



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Maria Helena Pereira Pinto

EVITAMENTO DE COMPORTAMENTOS DE  
DOENÇA E O SEU PAPEL MEDIADOR NA  
RELAÇÃO ENTRE A VERGONHA E SINTOMAS  
DEPRESSIVOS NUMA AMOSTRA MISTA DE  
DOENTES CRÓNICOS

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde orientada pela Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes e Doutora Maria Inês Oliveira e Costa de Almeida Trindade e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2020

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

EVITAMENTO DE COMPORTAMENTOS DE  
DOENÇA E O SEU PAPEL MEDIADOR NA  
RELAÇÃO ENTRE A VERGONHA E SINTOMAS  
DEPRESSIVOS NUMA AMOSTRA MISTA DE  
DOENTES CRÓNICOS

Maria Helena Pereira Pinto

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde orientada pela Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes e Doutora Maria Inês Oliveira e Costa de Almeida Trindade e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2020



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



## Agradecimentos

---

À Professora Doutora Ana Allen Gomes, o meu obrigada pelo acompanhamento ao longo deste ano letivo. Para além da transmissão de conhecimento técnico, académico e científico a vários níveis, agradeço, particularmente, a forma peculiar com que me orientou. Ofereceu-me a compreensão de quem já percorreu este caminho, a serenidade que muitas vezes precisava, e uma exigência subtil em cada crítica construtiva que me permitiu melhorar. Obrigada pelo profissionalismo que carrega.

À Doutora Inês Trindade, pela orientação exímia com que me brindou. Agradeço-lhe o conhecimento transmitido de forma tão paciente, cuidadosa e serena. Obrigada pela sua dedicação, compreensão, palavras de encorajamento e, sobretudo, pelo acompanhamento assíduo, constante e, simultaneamente, compassivo nos diversos momentos. A sua orientação foi uma das peças fundamentais para a realização deste trabalho. Obrigada.

Um agradecimento especial a todas as instituições que divulgaram este estudo e a todos os doentes crónicos que aceitaram participar. Obrigada pelo tempo disponibilizado e pela entajuda. Foram essenciais.

À minha família, os responsáveis por esta conquista. Obrigada por me deixarem viver este sonho. Obrigada por não me terem cortado as asas, por me terem dado liberdade para voar e um ninho para regressar. O meu agradecimento pela aceitação incondicional e por me passarem os melhores valores. A minha gratidão será eterna. As minhas conquistas serão vossas. À família mais alargada, obrigada pelo sentimento tão caloroso que é reunir com vocês. Obrigada por serem o meu núcleo.

Às minhas pessoas de Coimbra. Aos meus. Pelo tanto que contribuíram para que a despedida fosse tão dolorosa. O meu agradecimento pelas vivências partilhadas, académicas e pessoais. Pelo dia a dia de convivência, pela felicidade encontrada nas pequenas coisas, numa piada, numa gargalhada, num abraço. Porque a vida também se expressa nos meros e, ao mesmo tempo, grandes detalhes e, vocês são, sem dúvida, o meu detalhe mais bonito. Obrigada pela partilha de humanidade. Pela irmandade. Encontrei em vocês um abrigo, ao qual irei querer sempre voltar. Continuaremos de mãos dadas.

Às companheiras de uma vida: Dália, Cláudia, Vânia, Jacinta e Inês. Pela compreensão que me ofereceram a cada ausência e a cada “não” que vos dei. Por ouvirem

os meus desabafos, as minhas frustrações, inquietudes e inseguranças. Por simplesmente existirem e me mostrarem o quão necessário é ter um ombro amigo, o vosso. Por me cansarem de gargalhadas. Por me fazerem querer sempre voltar ao meu ninho. Pela vivência de liberdade, aceitação, companheirismo e crescimento conjunto. Por serem o meu ponto assente em todas as fases de transição. Essencialmente, por tudo. Obrigada.

A todos os outros que, de uma forma ou de outra, se foram cruzando comigo nesta jornada, obrigada por terem ajudado a construir lembranças tão ternas.

Por fim, a ti, Coimbra. A tristeza que me causas em ter que partir é proporcional ao bem que me fizeste. Que a corda de uma guitarra me provoque, sempre, a mais bela das recordações. Obrigada.

## Resumo

---

A vivência de uma doença crónica acarreta um conjunto de desafios que podem provocar um impacto ao nível do funcionamento psicológico dos doentes. Esta vivência pode afetar a qualidade de vida e o bem-estar destes indivíduos, pelo que se torna pertinente estudar os mecanismos psicológicos que possam estar relacionados com estas dificuldades. Neste sentido, a presente dissertação tem como objetivo estudar a relação da vergonha relacionada com a doença com sintomas depressivos e a qualidade de sono, tendo como variável mediadora o evitamento experiencial, especificamente, de comportamentos de doença. Foi conduzida uma análise preliminar da *Illness Behavior Avoidance Scale* (IBAS), em relação à sua estrutura fatorial.

Este estudo foi realizado com uma amostra mista de 224 participantes (82.14% mulheres) com diferentes doenças crónicas e com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos ( $M = 42.18$ ;  $DP = 10.73$ ). O recrutamento e recolha de dados foram realizados via *internet*, através de medidas de autorresposta.

A análise fatorial exploratória preliminar da IBAS sugeriu a presença de uma escala unifatorial de 7 itens, com uma consistência interna muito boa, demonstrando-se adequada para avaliar o evitamento de comportamentos de doença, em indivíduos com doenças crónicas. Os resultados obtidos através da análise de caminhos sugerem que uma parte do efeito da vergonha relacionada com a doença na sintomatologia depressiva foi explicada pelo evitamento de comportamentos de doença. Por outro lado, a sintomatologia depressiva medeou o efeito da vergonha relacionada com a doença e do evitamento de comportamentos de doença na qualidade do sono.

Em suma, o evitamento de comportamentos de doença parece desempenhar um papel importante no funcionamento psicológico em doentes crónicos, pelo que se torna pertinente que estudos futuros avaliem longitudinalmente este processo para confirmar a sua relevância na determinação de sintomatologia depressiva em pessoas com doenças crónicas.

**Palavras-chave:** Doenças crónicas, evitamento de comportamentos de doença, qualidade do sono, sintomatologia depressiva, vergonha relacionada com a doença.

Evitamento de Comportamentos de Doença e o seu Papel Mediador na Relação entre a Vergonha e Sintomas Depressivos numa Amostra Mista de Doentes Crónicos

## Abstract

---

*The experience of a chronic illness causes a set of challenges that can have an impact on the psychological functioning of patients. This experience can affect the quality of life and well-being of these individuals, so it is pertinent to study the psychological mechanisms that may be related to these difficulties. Therefore, the present dissertation aims to study the relationship between chronic illness-related shame, depressive symptomatology and quality of sleep, having as a mediating mechanism experiential avoidance regarding illness behaviors. A preliminary analysis of the Illness Behavior Avoidance Scale's factorial structure was also conducted.*

*This study comprised a mixed sample of 224 participants (82.14% women) with different chronic illnesses, with ages ranging from 20 to 65 years ( $M = 42.18$ ;  $SD = 10.73$ ). Recruitment and data collection were made via internet, through self-response measures.*

*The preliminary exploratory factor analysis of IBAS indicated a 7-item unifactorial scale, with a very good internal consistency and adequate to measure illness behavior avoidance, in individuals with chronic medical conditions. The findings, obtained through path analysis, suggest that part of the effect of chronic illness-related shame on depressive symptoms was explained by illness behaviour avoidance. On the other hand, depressive symptoms mediated the effect of chronic illness-related shame and illness behavior avoidance on quality of sleep.*

*In conclusion, these findings suggest that illness behavior avoidance plays an important role in the psychological functioning of chronic patients. Future studies should investigate this process longitudinally to confirm its role in the determination of depressive symptomatology in people with chronic illness.*

**Keywords:** *Chronic diseases, chronic illness-related shame, depressive symptoms, illness behaviour avoidance, sleep quality.*

## Índice

---

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	5
Abstract .....	6
Índice .....	7
Introdução.....	8
Metodologia.....	20
Resultados .....	27
Discussão.....	37
Bibliografia .....	44



## Introdução

---

### **Definição e prevalência**

As doenças crónicas caracterizam-se por serem doenças prolongadas, que necessitam de atenção médica contínua ou interferem nas atividades de vida diária dos indivíduos (Centro de Controlo e Prevenção de Doenças, 2019). Estas resultam de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (OMS, 2018).

As condições crónicas de saúde são cada vez mais prevalentes na população mundial (Busse et al., 2010; Eurostat, 2010), deixando de estarem quase exclusivamente atribuídas ao grupo de população idosa, dado o aumento do número de pessoas jovens e adultos de meia-idade que partilham dessas condições (Busse et al., 2010; Eurostat, 2010).

As doenças crónicas são, na maioria do tempo, relativamente assintomáticas e apresentam um curso prolongado, o que pode levar ao desenvolvimento de complicações secundárias de saúde (Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, 2020). As condições crónicas podem ser muito variadas, podendo compreender diabetes, doenças respiratórias, artrites, cancro, doença renal crónica, doenças cardiovasculares, entre outras (Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, 2020).

Em Portugal, estima-se que estas doenças abranjam cerca de 57,8% da população portuguesa (INSA, 2015), existindo uma tendência para o aumento deste número. A nível europeu, mais de um terço da população com mais de quinze anos sofre, pelo menos, de uma doença crónica (OMS, 2018), constituindo a principal causa de morbilidade e mortalidade, havendo também uma tendência para o crescimento deste fenómeno (Busse et al., 2010).

### **Impacto psicológico da doença crónica e comorbilidade psiquiátrica**

O aparecimento de uma condição crónica provoca uma série de alterações na vida de um indivíduo que requerem uma adaptação a uma nova rotina, devido à sintomatologia associada (Devins et al., 1993), à imprevisibilidade do curso da doença (Goodheart & Lansing, 1997; Turner & Kelly, 2000) e à presença de um regime médico rigoroso e contínuo, que envolve exames regulares e tratamento (Samson et al., 2007). Contudo, a

complexidade em lidar com uma doença crónica não se deve, apenas, aos procedimentos de natureza médica (Samson et al., 2007). Frequentemente, os indivíduos com condições crónicas de saúde experienciam uma menor perceção de independência dos outros, assim como um sentimento de lhes ser um fardo (Casati et al., 2000; Taylor, 2006). Ocorre, igualmente, um decréscimo ao nível da qualidade dos relacionamentos interpessoais e sentimento de incompreensão (Casati et al., 2000; Taylor, 2006), devido ao evitamento situacional que os indivíduos podem desenvolver no caso de os sintomas serem imprevisíveis e difíceis de controlar (Casati & Toner, 2000) ou, por outro lado, devido a alterações na aparência física causadas pela própria doença ou pelo seu tratamento, em particular se causar alterações de peso, complicações dermatológicas, queda de cabelo, ou diminuição do funcionamento sexual (Dunker et al., 1998; McDermott et al., 2015; Muller et al., 2010; Saha et al., 2015). Assim, estas doenças podem colocar em causa o bem-estar físico, a autonomia, o controlo do indivíduo, a sua autoimagem, as ambições pessoais e a relação com a família, amigos e parceiros. Desta forma, estes e outros fatores contribuem para o isolamento social e estigma sentido por pessoas com doenças crónicas (Casati et al., 2000; Hall et al., 2005; Taft et al., 2009), impactando o funcionamento psicológico, social, profissional e espiritual (Samson et al., 2007) e a qualidade de vida destes doentes (Graff et al., 2006; Janke et al., 2005; Porcelli et al., 1996; Verma et al., 2001).

O sono pode constituir, também, uma das áreas impactadas por uma doença crónica. Muitas condições crónicas de saúde são acompanhadas por dificuldades a este nível (Clark et al., 2004; Edell-Gustafsson et al., 2003; Miaskowski et al., 2009), como é exemplo da artrite reumatoide, esclerose múltipla (Devins et al., 1993) e doença pulmonar obstrutiva crónica (Zohal et al., 2013). Estas dificuldades podem surgir devido a fatores físicos e psicossociais (Kemple et al., 2016), de acordo com as especificidades de cada doença crónica (Devins et al., 1993; Yngman-Uhlin & Edell-Gustafsson, 2006; Montgomery & Dennis, 2002). Assim, podem ser causadas devido a sintomatologia depressiva e *stress* emocional (Devins et al., 1993), bem como por alterações do metabolismo provocadas pela própria doença (May et al., 1991), dor ou alteração nos ritmos circadianos (Devins et al., 1993). Podem, também, estar relacionadas com o tratamento em si, como é exemplo da quimioterapia, em doentes com cancro (Byar, 2006), com o curso da doença, a toma de medicação e a hospitalização (Wolfe et al., 2006).

Em indivíduos com doença crónica, observa-se que, devido a um padrão inadequado de sono podem desenvolver-se vários problemas (Weingarten et al., 2002), originando uma série de implicações para a saúde, bem-estar e qualidade de vida destes indivíduos (Berger et al., 2007; Kyle et al., 2010; Miaskowski et al., 2009). Por exemplo, pode haver uma interferência nos resultados do tratamento a uma condição crónica (Hajjar, 2008), prejuízo no desempenho funcional e cognitivo e alteração dos estados emocionais destes (Mannix et al., 2006; Miaskowski et al., 2009). Ainda, estas dificuldades podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, intolerância à glicose e hipertensão (Czeisler, 2011).

A sintomatologia depressiva é, também, comum em doentes crónicos (e.g., Barnett et al., 2012; Clarke & Currie, 2009; Gunn et al., 2012). Esta sintomatologia pode ser provocada por diferentes mecanismos nas várias doenças. Assim, na origem desta podem estar presentes, por exemplo, mecanismos biológicos (como é o caso das doenças inflamatórias, e.g., Duivis et al., 2011; Kochar et al., 2018; Mardini et al., 2004). Por outro lado, o nível de sintomatologia física proveniente da condição crónica, também pode causar ou piorar a sintomatologia depressiva e, também, ansiosa. Sabe-se que um maior número de sintomas médicos aliado a uma origem desconhecida da patologia são relatados por doentes que têm sintomatologia ansiosa e depressiva concomitante com a doença crónica (Katon et al., 2001). Ainda, a adaptação psicológica à doença também pode contribuir para a sintomatologia depressiva (Ford, 2008). Também, em jovens, sabe-se que a solidão e o isolamento podem estar relacionados com esta sintomatologia (Bishop, 2005).

