

2024 - 2025

**Lorelei Kaline Leila
Van Hees**

**TRAUMA INFANTIL E QUALIDADE DE
VIDA ASSOCIADA A SINTOMAS
SUBJETIVOS DE INFLAMAÇÃO
INTESTINAL**

2024 - 2025

**Lorelei Kaline Leila
Van Hees**

**RELAÇÃO ENTRE O TRAUMA INFANTIL E
QUALIDADE DE VIDA ASSOCIADA A
SINTOMAS SUBJETIVOS DE INFLAMAÇÃO
INTESTINAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica da Doutora Lisa Liliana Nunes Roque, Professora Auxiliar da Universidade Europeia e coorientação do Doutor Paulo Alexandre da Silva Ferrajão, Professor Associado da Universidade Europeia.

Agradecimentos

À minha orientadora, Lisa Roque, pela sua orientação cuidadosa, os conselhos sábios e o tempo precioso que dedicou ao meu trabalho.

Gostaria igualmente de agradecer à Bebiana Lopes Leonardo, uma estudante exemplar do curso de licenciatura, cuja colaboração foi inestimável para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, pela sua presença constante, pelo apoio incondicional e pelos valiosos conselhos ao longo de todo o meu percurso.

À minha família, que sempre acreditou em mim, em especial ao meu querido avô, cuja confiança em mim foi uma verdadeira força.

Ao meu companheiro e à sua família, pelo apoio durante todos os anos da minha formação.

Ao local de estágio, que me proporcionou um grande crescimento, tanto a nível profissional como pessoal, na área da psicologia.

E a todos os que me apoiaram, de forma direta ou indireta, ao longo destes anos de estudo.

Resumo

O presente estudo no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Europeia teve como objetivo investigar a relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Especificamente, pretende-se analisar o papel mediador de variáveis psicológicas como a supressão emocional e o controlo cognitivo. Foi adotado um desenho quantitativo, correlacional e transversal. A amostra é composta por 402 participantes da população portuguesa, que responderam a um conjunto de questionários disponibilizados online. Os instrumentos utilizados incluem: o Questionário de Trauma na Infância, o Questionário Reduzido de Doença Inflamatória Intestinal, o Questionário de Regulação Emocional e o Questionário de Controlo Cognitivo e Flexibilidade. Com o objetivo de testar o efeito direto do trauma infantil e os efeitos indiretos da supressão emocional e controlo cognitivo, sobre a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação, foi conduzida uma análise de mediação paralela com 2 mediadores, com intervalos de confiança (IC) *bootstrapped* para avaliar a significância dos efeitos indiretos. Esta análise foi conduzida com recurso à macro PROCESS (modelo 4, *parallel mediation*) para SPSS. Este estudo pode contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos psicossociais envolvidos na ligação entre trauma precoce e a qualidade da vida das pessoas com sintomas subjetivos de inflamação intestinal, com implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas à saúde mental e física de adultos com histórico de adversidade na infância.

Palavras-chave: Trauma infantil, Inflamação intestinal, Sintomas subjetivos, Qualidade de vida, Supressão emocional, Controlo cognitivo

Abstract

The present study, conducted as part of the master's in Clinical and Health Psychology at Universidade Europeia, aimed to investigate the relationship between childhood trauma and quality of life associated to subjective symptoms of intestinal inflammation. Specifically, the study seeks to analyse the mediating role of psychological variables such as emotional suppression and cognitive control. A quantitative, correlational, and cross-sectional research design was adopted. The sample consists of 402 participants from the Portuguese population, who responded to a set of online questionnaires. The instruments used include the Childhood Trauma Questionnaire, the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, the Emotion Regulation Questionnaire, and the Cognitive Control and Flexibility Questionnaire. To test the direct effect of childhood trauma and the indirect effects of emotional suppression and cognitive control on the quality of life associated with subjective symptoms of inflammation, a parallel mediation analysis with 2 mediators was conducted, with bootstrapped confidence intervals (CIs) to assess the significance of the indirect effects. This analysis was conducted using the PROCESS macro (model 4, parallel mediation) for SPSS. This study may contribute to a better understanding of the psychosocial mechanisms involved in the link between early trauma and the quality of life in individuals with subjective symptoms of intestinal inflammation. These findings may have relevant implications for clinical practice and for the development of targeted intervention strategies aimed at improving the mental and physical health of adults with a history of childhood adversity.

Keywords: Childhood trauma, Intestinal inflammation, Subjective symptoms, Quality of life, Emotional suppression, Cognitive control

Conteúdo

Introdução	1
Referencias bibliográficas.....	3
Revisão de literatura	4
Inflamação Intestinal	4
<i>Prevalência na população</i>	5
<i>Diferentes tipos de inflamação intestinal</i>	7
<i>Diagnóstico médico de inflamação intestinal</i>	7
<i>Sintomas subjetivos de inflamação intestinal</i>	9
<i>Qualidade de vida (QV) associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal</i>	12
Trauma infantil.....	14
<i>Tipos de traumas infantis</i>	16
<i>Impacto físicos e psicológicos dos traumas infantis precoces no desenvolvimento</i>	17
<i>Relação entre a exposição a trauma infantil e o desenvolvimento de inflamação intestinal</i>	19
Supressão emocional	23
<i>Supressão de emoções positivas e negativas</i>	24
<i>Causas conhecidas da supressão emocional</i>	25
<i>Relação entre trauma infantil e supressão emocional.</i>	26
<i>Os impactos psicológicos e físicos da supressão emocional no desenvolvimento</i>	28
<i>A relação entre supressão emocional e desenvolvimento de inflamação intestinal</i>	29
Controlo cognitivo.....	31
<i>As atividades cognitivas associadas ao controlo cognitivo</i>	32
<i>Funções do controlo cognitivo</i>	33
<i>Relação entre o trauma infantil e o controlo cognitivo</i>	35
<i>Relação entre o controlo cognitivo e a inflamação intestinal</i>	37
Objetivos do estudo e hipóteses de investigação	39
Metodologia	41
Participantes	41
Delineamento	45
Procedimento.....	45
Instrumentos	46
<i>Questionário de Trauma na Infância (CTQ)</i>	46

<i>Questionário Breve de Doença Inflamatória Intestinal (SIBDQ-PT)</i>	47
<i>Questionário de Regulação das Emoções (ERQ)</i>	48
<i>Questionário de Controlo Cognitivo e Flexibilidade Cognitiva (CCFQ)</i>	49
Resultados	50
Estratégia de análise	50
Discussão	59
Pontos fortes e limitações.....	62
Implicações para prática clínica e sugestões para investigação futura.....	64
Conclusão.....	66
Referências bibliográficas	68
Anexos	87
Lista de figuras	87
<i>Figura 1</i>	87
<i>Figura 2</i>	87
Lista de Tabelas.....	88
<i>Tabela 1</i>	88
<i>Tabela 2</i>	91
<i>Tabela 3</i>	91
<i>Tabela 4</i>	92
<i>Tabela 5</i>	93
Instrumentos/elementos de recolha de dados	94

Lista de abreviaturas

- CCFQ – Questionário de Controlo Cognitivo e Flexibilidade
- CH – Colite Hemorrágica
- CR – Córtex Cingulado Rostral
- CTQ – Questionário de Trauma Infantil
- CU – Colite Ulcerosa
- DC – Doença de Crohn
- DII – Doenças Inflamatórias Intestinais
- ERQ – Questionário de Regulação Emocional
- HPA – Eixo Hipotálamo-Hipofisário-Adrenal
- IMID- Doenças Inflamatórias Imunomediadas
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PTSD – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- QVSSII – Qualidade de Vida Associada a Sintomas Subjetivos de Inflamação Intestinal
- QV – Qualidade de Vida
- RCH – Retocolite Ulcerativa
- SIBDQ – Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
- SNS – Sistema Nervoso Simpático
- TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental
- TRP – Trauma Relacional Precoce

Introdução

De acordo com Williams (2023), existe uma crescente consciencialização entre os profissionais que trabalham com crianças pequenas sobre os efeitos negativos e potencialmente permanentes que os eventos vividos na primeira infância podem ter na saúde mental e física. Diversos estudos mostram que os stressores tóxicos vividos no início da vida afetam não apenas o desenvolvimento da criança, mas também aumentam o risco de criar uma cadeia de fatores de stress adicionais, que podem exceder as capacidades de adaptação do indivíduo (Nurius et al., 2015). Isso compromete não apenas a resiliência, mas também a saúde geral. As adversidades vividas na primeira infância podem ter efeitos duradouros no bem-estar psicológico na idade adulta, exercendo uma influência tanto independente quanto cumulativa em interação com outros fatores (Nurius et al., 2015). Esses efeitos incluem desvantagens sociais e experiências stressantes na vida adulta (Nurius et al., 2015).

Indivíduos que sofreram maus-tratos têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e distúrbios cognitivos (Tursz, 2023). Crianças que foram vítimas de maus-tratos tendem a apresentar um estado de saúde mais debilitado na idade adulta. Outros estudos já demonstraram o impacto dessas experiências em doenças específicas, como hipertensão arterial ou úlcera gástrica (Springer et al., 2007).

Muitos distúrbios patológicos podem ter suas origens em maus-tratos sofridos durante a infância. No entanto, essas causas frequentemente permanecem ignoradas se não forem abordadas ou mesmo consideradas por profissionais de saúde, como clínicos gerais, neurologistas, oftalmologistas, ginecologistas ou gastroenterologistas. Estudos anteriores já identificaram uma relação entre a frequência elevada de antecedentes de violência física e sexual entre jovens mulheres e a procura de atendimento gastroenterológico devido a dores abdominais (Tursz, 2023).

De acordo com Witges et al. (2019), poucos estudos analisaram a relação entre o trauma infantil e as pessoas que sofrem de doenças inflamatórias do intestino (DII). Essas doenças provocam diversos sintomas físicos, como fadiga e dores abdominais, e estão frequentemente associadas a problemas de saúde mental, incluindo stress, ansiedade e depressão (Witges et al., 2019). Essa relação é considerada bidirecional, ou seja, os problemas de saúde mental podem estar ligados às experiências adversas na infância, que, por sua vez, influenciam as pessoas com DII, afetando a atividade da doença e o uso de serviços de saúde (Witges et al., 2019).

Witges et al. (2019) levantaram a hipótese de que pessoas diagnosticadas com inflamação intestinal subjetiva que foram expostas a experiências adversas na infância teriam um uso mais frequente dos serviços de saúde em comparação com aquelas que nunca foram expostas a essas experiências. Essa relação pode também ser influenciada por fatores de risco demográficos e comportamentais, comorbidades, stress psicológico e características específicas da inflamação intestinal (Witges et al., 2019).

Tendo em consideração a relação existente entre a qualidade das experiências precoces e a saúde dos indivíduos, o objetivo geral deste trabalho é o de compreender a relação entre a exposição ao trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, analisando potenciais fatores mediadores envolvidos, como a supressão emocional e o controlo cognitivo.

Referencias bibliográficas

Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015b). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being : A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, *45*, 143-153.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.008>

Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, *31*(5), 517-530.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>

Tursz, a. (2013). Les consequences de la maltraitance dans l'enfance sur la sante physique et mentale a l'age adulte : approche epidemiologique de sante publique. *Revue française des affaires sociales*, (1), 32-50. <https://doi.org/10.3917/rfas.125.0032>.

Williams, R. C. (2023). Des expériences négatives de l'enfance à la santé relationnelle précoce: les conséquences pour la pratique clinique. *Paediatrics and Child Health*, *28*(6), 385–393. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad026>

Witges, K. M., Bernstein, C. N., Sexton, K. A., Afifi, T., Walker, J. R., Nugent, Z., & Lix, L. M. (2019). The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Health Care Use in the Manitoba IBD Cohort Study. *Inflammatory Bowel Diseases*, *25*(10), 1700-1710. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz054>

Revisão de literatura

Inflamação Intestinal

De acordo com Fond (2016), a inflamação intestinal é uma resposta imunológica complexa, implementada para proteger o organismo contra diversos fatores de stress, sejam eles fisiológicos ou psicológicos. Essa resposta é acompanhada por um aumento do fluxo sanguíneo e pelo recrutamento de células imunológicas inatas no local afetado (Fond, 2016). Ao nível do intestino, esta ativação assenta num equilíbrio delicado entre a parede intestinal, a microbiota e os componentes imunitários locais (Brennstuhl, 2018).

Como lembram Schiffrin et al. (2010), a inflamação é um processo adaptativo e coordenado, que visa principalmente eliminar os agentes patogénicos, reparar os tecidos danificados e, em seguida, restaurar a homeostase. Também foi sugerido que um sinal inflamatório mais moderado pode ser desencadeado em caso de simples disfunção tecidual. Dependendo do seu ambiente local, os tecidos podem estar em estado de equilíbrio, stress ou ainda em fase de apoptose ou necrose (Schiffrin et al., 2010).

Fiocchi (1997) descreve a inflamação intestinal como um processo em que as interações entre as células da mucosa intestinal, nomeadamente as células epiteliais e os linfócitos T, desempenham um papel fundamental. Em situações de inflamação crónica, estas comunicações celulares tornam-se anormais, levando a uma hiperadesão dos leucócitos aos microvasos e a uma alteração da matriz extracelular, dois fenómenos que contribuem para a persistência da inflamação (Fiocchi, 1997). As células mesenquimais, por sua vez, favorecem a fibrose e apoiam a sobrevivência dos leucócitos na mucosa (Fiocchi, 1997). Quando esses mecanismos são desregulados, a inflamação pode tornar-se patológica e auto-sustentável (Fiocchi, 1997).

Além disso, Kökten et al. (2016) salientam que fatores genéticos (como certas mutações), ambientais (toxinas, infeções), bem como desequilíbrios da microbiota intestinal

contribuem para a perda da função de barreira da mucosa. Esta falha facilita a invasão por microrganismos, provocando uma resposta inflamatória exagerada e crónica (Kökten et al., 2016). Outros elementos, como deficiências nutricionais, ativação do recetor imunológico TREM-1 ou autofagia, podem amplificar a inflamação e acentuar a gravidade das lesões intestinais (Kökten et al., 2016).

Assim, a inflamação intestinal não resulta de um fator isolado, mas de um conjunto de interações delicadas entre mecanismos imunológicos locais e influências sistémicas, genéticas e ambientais (Loddo & Romano, 2015). Este desequilíbrio multifatorial está na origem de respostas inflamatórias que, se persistirem, podem alterar de forma duradoura a homeostase intestinal (Loddo & Romano, 2015). Quando os sintomas se tornam persistentes, isso sugere a evolução para uma doença inflamatória crónica do intestino (Magro et al., 2022).

Prevalência na população

A avaliação precisa da prevalência da inflamação intestinal na população em geral continua a ser difícil devido a vários vieses metodológicos. De acordo com Colombel et al. (2007), os estudos epidemiológicos sobre doenças inflamatórias crónicas do intestino (DII) enfrentam limitações significativas relacionadas com a variabilidade dos critérios de diagnóstico utilizados, à heterogeneidade entre as coortes hospitalares e os inquéritos na população em geral, bem como às diferenças entre os sistemas de saúde dos diferentes países (Colombel et al., 2007). Além disso, a natureza por vezes assintomática ou de evolução lenta destas patologias torna a sua deteção e quantificação ainda mais complexas (Colombel et al., 2007).

Num estudo retrospectivo baseado nos dados dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde português, Santiago et al. (2022) analisaram as taxas de incidência de DII por 100 000 habitantes e a sua evolução projetada até 2024. Entre 2017 e 2019, a incidência registou uma

ligeira diminuição, passando de 54,9 para 48,6 casos por 100 000 habitantes (Santiago et al., 2022). Esta tendência representa, em média, cerca de 20 novos casos por 1000 pessoas por ano (Santiago et al., 2022). As projeções para dezembro de 2023 previam cerca de 305 novos casos, um número semelhante às estimativas de dezembro de 2021, refletindo uma relativa estabilização da incidência em Portugal (Santiago et al., 2022). Os autores sugerem que esta estabilização pode refletir uma tendência comparável noutros países ocidentais (Santiago et al., 2022).

À escala mundial, a prevalência das DII parece estar a aumentar nos países em processo de industrialização, embora os dados ainda sejam limitados (Santiago et al., 2022). A crescente industrialização dessas regiões, particularmente na Ásia, África e América do Sul, é acompanhada por um aumento na incidência, seguido por um aumento progressivo na prevalência (Santiago et al., 2022). Por outro lado, nos países historicamente mais afetados, como a Europa Ocidental e a América do Norte, o aumento observado no século XX parece ter atingido um patamar (Santiago et al., 2022). Loddo & Romano (2015) explicam que a incidência de DII está em constante aumento em todo o mundo, tanto em adultos como em crianças.

Numa perspetiva mais integrativa, Berthou (2023) defende que a alteração do ecossistema intestinal pode ser um fator comum a muitas doenças crónicas, tais como diabetes, distúrbios comportamentais, certas doenças neurodegenerativas, cancros ou mesmo patologias psiquiátricas, sugerindo assim que a inflamação intestinal pode afetar uma população muito maior do que aquela diagnosticada com DII (Berthou, 2023). Ele insiste na necessidade de adotar uma visão holística, destacando a interdependência entre a microbiota, a mucosa intestinal e o sistema imunológico, verdadeiros pilares da homeostase intestinal (Berthou, 2023).

Diferentes tipos de inflamação intestinal

As doenças inflamatórias crônicas do intestino incluem a e a colite hemorrágica (CH), e são caracterizadas por uma inflamação persistente do tubo digestivo (Kökten et al., 2016). Cerca de 15% dos pacientes apresentam uma forma indeterminada da doença, que não corresponde nem à doença de Crohn (DC) nem à Retocolite Ulcerativa (RCH). A etiologia exata das DII permanece desconhecida, embora interações entre suscetibilidade genética, microbiota intestinal e resposta imunológica pareçam estar envolvidas (Reznikov & Suskind, 2023). Atualmente incuráveis, estas patologias requerem um tratamento centrado na gestão da inflamação, que, no entanto, continua a ser ineficaz para alguns doentes, podendo levar a intervenções cirúrgicas, como a remoção das áreas afetadas (Kökten et al., 2016).

Segundo Konturek et al. (2011), as doenças inflamatórias intestinais apresentam um curso variável, marcado por episódios de agravamento e momentos de melhoria dos sintomas. Alguns pacientes apresentam uma doença persistente com poucas remissões, enquanto outros entram em remissão prolongada (Cronin & Shanahan, 2003). A colite ulcerosa (CU) geralmente se manifesta por sintomas objetivos, como diarreia sanguinolenta e perda de peso brusca, com características relativamente homogêneas de um surto para outro (Cronin & Shanahan, 2003). Por outro lado, a CU apresenta uma maior variabilidade clínica devido à sua distribuição anatómica mais ampla, podendo afetar qualquer parte do tubo digestivo e causar complicações como estenoses e fístulas (Cronin & Shanahan, 2003). Loddo & Romano (2015) explicam que a frequência de DII tem vindo a crescer de forma contínua a nível mundial, afetando indivíduos de todas as idades, incluindo adultos e crianças.

Diagnóstico médico de inflamação intestinal

O diagnóstico das DII baseia-se, em parte, na colonoscopia, que permite visualizar diretamente os sinais de inflamação, bem como na avaliação clínica dos sintomas, tais como

dores abdominais ou diarreias com sangue (Brennstuhl, 2018). Além destas manifestações digestivas, sinais extraintestinais como fadiga, dores articulares ou febre também podem levar à suspeita de DII (Brennstuhl, 2018).

Atualmente, a endoscopia digestiva, associada a técnicas de imagem por secção, continua a ser indispensável para confirmar o diagnóstico, definir a natureza e a extensão das lesões intestinais e identificar possíveis complicações (Yzet et al., 2021). As novas abordagens terapêuticas visam agora não só atenuar os sintomas, mas também obter a cicatrização da mucosa, o que requer uma reavaliação frequente dos tratamentos. No entanto, a repetição de exames invasivos ou restritivos, como a endoscopia ou a ressonância magnética, pode ser difícil de implementar na prática corrente, tanto devido à sua disponibilidade como à sua aceitabilidade pelos pacientes (Yzet et al., 2021).

