



Bruna Iris Arruda

**Crenças disfuncionais sobre emoções
negativas e repercussões para a saúde mental**

Dissertação de mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica e Neurociências) da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Daniel Correa Mograbi

Rio de Janeiro

Março de 2019



Bruna Iris Arruda

**Crenças disfuncionais sobre emoções
negativas e repercussões para a saúde mental**

Dissertação de mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica e Neurociências) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora.

Prof. Daniel Correa Mograbi

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Luciana Fontes Pessoa

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Felipe Kenji Sudo

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino - IDOR

Rio de Janeiro, 22 de março de 2019

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, do autor e do orientador.

Bruna Iris Arruda

Graduou-se em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 2015.

Ficha Catalográfica

Arruda, Bruna Iris

Crenças disfuncionais sobre emoções negativas e repercussões para a saúde mental / Bruna Iris Arruda ; orientador: Daniel Correa Mograbi. – 2019.

92 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2019.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Crenças sobre emoções. 3. Saúde mental. 4. Regulação emocional. 5. Policiais. 6. Validação. I. Mograbi, Daniel Correa. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

Ao Prof. Daniel Mograbi, meu orientador, por todo o apoio ao longo deste processo e pela oportunidade. Seus conselhos, orientações e revisões foram imprescindíveis para a concretização deste projeto. Muito obrigada!

À CAPES pelo suporte essencial para o desenvolvimento deste trabalho. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À PUC-Rio pelos auxílios disponibilizados, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos participantes do estudo online, experimental e policiais, sem os quais não seriam possíveis as pesquisas e meu crescimento profissional. Meus sinceros agradecimentos pela boa vontade, paciência e contribuição à ciência.

À Dr^a Isabela Lobo pelas aulas maravilhosas (e inspiradoras) cujo aprendizado me acompanharão e sua incansável disponibilidade e ajuda ao longo dessa caminhada.

Ao Dr. Felipe Kenji Sudo pela oportunidade, todo aprendizado e contribuições fundamentais durante o meu estágio e em minha qualificação. Agradeço pela liberdade e confiança em meu trabalho.

À Prof^a Regina Pontes pelas oportunidades de tanto aprender durante meu estágio em docência, pelas responsabilidades em mim confiadas e liberdade. Em especial, por ser uma mentora querida em meu caminho. Agradeço por me acompanhar nesta jornada, representando sempre uma base segura.

Aos meus alunos queridos de Iniciação Científica, João Vitor Fadel e Fernanda Fucci pela contribuição, confiança e companheirismo incansáveis. Vocês foram fundamentais para o desenvolvimento desse projeto. Em especial, obrigada João, pela troca de regulação emocional extrínseca ao longo do último ano.

Aos meus colegas e supervisores do Instituto AEDP Brasil por acreditarem tanto em mim e me proporcionarem tamanho crescimento profissional (e pessoal), fazendo florescer meu *self* no melhor, sem o qual não seria possível atravessar pelos momentos de *self* no pior.

Ao meu namorado e melhor amigo, Rodrigo, pelo companheirismo fundamental, pelo suporte, carinho e cuidado, sempre acreditando em mim e compartilhando sonhos comigo.

À minha família por todo o amor, apoio, carinho, cuidado tão especial e ensinamentos que pude trazer comigo nesta jornada. Um agradecimento especial à

minha mãe e sua incansável e incondicional dedicação, essenciais para que chegasse até aqui.

Aos meus amigos, Bianca, Thiara, Thaís, Laís, Daphne, Arianny, Louise e João pelo suporte e troca mesmo quando os obstáculos pareciam intransponíveis. Aos tantos amigos que me acompanharam nessa jornada pela amizade, paciência e carinho.

Aos colegas do MograbiLab, obrigada pela troca enriquecedora ao longo deste processo. Agradeço em especial ao Pedro Diniz, Monique Pontes e Carolina Macedo por compartilharem a descoberta desse caminho acadêmico comigo, tornando-o mais leve.

Resumo

Arruda, Bruna Iris; Mograbi, Daniel Correa (Orientador). **Crenças sobre emoções negativas e repercussões para a saúde mental**. Rio de Janeiro, 2019. 92p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Crenças disfuncionais sobre emoções negativas estão associadas à presença de sintomas como ansiedade, depressão, fadiga, medo de avaliação negativa, menor busca por apoio social e supressão emocional. A supressão é uma estratégia de regulação das emoções contraproducente, relacionada com dificuldades como menores níveis de entendimento emocional e aumento dos estados afetivos indesejados. Estas crenças estão relacionadas, ainda, com diferentes quadros clínicos, e podem se originar a partir de fatores ambientais, que exercem um papel central no aparecimento de sintomas referentes à presença das crenças. Elas atuam, também, como fator de risco e vulnerabilidade para certos grupos, já que podem levar a maiores taxas desses sintomas, com os quais parece haver uma relação bidirecional, conduzindo a desregulação emocional e estresse. O primeiro estudo endereçou participantes expostos a estes estressores ambientais, policiais militares, que constituem grupo de risco. Para verificação de dados de saúde mental nessa população, eles foram avaliados com relação às crenças sobre emoções, ansiedade, depressão, fadiga e medo de avaliação negativa. Diferenças significativas foram encontradas entre o grupo policial e o controle, com o grupo de policiais apresentando índices elevados de sintomas de fadiga, depressão e ansiedade com relação aos escores totais das escalas. Também, altas taxas de prevalência foram encontradas para a população policial para esses mesmos sintomas, que dobraram em comparação aos controles, o que aponta para a gravidade clínica destes sintomas. Acreditamos ser a primeira vez que dados de prevalência são relatados em forças policiais, constituindo uma importante contribuição do presente estudo. A partir desses resultados, é possível sugerir programas para policiais que enderecem a saúde mental, em especial intervenções que contemplem a regulação das emoções, visando

gerenciamento dos sintomas mais graves. O segundo estudo buscou por meio da validação brasileira do Questionário de Regulação Emocional para a população adulta, investigar a relação entre estratégias de regulação emocional, crenças sobre emoções e alexitimia, fatores emocionais que podem ter uma forte associação. A supressão emocional se apresentou uma estratégia pouco adaptativa pela associação com maiores níveis de crenças sobre emoções e alexitimia, merecendo maior atenção nos tratamentos pelos resultados encontrados no presente estudo, que corroboram com a literatura, e ainda, pela intensidade de sua presença em diferentes grupos clínicos. Além disso, acreditamos ser a primeira vez que é observada a relação entre os constructos de crenças disfuncionais sobre emoções negativas e alexitimia, e que as propriedades psicométricas do instrumento são investigadas na população adulta, o que representa a relevância do segundo estudo.

Assim, de maneira geral, os resultados apontam para uma correlação entre as variáveis clínicas citadas, com uma influência mais sutil que o esperado das crenças no primeiro estudo, mas com associações em ambos que apontam para a presença das crenças como disfuncionais pela vinculação com maiores níveis de depressão, medo de avaliação negativa, supressão emocional e alexitimia.

Palavras-chave

Crenças sobre emoções; saúde mental; ansiedade; depressão; fadiga; regulação emocional; alexitimia; validação

Abstract

Arruda, Bruna Iris; Mograbi, Daniel Correa (Advisor). **Dysfunctional beliefs about negative emotions and mental health outcomes.** Rio de Janeiro, 2019. 92p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Dysfunctional beliefs about negative emotions are associated with symptoms such as anxiety, depression, fatigue, fear of negative evaluation, less search for social support and emotional suppression. Emotional suppression is a counterproductive emotion regulation strategy related to difficulties such as lower levels of understanding and greater undesirable emotional states. Unhelpful beliefs are also related to different clinical conditions, and may also come from environmental factors. These beliefs act as a risk factor and vulnerability for certain groups, leading to higher rates of symptoms, emotional dysregulation and stress. The first study addressed participants exposed to such environmental stressors, namely military policemen. To investigate mental health data in this population, participants were assessed for beliefs about emotions, anxiety, depression, fatigue and fear of negative assessment. Results indicates high scores in the scales for fatigue, depression and anxiety, with high prevalence rates of these same symptoms in the at-risk group. To the best of our knowledge, this is the first time that fatigue prevalence rates are described in the literature. Considering what has been exposed so far, it is possible to suggest programs for policemen that address mental health, especially interventions that contemplate emotion regulation. The second study sought to validate the Emotion Regulation Questionnaire for the Brazilian adult population, investigating the relationship between emotion regulation strategies, beliefs about emotions and alexithymia. The results point to a correlation between the mentioned clinical variables, albeit with a more subtle influence than expected in the first study. Furthermore, suppression is a strategy that deserves greater attention due to the high association with variables present in different clinical groups and with emotional difficulties, such as alexithymia and high levels of unhelpful beliefs. Emotional suppression was shown to be a non adaptative emotion regulation

strategy, presenting correlations with high levels of beliefs about emotions and alexithymia. Considering the present results as well as the existing literature, emotional suppression should be addressed in future clinical trials. In addition, this is the first time that the relation between beliefs about emotions and alexithymia is observed and that the psychometric properties of the Emotion Regulation Questionnaire are investigated in adult population. Thus, in general, results points to a correlation between the clinical variables cited above, with a more subtle influence of beliefs about emotions in the first study, but in both with associations that point to the dysfunctional nature of these beliefs, by presenting associations with high levels of depression, fear of negative evaluation, emotional suppression and alexithymia.

Keywords

Beliefs about emotions; mental health; anxiety; depression; fatigue; emotion regulation; alexithymia; validation.

Sumário

1. Introdução	13
2. Objetivos	24
3. Seção de Artigos	25
Artigo 1: Desfechos em saúde mental para policiais militares	26
Artigo 2: Validação Brasileira do Questionário de Regulação Emocional (QRE): resultados psicométricos do instrumento e correlações com variáveis clínicas em adultos	45
4. Discussão Geral	70
5. Conclusão.....	75
6. Referências Bibliográficas	78
7. Anexos	84

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes 43

Tabela 2 – Correlações entre variáveis clínicas no grupo da PMERJ 44

Artigo 2

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes66

Tabela 2 – Indica as médias, desvio padrão, correlação item total corrigida de cada um dos itens e fidedignidade (valor de Alfa de Cronbach) se o item for excluído 67

Tabela 3 – Análise Fatorial Exploratória – dados rotacionados (Oblimin).....68

Tabela 4 – Correlações entre variáveis clínicas 69

Lista de Abreviações

BES Escala de Crenças sobre Emoções

QRE Questionário de Regulação Emocional

EAT-20 Escala de Alexitimia de Toronto

CFQ Questionário de Fadiga de Chalder

FNES Escala de Medo de Avaliação Negativa

GAD-7 Transtorno Geral de Ansiedade

PHQ-9 Questionário sobre a Saúde do/a Paciente

PMERJ Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro

DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

1 - Introdução

Emoções são processos inatos disparados por estímulos, internos ou externos, que geram sucessivas reações corporais, o que envolve respostas neurofisiológicas, neuroendócrinas e somáticas, por exemplo (Damásio, 2009). A experiência subjetiva destas emoções que estão ocorrendo no corpo, em níveis conscientes e não conscientes, gera informações fundamentais para nossa sobrevivência sendo fonte de informações para tomada de decisões, além de serem determinantes para as experiências e comunicação social (Damásio, 2009). Assim, o processamento emocional é essencial para o desenvolvimento da nossa consciência (Panksepp & Northoff, 2009), oferecendo nossa vida emocional, portanto, dados primordiais para nossa sobrevivência e convívio social. Dessa maneira, dada a relevância das emoções para adaptação, não aceitar sentimentos e emoções negativas pode ser danoso (Rimes & Chalder, 2010), em especial ao não admitir a sua expressão, o que dificulta o processo de regulação das emoções, podendo inclusive levar a efeitos adversos para a saúde (Roberts, Levenson & Gross, 2008; Gross, 2013).

Crenças podem ser entendidas como um fenômeno estável e duradouro, constituído por suposições e regras que tem como função a orientação diante de situações, do mundo e do próprio *self* (Knapp & Beck, 2008). Elas podem estar direcionadas tanto a situações sociais, e, portanto, a julgamentos externos, desempenho e auto-eficácia, como também, a situações emocionais por meio de crenças sobre emoções (De Castella et al., 2015). As crenças são construídas ao longo do desenvolvimento e irão ajudar na organização de novas informações e ideias provenientes do ambiente interno e externo, e por funcionarem como padrões, podem ser mais ou menos intensas (Shinohara, 1997).

Quando direcionadas às emoções, as crenças, dizem respeito à forma como a experiência e expressão destas emoções foram entendidas em termos de aprendizagens sobre seus significados e formas de lidar com elas ao longo do desenvolvimento. Podem ser crenças disfuncionais, portanto, quando esses estados emocionais foram recebidos pelo ambiente de forma hostil ou com punição (Corstorphine, 2006). Assim, é por meio das crenças, e avaliações que

derivam delas, que as emoções negativas podem ser consideradas aceitáveis e naturais, ou erradas. O estudo das crenças tem se mostrado central para a compreensão dos fatores existentes em diferentes condições patológicas e para a prática clínica, isto porque, levar em consideração as crenças está associado à melhor resposta ao tratamento, uma vez que a presença de crenças disfuncionais pode levar a percepções equivocadas e sofrimento (Knapp & Beck, 2008).

De acordo com Rimes e Chalder (2010) crenças disfuncionais sobre emoções negativas consistem na não aceitação em ter a experiência e/ou expressar emoções negativas, por avaliá-las como incorretas, inadequadas e inconvenientes, o que também se estende aos pensamentos negativos. Esta forma de interpretar as emoções pode ser tida como um fator de risco ao estar a presença dessas crenças correlacionadas com maiores níveis de depressão, ansiedade e fadiga (Rimes & Chalder, 2010; Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017; Mograbi et al., 2018), além de menor procura por apoio social e busca tardia por ajuda especializada (Wagner, Silove, Marnane & Rouen, 2006).

Esta inaceitabilidade percebida da expressão e experiência de emoções negativas parece constituir, também, um risco para o desenvolvimento e manutenção de diferentes condições clínicas, como por exemplo, Transtornos Alimentares (Corstorphine, 2006), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Ehlers & Clark, 2000), Síndrome da Fadiga Crônica (Surawy, Hackmann, Hawton & Sharpe, 1995; Flo & Chalder, 2014) e Síndrome do Intestino Irritável (Bowers & Wroe, 2016). Além disso, ignorar emoções pode ter impactos para a autoconsciência e entendimento do ambiente (Panksepp & Northoff, 2009), o que pode prejudicar a visão que essas pessoas têm sobre elas mesmas, e também, o prognóstico (Rimes & Chalder, 2010).

Com o objetivo de avaliar o quanto as pessoas endossam essas crenças disfuncionais sobre emoções negativas, a intensidade e investigar seus efeitos e correlações com diferentes fatores foi desenvolvida a Escala de Crenças sobre Emoções (BES; Rimes & Chalder, 2010), recentemente validada com uma amostra brasileira (Mograbi et al., 2018). Em ambos os estudos realizados para a validação da escala foram encontradas correlações positivas com depressão, ansiedade, fadiga e com a medida do perfeccionismo patológico.

O perfeccionismo é um conceito multidimensional constituído por aspectos positivos e negativos e quando caracterizado pela busca e esforço por altos padrões pode ser visto como positivo e saudável. Já a preocupação perfeccionista pode ser entendida como a parte não adaptativa do perfeccionismo por ter como um de seus principais aspectos a autocritica. A autocritica inclui o hábito de pensar criticamente sobre si mesmo, tendência a pensamentos ruminativos e não aceitação da expressão e experiência de emoções negativas por medo de uma avaliação negativa de outras pessoas (James, Rimes & Verplanke, 2015). Por esta última dimensão é um constructo que se relaciona com o de Crenças sobre Emoções (BES; Rimes & Chalder, 2010) e o de Medo de Avaliação Negativa (FNES; Watson & Friend, 1969; Silva & Nardi, 2009).

