



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sofia Isabel Vilhena Ferreira

**O FENÓMENO PSICOSSOMÁTICO E A RELAÇÃO COM
A ANSIEDADE, DEPRESSÃO, TRAUMA E QUALIDADE
DO SONO**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia clínica, subárea de especialização de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, orientada pelo Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

O Fenómeno Psicossomático e a relação com a Ansiedade, Depressão, Trauma e Qualidade do sono

Sofia Isabel Vilhena Ferreira

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia
clínica, subárea de especialização de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas,
orientada pelo Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão e apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019



UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Agradecimentos

Ao Professor Dr. Rui Paixão, a quem agradeço a disponibilidade, ajuda, sabedoria e partilha de conhecimento ao longo destes dois anos. Por ter sido fundamental no meu percurso académico e inculcar nos alunos a busca incessante pelo conhecimento. Foi e é, sem dúvida, um verdadeiro mestre.

À minha querida prima do coração, Solange, por estar sempre presente em todas as ocasiões; foram tantos os momentos por que passámos, desde as mais belas gargalhadas aos momentos de profunda reflexão. Percorremos este caminho lado a lado, com muitos altos e baixos, mas sempre juntas e, é assim, que continuaremos. Agradeço-lhe, ainda, por ser uma pessoa essencial na minha vida e, sobretudo, por me ensinar que no final, “*isto bate tudo certo*”.

Ao Rui, que foi das mais bonitas e agradáveis surpresas dos últimos tempos. Agradeço-lhe toda a ajuda e paciência que teve para comigo ao longo deste ano. Por ser, como o próprio o diz, um dos meus maiores impulsionadores, com a palavra certa no momento certo. É sem dúvida dos melhores amigos que a vida me deu.

À Andreia, que me faz acreditar na grandiosidade do ser-humano. Por ser das pessoas que mais me inspira cada vez que mete a mochila às costas, e vai à conquista do mundo.

À Patrícia, que me marcou pela sua forma de ser e alegria contagiante. Agradeço-lhe principalmente, por tantas vezes (e sem o saber), ter-me dado o conforto de casa, tornando a saudade mais suportável.

À Carla e à Isabel por terem dado outro significado à palavra família.

À Ana, a pessoa que me acompanha desde sempre sendo uma verdadeira irmã, e isto diz tudo. Porque mesmo longe, esteve sempre perto.

À minha família, em particular aos meus pais a quem agradeço de coração tudo o que fizeram e fazem por mim. Por estarem sempre presentes na montanha russa que é a vida e serem o meu porto seguro. Por me ensinarem que o impossível se torna possível com trabalho, dedicação e entrega, mas sobretudo com paixão pelo que fazemos. Um agradecimento especial à minha mãe, que é a minha maior e principal referência e por quem tenho uma profunda admiração, tendo um papel preponderante na minha vida. Por ser a pessoa mais dedicada e trabalhadora que conheço, por me inspirar pela sua forma de ser e estar na vida.

Resumo

Introdução: Sabemos hoje que os estados emocionais têm um papel impactante no aparecimento de sintomas somáticos, diminuindo a qualidade de vida dos indivíduos e causando sofrimento psicológico e físico. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo explorar e compreender o fenômeno psicossomático e a sua relação com a ansiedade, depressão, eventos sentidos como traumáticos e/ou stressantes, qualidade do sono e características sociodemográficas. **Método:** a amostra incluiu 237 estudantes universitários, dos quais 191 são do sexo feminino (80.6%) e 46 do sexo masculino (19.4%), com uma média de idades de 21.53 ($DP= 3.06$). Os participantes responderam a um questionário de autorresposta colocado *online*, composto por um questionário sociodemográfico e por quatro instrumentos clínicos que pretendiam avaliar as seguintes variáveis: sintomas somáticos, eventos traumáticos e/ou stressantes, ansiedade, depressão e qualidade do sono. **Resultados:** os resultados obtidos através das correlações evidenciaram que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis depressão, ansiedade, qualidade do sono e eventos traumáticos e/ou stressantes com os sintomas somáticos: à medida que estas variáveis aumentam, os sintomas somáticos também aumentam. **Conclusão:** estes resultados sugerem, portanto, que existe uma relação entre as variáveis em estudo e os sintomas somáticos, reforçando a visão de que o ser-humano é um organismo unificado e rejeitando, assim, a ideia de uma dualidade.

Palavras-chave: Sintomas somáticos; ansiedade; depressão; eventos traumáticos; qualidade do sono.

Abstract

Introduction: We know nowadays that the emotional states have a big impact in the occurrence of somatic symptoms, reducing the quality of life of the individual and causing physical and psychological suffer. **Objective:** This study aims to explore and understand the psychosomatic phenomenon and its relation with anxiety, depression, traumatic events and/or stressful events, quality of sleep and sociodemographic characteristics. **Method:** The sample includes 237 college students, 191 are female and 46 are male, which represents 80.6% and 19.4% respectively with an average age of 21.53 (DP=3.06). The participants answered an online questionnaire, which had five instruments, composed by a sociodemographic one and four clinic instruments that pretend to evaluate the following variables: somatic symptoms, traumatic events and/or events stressful, anxiety, depression and sleep quality. **Results:** The results found through correlation show that exists a significant statistical relation between depression, anxiety, sleep quality and traumatic and/or events stressful events with somatic symptoms. As these variables grow, the somatic symptoms also grow. **Conclusion:** These results suggest, however, that exists a relation between the variables in study and somatic symptoms, reinforce the vision that the human being is a unified organism rejecting, that way, the idea of duality. Along side that, the results were important in the meaning.

Keywords: Somatic symptoms; anxiety; depression; traumatic events; sleep quality.

“Se a emoção não se libertar... fixar-se-á nos órgãos e perturbará o seu funcionamento. A tristeza que se pode exprimir através de gemidos e do choro será rapidamente esquecida, enquanto o desgosto mudo, que corrói sem cessar o coração, acabará por destruí-lo.”

Maudsley, 1876

Índice

Introdução	9
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
O trauma e o fenómeno psicossomático	13
Ansiedade, depressão e o fenómeno psicossomático.....	14
A qualidade do sono e o fenómeno psicossomático	15
OBJETIVOS	16
METODOLOGIA	17
Caraterização da amostra	17
Instrumentos.....	17
Procedimentos.....	20
RESULTADOS	22
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
Conclusão.....	30
Bibliografia	31
Anexos	40

Introdução

Durante séculos a relação entre mente e corpo foi objeto de debate entre vários filósofos, cientistas e teólogos, mas foi com René Descartes (1596-1650) que surgiu a primeira tese sistemática conhecida hoje como dualismo cartesiano (Forstmann, Burgmer, & Mussweiler, 2012). Descartes (2009) defendeu que a mente e o corpo não estavam interconectados porque os processos psicológicos acontecem separados dos processos neurobiológicos (Susman, 2001). Este dualismo pressupõe que a mente é uma substância imaterial, inanimada mas que pensa, e o corpo uma substância material sujeita a leis mecânicas, mas incapaz de pensar (Mehta, 2011).

Este ponto de vista dualista sobre a realidade humana contribuiu para o desenvolvimento do modelo biomédico na medicina, na medida em que os seres humanos passaram a ser considerados e tratados como simples organismos biológicos (materialismo), compreensíveis pela análise das partes constituintes (reducionismo) e segundo os princípios da anatomia, fisiologia, bioquímica e física. A doença passa a ser um evento físico ou químico identificável e a intervenção médica, complementarmente, uma ação envolvendo agentes físicos ou químicos (Mehta, 2011). No entanto, com a ascensão da neurociência, muitos investigadores argumentaram a favor de um dualismo interativo e começaram a rejeitar a noção de tratar os pacientes apenas como um corpo doente (Burgmer & Forstmann, 2018).

O dualismo cartesiano começou a ser refutado por vários cientistas (Brosig, Möhring, Kupfer, & Beckmann, 1998; Damásio, 2011; Sifneos, 1991), mas foi com o contributo imprescindível da psicanálise que se desenvolveram as primeiras conceções sobre o facto da mente e o corpo formarem um organismo unificado em constante interação. Foi neste contexto, de perceber como os processos mentais interagem com os processos corporais, que surge uma nova disciplina científica - a psicossomática - com o objetivo de perceber a dinâmica entre mente e corpo, tal como Freud observou nos casos de histeria (Meissner, 2006).

A doença psicossomática, numa fase inicial, foi considerada pela psicanálise como a expressão simbólica de um conflito psíquico. A doença aparecia como um comportamento orgânico significativo, isto é, uma forma de linguagem do corpo que pretendia comunicar através da atividade dos órgãos internos. Sempre que o sofrimento psíquico – que pode ser dor, medo, culpa, tristeza, ressentimentos ou vergonha - não é suficientemente expresso, a saúde física está em perigo (Matos, 2012). Todavia, são essencialmente os sintomas de ansiedade, depressão e situações percecionadas como stressantes e/ou traumáticas que perturbam o funcionamento do organismo causando uma disfunção orgânica – cefaleias, problemas gastrointestinais, dor nas articulações, fadiga, dores na musculatura, no peito, falta de ar, entre outras - que à primeira vista não tem explicação médica (Matos, 2012; Mccall-hosenfeld, Winter, Heeren, & Liebschutz, 2014). Importa ainda referir que a ansiedade e a depressão são a sintomatologia com maior prevalência em sujeitos que apresentam sintomas somáticos (Henningesen, Zimmermann, & Sattel, 2003; Wong & Fong, 2015). Desta forma, salienta-se a importância de olhar para o

indivíduo como um organismo unificado, em que percebemos que as vivências das emoções são aquilo a que Damásio (2011) afirmou como “o resultado de uma curiosa conciliação fisiológica com a qual o cérebro se transformou num público atento, obrigatório, prisioneiro mesmo, das atividades teatrais do corpo”.