A sintomatologia depressiva associada a condições crónicas de saúde tem implicações no funcionamento do indivíduo (Gili et al., 2013; Ormel et al., 1998). Há um aumento da incapacidade a nível laboral, elevados custos a nível de saúde, maior morbilidade e mortalidade e uma diminuição da autoconfiança do indivíduo (Aromaa et al., 1994; Bruce & Leaf, 1989; Ciechanowski et al., 2000; Ferketich et al., 2000; Frasure-Smith et al., 1993; Saravay & Lavin, 1994; Sullivan et al., 2002). Por outro lado, a presença desta comorbilidade tem implicações ao nível do curso da doença crónica. Os indivíduos tendem a diminuir os comportamentos de autocuidado (Katon, 2003), havendo uma menor adesão a indicações médicas como a toma de medicação (DiMatteo et al., 2000). Também, em consequência deste estado de humor, pode haver uma diminuição da rede de suporte dos indivíduos que poderá ter um papel importante na adesão e adaptação ao tratamento

(DiMatteo, 1994). Assim, há o risco de agravamento dos sintomas físicos das condições crônicas de saúde e aumento bidirecional da incapacidade do indivíduo (Ciechanowski et al., 2003). Há, também, uma ampliação da probabilidade dos indivíduos se envolverem em comportamentos mal-adaptativos como o tabagismo ou sedentarismo o que, por sua vez, leva a uma maior ocorrência de condições médicas secundárias (Katon, 2003).

Nestes estados depressivos está presente a combinação entre o aumento das emoções negativas aliada a uma diminuição das emoções positivas (APA, 2000). A vergonha faz parte das experiências emocionais que se relaciona com estes estados (Kim et al., 2011). A vergonha é uma emoção autoconsciente que se baseia na avaliação negativa do eu (Gilbert, 1998; 2007). O foco atencional é dirigido internamente aos defeitos percebidos e, como resultado, o indivíduo cria uma visão de si como defeituoso ou inferior (Gilbert, 2007; Tangney & Dearing, 2002).

A função da vergonha passa por alertar para o risco da exclusão pelo grupo social a que o indivíduo pertence (Gilbert, 2007). Esta exclusão é dolorosa porque implica a avaliação de que a pessoa tem atributos pessoais desfavoráveis e que não são atraentes ao grupo, como a aparência física, os traços de personalidade, uma doença ou, por outro lado, a presença de determinados comportamentos que podem ser vistos como inapropriados levando à crítica, ao ataque ou à rejeição (Gilbert, 1998; Tangney & Fischer, 1995). Viver em grupo é uma necessidade evolucionariamente intrínseca ao ser humano (Baumeister & Leary, 1995) e, por isso, os indivíduos tendem a garantir um lugar seguro neste, ao monitorizar a sua posição social e a realizar esforços para evitar a crítica ou a rejeição (Gilbert, 2000). Assim, os indivíduos procuram colocar-se num patamar vantajoso por forma a estimular sentimentos positivos nas pessoas sobre os próprios (Gilbert, 2003).

A vergonha em contexto da doença crónica pode ocorrer em relação à doença em si ou à sintomatologia associada e às suas consequências. Assim, níveis elevados de vergonha podem ocorrer devido, por exemplo, à sintomatologia física que pode ser observada pelos outros (Casati et al., 2000; Kellett & Gilbert, 2001). Pode suceder, também, que, alguma sintomatologia não observada pelos outros impeça o indivíduo com doença crónica de estar presente em atividades sociais ou mesmo ter que faltar ao trabalho (e.g., Casati et al., 2000). Isto pode levar à perceção e ao medo de não ser compreendido (e.g., Casati et al., 2000). Por sua vez, diferenças no estilo de vida dos indivíduos devido à sua doença pode, igualmente, levar a esta perceção (por exemplo cuidados na alimentação;

e.g., Casati et al., 2000). Além disso, a imagem corporal poderá, também, ser um fator causador de vergonha (e.g., Casati et al., 2000), devido às mudanças vividas. Por outro lado, quando não é possível controlar a sintomatologia e há um aumento desta, pode existir auto-criticismo por parte dos indivíduos, por se poderem considerar responsáveis por este aumento (Trindade et al., 2017a), estando esta atitude de autojulgamento relacionada com a vergonha sentida (Gilbert, 2007).

A vergonha, quando é sentida em níveis elevados, pode tornar-se patológica, associando-se a uma menor qualidade de vida (e.g., Kim et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002), desenvolvimento de ansiedade (Smith et al., 2002; Tangney et al., 1992) e sintomatologia depressiva (e.g., Andrews et al., 2002; Kim et al., 2011; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). A relação entre vergonha e sintomatologia depressiva na doença crónica ocorre devido à presença de pensamentos ruminativos sobre os sintomas, causas e consequências da doença (Orth et al., 2006; Nolen-Hoeksema, 2000) influenciando a adaptação à mesma (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000, Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Por sua vez, o humor negativo leva a pensamentos de desvalorização e inferioridade em indivíduos deprimidos (Teasdale & Cox, 2001). Assim, compreende-se que os indivíduos que experienciam sentimentos de inadequação, percecionando-se como inferiores e realizando uma comparação social negativa (Gilbert, 1998) por terem uma doença crónica, apresentem sintomas psicopatológicos.

### **Comportamentos de saúde e doença**

O diagnóstico de uma doença crónica é, por si só, um evento stressor que tem impacto no bem-estar do indivíduo (Ribeiro, 2005). A doença é habitualmente vista como uma ameaça cujo grau varia de acordo com a representação que o indivíduo faz desta (Leventhal et al., 1997), explicando desta forma, as diferenças dos indivíduos em reagir a doenças e aos sintomas físicos das mesmas. A forma como um indivíduo responde a uma doença é denominado de comportamento de doença (*illness behavior*) (Mechanic & Volkart, 1960). Ao contrário do que são definidos os comportamentos de saúde, “atividade realizada pelas pessoas com o objetivo de manter ou melhorar a sua saúde, prevenir problemas de saúde ou obter uma imagem corporal positiva” (Cockerham, 2014, p. e1) como exercício físico, dieta, e consultas médicas, o comportamento de doença, segundo Rau e Williams (2013) caracteriza-se por “quaisquer ações ou reações de um indivíduo que se sinta doente com o

propósito de definir o seu estado de saúde e obter alívio físico ou emocional de doenças reais ou percebidas. Esses comportamentos incluem a forma como os indivíduos monitorizam e interpretam as sensações corporais, utilizam recursos de saúde, discutem doenças ou sintomas com os profissionais e aderem a tratamentos médicos prescritos” (p. 1026). Desta forma, o comportamento de doença influencia o impacto dos sintomas na vida diária dos doentes e a adesão ao tratamento (Mechanic, 1986). Este comportamento é influenciado por determinantes subjetivos, sociais e culturais e pode ter variações intra e inter individuais de acordo com o tipo de situação e de doença (Mechanic & Volkart, 1960).

O comportamento de doença depende, em boa parte, da forma como o indivíduo a percebe. Isto é, segundo o modelo de autorregulação de Leventhal et al., (1984), os indivíduos quando são expostos ao diagnóstico de uma condição crónica de saúde, desenvolvem representações cognitivas e emocionais (crenças sobre a doença), que desencadeiam respostas comportamentais, e, mediante a avaliação da eficácia destas, mantém ou descartam-nas. As representações cognitivas contém cinco constructos: a identidade (definição criada pelo indivíduo sobre a doença e a sintomatologia associada), causas (aquilo a que o indivíduo atribui como sendo o que provocou a doença), consequências (efeitos da doença na vida do indivíduo, gravidade e resultados da doença), duração (relacionada também com o curso da doença) (Leventhal et al., 1984) e cura/controlo (possibilidade de cura e de controlo) (Lau & Hartman, 1983). Estas representações vão predizer a forma como as pessoas se comportam perante a sua doença (por exemplo, uma representação de doença pode levar os indivíduos a realizarem exames médicos, ou, por outro lado, a evitar fazê-lo dependendo do significado que lhe atribuem) e as estratégias de *coping* que utilizam com vista a diminuir a angústia e a controlar a doença. Assim, influenciam o seu curso e desenvolvimento predizendo a forma como os indivíduos a gerem, o seu bem-estar psicológico e funcionamento físico (Sirri & Grandi, 2012). Fatores pessoais e sociais influenciam estas representações (Anagnostopoulos & Spanea, 2005).

Desta forma, o ajustamento psicológico é influenciado pela severidade da doença, percepção e estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o *stress* (Leventhal et al., 1997).

## Terapia da Aceitação e Compromisso

As terapias de terceira geração foram desenvolvidas a partir dos anos 90. Focam-se numa abordagem contextual (Hayes et al., 2006) cujo objetivo é compreender a função das experiências internas (como pensamentos, emoções, sensações corporais, memórias entre outras experiências) e a forma como lidamos com estas (Dahl et al., 2005; Hayes et al., 1999). Estas terapias contam com o auxílio de diversas abordagens, entre as quais a Terapia da Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 2004). Esta foi desenvolvida em 1986 por Steven Hayes, da Universidade de Nevada (Biglan & Hayes, 1996; Hayes et al., 1999).

A Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) é eficaz em problemas de saúde física e mental. A nível da saúde física, em doentes crónicos, é possível observar um aumento da assiduidade laboral devido a redução de faltas por doença e diminuição de recursos médicos (Dahl et al., 2004), melhoria no autocuidado em doentes com diabetes (Gregg et al., 2007), incremento de ações adaptativas e redução do estigma no VIH (Skinta et al., 2014), manutenção do peso em indivíduos em tratamento de obesidade (Flaxman, 2006; Lillis et al., 2009), incremento da atividade comportamental em doentes com dor crónica ou outras condições crónicas que despoletem dor (e.g., McCracken et al., 2005; Vowles & McCracken, 2008), motivação para utilização de tratamentos empiricamente validados e maior capacidade de aceitação na epilepsia (Lundgren et al., 2006; 2008). A ACT verifica, apesar dos resultados preliminares, uma melhoria da saúde psicológica em indivíduos com cancro da mama (Feros et al., 2013; Price & Hotopf, 2009) e, também, eficácia em doentes com esclerose múltipla (e.g., Nordin & Rorsman, 2012) e doença cardíaca (Goodwin et al., 2012).

A ACT explica a forma como os indivíduos respondem às suas experiências internas, indicando a existência de seis processos que interagem entre si para influenciar a saúde psicológica (Hayes et al., 2013). Cada processo representa um *continuum*, organizado através de respostas inflexíveis e ineficazes numa extremidade, nomeadamente o evitamento experiencial, fusão cognitiva, dominância do passado e do futuro, falta de clareza de valores, falta de ação comprometida e, ainda, dominância do eu concetualizado e respostas flexíveis e adaptativas na outra extremidade como aceitação, desfusão cognitiva, contacto com o momento presente, clareza de valores, ação comprometida e Eu como contexto, respetivamente (Bach et al., 2008). Estes processos estão organizados em torno de um hexágono e, em conjunto, permitem o desenvolvimento de flexibilidade

psicológica que, segundo Ciarrochi e colaboradores (2010, p. 5), se caracteriza pela “capacidade que um indivíduo tem para se conectar totalmente com o momento presente, como um ser humano consciente e de alterar ou persistir em comportamentos que estejam alinhados com valores identificados”.

Por outro lado, as dificuldades e o sofrimento psicológico ocorrem quando um indivíduo passa a vivenciar as situações de acordo, não com a realidade, mas com aquilo que os seus pensamentos e crenças ditam (Ciarrochi et al., 2010). Este envolvimento excessivo com as experiências internas, leva a uma menor flexibilidade para com o contexto (Hayes et al., 1999). Segundo este modelo, não são as experiências internas que provocam a maioria do sofrimento psicológico, mas a forma como o indivíduo lida com estas. O indivíduo pode, por exemplo, utilizar como estratégia para lidar com essas experiências o evitamento experiencial que, em concomitância com uma relação rígida sobre as concepções acerca de si, da falta de envolvimento no momento presente (Hayes et al., 1999) e de comportamentos baseados em valores de vida, cria inflexibilidade psicológica que é considerada a primeira fonte de sofrimento e de psicopatologia.

O evitamento experimental caracteriza-se por ser uma estratégia inflexível e mal adaptativa na qual o indivíduo tenta controlar, alterar ou diminuir a sua experiência interna avaliada como indesejada (Dahl et al., 2009), podendo manifestar-se em diversas estratégias como supressão de pensamentos (Wegner, et al., 1993; Wenzlaff & Bates, 2000), comportamentos ou inação (Hayes et al., 2006). Este evitamento ocorre quando um indivíduo fica fusionado com os seus pensamentos, interpretando-os como verdades absolutas ou regras que devem ser seguidas (Harris, 2009). Assim, ao avaliar essas experiências como dolorosas e ao emaranhar-se com elas, fica menos disposto a experimentá-las (Dahl et al., 2009). Quando há um padrão de funcionamento que priorize o evitamento e o controlo de experiências internas aversivas, desenvolve-se uma menor capacidade para participar e responder ao contexto (Machel et al., 2014). Desta forma, os indivíduos são mais passíveis de se envolverem em padrões de ação não comprometida com os seus valores (Hayes et al., 2006), levando a uma vida que parece ser sem propósito para o indivíduo (Dahl et al., 2009; Hayes et al., 1996), maior sofrimento psicológico, patologia ou problemas de saúde física (McCracken, 2013; Trompeter et al., 2013). Assim, a curto prazo o evitamento experiencial poderá ter as consequências que o indivíduo deseja, contudo, a longo prazo, tem um efeito paradoxal, aumentando as experiências que se



pretendem evitar, ou, por outro lado, fazendo com que os indivíduos se comportem de forma inconsistente com os valores que considera importantes (Hadlandsmyth et al., 2013; Hayes et al., 2006; Weijman et al., 2005).

No que concerne a doenças crônicas, o evitamento experiencial pode levar a estratégias como tentar não pensar na doença, afastar-se de situações que podem lembrar desta, ou, ainda, evitar experienciar qualquer tipo de emoção que esteja relacionada com a sua condição médica (Camacho, 2016). Isto pode ter implicações no bem-estar do indivíduo, bem como na adaptação à doença (Sprecher & Hendrick, 2004; Weijman et al., 2005). Por exemplo, indivíduos com diabetes podem não tomar injeções de insulina para evitar a dor da picada da agulha. Este comportamento a curto prazo traz-lhe alívio, contudo, a longo prazo faz com que não monitorize o seu problema de saúde (Hadlandsmyth et al., 2013). Ainda, as complicações médicas passíveis de serem causadas pelo evitamento experiencial e a falta de ação comprometida, podem afetar a qualidade das relações sociais dos indivíduos (Sprecher & Hendrick, 2004), a qualidade de vida destes (Trindade et al., 2016), interferir com comportamentos de saúde (Trindade et al., 2018), autorregulação (Hadlandsmyth et al., 2013; Sprecher & Hendrick, 2004) e, funcionamento psicológico (Sprecher & Hendrick, 2004) e social.