Neste contexto, a ecografia surge como uma alternativa atraente: trata-se de um método não invasivo, acessível, económico e geralmente bem tolerado pelos doentes com DII (Yzet et al., 2021). Ao contrário da endoscopia, a ecografia permite a exploração global do tubo digestivo, das suas paredes e das estruturas peri-digestivas, sem preparação prévia. Além disso, a possibilidade de obter resultados imediatos na consulta («point-of-care») facilita o ajuste em tempo real das estratégias terapêuticas (Yzet et al., 2021).

Os procedimentos diagnósticos na DII também incluem análises biológicas, explorações endoscópicas, exames anatomopatológicos e técnicas de imagem (Tontini et al., 2015). Os testes serológicos e a análise das fezes, facilmente realizáveis em consulta, fornecem elementos importantes para orientar o diagnóstico (Hong & Baek, 2024). Embora a endoscopia seja invasiva, continua a ser essencial devido à sua capacidade de fornecer informações precisas, permitir biópsias de tecidos e oferecer opções terapêuticas diretas (Hong & Baek, 2024).

Para a exploração do intestino delgado, métodos como a videocápsula endoscópica e a enteroscopia assistida por dispositivo são particularmente úteis (Hong & Baek, 2024). A ressonância magnética, a tomografia computadorizada e a ecografia complementam eficazmente a avaliação do intestino delgado. Entre estas ferramentas, a ecografia destaca-se pela sua simplicidade de utilização, pela sua natureza não invasiva e pela sua relevância no acompanhamento clínico diário (Hong & Baek, 2024).

Segundo Tontini et al. (2015), a biópsia endoscópica é um elemento-chave no diagnóstico da DII, permitindo não só confirmar a presença de lesões, mas também avaliar a atividade histológica da doença, o que é fundamental para avaliar a remissão e adaptar o tratamento.

Por fim, os avanços na inteligência artificial sugerem grandes evoluções no tratamento das DII (Pal et al., 2024). Estas podem melhorar o diagnóstico, a monitorização e promover uma abordagem mais personalizada dos tratamentos. Trabalhos recentes identificam os métodos atuais e as inovações promissoras, oferecendo uma síntese valiosa para os médicos (Pal et al., 2024).

Sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Segundo Stryckman (2001), o sintoma é geralmente considerado um indicador, seja ele subjetivo ou objetivo, que permite evidenciar um estado patológico. Os sintomas subjetivos são aqueles que o paciente sente e comunica, enquanto os objetivos são aqueles detetados pelo médico. Nessa conceção, a cura médica é definida pelo desaparecimento dos sintomas (Stryckman, 2001). A avaliação objetiva da atividade de uma doença nem sempre reflete o seu impacto subjetivo no doente, uma vez que a presença de uma patologia não significa necessariamente uma sensação de desconforto (Cronin & Shanahan, 2003). Além disso, as preocupações dos pacientes estão frequentemente ligadas à imprevisibilidade e

incontrolabilidade da doença, à sua potencial agressividade ou à perspectiva de recorrer a uma cirurgia (Lourel, 2007).

No contexto das doenças gastrointestinais crônicas, o modelo biopsicossocial postula que a doença resulta de interações simultâneas entre vários níveis: celular, tecidual, organizacional, interpessoal e ambiental (Cronin & Shanahan, 2003). Esta abordagem permite integrar as dimensões biológicas e psicológicas e sociais para compreender melhor a patologia e as suas consequências para os pacientes (Cronin & Shanahan, 2003). Como enfatizam Benchimol et al. (2018), as DII têm impacto no funcionamento físico, psicológico e social dos indivíduos.

As pessoas com inflamação gastrointestinal desenvolvem frequentemente *respostas psicossociais* variadas, ou seja, sintomas subjetivos, como depressão, redução das atividades, hipersensibilidade aos sintomas e relações de dependência (Cronin & Shanahan, 2003). Adicionalmente, os sujeitos enfrentam desafios na sua vida profissional, social e psicológica (Pontes et al., 2004). Ou seja, sintomas gerais como mal-estar ou perda de energia às vezes têm um impacto maior na incapacidade dos pacientes do que os próprios distúrbios gastrointestinais (Cronin & Shanahan, 2003). De acordo com Mitropoulou et al. (2022), os sintomas da DII têm um impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que geram perturbações no desempenho das atividades quotidianas, tais como o desempenho escolar, a capacidade de trabalho e a vida social. A perceção da doença e as estratégias de coping maladaptativas podem igualmente constituir fatores que exacerbam os sintomas Mitropoulou et al. (2022).

A associação entre as DII e a saúde mental está bem documentada há várias décadas. Anteriormente consideradas doenças psicossomáticas, estas patologias são agora estudadas sob a perspectiva das interações entre a microbiota, o intestino e o cérebro (Thomann et al., 2020). Esta relação bidirecional permite que a microbiota influencie o funcionamento cerebral e vice-

versa (Thomann et al., 2020). Assim, sugere-se que as perturbações da microbiota podem desempenhar um papel no desenvolvimento das DII e dos distúrbios psiquiátricos associados, nomeadamente a depressão e a ansiedade (Thomann et al., 2020).

Em relação aos sintomas físicos subjetivos, Martin-Mattera (2014) descreve a dor como um fenómeno altamente subjetivo com manifestação psicossomática, que está intrinsecamente ligada ao corpo e à mente, fazendo parte da experiência individual e da economia psíquica de cada pessoa. Num estudo realizado por Sands et al. (2024), observou-se que os sintomas físicos subjetivos mais prevalentes em indivíduos afetados por DII são a dor e as cólicas, bem como a fadiga e a diarreia. Cheviakoff et al. (2022) também salientam que os distúrbios do sono são um dos sintomas físicos muito frequentes em pacientes com DII, com uma prevalência declarada de 47 a 82% de acordo com os questionários, um número significativamente mais elevado do que na população em geral (Cheviakoff et al., 2022). Este fenómeno, também observado noutras doenças inflamatórias crónicas, como a esclerose múltipla ou a asma, parece estar correlacionado com a própria atividade inflamatória e com a gravidade clínica da patologia (Cheviakoff et al., 2022).

Schoultz et al. (2013) salientam que, embora a relação causal entre os fatores psicológicos e a exacerbação dos sintomas nas doenças inflamatórias crónicas intestinais ainda seja incerta, existem provas substanciais que sustentam esta associação, o que justifica a importância de integrar uma avaliação e apoio psicológico no tratamento de pacientes com DICI. Apesar do impacto significativo dessas comorbidades na qualidade de vida dos pacientes, a pesquisa sobre o seu tratamento ainda é insuficiente (Schoultz et al., 2020). Abordagens terapêuticas direcionadas à microbiota intestinal podem representar uma via promissora para melhorar o tratamento global das DII e das suas manifestações psicológicas (Thomann et al., 2020). Consequentemente, o tratamento destas patologias deve inscrever-se

numa perspetiva multifatorial que combine as dimensões biológicas, psicológicas e sociológicas para otimizar o diagnóstico e o tratamento (Cronin & Shanahan, 2003).

Qualidade de vida (QV) associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Segundo Bruchon-Schweitzer e Boujut (2021), é comum confundir o conceito geral de qualidade de vida com o conceito mais específico de qualidade de vida relacionada à saúde. No entanto, este último requer uma avaliação que leve em consideração tanto a presença quanto a ausência de patologias (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define seis dimensões essenciais para compreender a qualidade de vida, que são, o bem-estar físico, funcionamento psicológico, grau de autonomia, relações sociais, condições ambientais, bem como espiritualidade e crenças pessoais (Lourel, 2007).

Esta abordagem enfatiza uma representação do eu no seu ambiente social, integrando as interações complexas entre o indivíduo e o meio, seja ele imediato ou global (Lourel, 2007). Privilegia uma perspetiva integrativa que leva em consideração tanto as dinâmicas relacionais quanto os fatores pessoais e contextuais, por meio de uma avaliação subjetiva e externa da qualidade de vida (Lourel, 2007).

No contexto das DII, Blondel-Kucharski et al. (2001) salientam que as pessoas afetadas apresentam uma qualidade de vida ligeiramente inferior à observada na população em geral. Esta qualidade de vida parece ser modulada por vários fatores: género, situação socioeconómica, origem cultural e forma como o stress é percebido (Sainsbury & Heatley, 2005).

Conforme referido por Knowles et al. (2018), indivíduos afetados por DII evidenciam uma qualidade de vida associada à saúde substancialmente diminuída. Esta modificação afeta várias esferas, incluindo as esferas física, mental e social. Os estudos realizados por Sands et al. (2024) demonstram que a Qualidade de Vida (QV) é significativamente afetada durante os

surtos ativos da doença, especialmente no âmbito psicológico, em comparação com as fases de remissão. Embora a doença de Crohn e a colite hemorrágica apresentem diferenças nas suas manifestações clínicas, as discrepâncias na qualidade de vida global entre estas duas patologias permanecem frequentemente insignificantes (Knowles et al., 2018). Contudo, alguns estudos sugerem que os indivíduos com doença de Crohn, mesmo em remissão, podem apresentar um estado de saúde mental mais comprometido em comparação com aqueles com RCH (Knowles et al., 2018).

Em sujeitos com DII, é frequente a ocorrência de quadros de ansiedade e depressão (Kiebles et al., 2010). Os distúrbios de natureza psicológica, frequentemente associados à intensidade dos sintomas e ao stress prolongado, contribuem de forma significativa para a deterioração da qualidade de vida, nomeadamente nos domínios emocional e social (Mitropoulou et al., 2022). Manifestações como fadiga, distúrbios do sono, isolamento ou medo da rejeição social alteram o quotidiano dos doentes e seus familiares, perturbando as suas interações e atividades (Mitropoulou et al., 2022). Durante os períodos de atividade da doença, a qualidade de vida é, de um modo geral, mais afetada, especialmente no que diz respeito ao bem-estar emocional e aos sintomas físicos (Mitropoulou et al., 2022).

Contudo, investigações de longo prazo demonstram que determinados pacientes conseguem alcançar uma melhor qualidade de vida, frequentemente graças a recursos psicológicos, tais como a aceitação do seu estado ou a capacidade de atribuir sentido à sua vida (Mitropoulou et al., 2022). Deste modo, a identificação e o tratamento dos distúrbios de humor assumem um papel determinante na evolução favorável da doença. Adicionalmente, a avaliação regular da qualidade de vida, tanto de forma geral como específica para as DII, constitui uma ferramenta central nos ensaios clínicos para avaliar a eficácia dos tratamentos (Mitropoulou et al., 2022).

As patologias relacionadas com a inflamação intestinal requerem um tratamento centrado na gestão da inflamação, que, no entanto, continua a ser ineficaz para alguns doentes, podendo levar a intervenções cirúrgicas, como a remoção das áreas afetadas (Kökten et al., 2016). As DII são doenças persistentes que afetam particularmente os jovens e alteram consideravelmente a qualidade de vida (Yanai et al., 2016). Neste contexto, 30 a 50% dos pacientes recorrem a medicinas complementares e alternativas (Yanai et al., 2016). A sua influência na qualidade de vida, na evolução da doença e no custo dos cuidados torna-as uma questão importante de saúde pública (Kökten et al., 2016).

Trauma infantil

Liébert (2015) explica que o termo «trauma», proveniente do grego, era originalmente utilizado em cirurgia para designar uma lesão causada por uma força externa, como um choque, um golpe ou uma sacudida violenta. Este termo alargou-se ao domínio psíquico, considerando que um trauma ocorre quando a intensidade do choque excede a capacidade de processamento de um indivíduo, causando efeitos duradouros (Liébert, 2015).

Segundo Liébert (2015), o trauma na criança manifesta-se quando ela é confrontada com uma experiência violenta e excepcional, percebida como uma ameaça à sua vida ou à sua integridade física ou psíquica. Isso pode incluir situações como agressão, acidente, catástrofe ou contexto de guerra, vividas em um estado de pavor, horror, impotência e sem possibilidade de receber ajuda (Liébert, 2015). Essas situações podem afetar bebés, crianças e adolescentes.

Segundo Rezzoug e Baubet (2020), se no passado os traumas psíquicos eram sobretudo reconhecidos como afetando os adultos, atualmente está comprovado que podem manifestar-se em todas as fases da vida. As crianças pequenas constituem um grupo particularmente vulnerável, devido à sua maior dependência dos adultos responsáveis por lhes garantir segurança e proteção (Rezzoug & Baubet, 2020). É agora amplamente aceite que um trauma

pode ocorrer em qualquer idade, embora as suas consequências tendam a ser mais significativas quanto mais jovem for a criança (Rezzoug & Baubet, 2020). Os traumas vividos nos primeiros anos de vida são geralmente reconhecidos por causarem efeitos duradouros (Rezzoug & Baubet, 2020). É importante salientar o impacto da relação de dependência entre a criança e as figuras parentais na intensidade do trauma experienciado (Rezzoug & Baubet, 2020). Com efeito, a criança enfrenta não só o acontecimento traumático em si, mas também as suas repercussões nos pais e na dinâmica da relação que mantém com eles (Rezzoug & Baubet, 2020).

O cérebro de uma criança não funciona como uma versão reduzida do cérebro de um adulto (Dubois et al., 2012). O seu desenvolvimento segue um ritmo irregular: algumas regiões cerebrais formam-se muito cedo e rapidamente, enquanto outras continuam a amadurecer até ao final da adolescência (Dubois et al., 2012). Assim, o impacto psicológico de um evento stressante pode variar de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança (Moureau & Delvenne, 2016).

A idade da criança é, portanto, um fator-chave para compreender os efeitos dos traumas no cérebro (Baker et al., 2013). As áreas frontais, em desenvolvimento até ao final da adolescência, podem ser particularmente vulneráveis a traumas que ocorrem tardiamente, enquanto o hipocampo seria mais afetado pelo stress vivido durante a primeira infância (Baker et al., 2013). Além disso, na adolescência, o cérebro é particularmente recetivo aos efeitos do stress, nomeadamente devido às intensas alterações hormonais que modificam a atividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HPA), tornando-o mais reativo aos glicocorticóides (Moureau & Delvenne, 2016).

Tipos de traumas infantis

Revet et al. (2020) estabelecem uma distinção entre o trauma e outras formas de stress, tais como as causadas por uma doença ou separação. Duas grandes categorias de traumas psíquicos são identificadas como sendo do tipo I, relacionados com um evento único, repentino e limitado no tempo, como um acidente ou uma catástrofe natural, e do tipo II, resultantes da exposição repetida ou prolongada a situações traumáticas, como abusos ou guerra (Terr, 2003; Revet et al., 2020). Existe, então, uma diferenciação entre o conceito de trauma simples, resultante de um evento isolado, e o conceito de trauma complexo, decorrente de experiências crónicas e repetidas, frequentemente experienciadas num contexto de impotência ou impossibilidade de fuga, seja a nível individual ou coletivo (Herman, 1992).

As investigações sobre experiências adversas na infância (*Adverse Childhood Experiences* - ACEs), iniciadas por Felitti et al. (1998), possibilitaram a identificação de múltiplos fatores traumáticos associados ao ambiente familiar, incluindo *abuso* (físico, emocional e sexual), *negligência* (física ou emocional) e *disfunção familiar* (doença mental dos pais, uso de substâncias, encarceramento, separação dos pais e violência doméstica). Existe uma forte correlação entre a exposição a ACEs um risco acrescido de desenvolvimento posterior de problemas de saúde física e mental, bem como de comportamentos de risco com potencial letal (Felitti et al., 1998).

Mais recentemente, Décarie et al. (2025) dedicaram-se ao estudo dos traumas precoces, que emergem em cenários familiares caracterizados por imprevisibilidade e caos. Nessas situações, as necessidades fundamentais da criança não são satisfeitas de forma estável, o que a confronta com experiências repetidas de stress intenso (Décarie et al., 2025). Quando a figura parental é a origem dessa insegurança, a criança fica incapaz de regular o seu sofrimento, o que prejudica o desenvolvimento das suas capacidades psíquicas e relacionais (Décarie et al., 2025).

Impacto físicos e psicológicos dos traumas infantis precoces no desenvolvimento

Conforme referido por Ramiro et al. (2010), os traumas infantis experienciados durante a infância apresentam um efeito cumulativo, ou seja, quanto maior a exposição a eventos traumáticos na primeira infância, maior a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos de risco e de manifestação de problemas de saúde a longo prazo. A exposição antecipada a um stress tóxico pode resultar em hipertrofia da amígdala cerebral e uma resposta fisiológica ao stress exagerada ou persistentemente ativada, o que aumenta o risco de distúrbios emocionais subsequentes (Zhu et al., 2023).

Um baixo nível de resiliência apresenta uma forte associação com o aumento do stress, depressão e ansiedade (Zhu et al., 2023). Os traumas vivenciados durante a infância estão associados a um aumento do risco de desenvolver diversas *patologias físicas*, incluindo depressão, perturbações cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, determinados tipos de cancro, diabetes ou obesidade. Desde a infância, o trauma infantil também é associado a distúrbios somáticos frequentes, como asma, dores crónicas, cefaleias ou distúrbios gastrointestinais (Bellis et al., 2018). Quanto maior o número de experiências traumáticas durante a infância, mais a saúde geral das crianças se deteriora (Danese et al., 2007). No plano neurobiológico, Anda et al. (2006) demonstraram que o stress extremo vivido durante fases críticas do desenvolvimento pode alterar de forma duradoura a organização neuronal e a expressão genética, levando a distúrbios cognitivos e emocionais persistentes. Esses mecanismos contribuem para uma maior vulnerabilidade a distúrbios psíquicos e somáticos na idade adulta. Adicionalmente, a exposição a experiências traumáticas durante a infância também contribui para a adoção de comportamentos nocivos, tais como o consumo de tabaco ou o abuso de álcool (Webster, 2022).

No âmbito *psicológico*, as consequências mais prevalentes do abuso infantil abrangem sentimentos de isolamento, baixa autoestima, perda de confiança, comportamentos aditivos,

distúrbios sexuais e de adaptação social (Ramiro et al., 2010). Os efeitos a longo prazo em questão são, habitualmente, acompanhados por distúrbios psicopatológicos graves, tais como comportamentos suicidas, distúrbios de pânico, distúrbios dissociativos, ou comportamentos antissociais (Ramiro et al., 2010). Por fim, os maus-tratos e a negligência durante a infância podem perturbar o desenvolvimento cerebral, afetando de forma significativa as funções cognitivas, e a linguagem (Ramiro et al., 2010).

Lueger-Schuster et al. (2017) especificam que os abusos sofridos durante a infância aumentam significativamente o risco de desenvolver distúrbios mentais, como transtorno de stress pós-traumático (PTSD), depressão, ansiedade, distúrbios de personalidade e dependência de substâncias. Além disso, a intensidade e a natureza dos abusos estão associadas a um risco acrescido de revitimização na idade adulta. Revet et al. (2020) demonstraram que os elementos mais preditivos do desenvolvimento de PTSD em crianças e adolescentes entre os 6 e os 18 anos dizem respeito à experiência subjetiva do evento, nomeadamente o sentimento de medo intenso no momento do trauma e a perceção de perigo para a própria vida. A isso se somam fatores pós-traumáticos, como baixo apoio social, isolamento, presença de transtornos psiquiátricos associados, dinâmica familiar disfuncional e uso de estratégias cognitivas inadequadas, como evitação ou supressão de pensamentos (Revet et al., 2020).

Numa perspetiva complementar, Danese et al. (2007) identificaram uma ligação entre experiências psicossociais negativas precoces e vários indicadores biológicos de disfunção: inflamação crónica, perturbações metabólicas e predisposição para a depressão. Esses efeitos são cumulativos, independentes dos fatores de desenvolvimento, e evidenciam uma forma de stress tóxico crónico que afeta múltiplas dimensões da saúde (Shonkoff et al., 2012).