A ansiedade, stress, depressão e sintomas psicossomáticos surgem muitas vezes em momentos em que o sujeito se encontra mais vulnerável e exposto, resultado de eventos de vida stressantes e traumáticos, conflitos familiares ou problemas no relacionamento com pares. Um dos períodos mais críticos da vida de um indivíduo é quando ele entra para a universidade e se depara com situações novas que podem ser, em muitos casos, angustiantes (Černi-Obrdalj et al., 2010; Najafi Kalyani, Jamshidi, Salami, & Pourjam, 2017). Ainda que o tempo da universidade seja considerado agradável e prazeroso para grande parte dos estudantes, é um acontecimento que altera radicalmente a sua vida, sendo acompanhado de grandes desafios como, por exemplo, saída de casa dos pais, mudança de cidade, mudanças nos relacionamentos interpessoais e familiares, decisões sobre a vida pessoal e profissional e/ou estabelecimento de objetivos académicos (El Ansari & Haghgoo, 2014; Schlarb, Claßen, Grünwald, & Vögele, 2017). Estas mudanças, decisões e exigências deixam os jovens mais expostos a determinados riscos psicossociais, ao aparecimento de perturbações relacionadas com a ansiedade, stress, depressão e sintomas conexos (qualidade do sono e sintomas psicossomáticos que provocam reações emocionais negativas), afetando o funcionamento do psiquismo (El Ansari & Haghgoo, 2014; Melissa, Tammy, & Elias, 2017; Schlarb, Kulesa, & Gulewitsch, 2012; Zárate, Soto, Castro, & Quintero, 2017). Segundo Fuentes et al. (2018), provavelmente os sintomas psicossomáticos são a expressão mais visível da deterioração da saúde mental, pois surgem como resposta a potenciais fontes de stress e acabam por interferir no normal funcionamento dos sujeitos e da sua vida quotidiana, sendo um dos principais motivos que os leva a recorrer aos serviços de cuidados primários (Černi-Obrdalj et al., 2010; Fuentes et al., 2018).

O tema desta investigação resulta da tentativa de melhor compreender até que ponto fenómenos sentidos como stressantes e/ou traumáticos, sintomas de ansiedade, depressão e a qualidade do sono têm influência no aparecimento de sintomas psicossomáticos que afetam negativamente a perceção da qualidade de vida dos estudantes universitários. Por outro lado, esta investigação também se torna pertinente pois, embora a psicossomática seja um tema cada vez mais abordado na comunidade científica e as pesquisas sejam convergentes entre si, indivíduos com prevalência de queixas psicossomáticas continuam a não ser devidamente encaminhados para um profissional da área da saúde mental, prolongando assim o sofrimento psíquico e deteriorando a qualidade de vida e a perceção da mesma.

O presente trabalho está estruturado em três partes: na primeira, o enquadramento teórico onde foi feita uma revisão da literatura e fundamentação teórica das variáveis em estudo e a apresentação dos objetivos que explicam o que se pretendem estudar; na segunda parte, um capítulo sobre a metodologia com informação detalhada sobre a amostra, os instrumentos

utilizados e os procedimentos de investigação e estatísticos e por fim, a apresentação dos resultados, discussão e conclusão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A expressão «psicossomática» foi introduzida pelo psiquiatra alemão Johann Heinroth (1773–1843) em 1818 pretendendo com isso descrever a influência da perturbação somática no psiquismo, de forma a perceber a génese da doença (Haynal, Pasini, & Archinard, 1998). Contudo, foi com Freud que surgiram os primeiros modelos sobre o fenómeno psicossomático, tornando-se assim um dos mais importantes precursores da psicossomática (Vicente, 2005). Através do estudo de casos de histeria e, na tentativa de encontrar explicações para os fenómenos psíquicos que observara, Freud verificou que o conflito psíquico influenciava a formação de sintomas somáticos; os sintomas da histeria são, assim, uma conversão de uma excitação endógena num sintoma somático (Capitão & Carvalho, 2006). Na continuação destes estudos, Freud (1966) descreve que os sintomas da neurose de angústia são uma manifestação de angústias não representadas, isto é, recalcadas, concluindo que estes sintomas recalcados mostram o núcleo das psiconeuroses (Marty, 1992).

As conceções freudianas sobre a neurose foram retomadas anos mais tarde nos Estados Unidos onde se realizaram as primeiras investigações sistemáticas da psicossomática. Flanders Dunbar (1902-1959) e Franz Alexander (1891-1964), dois psicanalistas da Escola de Chicago, tinham uma visão psicogenética da doença psicossomática; segundo eles, estas perturbações seriam a consequência de estados de tensão crónica (Vicente, 2005). Segundo Dunbar (1943), ainda, a conversão simbólica seria apenas uma das formas dos mecanismos psíquicos influenciarem as funções somáticas. Neste sentido, grande parte dos sintomas somáticos são vistos como consequência de uma descarga de energia pulsional sobre o sistema orgânico (Vicente, 2005). Já Alexander (1950), criticou o modelo de conversão de Freud e desenvolveu uma explicação causal das doenças psicossomáticas, correlacionando os conflitos intrapsíquicos com as alterações fisiológicas (Vicente, 2005). Segundo esta perspetiva psicogenética, a doença passa a ser resultado de vários fatores, entre eles as reações emocionais reprimidas que provocam angústia, assim como agressividade e atitudes afetivas (Marty, 1992); o recalçamento impossibilita a expressão destas emoções que geram um conflito psíquico e provocam uma tensão fisiológica, provocando uma perturbação no funcionamento dos órgãos (Vicente, 2005). Desta forma, Dunbar (1943) e Alexander (1950) distinguem os sintomas conversivos (percecionados como a expressão simbólica de um conteúdo emocional reprimido) de doenças psicossomáticas (respostas vegetativas a estados emocionais crónicos) (Vicente, 2005).

Os modelos propostos pela escola americana são modelos médicos, que procuram alcançar uma correspondência quase linear da patologia orgânica à psicopatologia que a acompanha. No entanto, a escola de Psicossomática de Paris, nomeadamente Pierre Marty (1992), distancia-se desta escola americana ao sublinhar a escuta analítica como forma de compreender os doentes, ao contrário da escuta do doente via órgão sublinhada pela escola americana (Amaral Dias, 1992). Marty e M'Uzan (*in* Pirlot, 2014), através das observações

clínicas, sintetizaram o funcionamento mental dos doentes psicossomáticos denominando o seu pensamento de operatório. Este é caracterizado pela ausência de liberdade fantasmática, carência de vida onírica e uma relação complexa no que diz respeito às trocas afetivas, com uma diminuição e/ou anulação de mecanismos de defesa fundamentais. Isto significa que a vida operacional, por vezes, pode funcionar de forma permanente, embora a grande maioria das vezes funcione de forma episódica, o que poderá indicar uma desorganização onde a carga afetiva ligada às emoções, pouco ou mal elaborada pelas funções mentais, parece aderir de forma rápida à via somática (Marty, 1992).

O trauma e o fenómeno psicossomático

O trauma pode ser definido como um acontecimento de vida que se caracteriza por uma reação psicológica e/ou física intensa e pela incapacidade do sujeito em responder adequadamente a esta situação adversa, assim como pelos efeitos patogénicos duradouros que provoca na organização psíquica (Elzirik, Aguiar, & Schestatsky, 2005; Petkus, Gum, King-Kallimanis, & Wetherell, 2009). A exposição a um acontecimento percebido como traumático pode levar ao desenvolvimento de psicopatologias, como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). Esta perturbação é caracterizada essencialmente pelo medo intenso de voltar a reviver a situação, hiper vigilância, evitamento e um aumento de excitação, entre outros critérios descritos no *DSM-V* (APA, 2014) que incitam uma desregulação fisiológica intensa, influenciando o sistema imunitário ao deixá-lo mais vulnerável o que aumenta o risco de se desenvolver uma doença (McFarlane, 2010; Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013). Quem sofre de PSPT geralmente apresenta problemas médicos complexos e múltiplos proveniente de uma possível desregulação do sistema nervoso autónomo e do sistema endócrino (McFarlane, 2010) que afetam vários sistemas orgânicos durante o sono e/ou a vigília (Gupta, 2013). Problemas respiratórios, taquicardia, hipertensão, sintomas gastrointestinais, problemas relacionados com o sono, cefaleias e dor difusa em várias partes do corpo, são os sintomas de natureza sintomática mais apontados por sujeitos onde existe sintomatologia típica de um quadro de PSTP (Loeb et al., 2018; O'Toole & Catts, 2008).

Evidências convergentes (Gupta, 2013; Lowe & Blachman-forshay, 2015; Mccall-hosenfeld, Winter, Heeren & Liebschutz, 2014; Nugent, Goldberg, & Uddin, 2016; Polusny et al., 2008; Waldinger Schulz, Barsky, & Ahern, 2006; Scott et al., 2013) sugerem que os sintomas somáticos são frequentemente relatados entre vítimas expostas a acontecimentos traumáticos intensos (Loeb et al., 2018), o que pressupõe que o trauma pode estar associado ao aparecimento de sintomas psicossomáticos (Mccall-hosenfeld et al., 2014). Apesar desta correlação positiva, é

importante ressaltar que nem todos os sujeitos desenvolvem este tipo de sintomatologia, pois os motivos para essas diferenças depende de vários fatores, nomeadamente de fatores genéticos e/ou sociodemográficos (Mccall-hosenfeld et al., 2014).