Tem sido demonstrado (Trindade et al., 2017b) que doentes crónicos também utilizam o evitamento experiencial para lidar com a vergonha relacionada com a doença. Os indivíduos que sentem vergonha da sua condição ou da sintomatologia associada, podem, numa tentativa de diminuir a fonte de ameaça e evitar o aumento da vergonha sentida, evitar determinadas situações a nível laboral como não contar no local de trabalho acerca da sua doença (Trindade et al., 2017b), assim como indivíduos que sintam vergonha acerca da sua aparência física podem tender a evitar determinados contextos sociais (Trindade et al., 2018). Também, verificou-se que estes doentes podem tender a resistir a receber compaixão, afiliação e cuidado por parte de outras pessoas devido a crenças negativas acerca de receber cuidado e o suporte de terceiros, por receio de sentimentos de pena, sobrecarga e pelo medo de serem vistos como dependentes e vulneráveis (Trindade et al., 2018). Desta forma, cria-se um ciclo perpetuador onde há a diminuição da qualidade das interações sociais e relacionamentos íntimos aumento dos sentimentos de vergonha e aumento dos sintomas psicológicos (Trindade et al., 2018).

Também, tem sido dada ênfase ao papel do evitamento experiencial na sintomatologia depressiva (Shallcross et al., 2010; Kashdan et al., 2010). De facto, tem sido verificado que a tentativa de controlo de experiências internas como tristeza, desesperança, culpa ou pensamentos de inutilidade, pode levar ao humor deprimido ao longo do tempo, uma vez que estas experiências, apesar de, por si só, terem uma curta duração, ao serem alvo de evitamento experiencial a longo prazo, paradoxalmente, mantêm-se e aumentam. Assim, esta estratégia de regulação emocional pode ampliar esta experiência causando mais sofrimento (Najmi et al., 2007; Wegner et al., 1987). Também, com o intuito de evitar esta experiência interna, os indivíduos acabam por se desviar dos seus objetivos e direções de vida valorizadas por si (Hayes et al., 1999), reduzindo o seu bem-estar e satisfação pessoal (Bjornsson et al., 2010). Na doença crónica, o mesmo tem sido verificado. Por exemplo, um doente com dor crónica pode, devido à sintomatologia adversa, adotar estratégias de evitamento experiencial em relação à dor. Contudo, estas estratégias podem levar a níveis mais baixos de atividade física, maior incapacidade física e maior *distress* emocional (McCracken & Samuel, 2006).

A aceitação é o processo alternativo ao evitamento experiencial. O objetivo é ajudar o indivíduo a aceitar as suas experiências internas sem tentar alterá-las (Hayes et al., 1999). Esta aceitação não muda a natureza destas experiências, mas a forma como a pessoa se relaciona com elas (Dahl et al., 2009), compreendendo que o controlo e o evitamento causam resultados contrários àquele que o doente pretende, o que vai levar o indivíduo a comportar-se de forma contrária a uma vida valorizada. Por outro lado, ao aceitar as experiências, os indivíduos estão a envolver-se em comportamentos que estão de acordo com os seus valores (Ciarrochi et al., 2010). Por este motivo, a ACT atua ao nível da redução do estado de fusão e de emaranhamento com os pensamentos, ensinando a observá-los como um evento subjetivo e transitório da mente e não como uma verdade absoluta que precisa de ser controlada (Hayes et al., 1999; Strosahl et al., 2004). Assim, os indivíduos adotam uma postura de observador, compreendendo o conteúdo das suas cognições, tendo em conta o contexto onde ocorrem, aprendendo, simultaneamente, a diferenciar as experiências da pessoa que está a ter essa experiência e a observar os pensamentos a surgirem (Hayes et al., 1999, 2006). Desta forma, há uma diminuição da credibilidade das experiências internas (por exemplo a vergonha) e da tentativa de as controlar, diminuir ou eliminar, através do evitamento experiencial (Hayes et al., 1999). Perante esta

compreensão, os indivíduos são capazes de gerar ações e comportamentos significativos que estejam de acordo com os seus valores e com direções de vida escolhidas (Hayes et al., 1999; Pierson et al., 2004). Por exemplo, se um indivíduo com doença crónica valoriza cuidar da sua saúde, então, pode estabelecer como ações comprometidas (e comportamentos de doença adaptativos) tomar a medicação, ir a consultas médicas, realizar exames médicos, entre outros (Dahl, 2015). Assim, na doença crónica o objetivo fundamental é conseguir que o indivíduo mantenha um funcionamento adaptativo na presença desta (Trindade et al., 2018).

## **Objetivos**

Em suma, vastos estudos tem demonstrado a relação entre sintomatologia depressiva, vergonha relacionada com a doença e evitamento experiencial. Alguns estudos (e.g., Camacho, 2016; Hadlandsmyth et al., 2013) sugerem a associação entre o evitamento experiencial e comportamentos de doença (tal como evitar comportamentos de autogestão da diabetes por medo da dor que possam provocar ou evitar falar sobre determinados sintomas da sua doença por vergonha destes), mas não existe, aparentemente, nenhum estudo que verifique, empiricamente, a relação entre o evitamento experiencial relacionado com comportamentos de doença e sintomas depressivos. Para avaliar o evitamento experiencial relacionado com comportamentos de doença, foi utilizada na presente dissertação, a escala *Illness Behavior Avoidance Scale* - IBAS (Trindade, Pinto, et al., 2020), previamente desenvolvida como resposta à ausência de uma medida que avaliasse este construto. Assim, o objetivo do presente estudo é explorar se a associação entre a vergonha relacionada com a doença e a sintomatologia depressiva na doença crónica é explicada pelo evitamento experiencial relacionado com comportamentos de doença e se o efeito destas variáveis na qualidade do sono e/ou gravidade da insónia são explicadas pela sintomatologia depressiva.

Tendo em conta o modelo do Senso-Comum (Leventhal et al., 1997) podemos considerar a vergonha associada a uma doença como um estímulo emocional que será alvo de estratégias com vista à sua regulação através do evitamento experiencial, especificamente relacionado com a doença. É esperado que este medeie o impacto dessa emoção na sintomatologia depressiva. Por sua vez, os sintomas depressivos irão influenciar também a qualidade do sono e/ou gravidade da insónia. Deste modo, a vergonha e o

evitamento experiencial relacionado com a doença terão um impacto na qualidade do sono e/ou gravidade da insónia através do seu efeito nos sintomas depressivos.

Assim, esperamos que o evitamento experiencial relacionado com comportamentos de doença influencie o impacto que a vergonha associada à doença tem nos sintomas depressivos e na qualidade do sono e/ou na gravidade da insónia.

## Metodologia

---

### **Procedimentos:**

O presente estudo foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade de Coimbra. Foi, igualmente, pedida autorização aos autores dos instrumentos para a inclusão destes no protocolo formado para o estudo.

Após as devidas aprovações e autorizações, foi criado um questionário *online*, com vista à recolha de dados, através da partilha em grupos de doentes crónicos existentes nas redes sociais (especificamente, no *facebook*) e, também, através do contacto via *email* com diversas associações, por forma a facilitar a divulgação do mesmo nas suas páginas. Após leitura e aceitação do consentimento informado, os participantes preencheram um conjunto de questionários por forma a participar nesta investigação.

A recolha dos dados teve início em novembro de 2019 e prolongou-se até janeiro de 2020, perfazendo um total de três meses. Foram registadas 236 respostas, das quais se obteve um total de 234 respostas positivas à aceitação na participação no estudo.

Os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos para o estudo implicaram que os participantes tivessem uma idade compreendida entre os 18 e os 65 anos e pelo menos uma doença crónica, não tivessem uma perturbação psiquiátrica associada, nomeadamente perturbação bipolar, psicose ou perturbação da personalidade, e ainda, que, no caso de a participante ser mulher, a inexistência de gravidez. Desta forma, do total de participações obtidas, apenas 224 preencheram critérios de inclusão, tendo sido excluídos 10 participantes: 6 por não pertencerem ao intervalo de idades estabelecido, 2 pela presença de perturbação psiquiátrica grave (psicose e perturbação bipolar) e, ainda, 2 participantes por referirem estarem grávidas.

### **Amostra:**

A amostra deste estudo é constituída por 224 participantes dos quais 40 são homens (17.86%) e 184 são mulheres (82.14%), com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos ( $M = 42.18$ ;  $DP = 10.73$ ). As mulheres ( $M = 41.11$ ;  $DP = 10.44$ ) apresentam uma média de idades significativamente mais baixa que a dos homens ( $M = 47.18$ ;  $DP = 10.77$ )

( $t_{(219)} = 3.28$ ,  $p = 0.001$ ), apesar do efeito desta diferença ser baixo ( $\eta^2 = 0.05$ ). Relativamente à escolaridade, esta varia entre ter concluído a escola primária e ter um doutoramento ( $M = 14.33$ ;  $DP = 3.69$ ). No que concerne ao nível socioeconómico, a amostra caracteriza-se por pertencer maioritariamente ao nível socioeconómico médio com uma percentagem de 47.77%, seguindo-se o nível socioeconómico elevado com 22.76% e, por último, nível socioeconómico baixo com 9.37%. A restante amostra encontra-se reformado/a (7.59%), é estudante (6.70%) ou está desempregado/a (5.80%). Relativamente ao estado civil, 58.48% dos participantes são casados ou estão a viver em união de facto, 11.16% são divorciados, 29.91% são solteiros e 0.45% são viúvos.

### **Instrumentos:**

O protocolo para o presente estudo incluiu, inicialmente, um questionário sociodemográfico que permitiu recolher informações pertinentes acerca dos participantes quanto à idade, estado civil, escolaridade, nível socioeconómico (definido através das profissões indicadas pelos participantes e segundo as diretrizes de Simões, 1994) e também, dados médicos, tais como qual a doença crónica diagnosticada, o número de doenças crónicas, a necessidade ou não de ter sido submetido/a a cirurgia devido à doença, o tipo de apoio recebido, a idade de diagnóstico e a forma de administração da medicação.

*Illness Behaviour Avoidance Scale (IBAS)*: Esta escala foi criada com o intuito de avaliar a resposta de evitamento de comportamentos de doença em indivíduos com doenças crónicas (Trindade, Pinto, et al., 2020). Este instrumento de fator único foi, originalmente, desenvolvido a partir de 17 itens medidos numa escala de *Likert* de 0 (“nunca”) a 4 (“sempre”), como “quando contacto com um profissional de saúde, tenho tendência a não contar sintomas que me deixam embaraçado/a” ou “evito prestar atenção aos meus sintomas”. Resultados mais elevados indicam a presença de mais comportamentos de evitamento perante uma condição crónica. A análise preliminar da estrutura fatorial desta escala será realizada no âmbito do presente estudo.

*Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT)*: Este questionário é uma medida geral dos processos da ACT, criada com o

intuito de dar resposta às limitações das medidas existentes, até então, de flexibilidade psicológica, especificamente da AAQ-II (Questionário de Aceitação e Ação). É constituído por 18 itens (como exemplo, “comporto-me de acordo com os meus valores pessoais” ou “consigo encarar pensamentos e emoções tal como surgem, sem os tentar modificar ou afastar”) (Francis et al., 2016; Trindade, Ferreira, et al., 2020). Estes estão apresentados numa escala de *Likert* de sete pontos em que 0 significa “discordo fortemente” e 6 “concordo fortemente” (existindo itens cotados em sentido inverso). Os itens estão agrupados em pares, de acordo com os processos da ACT (Hayes et al., 2011), perfazendo um conjunto de três fatores, nomeadamente: abertura à experiência (aceitação e desfusão cognitiva;  $\alpha = 0.90$ ) (*openness to experience*), consciência do comportamento (contacto com o momento presente;  $\alpha = 0.87$ ) (*behavioral awareness*) e ação comprometida (ação comprometida e valores;  $\alpha = 0.90$ ) (*valued action*), apresentado um alfa para a totalidade dos 18 itens de 0.91 (Francis et al., 2016). Na versão portuguesa foi encontrado um alfa 0.84 (Trindade, Ferreira, et al., 2020).

*Chronic Illness-Related Shame Scale (CISS)*: Esta escala, desenvolvida e validada a partir de uma amostra portuguesa de doentes crónicos (Trindade et al., 2015), pretende avaliar sentimentos de vergonha relacionados com a experiência de ter uma doença crónica ou da sintomatologia associada. Este instrumento de fator único comporta sete itens, medidos através de uma escala de *Likert* de cinco pontos em que 0 indica “nunca verdadeiro” e 4 “sempre verdadeiro” (por exemplo “sinto-me isolado(a) devido à minha doença” ou “sinto que os outros me podem avaliar negativamente (ou criticar) devido à minha doença e sintomas”). Esta escala apresenta uma excelente consistência interna com um alfa que variou entre 0.91 e 0.93 para as duas amostras utilizadas no seu desenvolvimento e validação (Trindade et al., 2017a).

*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*: esta medida desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), pretende avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva bem como a sua gravidade em contexto hospitalar, apesar de se mostrar igualmente útil em casos somáticos e psiquiátricos, em cuidados primários e na população geral (Snaith, 2003). Esta medida contém duas subescalas (Ansiedade e Depressão), as quais são compostas por 7 itens cada uma, cotados numa escala de *Likert* de quatro pontos (0 a 3). Os indivíduos são

instruídos a responder de acordo com o seu estado emocional na última semana. Os resultados são avaliados de 0 a 21 sendo que a nível da severidade dos sintomas ansiosos e depressivos, o intervalo de 0 a 7 representa um nível “normal”, de 8 a 10 “leve”, de 11 a 15 “moderado” e de 16 a 21 “severo”. A cotação faz-se através da soma dos itens e resultados mais elevados representam maiores níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva. De acordo com uma revisão de Bjelland e colaboradores (2002), os alfas da escala encontrados variam entre 0.63 e 0.93 para a subescala ansiedade e 0.67 e 0.90 para a subescala depressão. Nos estudos de validação portuguesa, esta escala apresenta uma consistência interna muito boa na subescala Ansiedade ( $\alpha = 0.81$ ) e adequada na subescala Depressão ( $\alpha = 0.78$ ), sendo que em conjunto, apresentam um alfa de *Cronbach* total de 0.87 (Sousa & Pereira, 2008).

*Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep [+]* (*BaSIQS PLUS*) (Gomes et al., 2011, 2015; Miller-Mendes et al., 2019): Esta escala pretende medir a qualidade do sono, assim como a presença ou ausência de sintomas de insónia, tendo sido validada, inicialmente em estudantes universitários (Gomes et al., 2015; Miller-Mendes et al., 2019). Está, atualmente, dividida em duas partes. A primeira, a BaSIQS “nuclear” (ou simplesmente BaSIQS) contém 7 itens, avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos e cotados de 0 a 4, com exceção dos últimos dois itens que estão construídos de forma inversa. Os indivíduos são instruídos a responder de acordo com uma “semana típica” do último mês. O seu resultado calcula-se a partir da soma dos itens, variando de 0 a 28. Pontuações mais elevadas predizem uma pior qualidade de sono e mais queixas de insónia. A consistência interna desta escala mostrou ser adequada em amostras de estudantes universitários e idosos com um alfa de *Cronbach* que variou entre 0.73 e 0.76 (Gomes et al., 2015, 2017). Posteriormente, foi validada para a população adulta não estudante, apresentando qualidades psicométricas muito boas ( $\alpha = 0.84$ , Gomes et al., 2015, 2017). A segunda parte (secção “+” ou “plus”) contém um conjunto de questões cujo objetivo é caracterizar outros aspetos relacionados com os padrões do sono como período e horários, suficiência, realização de sestas e avaliações subjetivas acerca da presença ou ausência de problemas de sono.



*Insomnia Severity Index (ISI)*: Esta escala foi desenvolvida com o intuito de medir a gravidade, natureza e o impacto da insónia (Bastien et al., 2001; Clemente et al., 2017; Morin, 1993, 2011) em populações clínicas e não-clínicas. É composta por 7 itens que direcionam a resposta do indivíduo para o “último mês”. Os itens estão organizados numa escala *Likert* de cinco pontos (0 a 4). A pontuação total calcula-se através do somatório dos itens e varia de 0 a 28, sendo os pontos de corte: 0 a 7 corresponde a ausência de insónia clinicamente significativa; 8 a 14 a insónia subclínica; 15 a 21 a insónia moderada e 22 a 28 indica insónia clínica grave. Apresenta uma excelente consistência interna no estudo original ( $\alpha = 0.90$  para amostra comunitária e  $\alpha = 0.91$  para amostra clínica). Na versão portuguesa, a consistência interna deste instrumento foi apurada em amostras de indivíduos com insónia ( $\alpha = 0.65$ ), adultos de meia-idade ( $\alpha = 0.90$ ), idosos ( $\alpha = 0.77$ ) e indivíduos com diabetes ( $\alpha = 0.89$ ) (Clemente et al., 2017).

Os valores da consistência interna no presente estudo destes instrumentos, encontram-se mencionados na tabela 1.

### **Estratégia Analítica:**

Com vista a realização de análises estatísticas na presente investigação, foram utilizados os *softwares* IBM SPSS *Statistics* 26.0 (IBM Corp, 2019) e AMOS 26.0 (Arbuckle, 2019).

Para fazer a caracterização da amostra procedeu-se ao cálculo de médias, desvios-padrão, frequências (no caso de variáveis categoriais como é exemplo os intervalos de gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos) e análise de mínimos e máximos. Estas análises estatísticas foram aplicadas quer ao nível de variáveis sociodemográficas, quer dos instrumentos utilizados. Foi também aplicado o teste paramétrico *t* de *Student* para uma análise comparativa da média entre dois grupos (*Independent sample t-test*) e o eta quadrado ( $\eta^2$ ) para compreender a magnitude do efeito da diferença proveniente desta análise. O eta quadrado foi interpretado segundo valores propostos por Cohen (1988), (Pallant, 2011): um efeito de 0.01 representa um efeito pequeno, a partir de 0.06 representa um efeito médio e acima de 0.14 um efeito elevado.

Para fazer uma análise fatorial preliminar da escala IBAS (Trindade, Pinto, et al., 2020) procedeu-se a uma análise fatorial exploratória. Para verificar a qualidade dos dados

à análise fatorial, foi analisada a medida da adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) cujo valor mínimo recomendado é de 0.60 (Tabachnick & Fidell 2007; Pallant, 2011) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. Este deverá ser estatisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) para a análise fatorial ser considerada apropriada (Pallant, 2011). De seguida, procedeu-se à extração fatorial, através da Análise dos Componentes Principais. Por fim, foi pedido o Alfa de *Cronbach* para analisar a consistência interna da escala com o número final de itens.

De seguida, para observar as relações entre as variáveis, foram realizadas análises correlacionais utilizado o teste paramétrico de *Pearson* cuja magnitude das correlações entre variáveis foi interpretada da seguinte forma: de 0.10 a 0.29 corresponde a uma associação baixa entre as variáveis; de 0.30 a 0.49 corresponde a uma associação moderada e 0.50 a 1.00 indica uma associação elevada, para um nível de significância inferior a 0.05 (Cohen, 1988; Pallant, 2011). Foi também analisada a consistência interna das escalas utilizadas, através do Alfa de *Cronbach* (Kline, 2005).

O passo seguinte passou pela realização de uma análise de regressão múltipla. Esta análise teve, como objetivo confirmar a importância da utilização da escala IBAS na predição de sintomas depressivos (variável dependente). Nesse sentido foi realizada uma regressão linear na qual as variáveis independentes foram colocadas em simultâneo no SPSS. De seguida, foram analisados os betas para compreender a força do efeito de cada variável independente na variável dependente. Este efeito é significativo se  $p < 0.05$ .

Finalmente, com o auxílio do *software* AMOS realizou-se uma análise de caminhos (*path analysis*) por forma a testar o modelo teórico proposto inicialmente, que equaciona que o evitamento de comportamentos de doença (IBAS) pode mediar a relação entre a vergonha relacionada com a doença (CISS) e sintomas depressivos (HADS) em doentes crónicos, sendo que os sintomas depressivos, poderão, por sua vez, influenciar a qualidade do sono e/ou gravidade da insónia. Para integrar esta análise foi escolhida a medida relacionada com o sono (BaSIQS ou ISI) mais correlacionada com a sintomatologia depressiva. Assim, a análise de caminhos foi realizada utilizando o método da máxima verosimilhança e permitiu analisar os efeitos diretos, indiretos e totais dos caminhos (*paths*). Para tal, partiu-se de um modelo saturado com todos os caminhos possíveis entre as variáveis exógenas e endógenas e das endógenas entre si. Foram mantidos, no modelo, todos os caminhos cujos efeitos se verificaram estatisticamente significativos ( $p < 0.05$ ).

Os restantes caminhos foram retirados individualmente e de acordo com o efeito menos significativo, sendo o modelo ajustado e calculado novamente, até ter sido possível chegar a um resultado final, cujas predições se verificaram todas significativas, contribuindo assim para a criação de um modelo válido e com um bom ajustamento aos dados empíricos. Este ajustamento, por sua vez, foi analisado tendo em conta várias medidas, nomeadamente o Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) que deverá ser não significativo para haver um bom ajustamento do modelo (Hair et al., 1998), o Índice de Ajustamento Comparativo (CFI) cujo valor deverá ser  $\geq 0.95$  para indicar um bom ajustamento, o Índice de *Tucker Lewis* (TLI) que deve também apresentar um valor superior a 0.95 (Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999) e, também, a Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA) que deverá apresentar um valor inferior a 0.06 para ser representativo de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999). Ainda, esta análise contou com a utilização do *bootstrap*, um método de reamostragem (com densidade de 5000 amostras), que permitiu analisar os efeitos indiretos das variáveis com intervalos de confiança corrigidos de 95%. Estes efeitos são significativos no caso de o intervalo (*lower bound* a *upper bound*) não conter o zero (Kline, 2005).

## Resultados

---

### **Estatísticas descritivas e padrões de sono:**

A amostra em estudo foi composta por um vasto conjunto de doenças crónicas sendo as mais prevalentes: Doença de Crohn (28.57%), Fibromialgia (16.51%), Colite Ulcerosa (7.14%), Psoríase (7.14%), Doença Celíaca (6.69%), Endometriose (6.25%) e Insuficiência Renal Crónica (5.80%). A idade de diagnóstico destas e outras doenças variou entre 1 e 63 anos, sendo a idade média de 28.32 anos ( $DP = 11.74$ ). Em conjunto, 63.84% dos participantes referiram nunca terem passado por qualquer tipo de cirurgia devido à sua doença, sendo que os restantes 36.16% relataram já terem sido operados. Relativamente ao tipo de apoio recebido pelos participantes, cerca de 70.98% dos indivíduos referiram não ter qualquer tipo de apoio adicional para além do tratamento designado para a doença, 6.70% indicaram ter apoio psiquiátrico, 9.82% mencionaram ter apoio psicológico/psicoterapêutico e 8.49% referiram ter ambos (apoio psiquiátrico e apoio psicológico/psicoterapêutico). Do total de participantes, 165 relataram ter apenas uma doença crónica, o que corresponde a 73.66% da amostra, enquanto 59 referiram ter mais do que uma doença crónica (26.34%).

Relativamente à sintomatologia ansiosa, 40.18% dos participantes reportaram níveis normais de ansiedade, 24.11% demonstraram ter sintomatologia leve, 24.11% sintomatologia moderada e, por fim, 11.61% apresentaram sintomatologia severa. No que diz respeito a sintomas depressivos, 60.27% dos participantes relataram sintomatologia depressiva normal, 20.98% referiram sintomatologia leve, 16.52% sintomas moderados e 2.23% apresentaram sintomatologia depressiva severa.

No que concerne a características referentes aos padrões de sono, tendo em conta as médias e os desvios-padrão da BaSIQS e da ISI, verificou-se um valor de 13.74 ( $DP = 5.53$ ) na BaSIQS e de 11.87 ( $DP = 6.81$ ) na ISI. Comparando as médias entre homens e mulheres em ambas as escalas (através de um teste  $t$  de *Student*) foi verificado, relativamente à BaSIQS, uma diferença estatisticamente significativa, ao nível da pontuação total deste instrumento referente à qualidade do sono. Isto é, observou-se uma média de 11.23 ( $DP = 5.02$ ) para os homens e de 14.28 ( $DP = 5.51$ ) para as mulheres ( $t_{(222)} = -3.23$ ,  $p = 0.001$ ). Contudo, a magnitude desta diferença foi baixa ( $\eta^2 = 0.05$ ) (Cohen 1988; Pallant, 2011). Na amostra também se verificou, analisando a secção “plus” da

BaSIQS, que a eficiência do sono variou entre 32% e 100%. O período de sono durante a semana alternou entre dormir 2:55 a 10 horas. Por sua vez, ao fim de semana este intervalo mudou para 2:55 a 11:30 horas. O período de sono global (i.e., média ponderada para 7 noites da semana) situou-se entre as 2:55 e as 10:17 horas. O ponto médio do sono variou entre as 01:30 da manhã e as 09:00 da manhã e o ponto médio de sono corrigido entre a 01:08 da manhã e as 07:38 horas. Em nenhuma destas variáveis foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género.

Por outro lado, ao realizar a análise das pontuações da ISI, observou-se que a média nos homens foi de 8.50 ( $DP = 6.29$ ) e nas mulheres 12.60 ( $DP = 6.71$ ) ( $t_{(222)} = -3.54$ ,  $p < 0.001$ ) sendo a diferença entre ambos, significativa. Contudo, verificou-se um tamanho do efeito pequeno desta diferença ( $\eta^2 = 0.05$ ) (Cohen 1988; Pallant, 2011). Observou-se, por outro lado, que 29.50% dos participantes não relataram insónia clinicamente significativa, 30.90% revelaram ter insónia num nível subclínico, 33.00% reportaram insónia moderada e 6.50% apresentaram sintomas de insónia clínica grave.

### **Análise preliminar da estrutura fatorial e características psicométricas da IBAS:**

Para analisar a estrutura fatorial da escala IBAS, ainda que de forma preliminar, efetuou-se uma Análise Fatorial Exploratória. Os dados mostraram-se adequados, obtendo-se um valor de KMO de 0.86 e o teste de *Bartlett* mostrou ser estatisticamente significativo ( $\chi^2_{(136)} = 1039.04$ ,  $p < 0.001$ ).

Para realizar a extração fatorial, foi utilizada a Análise de Componentes Principais. De acordo com o critério de *Kaiser*, foram retidos os fatores cujos *eigenvalues* se verificaram superiores a 1. Assim, foram encontrados quatro fatores que, em conjunto, explicaram 53.43% da variância da escala. Especificamente, estes fatores explicaram 30.54%, 8.77%, 7.40% e 6.72%, respetivamente. Contudo, uma vez que os fatores 2, 3 e 4 explicaram uma menor percentagem da variância da escala e, uma vez que, a pretensão inicial era desenvolver um instrumento unifatorial (Trindade, Pinto, et al., 2020), foi considerado, apenas, o fator 1. Deste modo, os itens 15, 10, 16, 6, 2 e 4 foram retirados por terem pesos fatoriais que incidiam em mais do que um fator ou num fator que explicava pouca variância da escala. Num segundo passo, procedeu-se à mesma análise, retirando-se os seis itens anteriores e tendo sido forçada a extração a só um fator. Este fator explicou

39.69% da variância. De seguida, foram analisadas as comunalidades dos itens, tendo sido retirados aqueles cujos valores eram inferiores a 0.35. Assim, foram excluídos os itens 1, 3, 11 e 17. No terceiro passo, com a retirada dos quatro itens anteriores e com a repetição da análise, o fator 1 passou a explicar 47.67% da variância da escala. Assim, a escala IBAS parece ser composta por sete itens, cujo alfa indica uma consistência interna muito boa ( $\alpha = 0.81$ ). Por fim, foi, ainda, verificado que a retirada de qualquer item diminuiria o alfa da escala.

### **Análise das correlações:**

A tabela 1 apresenta as relações entre as diferentes variáveis obtidas através da utilização do coeficiente de correlação de *Pearson*.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se que o género se associa, de forma significativa, com sintomas depressivos, ainda que com uma magnitude baixa, tendo em conta os critérios de *Cohen* (Pallant, 2011). Por outro lado, não foram encontradas associações significativas entre a idade e a mesma variável ( $p > 0.05$ ).

Verificou-se que a vergonha relacionada à doença se associa com a flexibilidade psicológica de forma negativa e com uma magnitude moderada. Tal poderá indicar que o aumento da vergonha se relaciona com uma diminuição da flexibilidade psicológica. Também, a vergonha relacionada com a doença associa-se de forma negativa com o período e eficiência de sono dos participantes, apesar da força destas relações serem baixas. Por outro lado, foram encontradas correlações positivas e elevadas entre a vergonha relacionada com a doença com o evitamento de comportamentos de doença e com a sintomatologia ansiosa e depressiva. Verificou-se, ainda, a presença de uma correlação positiva moderada entre a vergonha associada à doença com a pobre qualidade do sono e a gravidade da insónia. Ainda, foi encontrada uma correlação negativa com o período de sono durante o fim-de-semana, ainda que com uma magnitude baixa.