Assim, além de funcionar como uma faceta do perfeccionismo negativo, a autocritica desempenha um papel importante no desenvolvimento e manutenção de diferentes transtornos, como por exemplo, transtornos alimentares e depressão, o que reforça seu aspecto patológico (Dunkley, Zuroff & Blankstein, 2006). Em pesquisa realizada com pessoas que apresentavam quadros de depressão e transtorno alimentar, ambos grupos clínicos relataram a autocritica com maior frequência e duração, e níveis menores de auto-compaixão, quando comparados ao grupo controle. Descreveram, também, com mais intensidade os efeitos adversos da autocritica e um interesse maior em reduzi-la. Ademais, a autocritica apareceu correlacionada positivamente com índices mais elevados de pensamentos ruminativos, perfeccionismo, depressão, baixa auto-compaixão e menores níveis de auto-estima (Thew, Gregory, Roberts & Rimes, 2017), sendo a depressão e menor auto-compaixão variáveis clínicas associadas, também, com a presença das crenças disfuncionais sobre emoções negativas (Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017).

O perfeccionismo patológico pode funcionar como um elemento de vulnerabilidade por estar associado, ainda, a estratégias de enfrentamento pouco adaptativas para lidar com situações emocionais. Isto porque maiores níveis de pensamentos perfeccionistas, pela baixa aceitação emocional e medo de avaliação negativa externa (James, Rimes & Verplanke, 2015), encontraram-se correlacionados em estudo com tendências pouco adaptativas de regulação emocional (Rudolph, Flett & Hewitt, 2007), relações e fatores importantes para o

presente estudo. Dessa maneira, parece haver uma relação entre o perfeccionismo patológico, o medo de avaliação negativa externa, as crenças disfuncionais sobre emoções negativas e dificuldades de regulação emocional. Em um estudo conduzido por Tran & Rimes (2017) a medida do perfeccionismo negativo apareceu correlacionada com as crenças sobre a inaceitabilidade das emoções negativas, que atuaram como um preditor para supressão das emoções. Ou seja, as crenças parecem conduzir à supressão emocional como estratégia para lidar com as emoções negativas e sentimento de vulnerabilidade. O estudo indicou, também, que a supressão teria um papel mediador entre esse tipo de perfeccionismo e sintomas depressivos, que poderiam surgir justamente em decorrência do isolamento, somado ao efeito adverso de suprimir as emoções (Gross & John, 2003; Gross, 2013). Logo, a crença que sentimentos negativos e angústias são inaceitáveis e irão gerar uma avaliação negativa por parte das outras pessoas pode contribuir para a manutenção desses sentimentos na realidade. Assim, estratégias como a evitação ou a supressão das emoções atuariam como um agente de manutenção do humor negativo que se pretendia evitar (Gross, 2002; Gross & John, 2003), sendo entendidas como estratégias pouco adaptativas, portanto, em virtude de seu caráter contraproducente.

A supressão ou evitação emocional estão associadas, assim, a resultados pouco adaptativos relativos à manutenção do estresse emocional (Richards & Gross, 1999). Ainda, há uma associação da supressão das emoções com maiores níveis de alexitimia, e também, menores níveis de consciência emocional, que levam a estratégias menos adaptativas de regulação das emoções, o que pode ser observado em diferentes quadros clínicos (Gross & Jazaieri, 2014). Em estudo realizado por Laloyaux et al. (2015), pessoas que apresentaram níveis mais elevados de alexitimia tenderam a utilizar mais a supressão como meio para lidar com as emoções em comparação com a reavaliação cognitiva, e a dificuldade de verbalizar as emoções atuou como um preditor para o uso da supressão. Assim, as dificuldades associadas à consciência emocional, que podem ser consequência de maiores níveis de alexitimia, funcionaram como um fator de risco, e o entendimento reduzido das próprias emoções aumentou a possibilidade da utilização da supressão ao invés da reavaliação como forma de modulação das emoções. Além dos impactos para a compreensão emocional, a supressão de

sentimentos em indivíduos já vulneráveis pode conduzir ao vazio e ausência de um senso de identidade justamente pela discrepância entre o que é vivido e aquilo que é expresso (Gross & John, 2003; Gross, 2013), ocasionando mais angústia e sofrimento para essas pessoas.

Processos similares parecem ocorrer no caso das crenças disfuncionais sobre emoções negativas, por também constituírem uma dificuldade em lidar com as emoções, havendo inconvenientes em lidar e aceitar emoções negativas, e ainda, por conduzirem a supressão emocional como estratégia para lidar com as emoções negativas e sentimentos relacionados à vulnerabilidade, pela sua relação com estratégias de evitação emocional (Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017), conforme anteriormente citado. Além disso, pelo fato das crenças serem compostas por esforços para auto-controle e não transmissão da fraqueza por meio das emoções negativas (Rimes & Chalder, 2010), o que pode estar associado ao medo de avaliação negativa por parte de outras pessoas, podem influenciar na forma como as emoções negativas são reguladas, já que impactam de maneira importante como essas emoções são interpretadas e vistas. Deste modo, dada a associação entre crenças disfuncionais sobre emoções negativas e meios pouco adaptativos de lidar com essas emoções, modelos sugerem haver uma relação entre a inaceitabilidade de expressar e ter a experiência de emoções negativas e a manutenção e desenvolvimento de problemas clínicos, como ocorre, por exemplo, no caso de pessoas com transtornos alimentares (Corstorphine, 2006). O mesmo parece ocorrer no caso de pacientes com transtorno de ansiedade social, para os quais as crenças sobre emoções conduziram à menor busca por ajuda e abertura para o tratamento, (De Castella et al., 2015) e para os que apresentam quadros com sintomas somáticos (Deary, Chalder & Sharpe, 2007), como por exemplo, síndrome da fadiga crônica, fibromialgia e síndrome do intestino irritável.

Em trabalho conduzido com pessoas que apresentam o quadro de fibromialgia, e que possuem um nível elevado dessas crenças, estratégias associadas à evitação dos estados emocionais, como a supressão, estavam relacionadas a presença mais intensa de emoções negativas e menos emoções positivas, levando a maiores níveis de sofrimento emocional. A supressão foi relatada, ainda, mais frequentemente na amostra clínica do que no grupo controle, com níveis de fadiga, comuns nessa população, inversamente relacionados com a

expressão emocional. Os resultados mostraram também que aqueles que apresentaram mais dificuldade na descrição e entendimento das suas emoções tiveram a experiência emocional intensa associada com maiores níveis de dor (van Middendorp et.al., 2008). Em outra pesquisa realizada com a mesma população clínica, no Reino Unido, cujo objetivo foi melhor compreender o papel e relação entre essas crenças, supressão emocional e busca por apoio/suporte e impactos globais neste transtorno, as crenças apareceram correlacionadas com o aumento da supressão das emoções. A supressão, por sua vez, apareceu associada ao sofrimento emocional, o que levaria aos impactos globais sentidos por essas pessoas (Bowers, Wroe & Pincus, 2017).

Efeitos comparáveis podem ser observados na síndrome do intestino irritável, população que apresenta igualmente um alto nível dessas crenças, com o aumento dos sintomas associados à síndrome e o sofrimento emocional relacionados a variáveis como “auto-silenciamento” e inibição das expressões emocionais (Ali et. al., 2000). Estudos conduzidos com esse grupo mostraram que as crenças se comportaram como um mediador significativo da relação entre supressão das emoções e qualidade de vida. Ao mesmo tempo, a supressão das emoções e o sofrimento emocional exerceram um papel mediador importante entre as crenças e a qualidade de vida. Esses achados podem indicar, assim, uma relação bidirecional entre as variáveis supressão e crenças nos impactos que exercem na qualidade de vida em pessoas que apresentam taxas elevadas de crenças (Bowers & Wroe, 2016; Bowers, Wroe & Pincus, 2017).

No caso de pacientes com síndrome da fadiga crônica, grupo no qual a inaceitabilidade das emoções negativas também se faz muito presente, em pesquisa conduzida em uma clínica especializada no Reino Unido, houve maior tendência a supressão das emoções diante de um estímulo emocional negativo tanto em seus autorrelatos como em seus dados fisiológicos quando comparados ao grupo controle, bem como a presença de mais crenças estava relacionada a maiores níveis de ansiedade (Rimes, Ashcroft, Bryan & Chalder, 2016), em conformidade com os achados referentes aos outros grupos que apresentam altos níveis de crenças. Ainda, esses pacientes e aqueles com anorexia, quando comparados ao grupo controle, reportam maior supressão de suas necessidades e emoções, bem como tendência a evitar o afeto (Oldershaw et al., 2011; Brooks,

Rimes & Chalder, 2011) o que parece conduzir a comportamentos dolorosos. Assim, a supressão das emoções pode estar relacionada ao processo de somatização, pois pacientes com síndrome da fadiga crônica e outros quadros de sintomatologia somática acima citados, ao apresentarem com frequência crenças disfuncionais, indicam que pode haver uma relação entre os dois processos, uma vez que a pessoa, ao não expressar as suas emoções e suprimi-las, pode acabar somatizando (Surawy, Hackmann, Hawton & Sharpe, 1995).

De acordo com o modelo tradicional proposto por Gross (1998; 2002; 2013) a regulação emocional é o meio pelo qual influenciemos a experiência e expressão das emoções, e seu objetivo é justamente a modulação de respostas emocionais em termos de sua magnitude e duração. Diante do objetivo de regulação, diferentes estratégias podem ser recrutadas para a sua concretização. Dessa forma, ela pode ocorrer de forma intrínseca, quando é conduzida pela própria pessoa, ou extrínseca, na qual há uma regulação interpessoal. A supressão emocional seria, diante desta perspectiva, uma das estratégias de modulação intrínseca das emoções e focada na resposta. Segundo o modelo, a regulação das emoções se inicia com a detecção de pistas de estímulos de caráter emocional, de origem interna ou externa, que dão início ao processo de geração da emoção. Após serem avaliadas, as pistas disparariam um conjunto de tendências de resposta, constituídas por respostas subjetivas, comportamentais e fisiológicas correspondentes à emoção. A modulação pode ser entendida de acordo com o momento em que surge no processo de geração da emoção, podendo ser de dois grupos: *antecedente a resposta* ou *focada na resposta*.

No primeiro grupo, formado pelas estratégias de modulação *anteriores à resposta*, elas ocorrem antes que as tendências de resposta emocional sejam completamente geradas, podendo mudar o curso da emoção (Gross, 1998), sendo um exemplo de estratégia deste grupo e a mais relevante para o presente trabalho, a reavaliação cognitiva. Na reavaliação, o estímulo de caráter emocional é pensado de uma maneira que reduza a intensidade das emoções, alterando o seu impacto emocional (Mocaiber et al., 2008). É uma estratégia de regulação das emoções que tem sido associada a resultados positivos, ao ser eficiente na redução da experiência e expressão das emoções negativas, sem custos cognitivos e fisiológicos, como ocorre no caso da supressão emocional, constituindo assim, por

estas características, uma estratégia adaptativa (Mocaiber et al., 2008; Dan-Glauser & Gross, 2011; Gruber & Gross 2014). Encontra-se relacionada, ainda, à diminuição da ativação da amígdala (Goldin McRae, Ramel & Gross, 2008) e redução da necessidade da evitação emocional como estratégia de regulação (Wolgast, Lundh & Viborg, 2011).

Já no caso das estratégias *focadas na resposta*, do segundo grupo, as tendências de resposta já foram completamente geradas (comportamentais, subjetivas e fisiológicas) e tenta-se minimizar seu impacto em termos da resposta de uma emoção que já foi gerada com o objetivo de lidar com ela, como acontece na supressão emocional (Gross, 1998). Assim, interfere na resposta comportamental das emoções, ou seja, em seus impactos no ambiente, levando, por exemplo, a supressão de expressões faciais. Embora a supressão diminua a atividade somática e seja, então, bem-sucedida em termos comportamentais, o mesmo não ocorre com a experiência subjetiva ao haver um aumento da atividade simpática (Roberts, Levenson & Gross, 2008) e, portanto, aumento e manutenção do sentimento negativo (Gross, 2002; Gross & John, 2003; Gross, 2013), além de sintomas depressivos (Gross, 2013). Em tarefa experimental a supressão emocional, quando comparada a aceitação como estratégia para lidar com as emoções, conduziu ao aumento da frequência cardíaca e humor negativo mais persistente (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006). Por isso, de acordo com a intensidade e frequência da sua ocorrência, leva ao estresse associado a prejuízos para a saúde física e mental.

Dificuldades de regulação emocional podem ser observadas em diferentes condições e a forma de lidar com as emoções desempenha um papel importante na maioria dos transtornos de ansiedade e humor (Gross & Jazaieri, 2014). Por exemplo, a ansiedade social combinada com a estratégia de supressão das emoções parece exercer efeitos nocivos (Kashdan & Breen, 2008), especialmente em grupos clínicos. Indivíduos com transtorno de ansiedade social, quando comparados ao grupo controle, reportam maiores níveis de supressão e menores de realização e satisfação com a vida (Jazaieri, Goldin & Gross, 2017). Já em quadros de depressão, há menor tendência de aceitação das emoções negativas e também maior disposição à supressão das emoções, o que pode contribuir para a

vulnerabilidade existente na depressão (Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle, Fischer & Gross, 2010).

Esses dados reforçam a literatura que indica que certas formas de modulação emocional podem ser prejudiciais e nocivas (Gross, 1998; Gross & John, 2003; Gross, 2013), levando a impactos maiores ou menores dadas as especificidades de cada grupo clínico (Gross & Jazaieri, 2014). Logo, as estratégias de regulação emocional impactam os níveis de bem-estar e qualidade de vida, e enquanto a reavaliação cognitiva encontra-se associada a maiores níveis de bem-estar e qualidade de vida, para supressão emocional é o oposto ao se relacionar com sentimentos de falta de autenticidade, aumento ou manutenção do estado emocional negativo e sintomas depressivos (Gross & John, 2003; Gross, 2013).

Logo, crenças disfuncionais sobre emoções negativas estão, expressivamente associadas a maiores índices de depressão, ansiedade, fadiga e medo de avaliação negativa, esta última, em especial, por meio do perfeccionismo patológico, de acordo com a literatura (Rimes & Chalder, 2010; Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017; Mograbi et al., 2018), bem como a diferentes quadros clínicos e dificuldades emocionais acima mencionados. Há indicações, portanto, de uma relação bidirecional enquanto fator de vulnerabilidade entre a presença das crenças, estes sintomas e meios pouco adaptativos de regulação emocional, como ocorre por exemplo no caso da síndrome da fadiga crônica (Rimes, Ashcroft, Bryan & Chalder, 2016).

Estressores externos também desempenham um importante papel no desenvolvimento e gravidade de diferentes transtornos mentais, e forças de segurança e policiais representam uma das ocupações mais demandantes (Liberman et al., 2002). Policiais, por exemplo, estão inseridos em uma cultura na qual as emoções podem e/ou tendem a ser vistas como fraqueza, pois passam por um treinamento rigoroso e, ao longo desse processo, aprendem que a perda de controle emocional é um tipo de comportamento que pode potencialmente comprometer suas carreiras (Karaffa & Koch, 2016; Wester & Lyubelsky, 2005). Deste modo, grupos policiais estão sob forte influência de estressores ambientais e de forma constante, e assim, mais propensos ao desenvolvimento destes sintomas, bem como ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

e maior risco de suicídio (Carlan & Nored, 2008; Lawson, Rodwell & Noblet, 2012). Apresentam, ainda, níveis elevados de estresse, ansiedade, depressão e fadiga (Chen et al., 2006; Carlan & Nored, 2008; Hartley, Burchfiel, Fekedulegn, Andrew & Violanti, 2011; Lawson, Rodwell & Noblet, 2012; Acquadro Maran, Varetto, Zedda & Ieraci, 2015), representando, portanto, um grupo vulnerável aos sintomas até aqui discutidos e, conseqüentemente, a presença mais elevada de crenças disfuncionais sobre emoções negativas. Desta maneira, o ambiente ocupacional pode gerar meios pouco adaptativos de lidar com as emoções, em especial com as emoções negativas, levando aos sintomas. Assim sendo, pelas variáveis aqui apresentadas, pode haver uma associação entre estes fatores clínicos nesta população pela vulnerabilidade ambiental e contexto ocupacional, o que o *artigo 1* pretendeu investigar. Em termos de relevância, o estudo buscou observar se as variáveis clínicas investigadas associadas à presença das crenças confirmariam dados prévios encontrados na literatura e avaliar sua intensidade dados os fatores de risco. Além disso, o estudo investigou como se apresentariam estas variáveis diante das particularidades do contexto brasileiro de atuação policial, em especial em uma cidade com índices elevados de violência, como é o caso do Rio de Janeiro.