Ansiedade, depressão e o fenómeno psicossomático

Diversas investigações sugerem que sintomas de ansiedade e depressão estão fortemente relacionados com sintomas somáticos (Arnault, Sakamoto & Moriwaki, 2006; Bekhuis, Boschloo, Rosmalen, & Schoevers, 2015; González Ramírez, Landero Hernández, & García-Campayo, 2009; Mallorquí-bagué, Bulbena, Pailhez, Garfinkel, & Critchley, 2015; Trivedi, 2004; Vukomanovic et al., 2018; Wong & Fong, 2015). Conjugando com os critérios destas duas psicopatologias descritas no DSM-V (2014), sintomas somáticos como fadiga, dor na musculatura, problemas gastrointestinais, alterações na atividade psicomotora e taquicardia, são também as queixas mais comuns descritas na depressão e na ansiedade (Haug, Mykletun, & Dahl, 2004; Trivedi, 2004). Indivíduos com esta sintomatologia são os que mais recorrem aos serviços de cuidados primários onde geralmente apresentam queixas físicas, enquanto os sintomas emocionais são menos prováveis de serem mencionados caso não sejam questionados pelo profissional de saúde (Haug et al., 2004). Isto pode levar a um encaminhamento médico errado e, desta forma, prolongar o sofrimento emocional e físico de quem apresenta este quadro sintomatológico (Haug et al., 2004; Stojanović-Tasić, Grgurević, Cvetković, Grgurević & Trajković, 2014; Suliman, Stein, Myer, Williams, & Seedat, 2010). No entanto, importa mencionar que muitos destes sujeitos admitem que não receberam o devido acompanhamento porque só procuraram ajuda médica quando os sintomas físicos começaram a interferir significativamente no seu normal funcionamento, o que condiciona significativamente o bem-estar físico e mental (Suliman et al., 2010).

Segundo a literatura, a principal hipótese explicativa que se coloca sobre a natureza da relação entre ansiedade, depressão e sintomas somáticos, é que as perturbações de depressão e ansiedade podem influenciar o aparecimento de sintomas físicos de muitas maneiras, sendo uma delas a alteração da perceção da sua condição física e, por sua vez, da qualidade de vida (Perales-Montilla, Duschek, & Reyes-del Paso, 2013; Vukomanovic et al., 2018).

A qualidade do sono e o fenómeno psicossomático

A qualidade do sono e perturbações como a insónia ou o tempo em adormecer, têm vindo a ser associadas à dor e a sintomas somáticos, independentemente da idade, sexo, sintomas depressivos e ansiosos (Chung & Tso, 2010; Kahn-Greene, Killgore, Kamimori, Balkin, & Killgore, 2007; Zhang et al., 2012). Tanto distúrbios de sono como problemas de dor estão entre as queixas mais comuns na população (Tang, Afolalu, & Ramlee, 2018), de modo que não será de surpreender que estas duas condições possam estar associadas (Menefee et al., 2000; Tang et al., 2018; Rojo-Wissar et al., 2019). Segundo o que nos sugere a literatura, a perturbação do sono é tida como um fator importante que está presente em várias condições fisiológicas como queixas cardiovasculares, hipertensão, fibromialgia, artrite, cefaleias, fadiga, dor musculoesquelética (Chung & Tso, 2010; Menefee et al., 2000; Prather, Bogdan, & Hariri, 2013). No entanto, a associação entre a qualidade do sono e sintomas somáticos é, ainda, complexa (Zhang et al., 2012). Por um lado, os distúrbios de sono são uma queixa comum em doentes com sintomas de dor, sendo que a qualidade do sono pode alterar a perceção da qualidade de vida, por outro, segundo Mérette e colaboradores (2017), os sintomas psicossomáticos também podem ser preditores importantes da incidência de perturbações do sono.

Embora as investigações sejam concordantes, não existe uma hipótese suficientemente explicativa e clara sobre o efeito que a qualidade do sono pode ter em condições orgânicas, existindo assim uma perspetiva bidirecional que deixa muitas questões e dúvidas sobre esta eventual associação (Chung & Tso, 2010; Kahn-Greene et al., 2007; Zhang et al., 2012). Portanto, torna-se necessário e relevante que pesquisas sobre o tema continuem a ser feitas no sentido de ajudar a encontrar uma explicação que tenha uma visão ampla e concreta sobre o tema, oferecendo à população o melhor acompanhamento possível (Mérette et al., 2017).

OBJETIVOS

Pretende-se com este estudo aprofundar a compreensão dos processos relacionados com a psicossomática, isto é, saber como as variáveis ansiedade, depressão, trauma e a qualidade do sono podem estar relacionadas com a psicossomática. Mais especificamente pretende-se estudar:

Objetivo 1: a importância das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, número de anos de escolaridade, rendimento mensal de cada estudante e rendimento mensal familiar; tal como medidos pelo questionário sociodemográfico) nos sintomas somáticos (PHQ-15).

Objetivo 2: a relação entre o trauma/vivências sentidas como traumáticas e/ou stressantes (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*, PCL-V) e a presença de sintomas psicossomáticos (*Patient Health Questionnaire -15*, PHQ-15).

Objetivo 3: a relação entre a ansiedade e depressão (Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI) e a presença de sintomas somáticos (PHQ-15).

Objetivo 4: a relação entre a qualidade do sono (Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono, PSQI-PT) e a presença de sintomas somáticos (PHQ-15).

Objetivo 5: o eventual valor preditivo das variáveis psicopatológicas e de sono, estudadas antes, nos sintomas psicossomáticos, controlando o potencial efeito do sexo.

METODOLOGIA

Caraterização da amostra

Para o presente estudo foi obtida uma amostra de conveniência constituída por 237 participantes do sexo masculino e feminino. Foram definidos como critérios de inclusão participantes com idade igual ou superior a 18 anos e com frequência do ensino superior. Dos 237 participantes, 191 são do sexo feminino (80.6%) e 46 do sexo masculino (19.4%), com uma média de idades de 21.53 ($DP= 3.06$). A média do número de anos de escolaridade é de 14.04 ($DP=1.50$), e apenas 34 sujeitos (14.3%), em algum momento do seu percurso académico, ficaram retidos, sendo que a maioria destes reprovou apenas uma vez ($n= 22$; 9.3%). Relativamente à área científica do ensino superior, cerca de 57.2% da amostra ($n=136$), frequentam cursos da área do direito e ciências sociais. No que concerne aos valores dos rendimentos económicos temos os rendimentos mensais de cada estudante (o que cada um recebe para os seus gastos pessoais) e o rendimento mensal do agregado familiar. No rendimento de cada sujeito, mais de metade da amostra ($n=149$) recebe até 300€. No valor do rendimento familiar observamos que 129 sujeitos apontaram valores acima dos 900€, sendo que 64 sujeitos não souberam responder a esta questão. Em anexo_1, na tabela 1, encontramos uma descrição mais detalhada das características sociodemográficas.

Instrumentos

O protocolo de investigação do presente estudo inclui um Questionário Sociodemográfico e os seguintes instrumentos de autorresposta: *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15), *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptoms Inventory* - BSI) e o Questionário de Pittsburgh sobre a

Qualidade do Sono (*Pittsburgh Sleep Quality Index* -PSQI). Os instrumentos utilizados encontram-se no anexo_2.

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído especificamente para a presente investigação, incluindo as seguintes questões sobre os participantes: idade, sexo, curso, número de anos de escolaridade concluídos, ano que frequenta, questões relacionadas com retenções escolares e valor dos rendimentos económicos.

Patient Health Questionnaire (PHQ-15)

O *Patient Health Questionnaire* -15 (PHQ-15) é uma subescala de sintomas somáticos que deriva do *Patient Health Questionnaire* completo, incluindo quinze sintomas somáticos que, segundo os autores (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002), representam 90% das queixas físicas relatadas em ambiente ambulatorio. É uma escala tipo *Likert* onde os sujeitos assinalam o grau em que os sintomas os incomodam (de “nada incomodado” a “muito incomodado”). Segundo a análise feita nas amostras dos cuidados primários e de ginecologia-obstetrícia, a consistência interna deste instrumento é considerada boa com um alfa de *Cronbach* de .80 (Kroenke et al., 2002). Uma importante revisão sistemática desta escala concluiu que o PHQ-15 é uma das melhores escalas disponíveis para avaliar a severidade dos sintomas somáticos (Kroenke et al., 2010). A severidade dos sintomas somáticos é medida através de uma escala de 0-30, sendo 0-4= sem evidência; 5-9 = baixa gravidade; 10-14= gravidade moderada; e 15-30 alta gravidade (Gierk et al., 2015). Atualmente, a versão portuguesa deste instrumento encontra-se em processo de validação por uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra (Becker, Paixão, & Quartilho, no prelo). Para a presente amostra o alfa de *Cronbach* é de .80, sendo este índice de consistência interna considerado bom, segundo Pestana & Gageiro (2003).