Foram encontradas correlações negativas moderadas entre a flexibilidade psicológica e o evitamento de comportamentos de doença, o que pode indicar que o aumento na flexibilidade psicológica é acompanhado de menores níveis do evitamento de comportamentos de doença. Em relação à flexibilidade psicológica, verificou-se, igualmente, a existência de correlações negativas elevadas com a sintomatologia ansiosa e depressiva e correlações negativas moderadas com uma pobre qualidade do sono e

gravidade da insónia. Ainda, verificou-se a presença de uma correlação positiva entre flexibilidade psicológica e eficiência do sono, apesar da baixa associação, atendendo ao valor da magnitude e segundo os critérios adotados (Pallant, 2011).

O evitamento de comportamentos de doença apresentou uma relação positiva e moderada com a sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, pobre qualidade do sono e gravidade da insónia, indicando que o aumento da primeira variável se associa ao aumento nas restantes. Por outro lado, o evitamento de comportamentos de doença encontra-se negativamente associado com o período de sono durante o fim-de-semana, período de sono global, e com a eficiência do sono, podendo indicar que à medida que o evitamento de comportamentos de doença aumenta, há uma diminuição nestas variáveis. Contudo, esta relação poderá ter pouca relevância uma vez que as magnitudes destas correlações foram baixas.

A sintomatologia ansiosa mostrou estar correlacionada, de forma positiva e elevada, com a sintomatologia depressiva, e de forma moderada com uma pobre qualidade do sono e gravidade da insónia. Também foram encontradas associações negativas entre a ansiedade e o período de sono durante a semana, período de sono global e eficiência do sono, ainda que com um valor de correlação baixo.

A sintomatologia depressiva apresentou uma relação negativa, porém baixa, com o período de sono durante o fim-de-semana, período de sono global e eficiência do sono e, ainda, correlações positivas fortes com uma pobre qualidade do sono e gravidade da insónia.

Relativamente ao nível das variáveis relacionadas com a qualidade do sono e gravidade da insónia, especificamente, verificou-se que, nesta amostra de doentes crónicos, o período de sono durante a semana se encontra correlacionado positivamente com o período de sono durante o fim-de-semana, período de sono global, eficiência do sono (magnitudes elevadas), ponto médio de sono corrigido (magnitude baixa) e, negativamente, com a gravidade da insónia (magnitudes baixas) e com uma pobre qualidade do sono (magnitude moderada). Por outro lado, o período de sono durante o fim-de-semana está relacionado com o período de sono global, eficiência do sono (magnitudes elevadas), ponto médio de sono (magnitude baixa) e, ao mesmo tempo, correlaciona-se, de forma negativa, com uma pobre qualidade do sono (magnitude moderada) e gravidade de insónia (magnitude baixa). Verificou-se que o período de sono global está relacionado

positivamente com o ponto médio de sono, ponto médio de sono corrigido (magnitude baixa) e eficiência do sono (magnitude elevada) e, de forma negativa, com uma pobre qualidade do sono (magnitude moderada) e gravidade da insónia (magnitude baixa). Por sua vez, foram encontradas correlações positivas entre o ponto médio de sono com o ponto médio de sono corrigido (magnitude elevada). Relativamente à eficiência do sono, verificou-se uma associação negativa com uma pobre qualidade de sono (magnitude elevada) e gravidade da insónia (magnitude moderada). Ainda, a pobre qualidade do sono encontra-se positivamente associada com a gravidade da insónia (magnitude elevada). Por fim, não foram encontradas correlações significativas entre a idade e uma pobre qualidade do sono.



**Tabela 1.***Médias (M), desvios-padrão (DP), Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) e correlações das variáveis (N=224)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	$\alpha$	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade	42.18	10.73	-	-							
2. Género	-	-	-	-0.22**	-						
3. Vergonha relacionada com a doença	9.79	7.51	0.94	-0.23**	-0.17*	-					
4. Consciência do comportamento	16.36	7.66	0.86	0.12	-0.10	-0.31***	-				
5. Ação comprometida	34.05	9.01	0.89	-0.01	-0.04	-0.30***	-0.01	-			
6. Abertura à experiência	10.74	6.31	0.78	0.19**	-0.12	-0.024***	0.49***	-0.33***	-		
7. Flexibilidade psicológica	61.15	13.71	0.77	0.15*	-0.14*	-0.48***	0.78***	0.50***	-0.52**	-	
8. Evitamento de comportamentos de doença	5.27	4.63	0.81	-0.19**	0.19**	0.50***	-0.30***	-0.21**	-0.22**	-0.41***	-
9. Sintomatologia ansiosa	9.20	4.73	0.91	-0.21**	0.17*	0.57***	-0.38***	-0.34***	-0.21**	-0.53***	0.32***
10. Sintomatologia depressiva	6.58	4.17	0.91	-0.05	0.16*	0.61***	-0.34***	-0.44***	0.15*	-0.55***	0.41***
11. Período de sono durante a semana	07:01	1:20	-	-0.09	0.03	-0.12	0.09	-0.01	0.13*	0.10	-0.12
12. Período de sono durante o fim de semana	07:57	1:30	-	-0.14*	0.04	-0.19**	0.07	0.03	0.02	0.07	-0.15*
13. Período de sono global	07:17	1:15	-	-0.12	0.04	-0.15*	0.09	-0.00	0.12	0.10	-0.14*
14. Ponto médio de sono	28:39	1:16	-	-.23***	0.02	0.08	0.03	0.03	-0.15*	-0.04	0.08
15. Ponto médio de sono corrigido	28:19	1:14	-	-0.22	0.02	0.12	0.03	0.02	-0.12	-0.03	0.10
16. Eficiência do sono	83:77	13:16	-	-0.03	-0.08	-0.21**	0.07	-0.12	0.18**	0.20**	-0.15*
17. Qualidade do sono	13.74	5.54	0.83	0.12	0.21**	0.38***	-0.27***	-0.30***	-0.17*	-0.43***	0.31***
18. Gravidade da insónia	11.87	6.81	0.89	0.01	0.23***	0.47***	-0.31***	-0.31***	-0.17*	-0.46***	0.31***

Evitamento de Comportamentos de Doença e o seu Papel Mediador na Relação entre a Vergonha e Sintomas Depressivos numa Amostra Mista de Doentes Crónicos

	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Idade									
2. Género									
3. Vergonha relacionada com a doença									
4. Consciência do comportamento									
5. Ação comprometida									
6. Abertura à experiência									
7. Flexibilidade psicológica									
8. Evitamento de comportamentos de doença									
9. Sintomatologia ansiosa	-								
10. Sintomatologia depressiva	0.70***	-							
11. Período de sono durante a semana	-0.013*	-0.16*	-						
12. Período de sono durante o fim de semana	-0.09	-0.16*	0.61**	-					
13. Período de sono global	-0.13	-0.18**	0.96**	0.80**	-				
14. Ponto médio de sono	-0.03	-0.10	0.05	0.27**	0.13*	-			
15. Ponto médio de sono corrigido	-0.04	-0.10	0.18**	0.08	0.16*	0.94**	-		
16. Eficiência do sono	-0.21**	-0.23**	.73***	0.57**	0.75**	0.04	0.08	-	
17. Qualidade do sono	0.41***	0.52***	-0.33***	-0.33***	-0.36***	-0.08	-0.07	-0.57**	-
18. Gravidade da insónia	0.49***	0.51***	-0.26***	-0.22**	-0.27***	-0.04	-0.04	-0.47***	0.86***

*Nota:* Vergonha relacionada com a doença = CISS; Consciência do Comportamento, Ação comprometida, Abertura à experiência e Flexibilidade psicológica = CompACT; Evitamento de comportamentos de doença = IBAS; Sintomatologia ansiosa e Sintomatologia depressiva = HADS; Período de sono durante a semana, Período de sono durante o fim de semana, Período de sono global, Ponto médio de sono, Ponto médio de sono corrigido, Eficiência do sono, Qualidade do sono = BaSIQS; Gravidade da insónia = ISI.

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

**Análise de regressão:**

O papel da análise da regressão neste estudo passou por compreender qual das potenciais variáveis independentes, nomeadamente, abertura à experiência (subescala da CompACT, correspondente ao processo aceitação do modelo da ACT; Hayes et al., 1999) ou IBAS (evitamento experiencial relacionado com comportamentos de doença) tem um maior efeito na variável dependente (sintomatologia depressiva). Esta análise teve como objetivo confirmar a relevância da IBAS na explicação de sintomas depressivos na amostra em estudo.

Assim, nesta análise, constituída apenas por um só passo de regressão (em que as duas variáveis independentes foram colocadas em simultâneo na análise) foi possível verificar que a CompACT- Abertura à experiência, na presença da IBAS, não apresenta um efeito significativo na predição de sintomas depressivos ( $\beta = - 0.07$ ,  $p = 0.282$ ). Por outro lado, a IBAS teve impacto nesta variável com um efeito de 0.40, com o  $p < 0.001$ . Assim, 17% da variância da sintomatologia depressiva foi explicada, num modelo onde apenas a IBAS foi significativa ( $F_{(2, 221)} = 23.34$ ,  $p < 0.001$ ).

Em suma, esta análise confirmou a relevância do evitamento experiencial relacionado com comportamento de doença (IBAS) na explicação de sintomas depressivos numa amostra de doentes crónicos. Isto é, para doentes crónicos, o evitamento experiencial especificamente relacionado com comportamentos de doença (IBAS) parece ser mais relevante para a explicação de sintomatologia depressiva do que uma medida mais geral (CompACT - Abertura à experiência).

**Análise de caminhos (*path analysis*):**

A análise de caminhos (*path analysis*) foi desenvolvida com o intuito de explorar se o evitamento de comportamentos de doença (IBAS) medeia o efeito da vergonha relacionada com a doença na sintomatologia depressiva e na qualidade do sono (esta variável foi escolhida por se ter mostrado mais correlacionada com a sintomatologia depressiva). Uma vez que há diferenças relativas ao género na qualidade do sono, esta variável foi controlada no modelo.

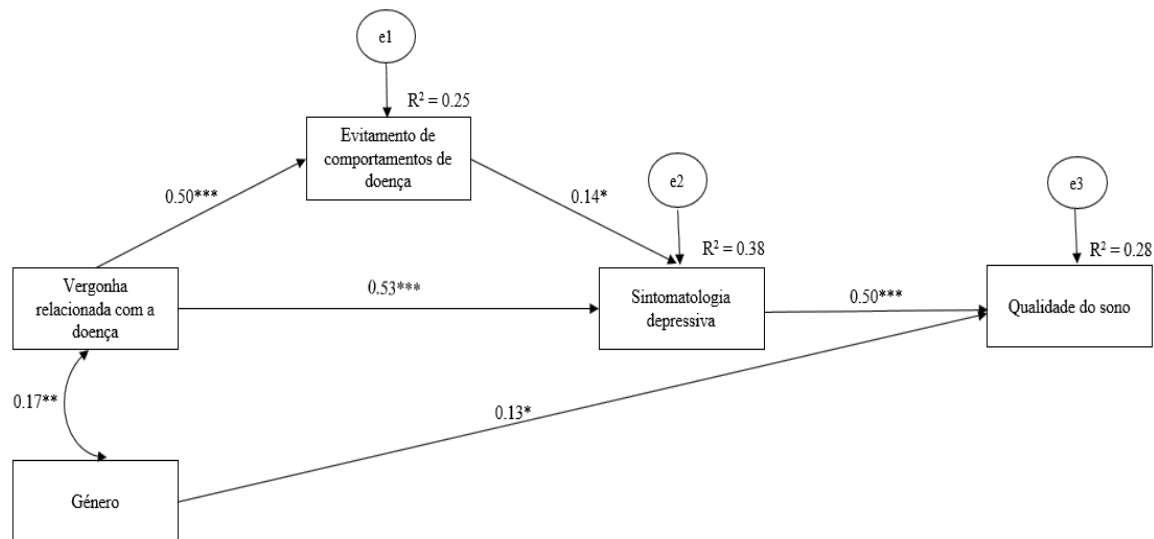
A análise foi iniciada a partir de um modelo saturado ao qual foram retirados todos os caminhos (*path*) não significativos, de acordo com o seu valor da significância. Assim, verificou-se, em primeiro lugar, que o efeito direto entre a vergonha relacionada com a

doença e a qualidade do sono não era significativo ( $b_{\text{CISS}} = 0.04$ ;  $SE_b = 0.06$ ;  $Z = 0.68$ ;  $p = 0.497$ ), bem como entre o género e a sintomatologia depressiva ( $b_{\text{género}} = 0.49$ ;  $SE_b = 0.58$ ;  $Z = 0.84$ ;  $p = 0.403$ ), também, entre a IBAS e a BaSIQS ( $b_{\text{BaSIQS}} = 0.11$ ;  $SE_b = 0.08$ ;  $Z = 1.52$ ;  $p = 0.129$ ) e, ainda, entre o género e o evitamento de comportamento de doença ( $b_{\text{género}} = 1.36$ ;  $SE_b = 0.70$ ;  $Z = 1.93$ ;  $p = 0.054$ ). Estes caminhos foram retirados por ordem, partindo do valor de significância mais alto, sendo o modelo consecutivamente reajustado, até ter sido possível chegar a um modelo final válido, cujos caminhos demonstraram ser todos significativos.

O modelo final (figura 1) foi composto por 22 parâmetros e apresentou um excelente ajustamento aos dados empíricos [ $\chi^2_{(4)} = 7.17$ ;  $p = 0.127$ ; CFI = 0.99; TLI = 0.97; RMSEA = 0.06,  $p = 0.336$ ; CI = 0.000 a 0.129]. Este explicou 25% da variância do evitamento de comportamentos de doença, 38% da sintomatologia depressiva e 28% da qualidade do sono.

Assim, a vergonha relacionada com a doença apresentou um efeito direto de 0.50 no evitamento de comportamentos de doença ( $b_{\text{IBAS}} = 0.31$ ;  $SE = 0.04$ ;  $Z = 8.67$ ;  $p < 0.001$ ) e de 0.53 na sintomatologia depressiva ( $b_{\text{CISS}} = 0.30$ ;  $SE = 0.03$ ;  $Z = 8.78$ ;  $p < 0.001$ ). Verificou-se que o evitamento de comportamentos de doença prediz, diretamente, a sintomatologia depressiva através de um efeito de 0.14 ( $b_{\text{IBAS}} = 0.13$ ;  $SE = 0.06$ ;  $Z = 2.38$ ;  $p < 0.018$ ). Por sua vez, os sintomas depressivos apresentaram um efeito direto de 0.50 na qualidade do sono ( $b_{\text{HADS}} = 0.66$ ;  $SE = 0.08$ ;  $Z = 8.77$ ;  $p < 0.001$ ), assim como o género também mostrou predizer diretamente a qualidade do sono, através de um efeito de 0.13 ( $b_{\text{GÉNERO}} = 1.91$ ;  $SE = 0.81$ ;  $Z = 2.32$ ;  $p = 0.020$ ).

