INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Comunalidade, Comunalidade Não Mitigada e Saúde Menstrual: o papel mediador da regulação emocional

Patrícia Penque Vicente

Mestrado em Ciências em Emoções

Orientadora:
Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Associada com Agregação
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2025

CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia

Comunalidade, Comunalidade Não Mitigada e Saúde Menstrual: o papel mediador da regulação emocional

Patrícia Penque Vicente

Mestrado em Ciências em Emoções

Orientadora:
Doutora Sónia F. Bernardes, Professora Associada com Agregação
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2025

iscte INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Comunalidade, Comunalidade Não Mitigada e Saúde Menstrual: o papel mediador da regulação emocional

Patrícia Penque Vicente

Para o Alexandre, meu marido.

Agradecimento

Agradeço primeiramente à minha orientadora, professora Sónia Bernardes, por ter aceitado acompanhar-me ao longo deste desafio e confiado em mim, nas minhas competências e capacidades, para levar a cabo esta investigação do início ao fim. Mais agradeço pela sua constante disponibilidade que, com a máxima dedicação, sempre bem me guiou ao longo de todo o estudo. O seu zelo pelos seus orientandos, assegurando que não dão passos desnorteados, é raro de testemunhar. Agradeço ainda à Professora Sónia por ter alargado o seu apoio por mais um semestre, o que permitiu que eu conseguisse concluir este projeto apesar de, no entretanto, ter dado à luz do meu primeiro filho.

A todos os professores deste Mestrado, anos letivos 2022/2023 e 2023/ 2024, também deixo aqui o meu sincero agradecimento pela vossa entrega, partilha de saberes e conhecimento que fazem deste curso uma excelente formação. A todos os colegas com quem tive o prazer de estudar em grupo e aprofundar as minhas aprendizagens, também deixo aqui o meu muito obrigada.

Agradeço ainda à minha família, pelo seu apoio incondicional. Em especial, ao meu marido que sem o seu suporte e constante incentivo não teria conseguido dedicar-me a este projeto, neste momento particular de mudanças na minha vida.

Sou grata também a mim, por não ter desistido de continuar e de levar a cabo este projeto até ao fim, apesar dos desafios da gravidez e sobretudo do pós-parto, que caracterizaram o meu ano letivo de 2023/2024.

Por último, o mais importante. Agradeço a todas as participantes deste estudo pelo tempo que dedicaram a participar neste inquérito. Sem a vossa disponibilidade, não teria sido possível realizar este projeto de investigação.

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar se a comunalidade e a comunalidade não mitigada têm impacto na manifestação dos sintomas da síndrome pré-menstrual e dismenorreia e qual o papel das estratégias de regulação emocional nessa relação. O estudo compreendeu 172 participantes do sexo feminino, com idade superior a 18 anos e como critérios de exclusão a sujeição a uma histerectomia ou amenorreia superior a 3 meses. Os dados foram recolhidos através de um inquérito online que compreendeu questionários de autorrelato, disponível durante 60 dias.

Da investigação resultou que apenas a comunalidade não mitigada está positivamente correlacionada com sintomas pré-menstruais, mas não com a dismenorreia. Tal evidencia a importância da distinção destes conceitos de características intraindividuais de género para melhor entendermos o seu impacto na saúde. Além disso, verificou-se que a supressão emocional atua como mediadora entre a comunalidade não mitigada e a dismenorreia, o que evidencia a supressão emocional como estratégia de regulação desadaptativa na experiência da dor menstrual.

Mais resulta desta investigação que a desconstrução da comunalidade não mitigada poderá favorecer o recurso a estratégias de regulação emocional mais adaptativas, tanto a nível intrapessoal como interpessoal, com redução do impacto negativo destas características na saúde. Este estudo contribui para a compreensão das interações entre características intraindividuais de género e regulação emocional, evidenciando a necessidade de abordagens psicossociais mais abrangentes na intervenção das disfunções menstruais.

Palavras-Chave: *Género, Comunalidade Não Mitigada, Síndrome Pré-menstrual, Dismenorreia, Supressão Emocional, Regulação Emocional Interpessoal.*

Abstract

This study aimed to investigate whether communality and non-mitigated communality impact the manifestation of premenstrual syndrome and dysmenorrhea symptoms, and what role emotional regulation strategies play in this relationship. The study involved 172 female participants over the age of 18, with exclusion criteria being undergoing a hysterectomy or having amenorrhea for more than 3 months. Data were collected through an online survey that included self-report questionnaires, available for 60 days.

The findings revealed that only non-mitigated communality was positively correlated with premenstrual symptoms, but not with dysmenorrhea. This highlights the importance of distinguishing these concepts of intraindividual gender characteristics to better understand their impact on health. Additionally, emotional suppression was found to mediate the relationship between non-mitigated communality and dysmenorrhea, indicating emotional suppression as a maladaptive emotional regulation strategy in the experience of menstrual pain.

Further, the study suggests that deconstructing non-mitigated communality could promote the use of more adaptive emotional regulation strategies, both intrapersonally and interpersonally, reducing the negative impact of these characteristics on health. This study contributes to the understanding of the interactions between intraindividual gender characteristics and emotional regulation, emphasizing the need for more comprehensive psychosocial approaches in the intervention of menstrual dysfunctions.

Keywords: *Gender, Unmitigated Communion, Premenstrual Syndrome, Dysmenorrhea, Emotional Suppression, Interpersonal Emotion Regulation.*

Índice

Agradecimento iii

Resumo v

Abstract vii

Capítulo 1. Introdução 1

Capítulo 2. Enquadramento Teórico 3

2.1. Saúde Menstrual e Qualidade de Vida

2.2. Síndrome Pré-menstrual e Dismenorreia

2.3. O que é o género?

2.4. Perspetiva intraindividual de género: Agência vs. Comunalidade e versões não mitigadas

2.5. Agência e Comunalidade na saúde

2.6. Agência, Comunalidade e Saúde Menstrual: o que se sabe?

2.7. Regulação Emocional e Estratégias Intrapessoais e Interpessoais

2.8. O Modelo Processual de Regulação Emocional de Gross

2.9. O Modelo de Regulação Interpessoal de quatro fatores

2.10. Regulação Emocional e Saúde

2.11. Regulação Emocional e Saúde Menstrual: o que se sabe?

2.12. Regulação Emocional e Agência e Comunalidade: o que se sabe?

2.13. Justificação e Objetivos do Estudo: Questão, e Hipóteses

Capítulo 3. Método 25

3.1. Design de Estudo

3.2. Participantes

3.3. Caracterização sociodemográfica e clínica

3.4. Instrumentos

3.5. Procedimento

Capítulo 4. Resultados 31

4.1. Análise Descritiva

4.2. Correlações

4.3. Mediação

Capítulo 5. Conclusões 37

5.1. Discussão Crítica dos Resultados

5.2. Limitações e Estudos futuros

Referências Bibliográficas 41

Anexos

Anexo A – Inquérito Qualtrics

Glossário de Siglas

AAP - Aumento Afeto Positivo

CNM – Comunalidade Não Mitigada

EPAC – Extended Personal Attributes Questionnaire

QRE - Questionário de Regulação Emocional Interpessoal

QREI – Questionário de Regulação Emocional Interpessoal

MS – Modelagem Social

PSST – Premenstrual Symptoms Screening Tool

TP – Tomada de Perspetiva

RC – Reavaliação Cognitiva

REINTRA -Regulação Emocional Intrapessoal

REINTER - Regulação Emocional Interpessoal

SE – Supressão Emocional

SPM – Síndrome Pré-menstrual

WaLIDD – working ability, Location, Intensity, Days of pain, Dysmenorrhea

CAPÍTULO 1

Introdução

A saúde menstrual desempenha um papel fundamental na saúde integral das mulheres e pessoas com útero, sendo que a síndrome pré-menstrual e a dismenorreia têm um impacto negativo significativo nas suas qualidades de vida. Apesar da elevada prevalência destas questões de saúde entre esta população, a procura de tratamento adequado não é prática comum, o que aponta para que existam barreiras sociais para o autoconhecimento e reconhecimento destas questões de saúde, sendo a saúde menstrual ainda um tema tabu.

Por outro lado, o impacto de questões de género na saúde, tem sido estudado amplamente nas últimas décadas. Nomeadamente, muitos estudos evidenciam que as características intraindividuais de género (e.g., traços de personalidade genderizados como a agência e a comunalidade) têm relação significativa com questões de saúde física e psicológica. Ambas as características apresentam aspetos positivos para a saúde. Contudo, estudos não são claros quanto aos seus aspetos negativos em relação à saúde. Vicky Helgeson (1994) sugere que as incongruências entre os estudos se devem à falta de avaliação destes conceitos nas suas versões mais extremadas (agência e comunalidade não mitigadas). Isto porque existem evidências que apontam que apenas as versões extremadas das características de género de agência e comunalidade é que têm impacto negativo para a saúde. Contudo, a relação entre estas características intraindividuais de género não mitigadas e saúde, permanece pouco explorada, apesar da sua relevância.

Neste contexto, o conceito de comunalidade não mitigada surge como uma dimensão importante para compreender como as identidades de género influenciam o bem-estar das mulheres, designadamente no que diz respeito à relação entre comunalidade não mitigada, síndrome pré-menstrual (SPM) e dismenorreia. Sabe-se ainda que as estratégias de regulação emocional são ferramentais cruciais para a manutenção da saúde, tanto física quanto psíquica. Sem prejuízo, permanece por explorar a relação que as estratégias de regulação emocional têm com as questões de género por um lado e, por outro, com as questões de saúde menstrual. Além do mais, as interações entre estratégias de regulação emocional tanto intrapessoais e interpessoais, são praticamente desconhecidas.

Com efeito, este estudo procura contribuir para preencher estas lacunas na literatura, ao investigar a associação entre comunalidade e comunalidade não mitigada e os sintomas pré-menstruais e na dismenorreia. Além disso, estuda o papel das estratégias de regulação emocional nessa relação.

A dissertação está organizada em 5 capítulos. O primeiro capítulo inclui a presente introdução, sendo seguido do segundo capítulo que apresenta o enquadramento teórico e a justificação social e científico do problema de estudo. O terceiro capítulo descreve a metodologia do estudo, incluindo a amostra, os instrumentos utilizados e o procedimento. O quarto capítulo apresenta os resultados descritivos, correlacionais, e modelos de mediação. Por fim, o quinto capítulo conclui a dissertação com a interpretação e discussão dos resultados e uma análise das limitações e direções futuras de investigação.

CAPÍTULO 2

Enquadramento Teórico

2.1 Saúde Menstrual e Qualidade de Vida

A compreensão do ciclo menstrual tem evoluído ao longo dos séculos, influenciada por culturas, religiões, crenças sociais e avanços científicos. O ciclo menstrual tanto já foi tido como algo poderoso e místico, como tóxico, impuro e prejudicial (James et. al., 2017). Hoje, estudos evidenciam a importância do ciclo menstrual, nomeadamente do estrogénio e da progesterona, para a saúde de todo o corpo feminino (órgãos e sistemas cardiovascular, hepático, ósseo, imunológico, outros) (Farkas et al. 2022; Mikosha et al., 1987; Nagy et al., 2021), e não meramente para a função reprodutiva. Se pensarmos que entre a menarca e a menopausa, a maioria das mulheres e pessoas com útero menstrua[1] (Maity et. al., 2023) e que o período fértil destas pessoas pode representar aproximadamente 40 anos de vida, inevitavelmente concluímos que a saúde menstrual é essencial para melhorar a saúde global (Hennegan et. al. 2021).

Em 1948 a medicina introduziu o conceito de qualidade de vida ao estado de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade de vida como "a perceção pessoal de um indivíduo sobre sua situação na vida, dentro do contexto cultural e dos valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, valores e interesses". Desde então, o estado de saúde de um indivíduo deve ser avaliado além do seu estado físico, levando em consideração o contexto social e a saúde mental. Sendo que o bem-estar físico, mental e social são tidos tanto na perspetiva objetiva da saúde, como na perceção subjetiva desta, isto é, autopercebida pelo indivíduo em relação ao seu ambiente social e cultural (Sánchez-Villegas et. al. 2015).

Não existe uma definição formal e universal de "saúde menstrual" (Hennegan et. al. 2021). O Terminology Action Group do Global Menstrual Collective define que a saúde menstrual não deve ser tida como a mera ausência de doença ou de diagnóstico em relação ao ciclo menstrual, mas antes como um estado completo de bem-estar mental, físico e social, em relação à menstruação (Hennegan et. al., 2021), indo ao encontro da definição de saúde que vimos definida pela OMS. Atingir a saúde menstrual significa que todas as mulheres e pessoas que menstruam, devem: aceder a informações precisas sobre o ciclo menstrual (literacia); poder cuidar dos corpos conforme as suas preferências,

[1] De ora em diante utilizaremos apenas o termo "mulheres", uma vez que a presente tese versa sobre uma amostra de pessoas que se identificaram maioritariamente como mulheres.

com conforto, segurança e higiene; ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado para desconfortos e distúrbios menstruais; relacionarem-se com o seu ciclo menstrual num ambiente livre de estigmas e de *distress* psicológico para poderem tomar decisões conscientes de autocuidado; participar da esfera civil, social, política, económica e cultural, sem restrições, discriminação, coerção ou violência relacionadas à menstruação (Global Menstrual Collective, 2024).

Contudo, os estudos sugerem que o sangramento menstrual pode ter um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (Karlsson et. al. 2014). Desde logo, a menstruação gera, muitas vezes, constrangimentos sociais, com a possibilidade de sujar/manchar a roupa, a necessidade de acesso frequente a um WC para higiene menstrual ou ainda a possibilidade de odores indesejáveis. Tais constrangimentos podem ser acompanhados por sintomas emocionais negativos devido ao impacto/limitação que os mesmos possam acarretar para as mulheres e a sua capacidade de desempenharem seus vários papéis (Garside et. al, 2008; Matteson et. al., 2013). Para mais, 85 a 90% das mulheres na idade reprodutiva experienciam sintomas menstruais (Prasad et. al., 2021), tais como inchaço, mastalgia, dor, irritabilidade, alterações de humor, isolamento social e dificuldade de concentração, que podem potencialmente afetar o trabalho, a vida pessoal, familiar e afetiva (Sigmon, 2000).

Urge assim dar prioridade a programas de cuidados primários, à avaliação e ao tratamento das queixas menstruais uma vez que a menstruação desempenha um papel fundamental na saúde integral das mulheres (Maity et. al., 2023), com impacto negativo na saúde física, psíquica e no desempenho económico-social (Chen et al. 2021; Direkvand-Moghadam et. al. 2014; Hardy et. al., 2021; Hylan et. al, 1999; Jeon & Baek 2023; Shoep et al. 2019).

2.2 Síndrome Pré-menstrual e Dismenorreia

Historicamente, as anormalidades menstruais começaram por ser definidas em termos de padrões de sangramento, como menorragia (sangramento intenso ou prolongado), oligomenorreia (menstruação infrequente), polimenorreia (menstruação frequente) ou amenorreia (ausência da menstruação) (Harlow & Campbell, 2004), ou dismenorreia (dor intensa). Estas podem ser vistas como disfunções primárias, i.e., sem que exista doença pélvica subjacente, ou secundárias, i.e., causada por doença ou infeção dos órgãos reprodutores ou associada, como, e.g., ou endometriose ou miomas. Outros distúrbios funcionais, ainda que tenham ou não alterações nos padrões de sangramento, são hoje

também considerados, como síndrome pré-menstrual (Harlow & Campbell, 2004; Ryan, 2017; Wichert-Schmitt et. al., 2022).

Vimos que a menstruação pode ter um impacto importante na qualidade de vida das mulheres e pessoas com útero. Para aquelas que sofrem de distúrbios menstruais, a menstruação representa um desconforto moderado a elevado (Archer, 2006). Casos há, tal como no caso da síndrome pré-menstrual ("SPM") e da dismenorreia (Prasad et al. 2021), em que o impacto negativo na qualidade de vida das mulheres chega a ser significativo.