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

O *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* é uma escala de autorrelato constituída por 20 itens do tipo *likert* de 5 pontos (0 = “nada” a 5= “extremamente”) que avalia a presença e a gravidade dos sintomas de stress pós-traumático com base nos critérios B (Sintomas de intrusão), C (Sintomas de evitamento); D (Sintomas de alterações negativas nas cognições e humor) e E (Sintomas de ativação e reatividade), do *DSM-V* para a Perturbação de Stress- Pós Traumático. Este instrumento tem dois formatos disponíveis, sendo que no presente estudo foi utilizado o formato sem o critério A. É uma revisão da escala anterior - *PCL* – que correspondia aos critérios do *DSM-IV-TR*. (Weathers, 2013). O PCL-5 não deve ser utilizado como medida de diagnóstico independente, pois ao considerar o diagnóstico, o clínico precisa de outras informações que só poderão ser obtidas através de uma entrevista clínica estruturada, de forma a determinar se os sintomas não podem ser melhor explicados por outras condições, isto é, por consumo de substâncias, condições médicas, luto, entre outras (Weathers, 2013). As

qualidades psicométricas do PCL-5 da versão original são altas, com um alfa de *Cronbach* de .95 para amostras de veteranos (Pietrzak et al., 2015) e de estudantes universitários (Armour et al., 2015). A versão em português ainda está a ser validada e embora sejam poucos os estudos psicométricos, foi publicada recentemente uma investigação (Carvalho, Pinto-Gouveia, & Teixeira, 2018) que se focou nos dados preliminares sobre as qualidades psicométricas que sugerem que o PCL-5 é uma medida válida e fiável. O alfa de *Cronbach* utilizado no presente estudo apresenta um valor muito bom, de .96.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) decorre de uma adaptação portuguesa do *Brief Symptoms Inventory* de Derogatis (1982). É um instrumento de autorresposta composto por 53 itens numa escala tipo *Likert* (desde “nunca” a “muitíssimas vezes”), onde o sujeito classifica o grau em que cada problema o afetou durante a última semana. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia: Somatização, Obsessões- Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo; e três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos. Os níveis de consistência interna da versão original para as nove dimensões, apresentam-se como consistentes com valores de alfa de *Cronbach* a variar entre .71 e .85 (Derogatis & Spencer, 1982 citado em Canavarro, 1999). A versão portuguesa apresenta bons níveis de consistência interna para as nove dimensões, que variam entre .62 e .80 expressos em valores do alfa de *Cronbach* (Canavarro, 1999). O índice de consistência interna medido através do alfa de *Cronbach* da amostra estudada é de .95, sendo considerado muito bom.

Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (*Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI*)

O Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono avalia a qualidade do sono referente ao último mês. É uma escala de autorrelato, composta por 19 itens e 5 questões adicionais que são direcionadas para um(a) companheiro/a que partilhe a mesma cama ou quarto do sujeito que está a responder (estes itens adicionais não são considerados para fins de cotação do instrumento) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989). Os itens são distribuídos em sete componentes: a qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e a atividade ao longo do dia; cada um destes sete componentes depois é classificado numa escala tipo *likert* de 4 pontos (0-3) com uma pontuação total até 21 pontos, sendo que quanto mais alta for esta pontuação, pior é a qualidade do sono (Buysse et al., 1989). Originalmente, este instrumento serve para discriminar pessoas com boa e má qualidade de sono e não se destina a diagnosticar patologias específicas relacionadas com o sono, embora possa ajudar a identificar áreas em que o sono é, ou não, perturbado (Gomes, Marques, Meivavia, Cunha, & Clemente, 2018). Em relação

às qualidades psicométricas, a versão original tem um alfa de *Cronbach* de .83 o que indica uma boa consistência interna (Buysse et al., 1989). A versão portuguesa - Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono - adaptada em 2018, apresenta um alfa de *Cronbach* de .75 (Gomes et al., 2018). Com a nossa amostra o alfa de *Cronbach* calculado apresenta um valor fraco, mas aceitável de .63

Procedimentos

Procedimentos de investigação

A recolha da amostra foi feita através de um questionário colocado online, construído a partir do *Google Forms*, divulgado e partilhado através das redes sociais (por exemplo, o *Facebook*), entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019. Antes de procederem à resposta do protocolo, os sujeitos foram devidamente informados sobre a sua participação voluntária, os objetivos do estudo e questões relacionadas com a confidencialidade dos seus dados pessoais e respostas. Para avançarem para o protocolo, os participantes tiveram ainda que responder afirmativamente ao pedido de consentimento informado.

Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa IBM SPSS versão 22.0. Em primeiro lugar foi analisado o índice de consistência interna pelo alfa de *Cronbach* e interpretado segundo os autores Pestana & Gageiro (2003). Para caracterizar e descrever de uma forma geral os dados sociodemográficos e clínicos da amostra em estudo, recorreu-se a uma análise estatística descritiva onde foram analisadas as médias, desvios-padrão, mínimo e máximo. De seguida, para verificar se a amostra seguia uma distribuição normal, procedemos ao teste da normalidade de *Kolmogorov-Sminorv*, que nos indicou que a amostra não segue uma distribuição normal, obrigando à utilização de testes não paramétricos. Recorreu-se a uma análise inferencial para estudar os objetivos estipulados no presente estudo. Para perceber qual a relação entre as variáveis, recorreremos ao uso de medidas de associação, neste caso ao coeficiente de correlação de *Spearman*. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi de $<.05$. A avaliação e interpretação do estudo correlacional foi feito com recurso aos valores de Pestana e Gageiro (2003). Foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* de forma a estudar as diferenças entres grupos, nomeadamente entre o instrumento PHQ-15 e o sexo (uma vez, que este último é composto

apenas por duas categorias). Para as variáveis compostas por mais do que duas categorias (como é o caso das variáveis, anos de escolaridades e os rendimentos) utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* e quando necessário, recorreu-se aos testes *Post-hoc* para observar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Após o estudo correlacional, foi utilizada uma regressão linear múltipla com o método *stepwise*, com o objetivo de perceber o efeito de mediação entre as variáveis em estudo, neste caso em específico, pretendeu-se analisar o papel preditor das variáveis independentes (o total do BSI, o PSQI e a variável Idade), na variável dependente (o PHQ-15). Previamente e antes de avançar para o estudo do modelo da regressão linear, foi necessário analisar e validar os pressupostos, nomeadamente, a ausência multicolinearidade nas variáveis independentes, verificada através da observação dos valores da tolerância e *VIF*; a independência dos resíduos também foi verificada e observada através do valor de *Durbin-Watson* (no anexo 1, nas tabelas 2 e 3, encontram-se os respetivos valores dos pressupostos).

RESULTADOS

Caraterização clínica da amostra segundo os resultados obtidos nos instrumentos utilizados (PHQ-15, PCL-V, PSQI e BSI).

Na tabela 4 são apresentados os valores médios, desvios-padrão, mínimos e máximos dos instrumentos clínicos utilizados. Relativamente aos resultados obtidos na escala PCL-V, e segundo o ponto de corte de 33 pontos (Weathers, 2013), que serve como referencial para eventuais diagnósticos, podemos observar que 50 estudantes universitários (21%) têm um possível diagnóstico de Perturbação Stress Pós-Traumática. Em relação ao instrumento PSQI, com um valor total médio de 7.45 (DP=3.50), e tendo como referencial o ponto de corte estabelecido pelos autores (Buysse et al., 1989) de 6 pontos, apurámos que existe um número elevado de estudantes que apresentam uma má qualidade do sono, nomeadamente 134 sujeitos (56.54%). Observando o valores do BSI, e apesar do foco do presente estudo serem as dimensões Ansiedade e Depressão, é importante indicar que 98 sujeitos (41%) apresentam valores que nos permite identificar a presença de sintomas psicopatológicos, sendo o ponto de corte 1.7, observado no Índice de Sintomas Positivos (ISP); também podemos verificar que as dimensões principais utilizadas apresentam valores médios, relativamente mais elevados, quando comparados com os valores das restantes dimensões.

Relativamente ao PHQ-15, através da interpretação dos valores da tabela 5, podemos observar e perceber qual a intensidade/severidade com que os sintomas afetam a vida dos sujeitos. Desta forma, observa-se que em 47 sujeitos (19.9%) os sintomas afeta-os de forma mínima; 89 (37.6%) sujeitos apresentam sintomas de baixa intensidade; 69 sujeitos (29.1%) referem que os sintomas os afetam de forma moderada e por fim, em 32 sujeitos (13.4%) observamos que os sintomas os afetam de forma muito severa. Na tabela 6, podemos ainda verificar, através dos valores médios das respostas a cada sintoma apresentado, quais os que mais afetam a qualidade de vida dos 237 estudantes.

Tabela 4.

Médias e desvios-padrão dos instrumentos clínicos utilizados.

	Média	DP	Mínimo	Máximo
PHQ-15				
Total	9.03	5.06	0	25
PCL-V				
Critério B	4.48	5.03	0	20
Critério C	2.13	2.45	0	8
Critério D	6.96	6.93	0	27
Critério E	5.34	5.24	0	22

Total	18.91	17.87	0	70
PSQI				
Qualidade subjetiva do sono	1.40	0.81	0.81	0.81
Latência do sono	1.89	1.21	1.21	1.21
Duração do sono	0.44	0.74	0.74	0.74
Eficiência habitual do sono	0.57	0.97	0.81	0.81
Distúrbios do sono	1.30	0.73	0	3
Uso de medicação para dormir	0.24	0.74	0	3
Atividade ao longo do dia	1.61	1.06	0	3
Total	7.45	3.50	0	19
BSI				
Somatização	0.50	0.69	0	3.46
Obsessões- Compulsões	1.11	0.97	0	3.83
Sensibilidade Interpessoal	0.83	0.94	0	4
Depressão	1.06	1.04	0	4
Ansiedade	0.89	0.84	0	3.67
Hostilidade	0.74	0.75	0	3.80
Ansiedade Fóbica	0.46	0.72	0	3.80
Ideação Paranóide	0.79	0.82	0	3.60
Psicoticismo	0.76	0.84	0	3.60
IGS	0.80	0.73	0	3.47
ISP	1.74	0.63	0	4
TSP	21.62	13.54	0	52

Tabela 5.
Interpretação dos valores obtidos no PHQ-15.

	N	%
0-4	47	19.9
5-9	89	37.6
10-14	69	29.1
15-30	32	13.4

Tabela 6.
Valores médios e desvios-padrão dos sintomas medidos pelo PHQ-15.