Este stress crónico, induzido pela exposição aos traumas infantis, perturba profundamente os sistemas neurológico, imunitário e endócrino da criança (Berens et al., 2017). Estas perturbações traduzem-se no aparecimento precoce de doenças crónicas, num

aumento dos comportamentos antissociais e numa redução da esperança de vida (Bellis et al., 2014). Assim, as pessoas expostas a quatro ou mais experiências traumáticas apresentam um risco duas vezes maior de desenvolver patologias graves, como cancro ou doenças cardiovasculares, bem como um risco seis vezes maior de consumo problemático de álcool (Bellis et al., 2018). Estas consequências ultrapassam a esfera individual e também geram um importante encargo económico para os sistemas de saúde (Bellis et al., 2018).

Witges et al. (2019) salientam que estas experiências aumentam a probabilidade de comportamentos de risco na idade adulta, como consumo de drogas e álcool, tabagismo e obesidade, que, por sua vez, são fatores importantes de doenças crónicas e mortalidade prematura. Esses comportamentos também afetam a inserção social e profissional, o seja, as experiências traumáticas durante a infância estão associadas a um nível de educação mais baixo, acesso reduzido ao emprego, menor satisfação com a vida e maior risco de doenças graves (Larkin & Cairns, 2020). A longo prazo, tais experiências podem igualmente acarretar repercussões socioeconómicas, como um risco aumentado de desemprego na idade adulta (Webster, 2022).

A exposição a seis ou mais experiências traumáticas durante a infância pode reduzir a esperança de vida em cerca de vinte anos (Larkin & Cairns, 2020). Estes números mostram a urgência de investir em intervenções preventivas direcionadas desde a infância, a fim de limitar os impactos a longo prazo (Webster, 2022).

Relação entre a exposição a trauma infantil e o desenvolvimento de inflamação intestinal

De acordo com Piguet (2021), as interações complexas entre o stress, o desequilíbrio da microbiota intestinal e os processos inflamatórios têm repercussões significativas no humor e nas emoções, dificultando a identificação do elemento responsável desse desequilíbrio. De facto, foi sugerido que o stress, que muitas vezes surge nas primeiras fases da vida, pode

contribuir para um desequilíbrio da microbiota intestinal e para um aumento da permeabilidade intestinal (Piguet, 2021). Este processo pode então induzir uma inflamação crônica de baixa intensidade, que, por sua vez, pode desempenhar um papel no aparecimento de distúrbios depressivos na idade adulta (Piguet, 2021). Estes mecanismos estão intimamente interligados, o que pode gerar uma dinâmica de auto-agravamento, independentemente do seu ponto de partida inicial (Piguet, 2021).

Segundo Witges et al. (2019), as interações entre o trauma infantil, fatores de risco e o desenvolvimento de doenças crônicas têm sido amplamente investigadas. No entanto, poucos estudos se concentraram especificamente nestas interações em pacientes com DII (Witges et al., 2019). A relação entre os sintomas somáticos e a saúde mental é recíproca, na medida em que a inflamação intestinal pode intensificar o stress e, simultaneamente, ser agravada por ele (Witges et al., 2019).

Além do impacto psicológico, Berens et al. (2017) observam que a adversidade psicossocial na primeira infância afeta os sistemas fisiológicos, podendo perturbar redes neuronais, o eixo neuroendócrino do stress, as funções imunológicas e metabólicas, e promover um estado inflamatório crônico. Estas disfunções aumentam a vulnerabilidade a várias patologias ao longo da vida (Berens et al., 2017). Nesse sentido, Desai (2023) destaca diversas consequências psicológicas e comportamentais da negligência emocional infantil na idade adulta, como o stress pós-traumático, os distúrbios alimentares, a evitação de intimidade, a agressividade e as dificuldades em confiar. Sugere-se ainda que essa negligência possa contribuir para o surgimento de DII, ao promover um estado de stress crônico prejudicial ao sistema imunológico, embora os mecanismos exatos ainda não sejam totalmente compreendidos (Desai, 2023).

Conforme referido por O'Mahony et al. (2024), as DII constituem doenças inflamatórias imunomediadas (IMID), afetando mais de 5% da população mundial. Estas

doenças representam uma carga significativa para os pacientes, devido a exacerbações agudas, progressão da patologia e elevada prevalência de comorbidades psiquiátricas (O'Mahony et al., 2024). Diversos distúrbios psiquiátricos, tais como a depressão e a ansiedade, apresentam uma associação com estados inflamatórios crônicos. Esta associação pode contribuir para a elevada prevalência destes distúrbios em pacientes com IMID (O'Mahony et al., 2024). Esta observação levanta a hipótese de que essa inflamação aumentada pode constituir uma espécie de «cicatriz biológica» associada a stress precoce (Piguet, 2021).

Gnat et al. (2023) destacaram a importância de aprofundar o estudo dos traumas ainda não explorados em pacientes com essas doenças, levando em consideração, principalmente, fatores protetores como a capacidade de expressar e partilhar essas experiências. Eles também mostraram que os traumas vividos durante a infância estão fortemente correlacionados à depressão nesses pacientes, com intensidade particularmente acentuada naqueles que sofreram adversidades precoces (Gnat et al., 2023). Essa comorbidade pode agravar o prognóstico da doença, amplificando os sintomas, deteriorando a qualidade de vida e diminuindo a tolerância à dor (Gnat et al., 2023).

Witges et al. (2019) referem que cerca de 75% dos pacientes com DII relataram pelo menos uma experiência adversa na infância. Estes autores sugerem a hipótese de que indivíduos com DII que tenham vivenciado traumas infantis tendem a recorrer com maior frequência aos serviços de saúde do que aqueles que não tiveram tais vivências (Witges et al., 2019). Esta associação, segundo os autores, pode ser influenciada por variáveis demográficas, comportamentais, comorbidades e níveis de stress psicológico (Witges et al., 2019).

Conforme exposto por Bernstein et al. (2016), o stress exerce um papel na regulação de mediadores pró-inflamatórios, na atividade do sistema nervoso autónomo e na permeabilidade intestinal, mecanismos envolvidos na patogénese da DII. Apesar da relação entre o stress, a inflamação intestinal e os sintomas da DII permanecer complexa, foi

estabelecido que o stress pode agravar os sintomas da doença (Bernstein et al., 2016). Um estudo representativo sobre trauma infantil observou uma maior percepção de stress em determinadas populações, incluindo mulheres, jovens adultos, desempregados e pessoas com rendimentos e educação mais baixos (Bernstein et al., 2016). O stress precoce influencia diretamente o funcionamento gastrointestinal, prejudicando funções essenciais (Bonaz et al., 2024).

Outros estudos demonstraram que abusos físicos e sexuais na infância estão associados à colite ulcerosa, sugerindo que adversidades precoces podem influenciar o tipo específico de DII desenvolvido (Fuller-Thomson et al., 2015). Além disso, experiências adversas precoces estão relacionadas com alterações no sistema neuroendócrino e na imunidade, modificando a resposta ao stress e contribuindo para patologias como a fibromialgia e a fadiga crónica (Ader, 2001).

O modelo biopsicossocial propõe que as DII resultam da interação entre fatores biológicos, psicológicos e ambientais, num sistema dinâmico onde se destacam ligações bidirecionais no eixo intestino-cérebro (Bonaz et al., 2024). O impacto do stress e, sobretudo, do stress precoce nas DII é cada vez mais reconhecido, sendo evidente a sua contribuição para uma maior vulnerabilidade digestiva, mental e física (Bonaz et al., 2024).

Bonaz et al. (2024) procuraram esclarecer o papel do stress e do stress precoce nas DII, focando-se em mecanismos como o eixo HPA e o sistema nervoso autónomo, bem como em intervenções terapêuticas, tanto farmacológicas como não farmacológicas, para mitigar os efeitos do stress. De acordo com Gnat et al. (2023), o modelo do eixo intestino-cérebro pode ajudar a explicar não apenas o desenvolvimento da DII, mas também a sua associação com comorbidades psicopatológicas.

Os traumas infantis podem alterar a composição da microbiota intestinal, desencadeando uma resposta imunitária exagerada, aumento da inflamação e disfunções

imunológicas, o que, por sua vez, eleva a suscetibilidade a doenças físicas e mentais na idade adulta (Gnat et al., 2023). No entanto, a relação entre traumas precoces e DII não é exclusivamente causal, uma vez que fatores como predisposição genética, tabagismo, má nutrição e stress também desempenham um papel (Gnat et al., 2023). Estudos mostram ainda que indivíduos com DII relatam níveis mais elevados de stress global e uma maior exposição à violência interpessoal em comparação com controlos saudáveis (Gnat et al., 2023).

Supressão emocional

Kaplow et al. (2014), descrevem a supressão emocional como uma inibição deliberada da expressão de emoções quando uma pessoa enfrenta uma forte ativação emocional. Estudos recentes sugerem que os mecanismos de adaptação baseados no evitamento podem ser parcialmente influenciados por fatores genéticos (Taylor & Stanton, 2007).

A supressão de pensamentos emocionalmente angustiantes pode ter o efeito irónico de aumentar esses pensamentos e, por conseguinte, manter a angústia (Wenzlaff & Wegner, 2000). A intensidade da experiência subjetiva de desgosto ou tristeza não é reduzida pela supressão emocional (Krauth-gruber, 2009). Além disso, tende a aumentar a excitação fisiológica e a prejudicar a capacidade de memória. O seu impacto negativo no funcionamento cognitivo pode ser explicado pelo aumento da mobilização dos recursos atencionais necessários para inibir a expressão emocional (Krauth-gruber, 2009). Ao centrar a atenção no eu, a supressão emocional reduz os recursos disponíveis para a codificação de acontecimentos externos (Krauth-gruber, 2009).

Gross (2014), descreve que a tentativa ativa de suprimir conteúdo mental pode, paradoxalmente, chamar a atenção para esse mesmo conteúdo repetidamente. As crenças estão associadas aos pensamentos sobre a expressão ou supressão de emoções, e não ao ato de supressão em si (Bower & Wroe, 2016). Por exemplo, a crença de que mostrar emoções ou

angústia será julgado negativamente pelos outros pode levar a comportamentos que exacerbam as dificuldades, como evitar interações sociais, perpetuando assim um humor deprimido (Golden, 2007). Além disso, certas estratégias compensatórias, como fingir que se está bem ou mascarar as emoções, podem impedir o acesso a apoio social e emocional, bem como a ajuda concreta que poderia ser benéfica (Gross, 2014).

Supressão de emoções positivas e negativas

Os indivíduos que tendem a suprimir regularmente as suas emoções enfrentam situações stressantes, ocultando as suas verdadeiras emoções e limitando a expressão das mesmas (Srivastava et al., 2009). Tendem também a ter mais dificuldade em partilhar as suas experiências emocionais, tanto negativas como positivas (Brun, 2015). De facto, em comparação com as pessoas que não recorrem à supressão, as que recorrem a esta estratégia experienciam menos emoções positivas e mais emoções negativas, incluindo sentimentos dolorosos de inautenticidade e sintomas depressivos (Gross & John, 2003).

De um modo geral, a supressão das emoções negativas é frequentemente uma estratégia utilizada para evitar o sofrimento (Beblo et al., 2012). No entanto, esta abordagem é considerada disfuncional, pois está associada a um aumento do stress, do desconforto emocional e das respostas fisiológicas negativas (Salters-Pedneault et al., 2006). A supressão das emoções positivas, menos documentada, também é problemática, pois consiste em atenuar ou impedir deliberadamente a experiência plena de momentos agradáveis. Esse processo pode levar a uma diminuição do bem-estar psicológico geral (Beblo et al., 2012). Pesquisas demonstraram que esse processo de regulação emocional está associado a uma diminuição da capacidade de sentir prazer, a um aumento do stress e a sintomas emocionais negativos, mesmo fora de contextos clínicos (Feldman et al., 2008). No entanto, ainda não existe um consenso sobre a natureza desse processo, se ele é intencional ou resultado de disfunções cognitivas

(Beblo et al., 2012). Além disso, pesquisas recentes sugerem que essa tendência pode ser atribuída a um aumento do medo das emoções (Beblo et al., 2012). Assim, a supressão emocional, seja ela relacionada a afetos negativos ou positivos, é um sinal de uma dificuldade mais geral em regular as emoções. Ela pode ter consequências significativas na qualidade de vida dos indivíduos (Beblo et al., 2012).

Causas conhecidas da supressão emocional

Os fatores identificados como causas da supressão emocional são numerosos e variados. O trauma infantil precoce, podem induzir dificuldades no desenvolvimento das competências de regulação emocional (Marusak et al., 2014). Além disso, é importante considerar as influências culturais, que exercem um impacto significativo na gestão emocional (Ramzan & Amjad, 2017). De facto, certas normas socioculturais podem incentivar a contenção emocional ou, pelo contrário, estigmatizar a expressão dos sentimentos (Gross, 2014).

Na sua análise aprofundada, Pierrehumbert (2003) explora as interações complexas entre o estilo de vinculação e os mecanismos de regulação emocional, oferecendo uma perspectiva inovadora sobre as ligações entre o comportamento humano e os seus processos psicológicos subjacentes. No contexto da regulação emocional, o vínculo seguro é um fator determinante que favorece o estabelecimento de uma regulação adequada das emoções (Duriez, 2011). Essa regulação é caracterizada por um equilíbrio entre a ativação e a desativação das emoções (Duriez, 2011).

As estratégias de vinculação insegura favorecem a ativação repetida e a supressão de emoções negativas, bem como o recurso persistente a representações mentais distorcidas de si mesmo e dos outros, o que contribui para uma saúde física e mental precária (Mikulincer & Shaver, 2019). A tendência defensiva das pessoas evitantes em bloquear a experiência de

emoções negativas foi evidenciada em estudos sobre a supressão de pensamentos (Mikulincer & Shaver, 2019).

A supressão emocional, definida como a redução da expressão das emoções sentidas, poderá explicar a ligação entre traumas infantis e dificuldades na construção de relações (Hoffman et al., 2022). De acordo com Kim et al. (2021), jovens expostos a abusos têm maior probabilidade de adotar estratégias de regulação emocional desadaptativas, como a ruminação, a supressão emocional e o evitamento. A exposição a abusos na infância está também associada a uma fraca consciência emocional, ou seja, dificuldade em identificar e nomear as próprias emoções (Kim et al., 2021). Esta consciência emocional deficiente constitui uma base relevante para os distúrbios de regulação emocional (Kim et al., 2021).

Por outro lado, estudos demonstraram que a supressão emocional é mais prevalente em culturas que valorizam a interdependência, como as asiáticas, do que em culturas que promovem a independência, como as ocidentais (Ford & Mauss, 2015; Ramzan & Amjad, 2017). No entanto, é importante sublinhar que não é a origem cultural por si só que determina essa tendência, mas sim o grau de adesão individual aos valores culturais. Assim, mesmo dentro de um mesmo grupo cultural, os indivíduos mais orientados para valores de interdependência tendem a recorrer mais frequentemente à supressão emocional (Ford & Mauss, 2015). Fatores biológicos, em interação com os determinantes culturais, também podem influenciar essa forma de regulação emocional (Ford & Mauss, 2015).

Relação entre trauma infantil e supressão emocional.

Kaplow et al. (2014) salientam que as estratégias de fuga comportamental e/ou evitamento são mais prevalentemente adotadas por indivíduos que experienciaram adversidades durante a infância, como um contexto socioeconómico desfavorecido ou a exposição à violência doméstica. Estas formas de lidar com o stress, bem como as respetivas

consequências psiquiátricas, tendem a permanecer ao longo do tempo (Repetti et al., 2002). Estratégias como a supressão emocional e o evitamento experiencial foram associadas a quadros de ansiedade, depressão e perturbação de stress pós-traumático, tanto em adultos como em crianças que experienciaram acontecimentos adversos (Kaplow et al., 2005).

Conforme referido por Huh et al. (2017), os traumas vivenciados na infância constituem um fator chave no desenvolvimento de perturbações mentais ao longo da vida, particularmente no que diz respeito à depressão e à ansiedade. A presente associação é mediada por estratégias cognitivas, específicas de regulação emocional, e é direta entre a vivência de traumas precoces e a presença de sintomas depressivos e ansiosos na idade adulta (Huh et al., 2017).

Adicionalmente, segundo Huh et al. (2017), os indivíduos com depressão tendem a experienciar dificuldades em reconhecer, tolerar e gerir de forma adaptativa as emoções negativas em situações de stress. Já nos casos de ansiedade, os défices na regulação emocional promovem o recurso a estratégias de coping disfuncionais perante estímulos percebidos como ameaçadores, o que pode resultar em padrões de evitamento persistente (Huh et al., 2017). Vários estudos longitudinais confirmam que dificuldades nesta área predizem o agravamento dos sintomas de ansiedade e depressão ao longo do tempo (Huh et al., 2017).

Segundo Shipman et al. (2000), várias investigações forneceram provas empíricas de que os traumas infantis podem resultar em dificuldades posteriores na regulação emocional. Um estudo, por exemplo, descreveu meninas vítimas de abuso sexual que evidenciavam dificuldades em compreender e regular as suas emoções (Shipman et al., 2000). Adicionalmente, estas crianças esperavam receber menos apoio emocional por parte dos outros, enfrentavam mais dificuldades interpessoais e apresentavam estados emocionais mais negativos. Por outro lado, as crianças negligenciadas demonstravam uma compreensão mais limitada das emoções negativas e capacidades reduzidas na regulação emocional adaptativa.

Adicionalmente, as crianças negligenciadas anteciparam uma resposta emocional negativa por parte dos pais e tendiam a suprimir as suas emoções (Shipman et al., 2005). Estes resultados sugerem que diferentes tipos de maus-tratos infantis podem gerar várias formas de défices na compreensão e regulação das emoções (Shipman et al., 2000).

Em conformidade com os resultados recentemente obtidos por Zhu et al. (2023), foi demonstrado que crianças expostas a adversidades tendem a adotar estratégias desadaptadas, tais como a supressão emocional, o desinteresse e a ruminação, em detrimento de abordagens mais eficazes, como a reavaliação cognitiva. Este comportamento pode favorecer o desenvolvimento precoce de perturbações emocionais (Zhu et al., 2023).

Os impactos psicológicos e físicos da supressão emocional no desenvolvimento

Vários estudos sugerem que a supressão emocional e a inibição estão correlacionadas com um maior sofrimento psicológico, um maior risco de doença crónica e uma maior taxa de mortalidade entre os adultos (Taylor & Stanton, 2007).

A supressão emocional pode contribuir para o desenvolvimento de doenças mentais, problemas fisiológicos e dificuldades de adaptação social e psicológica (Ramzan & Amjad, 2017). Segundo Compare et al. (2014), a utilização de estratégias inadequadas de regulação das emoções, nomeadamente a ruminação e a supressão emocional, parece contribuir para o desenvolvimento da depressão e de determinadas doenças físicas. Os indivíduos que recorrem à supressão para gerir as suas emoções geralmente relatam níveis mais baixos de afeto positivo, níveis mais altos de afeto negativo, apoio social reduzido e uma maior prevalência de sintomas depressivos (Compare et al., 2014).

O estudo prospetivo de Srivastava et al. (2009), revelou que a supressão emocional pode tornar-se um hábito que se estabiliza ao longo do tempo no qual se verificam níveis mais baixos de apoio social, de proximidade com os outros e de satisfação com as relações. Além

disso, outros estudos demonstram que as pessoas que suprimem as suas emoções tendem a expressar menos os seus sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, a evitar relações íntimas, a ter uma autoestima mais baixa, a experimentar uma maior insatisfação com as suas vidas e a apresentar sintomas depressivos mais pronunciados (Gross & John, 2003).

