ruminam mais acerca das suas emoções negativas (John & Gross, 2007).

Estas duas estratégias de regulação emocional têm consequências muito diferentes na saúde física e mental dos indivíduos que as utilizam, sendo a supressão, comparativamente à reavaliação cognitiva, considerada mais disruptiva no campo da interacção social, dos relacionamentos e no suporte social (John & Gross, 2004).

A utilização da reavaliação cognitiva em vez de supressão constitui um padrão de regulação emocional mais saudável (John & Gross, 2004), tendo como consequência maiores níveis de satisfação e de bem – estar, melhores relacionamentos sociais, maior auto – estima e menos sintomas depressivos (Gross & John, 2003).

Pessoas com doenças cardiovasculares, e que experienciam níveis elevados de emoções negativas, tem quatro vezes mais hipóteses de morrer de doença cardiovascular se usarem a supressão com método de regular as emoções nas suas vivências sociais (John & Gross, 2004).

A regulação da vertente fisiológica das emoções pode ser tentada também com o auxílio de medicamentos (como ansiolíticos ou beta–bloqueantes), do exercício físico e de técnicas de relaxamento. Às vezes, as pessoas socorrem-se da ingestão de alimentos ou de outras drogas como o tabaco e o álcool. Esta regulação tem muito a ver com o contexto cultural, que é determinante para cada pessoa, qualquer que seja a sua idade (Gross & Tompson, 2007).

Para Lopes e colegas (2005), a regulação emocional é um domínio no qual, tal como a matemática, são necessários os conhecimentos e a prática para uma boa *performance*.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A ansiedade, o stress e a depressão são presença frequente no quotidiano de quase todos e podem ter consequências pesadas na saúde física e mental de cada um. A associação das exigências da vida moderna, com o exercício de profissões consideradas há muito como stressantes e debilitantes para a saúde física e mental de quem as exerce pode ter consequências penosas a nível pessoal e social.

O exercício da medicina (Dahlin et al., 2007; Prins et al., 2007; Schmitter et al., 2008; Peisah et al., 2009) e os anos académicos que o antecedem (Alexander, 2001; Singh, Hankins & Weinman, 2004; Dyrbye et al., 2006; Dahlin et al., 2007; Smith et al., 2007 e Goebert et al., 2009) são descritos e considerados há longos anos como fonte de ansiedade, stress e depressão, como atestam os vários estudos e publicações mencionados na revisão teórica desenvolvida nas páginas anteriores. Os dentistas apresentam, de igual modo, níveis elevados de ansiedade, de stress e de depressões (Alexander, 2001; Winwood & Winefield, 2004; Hu et al, 2007 ; Schmitter et al., 2008), colmatados por uma taxa elevada de suicídios dentro do seu grupo profissional (Alexander, 2001; Stack, 2001).

A pesquisa focada na área da medicina dentária demonstrou que há poucos estudos desenvolvidos abrangendo os estudantes de medicina dentária.

Tendo em conta o exposto e sabendo que, já durante o curso de medicina, é possível predizer o nível de stress e burnout dos alunos (Dahlin et al., 2007) pareceu-nos importante o desenvolvimento de um estudo, que avaliasse estes parâmetros entre os estudantes de medicina dentária em Portugal.

Após revisão da literatura, foram formuladas algumas hipóteses e levantadas várias questões, que apresentamos, referindo-as aos dois temas principais deste trabalho: (i) o desconforto subjectivo e (ii) a regulação emocional.

Questões e hipóteses relacionadas com o desconforto subjectivo

Tendo em conta que vários estudos indicam um nível elevado de algumas formas de desconforto subjectivo entre os estudantes de medicina (Alexander, 2001; Singh, Hankins & Weinman, 2004; Dyrbye et al., 2006; Dahlin et al., 2007 ; Smith et al., 2007 e Goebert et al., 2009) colocámos a hipótese de os alunos de medicina dentária em Portugal apresentarem, de igual modo, elevados os seus níveis de depressão e de ansiedade.

Considerando que as alunas de medicina apresentam níveis de ansiedade (Blanch et al., 2008), de stress e de depressão superiores aos encontrados nos seus colegas do sexo masculino (Toews et al., 1997), colocámos uma segunda hipótese que é a de as alunas dos cursos de medicina dentária em Portugal apresentarem níveis de ansiedade e depressão superiores aos encontrados para os seus colegas do sexo masculino.

De acordo com o facto encontrado na literatura de que os alunos dos últimos anos do curso de medicina sofrem aumento dos seus níveis de stress (Helmers et al., 1997), depressão (Bellini & Shea, 2005; Dyrbrye et al., 2006) e ansiedade (Chandavarkar et al., 2007), na transição dos anos básicos para os anos clínicos, levantámos a terceira hipótese. Esperamos que os alunos de medicina dentária em Portugal apresentem elevados alguns parâmetros dos seus níveis de desconforto subjectivo, nos últimos anos da sua formação académica.

Finalmente, e ainda referente ao mesmo tema, colocámos uma questão “ será que encontramos diferenças significativas nos valores de desconforto emocional, em função do estabelecimento de ensino que os alunos frequentam?”

Questões e hipóteses relacionadas com a regulação emocional

Como vimos atrás, as emoções podem ser reguladas de várias formas (Lopes et al., 2005; Gross & Tompson, 2007), e a capacidade de regular as emoções vai determinar muita coisa da vida de cada um (Gross & Tompson, 2007). Tendo em conta que a supressão e a reavaliação cognitiva são métodos muito utilizados na regulação emocional e têm consequências muito deferentes no equilíbrio físico e mental das pessoas (John & Gross, 2004) questionámos qual destes métodos seria mais utilizado pelos estudantes de medicina dentária em Portugal. Colocámos a hipótese de que os rapazes, em consonância com o que está descrito na literatura (John & Gross, 2004), utilizem mais a supressão do que as raparigas suas colegas. Colocámos ainda a seguinte questão: será que as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos alunos diferem em função do estabelecimento de ensino que frequentam?

Questões e hipóteses relacionadas com as dificuldades na regulação emocional

Tendo em conta que dificuldades na regulação das emoções podem estar associadas a diferentes formas de psicopatologia (Berking et al., 2008), podem manifestar-se como doença física (Gross, 2008) e interferem com a vida social (Matsumoto et al., 2008) considerámos importante questionar: 1º, quais as principais dificuldades sentidas pelos alunos de medicina dentária em Portugal na regulação emocional; 2º, será que os alunos do sexo masculino têm dificuldades de regulação emocional diferentes das alunas do sexo feminino? e 3º, haverá diferença nas dificuldades de regulação emocional, em função dos anos de escolaridade ou do estabelecimento de ensino que frequentam?

Finalmente colocámos uma última questão: a de saber se haverá uma relação significativa entre as estratégias e as dificuldades de regulação emocional e o desconforto subjectivo sentido pelos estudantes de medicina dentária?

2 – MÉTODO

2. 1. AMOSTRA

A amostra deste estudo foi constituída, no seu todo, por 296 alunos dos últimos três anos do curso de medicina dentária a frequentarem, no ano lectivo de 2009-2010, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e o Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

O critério de selecção da amostra para os últimos anos de curso deve-se ao facto de a transição das ciências básicas para o treino clínico estar associada a um aumento de stress e humor depressivo (Helmerts et al., 1997), e por estarem aumentados os níveis de depressão para os últimos anos do curso de medicina (Bellini & Shea, 2005; Dyrbrye et al., 2006). A transição para a clínica constitui uma fonte de maiores preocupações porque os estudantes são desafiados a demonstrar com regularidade não só os seus conhecimentos teóricos como a sua perícia na clínica (Hayes et al., 2004).

Em Portugal, a licenciatura com mestrado integrado em medicina dentária compreende, no projecto Bolonha, cinco anos de ensino universitário. Os dois primeiros anos estão dirigidos ao ensino das ciências básicas; o terceiro ano está muito vocacionado para o ensino de pré-clínico, com a execução em laboratório de vários trabalhos a realizar posteriormente nos pacientes. Os quarto e quinto anos têm uma vertente essencialmente clínica: os alunos aprendem a tratar os pacientes sob a supervisão e a responsabilidade do Professor, dos assistentes e dos monitores.

A amostra total deste estudo compreendeu, de acordo com o estabelecimento de ensino que os alunos frequentam, 117 alunos (39.5%) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, 78 alunos (26.4%) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e 101 alunos (34.1 %) do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos ($M=22.82$; $DP=3.14$), e eram maioritariamente do sexo feminino (25.7 % sexo masculino e 74.3% do sexo feminino), solteiros (96.6 %), e sem actividade laboral para além da académica, como estudantes (95.2% sem emprego; 4.8% com emprego).

A amostra compreendeu 102 alunos do 3º ano, 108 alunos do 4º ano e 86 alunos do 5º e último ano do curso de licenciatura e mestrado integrado em medicina dentária.

A amostra foi dividida em três grupos, um para cada estabelecimento de ensino, sendo os dados posteriormente analisados, no seu todo e em separado, conforme os objectivos previamente delineados.

2.2. PROCEDIMENTOS

2.2.1. Elaboração da página de rosto

Foi elaborada uma página de rosto que acompanhou os questionários. Na página de rosto foi dada uma explicação sumária do objectivo do estudo proposto e dos locais onde iria decorrer o mesmo, bem como da identificação dos investigadores e dos estabelecimentos de ensino a que estavam associados. Os inquiridos foram informados da sua participação facultativa e anónima, e de que os dados seriam tratados estatisticamente, com objectivos exclusivamente científicos e parte integrante desta tese (APA, 2002; Ribeiro, 2002).

Ainda nesta página foi feito um levantamento demográfico para a caracterização da população inquirida. A página de rosto deste estudo pode ser consultada em anexo. (Anexo 1.)

2.2.2. Pedidos de autorização aos estabelecimentos de ensino

As autorizações para a realização do estudo foram solicitadas a todos os estabelecimentos de ensino envolvidos e do modo que indico a seguir:

- Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa: foi entregue em mão e solicitada a autorização ao Sr. Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa. A autorização foi decidida em reunião de Conselho Científico e transmitida pessoalmente à investigadora.
- Faculdade de Medicina Dentária de Coimbra: a solicitação para a autorização foi entregue em mão ao coordenador do Curso de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária de Coimbra. A autorização foi transmitida pessoalmente.
- Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas Moniz: a solicitação para a autorização foi entregue em mão ao Director do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. O pedido foi apresentado em reunião do Instituto que deliberou que, de modo a seguir os protocolos exigidos pelas normas vigentes na instituição, a solicitação fosse feita em forma de pedido formal à Comissão de Ética. Este pedido foi entregue, em mão, à presidente da Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas

Moniz, com o conhecimento do Director do Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas Moniz. Analisado o pedido, foi solicitado o preenchimento de formulário próprio da instituição para estas circunstâncias. A autorização para o desenvolvimento da investigação foi dada por carta, via CTT.

2.2.3. Recolha dos dados

Em todos os estabelecimentos de ensino indicados os inquéritos foram distribuídos com a cooperação de Assistentes e Professores da unidade curricular de Dentisteria Operatória Conservadora, em contexto de pré clínico para o 3º ano, e clínico para o 4º e 5ºanos.