Assim sendo, diante do até aqui exposto, as crenças sobre emoções se relacionam, ainda, à estratégia de supressão das emoções como forma de regulação emocional por ser uma tentativa de redução da vulnerabilidade em diferentes condições patológicas. Além disso, a presença das crenças, ao fazer com que o sujeito não entre em contato com as emoções negativas por avaliá-las como incorretas, pode resultar em menores níveis de consciência emocional, como parece ocorrer em decorrência de níveis mais elevados de alexitimia, acarretando no uso de estratégias menos eficientes de regulação das emoções (Gross & Jazaieri, 2014; Laloyaux et al., 2015). Porém, com o uso de estratégias como supressão, acaba-se aumentando e reforçando a angústia que tenta-se evitar (Gross, 2013), representando um risco para o desenvolvimento e manutenção de diversos quadros (Surawy, Hackmann, Hawton & Sharpe, 1995). Estes quadros estão associados tanto às crenças quanto ao uso da supressão, o que pode conduzir a maiores níveis de sofrimento e dificuldades emocionais. O questionário de regulação emocional (QRE; Gross & John, 2003) não possui ainda validação para

a população brasileira adulta, embora seja uma medida amplamente utilizada, e importante para o presente trabalho. Assim, o *artigo 2*, levando estas associações da literatura em consideração e a relevância do instrumento, buscou a validação brasileira do questionário de regulação emocional para a população adulta e a verificação de possíveis correlações entre variáveis clínicas emocionais associadas e aqui expostas. Neste estudo, o foco foi mantido em processos emocionais de diferentes ordens, sendo eles, regulação emocional, crenças disfuncionais sobre emoções negativas e alexitmia. A contribuição do trabalho se deu pela validação do instrumento Questionário de Regulação Emocional (QRE) para a população adulta e investigação de correlações entre o constructo de crenças e alexitmia, análises que acreditamos ainda não terem sido contempladas pela literatura, além, também, das relações entre estratégias de regulação das emoções e estes fatores.

2 – Objetivos

Com base na fundamentação teórica proposta acima, o presente trabalho irá apresentar por meio de dois artigos experimentais os objetivos abaixo listados.

Estudo 1

- Investigação da intensidade de sintomas associados a presença de crenças disfuncionais em um grupo de risco diante de fatores estressores ambientais, no caso do presente estudo, policiais militares, buscando:

- averiguar diferenças entre o grupo de policiais e controle para sintomas de ansiedade, fadiga, depressão, crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa com relação ao total das escalas
- averiguar diferenças de prevalência entre o grupo de policiais e controle para ansiedade, fadiga, depressão, crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa
- investigar se os fatores ambientais e culturais existentes para os policiais poderiam refletir em maiores níveis de crenças disfuncionais sobre emoções negativas
- observar possíveis correlações entre variáveis clínicas na população policial

Estudo 2

- Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de regulação emocional, investigando correlações entre este constructo, o de crenças sobre emoções e o de alexitimia, buscando:

- investigar as propriedades psicométricas do questionário de regulação emocional na população adulta
- observar correlações entre as variáveis clínicas associadas a processos emocionais de diferentes ordens

3 – Seção de Artigos

Desfechos em saúde mental para policiais militares

Bruna I. Arruda¹, Pamela I. S. Marques¹, Jorge B. da Silveira¹, Fernanda Fucci¹,
Victor F. de Souza³, Katharine A. Rimes² & Daniel C. Mograbi^{1,2*}

1 – Pontifícia Universidade Católica, Departamento de Psicologia

2 – King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and
Neuroscience, Department of Psychology

3 – Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ)

RESUMO

Forças de segurança e policiais estão expostas à eventos estressantes no trabalho de forma crônica e aguda no cotidiano, o que pode gerar efeitos adversos para a saúde. O presente estudo investigou fatores associados à saúde mental de policiais militares do Estado do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 223 policiais militares do Estado do Rio de Janeiro atualmente ativos em Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) e 65 controles pareados por variáveis demográficas. Todos os participantes preencheram as escalas para medidas de depressão, ansiedade, fadiga, crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa. Em comparação com o grupo controle os policiais militares apresentaram maiores níveis significativos de fadiga, depressão e ansiedade. Eles tiveram aproximadamente o dobro das taxas dos sintomas clinicamente graves de fadiga, depressão e ansiedade quando comparados aos participantes da população geral, e taxas mais altas do que policiais de países de alta renda. Os índices de depressão apresentaram fortes correlações positivas com ansiedade e fadiga. Correlações moderadas foram observadas para ansiedade e fadiga e para medo de avaliação negativa com as outras variáveis. Crenças sobre emoções também mostraram uma fraca correlação com depressão. Assim, os resultados sugerem que os policiais constituem uma população de risco em todos os países, com fatores sociais agravantes que levam a piores desfechos. É a primeira vez que a prevalência de sintomas graves de fadiga em policiais é relatada, indicando a necessidade do gerenciamento desse sintoma. Os dados destacam a necessidade de programas que abordem questões de saúde mental neste grupo.

Palavras-chave: saúde ocupacional, ansiedade, depressão, fadiga, policiais.

1. Introdução

Fatores estressores provenientes do ambiente desempenham importante papel no desenvolvimento e gravidade de diferentes transtornos mentais. Forças de segurança e policiais representam uma das ocupações mais demandantes (Liberman et al., 2002), com a maioria dos profissionais estando expostos a eventos estressantes no trabalho de forma crônica e aguda no cotidiano, o que pode resultar em prejuízos para a saúde mental (Lucas, Weidner & Janisse, 2012; Magnavita & Garbarino, 2013). A exposição crônica ao estresse tem consequências como, por exemplo, níveis elevados de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), suicídio e depressão (Carlan & Nored, 2008; Lawson, Rodwell & Noblet, 2012).

Apesar dos problemas de saúde mental, tais como sintomas depressivos, serem frequentemente presentes para os policiais, a cultura institucional pode levar ao não endereçamento e cuidado desses sintomas, que não são tratados abertamente, especialmente em comparação a sintomas físicos (Soomro & Yanos, 2018). Por exemplo, a busca por ajuda pode ser vista com desconfiança por outros membros do grupo e ser interpretada como sinônimo de fraqueza (Soomro & Yanos, 2018). Além disso, os policiais passam por um treinamento rigoroso e, ao longo desse processo, aprendem que a perda de controle emocional é um tipo de comportamento que pode potencialmente comprometer suas carreiras (Karaffa & Koch, 2016; Wester & Lyubelsky, 2005).

Um tipo de crença disfuncional sobre emoções negativas é a inaceitabilidade de ter a experiência e expressar emoções negativas. Estas crenças estão associadas com maiores níveis de ansiedade e depressão (Rimes & Chalder, 2010; Mograbi et al., 2018), e podem ser um fator de manutenção de diferentes transtornos, como por exemplo, transtornos alimentares (Corstorphine, 2006), síndrome da fadiga crônica (Surawy, Hackmann, Hawton & Sharpe, 1995; Flo & Chalder, 2014), síndrome do intestino irritável (Bowers & Wroe, 2016), TEPT (Ehlers & Clark, 2000) e transtorno de ansiedade social (De Castella et al., 2015).

O estresse no ambiente de trabalho apresenta dimensões físicas, psíquicas, comportamentais, e sintomas defensivos (Garbarino & Magnavita, 2015; Padyab, Backteman-Erlanson & Brulin, 2016) que podem interagir com as crenças

disfuncionais sobre emoções negativas. É possível que fatores culturais e contextuais exerçam um papel fundamental na maneira como as emoções negativas são entendidas e reguladas, modulando o quão aceitável é expressá-las e ter este tipo de experiência (Roberts, Levenson & Gross, 2008). Logo, o ambiente de trabalho pode ser determinante na emergência de sintomas relacionados às crenças sobre emoções e desregulação emocional, que atuam como fatores de risco e vulnerabilidade, podendo levar a maiores níveis de estresse emocional (De Castella et al., 2015). Ao mesmo tempo, o ambiente ocupacional pode gerar meios pouco adaptativos de lidar com as emoções, em especial com as emoções negativas.

Estudos anteriores sugerem que os policiais classificam sua ocupação como a mais estressante (Lipp, Costa & Nunes, 2017), porém os contextos sociais e institucionais precisam ser considerados. Em relação ao contexto institucional, a estrutura de trabalho na qual os policiais estão inseridos, incluindo regras, procedimentos, mudanças e extensão do departamento, pode impactar no bem-estar dos policiais (Berg, Hem, Lau & Ekeberg, 2006; Dabney, Copes, Tewksbury & Hawk-Tourtlot, 2013). Além dos fatores institucionais há aspectos sociais agravantes como os que ocorrem na cidade do Rio de Janeiro, com níveis alarmantes de violência e morte de civis (Souza, Minayo, Silva & Pires, 2012), o que resulta em uma sobrecarga física e emocional (Souza, Minayo, Silva & Pires, 2012; Lipp, Costa & Nunes, 2017).

Diante do até aqui exposto, o objetivo do presente estudo foi comparar os dados de saúde mental (ansiedade, depressão, fadiga, crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa) em policiais militares do estado do Rio de Janeiro, em comparação a participantes saudáveis pareados para variáveis demográficas.

2. Métodos

2.1 Participantes

A amostra foi composta por 288 participantes que responderam a escalas de ansiedade, depressão, fadiga, crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa. Do total, 223 foram policiais militares do estado do Rio de Janeiro (PMERJ) atualmente ativos em Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs) e 65 foram controles recrutados da população em geral. As UPPs apresentam níveis de risco muito elevados com policiais estando em conflitos armados com frequência. Características clínicas e sociodemográficas podem ser vistas na tabela 1.

2.2 Instrumentos

Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)

O GAD-7 é uma escala Likert de 4 pontos composta por 7 itens que medem níveis gerais de ansiedade, apresentando boas propriedades psicométricas (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006; Mapi Research Institute, 2006). Para determinar a prevalência foi utilizado um ponto de corte de 15 ou mais, que indicam sintomas graves de ansiedade (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006).

Questionário sobre a Saúde do/a Paciente (PHQ-9)

Esta escala foi desenvolvida para medir depressão e resposta ao tratamento baseada nos 9 critérios diagnósticos para depressão maior descritos no DSM-IV. O PHQ-9 é um instrumento com boas propriedades psicométricas constituído por 9 itens que são pontuados em uma escala Likert de 4 pontos (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; de Lima Osorio, Vilela Mendes, Crippa & Loureiro, 2009). Um ponto de corte de ≥ 10 foi usado para determinar a prevalência (Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004; Gilbody, Richards, Brealey & Hewitt, 2007; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010; Manea, Gilbody & McMillan, 2012).

Questionário de Fadiga de Chalder (CFQ)

Este questionário consiste em um instrumento de 11 itens pontuados por meio de uma escala Likert de 4 pontos e foi desenvolvido para medir níveis de fadiga, apresentando sólidas propriedades psicométricas (Chalder et al, 1993; Cho et al., 2007). A prevalência utilizada para determinar a presença de sintomas clinicamente graves de fadiga foi determinada com um ponto de corte ≥ 4 , seguindo uma forma de pontuação bimodal (Chalder et al, 1993; Cho et al., 2007).

Escala de Crenças sobre Emoções (BES)

A BES procura avaliar o quanto as pessoas endossam crenças disfuncionais sobre emoções negativas por meio de 12 questões pontuadas em uma escala Likert de 7 pontos. Boas propriedades psicométricas foram relatadas para esta escala (Rimes & Chalder, 2010; Mograbi et al., 2018).

Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNES)

Esta escala avalia a expectativa de avaliação negativa por parte de outros e a apreensão associada. FNES consiste em um instrumento composto por 30 itens com questões de verdadeiro ou falso que tem propriedades psicométricas bem estabelecidas (Watson & Friend, 1969; Silva & Nardi, 2009).

2.3 Procedimentos

A coleta de dados dos policiais foi realizada pela Assessoria de Ensino, Pesquisas e Projetos situado na CPP (Coordenadoria de Polícia Pacificadora), em um auditório, durante seis semanas. As mesmas condições foram oferecidas a todos os participantes, com privacidade e mesmo ambiente. Os dados do grupo controle ocorreram em ambientes diferentes (exs. universidade, shopping) de acordo com a disponibilidade, mas com os mesmos procedimentos que o grupo de policiais.

2.4 Análise de Dados

Dados descritivos foram gerados ilustrando as características da amostra, bem como a prevalência de ansiedade, depressão e fadiga. Testes Qui-quadrado foram utilizados para investigar diferenças entre o grupo controle e o de policiais em relação a nível educacional, etnia e taxas de prevalência. Testes t de amostras independentes foram calculados para explorar possíveis diferenças entre os grupos quanto à idade e variáveis clínicas como ansiedade (GAD-7), depressão (PHQ-9), fadiga (CFQ), crenças sobre emoções (BES) e medo de avaliação negativa (FNES). Foram também calculadas Correlações de Pearson entre as diferentes escalas, com esta análise sendo conduzida separadamente para cada grupo. Para evitar a inflação do erro do tipo I, para as análises correlacionais os resultados foram considerados significativos apenas se $p < .001$. Todas as análises foram realizadas no programa estatístico Stata (Stata Corp LLC).

2.5 Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado pelo King's College London (KCL) Research Ethics Committee (PNM/13/14-50) e pelo Departamento de Psicologia / Comitê de ética da PUC-Rio (018/2014). Todos os participantes forneceram consentimento informado. A pesquisa também foi autorizada pelo Coordenador Geral da Coordenadoria de Polícia Pacificadora da PMERJ.

3. Resultados

3.1 Características clínicas e sociodemográficas

Não há diferenças significativas entre as amostras para nível educacional ($\chi^2(1) = .58, p = .445$), etnia ($\chi^2(1) = .35, p = .549$) e idade ($t(284) = 1.11, p = .267$), indicando que os grupos estavam pareados em termos das características sociodemográficas.

As taxas de prevalência para o grupo de policiais foram 57.4% para fadiga clinicamente grave, 36.8% para depressão e 24.7% para ansiedade. Os participantes do grupo controle apresentaram prevalências, respectivamente, de

26.1%, 18.5% e 12.3%. Testes Qui-quadrado indicaram que essas taxas foram diferentes significativamente (respectivamente, $p < .001$, $p = .006$ e $p = .034$).

Diferenças significativas foram encontradas, também, entre os policiais e controles em relação aos escores totais da GAD-7 ($t(286) = -2.55$, $p = .011$), PHQ-9 ($t(286) = -3.73$, $p < .001$) e CFQ ($t(286) = -4.48$, $p < .001$), com maiores pontuações para policiais, como pode ser visto na Tabela 1. Diferenças significativas não foram encontradas entre os grupos na BES ($t(286) = 1.29$, $p = .195$) e FNES ($t(286) = -1.11$, $p = .266$).

3.2 Correlações entre variáveis clínicas

Resultados para o grupo da PMERJ podem ser vistos na Tabela 2. Correlações positivas foram observadas para a maioria dos sintomas, com fortes correlações entre depressão e ansiedade ($r = .77$, $p < .001$), fadiga e depressão ($r = .69$, $p < .001$) e ansiedade ($r = .57$, $p < .001$). Além disso, a fadiga teve uma fraca correlação com o medo de avaliação negativa ($r = .28$, $p < .001$). Correlações de fracas a moderadas também foram encontradas entre depressão e medo de avaliação negativa ($r = .33$, $p < .001$), bem como entre medo de avaliação negativa e crenças sobre emoções ($r = .33$, $p < .001$) e ansiedade ($r = .31$, $p < .001$). Uma fraca correlação entre maiores níveis de crenças sobre emoções e maiores índices de depressão ($r = .22$, $p < .001$), também foi vista neste grupo.