A relação entre supressão emocional e desenvolvimento de inflamação intestinal

Ma et al. (2025) exploraram o impacto da supressão emocional no contexto dos distúrbios gastrointestinais funcionais. Os investigadores identificaram que as emoções desagradáveis, como a ansiedade, a tristeza ou a raiva, estão estreitamente correlacionadas com os sintomas intestinais funcionais (Ma et al., 2025). Esta relação é, em parte, mediada pela ruminação, um processo cognitivo que envolve a repetição mental de pensamentos negativos (Ma et al., 2025).

Além disso, os resultados do estudo revelam que a supressão emocional, entendida como a tendência para reprimir a expressão das emoções, intensifica o impacto do afeto negativo na ruminação (Ma et al., 2025). Assim, indivíduos com maior propensão para suprimir emoções negativas apresentam uma maior tendência para a ruminação, o que contribui para a gravidade dos sintomas associados aos distúrbios gastrointestinais funcionais (Ma et al., 2025). Esta interação entre afeto negativo, ruminação e supressão emocional constitui uma rede psicológica que alimenta as manifestações intestinais funcionais (Ma et al., 2025).

Investigações recentes, nomeadamente as conduzidas por Ke et al. (2023), revelaram ligações significativas entre estratégias de regulação emocional, como a supressão, e alterações específicas no microbioma intestinal. As análises metabólicas evidenciam padrões distintos de associação (Ke et al., 2023). As emoções positivas e a reavaliação cognitiva estão associadas a determinadas espécies bacterianas benéficas (Ke et al., 2023). Por outro lado, emoções negativas e a tendência para a supressão emocional relacionam-se com perfis microbianos

opostos (Ke et al., 2023). Além disso, foi observada uma abundância aumentada de certas espécies bacterianas em indivíduos com elevado afeto negativo e uso frequente de supressão emocional (Ke et al., 2023). Algumas destas espécies foram também associadas a doenças inflamatórias e patologias relacionadas com a saúde mental, frequentemente correlacionadas com disfunções emocionais e dificuldades na regulação emocional (Guimond et al., 2021).

A supressão emocional crónica constitui um fator de stress fisiológico prolongado, que pode perturbar o eixo HPA, prejudicando a regulação do cortisol, bem como as funções imunológicas e inflamatórias do organismo (Berens et al., 2017; Danese et al., 2007). Conforme referido por Gross (2014), esta forma de regulação emocional pode influenciar a saúde física através de alterações na expressão genética. A supressão crónica ativa o sistema nervoso simpático (SNS), o qual, por sua vez, modula determinados perfis de transcrição associados a uma resposta inflamatória aumentada e a uma defesa imunológica diminuída (Miller et al., 2009). Este mecanismo pode explicar a correlação entre a supressão emocional e um risco elevado de doenças inflamatórias e uma resposta imunológica enfraquecida (Miller et al., 2009).

No caso específico da DC (Doença de Crohn), Banovic et al. (2020), relatam que os pacientes tendem a concentrar-se nos sintomas físicos, em detrimento das suas experiências emocionais. Frequentemente, recorrem a padrões de ruminação ansiosa e supressão emocional como estratégia para evitar o agravamento do sofrimento psicológico, o que pode contribuir para o desenvolvimento de fadiga crónica (Banovic et al., 2020). Adicionalmente, é observado em pacientes com DC um défice no controlo das emoções, frequentemente associado a um padrão de evitação emocional e a uma maior intrusão de pensamentos, sobretudo em momentos de recaída (Banovic et al., 2020).

Controlo cognitivo

Conforme salientado por Navarro (2021), o conceito de controlo cognitivo emergiu no final do século XX com o intuito de designar a capacidade do sistema cognitivo humano de se adaptar de forma flexível a uma vasta gama de tarefas. Este conceito abarca o conjunto de funções cognitivas mobilizadas para alcançar um objetivo, considerando as exigências particulares do contexto em que a ação se insere (Navarro, 2021).

De acordo com Blaye (2021), em circunstâncias habituais, o recurso a automatismos pode ser suficiente. No entanto, em situações inéditas, complexas ou que envolvam conflitos, é necessária a intervenção de mecanismos de controlo. O termo "controlo cognitivo" refere-se a um conjunto de processos mentais que permitem adaptar os comportamentos aos objetivos em curso, nomeadamente inibindo respostas automáticas ou inadequadas (Inzlicht et al., 2015). Este mecanismo intervém tanto em tarefas simples, como inibir uma leitura automática durante um teste de Stroop, como em comportamentos complexos de regulação de si mesmo, tais como resistir a desejos ou superar estereótipos (Inzlicht et al., 2015). Num plano neurobiológico, os referidos processos baseiam-se largamente na interconexão entre o córtex pré-frontal e outras áreas cerebrais posteriores, permitindo, deste modo, uma regulação adaptativa das ações (Blaye, 2021).

De acordo com Miller e Cohen (2001), o controlo cognitivo diz respeito à capacidade do ser humano de regular as suas próprias ações e reações, com base numa extensa rede neural. O córtex pré-frontal (CPF), uma região do cérebro particularmente desenvolvida nos primatas, desempenha um papel central neste processo (Miller & Cohen, 2001). O CPF coordena vários processos, interagindo com sistemas sensoriais, motores e subcorticais (Miller & Cohen, 2001). Embora os estudos em neurofisiologia, neuropsicologia e neuroimagem tenham clarificado as suas funções, os mecanismos precisos de controlo exercidos pelo CPF ainda não foram totalmente explorados (Miller & Cohen, 2001).

As atividades cognitivas associadas ao controlo cognitivo

Segundo Badre (2025), é fundamental distinguir entre as noções de controlo cognitivo e de função executiva, apesar de serem frequentemente utilizadas de forma intercambiável para descrever comportamentos semelhantes. Segundo Diamond (2013), a função executiva é definida como um conjunto de competências específicas que desempenham um papel na gestão de pensamentos e comportamentos. Estas capacidades incluem a capacidade de manipular mentalmente ideias, de adiar a ação para pensar antes de agir, de se adaptar a situações novas e inesperadas, de resistir a impulsos e de manter a atenção (Diamond, 2013). Os principais componentes destas funções são a inibição e o controlo da interferência, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Diamond, 2013). Em contraste, o controlo cognitivo assume uma abordagem mais abstrata, fundamentada em princípios e mecanismos derivados da teoria dos sistemas de controlo (Badre, 2025).

Segundo Badre (2025), o controlo cognitivo baseia-se num mecanismo adaptativo que permite ao indivíduo ajustar o seu comportamento de forma eficiente. Este mecanismo é responsável pela supervisão e avaliação contínua das ações executadas, dos erros identificados, do esforço cognitivo despendido e dos benefícios alcançados (Badre, 2025). Além disso, o controlo cognitivo envolve diversos processos, como a focalização da atenção em informação relevante para os objetivos, a filtragem de estímulos irrelevantes, a alternância eficiente entre tarefas e a retenção temporária de informações necessárias à ação (van der Schuur et al., 2015). Estes processos ilustram a complexidade do funcionamento cognitivo dirigido por metas (van der Schuur et al., 2015).

Através desta monitorização, obtém-se um retorno fundamental para ajustar os processos em curso (Badre, 2025). Além disso, o ambiente não é um mero fornecedor de estímulos sensoriais, mas sim um contexto dinâmico que se transforma em resposta às ações do sujeito (Badre, 2025). Esta interação recíproca envolve uma rede intrincada que articula os

mecanismos de controle cognitivo com os sistemas de conhecimento (Badre, 2025). Estes últimos têm um papel essencial na interpretação do mundo e facilitam a ligação entre o saber e a ação (Badre, 2025).

Funções do controle cognitivo

Do ponto de vista neuropsicológico, o controle cognitivo assenta em três componentes-chave, a memória de trabalho, a flexibilidade cognitiva e o controle inibitório (Diamond, 2013). A memória de trabalho contribui para a integração e seleção de informações relevantes, o controle inibitório regula respostas automáticas e emocionais (Diamond, 2013), enquanto a flexibilidade cognitiva permite alternar entre objetivos e estratégias conforme necessário (Diamond, 2013). Tanto a flexibilidade como o controle cognitivo são capacidades que se desenvolvem progressivamente ao longo da vida e podem ser aprimoradas com treino (Diamond, 2013). A interação entre ambas permite uma adaptação mais eficaz às exigências do ambiente, uma melhor regulação emocional e decisões mais eficazes (Diamond, 2013).

Conforme a teoria de Luna et al. (2015), o controle cognitivo, entendido como uma capacidade que se desenvolve ao longo da vida, atinge o seu auge na idade adulta, quando se torna mais estável. Esta progressão não se manifesta pelo surgimento de novas competências, mas sim pelo aprimoramento progressivo das funções cognitivas pré-existentes (Luna et al., 2015). A otimização do desempenho em atividades que exijam a aplicação dessas capacidades foi identificada como um indicador relevante deste desenvolvimento (Luna et al., 2015). Embora se observem progressos significativos entre a infância e a adolescência, o controle cognitivo continua a apresentar maior variabilidade na adolescência do que na idade adulta (Luna et al., 2015). Esta transição constitui um marco crucial para a compreensão do desenvolvimento cognitivo, tanto nos aspetos saudáveis como nos patológicos (Luna et al., 2015).

Pesquisas recentes permitiram compreender melhor a estreita relação entre o controle cognitivo e a regulação emocional (Inzlicht et al., 2015). O controle cognitivo permite assim que os indivíduos se afastem das tentações imediatas para manter a sua atenção em objetivos de longo prazo, trazendo benefícios importantes em termos de saúde, sucesso escolar, estabilidade financeira e comportamento pró-social (Inzlicht et al., 2015). Este tipo de controle é essencial na gestão das emoções, quer se trate de estratégias benéficas, como a reavaliação positiva, quer de mecanismos menos adequados, como a ruminação, sendo que ambas as abordagens influenciam fortemente a resiliência psicológica e o bem-estar geral (Hoorelbeke et al., 2016).

Tradicionalmente considerado um mecanismo puramente cognitivo e «frio», o controle cognitivo baseia-se, na realidade, em fundamentos emocionais (Ochsner & Gross, 2005). De acordo com Inzlicht et al. (2015), o afeto negativo suscitado por conflitos de objetivos desempenha um papel determinante na ativação do controle cognitivo. Estas emoções negativas sinalizam a existência de um conflito e motivam um comportamento direcionado para a resolução do problema, reduzindo assim a probabilidade de recorrência do conflito (Inzlicht et al., 2015). Nesta perspetiva, o controle cognitivo não é independente da emoção, mas, pelo contrário, está intimamente ligado a ela. A emoção permite destacar um conflito de objetivos, o que leva à ativação de mecanismos cognitivos para resolver esse conflito (Inzlicht et al., 2015). Em outras palavras, a regulação emocional, ou seja, a capacidade de adaptar as emoções aos contextos e objetivos, também é determinada pela capacidade de controle cognitivo. Esta ligação entre emoção e cognição reflete uma dinâmica adaptativa essencial ao bom funcionamento psicológico (Inzlicht et al., 2015).

O controle cognitivo promove a direção da atenção e do comportamento de forma adaptada, conforme as exigências da situação (Botvinick & Cohen, 2014). É decisivo na gestão

do stress e na regulação emocional, através da reinterpretação cognitiva (Schmeichel & Tang, 2015).

Como salientam Hendricks e Buchanan (2015), é importante precisar que a relação entre emoções e controlo cognitivo é bidirecional. Em outras palavras, as emoções exercem influência sobre as capacidades de controlo cognitivo e, inversamente, a cognição afeta as emoções. Essas interações são suscetíveis de induzir, a longo prazo, uma disfunção emocional e uma alteração do funcionamento cognitivo (Hendricks & Buchanan, 2015). Como sugerem Hendricks e Buchanan (2015), existe uma interação entre o controlo cognitivo e a regulação emocional. Esses dois processos são modificáveis e podem constituir um mecanismo de melhoria das funções afetivas e cognitivas.

Segundo Hendricks e Buchanan (2015), o controlo cognitivo é um processo complexo que envolve vários mecanismos distintos que interagem para regular as emoções. De acordo com um modelo influente baseado numa análise de variáveis latentes, a atualização da memória de trabalho, a mudança de instruções e a inibição de respostas contribuem separadamente e de forma não redundante para o controlo cognitivo (Miyake et al., 2000; Hendricks & Buchanan, 2015).

Relação entre o trauma infantil e o controlo cognitivo

Conforme demonstrado por Ji e Wang (2018), diversos estudos têm evidenciado que o stress o trauma infantil podem exercer um impacto significativo nas funções executivas e no controlo cognitivo ao longo de diferentes fases da vida. Uma parte substancial desses estudos tem-se centrado especificamente na relação entre o stress infantil e o funcionamento executivo (Ji & Wang, 2018).

As vivências traumáticas ocorridas durante a infância e a adolescência tendem a ter um impacto profundo, sobretudo porque o cérebro encontra-se em processo de maturação (Ji

& Wang, 2018). Em certos casos, tais experiências podem causar prejuízos duradouros nas dimensões física, emocional e cognitiva (Vila-Badia et al., 2021). Eventos stressantes quotidianos, como dificuldades financeiras ou a perda de um ente querido, podem ter efeitos imediatos sobre o funcionamento cognitivo (Ji & Wang, 2018).

Todavia, as vivências negativas durante a infância parecem ter repercussões mais duradouras, especialmente por intermédio da influência que exercem sobre o eixo HPA, um sistema fundamental na regulação do stress (Bonaz et al., 2024). Quando este eixo é ativado de forma crónica ou excessiva, pode interferir no desenvolvimento cerebral, afetando especialmente áreas como o córtex pré-frontal, que é responsável pelo controlo cognitivo (Ji & Wang, 2018). Experiências traumáticas precoces, tais como a negligência ou o abuso, têm sido associadas a perturbações destas funções, resultando em dificuldades ao nível da tomada de decisões, da regulação emocional e da memória de trabalho (Ji & Wang, 2018).

Rahapsari e Levita (2024) reforçam que o stress crónico, ao ativar prolongadamente o eixo HPA, compromete a estrutura e funcionalidade do córtex pré-frontal, afetando diretamente capacidades como a planificação e a tomada de decisões. De igual modo, Shahab e Taklavi (2019) indicam que experiências traumáticas na infância prejudicam o controlo cognitivo, afetando particularmente a flexibilidade cognitiva, essencial para a regulação emocional e para enfrentar desafios do quotidiano (Kalia, & Knauft, 2020).

Em suma, há evidência robusta de que experiências adversas na infância exercem um impacto profundo e duradouro sobre o controlo cognitivo, aumentando a vulnerabilidade a perturbações como as DII. Estes fatores, aliados à inflamação intestinal subjetiva e a estados de stress crónico, criam um ciclo que compromete o bem-estar cognitivo, emocional e físico dos indivíduos (Ji & Wang, 2018; Rahapsari & Levita, 2024; Kalia & Knauft, 2020).

Relação entre o controlo cognitivo e a inflamação intestinal

De um modo geral, a relação entre o controlo cognitivo e a saúde física tem sido objeto de um interesse crescente na literatura científica, especialmente devido ao seu papel fundamental na autorregulação de comportamentos com impacto direto no bem-estar (Buckley et al., 2014). O controlo cognitivo possibilita a regulação do comportamento em conformidade com objetivos de longo prazo, o que se revela crucial para a adoção e manutenção de hábitos saudáveis (Buckley et al., 2014).

Por outro lado, Shields et al. (2015) sugerem que o controlo cognitivo pode também influenciar a resposta fisiológica ao stress, o qual está fortemente implicado em diversas doenças físicas e mentais, como o cancro, doenças cardiovasculares, asma e depressão. Um controlo cognitivo mais apurado das informações emocionais pode estar associado a uma diminuição da resposta inflamatória induzida pelo stress, embora se imponha a realização de mais estudos para confirmar esta hipótese no domínio das citocinas pró-inflamatórias (Shields et al., 2015).

Este défice de controlo cortical, particularmente no eixo fronto-cingulado, compromete a capacidade cerebral de modular a atividade da amígdala, estrutura fundamental no processamento emocional (Laurent, 2015). Esta disfunção pode conduzir a uma maior sensibilidade à dor, criando um ciclo vicioso entre dor, disfunção emocional e défice cognitivo (Laurent, 2015).

No caso particular das DII, estudos recentes demonstram que indivíduos com DII apresentam défices cognitivos, em particular ao nível do controlo executivo e da flexibilidade cognitiva (Petruo et al., 2017). Estas alterações estão associadas a mecanismos neurofisiológicos relacionados com a inflamação sistémica, nomeadamente ao aumento de citocinas, que contribuem para processos neurodegenerativos. Adicionalmente, pacientes com

DC relatam sintomas cognitivos como dificuldades de concentração e pensamento enevoado, frequentemente desvalorizados no contexto clínico (Langenberg et al., 2017).

Langenberg e colaboradores (2017) sugerem que a inflamação sistémica associada à DC pode contribuir para os distúrbios cognitivos observados. A sua hipótese assenta em duas observações principais. Por um lado, os pacientes em fase ativa da doença frequentemente relatam uma sensação de fadiga cognitiva. Por outro lado, a «hipótese das citocinas», a qual postula que a inflamação crónica desempenha um papel no surgimento de sintomas depressivos, que por sua vez estão associados a alterações cognitivas (Langenberg et al., 2017).

De acordo com Madison et al. (2023), a inflamação crónica e a permeabilidade intestinal aumentada apresentam uma associação com alterações na memória de trabalho e noutras dimensões cognitivas. Neste contexto, os sintomas depressivos são considerados indicadores fiáveis de declínio cognitivo. Mesmo após a remissão de sintomas depressivos, persistem défices ao nível da atenção, memória e função executiva (Madison et al., 2023).

Segundo Rudnik et al. (2019), no contexto de patologias crónicas como a doença inflamatória intestinal, a flexibilidade cognitiva e a gestão do stress são componentes importantes. Uma boa adaptação cognitiva permite aos doentes lidar com a incerteza e a flutuação dos sintomas, levando a uma melhoria significativa da sua qualidade de vida (Rudnik et al., 2019). No entanto, uma flexibilidade reduzida e um controlo cognitivo deficiente podem levar a episódios de frustração, desamparo e angústia, que por sua vez podem piorar a gestão dos sintomas e a adesão ao tratamento, e gerar um impacto negativo no bem-estar geral (Rudnik et al., 2019).

Indivíduos com baixa sensibilidade aos sinais, como a controlabilidade de um evento, e uma dependência excessiva de estratégias de coping focadas na resolução de problemas, podem experienciar dificuldades em responder a exigências que requerem flexibilidade na avaliação e implementação das estratégias (Lackner et al., 2022). Esta abordagem rígida,

especialmente em pessoas que experienciam dor crónica, tem sido associada a uma alteração da flexibilidade cognitiva (Cowen et al., 2018), afetando o comportamento orientado para um objetivo e a resolução de problemas. Foi demonstrado que, em pacientes com síndrome do intestino irritável, um estilo cognitivo inflexível pode agravar-se com a dor persistente, resultando na diminuição da capacidade de gerir os sintomas diários, que exigem um controlo flexível das emoções, pensamentos e comportamentos (Lackner et al., 2022).

Objetivos do estudo e hipóteses de investigação

O presente estudo visa examinar a associação entre a exposição trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal.

O estudo visa ainda explorar o papel mediador da supressão emocional e do controlo cognitivo nesta relação. Em suma, o objetivo é compreender os mecanismos emocionais e cognitivos que podem explicar de que forma as experiências adversas precoces influenciam a saúde intestinal, centrando-se nos aspetos psicológicos que podem amplificar ou atenuar a expressão dos sintomas associados à doença inflamatória intestinal.

Finalmente, este estudo tem como objetivo analisar e expandir a compreensão científica sobre a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal na população portuguesa, incidindo não sobre pacientes diagnosticados com doenças inflamatórias diagnosticadas por um médico, mas antes sobre a população geral. Atualmente, estima-se que existam 24,069 doentes diagnosticados com sintomatologia inflamatória em Portugal (Magro et al., 2022). Espera-se que estes valores sejam superiores, tendo em conta o número de indivíduos com sintomas subjetivos não diagnosticados. Espera-se que este estudo possa contribuir para o aumento da consciencialização da população portuguesa relativamente aos sintomas associados à inflamação intestinal, muitas vezes não diagnosticada, e das autoridades de Saúde sobre os mecanismos relacionados com a sua prevalência.