2.3. INSTRUMENTOS

Neste estudo foram utilizados três instrumentos de trabalho: o Brief Symptom Inventory (BSI), que cobre os relatos da presença, intensidade e níveis de ocorrência de sintomatologia passada e presente; o Questionário de Regulação Emocional (QRE), que avalia a experiência e a expressão emocionais e, a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) que avalia as dificuldades de regulação emocional. (Anexo 2. Esquema dos instrumentos utilizados).

2.3.1. BSI, Brief Symptom Inventory

O BSI é a forma abreviada do Symptom Check List-90 de Derogatis (1975). Esta escala, que de acordo com alguns autores é mais utilizada que a original (Cochran & Hale, 1985), tem incluídas as nove dimensões de sintomas primários descritos e pode ser usada em substituição da escala inicial porque a correlação entre dimensões similares varia entre 0.92 e 0.99 (Cochran & Hale, 1985). As qualidades psicométricas da escala reduzida são bastante boas e por essa razão é uma escala amplamente utilizada em contextos clínicos e de investigação. De acordo com Boulet e Boss (1991, in Sinha & Watson, 2007), o alfa de Cronbach das nove escalas vai de 0.75 a 0.89. Para Derogatis e Spencer (1982, in Sinha & Watson, 2007), o coeficiente do teste-reteste varia entre .68 e .91.

O *Brief Symptom Inventory*, ou “ BSI”, demora cerca de dez minutos a ser preenchido e proporciona uma avaliação considerada apropriada para ser utilizada em

estudantes (Cochran & Hale, 1985), com o objectivo de identificar em jovens e adolescentes auto-relatos clinicamente relevantes de sintomas clínicos a nível psicológico.

O BSI é usado como medida de doença psicológica, e é constituído por 53 itens de auto-relato que medem 9 dimensões de valores: a somatização, a obsessão – compulsão, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranóide e o psicoticismo (Sinha & Watson, 2007). As respostas são dadas numa escala de 0-5 em que o 0 = nunca e 5= sempre. Os resultados das dimensões são calculados pela soma dos valores para os itens incluídos na dimensão a dividir pelo número de itens compreendidos nessa dimensão (Derogatis, 1975).

Tabela 1.

Dimensões de BSI e respectivos itens

Dimensões	Itens
Somatização	2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37
Obsessão – compulsão	5, 15, 26, 27, 32 e 36
Sensibilidade interpessoal	20, 21, 22 e 42
Depressão	9, 16, 17, 18, 35 e 50
Ansiedade	1, 12, 19, 38, 45 e 49
Hostilidade	6, 13, 40, 41 e 46
Ansiedade fóbica	8, 28, 31, 43 e 47
Ideação paranóide	4, 10, 24, 48 e 51
Psicoticismo	3, 14, 34, 44 e 53
Em nenhuma dimensão, mas com importância clínica	11, 25, 39 e 52

Tabela de acordo com (Derogatis, 1975).

O BSI considera ainda três medidas globais: o índice de severidade global (GSI, Global Severity Index); o total de sintomas positivos (PST, Positive Symptom Total), e o índice de sintomas positivos de desconforto psicológico (PSDI, Positive Symptom Distress Index). Os índices globais medem o nível corrente ou passado de

sintomatologia, intensidade de sintomas e número de sintomas relatados e são calculados do seguinte modo:

- Índice de severidade global: é calculado dividindo a soma das 9 dimensões sintomáticas mais os 4 itens adicionais não incluídos em nenhum dos valores das dimensões, pelo número total de itens respondidos.
- Sintomas positivos totais: é a contagem de todos os itens com respostas não 0; revela o número de sintomas que o inquirido revela experienciar.
- Índice de sintomas positivos de desconforto psicológico: a soma dos valores dos itens que recebem resposta não 0, dividido pelo sintoma positivo total (Derogatis, 1975).

A escala foi adaptada à população Portuguesa por Canavarro (1995), sendo utilizado em contextos clínicos e de investigação. Este instrumento pode ser consultado em anexo (Anexo 3).

2.3.2. QRE, Questionário de Regulação Emocional

Com base na evidência cada vez maior de que as pessoas podem exercer um controlo considerável sobre as suas emoções, recorrendo a estratégias que podem influenciar as emoções que têm e quando as têm, Gross e John desenvolveram o questionário de regulação emocional focando duas estratégias comuns de regulação emocional: a reavaliação cognitiva e a supressão das emoções (Gross & John, 2003).

Este questionário contém dez itens, dos quais seis se referem à reavaliação cognitiva e os outros quatro à supressão das emoções. Para cada um dos itens pode responder-se numa escala de 1 a 7, sendo que o número 1 corresponde a “discordo totalmente”, o 4 a “não concordo nem discordo”, e o número 7 corresponde a “concordo totalmente”.

Os valores de alpha de Cronbach obtidos pelos autores do questionário são, em média, de 0.79 para a reavaliação e de 0.73 para a supressão. A validade teste-reteste com um intervalo de três meses foi de 0.69 (Gross & John, 2003).

Este questionário (com o título inicial de ERQ= Emotion Regulation Questionary) está adaptado para a população portuguesa (Machado Vaz & Martins, in press) e pode ser consultado em anexo (Anexo 4).

2.3.3. EDRE, Escala de dificuldades na regulação emocional

Gratz e Roemer desenvolveram esta escala de dificuldades na regulação emocional com o objectivo de avaliar de um modo mais abrangente do que até aí as dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

A regulação emocional pode ser conceptualizada como envolvendo quatro vertentes importantes: a consciência e a compreensão das emoções; a aceitação das emoções; a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos de comportamento para a experienciação de emoções negativas; e a capacidade para utilizar as estratégias de regulação emocional desejadas para encontrar os seus próprios objectivos. A ausência de uma ou de todas estas capacidades indicaria, segundo os autores, a existência de dificuldades na regulação emocional.

A escala de dificuldades na regulação emocional (EDRE) tem uma alta consistência interna com $\alpha=0.93$. Foram derivadas 6 subescalas de acordo com a análise factorial do instrumento. Todas as subescalas têm uma adequada consistência interna com valores de alfa de Cronbach superiores a 0.80 para cada uma das subescalas. Também a sua validade teste-reteste foi considerada boa (Gratz & Roemer, 2004).

Esta escala compreende 36 itens, avaliados de 1 a 5. A cotação de 1 corresponde a “quase nunca”; a de 2 a “algumas vezes; a de 3 a “cerca de metade do tempo”; a de 4 a “a maioria do tempo” e a de 5 a “quase nunca”. Os participantes são convidados a indicar com um círculo o valor seleccionado, indicando com que frequência as afirmações dos itens se aplicam a si.

Este instrumento pode ser consultado em anexo (Anexo 5).

Tabela 2.

Significado de cada uma das subescalas do EDRE

SUB ESCALAS	Nº DE ITENS	SIGNIFICADO DE CADA UMA DAS SUB-ESCALAS
Não-aceitação	6	Os seus itens reflectem a tendência para ter emoções negativas como resposta às suas próprias emoções negativas, ou, reacções de não-aceitação ao seu próprio desconforto
Objectivos	5	Reflecte as dificuldades em atingir os comportamentos determinados como objectivo. É composta de itens que se referem às dificuldades de concentração e de levar a cabo determinadas tarefas quando se está a experienciar emoções negativas
Impulsos	6	É composta de itens que reflectem as dificuldades de controlar o seu próprio comportamento ao experienciar emoções negativas
Consciência	6	Refere-se à falta de consciência emocional. Reflecte uma falta de atenção e de consciência das respostas emocionais
Estratégias	8	Os seus itens reflectem a convicção de que uma vez que se está ansioso ou perturbado pouco se pode fazer para regular eficazmente as emoções
Clareza	5	Os seus itens reflectem até que ponto as pessoas sabem e estão convictas das emoções que experienciam
EDRE_ total	36	

Tabela de acordo com Gratz & Roemer, 2004.

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa num estudo desenvolvido para a tese de doutoramento de Machado Vaz (Machado Vaz, Branco Vasco & Greenberg, 2010) e pode ser consultado em anexo (Anexo 5).

3. Resultados

A análise de dados foi efectuada em diversos passos. Num primeiro momento, foram conduzidas as análises de estatística descritiva de cada um dos instrumentos utilizados neste estudo. De seguida, foram realizadas as análises referentes ao género, anos de escolaridade e escolas. Essas análises utilizaram metodologias de análise de diferença de médias entre grupos (nomeadamente, t-Student e ANOVAs).

Finalmente, foram efectuadas correlações entre os índices dos diversos instrumentos utilizados e uma regressão múltipla com o fim de explorar as relações entre os níveis de ansiedade e as estratégias e dificuldades sentidas pelos participantes.

Os resultados são apresentados seguindo a estrutura acima descrita.

3.1. Análise descritiva dos instrumentos

3.1.1 BSI

Os resultados obtidos no BSI revelaram boas qualidades psicométricas.

Os valores de consistência interna de cada uma das subescalas foram os seguintes: somatização: $\alpha=0.86$; obsessão-compulsão: $\alpha= 0.83$; sensibilidade interpessoal: $\alpha= 0.83$; depressão: $\alpha= 0.87$; ansiedade: $\alpha= 0.85$; hostilidade: $\alpha=0.75$; ansiedade fóbica $\alpha=0.81$; ideação paranóide: $\alpha=0.76$ e psicoticismo com $\alpha=0.73$. Também a matriz de inter-correlações encontrada foi adequada, revelando valores entre 0.63 e 0.90 entre subescalas.

Os valores médios e desvios padrão encontrados no BSI encontram-se apresentados na tabela 3 (ver abaixo). Apesar de o instrumento permitir o cálculo de 9 subescalas, são apresentadas apenas aquelas com relevância para os objectivos do estudo: ansiedade, depressão, e somatização, bem como o índice global de gravidade.

Tabela 3.

Tabela descritiva dos valores médios e desvio padrão de BSI

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	291	0	4.00	0.95	0.78
Depressão	289	0	3.83	0.86	0.80
Somatização	292	0	3.57	0.49	0.63
Índice Global de Gravidade	268	0.02	3.17	0.81	0.59

Os níveis médios encontrados foram de 0.95 para ansiedade; de 0.86 para depressão; de 0.49 para a somatização; e de 0.81 para o índice global de gravidade, numa escala de 0 a 4, representando níveis relativamente baixos e adequados para uma população não-clínica.

3.1.2 QRE

O estudo do comportamento da escala na nossa amostra é apresentado primeiramente. Assim, os valores de Alpha de Cronbach's foram de 0.64 para os quatro itens da subescala da supressão e de 0.81 para os seis itens da subescala de reavaliação cognitiva. Estes valores indicam uma adequada consistência interna de cada uma das duas subescalas deste instrumento, na nossa amostra, embora ligeiramente inferiores aos encontrados na escala original. Adicionalmente, efectuou-se a correlação entre as duas subescalas, tendo sido encontrado o valor $r=0.10$ (não significativo). Este valor indica que estas duas estratégias se apresentam como diferentes formas de regulação emocional.

Do ponto de vista da análise descritiva, os valores médios e desvios padrão encontrados no QRE encontram-se apresentados na tabela 4 (ver abaixo).

Tabela 4.

Tabela de valores médios e de desvio padrão para o QRE

QRE	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Supressão	283	1.00	7.00	3.49	1.13
Reavaliação Cognitiva	282	1.50	7.00	4.81	1.15

Os níveis médios encontrados foram de 3.49 para a supressão e de 4.81 para a reavaliação cognitiva, numa escala de 1 a 7.