A síndrome pré-menstrual (SPM) caracteriza-se por sinais e sintomas emocionais, físicos e comportamentais, que podem ser ou não acompanhados de dor (dismenorreia), que ocorrem durante a fase lútea, 7 a 10 dias antes da menstruação e entram em remissão a partir do primeiro dia da chegada do sangue. Os sintomas comumente associados são irritabilidade, alterações de humor, depressão, isolamento social, inchaço, mastalgia, dores de cabeça, aumento do apetite, insónia, fadiga intensa, dificuldade de concentração e alterações de memória (Bilir et. al, 2020; Direkvand-Moghadam, 2014; Indu et. al. 2020; Maity et. al., 2023). A frequência dos sintomas e o grau de desconforto variam ao longo da vida de cada mulher e entre diferentes populações de diferentes culturas e países. Porém, sabe-se que a prevalência da SPM entre as mulheres é de 47,8% (Direkvand-Moghadam et. al, 2014), sendo que 3% a 8% sofrem desta síndrome no seu grau mais elevado (Prasad et. al, 2021), tida como síndrome disfórica pré-menstrual (SDPM). Esta síndrome está inscrita no manual internacional de doenças psiquiátricas DSM-5 desde 2013, sendo hoje tida como um transtorno depressivo das mulheres. Há estudos que demonstram uma correlação positiva entre a SPM e ansiedade, depressão ou stress entre estudantes (Maity et. al., 2023; Majeed-Saidan et. al. 2020). A taxa de suicídio de mulheres que sofrem de SPM e SDPM é mais elevada face a mulheres que não padecem destas desordens (Prasad et. al. 2021).

A dismenorreia caracteriza-se por dor sentida durante o período menstrual (cólicas sentidas na região abdominal ou lombar) que pode ou não ser acompanhada de náuseas, vómitos, enxaquecas e tonturas (Harel, 2006; Klein & Litt, 1981). A dismenorreia pode estar relacionada com alguma patologia pélvica (dismenorreia secundária), mas também pode surgir sem estar associada a qualquer lesão patológica (dismenorreia primária) (Maity S. et. al., 2023; Davis et. al., 2005). A Dismenorreia afeta entre 50 a 90% das mulheres na idade reprodutiva e sabe-se que a prevalência é maior nas jovens adolescentes (Negriff, 2009). Há estudos que evidenciam uma associação entre a dismenorrea e o baixo rendimento escolar, nomeadamente à diminuição da participação nas atividades escolares, falta de concentração, baixa performance escolar (Maity et. al., 2023) e absentismo escolar que chega a ser

de 14% a 57% entre as estudantes (Negriff, 2009; Shoep et al., 2019). Estudos associam a dismenorreia a um maior risco de desenvolvimento de dor crónica pélvica (Abdel, 2018, Jeon & Baek , 2023).

Fatores biológicos, psicológicos e sociais estão na base destas desordens menstruais, logo as abordagens de intervenção devem ser biopsicossociais. Tanto na SPM como na dismenorreia, são conhecidos como preditores de risco: alto índice de massa corporal (IMC), histórico familiar; irregularidade dos ciclos ou duração dos ciclos menstruais, a falta de exercício físico, tabagismo, má alimentação, níveis elevados de cafeína na dieta; pouca rede social; stress; ansiedade e dificuldades de sono (Mitsuhashi et. al., 2022; Sayegh et. al., 1995; Vishnupriya & Rajarajeswaram, 2011).

Apesar da prevalência destas questões de saúde menstrual e do seu impacto significativo na qualidade de vida das mulheres, o (auto) conhecimento dos sintomas e a procura de tratamento adequado não é prática comum entre esta população, pelo que os sintomas podem muitas vezes persistir até à menopausa, ficando esta questão de saúde por tratar (Robinson & Swindle, 2000). Há estudos que evidenciam que, nas mulheres estudantes, 71,3% das que sofrem de SPM e 65,9% das que sofrem de dismenorreia, não recorrem a tratamento médico (Bilir et. al, 2020). Outros estudos que nos dizem que quanto mais severos são os sintomas da SPM, mais as mulheres creem na inexistência de qualquer tratamento disponível (Hylan et. al, 1999), o que aponta para que existam barreiras sociais para o autoconhecimento e reconhecimento destas questões de saúde, sendo a saúde menstrual ainda um tema tabu. Nesta medida, cremos que importa estudar as questões de género e em que medida estas podem impactar esta questão de saúde.

2.3 O que é o género?

A partir dos anos 60/70 o conceito de género começou a ser estudado distintamente do conceito de sexo (Bernardes et. al. 2008; Oakley, 1972; Unger, 1979). Os estudos das ciências sociais retiraram o género do domínio da biologia, orientando a sua análise para as condições históricas e sociais de produção de crenças e saberes sobre os sexos (Amâncio, 2003). A emergência deste conceito surge com a segunda vaga do feminismo, em contexto político que procurou a adoção de medidas destinadas a eliminar a discriminação e desigualdades entre os sexos. Isto porque, até à primeira metade do séc. XX, a medicina, biologia e psicologia, não distinguiam sexo do género, considerando as diferenças biológicas ditavam diferentes comportamentos, características e formas de pensar entre homens e mulheres, numa visão determinista, naturalizada e binária (Torres, 2018).

Assim, o conceito "sexo" deve ser entendido como um mero marcador biológico que distingue seres humanos em homens e mulheres, atendendo a características físicas e fisiológicas como cromossomas, hormonas e órgãos genitais (Deaux, 1985; Unger & Crawford, 1993). Já o conceito "género" tem dimensão cultural, sociológica ou psicológica (Stoller, 1968), devendo ser entendido como um constructo socialmente adquirido (Oakley, 1972), referindo-se à representação mental, social e/ou cultural de categorias de género (Bernardes et. al, 2008). Como referiu Simone de Beauvoir (uma pessoa) "não nasce mulher, torna-se mulher" (Beauvoir, 1949,1953).

A partir dos anos 80/90, a discussão complexifica-se já que o que distingue biologicamente um sexo do outro deixou de ser pacífico, na medida em que também a dimensão biológica pode ser variável e não binária, já que os genitais podem apresentar características ambíguas à nascença e os cromossomas não surgem apenas na vertente simples e diferenciada de XX ou XY (indivíduos intersexo) (Torres, 2018). Para mais, na lógica de que o género é construído, nasce agora a teoria performativa de género (Butler, 1993) que se debruça sobre a diversidade das identidades de género, o carácter fluído ou flexível do género e da sexualidade em desconstrução da heterocisnormatividade.

Portanto, quando falamos de género, não estamos a analisar homens vs. mulheres. Embora não enquanto polos opostos, estamos antes a falar dos prescritivos de masculinidade vs. feminilidade, que podem inclusivamente ser estudados numa população de um só dos sexos. Género refere-se à expressão social de estereótipos da masculinidade vs. feminilidade que orientam papéis, atributos, características de personalidade, atividades, comportamentos e/ou atitudes e que têm, na sua base, um contexto sociocultural ideológico (da masculinidade hegemónica) que impõe representações de *status* de poder. Nesta medida, o conceito de género tem vindo a ser estudado nos últimos 40 anos sobre várias perspetivas de análise: intraindividual, interindividual, posicional ou ideológica (Bernardes et. al. 2008; Doise, 1982, 1986). O plano intraindividual analisa como os indivíduos avaliam o mundo social, processam as suas emoções e os seus comportamentos. O nível interindividual vai focar-se nas relações interpessoais em determinados quadros contextuais de interação – família, escola, amigos parceiros. Quando estudamos em termos posicionais, vamos estudar o desempenho do *status social* nas relações que os indivíduos estabelecem. Por fim, o ideológico compreende as estruturas organizacionais de uma sociedade, que institucionalizam as relações sociais de género (*status de poder*) (Bernardes et. al. 2008; Doise, 1982,1986; Torres, 2018).

2.4 Perspetiva intra-individual do género: Agência vs. Comunalidade

A perspetiva intra-individual de género estuda os conceitos de masculinidade e de feminilidade enquanto características intrínsecas dos indivíduos, (Bernardes et. al. 2008; Fiske & Stevens, 1993; Oliveira & Amâncio, 2022). Nesta perspetiva, masculinidade e feminilidade são conceitos multidimensionais compostos por comportamentos, atitudes, interesses e características de personalidade (Helgeson, 1994). Quanto a orientações de personalidade, a literatura divide esta modalidade da existência humana em duas grandes dimensões: indivíduos orientados para a instrumentalidade ou agência (associada, em sociedades patriarcais, à masculinidade) e indivíduos orientados para a expressividade ou comunalidade (associada à feminilidade) (Eagly, 1987; Hsu et. al. 2021; Wood & Eagly, 2012;).

Agência e comunalidade são conceitos desenvolvidos por Bakan (1996). Segundo este, a agência reflete uma tendência para o foco no *Eu* e na individualidade, incluindo característica como autoproteção, autoafirmação, autoexpansão, autocontrole, autodireção. Já a comunalidade reflete uma tendência para um foco no *Outro* e para a conexão, para a coletividade, participação em grupo, cooperação e criação de uniões (Helgeson, 1994). Nessa medida, os traços de agência caracterizam indivíduos voltados para a proatividade, empenhados na resolução de problemas e realização de tarefas, compreendendo características tais como a: competitividade, proatividade, assertividade, independência, dominância e autoconfiança. Já as características de comunalidade caracterizam indivíduos com tendência altruísta e foco na necessidade dos outros, compreendendo traços personalidade como a: expressividade; gentileza; afetuosidade; compassividade; prestabilidade; atenciosidade e amabilidade. (Bernardes et al. 2008)

Tanto indivíduos tidos a nascença do sexo masculino como do feminino, possuem características mistas, ou seja, elementos tanto de agência como de comunalidade. Contudo, sendo a agência associada às representações sociais dominantes de masculinidade e a comunalidade às representações dominantes de feminilidade, é comum verificar-se nos estudos que indivíduos do sexo masculino tem níveis mais elevados de agência e os do sexo feminino de comunalidade. Sendo que essas diferenças entre sexos tendem a ser mais exacerbadas em contextos em que os papeis sociais de género se tornam mais evidentes, e.g., segregação ocupacional. (Eagly, 1987; Hsu et. al. 2021; Wood & Eagly, 2012;). Contudo, masculinidade e feminilidade não são pólos opostos de uma única dimensão. A Teoria da Androginia Psicológica de Bem (1974, 1975) explica esta conceptualização de género numa perspetiva intraindividual. Segundo Bem, podemos distinguir quatro tipos de pessoas (Bem, 1977): (1) masculino (alta instrumentalidade, baixa expressividade/comunalidade); (2) feminino (alta expressividade/comunalidade, baixa instrumentalidade); (3) andrógino (alta instrumentalidade, alta expressividade/comunalidade); e (4) indiferenciado (baixa instrumentalidade, baixa

expressividade/comunalidade). Assim, há que entender que agência e comunalidade são dimensões independentes e empiricamente não correlacionadas, ou seja, podem coexistir dentro do mesmo indivíduo independentemente de seu sexo (Bernardes et al. 2008). Ou seja, características de agência não excluem por si só, e na mesma medida, características de comunalidade e vice-versa (Helgeson, 1994). Quando assim é, quando indivíduos expressam traços de agência ou comunalidade em exclusão do outro, entramos em versões extremadas de agência e de comunalidade, que devem ser analisados em outra escala diferenciada, conceitos a que a literatura dá o nome de agência e comunalidade não mitigados.

Relativamente às suas versões não mitigadas, a agência não mitigada envolve um foco excessivo no *Eu* em exclusão dos *Outros*, enquanto a comunalidade não mitigada envolve um foco excessivo no *Outro* em exclusão do *Eu*. Por definição, o extremo de uma orientação exclui a existência da outra. A agência e comunalidade não mitigadas requerem, conceptualmente, a ausência do outro (ao contrário das versões não extremadas) (Helgeson & Fritz, 1999). Por exemplo: o extremo de autoconfiante, uma característica da escala de agência, corresponde a arrogante, nas características da escala de agência não mitigada (Spence et. al., 1979). Enquanto uma pessoa autoconfiante, na escala de agência, pode ou não ter um foco nos outros (agência e comunalidade são escalas independentes e não correlacionadas), um indivíduo arrogante é certamente menos propenso às necessidades dos outros (estando a agência não mitigada negativamente correlacionada com a comunalidade) (Helgeson, 1994, Helgeson & Fritz, 1999).

2.5 Agência vs. Comunalidade e Saúde

Há evidências de que tanto a agência quanto a comunalidade são benéficas para o bem-estar, mas em termos distintos. A agência está relacionada ao bem-estar psicológico e saúde mental. Designadamente há estudos que evidenciam que a agência está associada à redução da depressão (Holahan & Spence, 1980; Roos & Cohen, 1987; Whitley, 1984), à diminuição da ansiedade (Holahan & Spence, 1980; Nezu & Nezu, 1987; Nezu et. al., 1986; Roos & Cohen, 1987), ao aumento da autoestima (Carlson & Baxter, 1984; Whitley, 1983) e à redução de distress (Nezu et. al., 1986; Nezu & Nezu, 1987).

Por sua vez, a comunalidade está associada a resultados positivos nas relações sociais, pelo que apresenta correlações positivas com a saúde, quando os resultados estão centrados nas relações interpessoais: autoestima social (Hawkins et. al., 1983), sociabilidade e cordialidade (Orlofsky & O'Heron, 1987), satisfação conjugal (Antill, 1983) e suporte social (Burda et al., 1984; Krames et. al., 1988). Há ainda evidências que a comunalidade está correlacionada com uma maior propensão na

procura de cuidados de saúde, assim como a reconhecer sintomas e a ter maiores níveis de responsividade face aos mesmos.

Quanto a consequências negativas para a saúde, parece que apenas a agência não mitigada e a comunalidade não mitigada - isto é, apenas as versões extremadas de agência e comunalidade e não as suas versões não extremadas, - estão associados a problemas de saúde ou de relações sociais. (Helgeson, 1994; Helgeson & Fritz, 1999, 2000). Bakan (1996) foi o primeiro a sugerir que a agência não mitigada leva a doenças físicas, suicídio, cancro e infanticídio, mas não chegou a desenvolver os seus exatos mecanismos. Esta teoria tem vindo a ser desenvolvida por Vicky Helgeson ao longo de diversos estudos. Por um lado, a autora argumenta que existe uma revisão meta-analítica que não encontrou qualquer associação entre a comunalidade e problemas de saúde mental (Bassoff & Glass, 1982). Ao passo que uma outra revisão dessa natureza encontrou uma associação fraca, mas positiva, da comunalidade com o ajustamento à doença (Whitley, 1984). Por outro lado, veja-se que nos estudos em que a associação da comunalidade com a autoestima é positiva, essa associação é sempre menor em comparação com associação entre autoestima e agência (Whitley, 1983). Da mesma forma, nos estudos em que existe uma associação entre a comunalidade e a redução do sofrimento, a associação deste com a agência é mais forte (Stoppard & Paisley, 1987). Assim, é provável que as taxas morbidade mais elevadas associadas a indivíduos do sexo feminino em comparação com os do sexo masculino, sejam atribuídas à falta de agência e não à presença de comunalidade (Helgeson, 1994). E pelo contrário, estudos envidenciam que a falta de comunalidade, e não propriamente a presença de agência, está associada a problemas de consumo de álcool (Horwitz & White, 1987; Kleinke & Hinricks, 1983; Snell et. al., 1987). Assim, a comunalidade parece estar relacionada a comportamentos saudáveis, em termos de uso de álcool e drogas, enquanto a associação da agência a esses comportamentos de saúde não é clara.

Outros estudos comprovam ainda que a agência está associada a uma melhor saúde mental, enquanto a agência não mitigada está associada a uma pior saúde mental (Evans & Dinning, 1982; Holahan & Spence, 1980). Em um estudo com pacientes cardíacos, a agência não mitigada esteve associada a atrasos mais longos antes do início de procurar ajuda para os sintomas, enquanto a agência estava associada a um suporte social adequado (Helgeson, 1994). Há também um estudo que encontrou uma associação entre agência não mitigada e má saúde física, mas não encontrou qualquer associação entre comunalidade não mitigada e a depressão (Stewart & Malley, 1987).

Esses estudos destacam a importância de distinguir entre agência e comunalidade de agência e comunalidade não mitigados. Vicky Helgeson sugere que as incongruências entre os estudos se devem à falta de avaliação destes conceitos nas suas versões não mitigadas. Parece que se deve concluir que

um equilíbrio entre agência e comunalidade (inferido a partir da ausência de agência ou comunalidade não mitigadas) é importante para o bem-estar (Helgeson, 1994).

2.6 Agência, Comunalidade e Saúde Menstrual: o que se sabe?

Existem evidências de que quanto mais a mulher apresenta características de comunalidade, mais experiência sintomas de SPM e de dismenorreia (Temel et. al, 2017). Contudo, nada se sabe sobre os efeitos da versão não mitigada da comunalidade.

Entende-se que, mulheres com tendência para cuidar do outro, indo ao encontro das expectativas sociais de género quanto ao papel da mulher típica, tendem a aumentar os seus níveis de stress e de ansiedade, suprimindo as suas necessidades pessoais (Jack, 1991, Marvan et al. 1991; Temnel et al. 2018). Nas sociedades em que predominam os papéis sociais tradicionais de género, a prevalência da SPM tende a ser superior, tal como por exemplo no México, que tem uma prevalência de 75% (Pool, 2005) ou no Brasil, que tem uma prevalência entre 40 a 60% (Camara et. al. 2017; Petta et. al. 2010).