A análise da qualidade de vida associada aos sintomas subjetivos da inflamação intestinal e das variáveis relacionadas, como o trauma infantil, a supressão emocional e o controle cognitivo, é fundamental para identificar formas de prevenir e reduzir os efeitos negativos da exposição ao trauma sobre a saúde intestinal. Essas pesquisas são cruciais não apenas para aprimorar intervenções no tratamento dos sintomas intestinais, mas também para melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas. Além disso, esses conhecimentos podem ajudar na criação de ambientes mais saudáveis, tanto no contexto clínico quanto nas comunidades, promovendo o bem-estar físico e psicológico de todos.

Com base na literatura, foram propostas as seguintes hipóteses:

1. Existe um efeito direto entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (i.e., quanto maior o trauma infantil, menor a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal).
2. A relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associados a sintomas subjetivos de inflamação intestinal é mediada por processos emocionais e cognitivos:
 - 2.1. Existe um efeito indireto (i.e., mediador) da supressão emocional, na relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (i.e., maior trauma infantil estará associado a maior a supressão emocional, que por sua vez estará associada a menor qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal).
 - 2.2. Existe um efeito indireto do controlo cognitivo, na relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (i.e., maior trauma infantil estará associado a menor controlo cognitivo, que por sua vez

estará associado a menor qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal).

Deste modo, o presente estudo visa não só confirmar a existência de uma relação direta entre a exposição ao trauma infantil e a qualidade de vida associados aos sintomas intestinais, mas também identificar os mecanismos emocionais e cognitivos que podem explicar esta associação. Ao explorar o papel da supressão emocional e do controlo cognitivo como mediadores, esta investigação visa aprofundar a nossa compreensão das interações entre adversidade precoce, regulação emocional, funcionamento cognitivo e saúde física.

Metodologia

Participantes

Neste estudo participaram 402 participantes (313 mulheres, 77.9%; 89 homens, 22.1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos de idade ($M=35.44$; $DP=13.18$), na sua maioria de nacionalidade Portuguesa (92.8%), provenientes de diferentes estatutos socioeconómicos (27.1% médio-baixo; 66.2% médio; médio-alto 5.7%; alto, 1%). Relativamente ao estado civil, a maioria reportou ser solteiro (66.2%), e os restantes casados (27.1%), divorciados (5.7%) ou viúvos (1%). A maioria dos participantes indicou viver com o seu companheiro(a) (45.3%), ou com familiares (42.3%) e indicou não ter filhos (61.4%). No que se refere às habilitações literárias, a maioria indicou ter uma licenciatura (39.1%) ou o ensino secundário completo (31.1%). Relativamente a hábitos de saúde, 78.6% dos participantes indicou não ter quaisquer problemas associados à sua alimentação, e 86.3% indicou não ter quaisquer limitações associadas à prática de exercício físico. A maioria dos participantes reportou não realizar qualquer prática de exercício físico (30.6%) ou praticar 1-2 vezes por semana (29.1%). Relativamente ao consumo de álcool, a maioria reportou não

consumir álcool (39.3%), ou fazê-lo 1-2 vezes por mês (32.8%). 82.1% indicaram não serem fumadores regulares. No que se refere à existência de doenças físicas, 73.6% indicou não ter qualquer doença crónica e 81.6% reportou não ter qualquer doença inflamatória intestinal diagnosticada por um médico. A maioria dos participantes indicou não ter qualquer doença psicológica (80.8%) ou acompanhamento psicológico (69.2%) (ver Tabela 1).

Tabela 1

Variáveis sócio-demográficas e clínicas

Variável	Contagem(%)
Sexo	
Feminino	313 (77.9%)
Masculino	89 (22.1%)
Total	402 (100%)
Nacionalidade	
Portuguesa	373 (92.8%)
Brasileira	15 (3.7%)
Cabo-Verdiana	2 (0.5%)
Outros	12 (3%)
Habilitações literárias completas	
Sem estudos	3 (0.7%)
Ensino Secundário incompleto	15 (3.7%)
Ensino Secundário completo	125 (31.1%)
Licenciatura	157 (39.1%)

Mestrado	89 (22.1%)
Doutoramento	13 (3.2%)

Estado civil

Casado	109 (27.1%)
Solteiro	266 (66.2%)
Divorciado	23 (5.7%)
Viúvo	4 (1%)

Filhos

Sim	155 (38.6%)
Não	247 (61.4%)

Co-habitação

Familiares	170 (42.3%)
Amigos	1 (0.2)
Colegas de casa	13 (3.2%)
Sozinho	36 (9.0%)
Companheiro(a)	182 (45.3%)

Estatuto sócio-económico

Médio-baixo	109 (27.1%)
Médio	266 (66.2%)
Médio-alto	23 (5.7%)
Alto	4 (1%)

Problemas associados a alimentação

Sim	86 (21.4%)
Não	316 (78.6%)

Prática de exercício físico

Não pratico exercício físico	123 (30.6%)
1 x por mês	43 (10.7%)
1-2 x semana	117 (29.1%)
2-3 x semana	330 (8.2%)
3-4 x semana	55 (13.7%)
5 ou mais x por semana	28 (7%)
Mais de 1 x por dia	3 (0.7%)

Consumo de álcool

Não consumo álcool	158 (39.3%)
1-2 x mês	132 (32.8%)
3x mês	46 (11.4%)
1-2 x semana	44 (10.9%)
3-4 x semana	16 (4.2%)
5 ou mais x por semana	3 (0.7%)
Mais de 1 x por dia	2 (0.5%)

Fumador regular

Sim	72 (17.9%)
Não	330 (82.1%)

Doença física crônica

Sim	106 (26.4%)
Não	296 (73.6%)

Doença inflamatória intestinal

Sim	74 (18.4%)
-----	------------

Não	328 (81.6%)
<hr/>	
Doença psicológica	
Sim	77 (19.2%)
Não	325 (80.8%)
<hr/>	
Acompanhamento psicológico	
Sim	124 (30.8%)
Não	278 (69.2%)
<hr/>	

Delineamento

Este projeto de investigação adota um desenho quantitativo, correlacional e transversal, que permite examinar as relações entre a exposição a experiências adversas na infância, sintomas subjetivos de inflamação intestinal e mediadores num único momento. O desenho de investigação correlacional é particularmente adequado para explorar associações entre variáveis sem a necessidade de manipulação experimental, oferecendo uma abordagem descritiva das relações entre as variáveis em estudo.

Procedimento

No que diz respeito ao protocolo de investigação, a fim de garantir o cumprimento das normas éticas e dos regulamentos relativos à proteção dos dados pessoais, este foi submetido à Direção de Proteção de Dados (DPO) e do Comité de Ética da Universidade Europeia. Isto assegura que todos os procedimentos de recolha de dados cumprem as normas éticas, garantindo a confidencialidade e a segurança das informações dos participantes.

Para criar o questionário, foi utilizada a plataforma JotForm para desenvolver um questionário em linha. Esta plataforma assegurou um acesso fácil e prático aos participantes,

garantindo simultaneamente o seu anonimato. O questionário foi concebido para recolher os dados necessários, respeitando os princípios do anonimato e da confidencialidade.

A ligação para aceder ao questionário foi publicada em várias plataformas de redes sociais, como o Facebook e o Instagram. Cada publicação incluía uma breve explicação do objetivo do estudo, um convite à participação e uma ligação direta ao questionário. Este método de divulgação tinha como objetivo chegar a um vasto leque de potenciais participantes utilizando canais digitais populares acessíveis a um vasto público.

Além disso, foram concebidos folhetos para distribuir o questionário através de um código QR em farmácias, centros de saúde, associações e lojas de comércio local.

Para manter o envolvimento e incentivar a participação contínua, as publicações nas redes sociais serão atualizadas de cinco em cinco dias. A hiperligação para o questionário esteve acessível durante o período compreendido entre o início de Janeiro e o final de Abril.

Instrumentos

Questionário de Trauma na Infância (CTQ)

O Questionário de Trauma na Infância (Dias et al., 2014), foi utilizado para medir a exposição a experiências adversas durante a infância. Este instrumento contém 28 itens e cinco subescalas principais, que permitem uma avaliação detalhada das várias formas de adversidades vivenciadas durante a infância, através de 5 dimensões: *Abuso Emocional* (Ex Q14: Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam), *Negligência Emocional* (Ex Q5: Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante), *Abuso Físico* (Ex Q 11: Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisada ou com nódoas negras no corpo), *Negligência Física* (Ex Q4: Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam) e *Abuso Sexual* (Ex Q20: Tentaram tocar-me ou

obrigaram-me a tocar alguém sexualmente). As respostas são fornecidas numa escala de Likert de 5 pontos, variando de "nunca" (1) a "sempre" (5). O valor total da pontuação é obtido através da soma das pontuações individuais de cada uma das cinco subescalas. A atribuição de uma pontuação global inferior a 28-49 pontos sugere a inexistência de experiência significativa de abuso ou negligência infantil. Um resultado global moderado a 50-74 pontos, sugere a existência de algumas vivências de trauma infantil, podendo indicar um estado de sofrimento emocional. Já uma pontuação total elevada a 75-140 pontos, indica experiências substanciais de abuso ou negligência, podendo sugerir a necessidade de uma avaliação clínica especializada. Neste estudo, recorreremos à análise da pontuação global dos dados. O valor do coeficiente alfa de Cronbach para a esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.82).

Questionário Breve de Doença Inflamatória Intestinal (SIBDQ-PT)

O Questionário Breve de Doença Inflamatória Intestinal (SIBDQ-PT), desenvolvido inicialmente por Guyatt et al. (1989) e adaptado para a versão portuguesa por Roseira et al. (2021), foi utilizado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias intestinais. O questionário inclui 10 itens, com uma escala de resposta de 7 pontos, variando de 1 (problema severo) a 7 (sem qualquer problema), dividido em quatro dimensões: *Sintomas intestinais* (Ex Q9: Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu incomodado com a sensação de ter de ir à casa de banho, mesmo não tendo dejeções?), *Sintomas sistêmicos* (Ex Q7: De uma forma geral, nas últimas 2 semanas, quão problemática foi a manutenção do seu peso ideal?), *Estado emocional* (Ex Q8: Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu relaxado?) e *Funcionamento social* (Ex Q2: Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve de adiar ou cancelar um evento social devido à sua dor/mau estar intestinal?). A pontuação de cada subescala é obtida pela soma simples das respostas correspondentes. A pontuação total do

SIBDQ-PT, resultante da soma de todos os itens, reflete a percepção global da qualidade de vida relacionada com a saúde. Neste estudo foi utilizado score total dos itens, que varia entre 10 (baixa qualidade de vida relacionada com a saúde) e 70 (ótima qualidade de vida relacionada com a saúde). Pontuações inferiores a 50 são consideradas indicativas de uma qualidade de vida reduzida. Embora não existam pontos de corte validados para as subescalas, entende-se que valores mais elevados em qualquer uma das dimensões sugerem uma melhor qualidade de vida nesse domínio específico. Neste trabalho, este instrumento foi ligeiramente adaptado de forma a ir ao encontro dos objetivos e hipóteses específicas deste estudo. Uma vez que um dos objetivos deste estudo consiste em aumentar a compreensão sobre os níveis de inflamação intestinal subjetiva da população geral Portuguesa não diagnosticada por um médico, os termos “doença intestinal” foram substituídos por “dor/mau estar intestinal”. O valor do coeficiente alfa de Cronbach para a esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.78).

Questionário de Regulação das Emoções (ERQ)

O Questionário de Regulação das Emoções desenvolvido por Gross e John (2003), foi utilizado para avaliar as estratégias de regulação emocional. Esta escala é composta por um total de 10 itens, com uma escala de resposta de 7 pontos, variando de "totalmente em desacordo" (1) a "totalmente em acordo" (7), dividido em duas subescalas: *reavaliação cognitiva* e *supressão emocional*. A *reavaliação cognitiva*, avalia a propensão do sujeito para reinterpretar cognitivamente uma situação, com o propósito de alterar o seu impacto emocional (Ex Q1: Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou divertimento), mudo o que estou a pensar). A *supressão emocional* refere-se à tendência para inibir a expressão emocional externa, sem que seja modificada a vivência emocional interna (Ex Q2: Eu guardo as minhas emoções para mim). A pontuação de cada subescala é obtida através da soma das

respostas aos respetivos itens. Pontuações mais elevadas em cada dimensão indicam uma maior tendência para utilizar essa estratégia específica de regulação emocional. No contexto deste estudo, apenas a subescala de supressão emocional foi utilizada, medindo a tendência de inibir a expressão das emoções sem alterar a experiência interna das mesmas. Uma vez que não existe uma versão portuguesa deste questionário, a equipa de investigação procedeu à sua tradução, de acordo com as boas práticas científicas (Hableton, & Patsula, 1998). O valor do coeficiente alfa de Cronbach para a esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.78).

Questionário de Controlo Cognitivo e Flexibilidade Cognitiva (CCFQ)

O Questionário de Controlo Cognitivo e Flexibilidade Cognitiva, desenvolvido por Gabrys et al. (2018), é utilizado para avaliar a flexibilidade cognitiva e o controlo cognitivo em situações de stresse. Este questionário é composto por 20 itens, com uma escala de resposta de 5 pontos, variando de "nunca" (1) a "sempre" (5), dividido em duas subescalas, que resultam da soma dos respetivos itens: *Controlo cognitivo* (e.g., Q14: Eu consigo manter o controlo dos meus pensamentos e emoções”) e *Flexibilidade cognitiva* (e.g., Q17: Eu faço a gestão dos meus pensamentos ou sentimentos reformulando a situação). Neste estudo foi analisada a subescala de controlo cognitivo. Uma vez que não existe uma versão portuguesa deste questionário, a equipa de investigação procedeu à sua tradução, de acordo com as boas práticas científicas (Hableton, & Patsula, 1998). O valor do coeficiente alfa de Cronbach para a esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.78).

Resultados

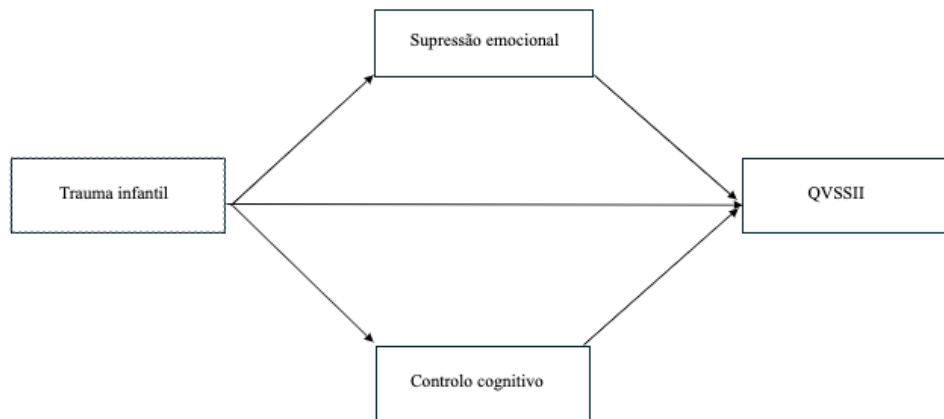
Estratégia de análise

A análise de dados descritiva e associativa foi conduzida com recurso ao software IBM SPSS Statistics (versão 29). De forma a analisar a existência de relações significativas entre as principais variáveis do estudo as características sócio-demográficas dos participantes, várias correlações de Spearman (r_s) e coeficientes de determinação Eta^2 (η^2) foram realizados. Posteriormente, múltiplas correlações de Pearson (r) foram efetuadas para avaliar as várias relações bivariadas entre as principais variáveis do estudo. Coeficiente entre ± 0.50 e ± 1 indicam uma correlação forte; coeficientes entre ± 0.30 e ± 0.49 indicam uma correlação média; e coeficientes abaixo de ± 0.29 indicam uma correlação fraca (Cohen, 1988). De modo a averiguar se existiam diferenças significativas para o trauma infantil, supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, múltiplos testes t para amostras independentes foram realizados. De forma a testar as hipóteses deste estudo, foi conduzida uma análise de mediação paralela com 2 mediadores, com intervalos de confiança (IC) *bootstrapped* para avaliar a significância dos efeitos indiretos. Esta análise foi conduzida com recurso à macro PROCESS (modelo 4, *parallel mediation*) para SPSS, desenvolvida por Preacher e Hayes, e de acordo com os procedimentos descritos por Hayes (2022). Os seguintes efeitos foram testados: 1. Efeito direto entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal 2. Efeito indireto da supressão emocional, na relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal. 3. Efeito indireto do controlo cognitivo, na relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Um total de 5,000 amostras *bootstrapped* foram obtidas, de forma a estimar os efeitos indiretos. Intervalos de confiança de 95% foram computados, de forma a

avaliar a significância estatística de cada efeito “ab” para o mediador. Um intervalo de confiança que não inclua zero, indica a existência de um efeito indireto ou mediação significativa. Não existiam valores omissos nas variáveis testadas (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo teórico para as relações entre o trauma infantil, a supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (QVSSII).



Relativamente às relações entre as características sócio-demográficas dos participantes e as principais variáveis do estudo, verificaram-se diferenças significativas em função do sexo dos participantes nas variáveis supressão emocional (M homens=17.29, DP =4.91; M mulheres=14.87, DP =5.25; $t(400)=-3.90$, $p \leq 0.001$), controlo cognitivo (M homens=4.12, DP =0.97; M mulheres=3.72, DP =0.96; $t(400)=-3.46$, $p \leq 0.001$) e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (M homens=50.28, DP =7.04; M mulheres=46.25, DP =7.84; $t(400)=-4.37$, $p \leq 0.001$).

Também se verificou que a nacionalidade dos participantes se encontrava significativamente relacionada com o trauma infantil ($F(3, 401)=5.94, p\leq 0.001, \eta^2=0.04$) e o controlo cognitivo ($F(3, 401)=5.32, p\leq 0.001, \eta^2=0.04$), sendo a nacionalidade responsável por 4% da variação no trauma infantil e 4% da variação do controlo cognitivo.

O estado civil dos participantes encontrava-se significativamente relacionado com o controlo cognitivo ($F(3, 401)=5.23, p\leq 0.01, \eta^2=0.04$), sendo responsável por 4% na variação do controlo cognitivo. A existência de filhos também se encontrava significativamente relacionada com a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($F(1, 401)=5.14, p\leq 0.05, \eta^2=0.01$) e o controlo cognitivo ($F(1, 401)=19.01, p\leq 0.001, \eta^2=0.04$), sendo responsável por 1% na variação da qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, e 4% da variação do controlo cognitivo, respetivamente.

A co-habitação dos participantes encontrava-se relacionada de forma significativa com o controlo cognitivo ($F(4, 401)=3.33, p\leq 0.01, \eta^2=0.03$), sendo responsável por 3% na variação do mesmo.

Também se verificou uma associação significativa positiva entre as habilitações literárias e a supressão emocional ($r_s=-0.18, p<0.001$).

Relativamente a hábitos de saúde, verificou-se uma associação significativa entre a regularidade na prática do exercício físico e o trauma infantil ($r_s=-0.13, p<0.01$), e a supressão emocional ($r_s=-0.15, p<0.01$). Também se verificou que a existência de problemas em torno da alimentação se encontravam relacionados significativamente com o trauma infantil ($F(1, 401)=19.88, p\leq 0.001, \eta^2=0.05$), a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($F(1, 401)=43.97, p\leq 0.001, \eta^2=0.10$) e o controlo cognitivo ($F(1, 401)=9.30, p\leq 0.01, \eta^2=0.02$), sendo responsável por 5% na variação do trauma infantil, 10% da qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, e 2% da variação do controlo cognitivo, respetivamente. A regularidade no uso do tabaco encontrava-se

relacionada de forma significativa com supressão emocional ($F(1, 401)=8.83, p\leq 0.01, \eta^2=0.02$), sendo responsável por 2% na variação da supressão emocional.