3.1.3 EDRE

O valor de Alpha de Cronbach para os 36 itens foi de 0.90. À semelhança do BSI, foi igualmente calculada a consistência interna de cada subescala. Foram encontrados os seguintes valores para cada item: “não-aceitação” com $\alpha=0.87$; “objectivos” com $\alpha=0.82$; “impulso” com $\alpha=0.81$; “consciência” com $\alpha=0.73$; “estratégias”: $\alpha=0.85$; e clareza com $\alpha=0.76$.

As correlações entre as subescalas, por sua vez, também foram calculadas e são apresentadas na tabela abaixo.

Tabela 5.

Tabela de correlações entre as sub-escalas de EDRE

	Não-aceitação	Objectivos	Impulso	Consciência	Estratégias	Clareza	EDRE total
Não-aceitação	$\alpha=0.87$	0.39**	0.55**	-0.03	0.63**	0.27**	0.73
Objectivos		$\alpha=0.82$	0.55**	-0.04	0.59**	0.21**	0.70**
Impulsos			$\alpha=0.81$	0.02	0.70**	0.34**	0.79**
Consciência				$\alpha=0.73$	-0.04	0.44**	0.28**
Estratégias					$\alpha=0.85$	0.35**	0.83**
Clareza						$\alpha=0.76$	0.58**
Total							$\alpha=0.90$

Nota: ** $p<0.01$; α apresentado na diagonal para cada subescala

Os valores médios e desvios padrão encontrados na EDRE encontram-se apresentados na tabela 6 (ver abaixo).

Tabela 6.

Tabela de valores médios e desvios padrão para EDRE

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Não-aceitação	284	1.00	5.00	2.05	0.84
Objectivos	281	1.00	5.00	2.56	0.83
Impulso	285	1.00	4.33	1.78	0.68
Consciência	289	1.00	4.17	2.58	0.69
Estratégias	291	1.00	4.88	2.02	0.72
Clareza	290	1.00	3.80	1.89	0.62
EDRE_Total	253	1.14	3.67	2.13	0.48

De um modo geral, o valor médio para as dificuldades de regulação emocional foi de 2.13 (numa escala de 1 a 5), sendo que os valores mais elevados foram os relacionados com as dimensões “Objectivos” e “Consciência”. A dimensão “Objectivos” corresponde à dificuldade sentida em agir de acordo com os objectivos desejados quando se experienciam emoções negativas; a dimensão “Consciência” corresponde à tomada de consciência das próprias emoções. Os valores mais baixos foram relacionados com “Impulso” e “Clareza”. O “Impulso” reflecte a dificuldade de controlar os impulsos e o seu próprio comportamento ao experienciar emoções negativas e a “Clareza” reflecte até que ponto as pessoas sabem com clareza as emoções que experienciam e até onde estão convictas delas.

3.2 Exploração de diferenças entre grupos

3.2.1 Diferenças entre género

Face à revisão da literatura, pareceu-nos importante explorar as diferenças entre géneros ao nível das variáveis em estudo. Assim, encontram-se apresentados na Tabela 7 os dados para os três instrumentos de estudo para participantes do género feminino e masculino. A última coluna da tabela representa as diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7.

Tabela comparativa de valores de BSI entre género diferente

	Masculino	Feminino	t-student	P
BSI				
Ansiedade	0.80	1.00	-1.94	0.05
Depressão	0.75	0.90	-1.37	0.17
Somatização	0.43	0.51	-0.90	0.37
Índice Global de Gravidade	0.72	0.84	-1.65	0.10

Como se pode observar pela leitura da tabela, de um modo geral, os níveis de sintomatologia no BSI foram aparentemente mais elevados para as participantes do sexo feminino do que para os do sexo masculino, embora sem serem estatisticamente significativos. A exceção foi a diferença encontrada ao nível da ansiedade [$t(289) = -1.94, p=0.05$], em que as raparigas manifestaram valores de ansiedade mais elevados do que os rapazes.

Tabela 8.

Tabela comparativa de valores de QRE, em função do género

QRE	Masculino	Feminino	t-student	P
Supressão	3.87	3.35	3.41	0.00
Reavaliação Cognitiva	4.54	4.90	-2.27	0.02

Neste estudo os jovens adultos do sexo masculino referiram usar mais a supressão e menos a reavaliação cognitiva do que o sexo feminino (valores de 3.87 e de 3.35, respectivamente para a supressão; valores de 4.54 e de 4.90, respectivamente para a reavaliação cognitiva). Estas diferenças foram significativas do ponto de vista estatístico. Assim, as raparigas manifestaram valores de supressão mais baixos do que os rapazes [t (281) =3.41, p=0.001]. Por seu lado, as raparigas também revelaram valores de reavaliação cognitiva mais elevados do que os rapazes [t (280) =-2.27, p=0.02].

Tabela 9.

Tabela comparativa de valores de EDRE, em função do género

EDRE	Masculino	Feminino	t-student	p
Não aceitação	1.90	2.10	-1.75	0.08
Objectivos	2.68	2.52	1.33	0.19
Impulso	1.75	1.79	-0.44	0.66
Consciência	2.59	2.58	0.13	0.90
Estratégias	2.08	1.99	0.90	0.37
Clareza	1.86	1.90	-0.41	0.69
DERS_ total	2.12	2.14	-0.24	0.81

Na nossa amostra não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades de regulação emocional entre alunos do sexo masculino e feminino, conforme se pode ler na tabela.

3.2.2 Diferenças entre anos de curso

Tabela 10.

VALORES COMPARATIVOS DE BSI, EM FUNÇÃO DOS ANOS DE CURSO

	3º ano	4º ano	5º ano	ANOVA	
				F	p
BSI					
Ansiedade	0.91	0.96	0.99	0.26	0.77
Depressão	0.79	0.90	0.89	0.55	0.58
Somatização	0.47	0.45	0.55	0.60	0.55
Global	0.78	0.80	0.85	0.33	0.72

Os níveis médios de ansiedade encontrados foram de 0.91, para o 3º ano; de 0.96, para o 4º ano e de 0.99 para o 5º ano. De um modo geral, parecem aumentar conforme o avanço no curso, mas não foram estatisticamente significativas as diferenças entre os anos.

Os níveis médios de depressão encontrados foram de 0.79, para o 3º ano; de 0.90 para o 4º ano e de 0.89 para o 5º ano. Embora estejam aumentados nos dois últimos anos do curso, não foram estatisticamente significativos.

Os níveis médios de somatização encontrados foram de 0.47, para o 3º ano; de 0.45, para o 4º ano e de 0.55 para o 5º ano. De um modo geral, o 3º e 4º anos têm valores aproximados; verificou-se que o último ano teve um aumento sem significado estatisticamente.

Os níveis médios do índice de severidade global encontrados foram de 0.78, para o 3º ano; de 0.80 para o 4º ano e de 0.85 para o 5º ano. De um modo geral parecem aumentar durante o curso, em especial no último ano, mas não são estatisticamente significativos.

Tabela 11.

VALORES COMPARATIVOS DE QRE, EM FUNÇÃO DOS ANOS DE CURSO

	3º ano	4º ano	5º ano	ANOVA	
				F	p
QRE					
Supressão	3.45	3.48	3.55	0.18	0.84
Reavaliação Cognitiva	4.98	4.83	4.56	2.96	0.05

Na amostra deste estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os diversos anos de curso na utilização da supressão como forma de regular as emoções, parecendo que os alunos de qualquer dos anos usam esta estratégia de um modo semelhante.

De um modo geral, a reavaliação cognitiva foi menos usada conforme os estudantes avançam nos seus anos de escolaridade, com níveis de 4.98, para o 3º ano; de 4.83 para o 4º ano, e de 4.56 para o 5º ano [$F(2,279)= 2.96$, $p=0.05$]. Os testes de comparações múltiplas post hoc de Bonferroni revelaram que foram os alunos do 3º e do 5º ano que diferiram significativamente uns dos outros, com os primeiros a apresentarem valores estatisticamente superiores aos finalistas.

Tabela 12.

VALORES COMPARATIVOS DE EDRE, EM FUNÇÃO DOS ANOS DE CURSO

	3º ano	4º ano	5º ano	ANOVA	
				F	p
EDRE					
Não aceitação	1.96	2.03	2.18	1.70	0.18
Objectivos	2.56	2.52	2.61	0.33	0.72
Impulsos	1.80	1.71	1.85	1.11	0.33
Consciência	2.68	2.49	2.59	1.94	0.15
Estratégias	1.94	2.00	2.12	1.45	0.24
Clareza	2.00	1.78	1.89	3.01	0.05
EDRE_ total	2.12	2.08	2.19	1.02	0.36

De um modo geral, houve um ligeiro aumento, sem significado estatístico, das dificuldades de regulação emocional do 3º para o 5º ano. A subescala que se refere a falta de clareza das respostas emocionais foi a única que teve significado estatístico, com valor de $F(2,287) = 3.01$, $p = .05$.

Mais uma vez, foi efectuada a avaliação de comparações múltiplas post hoc de Bonferroni. Estas revelaram que foram os alunos do 3º e do 4º ano que diferiram significativamente na clareza das respostas emocionais, com os de 3º ano a apresentarem maior dificuldade nessa clareza do que os do 4º ano.

3.2.3. Diferenças entre estabelecimentos de ensino

Tabela 13.

VALORES COMPARATIVOS DE BSI, EM FUNÇÃO DOS ESTABELECEMENTOS DE ENSINO

	Faculdade de Lisboa	Faculdade de Coimbra	Instituto Egas Moniz	ANOVA	
				F	p
BSI					
Ansiedade	1.23	0.83	0.72	13.70	0.00
Depressão	1.03	0.75	0.75	4.19	0.02
Somatização	0.59	0.47	0.39	2.81	0.06
Global	0.94	0.78	0.68	5.04	0.01

Os níveis de ansiedade foram de 1.03 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; de 0.83 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e de 0.72 para o Instituto Superior da Saúde Egas Moniz. Os níveis encontrados para os alunos da Faculdade de Lisboa foram nitidamente superiores aos encontrados nos outros estabelecimentos de ensino e tiveram significado estatístico ($F(2,288) = 13.70, p = 0.001$). Comparações de testes pos hoc de Bonferroni revelaram, aliás, que a média da ansiedade dos alunos da Universidade de Lisboa foi significativamente superior às restantes duas instituições de ensino e, mais ainda, que a média da Universidade de Coimbra foi estatisticamente superior ao Instituto Egas Moniz.

Os níveis de depressão foram de 1.23 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; de 0.75 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e de 0.74 para o Instituto Superior de Saúde de Egas Moniz. As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ($F(2,286) = 4.19, p = 0.02$). Os níveis encontrados para os alunos da Faculdade de Lisboa foram

nitidamente superiores aos do Instituto Egas Moniz, de acordo com a análise de comparações múltiplas de Bonferroni.

Os níveis de somatização foram de 0.59 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; de 0.47 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e de 0.39 para o Instituto Superior da Saúde Egas Moniz. Os níveis aparentemente mais elevados foram para os alunos da Faculdade de Lisboa e os menos elevados para o Instituto Egas Moniz, não sendo significativos os valores do ponto de vista estatístico ($F(2,289) = 2.81, p=0.06$), mas revelam uma tendência nesse sentido.