Em relação ao grupo controle, foram encontradas correlações significativas entre os níveis de ansiedade e depressão ($r = .27$, $p < .050$); depressão e medo de avaliação negativa ($r = .41$, $p < .001$); fadiga e taxas de depressão ($r = .51$, $p < .001$) e ansiedade ($r = .40$, $p < .001$).

4. Discussão

No presente estudo comparamos policiais com um grupo controle em relação a fatores clínicos como ansiedade, depressão, fadiga, crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa. Os resultados do estudo indicam uma alta prevalência de sintomas clínicos graves de fadiga, depressão e ansiedade entre policiais, que apresentaram o dobro das taxas destes sintomas em comparação com o grupo controle. Similarmente, maiores níveis de sintomas de fadiga, depressão e ansiedade foram encontrados entre policiais quando comparados ao grupo controle quanto aos escores totais das escalas. Diferenças entre grupos relacionadas a crenças sobre emoções e medo de avaliação negativa não foram encontradas.

Altas taxas de prevalência de fadiga, ansiedade e depressão, em conjunto com os altos níveis destas variáveis sugerem não apenas que um grande número de policiais seja afetado por essas condições, mas também que a gravidade clínica precisa ser levada em consideração. Isto indica a necessidade de mais atenção e tratamento para estas condições (fadiga: Cella & Chalder, 2010; ansiedade: Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006; depressão: Löwe, Kroenke, Herzog & Gräfe, 2004), por exemplo, por meio do desenvolvimento de programas específicos para abordar estas questões e sensibilizar a respeito.

Os dados do presente estudo convergem com a literatura que indica que altos índices de estresse, sintomas de fadiga, depressão e ansiedade são comuns em amostras policiais de países de alta renda (Chen et al., 2006; Carlan & Nored, 2008; Hartley, Burchfiel, Fekedulegn, Andrew & Violanti, 2011; Lawson, Rodwell & Noblet, 2012; Acquadro Maran, Varetto, Zedda & Ieraci, 2015). A alta prevalência para ansiedade e depressão estão de acordo com dados internacionais que indicam a severidade destes problemas nesse grupo (Lawson, Rodwell & Noblet, 2012; van der Velden et al., 2013; Husain, 2014). Hartley e colegas (2011) também acharam prevalências de depressão e ansiedade que dobravam em relação aos controles. No entanto, as taxas de prevalência foram muito mais elevadas no presente estudo, com dados prévios indicando uma prevalência de 24.7% para depressão e 5.8% para ansiedade em policiais americanos que responderam a emergências de 11 de setembro (Bowler et al., 2016). Essa diferença pode refletir fatores sociais agravantes para policiais em países em

desenvolvimento, como é o caso do Brasil, ou em cidades violentas, como é o caso do Rio de Janeiro.

O presente estudo traz, também, uma importante contribuição pois acreditamos ser a primeira vez que dados de prevalência de fadiga são apresentados nas forças policiais, um sintoma que apresentou altos níveis em relação aos controles numa amostra de policiais americanos (Vila & Kenney, 2002) e no presente estudo. No total, estes dados sugerem que os policiais constituem um grupo de risco em diferentes países. Apesar do grupo controle apresentar taxas elevadas desses sintomas também, no presente estudo, o que pode indicar sintomas frequentemente presentes na população, há uma acentuada prevalência no grupo de policiais, provavelmente devido à natureza do próprio trabalho, a exposição ao trauma e às situações de violência que ocorrem com frequência (Lucas, Weidner & Janisse, 2012; Magnavita & Garbarino, 2013).

Os resultados sugerem níveis mais elevados de ansiedade, que também estão coerentes com a literatura quanto à sua possível relação com traços de hipervigilância em consequência de situações cotidianas que envolvem alto sofrimento psicológico e exigem constante controle e avaliação de riscos (Minayo, Souza & Constantino, 2007). Nesse sentido, fatores ambientais podem exercer um papel fundamental, constituindo um fator de vulnerabilidade para os policiais (Lieberman et al., 2002) e contribuir para o desenvolvimento de altos níveis desses sintomas.

No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto às crenças sobre emoções. Este é um resultado inesperado considerando o fato de que a busca por ajuda pode ser vista como uma fraqueza dentro da cultura policial, juntamente com uma tendência a prestar menos atenção às questões de saúde mental (Soomro & Yanos, 2018) e o processo de treinamento sugerir que a perda de controle emocional pode ser potencialmente perigosa para suas carreiras (Karaffa & Koch 2016; Wester & Lyubelsky 2005). É possível que os policiais tenham interpretado erroneamente os itens da escala, considerando-os, por exemplo, em relação ao medo e ameaças, ao invés de tristeza; diante de um perigo iminente, a ajuda e apoio dos colegas de trabalho é extremamente importante. Estudos futuros devem tentar esclarecer a relação entre crenças e emoções específicas para policiais.

Também não foram encontradas diferenças entre os grupos em relação ao medo de avaliação negativa. Uma possível explicação poderia estar relacionada à cultura e a estrutura institucional que envolve frequentes práticas formais de avaliação que podem influenciar na maneira como os policiais lidam com avaliações externas e emoções negativas.

Conforme esperado, correlações apontaram para uma associação entre maiores níveis de ansiedade e maiores taxas de depressão, fadiga e medo de avaliação negativa. Os resultados também indicaram níveis mais elevados de depressão relacionados a mais fadiga, medo de avaliação negativa e crenças sobre emoções, o que corrobora com a literatura que sugere uma correlação entre as crenças e maiores taxas de ansiedade, depressão e fadiga (Rimes & Chalder, 2010; Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017; Mograbi et al., 2018). Além disso, a relação entre fadiga e depressão pode estar associada ao papel que os estados de humor exercem nas doenças relacionadas à fadiga (Fukuda et al., 1994).

Os níveis de fadiga foram associados ao medo de avaliação negativa, e o medo de avaliação negativa com crenças sobre emoções. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores que associam o medo de avaliação negativa a evitação emocional e baixa auto-compassão (James, Rimes & Verplanken, 2015). Tanto a evitação emocional quanto a baixa auto-compassão podem ser fatores mediadores entre as crenças sobre emoções e níveis mais altos de fadiga, depressão e ansiedade (Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017). Além disso, o medo de avaliação negativa pode gerar mais ansiedade como ocorre nos casos de ansiedade social (De Castella, 2015), alternado estados de humor por meio da maneira como se lida com os sentimentos negativos. Isso acontece porque algumas estratégias de regulação das emoções, como é o caso da supressão emocional, apresentam um efeito contraproducente, resultando na manutenção do estado de humor indesejável (Gross, 2002; Gross, 2013).

O presente estudo possui algumas limitações. A amostra foi composta apenas por homens; isso ocorreu por não ter sido possível obter uma amostra feminina grande suficiente para realizar as análises, o que pode ter impactado nos resultados, uma vez que um estudo recente indicou que homens e mulheres podem mostrar perfis diferentes relacionados a resultados para a saúde mental (Acquadro Maran, Varetto, Zedda & Ieraci, 2015). Estudos futuros com policiais do sexo

feminino podem ajudar a esclarecer se o padrão aqui encontrado pode ser estendido a esta população.

Pesquisas futuras também podem avaliar como os resultados de saúde mental podem estar ligados a resultados ocupacionais (exs. registro disciplinar, licença médica). Os resultados atuais sugerem a necessidade de programas de intervenção dentro das forças policiais, aumentando a conscientização e reduzindo o estigma sobre a saúde mental. Estes programas beneficiariam não apenas os policiais, mas a sociedade como um todo.

5. Referências Bibliográficas

- Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M., & Ieraci, V. (2015). Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occupational medicine*, 65(6), 466-473.
- Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2006). An exploration of job stress and health in the Norwegian police service: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 1(1), 26.
- Bowers, H., & Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Mental Health*, 25(2), 154-158.
- Bowler, R. M., Kornblith, E. S., Li, J., Adams, S. W., Gocheva, V. V., Schwarzer, R., & Cone, J. E. (2016). Police officers who responded to 9/11: Comorbidity of PTSD, depression, and anxiety 10–11 years later. *American journal of industrial medicine*, 59(6), 425-436.
- Carlan, P. E., & Nored, L. S. (2008). An examination of officer stress: Should police departments implement mandatory counseling?. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 23(1), 8-15.
- Cella, M., & Chalder, T. (2010). Measuring fatigue in clinical and community settings. *Journal of psychosomatic research*, 69(1), 17-22.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of psychosomatic research*, 37(2), 147-153.
- Chen, H. C., Chou, F. H. C., Chen, M. C., Su, S. F., Wang, S. Y., Feng, W. W., ... & Tsai, T. C. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of life research*, 15(5), 925-932.
- Cho, H. J., Costa, E., Menezes, P. R., Chalder, T., Bhugra, D., & Wessely, S. (2007). Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. *Journal of psychosomatic research*, 62(3), 301-304.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448-461.

Dabney, D. A., Copes, H., Tewksbury, R., & Hawk-Tourtlot, S. R. (2013). A qualitative assessment of stress perceptions among members of a homicide unit. *Justice Quarterly*, 30(5), 811-836.

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion beliefs and cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Cognitivebehaviourtherapy*, 44(2), 128-141.

de Lima Osório, F., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the Discriminative Validity of the PHQ9 and PHQ2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in psychiatric care*, 45(3), 216-227.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.

Flo, E., & Chalder, T. (2014). Prevalence and predictors of recovery from chronic fatigue syndrome in a routine clinical practice. *Behaviour research and therapy*, 63, 1-8.

Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G., & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of internal medicine*, 121(12), 953-959.

Garbarino, S., & Magnavita, N. (2015). Work stress and metabolic syndrome in police officers. A prospective study. *PLoS One*, 10(12), e0144318.

Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 22(11), 1596-1602.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359.

Hartley, T. A., Burchfiel, C. M., Fekedulegn, D., Andrew, M. E., & Violanti, J. M. (2011). Health disparities in police officers: comparisons to the US general population. *International journal of emergency mental health*, 13(4), 211.

Husain, W. (2014). The levels of depression, anxiety and stress in police officers. *Acad Res Int*, 5, 458-65.

James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128.

Karaffa, K. M., & Koch, J. M. (2016). Stigma, pluralistic ignorance, and attitudes toward seeking mental health services among police officers. *Criminal Justice and Behavior*, 43(6), 759-777.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ9. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 32(4), 345-359.

Lawson, K. J., Rodwell, J. J., & Noblet, A. J. (2012). Mental health of a police force: Estimating prevalence of work-related depression in Australia without a direct national measure. *Psychological Reports*, 110, 743-752.

Liberman, A. M., Best, S. R., Meltzer, T. J., Fagan, J. A., Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 25, 421-441.

Lipp, M. E. N., Costa, K. R. D. S. N., & Nunes, V. D. O. (2017). Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: sintomas mais frequentes. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 17(1), 46-53.

Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of affective disorders*, 81(1), 61-66.

Lucas, T., Weidner, N., & Janisse, J. (2012). Where does work stress come from? A generalizability analysis of stress in police officers. *Psychology & Health*, 27(12), 1426-1447.

- Magnavita, N., & Garbarino, S. (2013). Is Absence Related to Work Stress? A Repeated Cross-Sectional Study on a Special Police Force. *American journal of industrial medicine*, 56(7), 765-775.
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Cmaj*, 184(3), E191-E196.
- Mapi Research Institute. (2006). *Certificate of linguistic validation certificate: general anxiety disorder-7 (GAD-7)*. Lyon: MapiResearchInstitute.
- Minayo, M. C. D. S., Souza, E. R. D., & Constantino, P. (2007). Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2767-2779.
- Mograbi, D. C., Indelli, P., Lage, C. A., Tebyriça, V., Landeira-Fernandez, J., & Rimes, K. A. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the Beliefs about Emotions Scale. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40(1), 21-28.
- Padyab, M., Backteman-Erlanson, S., & Brulin, C. (2016). Burnout, coping, stress of conscience and psychosocial work environment among patrolling police officers. *Journal of police and Criminal Psychology*, 31(4), 229-237.
- Rimes, K. A., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of psychosomatic research*, 68(3), 285-292.
- Roberts, N. A., Levenson, R. W., & Gross, J. J. (2008). Cardiovascular costs of emotion suppression cross ethnic lines. *International Journal of Psychophysiology*, 70(1), 82-87.
- Silva, A. C. D. O., & Nardi, A. E. (2009). Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the Fear of Negative Evaluation Scale (FNE). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 159-169.
- Soomro, S., & Yanos, P. T. (2018). Predictors of Mental Health Stigma among Police Officers: the Role of Trauma and PTSD. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 1-9.

Souza, E. R. D., Minayo, M. C. D. S., Silva, J. G., & Pires, T. D. O. (2012). Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *CadSaudePublica*, 1297-1311.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., & Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 535-544.

Sydenham, M., Beardwood, J., & Rimes, K. A. (2017). Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(1), 73-78.

van der Velden, P. G., Rademaker, A. R., Vermetten, E., Portengen, M. A., Yzermans, J. C., & Grievink, L. (2013). Police officers: a high-risk group for the development of mental health disturbances? A cohort study. *BMJ open*, 3(1), e001720.

Vila, B., & Kenney, D. J. (2002). The prevalence and potential consequences of police fatigue. *Nij J*, 248.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33(4), 448.

Wester, S. R., & Lyubelsky, J. (2005). Supporting the Thin Blue Line: Gender-Sensitive Therapy With Male Police Officers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1), 51.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes (n = 288)

Variável	Policiais (n = 223)	Controles (n = 65)
	Média (DP)	Média (DP)
Idade (df = 2)	30.8 (4.4)	31.5 (4.1)
Nível Educacional (sem / com nível superior; df = 0)	142/81	38/27
Etnia (caucasiano / não-caucasiano; df = 2)	69/154	22/41
GAD-7	9.5 (5.8)	7.4 (4.9)
PHQ-9	8.5 (6.3)	5.3 (5.2)
CFQ	13.8 (7.0)	9.5 (5.6)
BES	35.5 (13.3)	37.9 (11.9)
FNES	15.0 (7.1)	13.9 (7.0)

(df) – dados faltantes; escalas que apresentaram diferenças significativas entre grupos encontram-se em negrito ($p < .05$). (BES) – Escala de Crenças sobre Emoções; (FNES) – Escala de Medo de Avaliação Negativa; (PHQ-9) – Questionário sobre a Saúde do/a Paciente; (CFQ) – Questionário de Fadiga de Chalder; (GAD-7) – Transtorno Geral de Ansiedade.

Tabela 2 – Correlações entre variáveis clínicas no grupo da PMERJ

Variáveis	PHQ-9	CFQ	FNES	BES
GAD-7	.77	.57	.31	.18
PHQ-9		.69	.33	.22
CFQ			.28	.18
FNES				.33

Escalas que apresentaram diferenças significativas estão apresentadas

em negrito ($p < .001$). (BES) – Escala de Crenças sobre Emoções;

(FNES) – Escala de Medo de Avaliação Negativa;

(PHQ-9) – Questionário sobre a Saúde do/a Paciente;

(CFQ) – Questionário de Fadiga de Chalder;

(GAD-7) – Transtorno Geral de Ansiedade.