Ao analisar os efeitos indiretos, verificou-se que a vergonha relacionada com a doença tem um efeito de 0.07 na sintomatologia depressiva através da mediação do evitamento de comportamentos de doença (95% CI = 0.02 a 0.14;  $p = 0.008$ ). A relação entre a vergonha relacionada com a doença na variável dependente apresentou, assim, um efeito total de 0.61. A vergonha relacionada com a doença apresentou, também, um efeito indireto na qualidade do sono de 0.30, o qual foi explicado pelo evitamento de comportamentos de doença e pela sintomatologia depressiva, havendo uma dupla mediação (95% CI = 0.23 a 0.38;  $p < 0.001$ ). Ao mesmo tempo, o evitamento de comportamentos de doença impactou de forma indireta ( $\beta = 0.07$ , 95% IC = 0.02 a 0.13,  $p = 0.012$ ) a qualidade do sono, através da sintomatologia depressiva.

**Figura 1***Modelo Path Final*

*Nota:* São apresentados os coeficientes estandardizados dos caminhos (*paths*) entre as variáveis. Vergonha relacionada com a doença = CISS; Evitamento de comportamentos de doença = IBAS; Sintomatologia depressiva = HADS (subescala Depressão); Qualidade do sono = BaSIQS.

\* $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

## Discussão

---

A vergonha relacionada com a doença tem sido estudada em doentes crónicos devido ao impacto provocado no bem-estar destes, nomeadamente no desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Trindade et al., 2016). Estudos recentes têm sugerido a importância de avaliar processos de regulação emocional que possam estar presentes na relação entre estas duas variáveis (e.g., Trindade et al., 2016). Ao mesmo tempo, tem sido dada uma importância crescente ao evitamento experiencial como um processo relacionado com a inflexibilidade psicológica (Hayes et al., 2005). Ao nível da doença crónica, tem sido sugerida a associação entre o evitamento de comportamentos de doença como uma forma específica de evitamento experiencial (e.g., Camacho, 2016; Hadlandsmyth et al., 2013). Contudo, até recentemente, não existia um instrumento de medida psicológica focada neste construto, pelo que foi construída a *Illness Behavior Avoidance Scale*- IBAS (Trindade, Pinto, et al., 2020). Assim, a presente dissertação tem como objetivo avaliar o efeito mediador do evitamento de comportamentos de doença na relação entre a vergonha relacionada com a doença e a sintomatologia depressiva, e por sua vez, a influência desta no sono e, ainda, apresentar uma análise preliminar da estrutura fatorial da escala IBAS. Esta análise sugeriu que esta é uma escala unifatorial, de 7 itens, com uma consistência interna muito boa.

A amostra presente neste estudo é constituída por 224 participantes, dos quais 82.14% são mulheres. Engloba um grupo misto de doenças crónicas, sendo que as mais prevalentes são a Doença de Crohn, Fibromialgia, Colite Ulcerosa, Psoríase, Doença Celíaca, Endometriose e Insuficiência Renal Crónica. Ao analisar a sintomatologia psicopatológica presente neste grupo, verificou-se que cerca de 40% apresenta sintomas depressivos leves a graves. Esta percentagem está de acordo com estudos anteriores realizados com doentes crónicos, os quais indicam a presença recorrente destes sintomas nesta população clínica (Barnett et al., 2012; Clarke & Currie, 2009; Gunn et al., 2012; Moussavi et al., 2007; Pinto-Gouveia et al., 2013; Veiga et al., 2019).

Propusemo-nos estudar a qualidade do sono e gravidade da insónia, primeiramente pela pertinência da sua análise nesta amostra clínica, uma vez que, uma grande parte dos estudos de padrões de sono em doentes crónicos tem sido feito, até ao momento e de acordo com o nosso conhecimento, tendo em conta doenças crónicas específicas e esta dissertação

é constituída por uma amostra mista. Por outro lado, esta inclusão foi feita para analisar qual a relação entre a qualidade do sono ou gravidade da insónia com a vergonha relacionada com a doença, evitamento de comportamentos de doença e sintomatologia depressiva. Deste modo, e devido ao objetivo do estudo da presente dissertação, apenas a variável qualidade do sono, obtida através da pontuação total da BaSIQS, foi selecionada para o modelo final de mediação (uma vez que, comparativamente à ISI, apresentou uma maior associação com a sintomatologia depressiva). Contudo, pela pertinência acima descrita, este trabalho inclui um desenvolvimento mais detalhado ao nível das análises descritivas e de correlação encontradas. Assim, ao contrário do expectável, não foram observadas associações entre a idade e a qualidade do sono e a gravidade da insónia. Este resultado é contrário ao encontrado em estudos prévios, que sugerem uma relação entre um aumento dos problemas do sono com o avançar da idade (como a fragmentação do sono, insónia, apneia, despertares precoces ou sonolência diurna excessiva) (Bliwise et al., 1992; Crowley, 2011; Foley et al., 1995; Vitiello et al., 2004). Contudo, a literatura sustenta que estas dificuldades não estão relacionadas com a idade em si, mas devido a múltiplos fatores como o aumento de condições médicas com o avançar da idade (Crowley, 2011). Deste modo, uma vez que a amostra é composta por doentes crónicos, compreende-se que a idade deixe de ser um fator associado a uma pior qualidade do sono e a mais queixas de insónia.

Verificou-se, através das pontuações obtidas na escala BaSIQS, que a presente amostra parece indicar a presença de um nível médio a pobre de qualidade de sono ( $M = 14.28$  nas mulheres;  $M = 11.23$  nos homens). Atendendo ao ponto de corte ótimo da escala, indicativo de potenciais casos de perturbação de insónia (valor sugerido de 15.50, cf. Miller-Mendes et al., 2019), podemos verificar que, apesar de nem os homens ou as mulheres terem apresentado valores que permitam indicar um diagnóstico de insónia clínica, as mulheres apresentaram valores próximos a este. Por outro lado, ao analisar as pontuações médias da ISI, os resultados sugerem a presença de insónia subclínica na amostra ( $M = 12.60$  nas mulheres;  $M = 8.50$  nos homens). Ainda assim, de referir que, atendendo à análise descritiva efetuada previamente, cerca de 39.50% dos participantes reportaram insónia clínica moderada a grave. Esta percentagem excede os valores expectáveis de prevalência da insónia (ICSD-3, 2014). Adicionalmente, ao comparar os resultados da qualidade do sono e gravidade de insónia, de acordo com as pontuações totais da BaSIQS e ISI, com o estudo de Miller-Mendes et al., (2019), realizado com uma amostra de população comunitária com a mesma faixa etária (e onde apenas 11.6% dos participantes

relatavam problemas de saúde físicos ou psiquiátricos), os indivíduos com doenças crónicas, parecem ter uma pior qualidade do sono e mais sintomas e queixas de insónia. Especificamente, os resultados da BaSIQS parecem sugerir que a amostra do presente estudo apresenta uma pior qualidade do sono em comparação com a amostra de Miller-Mendes ( $M = 13.74$  para a presente amostra;  $M = 11.58$  na amostra comunitária de Miller-Mendes et al., 2019). O mesmo se verificou na ISI, observando-se um aumento das pontuações médias comparando ambas as amostras dos diferentes estudos ( $M = 11.87$  para a presente amostra;  $M = 8.47$  na amostra comunitária de Miller-Mendes et al., 2019). Por outro lado, tanto no presente estudo como no estudo de Miller-Mendes foi consistente a tendência de pior qualidade de sono e mais sintomas de insónia nas mulheres. Efetivamente, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao género, nos resultados de ambas as escalas na presente amostra, observando-se resultados mais elevados nestas pontuações nas mulheres. Em suma, estes resultados vão de encontro com estudos prévios que indicam uma pior qualidade de sono em doentes crónicos (Kemple et al., 2016; Mystakidou et al., 2007) e um maior número de queixas de insónia apresentado pelas mulheres (Crowley, 2011; Foley et al. 1995; Miller-Mendes et al., 2019;).

Os resultados da análise das correlações mostraram uma associação positiva e elevada entre a vergonha relacionada com a doença e o evitamento de comportamentos de doença. Este resultado vai de encontro com estudos prévios realizados com uma amostra de doentes com doença inflamatória intestinal, no qual se hipotetizou que os sentimentos de vergonha ou embaraço relacionados com a sintomatologia da doença como diarreia ou incontinência, estão relacionados com a adoção de estratégias de evitamento (Trindade et al., 2017b). Da mesma forma, este resultado está alinhado com o Modelo do Senso-Comum (Leventhal et al., 1984) que indica que na presença de um estímulo relacionado com a doença e de uma resposta emocional em relação ao estímulo, os doentes podem adotar estratégias de *coping* focadas na emoção para a sua regulação (neste caso para a regulação da vergonha) enveredando, por exemplo, por estratégias de evitamento, por forma a diminuí-la (Hagger & Orbell, 2002; Sousa et al., 2011). A vergonha relacionada com a doença também se mostrou estar associada com sintomatologia depressiva neste estudo, o que vai ao encontro da literatura existente (e.g., Gilbert, 2000; Kim et al., 2011; Trindade et al., 2016). Adicionalmente, foram encontradas associações entre o evitamento de comportamentos de doença e a sintomatologia depressiva, o que está de acordo com os resultados encontrados em estudos prévios, nos quais o evitamento experiencial se mostrou



relacionado com pior bem-estar psicológico (e.g., Trindade et al., 2015). Os resultados também demonstraram associações negativas entre a flexibilidade psicológica com a vergonha relacionada com a doença, o evitamento de comportamentos de doença, a sintomatologia depressiva, pobre qualidade do sono, e gravidade de insónia, podendo isto indicar que mais flexibilidade psicológica está relacionada com menores níveis das variáveis mencionadas e melhor qualidade do sono. Efetivamente, estudos prévios indicam que níveis mais elevados de flexibilidade psicológica estão associados a uma menor probabilidade de desenvolver perturbações psiquiátricas e melhor saúde mental (Bond & Bunce, 2000, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004). Em condições crónicas de saúde, tem sido verificado que a flexibilidade psicológica está associada a menores níveis de sintomatologia depressiva em pessoas com cancro (Branstetter et al., 2004), menor sintomatologia depressiva e, em geral, melhor funcionamento emocional, social e físico em pessoas com dor crónica (McCracken et al., 2010) e também, aumento de comportamentos de autogestão em diabetes tipo 2 (Gregg, 2004). Também, foram encontradas associações positivas fortes entre a sintomatologia depressiva com a qualidade do sono e com a gravidade da insónia, o que vai ao encontro dos estudos psicométricos destas escalas que indicam uma relação entre estas e a sintomatologia depressiva (Gomes et al., 2015; Miller-Mendes et al., 2019; Morin, 2011). A BaSIQS apresentou uma maior associação com a sintomatologia depressiva, pelo que se justificou a sua integração no modelo construído na análise de caminhos (*path analysis*), como previamente mencionado. Este resultado pode dever-se ao facto de a escala ISI ter um foco mais específico na avaliação da insónia clínica (sintomas, gravidade e visibilidade) (Clemente et al., 2017; Morin et al., 2011), ao passo que a BaSIQS para além de permitir avaliar a presença/ausência de sintomas de insónia também se destina a detetar uma boa qualidade do sono (Gomes et al., 2015).

A análise de regressão múltipla foi realizada no sentido de compreender se uma medida específica de evitamento experiencial tem maior influência na predição da sintomatologia depressiva do que uma medida mais geral. Para isso, foi efetuada uma análise de regressão entre a escala IBAS que mede uma forma específica de evitamento experiencial, nomeadamente, o evitamento de comportamentos de doença e a subescala da CompACT (Abertura à experiência) que avalia, de entre outros fatores, o processo de aceitação (processo contrário ao evitamento experiencial; Hayes et al., 2012). Os resultados demonstraram que a subescala de aceitação da CompACT, na presença da IBAS, não prediz sintomas depressivos. Por sua vez, a IBAS apresentou um impacto significativo

nesta variável, demonstrando predizer a sintomatologia depressiva nesta amostra. Desta forma, confirmamos a nossa hipótese inicial de que, em indivíduos com doenças crônicas, uma medida específica de evitamento experiencial que avalie o evitamento de comportamentos de doença, prediz melhor a sintomatologia depressiva, comparativamente a uma medida geral deste.