Finalmente, os níveis do índice de gravidade global foram de 0.94 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; de 0.78 para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Coimbra e de 0.68 para o Instituto Superior da Saúde Egas Moniz. Os níveis encontrados para os alunos da Faculdade de Lisboa foram mais uma vez superiores aos do Instituto Egas Moniz ($F(2,265) = 5.04, p=0.01$).

Tabela 14.

VALORES COMPARATIVOS DE QRE,
EM FUNÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO

	Faculdade de Lisboa	Faculdade de Coimbra	Instituto Egas Moniz	ANOVA	
				F	p
QRE					
Supressão	3.51	3.45	3.48	0.07	0.94
Reavaliação Cognitiva	4.69	4.78	4.96	1.40	0.25

Os níveis de estratégias de regulação emocional foram semelhantes para os três estabelecimentos de ensino, sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15.

VALORES COMPARATIVOS DE EDRE, EM FUNÇÃO DOS
ESTABELECIMENTOS DE ENSINO

	Faculdade	Faculdade	Instituto	ANOVA	
	de Lisboa	de Coimbra	Egas Moniz	F	p
EDRE					
Não aceitação	2.15	1.94	2.02	1.53	0.22
Objectivos	2.86	2.39	2.36	12.31	0.00
Impulso	1.89	1.73	1.69	2.50	0.08
Consciência	2.57	2.67	2.54	0.82	0.44
Estratégias	2.18	1.92	1.90	4.97	0.01
Clareza	2.01	1.95	1.70	7.25	0.00
EDRE_ total	2.24	2.10	2.02	5.39	0.01

Em relação às dificuldades de regulação emocional utilizadas pelos participantes dos diferentes estabelecimentos de ensino, foram encontradas diferenças com significado estatístico nalguns parâmetros conforme explanado de seguida:

- Dificuldade de manter os objectivos quando se experienciam emoções negativas: os alunos da Faculdade de Lisboa apresentaram diferenças significativas (valores de 2.86, comparativamente aos de 2.39 para Coimbra e de 2.36 para Egas Moniz) com um valor de $F(2,278) = 7.76$, $p=0.00$, sendo que as duas últimas instituições não diferiram entre si, de acordo com testes pos hoc.

- Dificuldades na elaboração de estratégias para a regulação emocional para a Faculdade de Lisboa com valores de 2.18 (comparativamente com os de 1.92 para Coimbra e de 1.90 para Egas Moniz) sendo o valor de $F(2,288) = 4.97$, $p=0.01$. Mais uma vez, as duas outras instituições não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si (testes Bonferroni).

- Dificuldades na clareza de respostas emocionais com valores de 2.01 para a Faculdade de Lisboa e de 1.95 para Coimbra, em comparação com 1.70 para o Instituto Egas Moniz, com valor de $F(2,287) = 7.25$, $p=0.00$. Deste modo, neste último instituto

os participantes manifestaram menor dificuldade na clareza das respostas emocionais do que nas outras duas faculdades (comparações múltiplas de Bonferroni).

De um modo geral, verificou-se no total do questionário diferenças significativas entre os três estabelecimentos de ensino ($F(2,250) = 5.39, p=0.00$). As comparações pos doc revelaram que houve maior dificuldade de regulação emocional para os alunos da Faculdade de Lisboa, com valores de EDRE 2.24, comparando com os valores dos alunos do Instituto Egas Moniz apenas, com 2.02 de média.

3.3. Relações entre as estratégias e dificuldades de regulação emocional e o desconforto psicológico

No sentido de procurar associações entre as nossas variáveis em estudo, efectuamos correlações entre as estratégias e dificuldades de regulação emocional e o desconforto psicológico. A matriz de correlações é apresentada na tabela seguinte.

Tabela 16.

Matriz de correlações

	Ansiedade	Depressão	Somatização	Índice Global de Gravidade
QRE				
Supressão	0.18	0.20**	0.11	0.17**
Reavaliação cognitiva	-0.09	-0.10	-0.09	-0.09
EDRE				
EDRE, total	0.61**	0.67**	0.56**	0.69**
Não-aceitação	0.47**	0.50**	0.41**	0.48**
Objectivos	0.38**	0.36**	0.34**	0.39**
Impulso	0.50**	0.45**	0.46**	0.53 **
Consciência	0.11	0.18**	0.06	0.17**
Estratégias	0.62**	0.61**	0.54**	0.66**
Clareza	0.36**	0.40**	0.28**	0.41**

Nota: * <.05; ** <.01

Dada a matriz de correlações e a literatura teórica e empírica, procuramos desenvolver um modelo de regressão múltipla no sentido de explorar a contribuição das variáveis estratégias e dificuldades de regulação emocional (variáveis independentes) para o desconforto subjectivo (variável dependente). Incluímos o sexo e a pertença a estabelecimento de ensino (variáveis codificadas em variável 0-1) como variáveis igualmente no nosso modelo num primeiro passo, uma vez que algumas diferenças foram encontradas entre participantes do sexo feminino e masculino e de diferentes universidades, as quais pretendíamos controlar. Os resultados da regressão múltipla encontram-se na tabela 17.

Tabela 17.

Resultados de regressão múltipla

	R ² Ajustado	ANOVA	Beta	p
Modelo 1	0.04	3.78 (p=0.01)		
Sexo			0.10	0.14
FMD Lisboa			0.18	0.03
Inst. Egas Moniz			-0.03	0.70
Modelo 2	0.53	23.42 (p=0.00)		
Sexo			0.13	0.01
FMD Lisboa			0.10	0.07
Inst. Egas Moniz			0.02	0.69
Supressão			0.11	0.04
Reavaliação Cognitiva			-0.02	0.70
Não-aceitação			0.08	0.21
Objectivos			-0.04	0.55
Impulso			0.15	0.03
Consciência			0.13	0.02
Estratégias			0.50	0.00
Clareza			0.13	0.03

O modelo de regressão testado revelou que, globalmente, foi estatisticamente significativa a contribuição das variáveis independentes para a explicação do desconforto subjectivo dos alunos de medicina dentária na nossa amostra. Assim, 53% da variância dos resultados totais no BSI foram explicados no modelo testado, sendo este valor claramente significativo ($F(2,287)= 23.42, p=0.00$). Após introdução das variáveis sexo e estabelecimento de ensino num primeiro passo, verificou-se que alguns índices se revelaram contribuir significativamente para o desconforto subjectivo. Destacamos a contribuição da supressão ($\beta=0.11, p <0.05$), enquanto estratégia que contribui positivamente para o desconforto. Nas dificuldades de regulação emocional destacamos os valores das subescalas “impulso” ($\beta=0.15, p=0.03$); “consciência” ($\beta=0.13, p=0.02$); “estratégias” ($\beta=0.50, p=0.00$) e “clareza” ($\beta=0.13, p=0.03$). Salientamos ainda que, a variável sexo manteve uma contribuição significativa no modelo final, sendo as estudantes do sexo feminino as que mais manifestaram valores elevados de desconforto. Notamos também que, após a introdução das estratégias e das dificuldades de regulação emocional, o estabelecimento de ensino deixou de ter uma contribuição significativa para o desconforto subjectivo.

4 – Discussão

As hipóteses e questões formuladas antes do desenvolvimento deste estudo, e com base nos achados da literatura, referem-se ao desconforto subjectivo e à regulação emocional. Numa tentativa de sermos mais explícitas, abordaremos os temas em separado e em consonância com a formulação das hipóteses e das questões por nós levantadas. Assim, apresentaremos a discussão em quatro partes:

- A, referente ao desconforto subjectivo sentido pelos alunos de medicina dentária em Portugal;
- B, relacionada com principais estratégias de regulação emocional utilizadas pelos alunos de medicina dentária em Portugal;
- C, relacionado com as principais dificuldades de regulação emocional, entre os alunos de medicina dentária em Portugal;

- D, que correlaciona os níveis de desconforto subjectivo sentido com as estratégias de regulação emocional mais utilizadas e com as principais dificuldades de regulação emocional.

PARTE A_ Desconforto Subjectivo

Tendo em conta que, de acordo com a literatura (Alexander, 2001; Pereira et al., 2004; Singh, Hankins & Weinman, 2004; Dyrbye et al., 2006; Dahlin et al., 2007; Smith et al., 2007 e Goebert et al., 2009), são elevados os níveis de desconforto subjectivo dos estudantes de medicina, colocámos a hipótese de estarem elevados os níveis de desconforto subjectivo dos estudantes de medicina dentária em Portugal. No entanto, a nossa hipótese não foi confirmada porque na nossa amostra os níveis de desconforto subjectivo encontrados foram considerados relativamente baixos e adequados a uma população não – clínica. Podemos ainda acrescentar que comparando os dados obtidos na nossa amostra com os indicados nas tabelas X e Y (em anexo), constatamos que, de um modo geral, os estudantes de medicina dentária em Portugal têm valores médios de BSI idênticos aos valores médios indicados para a população portuguesa não-clínica (Canavarro, 1999) e aos obtidos em estudantes no Canadá (Sinha & Watson, 2007).

Tendo em conta que a amostra de Sinha e Watson (2007) eram estudantes do primeiro ano da universidade, sem especificação de área ou de curso, parece que os estudantes de medicina dentária em Portugal têm níveis baixos de desconforto emocional (excepção feita à ansiedade dos alunos da Faculdade de Lisboa), em especial no que se refere aos níveis de depressão e aos indicadores de somatização de sintomas.

Uma vez que neste estudo só nos debruçámos sobre os alunos da área de medicina dentária, seria interessante saber os níveis de ansiedade, depressão e somatização sentidos pelos alunos das Faculdades de medicina (geral) em Portugal e estabelecer um paralelo entre os valores encontrados em Portugal e nos outros países.

Tendo em conta que os estudantes de medicina do sexo feminino apresentam níveis de desconforto subjectivo mais elevados do que os seus colegas do sexo masculino, nomeadamente a ansiedade (Blanch et al., 2008) e o stress (Toews et al., 1997) e que as mulheres sofrem duas vezes mais de depressão do que os homens (Breedlove, Rosenzweig & Watson, 2007), colocámos a segunda hipótese: os níveis de desconforto subjectivo dos estudantes do sexo feminino das faculdades de medicina dentária em Portugal são mais elevados do que os dos seus colegas do sexo masculino.

Na análise da nossa amostra encontramos os níveis de ansiedade, de depressão e de somatização, bem como o índice global de severidade, ligeiramente mais elevados nas raparigas do que nos rapazes. No entanto, e à excepção dos dados relacionados com a ansiedade, os valores não foram estatisticamente significativos. Podemos concluir que, em consonância com o que vem descrito na literatura (Blanch et al., 2008) e acontece com os estudantes de medicina geral, as alunas de medicina dentária em Portugal apresentam níveis de ansiedade superiores aos seus colegas do sexo masculino. No entanto, e porque no nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas para as outras entidades clínicas do desconforto subjectivo como o stress e a depressão, a nossa hipótese não se confirma na totalidade, mas tão só nos níveis de ansiedade.