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Dores de estômago	0.56	0.65	0	2
Dores nas costas	1.06	0.75	0	2
Dores nos braços, pernas ou articulações	0.68	0.72	0	2
Dores de cabeça	1.05	0.70	0	2
Dor no peito	0.30	0.55	0	2
Tonturas	0.30	0.55	0	2
Desmaios	0.03	0.21	0	2

Coração acelerado	0.64	0.72	0	2
Falta de ar	0.35	0.62	0	2
Dor ou problemas durante a relação sexual	0.16	0.46	0	2
Obstipação, intestino solto ou diarreia	0.58	0.69	0	2
Náuseas, gases ou indigestão	0.59	0.66	0	2
Fadiga ou falta de energia	1.03	0.75	0	2
Dificuldades em dormir	0.87	0.83	0	2
Cólicas menstruais ou outros problemas relacionados com a menstruação	0.93	0.72	0	2

Estudo das características sociodemográficas (questionário sociodemográfico) e da sua relação com a presença de sintomas somáticos (PHQ-15).

Para estudar a relação entre o sexo e o PHQ-15, aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, que permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores de PHQ-15 para o sexo ($p=.009$). Observa-se na amostra em estudo que os valores de PHQ-15 são mais altos no sexo feminino, ou seja, existe uma maior prevalência de sintomas somáticos no sexo feminino do que no sexo masculino.

Na análise da relação entre o PHQ-15 e o número de anos de escolaridade também se observam diferenças estatisticamente significativas ($p=.046$), onde podemos ver que quanto mais anos de escolaridade os sujeitos têm, menor são os valores de PHQ-15, o que significa que existe uma menor prevalência de sintomas somáticos em níveis mais altos de escolaridade. Através da utilização de testes *post hoc*, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os níveis extremos dos números de anos escolaridade ($p=.040$), isto é, entre 16 ou mais anos de escolaridade e 12 anos de escolaridade.

Segundo o resultado da análise feita, obtido através do teste de *Kruskal- Wallis*, não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de PHQ-15 quando correlacionado com o rendimento mensal líquido de cada estudante ($p=.846$). O mesmo se verifica com o rendimento mensal familiar ($p=.385$), contudo, é possível observar que tendencialmente quanto mais alto é o rendimento familiar, menores são os valores de PHQ-15.

A relação entre a variável idade e os valores de PHQ-15 sugerem que existem uma correlação estatisticamente significativa, sendo esta uma correlação negativa e baixa ($r = -.20$, $p=.002$). O que significa que os valores de PHQ-15 são menores em sujeitos mais velhos.

Para estudar a relação entre o trauma/vivências sentidas como traumáticas e/ou stressantes (PCL-V) e a presença de sintomas psicossomáticos (PHQ-15), determinou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. O resultado permite observar que existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada entre as duas variáveis ($r = .53$, $p < .001$), o

que significa que à medida que o valor do PCL-V aumenta, o valor de PHQ-15 também aumenta (cf. Tabela 7).

A relação entre a ansiedade ($r = .60, p < .001$) e depressão ($r = .52, p < .001$) e a presença de sintomas somáticos revela uma correlação estatisticamente significativa, moderada e positiva entre as variáveis. O mesmo se pode verificar com as restantes dimensões do BSI, e com os índices (cf. Tabela 7).

Após a determinação do coeficiente de correlação de *Spearman*, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa, moderada e positiva entre o PSQI, que pretende medir a qualidade do sono e a presença de sintomas somáticos ($r = .46; p < .001$) (cf. Tabela 7).

Tabela 7.

Correlação do valor total de PHQ-15 com as escalas PCL-V, PSQI e BSI.

Variáveis	PHQ-15	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Critério B (PCL-V)	.52	<.001
Critério C (PCL-V)	.42	<.001
Critério D (PCL-V)	.47	<.001
Critério E (PCL-V)	.50	<.001
PCLV_Total	.53	<.001
Somatização (BSI)	.69	<.001
Obsessões- compulsões (BSI)	.62	<.001
Sensibilidade Interpessoal (BSI)	.47	<.001
Depressão (BSI)	.52	<.001
Ansiedade (BSI)	.60	<.001
Hostilidade (BSI)	.53	<.001
Ansiedade Fóbica (BSI)	.51	<.001
Ideação Paranóide (BSI)	.51	<.001
Psicoticismo (BSI)	.53	<.001
IGS (BSI)	.68	<.001
ISP (BSI)	.51	<.001
TPS (BSI)	.65	<.001
Qualidade subjetiva do sono (PSQI)	.25	<.001
Latência do sono (PSQI)	.40	<.001
Duração do sono (PSQI)	.19	<.001
Eficiência habitual do sono (PSQI)	.22	<.001
Distúrbios do sono (PSQI)	.35	<.001
Uso de medicação para dormir (PSQI)	.27	<.001
Disfunção ao longo do dia (PSQI)	.16	<.001
PSQI_Total	.46	<.001

O papel preditor do BSI, PSQI e a variável idade no PHQ-15 (sintomas somáticos)

Foi utilizada uma regressão linear múltipla (método *Stepwise*) para obter um modelo que permitisse prever os sintomas somáticos (representados pelo valor total do PHQ-15) em função das variáveis independentes (IGS_BSI, PSQI e Idade). Pode observar-se que o mesmo é estatisticamente significativo ($F(3,233) = 89.004$; $p < .001$); e o coeficiente de determinação ajustado é .528, este valor segundo Marôco (2014) é considerado aceitável, ou mesmo bom, uma vez que na área das ciências sociais valores de $R^2 > .5$ são considerados aceitáveis ou bons. O valor obtido significa então que aproximadamente 53% da variabilidade total nos valores de PHQ-15, pode ser explicada pelos valores de IGS_BSI, o PSQI e a Idade.

Podemos observar na tabela 8 que as variáveis IGS_BSI ($\beta = .57$; $t = 11.82$ $p < .001$), PSQI ($\beta = .25$; $t = 5.26$; $p < .001$) e Idade ($\beta = -.09$; $t = -2.02$; $p < .05$) revelam-se preditores significativos do PHQ-15. Portanto, podemos verificar que por cada aumento de uma unidade nos valores do IGS_BSI, os valores respeitantes aos sintomas somáticos (PHQ-15), aumentam, em média, cerca de 4 unidades (4.02). Em relação à variável PSQI, podemos observar que por cada aumento de uma unidade nos valores do PSQI, os valores de PHQ-15 aumentam, em média, cerca de 4 décimas (0.36). Os resultados correspondentes à variável idade revelam que por cada aumento de um ano na idade, os valores de PHQ-15 diminuem, em média, cerca de 2 décimas (-0.15).

Tabela 8.

Análise do poder preditivo das variáveis IGS_BSI, PSQI e Idade na variável PHQ-15.

	B	SE B	Beta (β)
IGS_BSI	4.02	.34	.57***
PSQI	.36	.07	.25***
Idade	-.15	.08	-.09*

$R^2 = .534$; $R^2_a = .528$; $F(3,233) = 89.004$ $p < .001$;
 $p < .05$ * $p < .001$ ***

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objetivo desta investigação foi estudar o impacto que fenómenos sentidos como stressantes e/ou traumáticos, sintomas de ansiedade, depressão e a qualidade do sono têm no aparecimento de sintomas psicossomáticos numa amostra universitária de 237 sujeitos.

Em relação à caracterização clínica da amostra, evidenciamos alguns resultados obtidos nas quatro escalas utilizadas. A começar pela escala PCL-V que segundo o ponto de corte (33 pontos), identificámos um número muito alto e pouco esperado de sujeitos com possível diagnóstico de PSPT (n=50). No PSQI, embora não seja um instrumento que nos permita identificar patologias associadas ao sono, os valores sugerem que mais de metade da amostra (n=134 sujeitos) tem uma má qualidade do sono. Através do BSI, que avalia sintomas psicopatológicos através de 9 dimensões e três índices, observámos que 98 estudantes obtiveram pontuações acima do ponto de corte estabelecido, 1.7, (Canavarro, 1999). O PHQ-15, que avalia a severidade de sintomas somáticos, permitiu-nos identificar quais os que afetam de forma mais severa a qualidade de vida dos sujeitos: dores nas costas, dores de cabeça, dificuldade em dormir, fadiga ou falta de energia, cólicas e/ou outros problemas relacionados com a menstruação, foram aqueles que mais se destacaram através da análise dos valores médios. Estes sintomas foram igualmente apontados por diversas investigações - algumas destas feitas também em contexto universitário - como sendo os mais comuns e severos (González Ramírez et al., 2009; González & Landero, 2006; Hinz et al., 2017; Vukomanovic et al., 2018).

Nos resultados obtidos das correlações feitas entre as características sociodemográficas e sintomas somáticos (PHQ-15), encontramos correlações estatisticamente significativas, nomeadamente com o sexo, a idade e o número de anos de escolaridade. O sexo feminino obteve valores mais elevados no PHQ-15, evidenciando, nesta amostra, uma maior prevalência do fenómeno no sexo feminino, tal como já tinha sido observado noutros estudos (Hinz et al., 2017; Mccall-hosenfeld et al., 2014; Zhang et al., 2012). Na idade encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa, o que significa que à medida que a idade aumenta os sintomas somáticos diminuem. Este resultado faz-nos refletir, pois é esperado que sujeitos mais novos tenham uma maior prevalência de sintomas somáticos, uma vez que podem não ter a mesma capacidade de adaptação a determinadas situações adversas, muito comuns em ambiente universitário. No número de anos de escolaridade, existe igualmente uma correlação estatisticamente significativa, o que indica uma maior prevalência de sintomas somáticos em sujeitos com menos anos de escolaridade. Contrariamente ao que seria expectável o rendimento mensal de cada estudante, bem como o rendimento familiar, não se revelaram estatisticamente significativos. Contudo, neste último, observámos que quanto maior for o rendimento, menor será a prevalência de sintomas psicossomáticos.