Validação brasileira do Questionário de Regulação Emocional (QRE): resultados psicométricos do instrumento e correlações com variáveis clínicas em adultos

Bruna I. Arruda¹, João V. C. Fadel¹, Katharine A. Rimes² & Daniel C. Mograbi^{1,2*}

1 – Pontifícia Universidade Católica, Departamento de Psicologia

2 – King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Department of Psychology

RESUMO

O Questionário de Regulação Emocional (QRE) é um instrumento que mede estratégias de regulação de diferentes grupos quanto aos seus impactos na modulação das emoções. A presença mais intensa de alexitimia e crenças sobre emoções estão associadas a meios menos adaptativos de regulação das emoções, em especial, a estratégia de supressão. O presente estudo pretende a validação brasileira do instrumento para a população adulta e investigar correlações entre estas variáveis clínicas. A amostra foi composta por 371 participantes da população geral por meio do questionário divulgado em redes sociais e e-mail. A consistência interna da escala foi explorada e a estrutura fatorial foi investigada por meio de uma fatoração de eixo principal e rotação oblíqua. Os participantes preencheram escalas para medidas de regulação emocional, crenças sobre emoções e alexitimia. Os resultados sugerem uma moderada consistência interna da escala total e uma boa consistência interna das subescalas do instrumento. A análise fatorial apontou para uma solução de dois fatores, sendo o primeiro, reavaliação cognitiva e, o segundo, supressão emocional. Correlações foram encontradas entre o total do QRE e alexitimia, ou seja, ambas estratégias de regulação das emoções do instrumento, com uma tendência mais forte de correlação com o uso da supressão. A supressão emocional apareceu correlacionada também com a presença mais intensa de crenças sobre emoções. A alexitimia apresentou, ainda, correlações positivas com níveis mais elevados de crenças sobre emoções. Assim, o QRE é um instrumento com boas medidas psicométricas e o resultado da análise fatorial ocorreu de acordo com o esperado. Como previsto, houve uma correlação entre os constructos. Dada a importância e influência da forma como as emoções são reguladas e da possível relação bidirecional entre os fatores clínicos apresentados, há a necessidade de melhor investigação do como esses fatores se relacionam, o que poderia ajudar na compreensão de condições clínicas nas quais estes sintomas são muito presentes, colaborando para o prognóstico e tratamento.

Palavras-chave: regulação emocional, medidas, crenças sobre emoções, alexitimia, adultos.

1. Introdução

1.1 Regulação Emocional

A forma como as emoções são reguladas é um importante fator para a saúde mental (Aldao et al., 2010). A regulação emocional é um processo que pode ocorrer de forma consciente ou não, e seu principal objetivo é influenciar as emoções em termos de seus impactos e relevância. Pode ocorrer de maneira intrínseca, quando conduzida pela própria pessoa, ou de forma interpessoal, quando a modulação é extrínseca, ou seja, proveniente do ambiente (Gross, 1998; 2013). De acordo com o modelo proposto por Gross (1998; 2013) o processo de geração das emoções se desdobra em direção às tendências de respostas comportamentais, fisiológicas e subjetivas, relacionadas à experiência da emoção. As estratégias de modulação vão ocorrer ao longo desse desdobramento, iniciando a partir de pistas emocionais internas ou externas que darão início ao processo. Dependendo do objetivo da regulação emocional, diferentes estratégias podem ser recrutadas e, dependendo do momento em que a modulação é feita no processo de geração da emoção, elas podem ser consideradas estratégias *antecedentes a resposta* ou *focadas na resposta*.

Seleção da situação, modificação da situação, deslocamento da atenção e reavaliação cognitiva são consideradas estratégias *antecedentes a resposta*. A reavaliação cognitiva, por exemplo, visa modificar os impactos de uma emoção, estando associada a resultados positivos para a saúde e ao alcance dos objetivos de regulação (Mocaiber et al., 2008; Dan-Glauser & Gross, 2011; Gruber & Gross, 2014). Além disso, em estudo, o uso da reavaliação conduziu a diminuição da ativação da amígdala (Goldin, McRae, Ramel & Gross, 2008), estrutura importante para a geração e expressão de emoções negativas (Davidson, Jackson & Kalin, 2000).

Já a supressão emocional é uma estratégia considerada *focada na resposta* que tem sido relacionada a resultados contraproducentes e maiores níveis de estresse (Richards & Gross, 1999). Embora ela tenha êxito comportamental, encontra-se relacionada ao aumento e/ou manutenção da fisiologia e da experiência subjetiva associada à emoção (Roberts, Levenson & Gross, 2008) e, portanto, ao aumento do sentimento negativo que se deseja evitar (Gross & John,

2003; Gross, 2013). Ainda, quando comparada à aceitação emocional em pesquisa, a supressão conduziu ao aumento da frequência cardíaca e humor negativo persistente (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006). Em vista disso, tem sido considerada uma estratégia pouco adaptativa de regulação das emoções em virtude do seu efeito contraproducente acima descrito. Além disso, a dissociação entre o que é sentido e o que é expresso pode levar a sentimentos de vazio, ausência de um senso de identidade (Gross & John, 2003) e sintomas depressivos (Gross, 2013), podendo ter efeitos mais nocivos em pessoas já vulneráveis, como é o caso dos grupos clínicos (Gross & Jazaieri, 2014). Logo, a habilidade de regular as emoções e estados afetivos é fundamental para a interpretação e vivência do ambiente, e também, para a auto percepção (Tibubos et al., 2017).

A supressão emocional e a reavaliação cognitiva são estratégias de regulação das emoções muito exploradas na literatura (Gross & John, 2003; Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013; Gross, 2013). O Questionário de Regulação Emocional (QRE: Gross & John, 2003) foi criado com o objetivo de medir o uso e frequência da utilização dessas estratégias principais de grupos diferentes, por meio de afirmações que se assemelhem as suas aplicações diante de situações emocionais no cotidiano. O instrumento foi adaptado linguisticamente para o contexto brasileiro por Boian, Soares & Silva (2009) e a evidência de validade na população idosa foi realizada por Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni (2013).

1.2 Crenças Disfuncionais sobre Emoções Negativas e Regulação Emocional

A forma como as emoções, em especial as negativas, são reguladas sofre influência das crenças a respeito destas emoções. Dessa maneira, se as emoções negativas são avaliadas como inaceitáveis, como ocorre mediante a presença de crenças disfuncionais sobre emoções negativas (Rimes & Chalder, 2010), podem alterar os objetivos de regulação e conseqüentemente as estratégias recrutadas para modulação das emoções, ao mesmo tempo em que este ciclo pode ser alimentado na direção inversa.

Tanto a desregulação emocional como a presença de crenças disfuncionais sobre emoções negativas parecem atuar como fatores importantes em diferentes quadros patológicos. Crenças, no geral, podem ser compreendidas como um fenômeno estável construído ao longo do desenvolvimento e composto por regras que auxiliam na orientação diante do mundo, de situações e do *self* (Knapp & Beck, 2008). Dessa forma, elas podem estar orientadas para situações sociais e para emoções (De Castella, et al., 2015), como ocorre com as crenças sobre emoções. De acordo com Rimes & Chalder (2010) crenças disfuncionais sobre emoções negativas são crenças sobre a não aceitação em ter a experiência de emoções negativas e expressá-las, por serem avaliadas como incorretas e inconvenientes, ou seja, como emoções que não devem ser sentidas. Entretanto, essa maneira de vivenciar emoções e pensamentos negativos pode conduzir índices mais elevados de ansiedade, fadiga e depressão (Rimes & Chalder; Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017; Mograbi et al., 2018).

Além disso, a crença que sentimentos negativos são inaceitáveis pode contribuir para a manutenção desses sentimentos na realidade. Isto porque a presença de altos níveis de crenças sobre a inaceitabilidade da expressão e experiência das emoções negativas estão associadas com baixa autocompaixão, evitação emocional (Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017) e supressão das emoções (Rimes, Ashcroft, Bryan & Chalder, 2016), estratégia de modulação emocional que atua como um agente de manutenção dos afetos negativos (Gross, 2002; Gross & John, 2003).

Em pesquisas conduzidas com pacientes com quadros de sintomatologia somática que apresentam altos níveis dessas crenças (exs. fibromialgia, síndrome do intestino irritável; Bowers & Wroe, 2016; Bowers, Wroe & Pincus, 2017; Bowers, Wroe & Pincus, 2017), por exemplo, o aumento dos sintomas e sofrimento emocional se mostraram associados à inibição da expressão das próprias emoções (Ali et al., 2000). Também, dificuldades na descrição e entendimento das emoções, que podem ser consequência do uso crônico da supressão, se relacionando à experiência intensa de emoções e índices mais elevados de dor (van Middendorp et.al., 2008), o que indica a relevância clínica de melhor entendimento da relação entre as crenças disfuncionais sobre emoções negativas e dificuldades de regulação das emoções.

1.3 Alexitimia e Regulação Emocional

O conceito de alexitimia surgiu a partir da observação de pacientes com sintomas somáticos que apresentavam dificuldades em falar sobre seus sentimentos (Ruesch, 1948), o que levou a teorias sobre a relação dessas dificuldades de comunicação das emoções com problemas em diferenciá-las de sensações corporais e dirigir o pensamento para os sentimentos (Sifneos, 1973). Esses fatores pareciam conduzir ao prolongamento do estresse emocional e aumento das ativações autonômicas, causando prejuízos ao organismo (Martin & Pihl, 1985). Mais recentemente, a alexitimia passou assim a ser caracterizada como um termo utilizado para se referir a uma condição definida pela dificuldade ou incapacidade de expressar emoções, assim como identificá-las e comunicá-las (Carneiro & Yoshida, 2009).

Em estudos, a alexitimia aparece associada a sintomas de depressão, tendência a suprimir as emoções e menor autoconsciência (Kirmayer & Robbins, 1993; Laloyaux et al., 2015). Em pesquisa, a supressão se mostrou mais correlacionada com a dimensão de verbalização emocional da alexitimia, que atuou em estudo como um preditor para o uso da estratégia. Ainda, a pesquisa apontou para o menor entendimento das próprias emoções como um fator de risco para utilização de formas pouco adaptativas de lidar com elas (Laloyaux et al., 2015). Em contrapartida, a nomeação das emoções negativas, colocando-as em palavras, diminuiu a experiência emocional subjetiva negativa (Lieberman et al., 2006).

Assim sendo, crenças disfuncionais sobre emoções negativas podem se relacionar à estratégia de supressão das emoções como uma tentativa de redução do sentimento de vulnerabilidade. Porém, a evitação das próprias emoções parece gerar menores níveis de consciência emocional, que estão associados a estratégias menos eficientes, como a supressão (Gross & Jazaieri, 2014), o que torna, portanto, fundamental a investigação destes fatores que estão associados a dificuldades de regulação emocional.

O presente estudo tem como objetivo a validação brasileira do QRE para a população adulta, o que permite a exploração da atuação do instrumento nesta faixa etária e fornece também dados adicionais sobre as estratégias de regulação emocional por meio dos estudos correlacionais. Além disso, conforme estudos

anteriores espera-se que o presente estudo reforce evidências de que dificuldades de regulação emocional e/ou o uso da supressão emocional constitui uma estratégia pouco adaptativa ao mostrar associações com níveis mais elevados de crenças sobre emoções e alexitimia.

2. Metodologia

2.1 Participantes

A pesquisa foi realizada com uma amostra de 371 participantes, sendo 280 do sexo feminino e 91 do sexo masculino. Os participantes foram recrutados através de anúncios publicados em redes sociais e via e-mail. Do total da amostra, 340 participantes completaram o questionário de regulação emocional, todos completaram a escala de crenças sobre emoções e 316 a escala de alexitimia de toronto. Características sociodemográficas e clínicas da amostra estão descritas na Tabela 1.

2.2 Instrumentos

Questionário de Regulação Emocional (QRE)

O Questionário de Regulação Emocional (QRE) é uma escala likert de 7 pontos que investiga as estratégias de regulação das emoções por meio de 10 afirmativas, apresentando boas propriedades psicométricas (Gross & John, 2003; Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013).

Escala de Crenças sobre Emoções (BES)

A Escala de Crenças sobre Emoções (BES) procura avaliar a intensidade em que as pessoas endossam crenças disfuncionais sobre emoções negativas. A BES é uma escala likert de 7 pontos constituída por 12 questões, possuindo boas propriedades psicométricas relatadas para o instrumento (Rimes & Chalder, 2010; Mograbi et al., 2018).

Escala de Alexitimia de Toronto – 20 (EAT-20)

A Escala de Alexitimia foi desenvolvida para ajudar na identificação de dificuldades nas capacidades de reconhecimento, descrição e comunicação das próprias emoções. O instrumento consiste em uma escala likert de 5 pontos constituído de 20 questões, com boas propriedades psicométricas, (Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bagby, Taylor & Parker, 1994; Yoshida, 2007).

2.3 Procedimentos de Coleta

Os dados foram coletados através da plataforma de pesquisas online SurveyMonkey, de forma individual e sem restrições de tempo. Os participantes receberam por e-mail, ou através da divulgação em redes sociais, o link com acesso ao questionário do estudo na plataforma. Os participantes tinham ainda a opção de pararem de responder o questionário e desistirem de participar do estudo a qualquer momento.

2.4 Análise de Dados

Com o objetivo de verificar a fidedignidade do Questionário de Regulação Emocional (QRE) foi realizada uma análise da confiabilidade usando como base o Alfa de Cronbach com valor de referência .7 para o total da escala e subescalas do instrumento. A análise Fatorial Exploratória foi conduzida para uma análise mais detalhada dos 10 itens da escala e verificação da validade do instrumento. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi realizado para avaliar a adequação da amostragem e o teste de Bartlett calculado para verificar a possibilidade de realização da análise fatorial exploratória. Para a execução da análise fatorial do QRE, o valor KMO deveria ser maior do que .6, indicando que poderia prosseguir com a análise fatorial. Foi feita uma Fatoração de Eixo Principal para verificar a solução de fatores e uma rotação Oblimin com o objetivo de maximizar as cargas fatoriais e auxiliar na interpretação dos fatores que são os constructos subjacentes das escalas. Correlações de Pearson foram calculadas entre os diferentes instrumentos para a associação com variáveis clínicas como crenças sobre

emoções e alexitimia. Foi utilizado o programa de estatístico SPSS (IBM) para análise de dados.

2.5 Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo (COEP) Comitê de Ética e Pesquisa da UERJ (80490217.0.0000.5282). Todos os participantes forneceram consentimento informado.

3. Resultados

3.1 Características sociodemográficas

A amostra foi composta em sua maioria por estudantes universitários ($n = 371$) que representam 76.8% da amostra. A média de idade dos participantes foi de 25.1 ($dp = 8.2$), sendo a sua maioria do sexo feminino. Os dados demográficos e clínicos, incluindo a média das pontuações obtidas das escalas podem ser vistos na Tabela 1.

3.2 Análise da confiabilidade

A consistência Interna do Questionário de Regulação Emocional (QRE) obtida com o Alfa de Cronbach indicou o valor de $\alpha = .66$, o que aponta para uma consistência interna moderada do total da escala ($\alpha > .60$). As subescalas do instrumento apresentaram boa consistência interna, com o fator 1, reavaliação, e o fator 2, supressão, apresentando o valor de Alfa de Cronbach $\alpha = .76$ e $\alpha = .72$, respectivamente.

A Tabela 2 apresenta as médias do QRE, desvio padrão, item total corrigido e alfa de cronbach se o item for excluído. Nos itens individuais os escores médios variaram de 4.81 para o item 7 do questionário (“Quando eu quero sentir emoções mais positivas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação”) a 2.40 para o item 4 (“Quando eu estou sentindo emoções positivas eu tomo o cuidado de não demonstrá-las”). Os coeficientes de correlação item-total

corrigidas foram em torno do valor do critério de .30, com exceção do item 4 cujo valor foi .16. Este item com baixo coeficiente de correlação de item-total está descrito de forma inversa e a sua remoção mudaria o alfa de cronbach para .66.