Para compreender melhor os resultados encontrados, foi construído um modelo teórico, através da análise de caminhos (*path analysis*). Verificou-se, tal como esperado, que o evitamento de comportamentos de doença medeia a relação entre a vergonha relacionada com a doença e a sintomatologia depressiva que, por sua vez, influencia a qualidade do sono, tendo sido controlada a variável género. Este modelo apresenta um excelente índice de ajustamento aos dados empíricos, explicando 38% da variância da sintomatologia depressiva e 28% da qualidade do sono. Verificou-se que a vergonha relacionada com a doença prediz diretamente e, de forma significativa, a sintomatologia depressiva, resultado que está alinhado com estudos anteriores (Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Contudo, os nossos resultados indicam que o impacto negativo da vergonha no bem-estar emocional do indivíduo é ampliado quando este, por forma a diminuir a resposta de vergonha, adota estratégias de regulação emocional como o evitamento experiencial, especificamente, através do evitamento de comportamentos de doença. Este resultado vai ao encontro da literatura (Hayes et al., 1996). Tem sido verificado que, quando um indivíduo percebe a sua experiência interna como ameaçadora, prejudicial ou dolorosa, pode deslocar o seu esforço no sentido de tentar diminuir, eliminar, controlar ou evitar estas experiências. Assim, pessoas com doenças crônicas que experienciam vergonha relacionada com a sua doença podem tentar lidar com esta, evitando determinados comportamentos de doença adaptativos. Como exemplo, indivíduos que considerem que os outros os avaliam negativamente por causa da sua doença, devido à incontroabilidade de alguns sintomas ou pela percepção de incompreensibilidade face ao seu quadro clínico, podem não partilhar o seu estado de saúde ou necessidades com a família ou amigos. Além disso, se se sentirem embaraçados com os seus sintomas ou com os potenciais efeitos secundários de uma terapêutica, podem evitar contar ao seu médico ou outros profissionais de saúde, não seguir determinadas indicações prescritas ou tentar não prestar atenção a estes sintomas. Porém, e tal como sugerido pelo modelo do presente estudo, esta estratégia de regulação emocional pode levar a consequências a longo prazo disfuncionais, como o aumento de sintomatologia depressiva. Efetivamente, o evitamento de comportamentos de

doença apresentou um efeito direto significativo nos sintomas depressivos, estando este resultado de acordo com estudos com doentes crónicos, cujo impacto do evitamento experiencial geral (não específico a nenhum conteúdo) se tem verificado na saúde física e psicossocial destes (Branstetter et al., 2004; Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Gregg et al., 2007; Trindade et al., 2015). De facto, podemos hipotetizar que, os indivíduos, ao se focarem no evitamento de comportamentos de doença como forma a regular a sua experiência interna de vergonha, poderão, a longo prazo, enveredar por padrões inflexíveis e restritivos de comportamentos, afastando-se de uma vida valorizada por si, podendo esta estratégia levar à não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, ao aumento da sintomatologia associada, ou, por outro lado, ao isolamento, o que não permite ao indivíduo obter apoio social, por exemplo. Estes padrões de comportamento podem levar a um menor bem-estar emocional, resultando em sintomas depressivos. O modelo também demonstra que a vergonha relacionada com a doença e o evitamento de comportamentos de doença tem um efeito indireto na qualidade do sono, através da sintomatologia depressiva. Poderia esperar-se que o evitamento de comportamentos de doença tivesse um efeito direto nesta variável, uma vez que, a relação entre o evitamento experiencial e as dificuldades ao nível do sono, é reportada na literatura (Bothelius et al., 2015; Khazaie, 2019). Contudo, esta associação direta não se verifica no modelo, sendo o impacto desta variável no sono explicado através da sintomatologia depressiva. Por sua vez, a associação entre sintomas depressivos e uma pior qualidade do sono, está de acordo com os resultados documentados na literatura (e. g., Breslau et al., 1996). Efetivamente, a literatura prévia sugere que a qualidade do sono está associada ao funcionamento diurno, como funcionamento psicossocial, indicadores de bem-estar, sintomatologia depressiva e saúde relatada (Allen Gomes et al., 2015; Breslau et al., 1996; Lemma et al., 2012; Pilcher et al., 1997; Tavernier & Willoughby, 2014; Wong et al., 2013).

O estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, o seu desenho transversal não permite efetuar interpretações causais pelo que, idealmente, estudos futuros deveriam replicar o modelo estudado numa análise longitudinal. A metodologia utilizada na recolha de amostra também apresenta algumas limitações. O facto desta recolha ter sido efetuada via *internet* pode ter comprometido a representatividade da amostra. No entanto, um estudo de Trindade et al., (2019) demonstrou que a recolha de dados via *internet* e via presencial, embora apresente diferenças no nível das variáveis auto-reportadas (os indivíduos tendem a reportar níveis mais elevados de psicopatologia em formatos de recolha *online*), não

produzem diferenças ao nível da relação entre variáveis. Por outro lado, esta amostra é composta, maioritariamente, por mulheres, estando este género associado a idades mais jovens nesta amostra. Estas características da amostra podem ter-se refletido nos resultados. Além disso, o estudo foi feito com uma amostra mista de doenças crónicas, o que, apesar de ter vantagens, leva a uma distribuição não homogénea entre grupos de doenças. Por fim, é importante referir que ao realizar a análise do modelo de mediação é necessário ter em consideração que este foi desenvolvido com base numa hipótese de estudo previamente estabelecida, pelo que, poderão existir outros fatores que se relacionem com as variáveis estudadas. Da mesma forma, compreendemos que a relação entre a psicopatologia e a qualidade do sono é bidirecional, contudo, para efeitos do estudo, analisamos apenas o efeito que a sintomatologia depressiva apresenta na qualidade do sono.

Em suma, os resultados encontrados neste estudo ressaltam a importância do evitamento experiencial relacionado com comportamentos de doença em indicadores de bem-estar psicológico em doentes crónicos. De facto, este estudo sugere que o evitamento de comportamentos de doença, sendo um tipo específico de evitamento experiencial, adotado para regular a experiência interna de vergonha relacionada com a doença crónica, pode levar ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e, por sua vez, a uma pior qualidade de sono. Dada a sua relevância, previamente demonstrada no funcionamento físico e psicológico em indivíduos com doenças crónicas, compreende-se, por um lado, a necessidade de desenvolver e validar um instrumento que vise medir este processo e, por outro, continuar a estudar outras variáveis que possam estar relacionadas com estes resultados, adequando, também, a avaliação e a intervenção nesta população clínica, nomeadamente através da utilização da Terapia da Aceitação e Compromisso, dado o seu foco na aceitação, o processo alternativo ao evitamento experiencial.

## Bibliografia

---

- Aguirre-Camacho, A., Pelletier, G., González-Márquez, A., Blanco-Donoso, L. M., García- Borreguero, P., & Moreno-Jiménez, B. (2017). The relevance of experiential avoidance in breast cancer distress: insights from a psychological group intervention. *Psycho-Oncology*, *26*(4), 469-475.  
<https://doi.org/10.1002/pon.4162>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *International Classification of Sleep Disorders* (3rd ed.). American Academy of Sleep Medicine.
- Anagnostopoulos F., & Spanea E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: A comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(4), 327–334.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.09.011>
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*(1), 29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Arbuckle, J. L. (2019). *Amos* (Version No. 26.0). IBM SPSS.
- Aromaa, A., Raitasalo, R., Reunanen, A., Impivaara, O., Heliovaara, M., Knekt, P., Lehtinen, V., Joukamaa, M., & Maatela J. (1994). Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, *89*(377) 77-82.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05807.x>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017, March 08). *Chronic disease*. <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/about>.
- Bach, P., Moran, D., & Hayes, S. (2008). *ACT in practice. Case conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, *380*(9836), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)

- Bastien, C. H., Vallieres, A., Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*, 2(4), 297-307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Berger, A. M., Sankaranarayanan, J., & Watanabe-Galloway, S. (2007). Current methodological approaches to the study of sleep disturbances and quality of life in adults with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 16(5), 401-420. <https://doi.org/10.1002/pon.1079>
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5(1), 47-57. [https://doi.org/10.1016/S09621849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S09621849(96)80026-6)
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219-231. <https://doi.org/10.1177/00343552050480040301>.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S00223999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S00223999(01)00296-3)
- Bjornsson, A., Carey, G., Hauser, M., Karris, A., Kaufmann, V., Sheets, E., & Craighead, W. E. (2010). The effects of experiential avoidance and rumination on depression among college students. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 389-401. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.4.389>
- Bliwise, D. L., King, A. C., Harris, R. B., & Haskell, W. L. (1992). Prevalence of self-reported poor sleep in a healthy population aged 50-65. *Social Science Medicine*, 34(1), 49-55. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90066-y](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90066-y)
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156-163. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.156>

- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The Role of Acceptance and Job Control in Mental Health, Job Satisfaction, and Work Performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
- Bothelius, K., Jernelöv, S., Fredrikson, M., McCracken, L. M., & Kaldo, V. (2015). Measuring acceptance of sleep difficulties: the development of the sleep problema acceptance questionnaire. *Sleep*, 38(11), 1815-1822. <https://doi.org/10.5665/sleep.5170>
- Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. *Association for Advancement of Behavior Therapy*, 35, 732.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and Psychiatric disorders: Alongitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39(6), 411-418. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00188-3](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00188-3)
- Bruce, M. L., & Leaf, P. J. (1989). Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *Am J Public Health*, 79(6), 727-730. <https://doi.org/10.2105/ajph.79.6.727>
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges* (Vol. 20). WHO Regional Office Europe.
- Byar, K., Berger, A., Bakken, S., & Cetak, M., (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), 18-26. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.E18-E26>
- Casati, J., Toner, B. B., de Rooy, E. C., Drossman, D. A., & Maunder, R. G. (2000). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: A review of emerging themes. *Digestive Diseases and Sciences*, 45(1), 26-31. <https://doi.org/10.1023/A:1005492806777>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019, October 23). *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: About Chronic disease*. [www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm](http://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm)
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). *Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy*. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients:*

*Illuminating the theory and practice of change* (pp. 51–75). New Harbinger Publications.

- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E., (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*, 160 (21), 3278-3285. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.21.3278>
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Hirsch, I. B. (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 25 (4), 246–252. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00055-0](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00055-0)
- Clark, J., Cunningham, M., McMillan, S., Vena, C., & Parker, K. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: Evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncol Nurs Forum*, 31(4) 747-771. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.747-771>
- Clemente, V. (2007, 2013). *Índice de Gravidade da Insónia, versão em português europeu [Insomnia Severity Index – ISI, European Portuguese Version]*. Centro de Medicina do Sono, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-CHUC, Portugal.
- Clemente, V., Allen Gomes, A., Mendes, M. M., Marques, D. R., Russo, B., Serra, J., Moutinho dos Santos, J., & Moita, J. (2017). The European Portuguese version of the insomnia severity index (ISI): Reliability, validity and diagnostic accuracy. *Sleep Medicine*, 40 (1) 67. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.11.191>
- Cockerham, W. C. (2014). Health behavior. In W. C. Cockerham, R. Dingwall & S. Quah (eds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs296>
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578-1591. <https://doi.org/10.1111/jasp.12107>
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 34-47. <https://doi.org/10.1002/cpp.699>



- Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology Review*, 21(1), 41-53. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9154-6>
- Czeisler, C. A. (2011). Impact of sleepiness and sleep deficiency on public health - Utility of biomarkers. *J Clin Sleep Med*, 7(5), 6-8. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1340>
- Dahl, J. (2009). ACT and health conditions. In J. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy. Contemporary theory, research and practice* (pp. 119–150). Australian Academic Press.
- Dahl, J. (2015). Valuing in ACT. *Current Opinion in Psychology*. 2, 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.001>
- Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). *The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dahl, J., Wilson, K., Luciano, C., & Hayes, S. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Context Press.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35(4), 785-801. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80020-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80020-0)
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 699-711. <https://doi.org/10.1023/A:1005591412406>
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, D. J., Barré, P. E., & Guttman, R. D. (1984). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(4), 327-343. <https://doi.org/10.2190/5dcp-25bv-u1g9-9g7c>
- Devins, G. M., Edworthy, S. M., Paul, L. C., Mandin, H., Seland, T. P., Klein, G., Cosrello, C. & Shapiro, C. M. (1993). Restless sleep, illness intrusiveness, and depressive symptoms in three chronic illness conditions: rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 163-170. [https://doi.org/10.1016/00223999\(93\)90083-r](https://doi.org/10.1016/00223999(93)90083-r)
- DiMatteo M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*, 27(1), 79-83. <https://doi.org/10.1001/jama.271.1.79>

- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan. T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160(14), 2101–2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>
- Donaldson-Feilder, E. J., & Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 187–203. <https://doi.org/10.1080/08069880410001692210>
- Duivis, H. E., de Jonge, P., Penninx, B. W., Bee Ya Na, M. P. H., Cohen, B. E., & Whooley, M. A. (2011). Depressive symptoms, health behaviors, and subsequent inflammation in patients with coronary heart disease: Prospective findings from the heart and soul study. *Am J Psychiatry*, 168(9), 913-920. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10081163>.
- Dunker, M. S., Stiggelbout, A. M., van Hogezaand, R. A., Ringers, J., Griffioen, G., & Bemelman, W. A. (1998). Cosmesis and body image after laparoscopic-assisted and open ileocolic resection for Crohn's disease. *Surgical Endoscopy*, 12(11), 1334-1340. <https://doi.org/10.1007/s004649900851>.
- Edéll-Gustafsson, U. M., Gustavsson, G., & Yngman Uhlin, P. (2003). Effects of sleep loss in men and women with insufficient sleep suffering from chronic disease: A model for supportive nursing care. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 49-59. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2003.00402.x>
- Eurostat (2010). *Europe in figures: Eurostat yearbook 2010*. Publications Office of the European Union.
- Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J., & Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med*, 160(9), 1261-1268. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.9.1261>
- Feros, D. L. D., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464. <https://doi.org/10.1002/pon.2083>
- Flaxman, P. E. (2006). *Acceptance-based and traditional cognitive-behavioural stress management in the workplace: Investigating the mediators and moderators of*
- Evitamento de Comportamentos de Doença e o seu Papel Mediador na Relação entre a Vergonha e Sintomas Depressivos numa Amostra Mista de Doentes Crónicos

- change* (publication No. 0000 0001 0775 0603) [Doctoral master's Thesis, Goldsmiths College, University of London]. EThOS.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. *Sleep*, *18*(6), 425-432. <https://doi.org/10.1093/sleep/18.6.425>
- Ford, D. E. (2008). Optimizing outcomes for patients with depression and chronic medical illnesses. *The American journal of medicine*, *121*(11), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.012>
- Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(3), 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003>
- Frasure-Smith N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*, *270*(15), 1819-1825. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03510150053029>
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, *35*(4), 689-706. <https://contextualscience.org/files/Smoking%20ACT%20v%20NRT%20BT%20004.pdf>
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 3-38). Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *7*(3), 174-189. [https://doi.org/10.1002/10990879\(200007\)7:3174::AIDCPP233.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/10990879(200007)7:3174::AIDCPP233.0.CO;2-U)
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research* *70*(4), 1205-1230. <https://www.muse.jhu.edu/article/558610>
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In: J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (eds.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283-309). Guilford Press.