No que respeita à dor, estudos demonstram que indivíduos com níveis mais elevados de agência têm maior tolerância à dor (Bernardes et. al. 2008; Myers et. al 2001, 2006,).

Contudo, vimos que, no caso da SPM e da dismenorreia, as mulheres tendem a não expressar os sintomas nem a recorrer a tratamento clínico. Ainda não se sabe ao certo, mas estudos identificam a idade e crenças de saúde em relação à saúde menstrual, como fatores possíveis deste facto.

Em conclusão, os estudos sugerem que a comunalidade está associada a maiores níveis de SPM e dismenorreia, possivelmente devido ao aumento do stress e da ansiedade resultante da tendência para o foco no *Outro* em detrimento de si próprio. Além disso, sociedades onde esse padrão é mais marcado apresentam uma maior prevalência de SPM. No entanto, ainda há lacunas no conhecimento sobre os efeitos da comunalidade não mitigada e sobre os fatores que levam as mulheres a não expressarem ou tratarem os sintomas. Neste sentido, entendemos que se torna relevante estudar, para além das características intraindividuais de género, o papel das estratégias de regulação emocional nessa relação.

2.7 Regulação Emocional e Estratégias Intrapessoais e Interpessoais

A regulação emocional é o processo através do qual monitorizamos, avaliamos e modificamos as nossas respostas emocionais (Thompson, 1994). Dada a sua centralidade para a experiência humana e saúde, a regulação emocional é um dos domínios mais abordados pela literatura da psicologia.

Para compreendemos o processo de regulação emocional, devemos compreender primeiro o que são emoções. Não existe uma definição consensual e aceite pela generalidade dos investigadores da área sobre o que são emoções. Contudo, e embora os investigadores possam divergir quanto à sua sequência, sobretudo quanto aos processos cognitivos envolvidos, podemos definir a emoção como uma resposta adaptativa e bidirecional entre os sistemas cognitivo/afetivo, face a um evento interno ou externo, que origina uma alteração fisiológica, de valência positiva ou negativa, de curta duração e de intensidade variável, que conduz a uma avaliação dessa mesma experiência afetiva e a um comportamento (tendência para ação; motivação). Nesta medida, as emoções têm uma natureza multimodal, que envolvem um conjunto de componentes: a cognitiva, fisiológica, subjetiva e comportamental (Kleinginna & Kleinginna, 1981). Para mais, cumpre também compreender o papel funcional das emoções. Estas desempenham um papel adaptativo fundamental para a nossa sobrevivência uma vez que são as emoções que nos permitem ter comportamentos adequados aos contextos, funcionando como um mecanismo essencial tanto para a sobrevivência elementar básica como, e atendendo a complexidade das sociedades contemporâneas, a sobrevivência social, orientando comportamentos pro-sociais. (Barrett, 1995; Cosmides & Tooby, 2000; Darwin, 1872; Ekman, 1999; Fridlund, 1994; Frijda, 1986; Lazarus, 1991; Griffiths & Scarantino, 2009; Keltner & Haidt, 1999; Levenson, 1999). A função social das emoções prende-se tanto com a manutenção de relações sociais positivas, como com o distanciamento social, ambas necessárias para o nosso bem-estar social (Broody et. al., 2016)

Necessariamente devemos ter a capacidade de gerir as emoções que melhor se adequam aos contextos. Essa gestão não se trata de inibir emoções mas antes de regulá-las. Não podemos evitar as emoções, mas com consciência emocional, podemos regular as emoções (Gross, 2015).

Através da regulação emocional, a nossa resposta emocional será necessariamente diferente da que teria ocorrido na ausência dessa regulação (Gross, 2015). Logo, facilmente compreendemos que também a regulação emocional é um aspeto fundamental do processo de socialização do ser humano. Este processo surge frequentemente no nosso dia-a-dia, designadamente quando pretendemos ajustar uma resposta emocional a um determinado contexto, que tanto pode passar pela necessidade de diminuir ou aumentar a intensidade (*arousal*) de uma emoção, que tanto pode ser negativa como positva (valência) (DeSteno et al., 2013, Naragon-Gainey et. al., 2017). Portanto, através da regulação

emocional, influenciamos as emoções que sentimos, quando as sentimos, como as experienciamos e as expressamos (Gross, 1998).

Como podemos fazer esse "controlo"? Fazemo-lo tanto através do uso de estratégias intrapessoais, isto é, processos internos ou intrínsecos, como através de estratégias interpessoais ou extrínsecas, envolvendo outras pessoas (Thompson 1994).

Em termos intrapessoais, as estratégias mais utilizadas no nosso dia a dia para fazer face a emoções negativas com impacto na nossa saúde, são as de reavaliação cognitiva e a de supressão emocional. Através da reavaliação cognitiva, conferimos uma perspetiva diferente a uma determinada situação, de modo a alterar a resposta emocional que seria indesejável (Gross, 2014). Esta estratégia pressupõe que um mesmo evento externo possa gerar tanto uma emoção positiva como negativa, dependendo da nossa avaliação cognitiva dessa mesma situação (McRae, 2016). Assim, a reavaliação da situação com o intuito de controlar uma resposta emocional desejada, tanto pode ser do significado que a situação tem para a pessoa, como da relevância que a pessoa atribui à situação (Gross, 2015). A sua utilidade está na antecedência à ativação da emoção. A supressão emocional consiste na inibição da expressão emocional, procurando não transparecer o que se está a sentir (Gross, 2014). Esta estratégia modula a resposta emocional já ativada, ao controlar a expressão emocional, inibindo o comportamento verbal e não-verbal associado à emoção (McRae, 2016).

Embora não de menor importância, mas menos aprofundado na literatura, são as estratégias de regulação interpessoais. À medida que nos desenvolvemos enquanto indivíduos, a regulação emocional vai sendo cada vez mais influenciada pelo contexto dos pares (Lunkenheimer et. al., 2007; Morris et. al., 2007). Fatores interpessoais são essenciais na regulação emocional uma vez que esta se desenvolve em contexto social (Hoffman, 2024). Qualquer estratégia desenvolvida no âmbito das relações sociais, são tidas como interpessoais (Williams et al., 2018). A regulação emocional interpessoal envolve no mínimo a presença de duas pessoas (Niven, 2017) e tanto pode ser: intrínseca, casos em que procuramos o contacto com outra pessoa para regular a nossa própria experiência afetiva; extrínseca, quando tentamos regular as emoções do outro. Por outro lado, esses processos tanto podem ser: dependentes de resposta, ao dependerem de uma determinada resposta da outra pessoa; como independentes de resposta, quando não necessitam que a outra pessoa dê uma resposta específica (Zaki & Williams, 2013).

Por outro lado, as estratégias podem ser classificadas em: focadas nos antecedentes, quanto ocorrem antes da ativação da resposta emocional como forma de controlar/evitar emoções indesejadas; ou focadas na modulação da resposta, sempre que a emoção já esteja instalada por forma

a minimizar os efeitos negativos ou indesejados desta (Hofmann et al., 2016). Os resultados de investigações empíricas até agora, sugerem que as estratégias focadas nos antecedentes são métodos relativamente eficazes para regular as emoções a curto prazo, enquanto as estratégias focadas na modulação de resposta tendem a ser contraproducentes (Gross & John, 2003).

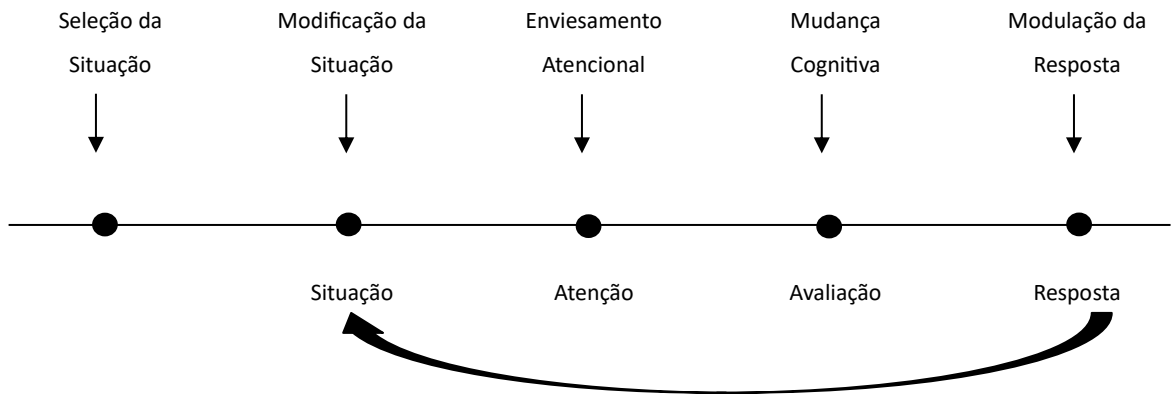
Outros autores dividiram as estratégias de regulação emocional em dois domínios, o cognitivo e o comportamental, que parecem corresponder às estratégias intrapessoais e interpessoais, respetivamente (Faustino & Pascoal 2024).

Vamos analisar estas estratégias em melhor detalhe. Contudo, antes cumpre referir que os processos de regulação emocional dão-se de forma simultânea e/ou sequencial, na medida em que os indivíduos tendem a seguir uma sequência de ações internas no processamento emocional (Gross & John, 2003). Isto significa que as estratégias regulatórias não são excludentes entre si, mas antes complementares.

2.8 O Modelo Processual de Regulação Emocional de Gross

Vimos que a regulação emocional intrapessoal, diz respeito aos processos que as pessoas utilizam para regular as suas emoções (Gross, 2015). A regulação emocional no âmbito intrapessoal é frequentemente estudada por recurso ao Modelo Processual de Regulação Emocional (Gross, 1998) (Figura 2.1.). A proposta de Gross partiu do "modal model of emotion" e nas etapas da geração de uma emoção. O autor concluiu que uma forma de influenciar as nossas emoções seria alterar os pontos sequenciais que desencadeiam a emoção (Gross, 2001). Desta forma o modelo conceptual de Gross, apresenta cinco estratégias de regulação: 1) a seleção da situação, 2) a modificação da situação, a 3) modificação do foco atencional, 4) a mudança cognitiva e a 5) modulação da resposta. As primeiras quatro respeitam a estratégias de foco que antecedem a resposta emocional, procurando evitar que uma determinada emoção indesejada ocorra ou diminuir o seu grau de ativação (arousal). A quinta estratégia atua após a resposta emocional estar ativada, procurando controlar aspetos externos que respeitem à expressão emocional. (Gross, 1998; Gross & John, 2003).

Figura 2.1 - Modelo processual de regulação emocional de James Gross (1998)



Vejamos, a primeira estratégia será adotar um comportamento que evite ou faça acontecer o evento que desencadeará a emoção indesejável/desejável (e.g. evito agendar reuniões de trabalho na fase lútea menstrual, pois sei que tendem a desencadear-me alguma ansiedade). Modificar a situação, já será alterar as características do evento em si (e.g. se não puder evitar a reunião de trabalho na fase lútea, tento alterar os pontos desse contexto que podem minimizar emoções indesejadas, tais como sentar-me no local mais agradável da sala de reuniões e procurar beber um chá relaxante durante o evento). A alteração do foco atencional, implica focar a nossa atenção para outros aspetos do evento ou alheios a este (e.g. seguindo o mesmo exemplo anterior, ativar toda a minha atenção para o tema que mais me motiva naquela reunião de trabalho ou lembrar-me da atividade que irei fazer a seguir ao trabalho, que me traz prazer, como por exemplo uma sessão de yoga). A mudança cognitiva refere-se a alterações nas avaliações cognitivas sobre o evento de forma a modificar o sentido deste, indo ao encontro das nossas capacidades (e.g. apesar de gostar de evitar reuniões de trabalho na fase lútea, penso na reunião em concreto e analiso como esta não tem assim tanto peso, afinal gosto do meio ambiente de trabalho e do que faço, então será um momento informal e ao encontro dos meus objetivos). Por último, a modulação de resposta, uma vez que já só se aplica após a emoção já estar instalada, implica uma influência das componentes fisiológicas e comportamentais da resposta emocional (e.g. sinto-me ansiosa ou irritada por estar na fase lútea menstrual, vou praticar exercícios respiratórios para alterar o ritmo da minha frequência cardíaca e consequentemente o meu estado emocional). Vamos agora analisar estratégias interpessoais de regulação emocional.

2.9 O Modelo de Regulação Emocional Interpessoal de Quatro fatores

As relações interpessoais são essenciais à regulação emocional, uma vez que as emoções e a sua regulação surgem em contextos sociais, muitas vezes de eventos tidos em interações sociais (Dixon-Gordon et al., 2015). Uma criança aprende a responder adaptando-se aos estados internos das outras pessoas, em vez dos seus comportamentos (Higgins & Pittman, 2008). Estudos evidenciam que adultos experienciam afetos negativos quando socialmente isolados e que a vinculação e afiliação social estão associados a afetos positivos (Coan, 2010). Os outros e a nossa relação com os outros afetam os nossos estados emocionais. Logo, não é de estranhar que existam também processos regulatórios que ocorrem exclusivamente na interação com outras pessoas (Zaki & Williams, 2013), na medida em que as relações interpessoais influenciam e co-regulam as emoções e estratégias de regulação utilizadas (Marroquín et al., 2017). Muitas vezes procuramos estar com alguém durante o momento emocional ou partilhar *a posteriori* com alguém a nossa vivência (Williams et al., 2018).

Sabe-se que entre 80% a 95% dos episódios emocionais são partilhados socialmente e cerca de 60% das primeiras partilhas ocorrem no dia em que o evento aconteceu (Brans et. al., 2013). Estudos evidenciam que o que leva as pessoas a partilhar as suas experiências emocionais é o desejo de recordar o momento, serem ouvidas, procurar apoio, procurar entender a experiência vivida, solicitar conselhos, chamar a atenção de alguém ou simplesmente informar sobre o que aconteceu (Duprez et. al., 2015).

São necessários mais estudos para chegarmos a mais conclusões sobre a frequência, utilização e eficácia da regulação interpessoal (Williams et. al. 2018; Zaki & Williams, 2013). Dada a semelhança do processo interpessoal ao de suporte social (Marroquin, 2011) muitos estudos existentes da regulação interpessoal têm vindo a ser desenvolvidos por meio de utilização de instrumentos que avaliam este conceito. Contudo, o suporte social refere-se à troca de recursos entre, pelo menos, duas pessoas, percebido pelo provedor ou pelo recetor como destinado a melhorar o bem-estar do recetor (Shumaker & Brownell, 1984). Aqui, avalia-se recursos específicos de suporte social como família, amigos e pessoas significativas (Zimet et. al., 1988), em vez dos processos interpessoais subjacentes à regulação emocional (Zimet et al., 1988). A regulação emocional interpessoal é um diferente constructo, na medida em que se refere ao contexto interpessoal no qual as emoções de uma determinada pessoa são reguladas por outros (Hofmann, 2014).

Para avaliar a regulação interpessoal intrínseca, foi recentemente foi desenvolvido o modelo de regulação interpessoal (Hofmann et al., 2016) que sugere que os indivíduos regulam as suas emoções dependendo dos outros, por meio de quatro fatores**: Aumento do Afeto Positivo**, que é a tendência

em procurar outras pessoas para aumentar sentimentos de felicidade e alegria; a **Tomada de Perspetiva**, que envolve usar os outros como um lembrete para não entrar em preocupação já que outras pessoas podem estar em piores situações; **Autoconforto**, que consiste em procurar outras pessoas para consolo e simpatia; e **Modelagem Social**, que implica observar os outros para ver como eles poderiam lidar com uma determinada situação.

Como vimos, as estratégias de regulação emocional intraindividual e interpessoal não são excludentes entre si, mas antes complementares, na medida em que recorremos tanto a um como ao outro, quer de forma sequencial, quer de forma simultânea (Zaki & Williams, 2013).