3.3 Análise Fatorial Exploratória

A Análise Fatorial Exploratória indicou bons resultados para a fatoriabilidade de acordo com o teste KMO ($KMO = .751$) e o teste de Bartlett ($\chi^2(45) = 865,30, p < .001$), indicando que a análise fatorial era adequada. Baseadas no screeplot e autovalor foram tentadas soluções com 3 e com 2 fatores, no entanto, considerando que se um fator não apresenta pelo menos 3 itens isto é tido como uma instabilidade (Widaman, Little, Preacher & Sawalani, 2011), foi considerada para o presente estudo a solução de dois fatores. A Fatoração de Eixo Principal indicou uma solução de dois fatores como sendo uma estrutura adequada para explicar os dados. A solução de dois fatores foi confirmada com uma rotação oblimin que manteve a solução de dois fatores. O fator 1, *reavaliação cognitiva*, foi responsável por 28.90% da variância com autovalor de 2.89, sendo o item 1 o mais representativo (“Quando eu quero sentir emoções mais positivas - tais como alegria e diversão - eu mudo o que eu estou pensando”). O fator 2, *supressão emocional*, explicou 22.08% da variância com um autovalor de 2.21, sendo o item 2 o mais representativo (“Guardo minhas emoções para mim mesmo”). Os resultados do método de rotação oblimin (ver tabela 3) convergiram para uma solução de dois fatores fixos, com a primeira dimensão com carregamento predominantemente para itens de características associadas à reavaliação das emoções, enquanto a segunda dimensão manteve alta carga fatorial para itens relacionados à supressão emocional. Para o fator 1 o item 7 foi o que apresentou maior carga ($r = .77$ – “quando eu quero sentir emoções mais positivas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação”). Já para o fator 2 o item 6 ($r = .78$ – “eu controlo as minhas emoções não as expressando”) foi o que apresentou maior carga dentro da estrutura fatorial.

3.4 Correlações entre variáveis clínicas

Os resultados da análise correlacional podem ser vistos na Tabela 4. Os escores totais do Questionário de Regulação Emocional (QRE) mostraram fortes

correlações com a Escala de Alextimia de Toronto (EAT-20) ($r = .52, p < .001$). O fator 2 do QRE apresentou uma correlação forte com EAT-20 ($r = .54, p < .001$) e o fator 1 do QRE uma correlação moderada com o EAT-20 ($r = .40, p < .001$). Correlações de fracas a moderadas foram observadas entre a Escala de Crenças sobre Emoções (BES) e o fator 2 do QRE ($r = .30, p < .001$). Foram encontradas, também, correlações fracas entre a BES e a EAT-20 ($r = .23, p < .001$). Ainda, houve uma fraca tendência de correlação entre o QRE e a BES ($r = .10, p < .050$) e presença de diagnóstico na população e maiores pontuações da BES ($r = .10, p < .050$).

4. Discussão

O objetivo do presente estudo foi testar na população brasileira adulta o Questionário de Regulação Emocional (QRE) com o objetivo de verificar a consistência interna e estrutura fatorial do instrumento. Para a medição e correlação com variáveis clínicas foram aplicadas a Escala de Crenças sobre Emoções (BES) e Escala de Alexitimia de Toronto (EAT-20).

O questionário de regulação emocional apresentou uma consistência interna moderada associada ao escore total do instrumento, um resultado um pouco abaixo do encontrado no estudo de evidência de validade da escala para população idosa (Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013). No que diz respeito às subescalas do QRE, reavaliação cognitiva e supressão emocional, estas apresentaram boa consistência interna, estando de acordo com os resultados obtidos nas diferentes amostras (jovens e de meia idade) na validação da escala original e no estudo de validade do instrumento em amostra idosa (Gross & John, 2003; Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013). Entretanto, em comparação com o estudo conduzido com amostra adolescente, que também verificou a validade do questionário (Gouveia et al., 2018), no presente estudo foram observados resultados sutilmente mais elevados para as subescalas, apesar de se mostrarem similares.

A análise fatorial indicou uma solução de dois fatores, o que confirma o modelo proposto na criação do questionário de regulação emocional (Gross & John, 2003) e os dados obtidos em sua validação com a população idosa (Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013). O fator 1, reavaliação cognitiva, além de apresentar boa consistência interna, sendo responsável por 28,90% da variância, incluiu os seguintes itens: “quando eu quero sentir emoções mais positivas (tais como alegria e diversão) eu mudo o que eu estou pensando”, “quando eu quero sentir emoções menos negativas (tais como tristeza e raiva) eu mudo o que eu estou pensando”, “quando eu me deparo com uma situação estressante, eu tento pensar nela de forma a me ajudar a ficar calmo”, “quando eu quero sentir emoções mais positivas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação”, “eu controlo minhas emoções mudando a forma como eu penso a respeito da situação em que estou” e “quando eu quero sentir emoções menos

negativas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação”. A maior parte da variação da escala foi explicada por este fator, que possui o maior número de itens. Como itens mais representativos, com as maiores cargas fatoriais, o fator teve o item 7 (quando eu quero sentir emoções mais positivas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação; $r = .77$) e o item 10 (quando eu quero sentir emoções menos negativas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação; $r = .73$), que possuem estrutura muito semelhante. Isto acontece, provavelmente, porque são itens muito representativos da reavaliação em termos de seus objetivos e aplicabilidade diante de um evento emocional no cotidiano. Assim, são afirmativas que retratam bem o propósito da reavaliação cognitiva, que é mudar os impactos de uma emoção. Por ser bem-sucedida, esta é uma estratégia que se encontra relacionada a resultados positivos para a saúde e ao alcance dos objetivos de regulação (Mocaiber et al., 2008; Dan-Glauser & Gross, 2011; Gruber & Gross, 2014).

O fator 2, supressão emocional, também apresentou boa consistência interna, sendo responsável por 22,08% da variância, incluindo os seguintes itens: “guardo minhas emoções para mim mesmo”, “quando eu estou sentindo emoções positivas eu tomo o cuidado de não demonstrá-las”, “eu controlo as minhas emoções não as expressando” e “quando eu estou sentindo emoções negativas, eu não as expresso”. O item 6 (eu controlo as minhas emoções não as expressando; $r = .78$) e o item 9 (quando eu estou sentindo emoções negativas, eu não as expresso; $r = .68$) foram os mais característicos deste fator ao apresentarem as maiores cargas fatoriais. Possivelmente isso se justifique por serem componentes que mostram a não expressão das emoções, e em especial em relação ao item 9, das emoções negativas. Estas são formas de lidar com eventos emocionais características da supressão. Ao lidar suprimindo, pode haver uma sensação de controle diante dos eventos emocionais, o que ilustra bem a atuação da supressão emocional e seus traços evitativos, bem como uma possível via de relação com crenças disfuncionais, pois o auto-controle constitui um de seus fatores (Rimes & Chalder, 2010; Mograbi et al, 2018). Justamente pela natureza de evitação e afastamento emocional, a supressão é uma estratégia de modulação das emoções que atua de forma pouco adaptativa por potencializar os efeitos das emoções negativas, com humor negativo mais persistente e aumento de respostas associadas ao

desdobramento emocional, como as fisiológicas, o que contribui para menores níveis de bem-estar (Gross & John, 2003; Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Roberts, Levenson & Gross, 2008; Gross, 2013), conforme previamente colocado.

Com base na carga fatorial dos itens, apenas o 5 “quando eu me deparo com uma situação estressante, eu tento pensar nela de forma a me ajudar a ficar calmo” ($r = .36$) do fator 1, reavaliação cognitiva, apresentou uma carga fatorial mais baixa em comparação aos demais itens do mesmo fator, e ao item de menor carga do fator 2 (4. quando eu estou sentindo emoções positivas eu tomo o cuidado de não demonstrá-las; $r = .41$). Uma possível explicação para a carga mais baixa do item 5 seria o fato da afirmação “pensar nela (situação estressante) de forma a me ajudar a ficar mais calmo” não ser, possivelmente, suficiente para uma conclusão que isto seria reavaliar uma situação emocional. Isto porque, o uso das estratégias mais utilizadas, ou crônicas, diante de eventos emocionais, mesmo que contraproducentes, pela familiaridade, podem causar alívio e acalmar a curto prazo (exs. deslocamento da atenção, supressão). Caso a pessoa tenha pensamentos que a afastem da situação estressante, por exemplo, estaria mais próxima de uma evitação das emoções e deslocamento atencional. Deste modo, diante das possíveis interpretações potenciais é possível que pessoas com ambas as tendências, de suprimir suas emoções ou reavaliar, tenham se identificado com o item.

Correlações indicaram uma forte relação entre os escores totais do questionário de regulação emocional e da escala de alexitimia, indicando assim, uma relação entre maiores níveis de alexitimia e uso mais intenso de estratégias para regular as emoções. Isto pode acontecer em virtude de uma consciência emocional reduzida decorrente das dificuldades presentes na alexitimia que conduzem a dificuldades de compreender os próprios sentimentos (Kirmayer & Robbins, 1993; Carneiro & Yoshida, 2009), o que poderia justificar a necessidade de maior engajamento e número de estratégias para alterar os estados emocionais. Conforme esperado, maiores índices de supressão emocional apresentaram correlação positiva mais expressiva com a alexitimia do que a reavaliação, dado que se encontra de acordo com a literatura prévia que aponta que dificuldades no entendimento dos sentimentos levam a maior uso da supressão como tendência de modulação de

situações emocionais, atuando o menor entendimento das próprias emoções, como um fator de risco para utilização de formas pouco adaptativas de lidar com elas, como a supressão (Laloyaux et al., 2015).

Foram encontradas, também, relações entre maiores níveis de crenças sobre emoções e uso de supressão como estratégia de regulação das emoções, o que corrobora com estudos anteriores que encontraram a presença de crenças disfuncionais sobre emoções negativas relacionada a evitação emocional e supressão das emoções (Rimes, Ashcroft, Bryan & Chalder, 2016; Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017). Além disso, está em conformidade com achados que mostram que em grupos já conhecidos pelos altos níveis de crenças sobre emoções, como por exemplo, pessoas com quadro de síndrome da fadiga crônica e fibromialgia, o uso da supressão emocional se mostrou mais freqüente como estratégia de regulação das emoções (Rimes, Ashcroft, Bryan, & Chalder, 2016), aparecendo associada com prejuízos para a qualidade de vida (Bowers, Wroe & Pincus, 2017).

Ainda, a presença mais intensa de crenças disfuncionais sobre emoções negativas estava associada a índices mais elevados de alexitimia, o que pode indicar que menores níveis de consciência emocional associados às crenças e dificuldades de compreensão, identificação e comunicação das emoções, presentes na alexitimia (Carneiro & Yoshida, 2009), podem estar associadas à maior necessidade de auto-controle, por exemplo, que é uma das dimensões da escala de crenças sobre emoções (Rimes & Chalder, 2010; Mograbi et al., 2018). Ainda, que as emoções negativas podem se tornar inaceitáveis e inconvenientes diante da possível vulnerabilidade percebida a partir das dificuldades presentes na alexitimia e/ou que a presença intensa das crenças levem a essas dificuldades. Acreditamos que a correlação entre crenças disfuncionais sobre emoções negativas e alexitimia foi observada pela primeira vez na literatura.

Foi encontrada ainda uma tendência de correlação entre crenças disfuncionais sobre emoções negativas e presença de diagnósticos, um dado pertinente dada a associação observada em diferentes estudos entre a presença das crenças com diferentes transtornos (Corstorphine, 2006; Bowers & Wroe, 2016; Rimes, Ashcroft, Bryan & Chalder, 2016; Bowers, Wroe & Pincus, 2017; Bowers, Wroe

& Pincus, 2017). Também, com maiores níveis de depressão, ansiedade e fadiga (Rimes & Chalder; Mograbi et al., 2018), bem como menor procura por suporte social, evitação emocional e baixa auto-compaixão (Sydenham, Beardwood & Rimes, 2017).

Correlações não foram encontradas entre os escores totais das escalas e subescalas e as variáveis demográficas coletadas (sexo, idade, nível de instrução e presença de diagnóstico).

O estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é o tamanho reduzido da amostra investigada uma vez que é recomendado que estudos de análise fatorial sejam conduzidos com amostras maiores, ainda que se encontre de acordo com os demais estudos de validação realizados em populações diferentes (idosos: Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013; adolescentes: Gouveia et al., 2018).

Estudos futuros podem ampliar a amostra com o intuito de verificar a consistência interna do instrumento. Poderiam, também, correlacionar com outras variáveis clínicas o que poderia ajudar nos esforços de melhor compreender os fatores associados a dificuldades de regulação emocional e como estas dificuldades estão relacionadas com certas variáveis clínicas. Isto poderia contribuir para o prognóstico e gerenciamento de sintomas que tenham a desregulação emocional como uma de suas principais características.

O presente estudo foi o primeiro a investigar a validade do questionário de regulação emocional na população brasileira adulta (média de idade = 25.1; dp = 8.2) e fazer correlações entre variáveis clínicas como crenças sobre emoções e alexitimia. Conforme esperado, a supressão emocional se mostrou uma estratégia de regulação pouco adaptativa, dados seus resultados contraproducentes a ela associados, pelas correlações com taxas mais elevadas de crenças sobre emoções e alexitimia, corroborando com as evidências apontadas na literatura. Ainda, a compreensão das relações entre desregulação emocional e dificuldades, como não aceitar ter a experiência de emoções negativas, menor compreensão dessas emoções e identificação de estados emocionais, pode ter implicações importantes, impactando a prática clínica para diferentes condições e transtornos.

5. Referências Bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Ali, A., Toner, B. B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N. E., Gould, M. I., & Vidins, E. I. (2000). Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 76-82.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L. da, Nascimento, P. P. P. do & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 10-18.
- Boian, A. C., Soares, D. S. M., & Silva, J. (2009). Questionário de Regulação Emocional adaptado para a população brasileira. Retrieved December, 15, 2010.
- Bowers, H., & Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Mental Health*, 25(2), 154-158.
- Bowers, H., Wroe, A. L., & Pincus, T. (2017). ‘Isn’t it ironic?’ Beliefs about the unacceptability of emotions and emotional suppression relate to worse outcomes in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 36(5), 1121-1128.
- Bowers, H., Wroe, A., & Pincus, T. (2017). The relationship between beliefs about emotions and quality of life in irritable bowel syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 1-7.

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103-108.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448-461.
- Dan-Glauser, E. S., & Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences. *Psychophysiology*, 48(9), 1309-1322.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological bulletin*, 126(6), 890.
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion beliefs and cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 44(2), 128-141.
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The neural Bases of emotion regulation: Reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577–586.
- Gouveia, V. V., Moura, H. M. D., Oliveira, I. C. V. D., Ribeiro, M. G. C., Rezende, A. T., & Brito, T. R. D. S. (2018). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Evidence of Construct Validity and Internal Consistency. *Psico-USF*, 23(3), 461-471.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.

Gruber, J., Hay, A. C., & J. J., Gross. (2014). Rethinking emotion: Cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion*, 14(2), 388–396.

Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34(1), 41-52.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(Supl II), 54-64.

Laloyaux, J., Fantini, C., Lemaire, M., Luminet, O., & Larøi, F. (2015). Evidence of contrasting patterns for suppression and reappraisal emotion regulation strategies in alexithymia. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(9), 709-717.

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words. *Psychological science*, 18(5), 421-428.

Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 169-176.

Mocaiber, I., de Oliveira, L., Garcia Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Rui Ventura, P., Vasconcellos Figueira, I., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em estudo*, 13(3).

Mograbi, D. C., Indelli, P., Lage, C. A., Tebyriça, V., Landeira-Fernandez, J., & Rimes, K. A. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian

version of the Beliefs about Emotions Scale. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40(1), 21-28.

Richards, J. M., & Gross, J. J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 1033-1044.

Rimes, K. A., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of psychosomatic research*, 68(3), 285-292.

Rimes, K. A., Ashcroft, J., Bryan, L., & Chalder, T. (2016). Emotional suppression in chronic fatigue syndrome: Experimental study. *Health Psychology*, 35(9), 979.

Roberts, N. A., Levenson, R. W., & Gross, J. J. (2008). Cardiovascular costs of emotion suppression cross ethnic lines. *International Journal of Psychophysiology*, 70(1), 82-87.

Ruesch, J. (1948). The Infantile Personality: The Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134-144.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22 (2-6), 255-262.