Sabemos, de acordo com a literatura, que os anos de transição para a clínica são anos de maior desafio académico (Hayes et al., 2004) acompanhados de um aumento dos níveis de desconforto subjectivo nos alunos de medicina. Tendo em conta que os níveis de stress (Helmers et al., 1997) e de depressão (Bellini & Shea, 2005; Dyrbrye et al., 2006) estão aumentados para os últimos anos do curso de medicina colocámos uma terceira e última hipótese: os alunos dos últimos anos dos cursos de medicina dentária em Portugal têm os seus níveis de desconforto subjectivo mais elevados do que os do ano anterior à entrada para a clínica.

Os resultados encontrados no nosso estudo mostraram que, embora de um modo geral os níveis de desconforto subjectivo (nomeadamente de ansiedade, de depressão e de somatização, bem como o índice de severidade global) vão aumentando para os últimos anos do curso, essas diferenças não são significativas do ponto de vista estatístico. Assim concluímos que não se verificou a hipótese por nós colocada de que os níveis de desconforto subjectivo dos alunos de medicina dentária em Portugal estão aumentados nos últimos anos de curso.

Tendo em conta que os alunos de dentária, tal como os alunos de medicina, têm também acrescidas as suas preocupações pela quantidade e complexidade de matérias, pelo desafio em integrar os conhecimentos teóricos com o perfil clínico e pela responsabilidade da saúde e bem-estar dos seus pacientes (causas apontadas na literatura para este aumento de desconforto subjectivo para os estudantes de medicina; Hayes et al., 2004; Chandavarkar et al., 2007), poderemos considerar a existência de algumas condições atenuantes. Como exemplo destas condições sugerimos: a menor complexidade das matérias considerando que o desafio do curso de medicina geral seria

muito maior do que o de medicina dentária; o facto de a responsabilidade clínica não ser sentida como tão grande (por estar restrita a uma parte limitada do corpo humano); o facto dos alunos de medicina dentária se sentirem protegidos pela presença de assistentes e monitores durante todo o tempo de permanência de alunos e pacientes na clínica e terem praticado primeiro em ambiente pré-clínico todos os tratamentos que têm de efectuar nos pacientes.

Por fim, levantamos a questão: serão os níveis de desconforto subjectivo dos alunos de medicina dentária diferentes em função dos estabelecimentos de ensino que frequentam?

A nossa investigação permitiu concluir que, de um modo geral, os níveis de desconforto subjectivo sentidos pelos alunos de medicina dentária em Portugal variam significativamente, em função do estabelecimento de ensino, sendo que os alunos da Faculdade de Lisboa apresentaram níveis de ansiedade, depressão e de gravidade global significativamente maiores do que os dos outros estabelecimentos de ensino, em especial se comparados com o Instituto Egas Moniz. Colocámos algumas considerações, como possíveis factores implicados nesses resultados: (i) seria que o facto de a Faculdade de Lisboa ter médias de acesso mais elevadas do que as exigidas pelos outros estabelecimentos constituiria um factor de agravamento e contribuiria para criar um grupo de estudantes com alto nível de desconforto subjectivo? Ou (ii) existiriam, na Faculdade de Lisboa, condições académicas, ou outras que estivessem na origem destes resultados? Porém, desenvolvendo o modelo de regressão múltipla com o objectivo de analisar a possível contribuição de outras variáveis, verificámos que o estabelecimento de ensino deixava de ter uma importância significativa nos níveis de desconforto subjectivo quando acrescentadas as dificuldades e estratégias individuais sentidas pelos estudantes. Este resultado apontará para uma contribuição de variáveis individuais, mais do que o estabelecimento de ensino, como aquelas que contribuem significativa e independentemente para o desconforto subjectivo manifestado.

PARTE B_ Principais Estratégias de Regulação Emocional

Sabendo que a supressão e a reavaliação cognitiva são estratégias de regulação emocional muito utilizadas e com repercussões diferentes no estado de saúde de quem

as utiliza, questionamos qual dessas estratégias é mais utilizada pelos alunos de medicina dentária em Portugal.

Considerando a literatura que refere que os jovens adultos do sexo masculino utilizam mais a supressão do que as mulheres (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004), colocámos a hipótese de os alunos de medicina dentária em Portugal utilizarem mais do que as alunas a estratégia da supressão como técnica de regular as suas emoções.

A nossa hipótese foi confirmada porque, no nosso estudo, também no sexo masculino houve uma maior utilização da supressão comparativamente com o sexo feminino. As raparigas utilizam menos a supressão e mais as estratégias de reavaliação cognitiva, comparativamente aos seus colegas do sexo masculino.

Tendo em conta que a supressão convida à ruminação e esta, por seu lado e se ocorrer por períodos de tempo longos, aumenta o risco de depressão (Gross & John, 2003), estes valores apresentados por nós poderão constituir, no futuro, um factor de estabilidade para as futuras médicas dentistas que já têm aumentada a sua propensão para a depressão só pelo facto de serem mulheres (que, de acordo com Breedlove et al., 2007, sofrem duas vezes mais de depressão que os homens) e médicas (que de acordo com Toews et al., 1997, têm níveis de depressão mais elevados que os seus colegas).

Considerando que há alterações importantes e vivências fortes nos últimos anos do curso de medicina, questionámos se seriam encontradas diferenças significativas nas estratégias utilizadas pelos alunos de medicina dentária em Portugal, conforme avançavam nos seus anos de escolaridade, ou frequentavam estabelecimentos de ensino diferentes. Em relação à primeira destas questões, verificamos que não houve diferenças relativamente à utilização da supressão, mas que no caso da reavaliação cognitiva esta era mais utilizada pelos alunos do 3º ano, com valores significativamente diferentes dos do 5º ano. Este achado levanta alguma preocupação uma vez que a maior utilização de reavaliação cognitiva está relacionada com um padrão de regulação emocional mais saudável (John & Gross, 2004), maior sentido de autonomia, melhores níveis de relacionamento com os outros e menos sintomas depressivos (Gross & John, 2003). Para a segunda questão levantada verificámos que não existem diferenças nas estratégias de regulação emocional entre os alunos de medicina dentária em Portugal, em função do estabelecimento que frequentam pois os níveis encontrados foram semelhantes.

PARTE C_ Dificuldades de Regulação Emocional

Tendo em conta que as pessoas diferem umas das outras na sua capacidade de regular as emoções (Lopes et al., 2005), colocamos como questão saber quais as principais dificuldades de regulação emocional encontradas nos alunos de medicina dentária em Portugal.

Na análise do nosso estudo, concluímos que as principais dificuldades de regulação emocional nos estudantes de medicina dentária em Portugal se prendem com a tomada de consciência das suas próprias emoções e com o facto de sentirem dificuldade em agir de acordo com os objectivos por si decididos, quando estão a experienciar emoções negativas. Sendo este factor composto de itens que reflectem dificuldades de concentração e de execução de tarefas na presença de emoções negativas (Gratz & Roemer, 2004), estas dificuldades podem ter, na nossa opinião, influência negativa na concentração necessária à execução de actos clínicos e à aquisição de conhecimentos teóricos.

Colocámos como questão, igualmente, saber se serão diferentes as dificuldades de regulação emocional entre os alunos de medicina dentária em Portugal, em função do sexo, e concluímos que, de acordo com os dados obtidos no nosso estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos para as dificuldades de regulação emocional, parecendo que alunas e alunos têm perfis semelhantes nas suas dificuldades de regulação emocional.

Como terceira questão perguntámo-nos se seriam diferentes as dificuldades de regulação emocional entre os alunos de medicina dentária em Portugal, em função do ano de escolaridade. Embora parecendo que para anos de escolaridade mais avançados haveria uma maior dificuldade de regulação emocional, esses dados não tiveram significado estatisticamente na generalidade. O nosso estudo revelou (após comparações múltiplas post hoc de Bonferroni) que os alunos do terceiro ano do curso de medicina dentária apresentam maiores dificuldades, relativamente aos do quarto ano, em regular as suas emoções. Este dado poderá, talvez, ser atribuído ao facto de que os estudantes do quarto ano tenham adquirido uma maior maturidade com a idade e com os desafios que o desenvolvimento no curso implica para os anos clínicos.

Como última questão nesta matéria perguntamos se, face às diferentes dificuldades de regulação emocional sentidas pelos alunos de medicina dentária em

Portugal, haverá diferenças significativas nos seus níveis em função do estabelecimento de ensino que frequentam. O nosso estudo mostrou que há diferenças significativas nas dificuldades sentidas pelos alunos de medicina dentária em Portugal, em função dos estabelecimentos de ensino que frequentam, sendo que as maiores dificuldades são sentidas pelos alunos da Faculdade de medicina dentária de Lisboa. Os parâmetros onde se detectaram diferenças maiores foram os da dificuldades em manter os objectivos traçados quando na presença de emoções negativas, as dificuldade de elaborar estratégias de regulação emocional, e a dificuldade na clareza das respostas emocionais.

Parece, assim, poder concluir-se que este grupo tem, por um lado, dificuldade em reconhecer e estar seguro das emoções que sente; e, por outro lado, quando experiencia emoções negativas, tem dificuldade em manter a concentração e os objectivos traçados e em acreditar que pode regular essas mesmas emoções.

PARTE D_ Correlação entre o desconforto emocional e as principais estratégias e dificuldades de regulação emocional

Por último, questionámos se haveria correlação entre o desconforto emocional sentido e as principais estratégias e dificuldades de regulação emocional. De acordo com o nosso estudo a utilização da reavaliação cognitiva, como estratégia de regulação emocional, está indirectamente relacionada com o desconforto subjectivo sentido e a supressão contribui positivamente para o desconforto subjectivo.

Estes dados estão em sintonia com os revelados com a nossa pesquisa bibliográfica. A supressão acompanha um maior risco de sintomas depressivos, menor nível de satisfação e bem-estar, menor auto-estima e, de um modo geral, está relacionada com baixo nível de saúde psicológica (John & Gross, 2004). Por outro lado, a reavaliação cognitiva está relacionada com maiores níveis de satisfação com a vida, com um maior sentido de autonomia, com mais optimismo e com menos sintomas depressivos (Gross & John, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito embora os estudantes experienciem um vasto leque de emoções em ambiente académico - tão importante que levou à elaboração de um questionário na área das emoções académicas - o AEQ, *Academic Emotions Questionnaire* - o estudo das emoções e da sua importância na área da educação foi um tópico negligenciado durante muito tempo (Govaerts & Grégoire, 2008).

Este estudo, pioneiro e alargado a várias faculdades, permite ter bases para desenvolver futuras intervenções. As suas implicações práticas poderão ser relevantes na implementação de medidas para diminuir os níveis de desconforto subjectivo e melhorar a regulação emocional, na promoção da saúde física e mental dos alunos de medicina dentária em Portugal e, conseqüentemente, na qualidade de tratamentos por eles prestados.

Sabendo que a população estudada por nós vai ter à sua frente muitas situações stressantes e muito exigentes do ponto de vista profissional, que vai entrar num escalão profissional com alto índice de desconforto subjectivo e de suicídio, conforme explanado anteriormente, e que poucos alunos utilizam os serviços psiquiátricos por causa do seu estigma, do custo e da acessibilidade (Goebert et al., 2009), propomos que lhes sejam sugeridas, propostas e ensinadas diversas medidas preventivas. Estas serão importantes não só do ponto de vista profissional, como pessoal. A regulação emocional é uma das chaves para atingir o bem-estar e a sua prática intencional pode induzir alterações nos circuitos neuronais que sustentam as emoções; cultivar algumas formas de emoções positivas pode ter benefícios na saúde física e mental (Davidson, 2005).