Para os autores que dividem as estratégias entre cognitivas e comportamentais, podemos classificar: a reavaliação cognitiva, o aumento do afeto positivo, a tomada de perspetiva e a modelagem social como estratégias cognitivas; e o autoconforto e a supressão emocional, como estratégias comportamentais (Faustino & Pascoal 2024)

Estudos são necessários para melhor compreender as suas interações. Contudo, de um estudo recente (Hoffman et. al. 2016), resultou que a dificuldade de regulação emocional autorelatada está associada a um maior recurso a estratégias de regulação interpessoais, designadamente as relacionadas a estados afetivos negativos como a tomada de perspetiva, autoconforto e a modelagem social. Tal poderá significar que indivíduos que experienciam mais estados afetivos negativos recorrem com mais frequência aos outros (regulação extrínseca) para regular as suas emoções (Hoffman et. al. 2016). No entanto, não necessariamente, já que poderá ser importante distinguir o momento em que se foca a regulação emocional, designadamente se antecedente à emoção ou se surge como modulação da emoção já ativada. Isto porque, de um outro estudo mais recente, (Faustino & Pascoal, 2024), resultou evidências que, em termos gerais, a reavaliação cognitiva está positivamente associada a estratégias de regulação interpessoal e as de supressão emocional negativamente associadas a estas. Sendo que, nesse mesmo estudo, a reavaliação cognitiva não apresentou correlação com o fator autoconforto da estratégia interpessoal e a supressão emocional não se correlacionou com a da modelagem social. Estes resultados fazem sentido se pensarmos na reavaliação cognitiva como estratégia que antecede a emoção. Nessa medida, indivíduos tendem a recorrer aos outros para regular as suas emoções, também como estratégia antecedente à emoção, designadamente para tomada de perspetiva, afeto positivo, modelagem social, mas já não para autoconforto (Faustino & Pascoal 2024).

Por outro lado, significa que, indivíduos que dependem de estratégias interpessoais tendem a depender menos de estratégias intrapessoais focadas na modulação de resposta, quando a emoção está já instalada, como a supressão emocional.

No entanto, mais pesquisas são necessárias para explorar estas questões, nomeadamente para verificar de que forma as estratégias intrapessoais e interpessoais se associam entre si e o que tais interações podem significar relativamente a características de regulação emocional e que impacto podem ter para a saúde.

2.10 Regulação Emocional e saúde

A estratégia de regulação emocional utilizada tem impacto na nossa saúde (Campbell-Sills & Barlow, 2007; DeSteno et al., 2013; Rottenberg et al., 2005). É assente que o uso inadequado de estratégias de regulação emocional, levam a *distress* emocional (hofmann, 2016).

A utilização de uma estratégia desadaptativa está associada a perturbações mentais, tais como de ansiedade generalizada (Roemer et al., 2009), défice de atenção e hiperatividade (Seymour et al., 2012), depressão (Beblo et al., 2012; Brockmeyer et al., 2012), borderline (Carpenter & Trull 2013; Cheavens & Heiy 2011; Svaldi et al. 2012) e perturbações do comportamento alimentar (Brockmeyer et al. 2012; Svaldi et al. 2012).

Contudo, a complexidade desta questão reside em compreender que não existem estratégias inteiramente adaptativas ou prejudiciais (McRae, 2016). Uma estratégia de regulação emocional pode ser eficaz para uma pessoa mas ineficaz para outra pessoa ou, pode ser eficaz para nós próprios num determinado contexto e ser ineficaz num contexto diferente (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017). A escolha da estratégia regulatória mais adequada dependerá assim, das nossas características, do objetivo pretendido e do contexto (Gross, 2014).

Não obstante, relativamente ao modelo processual de Gross, de um estudo meta-analítico resultou que a supressão da expressão emocional tem pequeno efeito positivo na modulação de resposta emocional, mas a supressão da experiência emocional ou do ou pensamentos sobre o evento, não é eficaz (Webb & Sheeran, 2012). Quanto à reavaliação cognitiva, o estudo evidenciou que a reavaliação do estímulo emocional e o uso da tomada de perspetiva pelo próprio, tem mais eficácia do que reavaliar a resposta emocional (Webb & Sheeran, 2012). Isto significa que a reavaliação cognitiva tende a ser mais adaptativa do que a supressão emocional. Por outro lado, uma vez que a

reavaliação cognitiva antecede a resposta emocional, esta será sempre mais adequada quando a pessoa não tem controlo sobre o evento que dá lugar à emoção (Gross & John, 2003).

Contudo, quando os recursos cognitivos estão comprometidos, ou pelo tempo limitado ou pelo facto de o estímulo emocional ser demasiado ativador, o uso da estratégia da reavaliação cognitiva pode ser contraindicado. (McRae, 2016). Nestes casos, a supressão emocional revela-se mais adequada, uma vez que diminuirá a expressão emocional da resposta que não pôde ser evitada (Gross & John, 2003). De todo o modo, a supressão emocional é tida como menos eficiente para diminuir a ativação emocional a longo-prazo (Aldao et al., 2010; McRae, 2016). Para mais, a inibição de emoções é desafiante (Webb et al., 2012) e pode produzir o efeito oposto, aumentar antes o impacto da emoção negativa (Gross & John, 2003) ou reprimir a expressão da emoção positiva (McRae, 2016).

O uso da supressão emocional com mais frequência face ao uso da reavaliação cognitiva, pode estar associado a um aumento da psicopatologia (Gross & John, 2003). Contudo, há algumas inconsistências em diferentes estudos (Webb et al., 2012). Estudos não encontraram relação entre a supressão emocional e sintomas depressivos (Flynn et al., 2010).

Relativamente à regulação interpessoal, esta revela-se extremamente útil quando o indivíduo não dispõe das competências necessárias para lidar com a experiência emocional (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017), isto é, quando a regulação intrapessoal constitui para este uma dificuldade (Reeck, Ames, & Ochsner, 2016). Tal acontece sempre que não se consegue reconhecer as suas emoções ou os eventos desencandadores. Nestes casos, o papel das pessoas externas pode ser crucial para fazer esse julgamento (Reeck et al., 2016), ativando estratégias mais adaptativas (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017). Estudos evidenciam a associação da dificuldade em regular emoções, a um maior uso de estratégias de regulação emocional interpessoal, especificamente as focadas no afeto negativo (Tomada de Perspectiva, Autoconforto e Modelagem Social).

Por ouro lado, a menor capacidade de autorregulação poderá dar-se a perturbações mentais ou à diminuição dos recursos cognitivos disponíveis. Também nestes casos as estratégias interpessoais revelam-se de elevada importância, uma vez que estas, em complemento às estratégias intrapessoais, alargam as possibilidades de recursos disponíveis, podendo fazer uso também dos recursos dos outros e dos recursos sociais, conseguindo ter mais chances de se sentirem bem com as suas emoções (Levy-Gigi & Shamay-Tsoory, 2017; Marroquín et al., 2017; Reeck et al., 2016).

Recentemente o estudo, parece evidenciar que a ansiedade, a depressão e um estilo de vida de apego mais ansioso, associam-se ao maior uso de estratégias de regulação emocional interpessoal e, que pessoas com uma atitude mais recetiva em relação ao afeto e à sua expressão, torna alguém mais

propício a procurar os outros na regulação de suas emoções. Contudo são necessários mais estudos para explorar mais profundamente estas relações, sobretudo a relação com a sintomatologia depressiva e ansiosa. Especificamente em mulheres que lidam com disfunções menstruais, estudos enfatizam a importância do uso de estratégias emocionais adaptativas para gerenciar as respostas emocionais do ciclo (Amin et. al., 2024), conforme analisaremos de seguida.

2.11 Regulação Emocional e Saúde Menstrual: o que se sabe?

Estudos têm demonstrado que mulheres que sofrem de sintomas menstruais utilizam estratégias desadaptativas de regulação emocional (Amin et. al., 2024; Eggert et al. 2016;). Designadamente, há estudos que demonstraram que níveis elevados de síndrome pré-menstrual estavam negativamente associados a estratégia de reavaliação cognitiva, mas positivamente associados à supressão emocional (Wu et al., 2016).

Quanto à síndrome disfórica pré-menstrual, estudos apontam que estas mulheres têm baixas competências de reconhecimento e consciência emocional (Petersen et. al., 2016) e dificuldades de adaptação social, tanto na fase lútea como na fase folicular (Halbreich et al. 2003; Pearlstein et al. 2000). Há evidências, que têm dificuldades em usar estratégias, tanto intrapessoais como interpessoais de regulação emocional. (Petersen et. al., 2016).

Por outro lado, quanto à dismenorreia há evidências de que as mulheres jovens que não consigam regular eficazmente as suas emoções, são mais suscetíveis a experienciar a dor menstrual (Lestari & Septiningsih, 2021). Estudos dizem-nos que as adolescentes que demonstrem habilidade para resolução de problemas, regulando eficazmente as suas emoções, tendem a sinalizar menores níveis de dor durante a menstruação (Augustina et. al, 2024; Khoerunisya, 2015). As mais recentes pesquisas indicam que é essencial explorar a relação entre dor menstrual, estratégias de regulação emocional e fatores psicológicos (Amín et. al, 2024)

Assim, existem evidências de que há uma relação significativa entre a regulação emocional e os sintomas menstruais, incluindo a síndrome pré-menstrual e a dor menstrual. Estratégias desadatativas, como a supressão emocional, estão associadas a sintomas mais intensos, enquanto dificuldades no reconhecimento e na gestão emocional parecem agravar os impactos da menstruação no bem-estar psicológico e social. Além disso, a incapacidade de regular eficazmente as emoções pode aumentar a suscetibilidade à dor menstrual. Assim, compreender e intervir na regulação emocional pode ser um caminho promissor para reduzir o impacto dos sintomas menstruais na qualidade de vida

das mulheres, destacando a necessidade de mais trabalhos de investigação que integrem fatores relevantes como as estratégias de regulação emocional e, e.g., as questões de género.

2.12 Estratégias de Regulação Emocional e Agência vs. Comunalidade

Vimos que o género é um constructo socialmente construído e que pode ser internalizado em orientações genderizadas de personalidade na sequência de processos de socialização de género. Por outro lado, vimos que as emoções desempenham um papel adaptativo fundamental para a nossa sobrevivência uma vez que são elas que nos permitem ter comportamentos adequados aos contextos. Nesta medida, compreendemos que o processo emocional seja também ele influenciado por fatores intraindividuais, interpessoais, situacionais e culturais associados ao género (Brody & Hall, 2000; Fischer & Manstead, 2000). A experiência, a expressão e a regulação das emoções são profundamente marcadas pelo género (Bindu & Thomas, 2006; Brody, 1997; Frijda e Mesquita, 1994; Gartzia et al., 2012). As emoções são também elas gendarizadas, na medida em que existem normas sociais que ditam a qualidade, a intensidade e a frequência das emoções adequadas à masculinidade vs. feminilidade e que, por sua vez, variam em função dos contextos sociais. (Gartzia et al., 2018). As mulheres são socializadas para experimentar culpa, vergonha, tristeza e medo (Allen & Haccoun, 1976; Brody, 1997; Cornelius & Averill, 1980; Oliver & Toner, 1990; Speltz & Bernstein, 1976). Já os homens tendem a expressar mais a raiva do que as mulheres (Timmers et al., 2003) e são também mais propensos a emoções positivas, como o orgulho (Johnson & Schulman, 1988).

Existem bastantes estudos sobre emoções e género. Contudo a maioria estuda diferenças entre sexos e não género e, por outro lado, são na sua maioria algo imprecisos, dado não reconhecerem muitas vezes os contextos situacionais e culturais da expressividade das emoções e não atenderem à forma como as emoções são expressas – se verbal, facial, comportamental (Brody & Hall, 1993) – e/ou ainda dada a complexidade do próprio conceito de género (Briton & Hall, 1995; Brody, 1997; Swim, 1994). Poucos estudos existem sobre estratégias de regulação emocional intraindividual e as características de personalidade gendarizadas e são quase inexistentes sobre estratégias interpessoais.

Não obstante, estudos evidenciam que os indivíduos orientados para agência (tipicamente associada a masculinidade), lidam melhor com as emoções negativas, têm tendência a uma tomada de perspetiva mais otimista (Gartzia & Van Engen, 2012; Livingstone & Day, 2005;) e fazem uso da regulação de emoções negativas de maneira construtiva para o *self* (Gartzia & López-Zafra, 2016). Estudos evidenciam que a agência está associada a menores níveis de exaustão emocional (Donker et.

al., 2020). Já quanto à comunalidade não existem estudos que versem diretamente sobre a relação entre este traço de personalidade e as estratégias de regulação emocional utilizadas. Contudo, estudos quando a diferenças de sexo demonstram que sendo as mulheres socializadas a cuidarem do *Outro*, são orientadas para o desenvolvimento de competências emocionais relacionais, para a demonstração de interesse pelas emoções, sensibilidade ao que os outros sentem ou a expressarem os seus sentimentos. Estes mesmos estudos evidenciam que as mulheres tendem à ruminação sobre emoções negativas (Nolen-Hoeksema, 1987) e, por outro lado, a silenciar o *Eu*, com consequências nefastas para a saúde mental (Carr et. al., 1996.; Helgeson, 1994).

Diante destas evidências, torna-se claro que o género não apenas influencia a forma como as emoções são experienciadas e expressas, mas também molda as estratégias de regulação emocional adotadas pelos indivíduos. A socialização de género orienta padrões distintos de resposta emocional, com implicações tanto para o bem-estar psicológico quanto para a interação social. No entanto, a investigação sobre estas dinâmicas ainda apresenta lacunas. Assim, aprofundar a compreensão sobre a associação entre traços de personalidade genderizados, saúde e estratégias de regulação emocional, poderá contribuir para o desenvolvimento de abordagens mais integradas e eficazes na promoção da saúde.

2.13 Objetivos do estudo e Hipóteses

Com o presente estudo, pretendemos investigar a associação entre as características de personalidade gendarizadas e as manifestações de sintomas da síndrome pré-menstrual e dismenorreia entre mulheres em idade fértil. Para mais, pretendemos entender em que medida mecanismos associados à regulação emocional permitem mediar esta associação. Vimos que há estudos que evidenciam que agência está relacionada a bem-estar psíquico e a melhor tolerância à dor (Bernardes et. al. 2008; Myers et. al 2001, 2006,). Mais vimos que os estudos sugerem que a comunalidade está associada a maiores níveis de SPM e dismenorreia, possivelmente devido ao aumento do stress e da ansiedade resultante da tendência para o foco no Outro em detrimento de si próprio (Jack, 1991; Marvan et al. 1991; Temnel et al. 2018). Por estes motivos entendemos focar-nos no conceito de comunalidade e comunalidade não mitigada uma vez que surge como uma dimensão importante para compreender como estas características de identidade de género influenciam o bem-estar das mulheres. Sendo que, sabe-se já que há uma correlação positiva entre a comunalidade e os sintomas menstruais. Contudo, vimos que poucos estudos há que versem sobre a associação da comunalidade não mitigada com questões de saúde, sendo mesmo inexistentes no foro da saúde

menstrual. Logo, entendemos que é importante distinguir estes conceitos, para compreender as exatas associações e seus mecanismos com as questões de saúde menstrual.

Com efeito, a nossa questão de estudo é a seguinte: **Será que mulheres com maiores níveis de comunalidade não mitigada, por recorrerem a estratégias de regulação emocional desadaptativas, apresentam mais sintomas de síndrome pré-menstrual e de dismenorreia?**

Sabe-se que quanto maior são os níveis de comunalidade, mais se experienciam sintomas menstruais. Contudo, hipotetizamos que esta correlação será mais forte entre sintomas menstruais e comunalidade não mitigada que comunalidade. Por outro lado, vimos que mulheres que sofrem de maiores níveis de sintomas menstruais apresentam a utilização de estratégias de regulação emocional desadaptativas. Hipotetizamos que a comunalidade não mitigada leva a disfunções na regulação emocional, por recorrerem com maior frequência à estratégia de supressão emocional. Para mais, supomos que estas mulheres recorram mais à regulação interpessoal. Ainda, pretendemos explorar as correlações entre as estratégias intrapessoal e interpessoal utilizadas por estas mulheres, sem a suposição de hipóteses nesta matéria, dada a inexistência de estudos sobre este tema.

Sendo as nossas hipóteses as seguintes:

(H1) - A comunalidade e a comunalidade não mitigada estão positivamente correlacionadas com sintomas de síndrome pré-menstrual e de dismenorreia;

(H2) - As estratégias de regulação emocional intrapessoais (de reavaliação cognitiva e de supressão emocional) e interpessoais (tomada de perspetiva, afeto positivo, modelagem social, autoconforto), vão mediar a correlação entre a comunalidade não mitigada e os sintomas da síndrome pré-menstrual e da dismenorreia.

Entender o impacto destas questões de género e possíveis mecanismos de regulação emocionais subjacentes, poderá ajudar a delinear possíveis modelos de intervenção, sensíveis às características individuais de género, para promover o ajustamento da síndrome pré-menstrual e da dismenorreia.