A existência de doença crónica prolongada diagnosticada por um médico, encontrava-se relacionada significativamente com o trauma infantil ($F(1, 401)=13.39, p\leq 0.001, \eta^2=0.03$), à qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($F(1, 401)=7.51, p\leq 0.001, \eta^2=0.02$) e controlo cognitivo ($F(1, 401)=5.46, p\leq 0.05, \eta^2=0.01$), sendo responsável por 3% da variação no trauma infantil, 2% da qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, e 1% do controlo cognitivo, respetivamente. A existência de doença inflamatória intestinal diagnosticada por um médico, encontrava-se relacionada significativamente com o trauma infantil ($F(1, 401)=4.31, p\leq 0.05, \eta^2=0.01$) e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($F(1, 401)=47.26, p\leq 0.001, \eta^2=0.11$), sendo responsável por 3% da variação no trauma infantil e 11% da qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, respetivamente.

A existência de doença psicológica diagnosticada por um médico, encontrava-se relacionada significativamente com o trauma infantil ($F(1, 401)=60.87, p\leq 0.001, \eta^2=0.13$), a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($F(1, 401)=59.88, p\leq 0.001, \eta^2=0.13$) e o controlo cognitivo ($F(1, 401)=75.21, p\leq 0.001, \eta^2=0.16$), sendo responsável por 13% da variação no trauma infantil, 13% da qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal e 16% do controlo cognitivo, respetivamente. Finalmente, o acompanhamento psicológico encontrava-se relacionado com o trauma infantil ($F(1, 401)=26.15, p\leq 0.001, \eta^2=0.06$), a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($F(1, 401)=39.48, p\leq 0.001, \eta^2=0.09$) e o controlo cognitivo ($F(1, 401)=51.21, p\leq 0.001, \eta^2=0.11$), sendo responsável por 6% da variação no trauma infantil, 9% da qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal e 11% do controlo cognitivo, respetivamente.

Tabela 2

Médias e desvios-padrões para as variáveis o trauma infantil, a supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal.

Variável	M	DP
Trauma infantil	49,11	11,07
Supressão emocional	15,40	5,27
Controlo cognitivo	3,81	0,98
QVSSII	47,14	7,84

QVSSII=Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Tabela 3

Correlações de Pearson entre as variáveis o trauma infantil, a supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal.

Variável	1	2	3	4
1. Trauma infantil	-	0.17**	-0.28**	-0.39**
2. Supressão emocional		-	-0.15**	-0.17**
3. Controlo cognitivo			-	0.37**
4. QVSSII				-

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

QVSSII= Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Após análise da tabela 3, verificam-se correlações significativas entre todas as variáveis principais do estudo. Quanto maior o trauma infantil, maior a supressão emocional ($r=0.17$, $p \leq 0.01$), menor o controlo cognitivo ($r=-0.28$, $p \leq 0.01$) e menor a qualidade de vida associada

a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($r=-0.39$, $p\leq 0.01$). Quanto maior a supressão emocional, menor o controlo cognitivo ($r=-0.15$, $p\leq 0.01$) e menor a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($r=-0.17$, $p\leq 0.01$). Finalmente, quanto menor o controlo cognitivo, menor a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($r=0.37^{**}$, $p\leq 0.01$).

Em seguida, testou-se o modelo de mediação paralela através da utilização da macro PROCESS para SPSS (modelo 4, *parallel mediation*).

Tabela 4

Coefficientes de regressão para as variáveis respostas supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, controlando os efeitos da idade, habilitações literárias e estatuto sócioeconómico.

Resposta: Supressão	<i>b</i>	EP	<i>t</i>	<i>p</i>	IC inferior	IC superior
Constante	12,22	2,08	6,83	0,00	10,13	18,30
Trauma infantil	0,07	0,02	3,02	0,00	0,02	0,12
Idade	0,02	0,02	1,17	0,24	-0,01	0,06
Habilitações literárias	-0,92	0,28	-3,31	0,00	-1,47	-0,37
Estatuto sócioeconómico	0,27	0,46	0,58	0,56	-0,63	1,17
Resposta: Controlo cognitivo						
Constante	4,6	0,38	12,16	0,00	3,85	5,34
Trauma infantil	-0,02	0,00	-5,66	0,00	-0,03	-0,01
Idade	0,01	0,00	2,80	0,00	0,00	0,02
Habilitações literárias	0,03	0,05	0,61	0,54	-0,07	0,13

Estatuto sócioeconómico	-0.05	0,08	-0.57	0,57	-0.21	0,11
Resposta: QVSSII						
Constante	54,55	3,49	15,63	0,00	47,69	61,4
Trauma infantil	-0.22	0,03	-6.83	0,00	-0.29	-0,16
Supressão	-0.15	0,07	-2,28	0,02	-0.29	-0.02
Controlo cognitivo	1,85	0,37	4,94	0,00	1,11	2,59
Idade	0,04	0,03	1,67	0,09	-0.01	0,10
Habilitações literárias	-0.90	0,38	-2.37	0,02	-1.65	-0.15
Estatuto sócio-económico	0,48	0,62	0,78	0,44	-0.73	1,69

E.P.=Erro padrão; IC= Intervalo de confiança

QVSSII= Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

O modelo de regressão tendo a supressão emocional como variável resposta, e o trauma infantil como variável preditora, revelou-se significativo ($F(4, 397)=6.10$; $R^2=0.06$; $p\leq 0.001$). A análise da tabela 4 permite-nos constatar que o trauma infantil prediz a supressão emocional de forma significativa ($b=-0.92$, $t(397)=3.02$ $p\leq 0.01$; IC inferior: 0.02 – IC superior: 0.11). Também se verificou um efeito preditor significativo das habilitações literárias, relativamente à supressão emocional ($b=0.07$, $t(397)=-3.31$ $p\leq 0.001$; IC inferior: -1.47 – IC superior: -0.37).

O modelo de regressão tendo o controlo cognitivo como variável resposta, e o trauma infantil como variável preditora, também se revelou significativo ($F(4, 397)=10.86$; $R^2=0.10$; $p\leq 0.001$). A análise da tabela 4 permite-nos constatar que o trauma na infância prediz o controlo cognitivo de forma significativa ($b=-0.02$, $t(397)=-5.66$, $p\leq 0.001$; IC inferior: -0.03 – IC superior: -0.01). Também se verificou um efeito preditor significativo da idade, relativamente ao controlo cognitivo ($b=0.01$, $t(397)=2.80$ $p\leq 0.01$; IC inferior: 0.00 – IC superior: 0.02).

Finalmente, o modelo de regressão tendo a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal como variável resposta, e o trauma infantil, supressão emocional e controlo cognitivo como variáveis predictoras, também se revelou significativo ($F(6, 395)=19.62$; $R^2=0.23$; $p\leq 0.001$). A análise da tabela 4 permite-nos constatar que o trauma na infância ($b=-0.22$, $t(395)=-2.28$, $p\leq 0.001$; IC inferior: -0.29 – IC superior: -0.02), a supressão emocional ($b=-0.15$, $t(395)=-6.83$, $p\leq 0.05$; IC inferior: -0.29 – IC superior: -0.02) e o controlo cognitivo ($b=1.85$, $t(395)=4.94$, $p\leq 0.001$; IC inferior: 1.11 – IC superior: 2.59), todos predizem a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal de forma significativa. Também se verificou um efeito preditor significativo das habilitações literárias, relativamente à qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal ($b=-0.90$, $t(395)=-2.37$, $p\leq 0.05$; IC inferior: -1.65 – IC superior: -0.15).

Tabela 5

Estimativas bootstrapped para os efeitos direto e indirectos.

Efeitos	Efeito	EP	IC inferior	IC superior
Efeito direto				
Trauma infantil → QVSSII	-0,22	0,03	-0.29	-0.16
Efeitos indirectos				
Total	-0.05	0,01	-0.08	-0.03
Trauma infantil → Supressão → QVSSII	-0.01	0,01	-0.03	-0.00
Trauma infantil → Controlo cognitivo → QVSSII	-0.04	0,01	-0.07	-0.02

EP=Erro padrão; I.C.= Intervalo de confiança.

QVSSII= Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

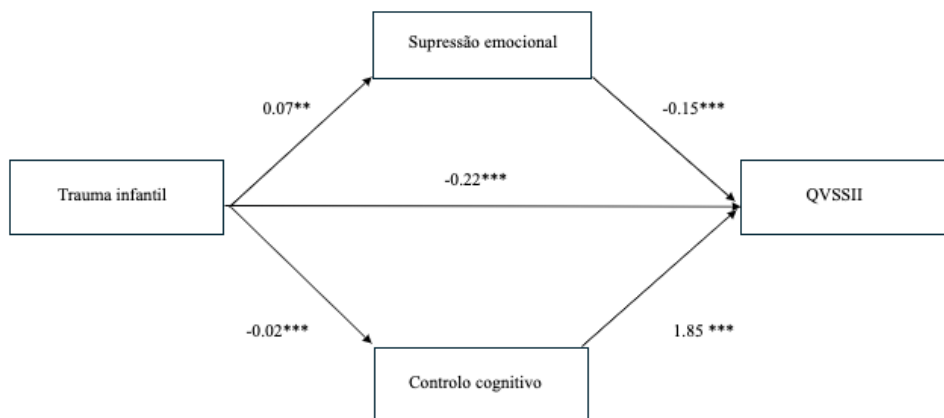
A análise da tabela 5 permite-nos constatar que o efeito direto do trauma na infância sobre a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal é significativo (IC inferior: -0.29 – IC superior: -0.16; o intervalo não inclui zero, logo o efeito é significativo), confirmando a nossa primeira hipótese.

O efeito indireto da supressão emocional, na relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, também se verificou significativo (IC inferior: -0.08 – IC superior: -0.03), confirmando a nossa segunda hipótese.

Finalmente, o efeito indireto do controlo cognitivo, na relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, também se verificou significativo (IC inferior: -0.07 – IC superior: -0.02), confirmando a nossa terceira hipótese.

Figura 2

Modelo de mediação paralela entre trauma infantil, supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (QVSSII).



* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida de indivíduos com sintomas subjetivos de inflamação intestinal, examinando o papel mediador de duas variáveis psicológicas fundamentais: a supressão emocional e o controlo cognitivo. O objetivo consistiu em compreender melhor como esses dois processos podem mediar os efeitos a longo prazo do trauma precoce na saúde psicofisiológica. Os resultados obtidos confirmam as hipóteses formuladas e revelam que a maior exposição a experiências traumáticas vividas durante a infância estão significativamente associadas a uma menor qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal. De acordo com o estudo de Danese et al. (2007), as experiências de maus-tratos durante a infância apresentam uma correlação significativa com o risco aumentado de desenvolver patologias na idade adulta, nomeadamente aquelas caracterizadas por uma componente inflamatória. Os autores levantaram a hipótese de que esse fenómeno poderia ser explicado pelo facto de as crianças maltratadas estarem expostas a níveis mais elevados de stress na idade adulta (Danese et al., 2007). Os indivíduos apresentam uma maior propensão a adotar hábitos de vida prejudiciais, o que se traduz numa deterioração do seu estado geral de saúde e numa exacerbação dos processos inflamatórios (Danese et al., 2007). Assim, ficou estabelecido que o trauma infantil constitui um fator de risco independente. Por conseguinte, é essencial manter a ligação entre o trauma infantil e a inflamação na idade adulta (Danese et al., 2007).

A análise dos resultados permitiu demonstrar a existência de um efeito direto e efeitos indiretos significativos, evidenciando o papel mediador da supressão emocional e do controlo cognitivo. Em suma, indivíduos que experienciaram traumas na infância tendem a exibir um maior repertório de estratégias de supressão e um controlo cognitivo menos eficiente. Este fenómeno compromete a qualidade de vida relacionada com a sintomatologia intestinal.

A análise correlacional dos dados revelou que quanto maior o nível de trauma infantil, maior a supressão emocional, menor o controlo cognitivo e menor a qualidade de vida das pessoas com sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Adicionalmente, os resultados também indicam efeitos indiretos significativos através das variáveis mediadoras. Os participantes que relatam maior exposição a trauma infantil apresentam uma maior tendência para recorrer à supressão emocional. Este fenómeno está, por sua vez, associado a uma diminuição significativa da qualidade de vida com sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Estes dados corroboram o trabalho de Schnabel et al., (2022), que refere que a supressão emocional, embora tenha como desiderato mitigar o sofrimento a curto prazo, frequentemente origina um acréscimo do sofrimento a longo prazo, especialmente no plano somático. Como sublinham Mlotek e Paivio (2017), o impacto do trauma no desenvolvimento cerebral durante a infância não se limita apenas aos efeitos psicológicos. De facto, pesquisas adicionais demonstraram que essa exposição tem repercussões negativas no desenvolvimento cerebral, afetando assim os processos cognitivos e emocionais (Mlotek & Paivio, 2017). O abuso infantil está frequentemente associado ao desenvolvimento de distúrbios psicossociais na idade adulta, especialmente no que diz respeito às relações interpessoais e à regulação das emoções (Mlotek & Paivio, 2017).

Os resultados também demonstraram um efeito indireto significativo do controlo cognitivo. Os participantes com maior exposição a trauma infantil apresentaram um controlo cognitivo significativamente mais reduzido. Este défice encontra-se relacionado com uma qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinais mais reduzida. Segundo Cross et al. (2017), as vivências traumáticas experimentadas durante a infância estão associadas a alterações neurobiológicas que podem afetar funções executivas, como o controlo cognitivo. Num estudo realizado por Hopkins et al. (2021), foram detetadas evidências de que

os indivíduos com DII apresentam défices em vários domínios cognitivos, nomeadamente na função executiva, como o controlo cognitivo, e na memória de trabalho.

Neste estudo, algumas variáveis sociodemográficas revelaram-se fatores preditivos significativos, contribuindo para uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes à relação entre trauma infantil, regulação emocional e qualidade de vida associada aos sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Um dos resultados mais notáveis relaciona-se com o nível de escolaridade, o qual evidenciou um impacto substancial tanto na supressão emocional como na qualidade de vida associada aos sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Mais concretamente, os participantes com um nível de escolaridade mais elevado tendiam a exibir uma menor utilização da supressão emocional, bem como uma melhor qualidade de vida associada aos sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Essa observação sugere que o acesso diferenciado a recursos psicoeducacionais e serviços de saúde mental pode ser um fator determinante no aparecimento desses distúrbios. Indivíduos com nível de escolaridade superior parecem ter um conhecimento mais aprofundado das estratégias de regulação emocional adaptativas. Além disso, eles parecem estar mais inclinados a procurar apoio psicológico quando necessário. Além disso, foi demonstrado que estes indivíduos podem beneficiar de recursos cognitivos superiores, que lhes permitem compreender e gerir de forma mais eficaz os sintomas físicos associados a qualidade de vida com sintomas subjetivos de inflamação intestinal.

Paralelamente, a idade revelou-se um preditor positivo do controlo cognitivo, sugerindo que as capacidades de regulação cognitiva tendem a melhorar com a experiência e a maturidade. Esta observação sugere que, em indivíduos adultos com uma trajetória de desenvolvimento cognitivo estável, certos componentes das funções executivas podem sofrer um reforço ao longo do tempo. No entanto, seria oportuno realizar pesquisas adicionais por

meio de estudos longitudinais, a fim de compreender melhor a evolução do controlo cognitivo ao longo do tempo e sua interação com as experiências vividas.

Finalmente, verificou-se que 81,6% dos participantes declararam não ter recebido um diagnóstico de doença inflamatória intestinal por parte de um profissional de saúde. Este resultado é, no entanto, intrigante à luz dos dados apresentados na tabela 2, que analisa as médias e os desvios padrão associados a determinadas variáveis específicas, tais como a qualidade de vida relacionada com sintomas subjetivos de inflamação intestinal. Observa-se uma pontuação média de 47,14 na escala SIBDQ. De acordo com Roseira et al. (2021), uma pontuação SIBDQ inferior a 50 é considerada indicativa de uma qualidade de vida (QV) reduzida. Embora não existam limites claramente estabelecidos para as diferentes dimensões da pontuação, valores mais elevados geralmente traduzem uma melhor qualidade de vida (Roseira et al., 2021). Assim, esta pontuação média sugere que, em geral, os participantes da população portuguesa apresentam uma qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, baixa. Este resultado revela que uma proporção significativa da população apresenta sintomas evocativos de inflamação intestinal, frequentemente associados a uma alteração da qualidade de vida, sem ter recebido um diagnóstico médico. Esta discordância entre a perceção subjetiva dos sintomas e a ausência de diagnóstico sublinha a necessidade de investigação adicional para compreender melhor esta disparidade.

Pontos fortes e limitações

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a hipótese geral de que o trauma infantil influencia negativamente a qualidade de vida de indivíduos com sintomas subjetivos de inflamação intestinal. A abordagem integrativa constitui um dos principais pontos fortes deste estudo, na medida em que explora não só a relação entre o trauma infantil e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, mas também os mecanismos

psicológicos mediadores, tais como a supressão emocional e o controlo cognitivo. Esta perspetiva multifatorial possibilita a compreensão da complexidade da ligação entre o trauma infantil precoce e os sintomas físicos subjetivos na idade adulta.

Outro ponto forte importante é a dimensão elevada da amostra ($n = 402$), o que oferece uma boa representatividade da população adulta portuguesa e garante uma robustez estatística suficiente para a análise por modelos de equações estruturais.

Adicionalmente, a metodologia quantitativa, fundamentada numa análise estatística robusta, possibilitou a avaliação objetiva das hipóteses formuladas e a identificação de relações significativas entre as variáveis-chave do modelo conceitual proposto.

Em última análise, esta investigação contribuiu para colmatar uma lacuna na literatura, evidenciando a ligação entre regulação emocional, cognição e inflamação intestinal subjetiva, um domínio que carece ainda de exploração aprofundada.

Embora apresente resultados relevantes e inovadores sobre a relação entre trauma infantil, supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada aos sintomas subjetivos da inflamação intestinal, o presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser reconhecidas e consideradas na interpretação dos dados.

O desenho transversal adotado neste estudo permite apenas identificar associações entre variáveis num determinado momento. Portanto, não é possível estabelecer relações de causalidade entre o trauma infantil e os resultados avaliados, como a qualidade de vida associada a sintomas intestinais de inflamação intestinal. Por exemplo, embora se observe que maior exposição a trauma infantil se encontra associada a uma menor qualidade de vida e a uma maior supressão emocional, não se pode afirmar com certeza que o trauma seja a causa direta dessas condições. Seriam necessários estudos longitudinais para examinar a evolução dessas variáveis ao longo do tempo e a existência de uma relação de causalidade.

A amostra do estudo é composta exclusivamente por participantes residentes em Portugal. Esta limitação geográfica e cultural pode comprometer a generalização dos resultados para outras populações. As discrepâncias culturais, socioeconómicas ou estruturais nos sistemas de saúde podem influenciar tanto a perceção dos sintomas como os mecanismos de regulação emocional e controlo cognitivo. Por conseguinte, os resultados devem ser interpretados com prudência quando aplicados a contextos fora do território português.

A aplicação de questionários de autoavaliação enquanto instrumento de recolha de dados acarreta riscos metodológicos substanciais. Os participantes podem experienciar dificuldades em recordar com precisão eventos passados, incluindo traumas infantis, ou podem optar por não divulgar informações sensíveis por vergonha, desconforto ou esquecimento. Adicionalmente, existe o risco de viés relacionado com a desejabilidade social, uma vez que os indivíduos tendem a responder de forma socialmente aceitável em vez de honesta. Este fator pode ter um impacto significativo nas variáveis emocionais e cognitivas, incluindo a supressão emocional.

Apesar da atenção dedicada à inclusão de variáveis sociodemográficas e psicológicas relevantes, é possível que fatores externos não controlados tenham afetado os resultados. Por exemplo, condições médicas não diagnosticadas, utilização de medicação, estilo de vida (por exemplo, alimentação ou sono) ou apoio social não foram incluídos na análise, mas podem ter um impacto significativo tanto nos sintomas intestinais como na qualidade de vida percebida.