Um acontecimento percebido como traumático e/ou stressante pode desencadear o aparecimento de uma perturbação stress pós-traumática. Neste estudo foi utilizado a escala PCL-V que nos permitiu ter uma visão geral da amostra sobre a percepção dos sujeitos em relação a estes acontecimentos. As evidências sugerem que a exposição a acontecimentos traumáticos e/ou stressantes pode aumentar o risco de condições adversas para a saúde física, nomeadamente o aparecimento de sintomas somáticos (Loeb et al., 2018; Lowe & Blachman-forshay, 2015; McFarlane, 2010; Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013). Segundo o valor obtido na nossa correlação entre o total do PCL-V e o total do PHQ-15 ($r = .53, p < .001$), que é estatisticamente significativo, podemos depreender que os eventos traumáticos e/ou stressantes têm um impacto no aparecimento de sintomas somáticos, o que está de acordo com o verificado noutros estudos (Loeb et al., 2018; Lowe & Blachman-forshay, 2015; Polusny et al., 2008; Scott et al., 2013). Alguns autores (Loeb et al., 2018; McFarlane, 2010) indicam como explicação que estes eventos traumáticos e stressantes podem levar a alterações biológicas não adaptativas e, conseqüentemente, a mudanças fisiológicas que influenciam o sistema nervoso autónomo e o sistema endócrino, contribuindo assim para o aparecimento de sintomas somáticos e/ou agravamento de determinadas condições físicas já existentes.

Os sintomas somáticos são comuns em quadros de depressão e de ansiedade e, geralmente, pessoas com estas sintomalogias são as que mais se dirigem aos serviços de cuidados primários, apontando como principal preocupação e sofrimento, sintomas físicos, tais como dores de cabeça, fadiga e/ou falta de energia, dores nas articulações, etc. (Mallorquí-bagué et al., 2015; Trivedi, 2004; Vukomanovic et al., 2018). Os resultados de várias investigações têm vindo a revelar que existe uma forte relação entre a ansiedade e depressão com o aparecimento de sintomas somáticos (Bekhuis et al., 2015; Wong & Fong, 2015). Através dos coeficientes de correlação de *Spearman* obtidos nas dimensões “ansiedade” e “depressão” podemos observar que existe uma relação moderada e positiva entre a ansiedade e sintomas somáticos, que é estatisticamente significativa ($r = .60, p < .001$), bem como entre a depressão e os sintomas somáticos ($r = .52, p < .001$). Outras investigações, também feitas com amostras de estudantes universitários (Bekhuis et al., 2015; González Ramírez et al., 2009) obtiveram correlações estatisticamente significativas de moderadas a forte. Os resultados de várias investigações apontam, como uma possível justificação para esta relação, o facto de sujeitos que apresentam níveis de depressão e ansiedade mais elevados serem mais sensíveis a alterações fisiológicas e, portanto, apresentarem mais queixas psicossomáticas. Outros autores (Mallorquí-bagué et al., 2015; Trivedi, 2004; Wong & Fong, 2015) reforçam ainda mais a ideia e importância de olhar para o indivíduo como um todo, pois a percepção e interpretação dos estados corporais leva a uma excitação fisiológica que depende do estado emocional do sujeito e que pode levar ao aparecimento de sintomas psicossomáticos. Importa ainda mencionar que apesar das restantes dimensões do BSI não serem o foco desta investigação, os resultados encontrados, isto é, os valores das correlações obtidas, foram estatisticamente significativos para as restantes dimensões: “somatização”, “obsessões-compulsões”, “sensibilidade interpessoal”, “hostilidade”,

“ansiedade fóbica”, “ideação paranóide” e “psicoticismo”, bem como para os índices “ISP”, “TPS” e “IGS”, tendo este último obtido o valor mais alto. Estes resultados tornam pertinente a realização de novas investigações no sentido de percebermos qual o impacto que estas variáveis têm no fenómeno psicossomático.

No que diz respeito à qualidade do sono medida pelo instrumento PSQI e a relação com o PHQ-15, o valor obtido indicou que existe uma correlação estatisticamente significativa ($r = .46$; $p < .001$), o que significa que a qualidade do sono, que como já vimos antes, no geral é má e tende a associar-se ao aumento da prevalência dos sintomas somáticos. De facto, distúrbios do sono, a qualidade do sono e o tempo em adormecer têm vindo a ser associados a sintomas somáticos, independentemente da existência de psicopatologias como a depressão e a ansiedade (Kahn-Greene et al., 2007). Ao analisarmos as restantes dimensões do PSQI, encontramos correlações estatisticamente significativas com todas, no entanto, destacamos a “latência do sono” e “distúrbios do sono”, pois apresentam valores relativamente mais altos que as restantes e que vai ao encontro do que está presente na literatura (Chung & Tso, 2010; Zhang et al., 2012). Tal como nos sugerem os resultados obtidos na presente amostra a qualidade e as perturbações do sono estão ligadas ao aparecimento de sintomas somáticos e até ao aparecimento de determinadas patologias nos sistemas orgânicos. Esta observação é concordante com o já verificado por Tang et al. (2018). Contudo, apesar das convergências existentes entre as diversas investigações e destas corroborarem o nosso resultado, a relação entre a qualidade do sono e os sintomas somáticos é, ainda, pouco clara, pois os distúrbios de sono são uma queixa frequente em indivíduos que relatam dores e por outro lado os sintomas somáticos também podem ser preditores de problemas relacionados com o sono (Mérette et al., 2017; Zhang et al., 2012).

Por fim, estudámos o eventual valor preditivo das variáveis psicopatológicas e do sono, nos sintomas psicossomáticos, sendo que a variável idade também se revelou uma estimadora significativa do PHQ-15. Os resultados obtidos indicaram que estas variáveis (BSI, PSQI e Idade) são de facto bons preditores dos sintomas somáticos, isto é, que têm um efeito significativo sobre a variação dos valores de PHQ-15.

Conclusão

Os resultados obtidos procuraram compreender melhor o fenómeno psicossomático quando relacionado com diversas variáveis, neste caso, com a ansiedade e depressão, com a qualidade do sono e com eventos sentidos como traumáticos e/ou stressantes, numa amostra exclusivamente composta por estudantes universitários. Neste sentido, encontrámos correlações que sustentam que as variáveis estudadas se relacionam com os sintomas somáticos, tal como é corroborado por outras evidências científicas. Estes resultados demonstram a importância de olhar para o ser-humano como um ser psicossomático, isto é, reconhecermos que os diferentes estados emocionais como o sofrimento, a angústia, tristeza, entre outros, provocados por situações várias, têm um impacto significativo nos sistemas orgânicos que não pode, nem deve ser ignorado. Por outro lado, embora a literatura seja cada vez mais extensa, vários autores (González & Landero, 2006; González Ramírez et al., 2009; Vukomanovic et al., 2018) salientam a importância do desenvolvimento do trabalho de investigação nesta área, de forma a conseguirem tornar mais clara esta questão na prática clínica e, assim, orientar e/ou sensibilizar melhor os técnicos de saúde para esta problemática e conseguirem prestar um acompanhamento mais especializado. Este trabalho deve também servir para um melhor encaminhamento clínico destes pacientes. Para além disto, é importante que sejam feitos novos estudos, não só para orientar melhor os profissionais de saúde, mas também para sensibilizar a população.

Embora este trabalho pretenda contribuir para uma melhor compreensão da psicossomática, devem ser consideradas algumas limitações. Em primeiro lugar, não é um estudo experimental, o que não nos permite fazer deduções sobre a causalidade das variáveis em estudo. Depois, a nossa amostra apresenta uma discrepância entre mulheres e homens, não sendo representativa da população. Outra limitação é o facto de não se ter tido conhecimento prévio sobre dados pessoais dos sujeitos (historial médico e/ou psiquiátrico) que poderiam ser importantes para determinar outros critérios de exclusão. Contudo o instrumento PHQ-15 embora não solicite de forma explícita sintomas inexplicáveis do ponto de vista médico, ele está altamente associado a sintomas de desordem somática, tal como defendem vários autores (Hinz et al., 2017).

Posto isto, para futuros estudos que permitissem dar continuidade a esta investigação, seria importante alargar a amostra, de forma a conseguirmos recolher mais dados que aumentassem a robustez dos resultados; seria também interessante fazermos comparações entre uma amostra universitária e uma amostra da população geral, de forma a podermos comparar os resultados e tirar novas conclusões. Por fim, também seria relevante um estudo que percebesse até que ponto a sintomatologia psicossomática, como as dores de cabeça, fadiga, dificuldades em dormir, dores nas articulações, etc., interfere no desempenho e rendimento escolar.

Bibliografia

- Alexander F. (1950). *Psychosomatique Medicine*. New York: W. W. Norton & Co.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, *61*, 106-113.
- Arnault, D. Saint, Sakamoto, S., & Moriwaki, A. (2006). Somatic and Depressive Symptoms in Female Japanese and American Students: A Preliminary Investigation. *Transcultural Psychiatry*, *43*(2), 275–286.
- Becker, J.P., Paixão, R., Quartilho, M. J. (no prelo). *Patient Health Questionnaire – 15*, Versão Portuguesa.
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. M., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(2), 116–122.
- Brosig, B., Möhring, P., Kupfer, J., & Beckmann, D. (1998). A combined clinical and psychobiological study of narcissism. *Psychoanalytic Inquiry*, *18*(3), 469–489.
- Burgmer, P., & Forstmann, M. (2018). Mind-Body Dualism and Health Revisited: How Belief in Dualism Shapes Health Behavior. *Social Psychology*, *49*(4), 219–230.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *28*(2), 193-213.

- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., & Teixeira, C., (2018, novembro). *Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Dados Preliminares sobre as Propriedades Psicométricas*. Poster apresentado no I Congresso de Psicologia do Trauma e do Luto, Porto, Portugal.
- Černi-Obrdalj, E., Čavarović Gabor, B., Pivić, G., Zalihić, A., Batić Mujanović, O., & Rumboldt, M. (2010). Association between psychosomatic and traumatic symptoms in early adolescence. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 301–303.
- Chung, K. F., & Tso, K. C. (2010). Relationship between insomnia and pain in major depressive disorder: A sleep diary and actigraphy study. *Sleep Medicine*, 11(8), 752–758.
- Damásio, A. (2011). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. Lisboa: Editora Companhia das Letras.
- Descartes, R. (2009). *As Paixões da Alma*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Dias, C. A. (1992). *Aventuras de Ali-Babá nos Túmulos de Ur. Ensaio Psicanalítico sobre somatopsicose*. Fenda Edições Ltda.
- Dunbar HF. (1943). *Psychosomatic Diagnoses*. New York: Hoeber.
- El Ansari, W., & Haghgoo, G. (2014). Are students' symptoms and health complaints associated with perceived stress at university? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 9981–10002.
- Elzirik, C. L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S. (2005). *Psicoterapia de Orientação Analítica - 2.ed.: Fundamentos teóricos e clínicos*. Artmed.

- Forstmann, M., Burgmer, P., & Mussweiler, T. (2012). The Mind Is Willing, but the Flesh Is Weak: The Effects of Mind-Body Dualism on Health Behavior. *Psychological Science, 23*(10), 1239–1245.
- Freud, S. (1966). Hysteria. In J. Strachey (Ed. E Trad.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 1 (pp. 41-59)*. Londres: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1888).
- Fuentes Chacón, R. M., Simón Saiz, M. J., Garrido Abejar, M., Serrano Parra, M. D., Larrañaga Rubio, M. E., & Yubero Jiménez, S. (2018). Síntomas psicossomáticos como expresión del deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Atención Primaria, 50*(8), 493-499.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Toussaint, A., Wahl, I., Brünahl, C. A., Murray, A. M., & Löwe, B. (2015). Assessing somatic symptom burden: A psychometric comparison of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *Journal of Psychosomatic Research, 78*(4), 352–355.
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meiaívia, A. M., Cunha, F., & Clemente, V. (2018). Psychometric properties and accuracy of the European Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in clinical and non-clinical samples. *Sleep and Biological Rhythms, 16*(4), 413-422.
- González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 25*(2), 141–146.
- González, M. T., & Landero, R. (2006). Síntomas psicossomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología Social, 21*(2), 141–152.

- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 25*(1), 86-99.
- Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine, 66*(6), 845–851.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1998). *Medicina psicossomática. Perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hinz, A., Ernst, J., Glaesmer, H., Brähler, E., Rauscher, F. G., Petrowski, K., & Kocalevent, R. (2017). Frequency of somatic symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *Journal of Psychosomatic Research, 96*, 27-31.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kahn-Greene, E. T., Killgore, D. B., Kamimori, G. H., Balkin, T. J., & Killgore, W. D. S. (2007). The effects of sleep deprivation on symptoms of psychopathology in healthy adults. *Sleep Medicine, 8*(3), 215–221.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine, 64*(2), 258-266.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345-359.
- Loeb, T. B., Joseph, N. T., Wyatt, G. E., Zhang, M., Chin, D., Thames, A., & Aswad, Y. (2018). Predictors of Somatic Symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. *Psychological Trauma:*

- Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(5), 491–498.
- Lowe, S. R., & Blachman-forshay, J. (2015). Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 520-521.
- Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2015). Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(1), 53-60.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6th ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marty, P. (1992). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Color Efe.
- Matos, A. C. (2012). *Mais amor menos doença: a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mccall-hosenfeld, J. S., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. M. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain : Exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(3), 196–204.
- McFarlane, C. A (2010). The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3–10.
- Mehta, N. (2011). Mind-body dualism: A critique from a health perspective. *Mens Sana Monographs*, 9(1), 202-209.
- Meissner, W. W. (2006). Psychoanalysis and the Mind – Body Relation : Psychosomatic Perspectives, 70(4), 295–315.
- Menefee, L. A., Cohen, M. J. M., Anderson, W. R., Doghramji, K., Frank, E. D., & Lee, H. (2000). Sleep Disturbance and Nonmalignant Chronic Pain: A Comprehensive

- Review of the Literature, *I*(2), 156–172.
- Mérette, C., LeBlanc, M., Savard, J., Baillargeon, L., Morin, C. M., & Ivers, H. (2017). Incidence and Risk Factors of Insomnia in a Population-Based Sample. *Sleep*, *32*(8), 1027–1037.
- Najafi Kalyani, M., Jamshidi, N., Salami, J., & Pourjam, E. (2017). Investigation of the Relationship between Psychological Variables and Sleep Quality in Students of Medical Sciences. *Depression Research and Treatment*, vol. 2017, 1-6.
- Nugent, N. R., Goldberg, A., & Uddin, M. (2016). Topical Review: The Emerging Field of Epigenetics: Informing Models of Pediatric Trauma and Physical Health. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(1), 55–64.
- O’Toole, B. I., & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(1), 33–40.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(1), 33–46.
- Perales-Montilla, C. M., Duschek, S., & Reyes-del Paso, G. A. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología*, *33*(6), 816–825.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petkus, A. J., Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Wetherell, J. L. (2009). Trauma history is associated with psychological distress and somatic symptoms in homebound older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(9), 810–818.

- Pietrzak, R. H., Tsai, J., Armour, C., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2015). Functional significance of a novel 7-factor model of DSM-5 PTSD symptoms: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders, 174*, 522-526.
- Pirlot, Gérard. (2014). Alexithymie et pensée opératoire. *Hermès, La Revue, 68*(1), 73-81.
- Polusny, M. A., Ries, B. J., Schultz, J. R., Calhoun, P., Clemensen, L., & Johnsen, I. R. (2008). PTSD Symptom Clusters Associated With Physical Health and Health Care Utilization in Rural Primary Care Patients Exposed to Natural Disaster. *Journal of Traumatic Stress, 21*(1), 75–82.
- Prather, A. A., Bogdan, R., & Hariri, A. R. (2013). Impact of sleep quality on amygdala reactivity, negative affect, and perceived stress. *Psychosomatic Medicine, 75*(4), 350–358.
- Rojo-Wissar, D. M., Davidson, R. D., Beck, C. J., Kobayashi, U. S., VanBlargan, A. C., & Haynes, P. L. (2019). Sleep quality and perceived health in college undergraduates with adverse childhood experiences. *Sleep Health, 5*(2), 187–192.
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Grünwald, J., & Vögele, C. (2017). Sleep disturbances and mental strain in university students: Results from an online survey in Luxembourg and Germany. *International Journal of Mental Health Systems, 11*(1), 1–11.
- Schlarb, A. A., Kulesa, D., & Gulewitsch, M. D. (2012). Sleep characteristics, sleep problems, and associations of self-efficacy among German university students. *Nature and Science of Sleep, 4*, 1–7.
- Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Kessler, R. C. (2013). Associations between lifetime traumatic events and

- subsequent chronic physical conditions: A cross-national, cross-sectional study. *PLoS ONE*, 8(11), 1-11.
- Stojanović-Tasić, M., Grgurević, A., Cvetković, J., Grgurević, U., & Trajković, G. (2014). Association between somatic diseases and symptoms of depression and anxiety among Belgrade University students. *Medicinski Glasnik: Official Publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 11(2), 373–378.
- Suliman, S., Stein, D. J., Myer, L., Williams, D. R., & Seedat, S. (2010). Disability and treatment of psychiatric and physical disorders in South Africa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(1), 8–15.
- Susman, E. (2001). Mind-Body Interaction and Development: Biology, Behavior and Context. *European Psychologist*, 6(3), 163–171.
- Tang, N. K. Y., Afolalu, E. F., & Ramlee, F. (2018). Sleep and pain. *Sleep, Health, and Society: From Aetiology to Public Health*, 5(5), 151–159.
- Trivedi, M. H. (2004). The link between depression and physical symptoms. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6(1), 12–16.
- Vukomanovic, I. S., Mihajlovic, G., Milovanovic, D., Kocic, S., Radevic, S., Djukic, S., Dejanovic, S. D. (2018). The impact of somatic symptoms on depressive and anxiety symptoms among university students in central Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 75(6), 582–588.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129–135.

- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Retirado de <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.
- Wong, J. Y. H., & Fong, D. Y. T. (2015). Anxiety mediates the impact of stress on psychosomatic symptoms in Chinese. *Psychology, Health and Medicine*, 20(4), 457–468.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392-1403.
- Zárate, N. E., Soto, M. G., Castro, M. L., & Quintero, J. R. (2017). Estrés Académico En Estudiantes Universitarios: Medidas Preventivas. *Revista de La Alta Tecnología y Sociedad*, 9(4), 92–98.
- Zhang, J., Lam, S. P., Li, S. X., Tang, N. L., Yu, M. W. M., Li, A. M., & Wing, Y. K. (2012). Insomnia, sleep quality, pain, and somatic symptoms: Sex differences and shared genetic components. *Pain*, 153(3), 666–673.

Anexos

Anexo 1 Tabelas

Tabela 1.
Caraterísticas sociodemográficas da amostra

	N (=237)	%
Sexo		
Masculino	46	19.4
Feminino	191	80.6
Escolaridade (nº de anos)		
12 anos	59	24.9
13 anos	27	11.4
14 anos	49	20.7
15 anos	52	21.9
16 ou mais anos	50	21.1
Ano de frequência no ensino superior		
1º ano	48	20.3
2º ano	23	9.7
3º ano	48	20.3
4º ano	67	28.3
5º ano	48	20.3
6º ano	1	0.4
Doutoramento	2	0.8
Áreas científicas		
Área de ciências	15	6.3
Área da saúde	19	7.9
Área da tecnologia	45	18.7
Áreas de agricultura e recursos naturais	4	1.7
Área de arquitetura, artes plásticas e design	2	0.8
Áreas de ciências da educação e formação de professores	136	57.2
Áreas de direito, ciências sociais e serviços	7	2.8
Áreas de economia, gestão e contabilidade	7	2.8
Áreas de humanidades, secretariado e tradução	1	0.4
Desporto		
Rendimento mensal		
Até 300€	149	62.9
De 301€ - 500€	50	21.1
De 501€ - 700€	18	7.6
De 701€ - 900€	10	4.2
Acima dos 901€	10	4.2
Rendimento familiar		
Até 500€	14	5.9
De 501€ - 700€	19	8.0
De 701€ - 900€	29	12.2
De 901€ - 1100€	47	19.8
Acima dos 1100€	82	34.6
Não sei	46	19.4
Retenções		

Não	203	85.7
Sim	34	14.3
Nº de retenções		
Uma vez	22	9.3
Duas vezes	6	2.5
Três vezes	3	1.3

Nota. A discrepância entre o n da categoria retenções e nº de retenções não é igual devido aos *missings*.