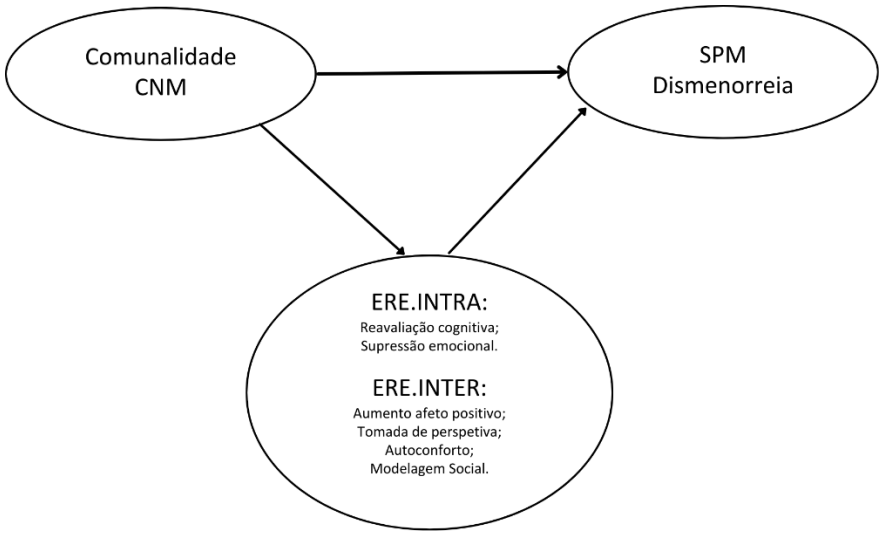
CAPÍTULO 3

Método

3.1 Design do estudo

O presente estudo é quantitativo correlacional e, conforme a Figura 3.1., terá: como variáveis preditoras a comunalidade e a comunalidade não mitigada e como variáveis de resultados a síndrome pré-menstrual e a dismenorreia. Na tentativa de explorar os mecanismos que subjazem a tais correlações, iremos ter como mediadora (m) as estratégias de regulação emocional intraindividuais de reavaliação cognitiva e de supressão emocional e interpessoais de aumento de afeto positivo, tomada de perspetiva, autoconforto e modelagem social.

Figura 3.1. – design do Estudo



3.2 Participantes

O estudo teve um total de 209 participantes. Como critérios de inclusão foram considerados indivíduos do sexo feminino à nascença, com idade superior a 18 anos, fluentes em língua portuguesa. Considerámos não elegíveis as participantes que foram submetidas a uma histerectomia e as que não menstruam há mais de 3 meses. Retirando as não elegíveis, foram selecionadas 172 participantes, da amostra inicial de 209.

As participantes foram voluntárias e não receberam qualquer forma de compensação ou incentivo para participar da pesquisa.

3.3 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

As idades das participantes variaram entre os 18 e os 70 anos de idade (*M= 40 anos, DP= 10.22*). A maioria das mulheres da amostra eram casadas (50%), residiam com o/a parcero/a e os filhos ou outros parentes (36%), tinham dois filhos (27%), estavam habilitadas com o grau de licenciatura (44%), estavam empregadas (85%) e identificaram-se como sendo dede raça/etnia branca/de origem europeia (85%). A avaliação da posição socioeconómica da amostra foi avaliada através da escala de MacArthur de status social subjetivo (Adler & Stewart, 2007) que, face ao rendimento, nível de escolaridade e prestígio profissional, as participantes autoavaliam a sua posição na hierarquia posicionando-se através de uma imagem de escada de 10 degraus (0= "pior situação/posição"; 10= "melhor situação/posição"). As participantes avaliaram-se entre a posição 3 e 10 da escada, sendo que 28% autoavaliaram-se na posição 7, seguido de 21,2%, na posição 8. (M= 6.60; DP= 1.528).

Relativamente à caracterização clínica, a idade da menarca variou entre os 9 e os 19 anos de idade (*M= 12.41; DP= .373*). A maioria das mulheres do estudo não tomava contracetivos hormonais (55%) e (70%) revelou ter um ciclo menstrual regular.

3.4 Instrumentos

O presente estudo foi realizado através de questionários de autorrelato, com vista a medir: sintomas de síndrome pré-menstrual e de dismenorreia; níveis de comunalidade e de comunalidade não mitigada e ainda o recurso a estratégias intraindividuais de reavaliação cognitiva vs. supressão emocional e interpessoais dos 4 fatores, de regulação emocional. Designadamente:

Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais (PSST)

Para avaliar os sintomas de síndrome pré-menstrual, foi aplicado Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) (Steiner et. al, 2003), que avalia o grau de severidade e o impacto nas atividades diárias, dos sintomas pré-menstruais, utilizada como auxílio no diagnóstico da Síndrome Pré-menstrual e Síndrome Disfórica pré-menstrual, com base em critérios do DSM-IV.

A versão original do instrumento PSST foi traduzida por dois tradutores independentes para português. Ao chegar a um consenso, recrutou-se um tradutor bilingue, (nativo quer da língua portuguesa quer da língua inglesa), para realizar a retroversão do português para inglês, comparando com a versão original.

Este instrumento é composto por um total de 19 itens de autoavaliação retrospetiva de sintomas, face aos dias que antecedem a menstruação, que avalia o grau de severidade numa escala de quatro pontos (1= "nunca", 2= "leve", 3= "moderado" ou 4= "grave"). Os primeiros 14 itens avaliam sintomas psicológicos tais como "zanga/irritabilidade", "ansiedade/tensão", "humor deprimido/desesperança", "diminuição do interesse pelas atividades", e sintomas físicos como "sensibilidade mamária, dores de cabeça, dores articulares/ musculares, inchaço, ganho de peso". Os últimos cinco itens avaliam o impacto desses sintomas na qualidade de vida, tal como por exemplo "eficiência ou produtividade no trabalho", nas "relações familiares" ou "atividades sociais".

No presente estudo, agrupámos os primeiros 14 itens numa variável compósita correspondente ao grau de severidade dos sintomas da SPM, uma vez que tiveram uma consistência interna muito boa (α= .94). Os últimos cinco itens agrupámos numa variável compósita correspondente ao grau de interferência dos sintomas da SPM na vida, uma vez que obteve com uma consistência interna igualmente alta (α= .929). Ambas as variáveis foram construídas através da média entre os respetivos itens, significando que quanto maior a valoração, maior o grau de severidade dos sintomas da SPM e da interferência desses na vida.

Capacidade de trabalho, localização, intensidade, dias de dor, dismenorreia (WaLIDD)

Este questionário permite identificar o grau de dismenorreia. O instrumento *working ability, Location, Intensity, Days of pain, Dysmenorrhea (WaliDD)* (Teherán et. al, 2018) é composto por quatro itens que avaliam: o intervalo de dor, desde "não dói" a "dói o máximo"; a localização da dor, que permite a seleção de uma ou mais imagens que localizam a dor entre abdómen inferior, região lombar, membros inferiores e região inguinal; o número de dias da duração da dor, desde "0 dias" a "5 ou mais dias" e a frequência da limitação da dor no desempenho de atividades diárias, que pode ir desde "sempre" a "nunca". O grau de dismenorreia é avaliado de acordo com uma valoração que vai de zero a três pontos, para cada resposta de cada item. No final, a soma da pontuação dos quatro itens, que pode ir de zero a 12 valores, avalia a dismenorreia entre 0 = "sem dismenorreia" a 12= "grau de dismenorreia elevada". No presente estudo a variável dismenorreia foi calculada em total observância a esta valoração. Quanto mais o valor se aproxima do nível 12, maior a severidade da dismenorreia.

A versão original do instrumento WaLLID foi traduzida por dois tradutores independentes para português. Ao chegar a um consenso, recrutou-se um tradutor bilingue, (nativo quer da língua portuguesa quer da língua inglesa), para realizar a retroversão do português para inglês, comparando com a versão original.

Versão extensa do Questionário de Atributos Pessoais (EPAQ)

Esta escala é baseada no Questionário de Atributos Pessoais (PAQ; Spence et al.,1974) que mede traços da personalidade que respeitam às características de agência (instrumentalidade) e comunalidade (expressividade). O instrumento solicita aos participantes para se autodescrevem, usando uma escala bipolar de 5 pontos (1 = "nada", 5 = "muito"), sendo que um extremo indica um elevado grau dessa característica e o outro extremo indica um reduzido grau dessa característica. No presente estudo, foram usados os seis itens correspondentes à comunalidade, validados e adaptados para a população portuguesa (Avelino, 2015) : "nada amável; "nada prestável"; "muito fria nas relações com os outros"; "muito rude"; "dificuldade em dedicar-se aos outros"; "nada compreensiva".

A consistência interna dos 6 itens correspondentes ao nível de comunalidade revelou uma consistência interna alta (α= .83). Pelo que todos os itens foram mantidos em uma variável compósita calculada pela média, sendo que quanto maior o nível de comunalidade.

Escala de Comunalidade Não-Mitigada

Esta medida de Helgeson (1993), permite avaliar o construto da comunalidade não mitigada, ou seja, a característica da expressividade na sua vertente mais extremada.

A escala foi validada e adaptada para a população portuguesa (Avelino, 2015) e avalia, em uma escala de likert de cinco pontos (1= "discordo muito"; 5= "concordo muito"), a comunalidade não mitigada (expressividade extremada) em sete itens: "Preocupo-me frequentemente com o problema dos outros"; "Mesmo quando exausta, ajudarei sempre as outras pessoas"; "Para eu estar feliz, preciso que os outros esteja felizes"; "Coloco sempre as necessidades dos outros à frente das minhas necessidades"; "É-me impossível satisfazer as minhas necessidades quando estas interferem nas necessidades dos outros"; "Tenho muito dificuldade em adormecer à noite quando outras pessoas estão preocupadas"; "Não consigo dizer não quando alguém me pede ajuda".

No presente estudo, os itens correspondentes à comunalidade não mitigada tiveram uma consistência interna alta (α= .88). Nestes termos foram todos mantidos em uma compósita CNM, sendo que quanto maior o score maior o nível de comunalidade não mitigada.

Questionário de Regulação Emocional (QRE)

O processo de regulação intrapessoal foi avaliado pelo Questionário de Regulação Emocional (QRE) de Gross e John (2003), adaptado para a população portuguesa por Vaz (2009). Este instrumento consiste em 10 itens, dos quais seis avaliam a estratégia da reavaliação cognitiva (e.g., "Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar") e quatro

itens da supressão emocional (e.g., “Guardo as minhas emoções para mim própria”). A escala de cotação é constituída por sete pontos (1 = “Discordo totalmente” e 7 =” Concordo totalmente”).

Na versão original, a reavaliação cognitiva e a supressão emocional apresentaram uma boa consistência interna, com médias de alfa de Cronbach de .79 e .73, respetivamente (Gross & John, 2003). Na versão adaptada para a população portuguesa, a consistência interna mostrou um alfa de Cronbach de .76 para a reavaliação cognitiva e .65 para a supressão emocional (Vaz, 2009). No presente estudo, as escalas quer de reavaliação cognitiva, quer de supressão emocional, revelaram uma boa consistência interna, (α=.85; α=.79) respetivamente, pelo que foram mantidos cada um numa variável compósita calculada pela média, sendo que quanto maior a valoração maior a utilização dessas estratégias.

Questionário e regulação emocional interpessoal (QREI)

Por último, foi utilizado o QREI para avaliar a regulação emocional interpessoal, adaptado e validado para a população portuguesa (Faustino & Pascoal, 2023).

O instrumento consiste em 20 itens divididos em quatro fatores, com cinco itens cada: Aumento do Afeto Positivo (e.g. “Quando estou animado/a, gosto de estar perto de outras pessoas e partilhar a minha alegria”) ; Tomada de Perspetiva (e.g. “Quando estou chateado/a, as pessoas fazem-me sentir melhor ao mostrar-me que as coisas podiam ser bem piores”); Autoconforto (e.g. “Quando estou chateado/a, procuro as outras pessoas para receber apoio”); e Modelagem Social (e.g. “Saber como as outras pessoas lidam com as suas emoções faz-me sentir melhor”). A escala de cotação é constituída por 5 pontos (1 = “Não se aplica a mim” e 5 = “Aplica-se completamente a mim”).

Todos os itens foram mantidos em estudo, dada a consistência interna alta para cada uma das subescalas: aumento do afeto positivo (α= .88); tomada de perspetiva (α= .84); autoconforto (α= .87); modelagem social (α= .83). Cada estratégia foi agrupada numa variável compósita calculada pela média, sendo que quanto maior a sua valoração, maior o nível de utilização dessas estratégias.

3.5 Procedimento

Todos os procedimentos foram aprovados pela Comissão de Ética da Escola de Ciências Sociais e HImanas do Iscte (PSI_06/2024-A)).

As participantes foram receberam a um inquérito desenvolvido na plataforma digital (“Qualtrics”) (Online Survey), através do link *(https://iscteiul.co1.qualtrics.com/jfe/form/SV_5BbOpD5BuQsOwdg),* que foi partilhado pela estudante de mestrado a 01 de julho de 2024 nas suas redes sociais, por email junto de associações do foro e por contacto de whatsapp junto dos seus contactos pessoais, que esteve disponível para acesso durante 60 dias. O questionário tinha a duração média de 20 minutos.

O questionário foi elaborado na língua portuguesa e a ordem das perguntas foi igual para todas as participantes. O inquérito iniciou-se com um questionário sociodemográfico, seguido de um questionário de caracterização clínica. De seguida, foram aplicados os seis instrumentos supramencionados, por aquela mesma ordem.

Antes de ser dado início ao questionário as participantes foram submetidas a um termo de consentimento, com indicação da finalidade do estudo, por quem seria realizado, a garantia do anonimato das respostas, o tempo de duração da sua realização e com informação sobre o tipo de questões às quais seriam submetidos.

Foi ainda esclarecido que: a participação seria voluntária com direito a interromperem ou a retirarem a sua participação a qualquer momento, sem ter de apresentar uma qualquer justificação; que inexistem riscos conhecidos associados à participação em estudo; e que a participação não acarreta qualquer benefício direto, exceto a contribuição para o avanço científico acerca da temática em estudo.

Foi disponibilizado um contacto de e-mail para que os participantes possam exercer os seus direitos relativamente à sua participação e recolha de dados pessoais.

No final do inquérito, agradeceu-se a participação, apresentou-se a finalidade do estudo com maior detalhe e reforçou-se o contacto de e-mail para que os participantes pudessem fazer comentários, esclarecer dúvidas ou ainda exercer os seus direitos tais como o de retirar a sua participação (*debriefing*).

CAPÍTULO 4

Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises estatísticas realizadas em função dos objetivos da presente investigação. Os dados foram inseridos e analisados numa base de dados única, designadamente através do programa de tratamento de dados estatísticos Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 25. Todas as análises estatísticas foram efetuadas a um intervalo de confiança de 95%.

4.1 Análise Descritiva

As participantes acusaram em média um grau moderado quer de severidade de SPM, quer do grau de interferência da SPM na vida, assim como de dismenorreia (Quadro 4.1.).

Quanto às características intraindividuais de género verificamos uma média elevada para a comunalidade e uma média moderada para a comunalidade não mitigada (Quadro 4.1.).

Do Quadro 4.1., retiramos uma média elevada de utilização da estratégia da reavaliação cognitiva, aproximando-se as respostas do "concordo" e uma média moderada de recurso à supressão emocional, cujas respostas foram em média ao encontro do "nem discordo nem concordo".

Já na regulação emocional interpessoal, as respostas indicam uma média elevada de utilização do aumento do afeto positivo, aproximando-se as respostas do "aplica-se bastante a mim", seguida de médias moderadas de modelagem social e do autoconforto, com a resposta "aplica-se moderadamente a mim". Por último, com média baixa, na resposta "aplica-se um pouco a mim", fica a tomada de perspetiva (Quadro 4.1).

Quadro 4.1

Análise Descritiva das variáveis em estudo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Desvio Padrão Assimetria	Curtose	Desvio Padrão Curtose
Comunalidade	1.00	5.00	3.82	.69	-1.15	.20	3.09	.40
CNM	1.00	5.00	3.40	.88	-.58	.20	-.02	.40
Grau Severidade SPM	1.00	3.93	2.45	.72	-.15	.18	-.69	.37
Grau Interferência SPM na Vida	1.00	4.00	2.20	.78	.18	.18	-.78	.37
Dismenorreia	.00	10.00	5.32	2.25	-.74	.18	.29	.36
Reavaliação Cognitiva	1.00	7.00	4.47	1.28	-.64	.20	.19	.40
Supressão Emocional	1.00	7.00	3.43	1.40	.03	.20	-.74	.40
Aumento Afeto Positivo	1.00	5.00	3.77	.89	-.79	.20	.83	.41
Tomada de Perspetiva	1.00	5.00	2.25	.93	.55	.20	-.40	.41
Autocontrolo	1.00	5.00	2.68	1.03	.20	.20	-.90	.41
Modelagem Social	1.00	5.00	3.19	.92	-.28	.20	-.33	.41

4.2 Correlações

Atendendo ao número da amostra (*N > 30*) e não existindo outliers extremos, foi aplicado o coeficiente de correlação paramétrico de R. de Pearson, para análise da correlação entre todas as variáveis em estudo. (Figura 4.1.)