Implicações para prática clínica e sugestões para investigação futura

Os resultados salientam a relevância da avaliação sistemática das experiências traumáticas na infância em pacientes com distúrbios intestinais crónicos sem causa orgânica evidente. Os profissionais de medicina devem estar particularmente atentos a sinais de sofrimento emocional crónico, supressão emocional rígida ou défice no controlo cognitivo.

Esta evidência suscita novas possibilidades para intervenções psicoterapêuticas direcionadas para o fortalecimento das competências de regulação emocional, particularmente por meio de abordagens como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou *mindfulness*. Estas abordagens podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, bem como para a redução da gravidade dos sintomas intestinais.

Segundo Davis et al. (2020), intervenções como a terapia baseada na atenção plena e workshops que combinam respiração mostraram uma redução significativa da ansiedade e da depressão, além de uma melhoria na qualidade de vida específica para doenças em adultos com DII, em comparação com os grupos de controle. Elas também são benéficas no controle da fadiga relacionada à DII (Davis et al., 2020), embora a magnitude desses efeitos permaneça moderada. As intervenções baseadas na atenção plena ajudam a diminuir o stress e a depressão, bem como a melhorar a ansiedade e a qualidade de vida, mas não trazem melhorias significativas nos sintomas físicos da doença (Ewais et al., 2019). Os métodos estudados incluíram terapia cognitivo-comportamental, terapia psicodinâmica, programas de gestão do stress, *mindfulness*, hipnose e terapia centrada em soluções (Bonaz et al., 2024).

Os resultados deste estudo fornecem uma base sólida para diversas aplicações clínicas e preventivas. Em primeiro lugar, é importante salientar a necessidade de integrar a regulação emocional e cognitiva nos protocolos de tratamento de distúrbios intestinais funcionais, especialmente em indivíduos que foram expostos a traumas precoces. Uma abordagem clínica integrada, que tenha em consideração os sintomas físicos e as vulnerabilidades psicológicas, poderá proporcionar melhorias significativas no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes.

As conclusões do estudo em questão podem igualmente contribuir para o enriquecimento de programas de prevenção, inspirando o desenvolvimento de intervenções centradas no reforço da resiliência emocional em indivíduos que experienciaram eventos

adversos durante a infância. Esta abordagem poderia prevenir o aparecimento ou o agravamento dos sintomas intestinais numa fase precoce.

Em termos educativos, os resultados salientam a importância de formar profissionais de saúde capazes de identificar os fatores emocionais e cognitivos que podem agravar os distúrbios digestivos. Uma melhor compreensão destes mecanismos promoveria um tratamento mais humano, global e eficaz, contribuindo para uma redução dos custos de saúde a longo prazo.

Adicionalmente, a integração de ferramentas de avaliação psicológica nos serviços de gastroenterologia poderia promover um tratamento mais holístico e multidisciplinar, em ligação com os eixos intestino-cérebro.

Por fim, este estudo também pode orientar as políticas de saúde pública, apelando a uma maior sensibilização das populações vulneráveis e à implementação de campanhas educativas destinadas a reduzir os impactos duradouros do trauma infantil na saúde mental e física.

Conclusão

Apesar das limitações inerentes à metodologia de um estudo transversal e ao recurso a medidas auto-relatadas, os resultados deste estudo contribuem de forma valiosa para a compreensão das complexas ligações entre o trauma infantil, os processos de regulação emocional e cognitiva e a qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal. A partir da análise dos efeitos direto e indiretos, o presente estudo salienta os mecanismos psicológicos pelos quais as vivências desfavoráveis na infância influenciam a perceção da saúde física na idade adulta.

Mais concretamente, o estudo demonstra que o trauma infantil apresenta uma associação significativa com um aumento no recurso à supressão emocional, bem como com

uma diminuição do controlo cognitivo e da qualidade de vida relacionada com a sintomatologia intestinal. Estes resultados corroboram o papel mediador destes dois processos, enfatizando que a supressão emocional propicia a exacerbação dos efeitos do trauma, enquanto um controlo cognitivo eficaz exerce um efeito protetor.

O alcance destes resultados insere-se num quadro biopsicossocial mais amplo e destaca a necessidade de desenvolver abordagens clínicas integradas. Estas devem ter em consideração os sintomas físicos, bem como os processos emocionais e cognitivos envolvidos na sua manutenção, sobretudo em indivíduos com um histórico de trauma precoce. Nesta ótica, a ponderação da regulação emocional e do controlo cognitivo nas intervenções terapêuticas pode constituir uma estratégia promissora para otimizar a qualidade de vida dos pacientes.

Para investigações futuras, seria pertinente ter em consideração estudos longitudinais e multiculturais, de modo a confirmar os mecanismos observados e a estender esses resultados a outros contextos sociais e culturais. A inclusão de variáveis adicionais, tais como a qualidade do vínculo ou o stress psicológico, poderia igualmente possibilitar uma melhor compreensão das trajetórias de desenvolvimento que conduzem do trauma infantil aos distúrbios funcionais intestinais subjetivos na idade adulta.

Referências bibliográficas

- Ader, R. (2001). Psychoneuroimmunology. *American Psychological Society*, 10(3), 94-101.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Badre, D. (2025). Cognitive Control. *Annual Review of Psychology*, 76(1), 167-195. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-022024-103901>
- Baker, L. M., Williams, L. M., Korgaonkar, M. S., Cohen, R. A., Heaps, J. M., & Paul, R. H. (2013). Impact of early vs. late childhood early life stress on brain morphometrics. *Brain Imaging And Behavior*, 7(2), 196-203. <https://doi.org/10.1007/s11682-012-9215-y>
- Banovic, I., Dufour, F., Dapoigny, M., & Baumann, C. (2020). La maladie de Crohn et le vécu émotionnel des patients : entre fatigue, suppression émotionnelle et troubles du traitement affectif. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 30(3), 139–147. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2020.06.002>
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepentstroh, J., Aschenbrenner, S., & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal Of Affective Disorders*, 141(2-3), 474-479. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.019>
- Bellis, M., Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England : a national survey. *Journal Of Public Health*, 37(3), 445-454. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu065>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., Homolova, L., & Davies, A. (2018). Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience : a

retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5699-8>

Benchimol, E. I., Bernstein, C. N., Bitton, A., Murthy, S. K., Nguyen, G. C., Lee, K., Cooke-Lauder, J., Siddiq, S., Windsor, J. W., Carroll, M. W., Coward, S., El-Matary, W., Griffiths, A. M., Jones, J. L., Kuenzig, M. E., Lee, L., Mack, D. R., Mawani, M., Otley, A. R., . . . Kaplan, G. G. (2018). The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018 : A Scientific Report from the Canadian Gastro-Intestinal Epidemiology Consortium to Crohn's and Colitis Canada. *Journal Of The Canadian Association Of Gastroenterology*, 2(Supplement_1), S1-S5. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwy052>

Berens, A. E., Jensen, S. K. G., & Nelson, C. A. (2017). Biological embedding of childhood adversity : from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0895-4>

Bernstein, M. T., Targownik, L. E., Sexton, K. A., Graff, L. A., Miller, N., & Walker, J. R. (2016). Assessing the Relationship between Sources of Stress and Symptom Changes among Persons with IBD over Time : A Prospective Study. *Canadian Journal Of Gastroenterology And Hepatology*, 2016, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2016/1681507>

Berthou, A. (2023). *Traité de la pleine santé par l'alimentation durable : Nutrition, écologie et évolution*. Dunod.

Blaye, A. (2021). Chapitre 2. Développement du contrôle cognitif au cours de la période préscolaire. Dans A. Roy, N. Fournet, D. Le Gall et J. Roulin *Les fonctions exécutives de l'enfant* (pp. 27-38). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.roy.2021.01.0027>.

Blondel-Kucharski, F., Chircop, C., Marquis, P., Cortot, A., Baron, F., Gendre, J. P., & Colombel, J. F. (2001). Health-related quality of life in Crohn's disease: A prospective longitudinal study in 231 patients. *American Journal of Gastroenterology*, 96(10), 2915–2920. [https://doi.org/10.1016/S0002-9270\(01\)03243-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9270(01)03243-9)

- Bonaz, B., Sinniger, V., & Pellissier, S. (2024). Role of stress and early-life stress in the pathogeny of inflammatory bowel disease. *Frontiers in Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1458918>
- Botvinick, M. M., & Cohen, J. D. (2014b). The Computational and Neural Basis of Cognitive Control : Charted Territory and New Frontiers. *Cognitive Science*, 38(6), 1249-1285. <https://doi.org/10.1111/cogs.12126>
- Bowers, H., & Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal Of Mental Health*, 25(2), 154-158. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101414>
- Brennstuhl, M.-J. (2018). *Alimentation santé : De l'intestin au régime méditerranéen, toute l'alimentation santé expliquée*. Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2021). *Psychologie de la santé - 2e éd : Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.
- Brun, P. (2015). Émotions et régulation émotionnelle : une perspective développementale. *Enfance*, N° 2(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/enfl.152.0165>
- Buckley, J., Cohen, J. D., Kramer, A. F., McAuley, E., & Mullen, S. P. (2014). Cognitive control in the self-regulation of physical activity and sedentary behavior. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 747. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00747>
- Cheviakoff, M., Meunier, C., Hadjisavvas, H., Rozières, A., Charlois, A.-L., Faure, M., Peter-Derex, L. et Nancey, S. (2022). Troubles du sommeil, immunité et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Hépatogastro & Oncologie Digestive*, 29(7), 783-791. <https://doi.org/10.1684/hpg.2022.2422>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Psychology Press.

- Colombel, J., Vernier-Massouille, G., Cortot, A., Gower-Rousseau, C., & Salomez, J. (2007).
Épidémiologie et facteurs de risque des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
Bulletin de L Académie Nationale de Médecine, 191(6), 1105-1123.
[https://doi.org/10.1016/s0001-4079\(19\)32982-6](https://doi.org/10.1016/s0001-4079(19)32982-6)
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional
Regulation and Depression : A Potential Mediator between Heart and
Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2014, 1–
10. <https://doi.org/10.1155/2014/324374>
- Cowen, S. L., Phelps, C. E., Navratilova, E., McKinzie, D. L., Okun, A., Husain, O., ... Porreca,
F. (2018). Chronic pain impairs cognitive flexibility and engages novel learning strategies
in rats. *Pain*, 159(7), 1403–1412. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001226>
- Cronin, C. C., & Shanahan, F. (2003). Understanding symptoms and signs in inflammatory
bowel disease. In *Inflammatory Bowel Disease : From Bench to Bedside* (pp. 253-267).
Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-25808-6_13
- Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the
context of childhood trauma. *Clinical Psychology Science And Practice*, 24(2), 111-124.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12198>
- Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., & Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment
predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings Of The National Academy
Of Sciences*, 104(4), 1319-1324. <https://doi.org/10.1073/pnas.0610362104>
- Davis, S. P., Bolin, L. P., Crane, P. B., & Crandell, J. (2020). Non-pharmacological Interventions
for Anxiety and Depression in Adults With Inflammatory Bowel Disease : A Systematic
Review and Meta-Analysis. *Frontiers in
Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.538741>

- Desai, N. (2023). Review Paper on the Effect of Emotionally Neglectful Childhood on Inflammatory Bowel Disease in Adulthood. *The International Journal of Indian Psychology, 11*(3), 1783. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Décarie, F. V., Terradas, M. M., & Labonté, M. (2025). Traumatismes relationnels précoces, capacité de mentalisation et caractéristiques du jeu chez les enfants ayant vécu de la maltraitance et issus de la population générale. *European Journal Of Trauma & Dissociation, 9*(1), 100519. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100519>
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology, 64*(1), 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dubois, J., Dehaene-Lambertz, G., Mangin, J. F., Le Bihan, D., Hüppi, P. S., & Hertz-Pannier, L. (2012). Neurophysiologie clinique : développement cérébral du nourrisson et imagerie par résonance magnétique. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology, 42*(1-2), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2011.08.001>
- Duriez, N. (2011). Thérapie familiale et troubles de la régulation émotionnelle. *Thérapie Familiale, Vol. 32*(1), 41-58. <https://doi.org/10.3917/tf.111.0041>
- Ewais, T., Begun, J., Kenny, M., Rickett, K., Hay, K., Ajilchi, B., & Kisely, S. (2019). A systematic review and meta-analysis of mindfulness based interventions and yoga in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research, 116*, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.010>
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to Positive Affect : A Self-Report Measure of Rumination and Dampening. *Cognitive Therapy And Research, 32*(4), 507-525. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9083-0>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household

- Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal Of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fiocchi, C. (1997). Intestinal inflammation : a complex interplay of immune and nonimmune cell interactions. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 273(4), 769-775. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.1997.273.4.g769>
- Fond, G. (2016). Causes et conséquences de l'inflammation dans la dépression majeure et applications thérapeutiques potentielles. *L Information Psychiatrique*, 92(10), 803-808. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1560>
- Ford, B. Q., & Mauss, I. B. (2015). Culture and emotion regulation. *Current Opinion In Psychology*, 3, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.004>
- Fuller-Thomson, E., West, K. J., Sulman, J., & Baird, S. L. (2015). Childhood maltreatment is associated with ulcerative colitis but not Crohn's disease: Findings from a population-based study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(11), 2640–2648. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000551>
- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., & Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2219.
- Gnat, L., Mihajlovic, V., Jones, K., & Tripp, D. A. (2023). Differentiating Childhood Traumas in Inflammatory Bowel Disease. *Journal Of The Canadian Association Of Gastroenterology*, 6(5), 172-178. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwad026>
- Golden, W. L. (2007). Cognitive-Behavioral Hypnotherapy in the Treatment of Irritable-Bowel-Syndrome-Induced Agoraphobia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 131–146. <https://doi.org/10.1080/00207140601177889>
- Gravillon, I. (2018). L'enfant victime d'un traumatisme. *L'école des parents*, 627(2), 32-38. <https://doi.org/10.3917/epar.627.0032>

- Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation, Second Edition*. The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2009). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Guimond, A. J., Kubzansky, L. D., & Lee, L. O. (2021). Emotion and illness. In R. Schwartz & J. A. Hall & L. G. Osterberg (Eds.), *Emotion in the clinical encounter* (pp. 51–81). New York: McGraw Hill.
- Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E. J., Singer, J., Williams, N., Goodacre, R., & Tompkins, C. (1989). A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology, 96*(2), 804-810.
- Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting tests for use in multiple languages and cultures. *Social indicators research, 45*, 153-171.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach, Third Edition*. Guilford Publications.
- Hendricks, M. A., & Buchanan, T. W. (2015). Individual differences in cognitive control processes and their relationship to emotion regulation. *Cognition & Emotion, 30*(5), 912-924. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1032893>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal Of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hoffman, S. N., Stein, M. B., & Taylor, C. T. (2022). Childhood Trauma Predicts Positive Expressive Suppression During Social Affiliation in Adults With Anxiety and/or Depression : Implications for Social Functioning. *Behavior Therapy, 54*(2), 375-385. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.10.003>

- Hong, S. M., & Baek, D. H. (2024). Diagnostic Procedures for Inflammatory Bowel Disease : Laboratory, Endoscopy, Pathology, Imaging, and Beyond. *Diagnostics*, 14(13), 1384. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14131384>
- Hoorelbeke, K., Koster, E. H. W., Demeyer, I., Loeys, T., & Vanderhasselt, M. (2016). Effects of cognitive control training on the dynamics of (mal)adaptive emotion regulation in daily life. *Emotion*, 16(7), 945-956. <https://doi.org/10.1037/emo0000169>
- Hopkins, C. W. P., Powell, N., Norton, C., Dumbrill, J. L., Hayee, B., & Moulton, C. D. (2021). Cognitive impairment in adult inflammatory bowel disease : a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 387-403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.10.002>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H., & Chae, J. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample : The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal Of Affective Disorders*, 213, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2017). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 16, Article 26. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0151-3>
- Inzlicht, M., Bartholow, B. D., & Hirsh, J. B. (2015). Emotional foundations of cognitive control. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(3), 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.01.004>
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression : A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>

- Kalia, V., & Knauff, K. (2020). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *PLoS ONE*, *15*(6 June). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235412>
- Kaplow, J. B., Hall, E., Koenen, K. C., Dodge, K. A., & Amaya-Jackson, L. (2005). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, *29*(8), 857–869. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.012>
- Kaplow, J. B., Widom, C. S., & Dodge, K. A. (2014). The effects of early adversity on development: Recent advances in neurobiology, epigenetics, and immunology. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 203–220). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_11
- Ke, S., Guimond, A., Tworoger, S. S., Huang, T., Chan, A. T., Liu, Y., & Kubzansky, L. D. (2023). Gut feelings : associations of emotions and emotion regulation with the gut microbiome in women. *Psychological Medicine*, *53*(15), 7151-7160. <https://doi.org/10.1017/s0033291723000612>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 184-189.
- Kiebles, J. L., Doerfler, B., & Keefer, L. (2010). Preliminary evidence supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease†. *Inflammatory Bowel Diseases*, *16*(10), 1685-1695. <https://doi.org/10.1002/ibd.21215>
- Knowles, S. R., Keefer, L., Wilding, H., Hewitt, C., Graff, L. A., & Mikocka-Walus, A. (2018). Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease : A Systematic Review and Meta-analyses—Part II. *Inflammatory Bowel Diseases*, *24*(5), 966–976. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy015>

- Kökten, T., Hansmannel, F., Melhem, H. et Peyrin-Biroulet, L. (2016). Physiopathologie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) *Hegel*, 2(2), 119-129.
<https://doi.org/10.3917/heg.062.0119>.
- Konturek, P. C., Brzozowski, T., & Konturek, S. J. (2011). Stress and the gut : pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *PubMed*, 62(6), 591-599. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22314561>
- Krauth-Gruber, S. (2009). La régulation des émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 32-39. <http://RePS.psychologie-sociale.org>
- Kim, S. G., Weissman, D. G., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2021). Child abuse and automatic emotion regulation in children and adolescents. *Development And Psychopathology*, 35(1), 157-167. <https://doi.org/10.1017/s0954579421000663>
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Radziwon, C. D., Krasner, S. S., Firth, R. S., Naliboff, B. D., Vargovich, A. M., Borden, A. B., & Mayer, E. A. (2022). Cognitive flexibility improves in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome but not nonspecific education/support. *Behaviour Research And Therapy*, 154, 104033.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104033>
- Langenberg, D. R., Yelland, G. W., Robinson, S. R., & Gibson, P. R. (2017). Cognitive impairment in Crohn's disease is associated with systemic inflammation, symptom burden and sleep disturbance. *United European Gastroenterology Journal*, 5(4), 579–587. <https://doi.org/10.1177/2050640616663397>
- Larkin, W., & Cairns, P. (2020). Addressing adverse childhood experiences : implications for professional practice. *British Journal Of General Practice*, 70(693), 160-161.
<https://doi.org/10.3399/bjgp20x708929>

- Laurent, B. (2015). Douleur chronique : son retentissement émotionnel et cognitif. *Bulletin de L Académie Nationale de Médecine*, 199(4-5), 543-554. [https://doi.org/10.1016/s0001-4079\(19\)30928-8](https://doi.org/10.1016/s0001-4079(19)30928-8)
- Liébert, P. (2015). *Quand la relation parentale est rompue : Dysparentalité extrême et projets de vie pour l'enfant*. Dunod.
- Loddo, I., & Romano, C. (2015). Inflammatory Bowel Disease : Genetics, Epigenetics, and Pathogenesis. *Frontiers in Immunology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2015.00551>
- Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 4-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0004>
- Luna, B., Marek, S., Larsen, B., Tervo-Clemmens, B., & Chahal, R. (2015). An Integrative Model of the Maturation of Cognitive Control. *Annual Review of Neuroscience*, 38(1), 151–170. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071714-034054>
- Lueger-Schuster, B., Knefel, M., Glück, T. M., Jagsch, R., Kantor, V., & Weindl, D. (2017). Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors : The Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse & Neglect*, 76, 488-501. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.009>
- Ma, X., Xiao, Z., Chen, W., & Zhao, S. (2025). Deciphering the psychological tapestry of FGIDs : unveiling the impact of negative affect, rumination, and expression suppression. *BMC Public Health*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21205-1>
- Madison, A. A., Andridge, R., Kantaras, A. H., Renna, M. E., Bennett, J. M., Alfano, C. M., Povoski, S. P., Agnese, D. M., Lustberg, M., Wesolowski, R., Carson, W. E., Williams, N. O., Reinbolt, R. E., Sardesai, S. D., Noonan, A. M., Stover, D. G., Cherian, M. A., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2023). Depression, Inflammation, and

Intestinal Permeability : Associations with Subjective and Objective Cognitive Functioning throughout Breast Cancer Survivorship. *Cancers*, 15(17), 4414.