- Gili, M., Toro, M. G., Armengol, S., Garcia-Campayo, J., Castro, A., Roca, M. (2013). Functional impairment in patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(12), 679–686. <https://doi.org/10.1177/070674371305801205>
- Gomes, A. A., Tavares, J., Azevedo, P. (2011). Sleep and academic performance in undergraduates: A multi-measure, multipredictor approach. *Chronobiol Int*. 28(9), 786–801. <https://doi.org/10.3109/07420528.2011.606518>
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Tavares, J., da Silva, C. F., & Azevedo, M. H. P. (2015). Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): Reliability, initial validity and normative scores in higher education students. *Chronobiology International*, 32(3), 428-440. <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.986681>
- Goodheart, C., & Lansing, M. (1997). Treating people with chronic disease: A psychological guide. American Psychological Association.
- Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2012). A Pilot Study Examining the Initial Effectiveness of a Brief Acceptance-Based Behavior Therapy for Modifying Diet and Physical Activity Among Cardiac Patients. *Behavior Modification*, 36(2), 199–217. <https://doi.org/10.1177/0145445511427770>
- Graff, L. A., Walker, J. R., Lix, L. M., Clara, I., Rawsthorne, P., Rogala, L., Miller, N., Jakul, L., McPhail, C., Ediger, J., Bernstein, C. (2006). The relationship of inflammatory bowel disease type and activity to psychological functioning and quality of life. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4(12), 1491–1501. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2006.09.027>.
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>
- Gregg, J. A. (2004). *A randomized controlled effectiveness trial comparing patient education with and without Acceptance and Commitment Therapy* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Nevada, Reno.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self- management through acceptance, mindfulness, and values: A

- randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- Gunn, J. M., Ayton, D. R., Densley, K., Pallant, J. F., Chondros, P., Herrman, H. E., & Dowrick, C. F. (2012). The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 175-184. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0330-z>
- Hadlandsmyth, K., White, K. S., Nesin, A. E., & Greco, L. A. (2013). Proposing an Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(4), 12–15. <https://doi.org/10.1037/h0100960>.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184 <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. (5th ed.). Prentice-Hall International.
- Hajjar, R. (2008). Sleep disturbance in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(1), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.003>
- Hall, N. J., Rubin, G. P., Dougall, A., Hungin, P. S., & Neely, J. (2005). The fight for “health related normality”: A qualitative study of the experiences of individuals living with established inflammatory bowel disease (IBD). *Journal of Health Psychology*, 10(3), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1359105305051433>
- Harris, R. (2009). *ACT made simple*. New Harbinger.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198 <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, *36*(2), 69-96. [10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2005). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K., Gifford, E. V, Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*(1), 53-60. <https://arrow.tudublin.ie/buschmanart>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019, February 11). *Infográfico INSA-Doença crónica..* <https://doi.org/10.20344/amp.11227>.
- Janke, K. H., Klump, B., Gregor, M., Meisner, C., Haeuser, W. (2005). Determinants of life satisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases* *11*, 272–286. <https://doi.org/10.1097/01.MIB.0000160809.38611.f7>.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect

- of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unutzer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*, 60(9), 897–903. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.897>
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., & Simon, G. (2001). Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*, 23(3), 138-144. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(01\)00136-0](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(01)00136-0)
- Kellett, S., & Gilbert, P. (2001). Acne: A biopsychosocial and evolutionary perspective with a focus on shame. *British Journal of Health Psychology*, 6(1), 1–24. <https://doi.org/10.1348/135910701169025>
- Kemple, M., O'Toole, S., & O'Toole, C. (2016). Sleep quality in patients with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3363-3372. <https://doi.org/10.1111/jocn.13462>
- Khazaie, H., Najafi, F., Zakiei, A., & Komasi, S. (2019). Partitioning the Sleep Quality and Insomnia Severity among Earthquake Victims in the West of Iran: Cluster Prediction Based on Personality and Psychological Factors. *Journal of Research in Health Sciences*, 19(4), e00458. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183562/>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kochar, B., Barnes, E. L., Long, M. D., Cushing, K. C., Galanko, J., Martin, C. F., Raffals, L. E., & Sandler, R. S. (2017). Depression Is Associated With More Aggressive Inflammatory Bowel Disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 112(1), 80-85. <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.423>
- Kyle, S. D., Morgan, K. & Espie, C. A. (2010) Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Medicine Reviews*, 14(1), 69-82. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.07.004>
- Lau, R. R., & Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2(2), 167-185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.2.2.167>

- Lemma, S., Gelaye, B., Berhane, Y., Worku, A., & Williams, M., (2012). Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 237. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-237>
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness Representation: Theoretical foundations. In J. Weinman & K. Petrie (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19-46). Harwood Publisher.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum., S. E. Taylor & J. E. Singer (eds.), *Handbook of Psychology and Health*. (pp. 219-225). Lawrence Erlbaum Associates.
- Lundgren, T., Dahl, J. C., Melin, L. & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in south Africa - A pilot study, *Epilepsia*, 47(12), 2173-2179. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00892.x>
- Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 13(1), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2008.02.009>
- Mannix, K., Blackburn, I., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., Standart, S., & Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine* 20(6), 579-584. <https://doi.org/10.1177/0269216306071058>
- Mardini, H. E., Kip, K. E., & Wilson, J. W. (2004). Crohn's disease: A two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Digestive Diseases and Sciences*, 49(3), 492-497. <https://doi.org/10.1023/B:DDAS.0000020509.23162.cc>
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(4), 229-312. <https://doi.org/10.1002/cpp.659>.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: The mediating role of shame on depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(4), 479-493. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001099>



- May, R. C., Kelly, R. A., & Mitch, W. E. (1991). Pathophysiology of uremia. In B. M. Brenner & F. C. Rector (eds.), *The Kidney* (4th Ed., pp.1997-2018). W. B. Saunders Company.
- Mccall, W. V., Reboussin, B. A., & Cohen, W. (2000). Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *Journal of Sleep Research*, 9(1), 43-48. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2000.00186.x>
- McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *Journal of Pain*, 14(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Eccleston, C. (2010). Acceptance of pain in adolescents with chronic pain: Validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *European Journal of Pain*, 14(3), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.05.002>
- McCracken, L. M., & Samuel, V. M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130(1-2), 119-125. <https://doi:10.1016/j.pain.2006.11.016>
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1335-1346. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.003>
- McDermott, E., Mullen, G., Moloney, J., Moloney, J., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G., Cullen, G., Malone, K., & Mulcahy, H. (2015). Body image dissatisfaction: Clinical features, and psychosocial disability in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases* 21(2), 353–360. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000287>
- Mechanic, D. (1986). Illness behavior: an overview. In S. McHugh & M. Vallis (eds.), *Illness behavior: A multidisciplinary model* (pp. 101-109). Springer.
- Mechanic, D. & Volkart, E. H. (1960). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior* 1(02), 86-94. <https://doi.org/10.2307/2949006>
- Miaskowski, C., Cooper, B., Paul, S., Dodd, M., Lee, K., Aouizerat, B., West, C., Cho, M., & Banks, A. (2009). Subgroups of patients with cancer with different symptom experiences and quality of life outcomes: A cluster analysis. *Oncology Nursing Forum* 33(5), 79–89. <http://doi.org/10.1188/06.ONF.E79-E89>

- Miller-Mendes, M., Gomes, A. A., Ruivo Marques, D., Clemente, V., & Azevedo, M. H. P. (2019). BaSIQS-basic scale on insomnia complaints and quality of sleep: reliability, norms, validity, and accuracy studies, based on clinical and community samples. *Chronobiology international*, *36*(5), 644-656.  
<http://doi.org/10.1080/07420528.2019.1578970>
- Montgomery, P., & Dennis, J. A. (2002). Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003404>
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*, *34*(5), 601-608.  
<https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Muller, K. R., Prosser, R., Bampton, P., Moundtfield, R., & Andrews, J. (2010). Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: Patient perceptions. *Inflammatory Bowel Diseases*, *16*(4), 657–663.  
<https://doi.org/10.1002/ibd.21090>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Sleep quality in advanced cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*(5), 527- 533. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.11.008>
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1957-1965.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(3), 504–511.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). “Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*(4), 801–814. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801>

- Nordin, L., & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: A randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *44*(1), 87–90.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-0898>
- Ormel, J., Kempen, G. I., Deeg, D. J., Brilman, E. I., van Sonderen, E., & Relyveld, J. (1998). Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: Comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, *46*(1), 39-48.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb01011.x>
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*(12), 1608–1619.  
<https://doi.org/10.1177/0146167206292958>
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program* (4th ed). *Everbest Printing*.
- Pierson, H., Gifford, E. V., Smith, A. A., Bunting, K., & Hayes, S. C. (2004). *Functional Acceptance and Commitment Therapy Scale* [Unpublished manuscript]. University of Nevada.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *J Psychosom Res.*, *42*(6) 583–96  
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00004-4)
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *21*(4), 311-323.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- Porcelli, P., Leoci, C., & Guerra, V. (1996). A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *31*(8), 792–796.  
<https://doi.org/10.3109/00365529609010354>
- Price, A., & Hotopf, M. (2009). The treatment of depression in patients with advanced cancer undergoing palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, *3*(1), 61–66. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e328325d17a>

- Rau H., & Williams P. (2013). Illness Behavior. In M. D., & J. R. Turner. (eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_966](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_966)
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Quarteto.
- Saha S, Zhao YQ, Shah SA, et al. (2015) Body image dissatisfaction in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 345–352. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000270>
- Samson, A., Siam, H., & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration on an integrated task-based model. *Interventions*, 127, 16-28.
- Saravay, S. M., & Lavin, M. (1994). Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*, 35(3), 233-252. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71772-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71772-2)
- Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M., & Mauss, I. B., (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behav Res Ther*, 48(9), 921-929. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.025>
- Sirri, L., & Grandi, S. (2012). Illness behavior. In G. A. Fava., N. Sonino & T. N. Wise (eds.), *The Psychosomatic Assessment Strategies to Improve Clinical Practice* (pp. 160-181). Karger Publishers.
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2014). Acceptance and compassionbased group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481-490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>
- Smith, R. H., Webster, J. M., Parrott, W. G., & Eyre, H. L. (2002). The role of public exposure in moral and nonmoral shame and guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(1), 138–159. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.138>
- Sousa, C., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da Hospitalanxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 283-298. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164500862008000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862008000200008&lng=pt&tlng=pt).
- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 151-160.

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087402832011000200016&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000200016&lng=pt&tlng=pt).

- Sprecher, S., & Hendrick, S. S. (2004). Sprecher and Hendrick self-disclosure in intimate relationships self-disclosure in intimate relationships: Associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(6), 857–877. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.6.857.54803>
- Strosahl, K., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2004). Acceptance and commitment therapy primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In: S. C. Hayes & K. Strosahl (eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-58). Springer.
- Sullivan, M., Simon, G., Spertus, J., & Russo, J. (2002). Depression-related costs in heart failure care. *Arch Intern Med, 162*(16), 1860-1866. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.16.1860>
- Taft, T. H., Keefer, L., Leonhard, C., & Nealon-Woods, M. (2009). Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes. *Inflammatory Bowel Diseases, 15*(8), 1224-1232. <https://doi.org/10.1002/ibd.20864>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of hame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (3), 469-478. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.469>
- Tavernier, R., Willoughby, T. (2014). Bidirectional associations between sleep (quality and duration) and psychosocial functioning across the university years. *Dev Psychol, 50*(3), 674–82. <https://doi.org/10.1037/a0034258>
- Taylor, R. (2006). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability* (1st ed.). Springer.
- Teasdale, J. D., & Cox, S. G. (2001). Dysphoria: self-devaluative and affective components in recovered depressed patients and never depressed controls. *Psychological Medicine, 31*(7), 1311-1316. <https://doi.org/10.1017/S003329170100424X>
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: Na integrative model. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1156-1168. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.007>

- Trindade, I. A., Duarte, J., Ferreira, C., Coutinho, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. *Clinical psychology & psychotherapy*, *25*(3), 408-414. <https://doi.org/10.1002/cpp.2175>
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Ulcerative colitis symptomatology and depression: The exacerbator role of maladaptive psychological processes. *Digestive Diseases and Sciences*, *60*(12), 3756-3763. <https://doi.org/10.1007/s10620-015-3786-6>
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Inflammatory bowel disease: The harmful mechanism of experiential avoidance for patients' quality of life. *Journal of Health Psychology*, *21*(12), 2882-2892. <https://doi.org/10.1177/1359105315587142>.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017a). Chronic illness-related shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients depressive symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 255–263. <https://doi.org/10.1002/cpp.2035>.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology*, *25*(4), 511-521. <https://doi.org/10.1177/1359105317718925>.
- Trindade, I. A., Ferreira, C., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Gender differences in inflammatory bowel disease: Explaining body image dissatisfaction. *Journal of Health Psychology*, *24*(7), 847-856. <https://doi.org/10.1177/1359105317742958>
- Trindade, I. A., Ferreira, N., Mendes, A. L., Ferreira, C., Dawson, D., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). *Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT): Measure refinement and study of measurement invariance across Portuguese and UK samples*. Paper under review.
- Trindade, I. A., Keefer, L., Portela, F., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2019). Measuring structural model invariance across internet-recruited and hospital-recruited IBD patients: Experiential avoidance's effect on psychopathological symptoms. *Current Psychology*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00281-2>
- Trindade, I. A., Pinto, H., Allen-Gomes, A., Knowles, S., & Ferreira, N. B. (2020). *Behavioural response to illness: Development and validation of a self-report measure of illness behaviour avoidance*. Manuscript in preparation

- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124–128. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.2.124>
- Veiga, D., Trindade, I., & Ferreira, C. (2019). Efeitos da vergonha em sintomas depressivos em pessoas com e sem doença física crónica: Os papéis mediadores da autocompaixão e da ação comprometida. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 5(2), 1-18. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.2.153>.
- Verma, S., Tsai, H. H., & Giaffer, M. H. (2001). Does better disease-related education improve quality of life? A survey of IBD patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 46(4), 865–869. <https://doi.org/10.1023/A:1010725106411>
- Vitiello, M. V., Larsen, L. H., & Moe, K. E. (2004). Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 503–510. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(04\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(04)00023-6)
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.397>
- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1093–1104. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1093>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- Weingarten, S. R., Henning, J. M., Badamagarav, E., Knight, K., Jhasselblad, V., Gano, A. & Ofman, J. J. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*, 325(7370), 925-939. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7370.925>
- Weijman, I., Ros, W. J. G., Rutten, G. E. H. M., Schaufeli, W. B., Schabracq, M. J., & Winnubst, J. A. M. (2005). The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 59(1),87-96. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.004>

- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (2000). The relative efficacy of concentration and suppression strategies of mental control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1200–1212. <https://doi.org/10.1177/0146167200262003>
- World Health Organization (2018, Junho 1). *Noncommunicable diseases*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Wolfe, F., Michaud, K., & Li, T. (2006). Sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis: evaluation by medical outcomes study and visual analog sleep scales. *The Journal of Rheumatology*, 33(10),1942-1951. <http://www.scopus.com/inward/record.url?scp=33749997132&partnerID=8YFLogxK>
- Wong, M. L., Lau, E. Y. Y., Wan, J. H. Y., Cheung, S. F. Hui, C. H. Mok, D. S. Y. (2013). The interplay between sleep and mood in predicting academic functioning, physical health and psychological health: A longitudinal study. *J Psychosom Res*, 74(4), 271–277. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.014>
- Yngman-Uhlin, P. & Edell-Gustafsson, U. (2006). Self-reported subjective sleep quality and fatigue in patients with peritoneal dialysis treatment at home. *International Journal of Nursing Practice*. 12(3), 143–152. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00566.x>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zohal, M. A., Yazdi, Z., & Kazemifar, A. M. (2013). Daytime sleepiness and quality of sleep in patients with COPD compared to control group. *Global Journal of Health Science* 5(3): 150-155. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n3p150>