Aprender a lidar e gerir o stress e a ansiedade faz parte da vida e do trabalho de um médico (Hayes et al., 2004) e é um parâmetro importante na sua preparação académica (Helmerts et al., 1997). Sugiro, portanto, que seja implementado o ensino do controlo de ansiedade e stress, da prevenção de *burnout*, e da gestão das emoções na sua vertente experienciada e exprimida; no desenvolvimento da inteligência emocional, porque um nível elevado de inteligência emocional contribui para o sucesso em metas importantes da vida como a educação, o trabalho e as relações (Schutte, 2002); nas estratégias de *coping* que podem ajudar os estudantes a regular não só as emoções negativas mas também as respostas fisiológicas ao stress (Spangler et al., 2002); no treino em comunicação, que pode ser ensinado em todos os níveis do ensino da medicina de forma a melhorar os perfis do estudante e do médico e ajudar na

motivação, na compreensão e na adesão dos pacientes a tratamentos de prevenção (Kaufman et al., 2001).

No caso específico da amostra estudada por nós, e tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, salientamos a necessidade de reduzir o uso da supressão como estratégia de regulação emocional e estimular a utilização da reavaliação cognitiva das situações com impacto emocional. Esta necessidade poderá ser ainda mais importante no caso dos estudantes do sexo masculino, uma vez que a sociedade espera que os homens inibam mais a expressão emocional do que as raparigas, e os pais refiram que ensinam mais controlo emocional aos filhos do que às filhas (Gross & John, 2003). Salientamos ainda não só a necessidade de aumentar a consciência e o conhecimento sobre as suas próprias emoções, e o modo como as experiencia como também a necessidade de aprender estratégias e técnicas de concentração de modo a poder controlar melhor os impulsos, quando em presença de emoções negativas.

Está ultrapassado (de acordo Davidson *in* Goleman, 2006) o velho dogma da neurociência de que, à nascença, o cérebro contém todos os seus neurónios e ligações, e que esse número não pode ser alterado. O actual conceito de neuroplasticidade refere que, como consequência das nossas experiências, o cérebro sofre mudanças constantes quer gerando novos neurónios, quer estabelecendo ligações adicionais entre eles numa relação directa com a frequência desses acontecimentos ou com as solicitações a que é submetido.

Proponho, assim, que sejam introduzidas nos cursos universitários unidades curriculares que promovam a valorização pessoal de cada um, de modo a potencializar as capacidades positivas dos “hoje alunos, amanhã médicos”.

Tendo em conta que a relação e a interacção entre professores e alunos é um factor crítico na promoção e no desenvolvimento dos sentidos de competência e de autonomia, e que o modo como os professores constroem o ambiente das aulas influencia a percepção destas competências (Seifert, 2004), proponho que (mesmo antes de serem sugeridas ou implementadas medidas a nível oficial e/ou curricular) cada professor no seu espaço de aulas desenvolva estas estratégias. Poderíamos, assim, concretizar a antecipação de Dyrbye (2006), de que a época da vida em que se frequenta a faculdade de medicina seja um tempo de crescimento pessoal e de bem-estar apesar dos desafios, e promover o crescimento dos alunos, quer nas suas vertentes profissionais, quer como os Homens e Mulheres verdadeiramente pilares das gerações futuras.

Este estudo apresenta diversas limitações, algumas das quais consideramos que devem ser realçadas e que apresentamos de seguida, bem como algumas propostas de direcções futuras:

1. A dimensão e representatividade da amostra.

- Seria aconselhável, na nossa opinião, que o estudo fosse desenvolvido em todos os estabelecimentos de ensino de medicina dentária em Portugal, de modo a ter uma amostra mais ampla e mais representativa;
- Seria importante que a amostra fosse alargada aos alunos das faculdades de medicina geral, de modo a podermos comparar os níveis de desconforto subjectivo deste grupo e as principais dificuldades na regulação emocional entre as duas áreas da medicina;
- Seria interessante estender-se aos outros cursos ministrados dentro dos mesmos estabelecimentos de ensino; poderia assim analisar-se se, dentro das mesmas condições académicas, os desvios dos níveis de desconforto subjectivo e das dificuldades de regulação emocional encontrados estariam mais relacionados com os diferentes cursos ou com as Faculdades em si mesmas. Foi especialmente notada esta limitação ao constatar que os alunos da Faculdade de Lisboa apresentam níveis de depressão e ansiedade nitidamente superiores aos outros estabelecimentos de ensino.

2. O tipo de estudo: uma recolha pontual de dados e a sua natureza correlacional pode limitar a possibilidade de leitura dos dados, uma vez que não foi manipulada qualquer variável, nem foram acompanhados os estudantes ao longo do tempo. Apesar de não ser ético manipular os níveis de ansiedade dos alunos, outros tipos de estudo poderão ser desenvolvidos, nomeadamente num estudo longitudinal e fazendo recolhas em alturas distintas do ano lectivo que possam estar mais ou menos associadas a períodos de elevado stress.

Ainda assim, e face às limitações apresentadas, pensamos ter contribuído para a maior compreensão de níveis de desconforto subjectivo entre os estudantes de medicina dentária em Portugal. Esperamos que seja possível o desenvolvimento e a implementação de algumas das medidas sugeridas. Apesar de haver uma forte componente genética no modo como cada um sente e regula as suas emoções (John & Gross, 2004), esperamos também poder contribuir para melhorar a qualidade de vida dos estudantes de medicina dentária e a dos médicos dentistas.

5 – Referências

- Alexander, R. E. (2001). Stress-Related Suicide by Dentists and Other Health Care Workers. Fact or Folklore? *JADA*, 132, 786-794.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychiatric Association (2006). DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Barrett, L.F., Gross, J., Christensen, T. C. & Benvenuto M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and emotion*, 15 (6), 713-724.
- Barker, R.A., Barasi, S. & Neal, M.J. (2005). *Compêndio de neurociência*. (A.N. Rosa, Trad). Lisboa. Instituto Piaget. (Obra original publicada em 2003).
- Batum, P. & Yagmurlu, B.(2007). What Counts in Externalizing Behaviors ? the Contributions of Emotion and Behavior regulation. *Current Psychology*, 25(4), 272-294.
- Beer, J.S., Knight, R. T. & D'Esposito, M. (2006). Controlling the integration of emotion and cognition – The role of frontal cortex in distinguishing helpful from hurtful emotional information. *Psychological Science*, 17 (5), 448-453.
- Bellini, L. M. & Shea, J. A. (2005). Mood Change and Empathy Decline Persist During Three Years of Internal Medicine Training. *Academic Medicine*, 80, 164-167.
- Berking, M., Orth,U., Wupperman, P., Meier, L.M. & Caspar, F. (2008). Prospective effects of Emotion-Regulation Skills on Emotional Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (4), 485-494.
- Blanch, D. C., Hall, J. A., Roter, D. L. & Frankel, R. M. (2008). Medical Student Gender and Issues of Confidence. *Patient Education and Counseling*, 72, 374-381.
- Breedlove S M, Rosenzweig M. R. & Watson NV. (2007). *Biological psychology: an introduction to behavioral, cognitive, and clinical neuroscience* (5th ed.). Sunderland, Massachusetts: Sinauer associates, Inc.
- Butler, E. A., Egloff, B.,Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A. & Gross, J. J. (2003). The Social Consequences of Expressive Suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67.

- Canavarro, M.C. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In Simões, M.R., Gonçalves, M., Almeida, L.S. (Ed.). *Testes e provas psicológicas em Portugal, vol.2*. Braga: Apport.
- Castelar, J.V. (2006). *Una Introducción a la Psicofisiología Clínica*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Chandavarkar, U., Azzam, A. & Mathews, C. A. (2007). Anxiety Symptoms and Perceived Performance in Medical Students. *Depression and Anxiety, 24*, 103-111.
- Cochran, C.D. & Hale, W.D. (1985). College student norms on the Brief Symptom Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 41* (6), 777-779.
- Dahlin, M., Joneborg, N. & Runeson, B. (2007). Performance-Based Self-Esteem and Burnout in a Cross-Sectional Study of Medical Students. *Medical Teacher, 29*, 43-48.
- Davidson, R. J. (2005). Emotion Regulation, Happiness, and the Neuroplasticity of the Brain. *Advances, 21* (3/4), 25-28.
- De Pablo, J., Subirá, S., Martín, M. J., De Flores, T. & Valdês, M. (1990). Examination-Associated Anxiety in Students of Medicine. *Academic Medicine, 65*, 11, 706-707.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Diefenbach, M. A., Miller, S. M., Porter, M., Peters, E., Stefanek, M. & Leventhal, H. (2008). Emotions and health behavior – a self-regulation perspective In Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L- F. (Ed.). *Handbook of emotion* (Cap. 40, pp. 645-657). New York: The Guilford Publications, Inc.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Harper, W., Massie Jr., F. S., Power, D. V., Eacker, A., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A. & Shanafelt, T. D. (2009). The learning Environment and Medical Student Burnout: A Multicente Study. *Medical Education, 43*, 274-282.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine, 81*, (4), 354-373.
- Ellis, H. C. & Moore, B.A. (1999). Mood and memory. In Dalglish, T. & Power M., *Handbook of Cognition and Emotion* (Chapter 10, pp. 193-210). Rexdale, Ontário: John Wiley & Sons.
- Eysenck, M. W. & Keane, M. (2000). *Cognitive Psychology: A student's Handbook* (4^a Ed). Taylor & Francis.

- Faria, M. C., Carvalho, S. & Chamorro, C. (2004). Saúde e Comportamentos Aditivos no Ensino Superior. Actas do 5º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernández-Abascal, E.G. (2009). *Emociones Positivas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gallo, I. S., Keil, A., McCulloch, K. C., Rockstroh, B. & Gollwitzer, P. M. (2009). Strategic Automation of Emotion Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, (1), 11-31.
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., Kent, A., Kunkel, M., Schechter, J. & Tate, J. (2009). Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Academic Medicine*, 84 (2), 236-241.
- Goleman, D. (2006). *Emoções Destrutivas e como dominá-las: Um Diálogo com o Dalai Lama*. Mafra. Círculo de Leitores.
- Gorter, R. C., Albrecht, G., Hoogstraten, J. & Eijknam, M. A. J. (1999). Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-Dutch Version (MBI-NL) among Dentists. *Journal of Organization Behavior*, 20, 209-217.
- Govaerts, S., Grégoire, J. (2008). Development and Construct Validation of an Academic Emotions Scale. *International Journal of Testing*, 8 (1) 34-54.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognitive in psychotherapy: the transforming power of affect. *Canadian psychology*, 49 (1), 49-59.
- Cross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L- F. (Ed.). *Handbook of emotion*. (Cap 31, pp. 497-512). New York: The Guilford Publications, Inc.
- Gross, J. J. & John, O. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J.J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation conceptual foundations. In Gross, J. (Ed), *Handbook of emotion regulation* (Cap. 1, pp.3-24). New York: The Guilford Press.