Sydenham, M., Beardwood, J., & Rimes, K. A. (2017). Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(1), 73-78.

Tibubos, A. N., Grammes, J., Beutel, M. E., Michal, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2017). Emotion regulation strategies moderate the relationship of fatigue with depersonalization and derealization symptoms. *Journal of Affective Disorders*.

van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.

Widaman, K. F., Little, T. D., Preacher, K. J., & Sawalani, G. M. (2011). On creating and using short forms of scales in secondary research. In K. H.

Trzesniewski, M. B. Donnellan, & Lucas, R. (Eds.), Secondary data analysis (pp. 39–61). Washington, DC: American Psychological Association.

Yoshida, E. M. P. (2007). Validade da Versão em Português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em Amostra Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 389-396.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes (n = 371)

Variável	Média (DP)/ Amplitude
Idade (df = 121)	25.1 (8.2) / 18–68
Sexo (feminino/masculino)	280 / 91
Nível Educacional (com/sem ensino superior)	70 / 301
QRE (df = 31)	38.6 (14) / 15 – 62
Sub-escala de supressão	13.1 (6.1) / 4 – 26
Sub-escala de reavaliação	25.5 (9.9) / 6 - 42
BES (df = 0)	33 (11.8) / 8 - 65
EAT-20 (df = 55)	46.5 (22.8) / 20-85

df – dados faltantes; BES – Escala de Crenças sobre Emoções; QRE – Questionário de Regulação Emocional; EAT-20 – Escala de Alexitimia de Toronto

Tabela 2. Indica as médias, desvio padrão, correlação item total corrigida de cada um dos itens e fidedignidade (valor de alfa de cronbach) se o item for excluído

Itens	M	DP	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Quando eu quero sentir emoções mais positivas (tais como alegria e diversão) eu mudo o que eu estou pensando	4.59	1.62	.38	.63
2. Guardo minhas emoções para mim mesmo	4.56	1.74	.18	.66
3. Quando eu quero sentir emoções menos negativas (tais como tristeza e raiva) eu mudo o que eu estou pensando	4.59	1.62	.40	.62
4. Quando eu estou sentindo emoções positivas eu tomo o cuidado de não demonstrá-las	2.4	1.38	.16	.66
5. Quando eu me deparo com uma situação estressante, eu tento pensar nela de forma a me ajudar a ficar calmo	4.41	1.95	.26	.65
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando	3.51	1.81	.34	.63
7. Quando eu quero sentir emoções mais positivas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação	4.81	1.48	.43	.62
8. Eu controlo minhas emoções mudando a forma como eu penso a respeito da situação em que estou	4.63	1.59	.40	.62
9. Quando eu estou sentindo emoções negativas. eu não as expresso	3.84	1.7	.32	.64
10. Quando eu quero sentir emoções menos negativas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação	4.78	1.47	.40	.62

Tabela 3. Análise Fatorial Exploratória – dados rotacionados (Oblimin)

Item	Cargas Fatorias rotacionadas	
	F1	F2
7. Quando eu quero sentir emoções mais positivas , eu mudo a forma como eu estou pensando na situação	.77	-.09
10. Quando eu quero sentir emoções menos negativas, eu mudo a forma como eu estou pensando na situação	.73	-.10
8. Eu controlo minhas emoções mudando a forma como eu penso a respeito da situação em que estou	.71	-.08
3. Quando eu quero sentir emoções menos negativas (tais como tristeza e raiva)eu mudo o que eu estou pensando	.55	-.04
1. Quando eu quero sentir emoções mais positivas (tais como alegria e diversão) eu mudo o que eu estou pensando	.50	.09
5. Quando eu me deparo com uma situação estressante, eu tento pensar nela de forma a me ajudar a ficar calmo	.36	.04
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando	.07	.78
9. Quando eu estou sentindo emoções negativas, eu não as expresso	.07	.68
2. Guardo minhas emoções para mim mesmo	-.07	.63
4. Quando eu estou sentindo emoções positivas eu tomo o cuidado de não demonstrá-las	-.04	.41
Autovalor	2.89	2.21
Variância (%)	28.90	22.08
Alfa de Cronbach	.76	.72

Tabela 4. Correlações entre variáveis clínicas

Variável	EAT-20	BES
QRE	.52	.10
BES	.23	
F1 – reavaliação	.40	-.04
F2 – supressão	.54	.30

Escalas que apresentaram diferenças significativas estão apresentadas

em negrito (p < .001). (BES) – Escala de Crenças sobre Emoções;

(QRE) – Questionário de Regulação Emocional;

(EAT-20) – Escala de Alexitimia de Toronto

4 – Discussão Geral

Esta dissertação apresentou dois trabalhos referentes a sintomas e variáveis clínicas associadas à presença de crenças disfuncionais sobre emoções negativas, procurando evidenciar suas repercussões e desfechos para a saúde mental. Com esse objetivo, foram conduzidos estudos utilizando como instrumento a Escala de Crenças sobre Emoções (BES: Rimes & Chalder, 2010) para medir a presença destas crenças. Assim, buscou investigar a maior parte dos fatores e sintomas à ela associados quanto aos seus efeitos, tanto na população geral, quanto em um grupo vulnerável pelos estressores ambientais que desempenham uma função de risco, a população policial. Na realização do primeiro estudo, além das crenças foram medidas ansiedade (GAD-7: Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006), depressão (PHQ-9: Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; de Lima Osorio, Vilela Mendes, Crippa & Loureiro, 2009), fadiga (CFQ: Chalder et al, 1993; Cho et al., 2007) e medo de avaliação negativa (FNES: Watson & Friend, 1969; Silva & Nardi, 2009). No segundo, além da medida para as crenças, foram investigadas estratégias de regulação emocional (QRE: Gross & John, 2003; Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento & Cachioni, 2013), o que recebeu o maior enfoque pelo objetivo de validação do instrumento, e dificuldades associadas, como alexitimia (EAT-20: Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bagby, Taylor & Parker, 1994; Yoshida, 2007).

Os presentes estudos objetivaram encontrar associações entre crenças disfuncionais sobre emoções negativas, sintomas, formas de lidar com as emoções, dificuldades emocionais e seus efeitos para a saúde mental. No primeiro estudo o enfoque foi dado na correlação entre os sintomas e intensidade destas variáveis clínicas. A relação entre crenças e formas de lidar com as emoções se deu de forma indireta, visto que ocorreu pela investigação da intensidade desses sintomas (depressão, ansiedade, fadiga e medo de avaliação negativa) relativos à presença das crenças disfuncionais sobre emoções negativas, em uma população de risco (policial). Estes sintomas apresentam associações bem estabelecidas na literatura com a tendência de lidar com as emoções de formas pouco adaptativas como por meio da evitação emocional e supressão das emoções, em especial, em

populações vulneráveis como os grupos clínicos que apresentam, com frequência, associados a dificuldades de regulação das emoções estes sintomas de forma clinicamente grave, o que ocorreu para os policiais em relação à fadiga, depressão e ansiedade. No segundo estudo o foco foi na associação com estratégias de regulação das emoções, concentrando a atenção nos processos emocionais e suas dificuldades associadas, como alexitimia, até então pouco exploradas, porém de fundamental relevância, em especial dada sua presença em quadros clínicos relacionados com altos níveis de crenças disfuncionais sobre emoções negativas, como, por exemplo, os de sintomatologia somática.

Em ambos estudos foram encontradas associações entre crenças e fatores clínicos. No estudo com grupo de policiais ela apareceu relacionada com taxas mais elevadas de depressão e medo de avaliação negativa, sendo graves os níveis de depressão neste grupo. No estudo de validação brasileira do questionário de regulação emocional, as crenças se relacionaram com a supressão emocional, tida como uma forma pouco adaptativa de lidar com as emoções, por seus resultados em diferentes estudos presentes na literatura que apontam para manutenção e/ou aumento do estado emocional que se pretende modificar ou mudar. Além disso, neste estudo foi observada, também, uma relação com a alexitimia, que indica uma associação entre essas crenças disfuncionais e menor entendimento, identificação e comunicação de estados emocionais, o que ainda não havia sido investigado em estudos prévios.

Assim, a partir dos dados obtidos nos dois estudos apresentados é possível concluir, por meio dos resultados encontrados em correlações, que as variáveis clínicas aqui apresentadas e a presença das crenças possuem uma relação, embora não se conheça ainda a direção da causalidade, podendo atuar de forma conjunta para a formação e agravamento de sintomas de diferentes transtornos que possuam alguns desses sintomas e/ou variáveis como centrais em seus quadros.

Dessa maneira, o primeiro estudo buscou investigar, em um grupo de risco, relações entre crenças disfuncionais e sintomas associados na literatura, conforme previamente colocado. Apesar de não terem sido encontradas, por meio de testes t, diferenças entre os grupos para crenças disfuncionais sobre emoções negativas, o que foi um resultado inesperado, dado o ambiente de trabalho e

cultura organizacional nos quais emoções tendem a ser vistas de forma desfavorável, correlações foram observadas entre maior intensidade de crenças e maiores níveis de depressão, dado que corrobora com resultados anteriores presentes na literatura. Também, entre altos níveis de crenças e a presença mais intensa de medo de avaliação negativa, dado que pode estar associado, pela possível relação feita entre emoções negativas, como tristeza, e fraqueza, o que tende a ser aprendido durante os intensos treinamentos pelos quais são expostos para prepará-los para o cotidiano policial e/ou por questões pessoais associadas ao desenvolvimento, reforçadas pela cultura e ambiente ocupacionais. Altos níveis de fadiga, depressão e ansiedade foram observados na população de policiais em comparação aos controles, além de apresentarem, uma alta prevalência destes mesmos sintomas, indicando gravidade clínica.

Já o segundo estudo buscou, por meio da validação brasileira do instrumento de regulação emocional, também analisar correlações com variáveis clínicas emocionais associadas. Este estudo apresentou deste modo, um direcionamento especial às dificuldades emocionais, mantendo o foco na relação entre processos emocionais de diferentes ordens, mas que possuem grande influência entre si. Procurou-se cultivar, assim, maior enfoque em emoções e em dificuldades relacionadas, como acontece na alexitimia, que envolve, por exemplo, uma dificuldade em entender as próprias emoções, bem como, identificar estes estados afetivos e comunica-los. Ainda, em especial, nas relações que poderiam ser encontradas entre a presença mais intensa de crenças e dificuldades de regulação emocional. Assim, conforme esperado, a supressão apareceu positivamente correlacionada com níveis mais elevados de crenças sobre emoções e dificuldades emocionais, como ocorre na alexitimia.

O presente trabalho apresenta algumas limitações. No primeiro grupo a ausência de policiais do sexo feminino indica a necessidade de maiores investigações para que os dados possam ser generalizados. Além disso, medidas de regulação emocional teriam ajudado a elucidar de forma mais direta as variáveis de interesse no estudo 1, embora haja uma relação entre os aspectos que mostraram taxas elevadas, indicando sintomas clinicamente graves, e formas pouco adaptativas de lidar com as emoções, com uma tendência predominante para estratégias evitativas, como ocorre na supressão das emoções.

A relevância deste trabalho se encontra, referente ao estudo 1, na confirmação de evidências entre associações de variáveis clínicas em um grupo de risco, policiais militares, que apresentou sintomas clinicamente graves, tendo um deles, a fadiga, a sua prevalência relatada acreditamos que pela primeira vez em forças policiais na literatura. No estudo 2, a contribuição se deu por meio da validação brasileira do Questionário de Regulação Emocional para a população adulta, um instrumento amplamente utilizado na investigação de estratégias de regulação das emoções, o que pode ajudar não apenas os grupos já vulneráveis pela presença diagnóstica, mas também grupos de risco como o estudado no primeiro artigo deste trabalho. Neste estudo ainda foram observadas pela primeira vez associações entre estas crenças disfuncionais sobre emoções negativas e dificuldades emocionais, como ocorre na alexitimia.

Assim sendo, conforme evidenciado ao longo do presente trabalho, crenças disfuncionais sobre emoções negativas exercem influência, pela forma como estas emoções são interpretadas, na maneira de lidar com elas e como serão reguladas. Crenças sobre a inaceitabilidade da experiência e expressão das emoções negativas, pelos impactos para consciência emocional, podem levar ao uso de estratégias menos adaptativas de regulação, como a supressão das emoções. Isto pode contribuir para formação e manutenção da presença de sintomas como depressão, ansiedade, fadiga e medo de avaliação negativa (um fator da autocrítica – perfeccionismo patológico), e também, com formas pouco adaptativas de estratégias de regulação das emoções, evidenciando uma possível característica bidirecional entre os fatores. Logo, parece haver um sistema de sobrecarga emocional entre os elementos estudados, em especial, em grupos de risco, seja pela presença de transtornos, dificuldades emocionais ou fatores ambientais estressores como acontece no caso de policiais militares. Portanto, a partir dos resultados obtidos por meio das correlações acima apresentadas, algumas questões podem ser propostas. Por exemplo, os resultados mostram que intervenções são necessárias para dar conta dos dados observados no estudo com policiais que precisam de preocupação e atenção pela gravidade clínica. Dessa forma, a criação de programas de atendimento e conscientização que endereçassem a saúde mental, em especial, com intervenções que contribuíssem para regulação das emoções, levando em conta fatores coletivos e individuais,

poderiam trazer maiores níveis de bem-estar e qualidade de vida, diante dos dados aqui apresentados, beneficiando este grupo.

Por fim, o endereçamento das crenças, dificuldades de regulação das emoções, uso crônico de estratégias pouco adaptativas de regulação emocional e problemas associados ao entendimento e identificação das emoções, dentre outras questões como ocorre na alexitimia, poderia ajudar nas práticas clínicas. Em especial pelas correlações observadas entre dificuldades em processos emocionais, o que poderia contribuir para melhor gerenciamento dos sintomas em que essas dificuldades se façam presentes. Diante dos resultados aqui obtidos, estes esforços poderiam contribuir para o prognóstico e tratamento de diferentes condições.

5 – Conclusão

O presente trabalho investigou, por meio de dois artigos, repercussões para a saúde mental diante da possível presença de crenças disfuncionais sobre emoções negativas. Estas crenças consistem na falta de aceitação em ter a experiência e expressar emoções negativas, por serem consideradas emoções erradas, inconvenientes por quem as têm. Estão associadas na literatura com sintomas de ansiedade, depressão e fadiga e com variáveis clínicas, como, perfeccionismo patológico e supressão emocional como estratégia para lidar com eventos emocionais, o que pode ocorrer pela forma que essas emoções são entendidas e vulnerabilidade associada.

O *artigo 1*, desfechos em saúde mental para policiais militares, buscou endereçar essas questões por meio da investigação da intensidade dos sintomas e variáveis clínicas relacionados as crenças disfuncionais sobre emoções negativas em um grupo vulnerável à presença dessas crenças diante dos estressores ambientais e culturais. Com relação aos fatores externos, constituem grupo de risco, os policiais militares, por ser um grupo apontado na literatura como tendo altos níveis dos sintomas associados as crenças e com fortes estressores ambientais dadas as características da própria ocupação, constituindo uma das mais demandantes. Já a cultura ocupacional na qual os policiais estão inseridos, forma um fator de risco pelos treinamentos aos quais são submetidos, nos quais a expressão emocional não é desejada, sendo o descontrole emocional tido como uma potencial ameaça para suas carreiras. No estudo, apesar de não terem sido encontradas diferenças entre os grupos para crenças disfuncionais sobre emoções negativas, o que foi um resultado inesperado, dado o ambiente de trabalho e cultura organizacional nos quais emoções tendem a ser vistas de forma desfavorável, testes t mostraram que os policiais, apresentaram maiores níveis de fadiga, depressão e ansiedade, em comparação aos controles, no que se refere aos escores totais das escalas. Além disso, foram encontradas altas taxas de prevalência de fadiga, depressão e ansiedade, representando essas taxas o dobro em comparação ao grupo controle, indicando a presença desses sintomas clinicamente severos no grupo policial. A contribuição do estudo se deu, em

especial, por meio dos dados de prevalência e acreditamos, com relação ao de fadiga, ser a primeira vez que é relatado em forças policiais na literatura. Os resultados de correlação mostraram quase todas as variáveis clínicas se relacionando, o que reforça a presença de sintomas clinicamente graves e a necessidade de maior atenção para saúde mental dessa população, especialmente, por meio de programas que contemplem esse tema e enderecem esses sintomas e meios de regulação emocional como forma de lidar com eles e dificuldades emocionais que podem surgir, impactando a qualidade de vida dos policiais.