Através da Figura 4.1 é possível verificar que não resultou qualquer correlação significativa entre o grau da severidade da SPM, o grau de interferência da SPM na vida, a dismenorreia e a comunalidade.

No entanto, já se verificou uma correlação positiva média/baixa entre a comunalidade não mitigada e o grau da severidade da SPM e entre comunalidade não mitigada e grau de interferência da SPM na vida, também de grau médio/baixo. Já quanto à dismenorreia, não houve uma correlação significativa com a comunalidade não mitigada (Quadro 4.2).

Com efeito, afere-se que quanto maior os níveis de CNM mais se sofre de sintomas de SPM mas o mesmo não se poderá dizer quanto à dismenorreia.

Quanto à correlação entre os traços genderizados e a regulação emocional, verifica-se que a comunalidade está positivamente correlacionada, em intensidade moderada, com a regulação emocional interpessoal de aumento de afeto positivo.. Já a comunalidade não mitigada está positivamente correlacionada, em intensidade moderada, com a supressão emocional. A comunalidade não mitigada apresenta uma correlação positiva moderada com a modelagem social e moderada baixa com o aumento do afeto positivo ($p < 0.01$) e de tomada de perspetiva. Daqui resulta que quanto mais acentuada for a comunalidade não mitigada, maior recurso à supressão emocional e às estratégias interpessoais, com exceção da de autoconforto. (Quadro 4.2)

Quanto à correlação das questões de saúde com as estratégias emocionais, existiu uma correlação positiva moderada, entre a dismenorreia e a estratégia intrapessoal de supressão emocional, com um nível de significância $p < 0.01$. Com efeito, afere-se que quanto maior os níveis de supressão emocional, maior os níveis de sintomas de dismenorreia. O mesmo não se pode dizer quanto à SPM, uma vez que não resultou qualquer correlação entre as variáveis da SPM e as de estratégia de regulação emocional.

Não surpreendente, são as correlações positivas moderadas/altas existentes entre o grau de severidade da SPM, grau de interferência da SPM na vida e dismenorreia, conforme Quadro 4.2.

Quadro 4.2.

Correlações entre todas as varáveis em estudo

	Com	CNM	SevSPM	IntSPM	Dism	RCog	SEmo	AAP	TPersp	AConf	MSoc
Com	1										
CNM	.32**	1									
SevSPM	-.03	.24**	1								
IntSPM	-.09	.17*	.89**	1							
Dism	.04	,14	.28**	.25**	1						
RCog	.14	.12	.07	.09	.06	1					
SEmo	-.07	.36**	.16	.09	.29**	.22**	1				
AAP	.33**	.25**	.02	.08	-.02	.24**	-.16	1			
TPersp	-.09	.23**	.04	.11	-.05	.13	.05	.32**	1		
AConf	.12	.17	-.02	.00	.04	.10	-.20*	.48**	.50**	1	
MSoc	.10	.37**	.14	.12	.08	.10	-.01	.50**	.58**	.58**	1

*Nota. "*Com" = Comunalidade; "CNM" = Comunalidade Não Mitigada; "SevSPM" = Grau de Severidade da SPM; "IntSPM" = Grau de Interferência da SPM na Vida; "Dism" = Dismenorreia; "RCog" = Reavaliação Cognitiva; "Semo" = Supressão Emocional; "AAP" = Aumento de Afeto Positivo; "TPersp" = Tomada de Perspetiva; "AConf" = Autoconforto; "MSoc" = Modelagem Social.
**p < .050, ** p < .010*

4.3 Mediação

Para verificar qual o papel das estratégias de regulação emocional na relação entre a comunalidade e a comunalidade não mitigada e os sintomas pré-menstruais e de dismenorreia, foi realizada uma análise de mediação simples, para cada uma das variáveis mediadoras (reavaliação cognitiva, supressão emocional, aumento de afeto positivo, tomada de perspetiva, autoconforto e modelagem social), através da Macro PROCESS, model 4 (Baron & Kenny, 1986; Hayes, 2018; Preacher & Hayes, 2004).

Os resultados apresentados no Quadro 4.3. indicam que, embora a supressão emocional esteja significativamente associada ao grau de dismenorreia e a comunalidade esteja significativamente

associada ao aumento de afeto positivo, nenhuma dessas estratégias de regulação emocional exerce um papel mediador na relação entre comunalidade e dismenorreia.

Da mesma forma, no que se refere aos sintomas pré-menstruais, os resultados demonstram que nenhuma das estratégias de regulação emocional analisadas apresentou um efeito mediador significativo na relação entre comunalidade e o grau de severidade ou de interferência na vida desses sintomas.

Quadro 4.3.

Mediação de cada uma das estratégias de regulação emocional em estudo, na relação entre Comunalidade e os sintomas pré-menstruais e de dismenorreia.

Preditor	Mediador	Outcome	a(β)	b(β)	C`(β)	ab (β)	IC 95% ab
Comunalidade	Reavaliação Cognitiva	Grau Severidade SPM	.26	.04	-.05	.01	[-.02; .06]
	Supressão Emocional		.13	.07	-.03	–.01	[-.07; .02]
	Aumento Afeto Positivo		.43**	.03	.05	.01	[-.06; .10]
	Tomada de Perspetiva		.12	.03	-.03	-.00	[-.04; .02]
	Autoconforto		.11	-.02	-.03	-.00	[-.03; .03]
	Modelagem Social		.10	.15	-.05	.01	[-.02; .06]
	Reavaliação Cognitiva	Grau Interferência SPM na Vida	.13	.12	-.11	.01	[-.01; .06]
	Supressão Emocional		-.06	.09	-.09	-.00	[-.04; .02]
	Aumento Afeto Positivo		.33**	-.15	-.17	-.05	[-.01; .14]
	Tomada de Perspetiva		-.09	.13	-.11	-.01	[-.06; .01]
	Autoconforto		.11	.01	-.12	-.00	[-.03; .04]
	Modelagem Social		.10	.14	–.13	.01	[-.02; .06]
	Reavaliação Cognitiva	Dismenorreia	.14	.07	.02	.01	[-.02; .06]
	Supressão Emocional		-.07	.29**	.04	-.01	[-.09; .04]
	Aumento Afeto Positivo		.34 **	-.02	.05	-.00	[-.07; .06]
	Tomada de Perspetiva		-.09	-.01	.04	-.00	[-.03; .03]
	Autoconforto		.11	.04	.04	.00	[-.02; .03]
	Modelagem Social		.10	.10	.03	.01	[-.02; .05]

Nota. "a" = Efeito do Preditor no Mediador; "b" = Efeito do Mediador no Outcome; "c`" = efeito direto do Preditor no Outcome; "ab" = Efeito indireto do Preditor; "IC 95% ab" = Intervalo de Confiante de 95% para efeito indireto do Preditor.
Todos os coeficientes são estandardizados (β).
** p < .050, ** p < .010*

Relativamente à comunalidade não mitigada, embora algumas das estratégias de regulação emocional estejam significativamente associadas a esta preditora ou às variáveis de resultado, a análise estatística revelou que nenhuma dessas estratégias de regulação exerce um papel mediador na relação entre a comunalidade não mitigada e os sintomas pré-menstruais ou dismenorreia.

No que se refere ao grau de severidade da SPM e ao grau de interferência da SPM na vida, observou-se que a comunalidade não mitigada está significativamente associada à supressão emocional, ao aumento do afeto positivo, à tomada de perspetiva e à modelagem social. Contudo, nenhuma dessas estratégias apresentou um efeito significativo sobre os sintomas pré-menstruais. Embora existam também efeitos direitos significativos da comunalidade não mitigada nesses sintomas, os resultados indicam que não há efeitos indiretos em nenhum dos casos, não existindo evidências de

mediação das estratégias de regulação emocional na relação entre comunalidade não mitigada e ps sintomas pré-menstruais.

Quanto à dismenorreia, verificou-se que a supressão emocional está significativamente associada tanto à comunalidade não mitigada quanto à dismenorreia. Também verificou-se um efeito indireto significativo entre a preditora e a de resultado e um efeito direito não significativo, o que indica um papel mediador total da supressão emocional na relação entre comunalidade não mitigada e dismenorreia. Nenhuma outra estratégia de regulação emocional apresentou efeitos mediadores significativos na relação entre a Comunalidade não mitigada e a dismenorreia.

Os resultados sugerem que, embora algumas estratégias de regulação emocional estejam diretamente associadas à Comunalidade Não Mitigada e a determinados sintomas, apenas a Supressão Emocional teve um papel mediador na relação entre comunalidade não mitigada e dismenorreia.

Quadro 4.4.

Mediação de cada uma das estratégias de regulação emocional em estudo, na relação entre comunalidade não mitigada e os sintomas pré-menstruais e de dismenorreia.

Preditor	Mediador	Outcome	a(β)	b(β)	C`(β)	ab	IC 95% ab
Comunalidade Não Mitigada	Reavaliação Cognitiva	Grau Severidade SPM	.12	.03	.24**	.00	[-.03 ; .04]
	Supressão Emocional		.34**	.08	.21**	.03	[-.04 ; .09]
	Aumento Afeto Positivo		.25**	-.04	.26**	-.01	[-.06 ; .03]
	Tomada de Perspetiva		.23**	-.02	.25**	-.00	[-.06 ; .03]
	Autoconforto		.11	-.05	.25**.	-.00	[-.03 ; .02]
	Modelagem Social		.31**	.06	.23*	.02	[-.03 ; .07]
	Reavaliação Cognitiva	Grau Interferência SPM na Vida	.12	.07	.17**	.00	[-.01 ; .03]
	Supressão Emocional		.36**	.03	.17	.01	[-.05 ; .06]
	Aumento Afeto Positivo		.25**	.03	.17	.01	[-.03 ; .05]
	Tomada de Perspetiva		.23**	.07	.16	.16	[-.02 ; .05]
	Autoconforto		.12	.01	.15*	.00	[-.02 ; .02]
	Modelagem Social		.32**	.05	.14	.01	[-.02 ; .07]
	Reavaliação Cognitiva	Dismenorreia	.18	.05	.27	.01	[-.05 ; .10]
	Supressão Emocional		.57**	.36**	.07	.20**	[.06 ; .38]
	Aumento Afeto Positivo		.25**	.12	.31	.03	[-.17 ; .07]
	Tomada de Perspetiva		.24**	.17	.33	-.04	[-.19 ; .04]
	Autoconforto		.12	.04	.28	.00	[-.05 ; .06]
	Modelagem Social		.31**	.09	.25	.02	[-.04 ; .08]

Nota. "a" = Efeito do Preditor no Mediador; "b" = Efeito do Mediador no Outcome; "c`= efeito direto do Preditor no Outcome; "ab" = Efeito indireto do Preditor; "IC 95% ab" = Intervalo de Confiante de 95% para efeito indireto do Preditor.
Todos os coeficientes são estandardizados (β).
** p < .050, ** p < .010*

CAPÍTULO 5

Conclusões

5.1 Discussão Crítica dos Resultados

O presente estudo tinha como objetivo investigar se a comunalidade e a comunalidade não mitigada têm impacto na manifestação dos sintomas da síndrome pré-menstrual e dismenorreia e qual o papel das estratégias de regulação emocional nessa relação.

Antes do mais, da amostra resultou uma média alta de mulheres que sofrem de sintomas quer de síndrome pré-menstrual quer de dismenorreia, o que confirma os estudos que evidenciam a elevada prevalência destas questões de saúde. (Direkvand-Moghadam et. al, 2014).

O primeiro objetivo do estudo era verificar se a comunalidade e a comunalidade não mitigada estão associadas aos sintomas pré-menstruais e à dismenorreia. O estudo confirmou parcialmente a nossa hipótese, na medida em que, por um lado apenas a comunalidade não mitigada, e não a comunalidade, teve uma correlação positiva com os *outcomes*; sendo que, por outro lado essa correlação deu-se apenas com os sintomas pré-menstruais e já não com a dismenorreia. Tal vai ao encontro das pesquisas de Vicky Helgeson (Helgeson, 1994; Helgeson & Fritz, 1999, 2000) que sugerem que é a comunalidade não mitigada, e não as características de comunalidade, que têm impacto negativo na nossa saúde. Mais complementa os estudos que sugerem que a comunalidade está associada a maiores níveis de SPM, devido ao aumento do stress e da ansiedade resultante da tendência para o foco no *Outro* em detrimento de si próprio (Jack, 1991, Marvan et al. 1991; Temnel et al. 2018). Por outro lado, tais resultados podem apontar que a comunalidade não mitigada está associada a sintomas emocionais como os depressivos ou de alteração de humor tipicamente associados à síndrome pré-menstrual, mas já não necessariamente a sintomas físicos como a dor menstrual, indo assim ao encontro dos estudos que associam a comunalidade não mitigada a problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade (Evans & Dinning, 1982; Holahan & Spence, 1980) mas já não a doenças físicas. No geral, este estudo contribui para o entendimento de algumas das incongruências existentes na literatura sobre o tema das características intraindividuais de género e o seu impacto na saúde e reforça a importância dos estudos distinguirem estes conceitos.

O segundo objetivo do estudo consistia em analisar se, tanto as estratégias de regulação emocional intrapessoais como as interpessoais, tinham um papel mediador na relação entre a comunalidade e a comunalidade não mitigada e os sintomas pré-menstruais e de dismenorreia. Os resultados também confirmaram parcialmente a nossa hipótese, na medida em que apenas a supressão emocional resultou ter um papel mediador entre a comunalidade não mitigada e a

dismenorreia. O facto de nenhuma estratégia de regulação emocional ter sido explicativa na relação entre comunalidade e a comunalidade não mitigada e os sintomas pré-menstruais pode explicar-se pela complexidade da síndrome pré-menstrual, que envolve tanto sintomatologia psíquica quanto fisiológica e física, de tal forma que outros fatores i.g. biológicos, psicológicos, sociais tais como e.g. normas e expectativas de género, podem ser mais intensificadores ou agravantes face ao papel das estratégias de regulação emocional. Já no que toca à dismenorreia, os resultados revelaram que a supressão emocional tem um efeito influente na dor menstrual. Embora não tenha existido uma associação significativa entre a comunalidade não mitigada e a dismenorreia, a mediação mostrou-nos que a comunalidade não mitigada leva a um aumento da supressão emocional e, por sua vez, o aumento da supressão emocional leva ao aumento da dismenorreia. Isso significa que os modelos de intervenção na dor menstrual devem integrar estratégias de regulação emocional, considerando que a supressão emocional é um mecanismo desadaptativo que necessita de ser abordado e ressignificado no processo terapêutico.

Para mais, verificamos que a presente investigação trouxe resultados inovadores quanto às interações entre características intraindividuais de género e regulação emocional, complementando a escassa literatura existente sobre este tema. Como vimos, foi observada uma forte correlação entre a comunalidade não mitigada e a estratégia de regulação emocional intrapessoal de supressão emocional. Sendo que, mais resultou que quanto mais extremada a comunalidade não mitigada, maior tendência ao uso da estratégia de supressão emocional. Este resultado complementa os estudos existentes que sugerem que a supressão emocional tende a ser menos adaptativa às questões de saúde a longo prazo (Aldao et al., 2010; McRae, 2016), evidenciando em concreto que a comunalidade não mitigada está associada à supressão emocional. Sem prejuízo, a presente investigação também nos diz que, quanto mais são as características de comunalidade não mitigada, mais estes indivíduos recorrem às estratégias interpessoais, designadamente de aumento do afeto positivo, tomada de perspetiva e modelagem social, com exclusão da de autoconforto. Estes resultados vão ao encontro da literatura que nos diz que indivíduos com características de comunalidade, na medida em que experienciam mais estados afetivos negativos, são mais orientados para o desenvolvimento de competências emocionais relacionais (Hoffman et. al. 2016). Contudo, este resultado contraria os resultados do recente estudo (Farias & Pascoal, 2024), do qual resultou uma correlação negativa entre a supressão emocional e todas as estratégias interpessoais de regulação emocional. Esta aparente contradição só poderá ser explicada se pensarmos nas estratégias de regulação emocional de forma sequencial (as antecedentes à emoção vs. modulação de resposta). Assim, o fato de ter resultado neste estudo que a comunalidade não mitigada tem correlação quer com a supressão emocional quer com todas as estratégias interpessoais, à exceção do autoconforto, diz-nos que indivíduos com

comunalidade não mitigada (CNM) tendem a suprimir as suas emoções (regulação intrínseca) no caso da emoção estar já ativada mas, no momento antecedente à emoção, estes já tendem a procurar regulá-las através dos outros (regulação extrínseca). No geral, tal confirma a literatura que sugere ineficiência de autorregulação por parte de indivíduos com características de comunalidade não mitigada.