- Guthrie, E. A., Black, D., Shaw, C. M., Hamilton, J., Creed, F.H. & Tomenson, B. (1997). Psychological Stress in Medical Students. A Comparison of Two Very Different University Courses. *Stress Medicine*, 13, 179-184.
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B. & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources Model: A Three-Year Cross-Lagged Study of Burnout, Depression, Commitment, and Work Engagement. *Work & Stress*, 22 (3), 224-241.
- Hayes, K., Feather, A., Hall, A., Sedgwick, P., Wannan, G., Wessier-Smith, A., Green, T. & McCrorie, P. (2004). Anxiety in Medical Students: Is Preparation for Full-Time Clinical Attachments More Dependent upon Differences in Maturity or on Educational Programmes for Undergraduate and Graduate Entry Students? *Medical Education*, 38, 1154-1163.
- Helmers, K. F., Danoff, D., Steinert, Y., Leyton, M. & Young, S. N. (1997). Stress and Depressed Mood in Medical Students, Law Students, and Graduate Students at McGill University. *Academic Medicine*, 72 (8), 708-714.
- Hu, L. W., Gorenstein, C. & Fuentes, D. (2007). Portuguese Version of Corah's Dental Anxiety Scale: Transcultural Adaptation and Reliability Analysis. *Depression and Anxiety*, 24, 467-471.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2007). Individual Differences in Emotion Regulation. In Gross, J. (Ed), *Handbook of Emotion Regulation*. (Cap 17. pp. 351-372). New York: Guilford Press.
- Kaufman, D. M., Laidlaw, T.A., Langille, D., Sargeant, J. Macleod, H. (2001). Differences in Medical Student's attitudes and Self – Efficacy Regarding Patient – doctor Communication. *Academic Medicine*, 76 (2), 188.
- Kashdan, T. B. (2007). New Developments in Emotion Regulation with an Emphasis on the Positive Spectrum of Human Functioning. *Journal of Happiness Studies*, 8, 303-310.
- Kemeny, M. E. & Shestyuk, A. (2008). Emotions, the Neuroendocrine and Immune Systems, and Health In Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L- F. (Ed.). *Handbook of Emotion* (Cap 41, 661-671). New York: The Guilford Publications, Inc.
- LeDoux, J. (2000). *O cérebro emocional* (F. D. Antunes, Trad.). Cascais: Pergaminho (Obra original publicada em 1996).

- Lopes, P.N., Salovey, P., Cotê, S. & Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5 (1), 113-118.
- Luciano, J. V. & Algaravio, S. (2008). Thought Suppression Confronting a Reminder Stimulus: An Effective Strategy for the Management of Inrusive Thoughts? *Cognitive Therapy Research*, 32, 11-22.
- Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação* (F.D. Mundim, N.G. de Oliveira, R.R. Santos, T.F. Robaina & V.R.de Souza Varga, Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Machado Vaz, F., & Martins, C. (in press). Portuguese adaptation of Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Machado Vaz, F., Branco Vasco, A. & Greenberg, L. (in preparation). *Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta - Caracterização e evolução em Psicoterapia*. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Matsumoto, D., Yoo, S.H. & Nakagawa, S., (2008). Culture, Emotion Regulation, and Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94 (6), 925-937.
- Neves, A. C. & Ribeiro, J. L. P. (2000). A Influência do Auto-Conceito e da Ansiedade na Saúde de Estudantes Universitários. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ochsner, K. N. & Gross, J.J. (2008). Cognitive Emotion Regulation Insights from Social Cognitive and Affective Neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 153-158.
- Ohman,A. (2008). Fear and Anxiety: Overlaps and Dissociations. In Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L- F. (Ed.). *Handbook of Emotions* (3rd ed, pp. 709-729). New York: the Guildford Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Papousek, I., Schulter, G., & Lang, B. (2009). Effects of emotionally contagious films on changes in hemisphere-specific cognitive performance. *Emotion*, 9 (4), 510-519.
- Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K. & Williams, B. (2009). Secrets to Psychological success: Why Older Doctors Might have Lower Psychological Distress and Burnout Than Younger Doctors. *Aging & Mental Health*, 13(2), 300-307.
- Pereira, A., Melo, A., Ataíde, R. & Masson, A. (2004). Stresse, Ansiedade e Distúrbios Emocionais em Estudantes Universitários. *Actas 5º Congresso Nacional de Psicologias da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M. M. A., Van De Wiel, H. B. M. & Hoeksra-Weebers, J. E. H. M. (2007). Burnout in Medical Resident: A Review. *Medical Education*, 41, 788-800.
- Ray, R. D., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2008). All in the mind's eye? Anger Rumination and Reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94 (1), 133-145.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 11-22.
- Richard, J., Butler, E. & Gross, J. J. (2003). Regulation Emotion in Romantic Relationships: The Cognitive Consequences of Concealing Feelings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(5), 599-620.
- Richards, J. M. & Gross, J.J. (2000). Emotion Regulation and Memory: the Cognitive Costs of Keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (3), 410-424.
- Rottenberg, J. & Gross, J. J. (2003). When Emotion Goes Wrong: Realizing the Promise of Affective Science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 227-232.
- Sánchez, F.J.D. & Sánchez, M.P.J. (2009). Processos cognitivos y emociones positivas In Fernández-Abascal, E.G. (Coord.). *Emociones Positivas* (Capítulo 16). Ediciones Pirâmide. Madrid.
- Sansgiry, S. S., Bhosle, M. & Dutta, A. P. (2005). Predictors of Test Anxiety in Doctor of Pharmacy Students: An Empirical Study. *Pharmacy Education*, 5(2) 121-129.
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros Dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, Stress-Related Disease, and Emotional Regulation. In Gross, J. (Ed). *Handbook of Emotion Regulation*. (Cap 30, pp. 606-615). New York: The Guilford Press.
- Schmitter, M., Liedl, M., Beck, J. & Rammelsberg, P. (2008). Chronic Stress in Medical and Dental Education. *Medical Teacher*, 30, 97-99.
- Segerstrom, S. C. & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System. A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4) 601-630.
- Seifert, T. L. (2004). Understanding Student Motivation. *Educational Research*, 46(2), 137-149.

- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2007). Adult Attachment Strategies and the Regulation of Emotion. In Gross, J. (Ed), *Handbook of Emotion Regulation*. (Cap. 22, pp. 446-465). New York: The Guilford Press.
- Siemer, M., Mauss, I. & Gross, J.J. (2007). Same Situation –Different Emotions: How Appraisals Shape our Emotions. *Emotions*, 7 (3), 592-600.
- Singh, G., Hankins, M. & Weinman, J. A. (2004). Does Medical School Health Anxiety and Worry in Medical Students? *Medical Education*, 38, 479-481.
- Sinha, B.K. & Watson, D.C. (2007). Stress, Coping and Psychological Illness: a Cross-Cultural Study. *International Journal of Stress Management*, 14(4), 386-397.
- Sloan, D. M. (2004). Emotion Regulation in Action: Emotion Reactivity in Experiential Avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (11), 1257-1270.
- Smith, C. K., Peterson, D. F., Degenhardt, B. F. & Johnson, J. C. (2007). Depression, Anxiety, and Perceived Hassles Among Entering Medical Students. *Psychology Health & Medicine*, 12, (1), 31-39.
- Spangler, G., Pekrun, R., Kramer, K. & Hofmann, H. (2002). Students' Emotions, Psychological Reactions, and Coping in Academic Exams. *Anxiety, Stress & Coping*, 15, (4), 413-432.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press, Inc.
- Srayer, J. (2002). The Dynamics of Emotions and Life Cycle Identity. *Journal of Theory and Research*, 2(1) 47-79.
- Stack, S. (2001). Occupation and suicide. *Social Science Quarterly*, 82 (2), 384-396.
- Storbeck, J. & Clore, G.L. (2007). On the interdependence of cognition and emotion. *Cognition and Emotion*, 21 (6), 1212-1237.
- Taskaya-Yilmaz, N., Ceylan, G., Güler, A. U., Ergun, G., Çankaya, B. & Bek, Y. (2004). The Level of Burnout in a Group of Dental Research Assistants. *Stress and Health*, 20, 105-111.
- Thompson, R. A. & Meyer, S. (2007). Socialization of Emotion Regulation in the Family. In Gross, J. (Ed), *Handbook of Emotion Regulation*. (Cap 12, 249-268). New York: The Guilford Press.

- Toews, J. A., Lockyer, J. M., Dobson, D. J. G., Simpson, E., Brownell, A. K. W., Brenneis, F., MacPherson, K. M. & Cohen, G. S. (1997). Analysis of Stress Levels among Medical Students, Residents, and Graduated Students at Four Canadian Schools of Medicine. *Academic Medicine*, 72 (11), 997-1002.
- Vuilleumier, P., Armony, J. L., Driver, J. & Dolan, R. J. (2001). Effects of attention and Emotion on Face Processing in the Human Brain: An Event-Related fMRI Study. *Neuron*, 30, 829-841.
- Watson, D.C. & Sinha, B. (2008) . Emotion Regulation, Coping, and Psychological Symptoms. *International Journal of Stress Management*, 15 (3), 222-234.
- Winwood, P. C. & Winefield, A. H. (2004). Comparing Two Measures of Burnout Among Dentist in Australia. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 282-289.
- Zelago, P. D. & Cunningham, W.A. (2007). Executive Function Mechanism Underlying Emotion Regulation. In Gross, J. (Ed). *Handbook of Emotion Regulation* (Cap.7 pp. 135- 158). New York: Guilford Press.

6 – ANEXOS

Índice de Anexos

Anexo 1. Página de rosto dos questionários

Anexo 2. Esquema dos instrumentos utilizados

Anexo 3. Brief Symptom Inventory (BSI)

Anexo 4. Questionário de Regulação Emocional (QRE)

Anexo 5. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Anexo 6. Tabela geral para diferenças entre géneros

Anexo 7. Tabela geral para diferenças entre anos de curso

Anexo 8. Tabela geral para diferenças entre estabelecimentos de ensino

Anexo 9. Valores de BSI referentes à população portuguesa

Anexo 10. Valores de BSI referentes a estudantes universitários, no Canadá e na Índia

Anexo 11. Comparativo de valor médio de BSI entre três faculdades portuguesas, a população portuguesa, uma universidade do Canadá e outra da Índia

Anexo 12. Comparativo de valor médio de BSI entre os estudantes de medicina dentária em Portugal, a população portuguesa, e estudantes universitários do Canadá e da Índia

Anexo 13. Valores médios de QRE para a população portuguesa

ANEXO 1.

PÁGINA DE ROSTO

ESTES QUESTIONÁRIOS FAZEM PARTE DE UM ESTUDO A DECORRER NOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO DE MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL, SOB A COORDENAÇÃO DA PROFESSORA DOUTORA CARLA MOLEIRO DO ISCTE-IUL, E TÊM O PROPÓSITO DE AVALIAR OS NÍVEIS DE ANSIEDADE E O MODO COMO OS ESTUDANTES LIDAM COM AS SUAS EMOÇÕES.

A SUA PARTICIPAÇÃO, FACULTATIVA E ANÓNIMA, É MUITO IMPORTANTE PARA ESTE ESTUDO.

OS DADOS OBTIDOS SERÃO TRATADOS ESTATISTICAMENTE E DESTINAM-SE EXCLUSIVAMENTE A FINS CIENTÍFICOS, FAZENDO PARTE DA MINHA TESE DE MESTRADO.