Tabela 2.
Resumo do modelo da regressão linear e o valor de *Durbin-Watson*

Modelo	R	R ²	R ² _a	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	.688 ^a	.473	.471	3.680	
2	.725 ^b	.526	.522	3.499	
3	.731 ^c	.534	.528	3.477	2.140

a. Preditores: (Constante), IGS_BSI

b. Preditores: (Constante), IGS_BSI, PSQI

c. Preditores: (Constante), IGS_BSI, PSQI, Idade

Tabela 3.
Valores da colinearidade (Tolerância) e (VIF) do modelo de regressão linear

	Modelo	Tolerância	VIF
3	(Constante)		
	IGS_BSI	.834	1.199
	PSQI	.857	1.167
	Idade	.967	1.034

Anexo 2_ Protocolo de Investigação

SINTOMAS FÍSICOS (PHQ-15)

Nas últimas 4 semanas, até que ponto se sentiu incomodado(a) pelos seguintes sintomas?

Por favor, assinale com um X a resposta mais correta

	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Muito incomodado
a. Dores de estômago			
b. Dores nas costas			
c. Dores nos braços, pernas ou articulações (joelhos, ancas, etc.)			
d. Dores de cabeça			
e. Dor no peito			
f. Tonturas			
g. Desmaios			
h. Coração a bater com força ou acelerado			
i. Falta de ar			
j. Dor ou problemas durante a relação sexual			
k. Obstipação (prisão de ventre), intestino solto ou diarreia			
l. Náusea, gases ou indigestão			
m. Fadiga ou falta de energia			
n. Dificuldades em dormir			
o. Cólicas menstruais ou outros problemas relacionados com a menstruação			

PCL-V

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

Versão Portuguesa de Randdy Ferreira, Liliana Ribeiro, Patrícia Santos e Ângela Maia (2016)

A seguir encontra uma lista de problemas que, por vezes, as pessoas experimentam após acontecimentos traumáticos/ stressantes. Por favor, leia cada frase que se segue e assinale com um círculo (O) o número que melhor corresponde à sua opinião sobre em que medida se aplica a si no **último mês**.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Memórias repetidas, indesejadas e perturbadoras do acontecimento	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores sobre o acontecimento	0	1	2	3	4
3. De repente sentir ou agir como se o acontecimento estivesse a ocorrer novamente (como se o estivesse a reviver)	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito transtornado quando alguma coisa lhe fazia lembrar o acontecimento	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lhe fazia lembrar o acontecimento (ex: batimento cardíaco acelerado, dificuldade em respirar, suores)	0	1	2	3	4
6. Evitar recordações, pensamentos ou sentimentos relacionados com o acontecimento	0	1	2	3	4
7. Evitar coisas que lhe lembrassem o acontecimento (ex: pessoas, locais, conversas, atividades, objetos ou situações)	0	1	2	3	4
8. Ter dificuldades em relembrar-se de partes importantes do acontecimento	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas fortes sobre si mesmo, os outros ou o mundo (ex: ter pensamentos como: Eu sou má pessoa, há alguma coisa	0	1	2	3	4

muito errada comigo, ninguém é de confiança, o mundo é absolutamente perigoso)					
10. Culpabilizar-se a si ou a outra pessoa pelo acontecimento, ou pelo que aconteceu a seguir	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos muito intensos, tais como medo, horror, fúria, culpa ou vergonha, por lhe ter acontecido o que aconteceu	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse por atividades de que costumava gostar	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou desligado das outras pessoas	0	1	2	3	4
14. Ter dificuldades em experienciar sentimentos positivos (ex: ser incapaz de se sentir feliz ou carinhoso com pessoas que lhe são próximas)	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, acessos de raiva ou agir de forma agressiva	0	1	2	3	4
16. Correr demasiados riscos ou fazer coisas que lhe podem causar dano	0	1	2	3	4
17. Estar constantemente alerta, vigilante ou em guarda	0	1	2	3	4
18. Sentir-se agitado ou facilmente assustado	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldade em concentrar-se	0	1	2	3	4
20. Ter problemas em adormecer ou manter-se a dormir	0	1	2	3	4

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	┆	┆	┆	┆	┆
2. Desmaios ou tonturas	┆	┆	┆	┆	┆
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	┆	┆	┆	┆	┆
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	┆	┆	┆	┆	┆
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	┆	┆	┆	┆	┆
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	┆	┆	┆	┆	┆
7. Dores sobre o coração ou no peito	┆	┆	┆	┆	┆
8. Medo na rua ou praças públicas	┆	┆	┆	┆	┆
9. Pensamentos de acabar com a vida	┆	┆	┆	┆	┆
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	┆	┆	┆	┆	┆
11. Perdero apetite	┆	┆	┆	┆	┆
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	┆	┆	┆	┆	┆
13. Ter impulsos que não se podem controlar	┆	┆	┆	┆	┆
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	┆	┆	┆	┆	┆
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	┆	┆	┆	┆	┆
16. Sentir-se sozinho	┆	┆	┆	┆	┆
17. Sentir-se triste	┆	┆	┆	┆	┆
18. Não ter interesse por nada	┆	┆	┆	┆	┆
19. Sentir-se atemorizado	┆	┆	┆	┆	┆
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	┆	┆	┆	┆	┆
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	┆	┆	┆	┆	┆
22. Sentir-se inferior aos outros	┆	┆	┆	┆	┆
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	┆	┆	┆	┆	┆
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	┆	┆	┆	┆	┆
25. Dificuldade em adormecer	┆	┆	┆	┆	┆
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	┆	┆	┆	┆	┆

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Iniciais do paciente _____ ID# _____ Data _____ Hora _____

QUESTIONÁRIO DE PITTSBURGH SOBRE A QUALIDADE DO SONO

INSTRUÇÕES:

As perguntas que se seguem referem-se aos seus hábitos de sono normais apenas ao longo do último mês (últimos 30 dias). As suas respostas devem indicar a opção mais precisa para a maioria dos dias e noites ao longo do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Ao longo do último mês, normalmente a que horas se deitou, à noite?

HORA DE DEITAR _____

2. Ao longo do último mês, normalmente quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer cada noite?

NÚMERO DE MINUTOS _____

3. Ao longo do último mês, normalmente a que horas se levantou de manhã?

HORA DE LEVANTAR _____

4. Ao longo do último mês, quantas horas de sono efectivo dormiu à noite? (pode diferir do número de horas que passou na cama.)

HORAS DE SONO POR NOITE _____

Para cada uma das restantes perguntas, escolha a resposta mais adequada. Por favor, responda a todas as perguntas.

5. Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas relacionados com o sono por . . .

- a) ...não conseguir dormir no espaço de 30 minutos

Não ocorreu no último mês	Menos do que uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana
---------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------

- b) ...acordar a meio da noite ou muito cedo

Não ocorreu no último mês	Menos do que uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana
---------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------

- c) ...ter de se levantar para ir à casa-de-banho

Não ocorreu no último mês	Menos do que uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana
---------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------

d) ...não conseguir respirar comodamente

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

e) ...tossir ou ressonar alto

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

f) ...sentir demasiado frio

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

g) ...sentir demasiado calor

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

h) ...ter pesadelos

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

i) ...ter dores

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

j) ...outra(s) razão/razões; por favor, descreva-a(s) _____

Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em dormir por esse(s) motivo(s)?

Não ocorreu no último mês _____	Menos do que uma vez por semana _____	Uma ou duas vezes por semana _____	Três ou mais vezes por semana _____
---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

6. Ao longo do último mês, como classificaria a qualidade geral do seu sono?

Muito boa _____

Moderadamente boa _____

Moderadamente má _____

Muito má _____

7. Ao longo do último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudarem a dormir (receitados ou de venda livre)?

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

8. Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em manter-se acordado enquanto conduzia, às refeições ou ao participar em actividades sociais?

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

9. Ao longo do último mês, até que ponto foi um problema para si manter o entusiasmo suficiente para realizar as tarefas necessárias?

Nenhum problema _____

Apenas um problema muito ligeiro _____

Algum problema _____

Um problema muito grande _____

10. Partilha a cama ou o quarto com alguém?

Não partilho a cama / o quarto com ninguém _____

Parceiro/a de cama / de quarto noutra quarto _____

Parceiro/a no mesmo quarto mas noutra cama _____

Parceiro/a na mesma cama _____

Se partilha o quarto ou a cama com alguém, pergunte-lhe quantas vezes, ao longo do último mês, você . . .

a) ...ressonou alto

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

b) ...fez pausas longas entre respirações enquanto dormia

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

c) ... teve contracções musculares ou movimentos bruscos das pernas durante o sono

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

d) ... teve episódios de desorientação ou de confusão ao acordar de noite

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

e) ... mostrou outros sintomas de desassossego durante o sono; por favor, descreva-os ____

Não ocorreu no último mês_____	Menos do que uma vez por semana___	Uma ou duas vezes por semana_____	Três ou mais vezes por semana_____
--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------