No geral, os resultados desta investigação reforçam a importância de intervir na comunalidade não mitigada em indivíduos que experienciam sintomas de síndrome pré-menstrual e dismenorreia, especialmente no que concerne às estratégias de regulação emocional. A supressão emocional demonstrou ser uma estratégia desadaptativa, particularmente na experiência da dor menstrual, sugerindo que a sua ressignificação pode ser essencial para uma melhor gestão da dismenorreia. Adicionalmente, a desconstrução da comunalidade não mitigada poderá favorecer o recurso a estratégias de regulação emocional mais adaptativas, tanto a nível intrapessoal como interpessoal, com redução do impacto negativo destas características na saúde. Deste modo, cremos que este estudo contribui para a compreensão das interações entre características intraindividuais de género e regulação emocional, evidenciando a necessidade de abordagens psicossociais mais abrangentes na intervenção das disfunções menstruais.

5.2 Limitações e Estudos Futuros

Embora este estudo tenha sido inovador ao investigar a relação com na saúde das características intraindividuais de género, designadamente ao distinguir comunalidade de comunalidade não mitigada, fatores interrelacionais, culturais e/ou ideológicos de padrões de género, também podem desempenhar um papel relevante na regulação emocional com impacto para a saúde menstrual. Sobretudo, para averiguar as causas da pouca ou inexistente procura de tratamento por parte destas mulheres, que assinalam sintomas severos, quer de síndrome pré-menstrual quer de dismenorreia. Assim, em estudos futuros sugere-se complementar o estudo com a abordagem de outras questões de género, como a perspetiva interindividual e/ou institucional (para além da intraindividual).

Apesar do número elevado de participantes da amostra, esta não foi diversificada em termos de etnias e classes sociais. Estudos futuros devem procurar uma amostra mais heterogénea para permitir análises comparativas entre grupos e aumentar a robustez das conclusões.

Embora tenham sido usados os devidos procedimentos para a sua legitima utilização na língua portuguesa, os testes usados para medir dismenorreia e SPM não foram validados para a população portuguesa, o que pode introduzir algum viés nos resultados. Dada a relevância destes temas, sugere-

se que estudos futuros venham a adaptar e a validar estas escalas para que possamos ter ferramentas que, com o máximo rigor científico, venham a fazer investigação em Portugal sobre saúde menstrual.

Outro ponto importante é considerar que a relação entre comunalidade não mitigada e a saúde menstrual pode ser influenciada por fatores não avaliados neste estudo, nomeadamente os relacionados ao estilo de vida, tal como hábitos alimentares, prática de exercício físico, sono, consumo de cafeína, entre outros que resultam dos estudos como fatores preditivos da saúde menstrual. Logo, investigações futuras podem explorar estas variáveis para compreender melhor as razões da relação entre as características individuais de género e a síndrome pré-menstrual e/ou dismenorreia e/ou entre as estratégias emocionais e a saúde menstrual. Para mais, estudos que controlem fatores hormonais também podem ser mais interessantes.

Por fim, cremos que o presente estudo evidencia a importância de intervir na comunalidade não mitigada para promoção da saúde feminina, evidenciando a supressão emocional como desadaptativa para o desenvolvimento de abordagens psicossociais mais eficazes na intervenção da dismenorreia. Contudo, mais estudos são necessários para compreendermos as interações entre as estratégias de regulação emocional, aprofundando melhor a frequência, utilização e eficácia destas.

Referências Bibliográficas

Amâncio, L. (1997). The importance of being male: ideology and context in gender identities. *International Review of Social Psychology,* 10(2):79-94.

Liebert, A., Hylan, T. R., Sundell, K., & Judge, R. (2010). The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: Experience from the United States, United Kingdom, and France. *Journal of Women's Health, 19*(4), 709–715. https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1547

Aperribai, L., & Alonso-Arbiol, I. (2020). The role of mental health variables and coping strategies in premenstrual syndrome. *Health Care for Women International, 41*(3), 368–379. https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1663193

Bates, N. A. N. C. Y., Chin, M., Becker, T., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2022). Committee on measuring sex, gender identity, and sexual orientation. *Consensus Study Report No. 26424.* The National Academies Press. https://doi. org/10, 17226(2642), 4.

Bernardes, S. F., Keogh, E., & Lima, M. L. (2008). Bridging the gap between pain and gender research: A selective literature review. *European Journal of Pain, 12*(4), 427–440. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.07.003

Bilir, E., Yakın, K., Ata, B., & Yıldız, Ş. (2020). The impact of dysmenorrhea and premenstrual syndrome on academic performance of college students, and their willingness to seek help. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology, 17*(3), 196–201. https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2020.97266.

Brody, L. R. (1997). Gender and emotion: Beyond stereotypes. *Journal of Social Issues, 53*(2), 369–393. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1997.tb02448.x

Câmara, R. de A., Köhler, C. A., Frey, B. N., Hyphantis, T. N., & Carvalho, A. F. (2017). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 39*(2), 140–146. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1953

Cosgrove, L., & Riddle, B. (2003). Constructions of femininity and experiences of menstrual distress. *Women and Health, 38*(3), 37–58. https://doi.org/10.1300/J013v38n03_04

Craner, J., Sigmon, S., Martinson, A., & McGillicuddy, M. (2013). Perceptions of health and somatic sensations in women reporting premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(9), 780–785. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a213f1

Davies, J., & Kadir, R. A. (2017). Heavy menstrual bleeding: an update on management. *Thrombosis Research, 151*, S70–S77. https://doi.org/10.1016/S0049-3848(17)30072-5

Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Satar, K. (2014b). Epidemiology of premenstrual syndrome, a systematic review and meta-analysis study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(2), 106–109. https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8024.4021

Eggert, L., Witthöft, M., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual syndrome (PMS): Explicit and implicit assessments. *Cognitive Therapy and Research, 40*(6), 747–763. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9788-7

Esteban-Gonzalo, L., Manso-Martínez, M. E., Botín-González, P., Manchado-Simal, B., Rodrigo-de-Frutos, R. M., & González-Pascual, J. L. (2019). The relationship between conformity to male and female gender norms and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, 22*(6), 809–815. https://doi.org/10.1007/s00737-019-01003-0

Esteban-Gonzalo, S., Ho, P. S. Y., Aparicio-García, M. E., & Esteban-Gonzalo, L. (2020). Understanding the meaning of conformity to feminine norms in lifestyle habits and health: A cluster analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(4), 1370. https://doi.org/10.3390/ijerph17041370

Faustino, B., & Pascoal, P. M. (2024). Psychometric properties of the interpersonal emotion regulation questionnaire in a community sample of the Portuguese population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 52*(2), 204–209. https://doi.org/10.1017/S1352465823000413

Fischer, A. H., Rodriguez Mosquera, P. M., Van Vianen, A. E. M., & Manstead, A. S. R. (2004). Gender and culture differences in emotion. *Emotion, 4*(1), 87–94. https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.87

Fritz, H. L., & Helgeson, V. S. (1998). Distinctions of unmitigated communion from communion: Self-neglect and overinvolvement with others. *Personality Processes and Individual Differences, 75(1), 121.* https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1238

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., López-Roldán, P. D., Monzó-García, M., & Rodriguez-Jimenez, R. (2021). Gender differences in emotional response to the COVID-19 outbreak in Spain. *Brain and Behavior, 11*(1), e01934. https://doi.org/10.1002/brb3.1934

Garside, R., Britten, N., & Stein, K. (2008). The experience of heavy menstrual bleeding: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing, 63*(6), 550–562. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04750.x

Gartzia, L., Pizarro, J., & Baniandres, J. (2018). Emotional androgyny: A preventive factor of psychosocial risks at work? *Frontiers in Psychology, 9*, Article 2144. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02144

Güney, E., Cengizhan, S. Ö., Karataş Okyay, E., Bal, Z., & Uçar, T. (2022). Effect of the mindfulness-based stress reduction program on stress, anxiety, and childbirth fear in pregnant women diagnosed

with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 47, 101566.* https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101566

Harlow, N. D. (2000). Menstruation and menstrual disorders: The epidemiology of menstruation and menstrual dysfunction. In K. K. Holmes, P. F. Mardh, P. F. Sparling, P. J. Wiesner, S. Mardh, & C. A. Lemon (Eds.), *Women and health: Epidemiology, services and policy, 99–113*. Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-288145-9.50012-7

Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., Hawkes, S., Henry, S., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Gupta, G. R. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet, 393*(10189), 2440–2454. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X

Helgeson, V. S. (1993). Implications of agency and communion for patient and spouse adjustment to a first coronary event. *Journal of Personality and Social Psychology, 64(5), 807.* https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.5.807

Helgeson, V. S. (1994). Prototypes and dimensions of masculinity and femininity. *Sex Roles, 31, 653-682.* https://doi.org/10.1007/BF01544286

Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: evidence and potential explanations. *Psychological bulletin*, *116*(3), 412.https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.412

Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research, 12*(Suppl. 1), 25–31. https://doi.org/10.1023/A:1023509117524

Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (1999). Unmitigated agency and unmitigated communion: Distinctions from agency and communion. *Journal of Research in Personality, 33*(2), 131–158. https://doi.org/10.1006/jrpe.1999.2241

Helgeson, V. S., & Fritz, H. L. (2000). The implications of unmitigated agency and unmitigated communion for domains of problem behavior. *Journal of personality, 68(6), 1031-1057.* https://doi.org/10.1111/1467-6494.00125

Helgeson, V. S., Fritz, H. L., Clark, M., Cohen, S., Feldman, P., & Klatzky, R. (1998). A theory of unmitigated communion. *Personality and Social Psychology Review, 2(3), 173-183.* https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0203_2

Helgeson, V. S., Jakubiak, B., Van Vleet, M., & Zajdel, M. (2018). Communal coping and adjustment to chronic illness: theory update and evidence. *Personality and Social Psychology Review, 22*(2), 170–195. https://doi.org/10.1177/1088868317735767

Helgeson, V. S., & Lepore, S. J. (1997). Men's adjustment to prostate cancer: The role of agency and unmitigated agency. *Sex Roles, 37*(3–4), 251–267. https://doi.org/10.1023/a:1025651912128

Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23*(1), 3–15. https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.1.3

Helgeson, V. S., & Zajdel, M. (2017). Adjusting to chronic health conditions. *Annual Review of Psychology, 68*, 545–571. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014

Helgeson, V. S. (2003). Unmitigated communion and adjustment to breast cancer: Associations and explanations. *Journal of applied social psychology*, *33*(8), 1643-1661. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01967.x

Hennegan, J., Winkler, I. T., Bobel, C., Keiser, D., Hampton, J., Larsson, G., Chandra-Mouli, V., Plesons, M., & Mahon, T. (2021). Menstrual health: A definition for policy, practice, and research. *Sexual and Reproductive Health Matters, 29*(1), 31-38. https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1911618

Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., & Curtiss, J. (2016). Interpersonal emotion regulation questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Therapy and Research, 40*(3), 341–356. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9756-2

Hsu, N., Badura, K. L., Newman, D. A., & Speach, M. E. P. (2021). Gender, "masculinity," and "femininity": A meta-analytic review of gender differences in agency and communion. *Psychological Bulletin, 147*(10), 987. https://doi.org/10.1037/bul0000343

Jeon, B., & Baek, J. (2023). Menstrual disturbances and its association with sleep disturbances: A systematic review. *BMC Women's Health, 23*(1). https://doi.org/10.1186/s12905-023-02629-0

Jeon, J. H., & Hwang, S. K. (2014). A structural equation modeling on premenstrual syndrome in adolescent girls. *Journal of Korean Academy of Nursing, 44*(6), 660–671. https://doi.org/10.4040/jkan.2014.44.6.660

Karlsson, T. S., Marions, L. B., & Edlund, M. G. (2014). Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 93*(1), 52–57. https://doi.org/10.1111/aogs.12292

Kennedy, K. E. R., Onyeonwu, C., Nowakowski, S., Hale, L., Branas, C. C., Killgore, W. D. S., Wills, C. C. A., & Grandner, M. A. (2022). Menstrual regularity and bleeding is associated with sleep duration, sleep quality and fatigue in a community sample. *Journal of Sleep Research, 31*(1), e13434. https://doi.org/10.1111/jsr.13434

Koch, K., Pauly, K., Kellermann, T., Seiferth, N. Y., Reske, M., Backes, V., Stöcker, T., Shah, N. J., Amunts, K., Kircher, T., Schneider, F., & Habel, U. (2007). Gender differences in the cognitive control of emotion: An fMRI study. *Neuropsychologia, 45*(12), 2744–2754. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.04.012

Lindqvist, A., Gustafsson Sendén, M., & Renström, E. A. (2021). What is gender, anyway: A review of the options for operationalising gender. *Psychology and Sexuality, 12*(4), 332–344. https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729844

Liu, Q., Wang, Y., van Heck, C. H., & Qiao, W. (2017). Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 1597–1602. https://doi.org/10.2147/NDT.S132001

Lively, K., & Nath, L. (2008). Emotional segues and the management of emotion by women and men. *Social Forces*, 87(2), 911–936. https://doi.org/10.1353/sof.0.0126

Maity, S., Wray, J., Coffin, T., Nath, R., Nauhria, S., Sah, R., Waechter, R., Ramdass, P., & Nauhria, S. (2022). Academic and social impact of menstrual disturbances in female medical students: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine, 9*, 1035783. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1035783

Marván, M. L., Vázquez-Toboada, R., & Chrisler, J. C. (2014). Ambivalent sexism, attitudes towards menstruation and menstrual cycle-related symptoms. *International Journal of Psychology, 49*(4), 280–287. https://doi.org/10.1002/ijop.12028

Matteson, K. A., Scott, D. M., Raker, C. A., & Clark, M. A. (2015). The Menstrual Bleeding Questionnaire: Development and validation of a comprehensive patient-reported outcome instrument for heavy menstrual bleeding. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 122*(5), 681–689. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13273

Mitsuhashi, R., Sawai, A., Kiyohara, K., Shiraki, H., & Nakata, Y. (2023). Factors associated with the prevalence and severity of menstrual-related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1), 569. https://doi.org/10.3390/ijerph20010569

Morgenroth, T., & Ryan, M. K. (2018). Gender in a social psychology context. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. *Oxford University Press*. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.309

Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology, 18*(4), 681–686. https://doi.org/10.1111/bjhp.12072

Nayman, S., Konstantinow, D. T., Schricker, I. F., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2023). Associations of premenstrual symptoms with daily rumination and perceived stress and the Moderating Effects of mindfulness facets on symptom cyclicity in premenstrual syndrome." *Archives of Women's Mental Health* 26(2):167–76. https://doi: 10.1007/s00737-023-01304-5.

Negriff, Sonya, Lorah D. Dorn, Jennifer B. Hillman, and Bin Huang. 2009. "The measurement of menstrual symptoms: factor structure of the menstrual symptom questionnaire in adolescent girls." *Journal of Health Psychology* 14(7):899–908. https://doi: 10.1177/1359105309340995.

Nolen-Hoeksema, Susan. 2012. “Emotion regulation and psychopathology: the role of gender.” *Annual Review of Clinical Psychology* 8:161–87. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109

Petersen, N., London, E. D., Liang, L., Ghahremani, D. G., Gerards, R., Goldman, L., & Rapkin, A. J. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 891–898. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0634-4

Pletzer, B., & Noachtar, I. (2023). Emotion recognition and mood along the menstrual cycle. *Hormones and Behavior, 154*. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2023.105406

Prasad, D., Wollenhaupt-Aguiar, B., Kidd, K. N., De Azevedo Cardoso, T., & Frey, B. N. (2021). Suicidal risk in women with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health, 30*(12), 1693–1707. https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0185

Read, J. R., Perz, J., & Ussher, J. M. (2014). Ways of coping with premenstrual change: development and validation of a premenstrual coping measure. *BMC women's health*, *14*, 1-15. https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-1.

Reid, R. L., & Soares, C. N. (2018). Premenstrual dysphoric disorder: contemporary diagnosis and management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 40*(2), 215–223. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.05.018.

Reynolds, K. A., Helgeson, V. S., Seltman, H., Janicki, D., Page-Gould, E., & Wardle, M. (2006). Impact of Interpersonal Conflict on Individuals High in Unmitigated Communion 1. *Journal of Applied Social Psychology*, *36*(7), 1595-1616. https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00146.x.

Robinson, R. L., & Swindle, R. W. (2000). Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. *Journal of women's health & gender-based medicine*, *9*(7), 757-768. https://doi.org/10.1089/15246090050147736.