POR FAVOR, RESPONDA COM SINCERIDADE A TODAS AS QUESTÕES.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Rosário Mexia, médica dentista

Assistente convidada da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa

Aluna do Mestrado em Emoções do ISCTE-IUL

ESTABELECIMENTO	DE
ENSINO.....	
CURSO	ANO DE
CURSO	

IDADE	SEXO.....	ESTADO
CIVIL.....		

ESTÁ EMPREGADO (A)?	NÃO	SIM
SE RESPONDEU	SIM, DIGA	QUAL A SUA
PROFISSÃO.....		

ANEXO 2.

ESQUEMA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

INSTRUMENTOS	AUTOR	ADAPTAÇÃO PARA POPULAÇÃO PORTUGUESA	Nº ITENS	OBJECTIVO
BSI, Brief Symptom Inventory Nome original: BSI Brief Symptom Inventory	Derogatis, L.R. 1975	Canavarro, M.C. (1995)	53	Identificar auto-relatos em adolescentes e adultos de sintomas psicológicos, com relevância clínica
QRE, Questionário de Regulação Emocional Nome original: ERQ Emotion Regulation Questionnaire	Gross & John, 2003	Machado Vaz, F & Carla Martins	10	Avaliar duas estratégias de regulação emocional : a reavaliação cognitiva e a supressão
EDRE, Escala de dificuldades na regulação emocional Nome original: DERS Difficulties in Emotion Regulation Scale	Gratz & Roemer, 2004	Machado Vaz, Branco Vasco & Greenberg, (in preparation)	36	Avaliar as dificuldades de regulação emocional

ANEXO 3.

Brief Symptom Inventory (BSI)

(L.R. Derogatis, 1993)

(Adaptado para a população portuguesa por M.C. Canavarro, 1995)

<p>Na lista de problemas ou sintomas descritos assinale, num dos espaços à direita, aquele que melhor descreve o <u>grau em que cada um dos sintomas o(a) incomodou durante a última semana.</u> Para cada uma das situações indicadas, marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.</p>	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com mais pessoas	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho(a)	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado(a)	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o(a) costumam observar ou falar de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4

<p>Na lista de problemas ou sintomas descritos assinale, num dos espaços à direita, aquele que melhor descreve o <u>grau em que cada um dos sintomas o(a) incomodou durante a última semana</u>. Para cada uma das situações indicadas, marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.</p>	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	0	1	2	3	4
29. Sensação de que lhe falta o ar	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	0	1	2	3	4
36. Ter dificuldade em se concentrar	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	0	1	2	3	4
44. Grande dificuldade em sentir-se próximo (a) de outra pessoa	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de terror ou pânico	0	1	2	3	4
46. Entrar facilmente em discussão	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a)	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado (a) quieto(a)	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	0	1	2	3	4

ANEXO 4.

QUESTIONÁRIO DE REGULAÇÃO EMOCIONAL (QRE)

(J. Gross & O. John ,2004)

(Adaptado para a população portuguesa por Machado Vaz, F., Machado P. & Carla Martins, 2006)

Instrumento gentilmente cedido por Machado Vaz, F.

<p>Este questionário incide sobre a sua vida emocional, em particular sobre a forma como regula e gere as suas emoções <i>no exercício clínico da Medicina Dentária enquanto aluno(a)</i>. As questões colocadas são relativas a dois componentes distintos da sua vida emocional : a sua <u>experiência emocional</u>, isto é, a forma como se sente e, a sua <u>expressão emocional</u>, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções quando fala, faz determinados gestos ou actua. Apesar de algumas questões poderem parecer semelhantes, diferem nalguns componentes.</p>	Discordo Totalmente			Não Concordo Nem Discordo			Concordo Totalmente
1. Quando quero sentir emoções mais positivas (como alegria ou contentamento) mudo o que estou a pensar	1	2	3	4	5	6	7
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio(a)	1	2	3	4	5	6	7
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar	1	2	3	4	5	6	7
4. Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar	1	2	3	4	5	6	7
5. Quando estou perante uma situação difícil, obrigo-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo(a)	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando	1	2	3	4	5	6	7
7. Quando quero experienciar emoções mais positivas mudo o meu pensamento acerca da situação	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu controlo as minhas emoções através da modificação do meu pensamento acerca da situação em que me encontro	1	2	3	4	5	6	7
9. Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar	1	2	3	4	5	6	7
10. Quando quero sentir emoções menos negativas, mudo o que estou a pensar acerca da situação	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 5.

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

(Gratz, K & Roemer, L. 2004)

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

Instrumento gentilmente cedido por Machado Vaz, F

INSTRUÇÕES: focando-se na sua prática clínica, enquanto aluno(a) de Medicina Dentária, indique ,por favor, com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, fazendo (com base na escala apresentada) um circulo 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(a) 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(a) acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado(a), reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado(a), fico zangado(a) comigo próprio(a) por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado(a), fico envergonhado(a) por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado(a), tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado(a), fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado(a), acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado(a), acredito que acabarei por me sentir muito deprimido(a)	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado(a), acredito que os	1	2	3	4	5

meus sentimentos são válidos e importantes					
18. Quando estou emocionalmente incomodado(a), tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado(a), sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

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

ANEXO 6.

TABELA GERAL PARA DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS

	Média Masculino	Média Feminino	t-student	P (<.05)
BSI				
Ansiedade	0.80	1.00	-1.94	0.05
Depressão	0.75	0.90	-1.37	0.17
Somatização	0.43	0.51	-0.90	0.37
Global	0.72	0.84	-1.65	0.10
QRE				
Supressão	3.87	3.35	3.41	0.00
Reavaliação Cognitiva	4.54	4.90	-2.27	0.02
EDRE				
Não aceitação	1.90	2.10	-1.75	0.08
Objectivos	2.68	2.52	1.33	0.19
Impulso	1.75	1.79	-0.44	0.66
Consciência	2.59	2.58	0.13	0.90
Estratégias	2.08	1.99	0.90	0.37
Clareza	1.86	1.90	-0.41	0.69
DERS_ total	2.12	2.14	-0.24	0.81

ANEXO 7.

TABELA GERAL PARA DIFERENÇAS ENTRE ANOS DE CURSO

	3º ano	4º ano	5º ano	ANOVA	
				F	p
BSI					
Ansiedade	0.91	0.96	0.99	0.26	0.77
Depressão	0.79	0.90	0.89	0.55	0.58
Somatização	0.47	0.45	0.55	0.60	0.55
Global	0.78	0.80	0.85	0.33	0.72
QRE					
Supressão	3.45	3.48	3.55	0.18	0.84
Reavaliação Cognitiva	4.98	4.83	4.56	2.96	0.05
EDRE					
Não aceitação	1.96	2.03	2.18	1.70	0.18
Objectivos	2.56	2.52	2.61	0.33	0.72
Impulse	1.80	1.71	1.85	1.11	0.33
Consciência	2.68	2.49	2.59	1.94	0.15
Estratégias	1.94	2.00	2.12	1.45	0.24
Clareza	2.00	1.78	1.89	3.01	0.05
EDRE_ total	2.12	2.08	2.19	1.02	0.36

ANEXO 8.

TABELA GERAL PARA DIFERENÇAS ENTRE ESTABELECIMENTOS DE ENSINO

	Faculdade de Lisboa	Faculdade de Coimbra	Instituto Egas Moniz	ANOVA	
				F	p
BSI					
Ansiedade	1.23	0.83	0.72	13.70	0.00
Depressão	1.03	0.75	0.75	4.19	0.02
Somatização	0.59	0.47	0.39	2.81	0.06
Global	0.94	0.78	0.68	5.04	0.01
QRE					
Supressão	3.51	3.45	3.48	0.07	0.94
Reavaliação Cognitiva	4.69	4.78	4.96	1.40	0.25
EDRE					
Não-aceitação	2.15	1.94	2.02	1.53	0.22
Objectivos	2.86	2.39	2.36	12.31	0.00
Impulso	1.89	1.73	1.69	2.50	0.08
Consciência	2.57	2.67	2.54	0.82	0.44
Estratégias	2.18	1.92	1.90	4.97	0.01
Clareza	2.01	1.95	1.70	7.25	0.00
EDRE_total	2.24	2.10	2.02	5.39	0.01

ANEXO 9.

Valores de BSI referentes à população portuguesa

	Pop. geral	Pop. geral	Com perturba. emocion	Com perturba. emocion
	Média	DP	Média	DP
BSI				
Ansiedade	0.94	0.72	1.83	1.05
Depressão	0.89	0.72	1.83	1.05
Somatização	0.57	0.92	1.36	1.00
Í. Global S.	0.84	0.48	1.43	0.71

De acordo com Canavarro, M.C. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In Simões, M.R., Gonçalves, M., Almeida, L.S. (Ed.). *Testes e provas psicológicas em Portugal, vol.2*. Braga: Apport.

ANEXO 10.

VALORES DE BSI REFERENTES A ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS, NO CANADÁ E NA ÍNDIA

	CANADÁ	ÍNDIA	ÍNDIA
	M	M	DP
BSI			
Ansiedade	0.97	1.57	0.82
Depressão	1.13	1.50	0.82
Somatização	0.64	1.28	0.79

De acordo com Sinha & Watson, 2007.

ANEXO 11.

**COMPARATIVO DE VALORES MÉDIOS BSI ENTRE:
3 FACULDADES PORTUGUESAS, A POPULAÇÃO PORTUGUESA,
UMA UNIVERSIDADE DO CANADÁ E UMA UNIVERSIDADE NA ÍNDIA**

	Faculdade de Lisboa	Faculdade de Coimbra	Instituto Egas Moniz	População portuguesa	Estudantes Canadá	Estudantes Índia
BSI						
Ansiedade	1.23	0.83	0.72	0.94	0.97	1.57
Depressão	1.03	0.75	0.75	0.89	1.13	1.50
Somatização	0.59	0.47	0.39	0.57	0.64	1.28
I. S. Global	0.94	0.78	0.68	0.84		

Nota 1.: os valores indicados para a população portuguesa são referentes a Canavarro,1995;

Nota 2. : os valores indicados para os estudantes universitários do Canadá e da Índia são referentes a Sinha & Watson, 2007.

ANEXO 12.

COMPARATIVO DE VALORES MÉDIOS BSI ENTRE:

ESTUDANTES DE MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL, A POPULAÇÃO PORTUGUESA, E ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO CANADÁ E DA ÍNDIA

	Estudantes dentária em Portugal	medicina População portuguesa	Estudantes Canadá	Estudantes Índia
BSI				
Ansiedade	0.95	0.94	0.97	1.57
Depressão	0.86	0.89	1.13	1.50
Somatização	0.49	0.57	0.64	1.28
I. Global S.	0.81	0.84		

Nota 1.: os valores indicados para a população portuguesa são referentes a Canavarro, 1995;

Nota 2. : os valores indicados para os estudantes universitários do Canadá e da Índia são referentes a Sinha & Watson, 2007.

ANEXO 13.

Valores médios de QRE, para a população portuguesa

QRE	Média	Desvio padrão
Supressão	3.45	1.78
Reavaliação Cognitiva	4.36	1.74

Dados gentilmente cedidos por Machado Vaz, F.