Já o *artigo 2*, validação brasileira do Questionário de Regulação Emocional (QRE): resultados psicométricos do instrumento e correlações com variáveis clínicas em adultos, elucidou questões referentes à saúde mental e crenças sobre emoções por meio da investigação das qualidades psicométricas do instrumento, mantendo o foco em processos emocionais de diferentes ordens quanto as variáveis clínicas estudadas, mas que podem se influenciar, sendo eles, as crenças, estratégias de regulação emocional (QRE) e alexitimia, quadro que apresenta dificuldades na identificação, expressão e comunicação das emoções. O QRE apresentou boas propriedades psicométricas para o total da escala e subescalas do instrumento, mostrando ser um questionário adequado para medidas de regulação das emoções, mais especificamente, reavaliação cognitiva e supressão emocional em adultos. No estudo, conforme esperado, a supressão se mostrou positivamente correlacionada com maiores níveis de crenças disfuncionais sobre emoções negativas e alexitimia, se apresentando esta última também correlacionada com maiores níveis dessas crenças. Assim, parece haver uma associação entre dificuldades emocionais e a supressão emocional como meio de redução de uma possível vulnerabilidade percebida. As contribuições do estudo ocorreram por meio da validação do instrumento para a população adulta, verificação da associação entre o conceito de crenças disfuncionais sobre emoções negativas e alexitima, investigações que acreditamos terem sido feitas pela primeira vez na literatura, e ainda, pelas associações positivas entre supressão e variáveis clínicas, dados que corroboram para que a supressão seja entendida como uma estratégia pouco adaptativa de regulação das emoções.

Os estudos procuraram investigar, dessa maneira, sintomas e variáveis clínicas associados a crenças disfuncionais sobre emoções negativas, buscando

associações entre estes fatores e dificuldades emocionais e seus impactos para a saúde mental. Ambos encontraram correlações que corroboram para que as crenças sejam disfuncionais, sobretudo no segundo estudo com as relações encontradas entre a presença mais intensa das crenças e maior tendência ao uso de supressão emocional como estratégia de regulação das emoções, forma essa associada a resultados adversos na literatura, e maiores níveis de alexitimia. Ainda, no primeiro estudo as crenças apareceram associadas com mais sintomas de depressão e mais medo de avaliação negativa por parte de outras pessoas. Assim, a elucidação da presença desses fatores e suas correlações pode colaborar no esclarecimento de suas atuações, o que contribui para o gerenciamento destas variáveis, presentes em diferentes quadros clínicos.

6 – Referências Bibliográficas

Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M., & Ieraci, V. (2015). Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occupational medicine*, 65(6), 466-473.

Ali, A., Toner, B. B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N. E., Gould, M. I., & Vidins, E. I. (2000). Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 76-82.

Bowers, H., & Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Mental Health*, 25(2), 154-158.

Bowers, H., Wroe, A. L., & Pincus, T. (2017). 'Isn't it ironic?' Beliefs about the unacceptability of emotions and emotional suppression relate to worse outcomes in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 36(5), 1121-1128.

Bowers, H., Wroe, A., & Pincus, T. (2017). The relationship between beliefs about emotions and quality of life in irritable bowel syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 1-7.

Brooks, S. K., Rimes, K. A., & Chalder, T. (2011). The role of acceptance in chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 71(6), 411-415.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.

Carlan, P. E., & Nored, L. S. (2008). An examination of officer stress: Should police departments implement mandatory counseling?. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 23(1), 8-15.

Chen, H. C., Chou, F. H. C., Chen, M. C., Su, S. F., Wang, S. Y., Feng, W. W., ...& Tsai, T. C. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of life research*, 15(5), 925-932.

Corstorphine, E. (2006). Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448-461.

Damásio, A. (2009). O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras.

Dan-Glauser, E. S., & Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences. *Psychophysiology*, 48(9), 1309-1322.

De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion beliefs and cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 44(2), 128-141.

Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical psychology review*, 27(7), 781-797.

Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 665-676.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.

Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563.

Flo, E., & Chalder, T. (2014). Prevalence and predictors of recovery from chronic fatigue syndrome in a routine clinical practice. *Behaviour research and therapy*, 63, 1-8.

Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The neural Bases of emotion regulation: Reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577–586.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.

Gruber, J., Hay, A. C., & J. J., Gross. (2014). Rethinking emotion: Cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion*, 14(2), 388–396.

Hartley, T. A., Burchfiel, C. M., Fekedulegn, D., Andrew, M. E., & Violanti, J. M. (2011). Health disparities in police officers: comparisons to the US general population. *International journal of emergency mental health*, 13(4), 211.

James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128.

Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Treating social anxiety disorder with CBT: Impact on emotion regulation and satisfaction with life. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 406-416.

Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39(1), 1-12.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(Supl II), 54-64.

Laloyaux, J., Fantini, C., Lemaire, M., Luminet, O., & Larøi, F. (2015). Evidence of contrasting patterns for suppression and reappraisal emotion regulation

strategies in alexithymia. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(9), 709-717.

Lawson, K. J., Rodwell, J. J., & Noblet, A. J. (2012). Mental health of a police force: Estimating prevalence of work-related depression in Australia without a direct national measure. *Psychological Reports*, 110, 743-752.

Liberman, A. M., Best, S. R., Meltzer, T. J., Fagan, J. A., Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 25, 421-441.

Mocaiber, I., de Oliveira, L., Garcia Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Rui Ventura, P., Vasconcellos Figueira, I., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em estudo*, 13(3).

Mograbi, D. C., Indelli, P., Lage, C. A., Tebyriça, V., Landeira-Fernandez, J., & Rimes, K. A. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the Beliefs about Emotions Scale. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40(1), 21-28.

Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 970-988.

Panksepp, J., & Northoff, G. (2009). The trans-species core SELF: the emergence of active cultural and neuro-ecological agents through self-related processing within subcortical-cortical midline networks. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 193-215.

Richards, J. M., & Gross, J. J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 1033-1044.

Rimes, K. A., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of psychosomatic research*, 68(3), 285-292.

Rimes, K. A., Ashcroft, J., Bryan, L., & Chalder, T. (2016). Emotional suppression in chronic fatigue syndrome: Experimental study. *Health Psychology*, 35(9), 979.

Roberts, N. A., Levenson, R. W., & Gross, J. J. (2008). Cardiovascular costs of emotion suppression cross ethnic lines. *International Journal of Psychophysiology*, 70(1), 82-87.

Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 343-357.

Shinohara, H. D. O. (1997). Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*, 1-5.

Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., & Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 535-544.

Sydenham, M., Beardwood, J., & Rimes, K. A. (2017). Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(1), 73-78.

Thew, G., Gregory, J., Roberts, K., & Rimes, K. (2017). The phenomenology of self-critical thinking in people with depression, eating disorders and in healthy individuals. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.

Tran, L., & Rimes, K. A. (2017). Unhealthy perfectionism, negative beliefs about emotions, emotional suppression, and depression in students: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences*, 110, 144-147.

Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.

Wagner, R., Silove, D., Marnane, C., & Rouen, D. (2006). Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 363-371.

Wolgast, M., Lundh, L., & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research and therapy*, 49(12), 858-866.

7 – Anexos

Anexo I – Escala de Crenças sobre Emoções

Escala de Crenças sobre Emoções (Rimes & Chalder, 2010)

Por favor, marque a coluna que melhor descreve como você pensa. Note que, porque as pessoas são diferentes, não há resposta certa ou errada para estas afirmações. Para decidir se uma resposta é típica do seu jeito de ver a vida, considere simplesmente como você pensa na maior parte do tempo.

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo parcialmente	Neutro	Discordo parcialmente	Discordo muito	Discordo totalmente
É um sinal de fraqueza se eu tenho pensamentos tristes.							
Se eu tenho dificuldades, não devo admiti-las para os outros.							
Se eu perder controle das minhas emoções na frente dos outros, eles vão me achar uma pessoa inferior.							
Eu deveria ser capaz de controlar minhas emoções.							
Se eu estou tendo dificuldades, é importante fingir que está tudo bem.							
Se eu mostrar sinais de fraqueza, os outros irão me rejeitar.							
Eu não devo me deixar levar por sentimentos negativos.							
Eu deveria ser capaz de lidar sozinho com dificuldades, sem contar com os outros para ajuda.							
Para ser aceito pelos outros, eu devo guardar quaisquer dificuldades ou sentimentos negativos para mim mesmo.							
É idiote ter pensamentos tristes.							
Seria um sinal de fraqueza mostrar minhas emoções em público.							
Outros esperam que eu sempre esteja no controle de minhas emoções.							

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1712284/CA

Voluntário Nº ____

Gostaríamos de te fazer algumas perguntas sobre sua vida emocional, em particular, sobre como você se controla (isto é, regula e administra) suas emoções. Estamos interessados em 2 aspectos da sua vida emocional. Um é a sua experiência emocional, ou o que você sente dentro de si. O outro é a sua expressão emocional, ou como você demonstra suas emoções na fala, gestos e comportamentos. Embora algumas das perguntas seguintes possam parecer similares umas as outras, elas se diferem em aspectos importantes. Para cada item, por favor responda usando a escala seguinte

1. ____ Quando eu quero sentir emoções mais *positivas* (tais como alegria e diversão), eu *mudo o que eu estou pensando*.
2. ____ Eu guardo minhas emoções para mim mesmo.
3. ____ Quando eu quero sentir emoções *menos negativas* (tais como tristeza e raiva), eu *mudo o que eu estou pensando*.
4. ____ Quando eu estou sentindo emoções *positivas*, eu tomo o cuidado de não demonstrá-las.
5. ____ Quando eu me deparo com uma situação estressante, eu tento *pensar nela* de forma a me ajudar a ficar calmo.
6. ____ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando*.
7. ____ Quando eu quero sentir emoções mais *positivas*, eu *mudo a forma como eu estou pensando* na situação.
8. ____ Eu controlo minhas emoções *mudando a forma como eu penso a respeito* da situação em que estou.
9. ____ Quando eu estou sentindo emoções *negativas*, eu não as expresso.
10. ____ Quando eu quero sentir emoções menos negativas, eu *mudo a forma como eu estou pensando* na situação.

Anexo III – Transtorno Geral de Ansiedade

TRANSTORNO GERAL DE ANSIEDADE-7 (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com um “x”).

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Anexo IV – Questionário sobre a Saúde do/a Paciente

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com um "x").

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormi mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo de mais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a - ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto - estar tão agitado/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Anexo V – Questionário de Fadiga de Chalder

Questionário de Fadiga de Chalder

Gostaríamos de saber se você tem tido algum problema de cansaço, fraqueza ou falta de energia NO ÚLTIMO MÊS. Por favor, responda TODAS as questões abaixo simplesmente marcando com um X a resposta mais próxima que diz a respeito de você. Gostaríamos de saber como você está se sentindo neste momento ou tem se sentido recentemente, e não há muito tempo atrás. Se você vem se sentido cansado há muito tempo, queremos que você compare seu estado atual com a última vez que se sentiu bem.

1. Você tem problema de cansaço ou fraqueza?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
2. Você precisa descansar mais?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
3. Você se sente sonolento?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
4. Você tem dificuldade para começar suas atividades?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
5. Você sente falta de energia?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
6. Você está com pouca força muscular?	<input type="checkbox"/> Melhor que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Pior que de costume	<input type="checkbox"/> Muito pior que de costume
7. Você se sente fraco?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
8. Você tem dificuldade para se concentrar?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
9. Você troca as palavras sem querer quando está falando?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
10. Você acha difícil encontrar as palavras certas?	<input type="checkbox"/> Menos que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Mais que de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que de costume
11. Como está sua memória?	<input type="checkbox"/> Melhor que de costume	<input type="checkbox"/> Como de costume	<input type="checkbox"/> Pior que de costume	<input type="checkbox"/> Muito pior que de costume

Anexo VI – Escala de Medo de Avaliação Negativa

Escala de Medo de Avaliação Negativa		
Para as seguintes afirmativas, por favor, responda se são verdadeiras ou falsas para você.		
Circule V para verdadeiro e F para falso.		
1. Raramente me preocupo em parecer tolo aos outros.	V	F
2. Preocupo-me com o que as pessoas pensarão de mim mesmo quando sei que isso não faz nenhuma diferença.	V	F
3. Eu me torno tenso e inquieto quando sei que alguém está me avaliando.	V	F
4. Eu fico despreocupado mesmo se eu sei que as pessoas estão formando uma impressão ruim de mim.	V	F
5. Eu me sinto muito chateado quando cometo algum vexame em público.	V	F
6. As opiniões que pessoas importantes têm de mim me causam pouca preocupação.	V	F
7. Frequentemente tenho medo de que possa parecer ridículo ou fazer papel de bobo.	V	F
8. Reajo muito pouco quando outras pessoas me desaprovam.	V	F
9. Frequentemente tenho medo de que outras pessoas percebam meus defeitos.	V	F
10. A desaprovação dos outros teria pouco efeito em mim.	V	F
11. Se alguém está me avaliando, tendo a esperar o pior.	V	F
12. Raramente me preocupo com o tipo de impressão que estou causando em alguém.	V	F
13. Temo que outros não me aprovarão.	V	F
14. Temo que as pessoas encontrarão defeitos em mim.	V	F
15. As opiniões dos outros a meu respeito não me incomodam.	V	F
16. Não fico necessariamente chateado se não agrado a alguém.	V	F
17. Quando estou conversando com alguém, me preocupo com o que possam estar pensando sobre mim.	V	F
18. Sinto que às vezes não posso evitar cometer vexame em público, então, por quê me preocupar com isso.	V	F
19. Fico frequentemente preocupado com o tipo de impressão que passo.	V	F
20. Preocupo-me muito com o que os meus superiores pensam de mim.	V	F
21. Se eu sei que alguém está me julgando, isso tem pouco efeito em mim.	V	F
22. Eu me preocupo que os outros pensem que eu não tenho valor.	V	F
23. Eu me preocupo muito pouco com o que os outros possam pensar de mim.	V	F
24. Às vezes, acho que estou muito preocupado com o que os outros possam pensar de mim.	V	F
25. Frequentemente me preocupo se direi ou farei coisas erradas.	V	F
26. Frequentemente sou indiferente às opiniões que os outros têm de mim.	V	F
27. Frequentemente fico confiante que os outros terão uma boa impressão de mim.	V	F
28. Eu frequentemente me preocupo que as pessoas que me são importantes não pensarão muito em mim.	V	F
29. Penso continuamente sobre as opiniões que meus amigos têm de mim.	V	F
30. Eu me torno tenso e inquieto se sei que estou sendo julgado por meus superiores.	V	F

Anexo VII – Escala de Alexitimia de Toronto

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Use a seguinte chave:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.....1...2...3...4...5
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.....1...2...3...4...5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.....1...2...3...4...5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.....1...2...3...4...5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.....1...2...3...4...5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.....1...2...3...4...5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações do meu corpo.....1...2...3...4...5

8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que acontecem assim.....1...2...3...4...5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.....1...2...3...4...5
10. É essencial estar em contato com as emoções.....1...2...3...4...5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.....1...2...3...4...5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.....1...2...3...4...5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.....1...2...3...4...5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.....1...2...3...4...5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.....1...2...3...4...5
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.....1...2...3...4...5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.....1...2...3...4...5
18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.....1...2...3...4...5

19. Considero o exame dos meus sentimentos úteis na resolução de problemas pessoais.....1...2...3...4...5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.....1...2...3...4...5