Rogier, G., Garofalo, C., & Velotti, P. (2019). Is emotional suppression always bad? A matter of flexibility and gender differences. *Current Psychology, 38*(2), 411–420. https://doi.org/10.1007/s12144-017-9623-7

Sepede, G., Sarchione, F., Matarazzo, I., Di Giannantonio, M., & Salerno, R. M. (2016). Premenstrual dysphoric disorder without comorbid psychiatric conditions: A systematic review of therapeutic options. *Clinical Neuropharmacology, 39*(5), 241–261. https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000173.

Shareh, H., Ghodsi, M., & Keramati, S. (2022). Emotion-focused group therapy among women with premenstrual dysphoric disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research, 32*(4), 440–455. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1980239

Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(1), 108–123. https://doi.org/10.2307/3090190

Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality, 60*(2), 395–423. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00978.x

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology, 58*, 565–592. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615

Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003a). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health, 6*(3), 203–209. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0018-4

Suls, J., & Wallston, K. A. (Eds.). (2008). *Social psychological foundations of health and illness*. John Wiley & Sons.

Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, *6*(1), 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1.

Temel, S., Terzioglu, F., & Koc, G. I. (2018b). Premenstrual syndrome in university students: its correlation with their attitudes toward gender roles. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 39*(3), 228–236. https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1338265

Tiranini, L., & Nappi, R. E. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty Reviews, 11*. https://doi.org/10.12703/r/11-11

Torres, A. (2018). Sexo e Género: problematização conceptual e hierarquização das relações de género. *Textos de apoio ao doutoramento em estudos de género. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas*. Disponível em https://analiatorres.com/images/…/Sexo%20e%20Género.pdf.

Victor, F. F., Souza, A. I., Barreiros, C. D. T., De Barros, J. L. N., Silva, F. A. C. D., & Ferreira, A. L. C. G. (2019). Quality of life among university students with premenstrual syndrome. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 41*(5), 312–317. https://doi.org/10.1055/s-0039-1688709

Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012a). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin, 138*(4), 775–808. https://doi.org/10.1037/a0027600

Yamada, K., & Kamagata, E. (2017). Reduction of quality-adjusted life years (QALYs) in patients with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Quality of Life Research, 26*(11), 3069–3073. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1642-1

Anexo A – Inquérito Qualtrics

Início do inquérito

Bem-vinda!

Vimos solicitar a sua colaboração num estudo de dissertação de mestrado, a decorrer no **Iscte-Instituto Universitário de Lisboa**, realizado pela aluna **Patrícia Penque Vicente**, supervisionado pela Profª **Sónia Bernardes**.

Este estudo visa analisar a relação entre género, processos de regulação emocional e saúde menstrual. Para o efeito, pedimos-lhe que preencha um questionário online. Estimamos que a sua participação neste estudo, que será muito valorizada, não ultrapasse os 15/20 minutos do seu tempo.

Não se preveem riscos associados à sua participação neste estudo. É possível que algumas pessoas reajam emocionalmente a algumas questões.

A sua participação no estudo é **voluntária**, pelo que pode escolher participar ou não participar e ao

participar, poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A participação é também anónima pelo que não serão recolhidos quaisquer dados que permitam a sua identificação. A sua participação contribuirá para o avanço científico acerca do impacto do género e das emoções na saúde menstrual das mulheres em idade reprodutiva.

Caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou deixar um comentário, pode contactar as investigadoras responsáveis pelo estudo através dos seguintes endereços de email: (patriciapenquevicente@gmail.com) ou (sonia.bernardes@iscte-iul.pt).

Para participar deverá ter idade superior a 18 anos e inferior a 55 anos, ser do sexo feminino e fluente na língua portuguesa. Face a estas informações, indique se aceita participar neste estudo e, em caso afirmativo, clique em "aceito" e, a seguir, no botão do canto direito para iniciar a sua participação.

- ○ Aceito
- ○ Não aceito

Q.Sociodemografico

Qual o sexo que lhe foi atribuído à nascença?

- ○ Rapariga
- ○ Rapaz
- ○ Intersexos

Com que categoria se identifica?

- ○ Mulher
- ○ Homem
- ○ Não binário
- ○ [ ] Outro. Qual?

Qual a sua idade?

[ ]

Qual a sua nacionalidade?

[ ]

Qual o seu grau de escolaridade completa?

- ○ 4º ano
- ○ 9º ano
- ○ 12º ano
- ○ Licenciatura
- ○ Mestrado
- ○ Doutoramento
- ○ _____ Outro. Qual?

Qual o seu estado civil?

- ○ Solteira
- ○ Casada ou Unida de Facto
- ○ Divorciada/separada
- ○ Viúva

Tem filhos?

- ○ _____ Sim. Quantos?
- ○ Não.

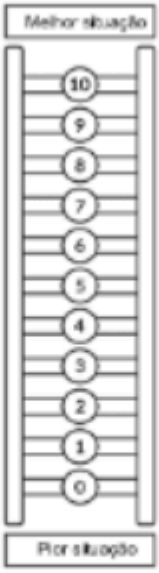
Atualmente, reside?

- Sozinha
- Com os pais/parentes
- Com parceiro/a
- Com parceiro/a e os filhos ou outros parentes
- Com os filhos, a tempo inteiro
- Com os filhos, a tempo parcial

Qual a sua situação laboral atual?

- Estudante
- Ativa/a trabalhar
- Desempregada
- De baixa
- Reformada

Pense nesta escada como uma representação da posição das pessoas no seu País. No topo da escada ("10") encontram-se as pessoas que estão em melhor situação ou mais bem posicionadas - as que têm mais dinheiro, mais grau de escolaridade e/ou os empregos mais respeitados. Na parte inferior da escada ("0") encontram-se as pessoas que estão em pior situação ou pior posicionadas - as que têm menos dinheiro, menos escolaridade empregos menos respeitados e/ou estão desempregadas.



Em que ponto da escala diria que se encontra atualmente? Por favor, escreva o número que melhor caracteriza a sua situação, a variar entre 0 e 10.

Portugal é hoje uma sociedade com pessoas de diversas origens. Queremos melhorar a informação sobre essa diversidade para melhor conhecer a discriminação e desigualdades na sociedade portuguesa. Qual ou quais das seguintes opções considera que melhor descreve(m) a sua pertença e/ou origem??

- Branca / De origem europeia
- Negra/ Afrodescendente/De origem africana

- Asiática/ De origem asiática
- Cigana/ De origem cigana
- Outro grupo. Qual?
- Origem mista. Quais?

Com que idade teve a sua primeira menstruação (menarca)?

Usa contracetivo hormonal?

- Sim
- Não

Foi sujeita a alguma histerectomia (remoção do útero)?

- Sim. Com que idade?
- Não.

É diagnosticada com endometriose?

- ○ Sim
- ○ Não

É diagnosticada com alguma doença do foro menstrual ou, por qualquer outro motivo, que a leve à amenorreia (ausência total de menstruação, por prazo superior a 3 meses)?

- ○ Sim.
- ○ Não.

O seu ciclo menstrual é considerado regular?

- ○ Sim
- ○ Não, qual a causa? _____

1ªSecção

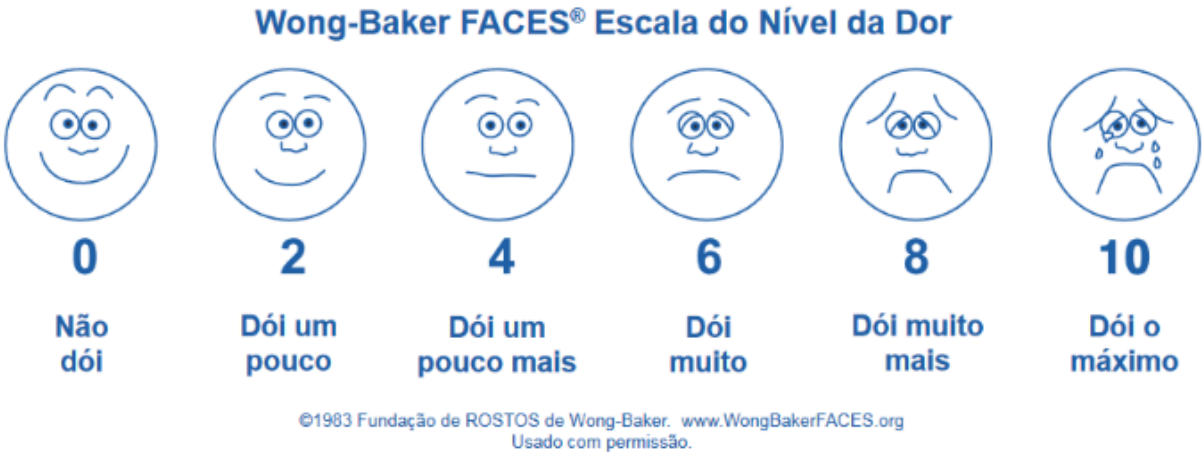
Indique se já experienciou algum ou nenhum dos sintomas seguintes, durante o período que antecede o sangramento, com alívio após o 1º dia da menstruação.

	Nunca	Leve	Moderado	Grave
Zanga/irritabilidade	○	○	○	○
Ansiedade/tensão	○	○	○	○
Vontade de chorar/aumento de sensibilidade à rejeição	○	○	○	○
Humor deprimido/desesperança	○	○	○	○
Diminuição do interesse pelas atividades de trabalho	○	○	○	○
Diminuição do interesse pelas atividades domésticas	○	○	○	○
Diminuição do interesse pelas atividades sociais	○	○	○	○
Dificuldade de concentração	○	○	○	○
Fadiga/ falta de energia	○	○	○	○
Comer em excesso/Desejo intenso por comida	○	○	○	○
Insónia	○	○	○	○
Hipersónia (necessidade de dormir mais)	○	○	○	○
Sentir-se sobrecarregada ou fora de controlo.	○	○	○	○
Sintomas físicos: Sensibilidade mamária, dores de cabeça, dores articulares/ musculares, inchaço, ganho de peso	○	○	○	○

Os seus sintomas, listados acima, interferiram na(s)

	Nunca	Leve	Moderado	Grave
Sua eficiência ou produtividade no trabalho	○	○	○	○
Suas relações com os colegas de trabalho	○	○	○	○
Suas relações familiares	○	○	○	○
Suas atividades sociais	○	○	○	○
Suas responsabilidades domésticas	○	○	○	○

Seleccione a imagem que melhor representa a severidade da sua dor menstrual (dismenorreia) durante os últimos 3 meses?



- ○ Não dói
- ○ Dói um pouco
- ○ Dói um pouco mais
- ○ Dói muito
- ○ Dói muito mais
- ○ Dói o máximo

2) Qual é a localização mais frequente da dor menstrual? Pode selecionar mais do que uma.

Abdómen Inferior

Região Lombar

Membros Inferiores

Região Inguinal

- [ ] Abdómen inferior
- [ ] Região Lombar
- [ ] Membros inferiores
- [ ] Região inguinal

Tendo em conta a duração do seu período menstrual, por quanto tempo tem dores menstruais?

- ○ 0 dias
- ○ 1 a 2 dias
- ○ 3 a 4 dias
- ○ 5 ou mais dias

Com que frequência as dores menstruais a impedem de desempenhar atividades diárias?

- ○ Sempre
- ○ Quase sempre
- ○ Quase nunca
- ○ Nunca

2ªSecção

Já concluiu metado do estudo.

Os itens que se seguem são pares de características contraditórias, isto é, não pode tê-las ao mesmo tempo. Os números formam uma escala entre os dois extremos. Deve seleccionar o número que descreva onde se situa na escala.

	1	2	3	4	5
Nada amável	○	○	○	○	○
Nada prestável	○	○	○	○	○
Muito fria nas relações com os outros	○	○	○	○	○
Muito rude	○	○	○	○	○
Dificuldade em dedicar-se aos outros	○	○	○	○	○

Nada compreensiva ○ ○ ○ ○ ○

Utilizando a escala que se segue, seleccione o número que indique o grau em que concorda ou discorda com cada uma das frases.

	1 Discordo muito	2 Discordo um pouco	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo um pouco	5 Concordo muito
Preocupo-me frequentemente com o problema dos outros	○	○	○	○	○
Mesmo quando exausta, ajudarei sempre as outras pessoas	○	○	○	○	○
Para eu estar feliz, preciso que os outros estejam felizes	○	○	○	○	○
Coloco sempre as necessidades dos outros à frente das minhas necessidades	○	○	○	○	○
É-me impossível satisfazer as minhas necessidades quando estas interferem nas necessidades dos outros	○	○	○	○	○

	1 Discordo muito	2 Discordo um pouco	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo um pouco	5 Concordo muito
Tenho muita dificuldade em adormecer à noite quando outras pessoas estão preocupadas	○	○	○	○	○
Não consigo dizer "não quando alguém me pede ajuda	○	○	○	○	○

3ªSecção

Está a chegar ao fim do inquérito.

Por favor, responda usando uma escala de 7 em que 1 significa "discordo Totalmente", 4 "não concordo nem discordo" e 7 "Concordo totalmente".

	Discordo Totalmente 1	2	3	Não concordo nem discordo 4	5	6	Concordo Totalmente 7
Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar	○	○	○	○	○	○	○

	Discordo Totalmente 1	2	3	Não concordo nem discordo 4	5	6	Concordo Totalmente 7
Guardo as minhas emoções para mim própria	○	○	○	○	○	○	○
Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar	○	○	○	○	○	○	○
Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar	○	○	○	○	○	○	○
Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calma	○	○	○	○	○	○	○
Eu controlo as minhas emoções não as expressando	○	○	○	○	○	○	○
Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação	○	○	○	○	○	○	○

	Discordo Totalmente 1	2	3	Não concordo nem discordo 4	5	6	Concordo Totalmente 7
Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro	○	○	○	○	○	○	○
Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar	○	○	○	○	○	○	○
Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação	○	○	○	○	○	○	○

Para terminar:

Em baixo, irá encontrar uma lista de frases que descrevem como as pessoas regulam as suas próprias emoções através das suas relações. Por favor, leia cada frase, e assinale a opção que lhe parece mais verdadeira em relação a si. Use a seguinte escala de 1 (não se aplica a mim) a 5 (aplica-se completamente a mim). Não existem respostas certas ou erradas.

1-----2-----3-----4-----5

1. Não se aplica a mim
2. Aplica-se um pouco a mim
3. Aplica-se moderadamente a mim
4. Aplica-se bastante a mim
5. Aplica-se completamente a mim.

	1	2	3	4	5
Saber como as outras pessoas lidam com as suas emoções faz-me sentir melhor	○	○	○	○	○
Quando as outras pessoas referem que as situações não são tão más como parecem isso ajuda-me a lidar com o meu humor deprimido	○	○	○	○	○
Quando estou animado/a, gosto de estar perto de outras pessoas e partilhar a minha alegria	○	○	○	○	○
Quando estou chateado/a, procuro as outras pessoas para receber apoio	○	○	○	○	○
Quando estou preocupado/a, ajuda-me ouvir as opiniões das outras pessoas acerca da forma como lidam com os problemas.	○	○	○	○	○

	1	2	3	4	5
Quando estou bem disposto/a, gosto de estar na presença de outras pessoas.	○	○	○	○	○
Quando estou chateado/a, ajuda-me que os outros me recordem que há pessoas que estão em situações piores.	○	○	○	○	○
Quando estou bem-disposto/a, gosto de estar na presença de outras pessoas porque isso me faz sentir ainda melhor	○	○	○	○	○
Quando estou chateado/a, procuro outras pessoas que expressem simpatia	○	○	○	○	○
Quando estou chateado/a, as pessoas fazem-me sentir melhor ao mostrar-me que as coisas podiam ser bem piores	○	○	○	○	○
Quando estou frustrado/a com algo, ajuda-me ver como as outras pessoas lidariam com a mesma situação.	○	○	○	○	○
Quando estou chateado/a, procuro conforto junto de outras pessoas.	○	○	○	○	○

	1	2	3	4	5
Eu procuro outras pessoas quando estou feliz porque a felicidade é contagiante.	○	○	○	○	○
Quando estou chateado, as pessoas podem acalmar-me dizendo para eu não me preocupar.	○	○	○	○	○
Quando estou triste, ajuda-me saber como é que os outros lidaram com sentimentos semelhantes.	○	○	○	○	○
Quando me sinto deprimido/a, procuro outras pessoas só para saber que sou amado/a.	○	○	○	○	○
Quando estou ansioso/a, acalma-me que as pessoas digam para eu não me preocupar.	○	○	○	○	○
Quando estou bem-disposto/a procuro outras pessoas para as fazer felizes.	○	○	○	○	○
Quando estou triste, procuro outras pessoas para me consolarem.	○	○	○	○	○

	1	2	3	4	5
Quando estou chateado/a, gosto de saber o que as outras pessoas fariam se estivessem na mesma situação.	○	○	○	○	○

Desenvolvido pela Qualtrics