<https://doi.org/10.3390/cancers15174414>

Magro, F., Portela, F., Lago, P., Chagas, C., Moreira, F., Pereira, F., Rodrigues, B., Pedrosa, H., & Correia, L. (2022). Burden of Disease and Cost of Illness of Inflammatory Bowel Diseases in Portugal. *GE Portuguese Journal Of Gastroenterology*, 30(4), 283-292.

<https://doi.org/10.1159/000525206>

Martin-Mattera, P. (2014). Le statut subjectif de la douleur : fatalité ou symptôme.

Psychothérapies, 34(2), 117-123. <https://doi.org/10.3917/psys.142.0117>

Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A., & Thomason, M. E. (2014). Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing.

Neuropsychopharmacology, 40(5), 1250-1258. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.311>

Melchior, C., Algera, J., Colomier, E., Törnblom, H., Simrén, M., & Störsrud, S. (2021). Food Avoidance and Restriction in Irritable Bowel Syndrome : Relevance for Symptoms, Quality of Life and Nutrient Intake. *Clinical Gastroenterology And Hepatology*, 20(6), 1290-1298. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.07.004>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.02.006>

Miller, E. K., & Cohen, J. D. (2001). An Integrative Theory of Prefrontal Cortex Function. *Annual Review of Neuroscience*, 24(1), 167–

202. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>

Miller, G. E., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of*

Psychology, 60, 501–524. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163551>

- Mitropoulou, M., Fradelos, E. C., Lee, K. Y., Malli, F., Tsaras, K., Christodoulou, N. G., & Papathanasiou, I. V. (2022). Quality of Life in Patients With Inflammatory Bowel Disease : Importance of Psychological Symptoms. *Cureus*.
<https://doi.org/10.7759/cureus.28502>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks : A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330704>
- Moureau, A., & Delvenne, V. (2016). Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *La Psychiatrie de L'Enfant*, 59(1), 333-355.
<https://doi.org/10.3917/psy.591.0333>
- Navarro, J. (2021). **Contrôle et supervision**. Dans É. Brangier & G. Valléry (dir.), *Ergonomie : 150 notions clés* (pp. 208-212). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.brang.2021.01.0208>.
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015b). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being : A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.008>
- Ochsner, K., & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- O'Mahony, J., Bernstein, C. N., & Marrie, R. A. (2024b). Adverse childhood experiences and psychiatric comorbidity in multiple sclerosis, inflammatory bowel disease, and

- rheumatoid arthritis in the Canadian longitudinal study on aging. *Journal Of Psychosomatic Research*, 187, 111893. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111893>
- Pal, P., Pooja, K., Nabi, Z., Gupta, R., Tandan, M., Rao, G. V., & Reddy, N. (2024). Artificial intelligence in endoscopy related to inflammatory bowel disease : A systematic review. *Indian Journal of Gastroenterology*. <https://doi.org/10.1007/s12664-024-01531-3>
- Petruo, V. A., Zeißig, S., Schmelz, R., Hampe, J., & Beste, C. (2017). Specific neurophysiological mechanisms underlie cognitive inflexibility in inflammatory bowel disease. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-14345-5>
- Piguet, P. (2021). L'axe intestin–cerveau : les pistes actuelles. *Douleur et analgésie*, 34(2), 70-85. <https://doi.org/10.3166/dea-2021-0167>.
- Pontes, R. M. A., Miszputen, S. J., Ferreira-Filho, O. F., Miranda, C., & Ferraz, M. B. (2004). Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal : tradução para o português e validação do questionário « Inflammatory Bowel Disease Questionnaire » (IBDQ). *Arquivos de Gastroenterologia*, 41(2), 137-143. <https://doi.org/10.1590/s0004-28032004000200014>
- Rahapsari, S., & Levita, L. (2024). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Cognitive Control Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Studies. *Trauma, Violence, and Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380241286812>
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842-855. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.012>
- Ramzan, N., & Amjad, N. (2017). Cross Cultural Variation in Emotion Regulation : A Systematic Review. *Annals of King Edward Medical University*, 23(1). <https://doi.org/10.21649/akemu.v23i1.1512>

- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, *128*(2), 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Revet, A., Raynaud, J., Lapeyre-Mestre, M., Olliac, B., & Bui, E. (2020). Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, *68*(7), 384–393. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.07.007>
- Reznikov, E. A., & Suskind, D. L. (2023). Current Nutritional Therapies in Inflammatory Bowel Disease : Improving Clinical Remission Rates and Sustainability of Long-Term Dietary Therapies. *Nutrients*, *15*(3), 668. <https://doi.org/10.3390/nu15030668>
- Rezzoug, D., & Baubet, T. (2020). Le traumatisme psychique de l'enfant : aspects cliniques et modalités d'intervention immédiate. *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, *4*(1), 35–37. <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2020.02.008>
- Roseira, T., Mateus, V., Dias, C. C., et al. (2021). Adaptation and validation of the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ-PT) for the Portuguese population. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(3), 456–470.
- Rudnik, A., Piotrowicz, G., Basińska, M. A., & Rashedi, V. (2019). The importance of cognitive flexibility and flexibility in coping with stress for the quality of life in inflammatory bowel disease patients during biological therapy. A preliminary report. *Gastroenterology Review*, *14*(2), 121–128. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.81081>
- Sainsbury, A., & Heatley, R. V. (2005). Review article: Psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, *21*(5), 499–508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02380.x>

- Salters-Pedneault, K., Gentes, E., & Roemer, L. (2006). The Role of Fear of Emotion in Distress, Arousal, and Cognitive Interference Following an Emotional Stimulus. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(1), 12-22. <https://doi.org/10.1080/16506070600874281>
- Sands, B. E., Panés, J., Feagan, B. G., Zhang, H., Vetter, M. L., Mathias, S. D., Huang, K. G., Johanns, J., Germinaro, M., Sahoo, A., Terry, N. A., & Han, C. (2024). Qualitative and Psychometric Evaluation of 29-Item Patient-Reported Outcomes Measurement Information System® to Assess General Health-Related Quality of Life in Patients With Moderately to Severely Active Inflammatory Bowel Disease. *Value In Health*, 27(9), 1225-1234. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.05.019>
- Santiago, M., Stocker, F., Ministro, P., Gonçalves, R., Carvalho, D., Portela, F., Correia, L., Lago, P., Trindade, E., Dias, C. C., & Magro, F. (2022). Incidence Trends of Inflammatory Bowel Disease in a Southern European Country : A Mirror of the Western World ? *Clinical And Translational Gastroenterology*, 13(5), 1-7. <https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000481>
- Schiffrin, E. J., Morley, J. E., Donnet-Hughes, A., & Guigoz, Y. (2010). The inflammatory status of the elderly : The intestinal contribution. *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis*, 690(1-2), 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.mrfmmm.2009.07.011>
- Schmeichel, B. J., & Tang, D. (2015). Individual Differences in Executive Functioning and Their Relationship to Emotional Processes and Responses. *Current Directions In Psychological Science*, 24(2), 93-98. <https://doi.org/10.1177/0963721414555178>
- Schnabel, K., Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions - A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196>

- Schoultz, M., Atherton, I., Hubbard, G., & Watson, A. J. (2013). Assessment of causal link between psychological factors and symptom exacerbation in inflammatory bowel disease : a protocol for systematic review of prospective cohort studies. *Systematic Reviews*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-8>
- Shahab, M., & Taklavi, S. (2019). (4) Teenage Students. In *International Journal of School Health. Int. J. School. Health* (Vol. 6, Issue 4).
- Shields, G. S., Kuchenbecker, S. Y., Pressman, S. D., Sumida, K. D., & Slavich, G. M. (2015). Better cognitive control of emotional information is associated with reduced pro-inflammatory cytokine reactivity to emotional stress. *Stress*, 19(1), 63-68. <https://doi.org/10.3109/10253890.2015.1121983>
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 12(1), 47–62. <https://doi.org/10.1017/S0954579400001036>
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2005). Emotion dysregulation in maltreated children: A mediational model linking neglect and abuse to depressive symptoms. *Development and Psychopathology*, 17(2), 473–489. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050239>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... Wegner, L. M. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression : A prospective study of the transition to college. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 96(4), 883-897. <https://doi.org/10.1037/a0014755>

- Stryckman, N. (2001). Symptômes, maladie et santé mentale. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 19-30. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0019>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Terr, L. C. (2003). Childhood Traumas : An Outline and Overview. *FOCUS The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*, 1(3), 322-334. <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.322>
- Thomann, A. K., Mak, J. W. Y., Zhang, J. W., Wuestenberg, T., Ebert, M. P., Sung, J. J. Y., Bernstein, Ç. N., Reindl, W., & Ng, S. C. (2020). Review article : bugs, inflammation and mood-a microbiota-based approach to psychiatric symptoms in inflammatory bowel diseases. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 52(2), 247–266. <https://doi.org/10.1111/apt.15787>
- Tontini, G. E., Vecchi, M., Pastorelli, L., Neurath, M. F., & Neumann, H. (2015). Differential diagnosis in inflammatory bowel disease colitis: State of the art and future perspectives. *World Journal of Gastroenterology*, 21(1), 21–46. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i1.21>
- van der Schuur, W. A., Baumgartner, S. E., Sumter, S. R., & Valkenburg, P. M. (2015). The consequences of media multitasking for youth : A review. *Computers in Human Behavior*, 53, 204–215. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.06.035>
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis ? *A systematic review. Schizophrenia Research*, 228, 159–179. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.047>

- Webster, E. M. (2022). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children. *Global Pediatric Health, 9*.
<https://doi.org/10.1177/2333794x221078708>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology, 51*(1), 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Williams, R. C. (2023, October 1). Des expériences négatives de l'enfance à la santé relationnelle précoce: les conséquences pour la pratique clinique. *Paediatrics and Child Health (Canada)*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad026>
- Witges, K. M., Bernstein, C. N., Sexton, K. A., Afifi, T., Walker, J. R., Nugent, Z., & Lix, L. M. (2019). The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Health Care Use in the Manitoba IBD Cohort Study. *Inflammatory Bowel Diseases, 25*(10), 1700-1710.
<https://doi.org/10.1093/ibd/izz054>
- Yanai, H., Salomon, N., & Lahat, A. (2016). Complementary Therapies in Inflammatory Bowel Diseases. *Current Gastroenterology Reports, 18*(12). <https://doi.org/10.1007/s11894-016-0537-6>
- Yzet, C., Aygalenq, P., Joly, J., Brazier, F., Yzet, T., & Fumery, M. (2021). Échographie et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Hépatogastro & Oncologie Digestive, 28*(6), 706-712. <https://doi.org/10.1684/hpg.2021.2187>
- Zhu, Y., Li, Q., Wang, C., & Liu, Y. (2023). Childhood adversity and emotion regulation: Pathways to mental health problems in adolescence. *Journal of Affective Disorders, 320*, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.154>

Anexos

Lista de figuras

Figura 1

Modelo teórico para as relações entre o trauma infantil, a supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (QVSSII).

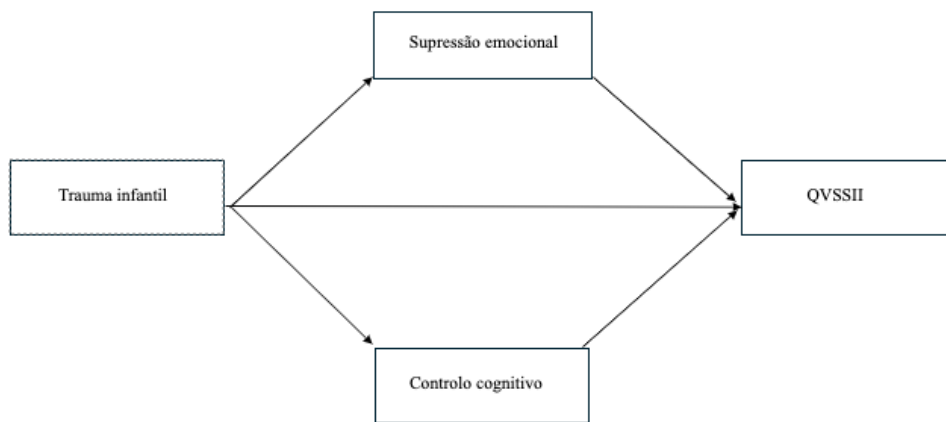
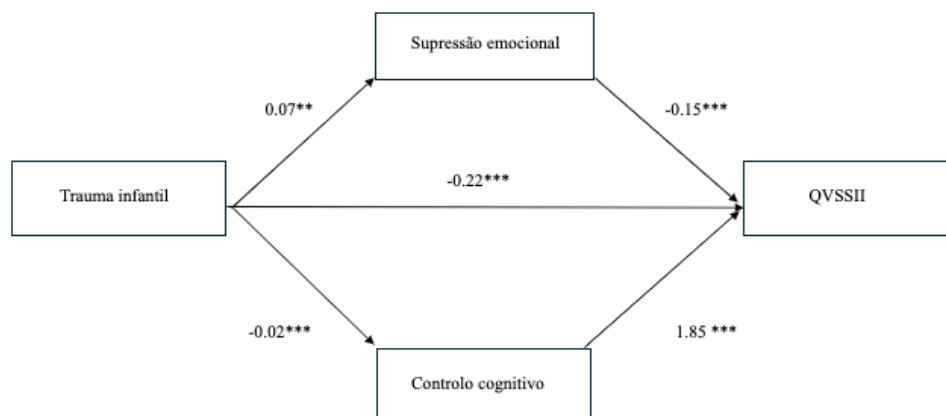


Figura 2

Modelo de mediação paralela entre trauma infantil, supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (QVSSII).



* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Lista de Tabelas

Tabela 1

Variável	Contagem(%)
Sexo	
Feminino	313 (77.9%)
Masculino	89 (22.1%)
Total	402 (100%)
Nacionalidade	
Portuguesa	373 (92.8%)
Brasileira	15 (3.7%)
Cabo-Verdiana	2 (0.5%)
Outros	12 (3%)
Habilitações literárias completas	
Sem estudos	3 (0.7%)
Ensino Secundário incompleto	15 (3.7%)
Ensino Secundário completo	125 (31.1%)
Licenciatura	157 (39.1%)
Mestrado	89 (22.1%)
Doutoramento	13 (3.2%)
Estado civil	
Casado	109 (27.1%)
Solteiro	266 (66.2%)
Divorciado	23 (5.7%)

Viúvo	4 (1%)
<hr/>	
Filhos	
Sim	155 (38.6%)
Não	247 (61.4%)
<hr/>	
Co-habitação	
Familiares	170 (42.3%)
Amigos	1 (0.2)
Colegas de casa	13 (3.2%)
Sozinho	36 (9.0%)
Companheiro(a)	182 (45.3%)
<hr/>	
Estatuto sócio-económico	
Médio-baixo	109 (27.1%)
Médio	266 (66.2%)
Médio-alto	23 (5.7%)
Alto	4 (1%)
<hr/>	
Problemas associados a alimentação	
Sim	86 (21.4%)
Não	316 (78.6%)
<hr/>	
Prática de exercício físico	
Não pratico exercício físico	123 (30.6%)
1 x por mês	43 (10.7%)
1-2 x semana	117 (29.1%)
2-3 x semana	330 (8.2%)
3-4 x semana	55 (13.7%)

5 ou mais x por semana	28 (7%)
Mais de 1 x por dia	3 (0.7%)
<hr/>	
Consumo de álcool	
Não consumo álcool	158 (39.3%)
1-2 x mês	132 (32.8%)
3x mês	46 (11.4%)
1-2 x semana	44 (10.9%)
3-4 x semana	16 (4.2%)
5 ou mais x por semana	3 (0.7%)
Mais de 1 x por dia	2 (0.5%)
<hr/>	
Fumador regular	
Sim	72 (17.9%)
Não	330 (82.1%)
<hr/>	
Doença física crónica	
Sim	106 (26.4%)
Não	296 (73.6%)
<hr/>	
Doença inflamatória intestinal	
Sim	74 (18.4%)
Não	328 (81.6%)
<hr/>	
Doença psicológica	
Sim	77 (19.2%)
Não	325 (80.8%)
<hr/>	
Acompanhamento psicológico	
Sim	124 (30.8%)

Não

278 (69.2%)

Tabela 2

Médias e desvios-padrões para as variáveis o trauma infantil, a supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal.

Variável	M	DP
Trauma infantil	49,11	11,07
Supressão emocional	15,40	5,27
Controlo cognitivo	3,81	0,98
QVSSII	47,14	7,84

QVSSII=Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Tabela 3

Correlações de Pearson entre as variáveis o trauma infantil, a supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal.

Variável	1	2	3	4
1. Trauma infantil	-	0.17**	-0.28**	-0.39**
2. Supressão emocional		-	-0.15**	-0.17**
3. Controlo cognitivo			-	0.37**
4. QVSSII				-

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

QVSSII= Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Tabela 4

Coefficientes de regressão para as variáveis respostas supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal, controlando os efeitos da idade, habilitações literárias e estatuto sócioeconómico.

Resposta: Supressão	<i>b</i>	EP	<i>t</i>	<i>p</i>	IC inferior	IC superior
Constante	12,22	2,08	6,83	0,00	10,13	18,30
Trauma infantil	0,07	0,02	3,02	0,00	0,02	0,12
Idade	0,02	0,02	1,17	0,24	-0,01	0,06
Habilitações literárias	-0,92	0,28	-3,31	0,00	-1,47	-0,37
Estatuto sócioeconómico	0,27	0,46	0,58	0,56	-0,63	1,17
Resposta: Controlo cognitivo						
Constante	4,6	0,38	12,16	0,00	3,85	5,34
Trauma infantil	-0,02	0,00	-5,66	0,00	-0,03	-0,01
Idade	0,01	0,00	2,80	0,00	0,00	0,02
Habilitações literárias	0,03	0,05	0,61	0,54	-0,07	0,13
Estatuto sócioeconómico	-0,05	0,08	-0,57	0,57	-0,21	0,11
Resposta: QVSSII						
Constante	54,55	3,49	15,63	0,00	47,69	61,4
Trauma infantil	-0,22	0,03	-6,83	0,00	-0,29	-0,16
Supressão	-0,15	0,07	-2,28	0,02	-0,29	-0,02
Controlo cognitivo	1,85	0,37	4,94	0,00	1,11	2,59
Idade	0,04	0,03	1,67	0,09	-0,01	0,10
Habilitações literárias	-0,90	0,38	-2,37	0,02	-1,65	-0,15

Estatuto sócioeconómico	0,48	0,62	0,78	0,44	-0.73	1,69
-------------------------	------	------	------	------	-------	------

E.P.=Erro padrão; IC= Intervalo de confiança

QVSSII= Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Tabela 5

Estimativas bootstrapped para os efeitos direto e indirectos.

Efeitos	Efeito	EP	IC inferior	IC superior
Efeito direto				
Trauma infantil → QVSSII	-0,22	0,03	-0.29	-0.16
Efeitos indirectos				
Total	-0.05	0,01	-0.08	-0.03
Trauma infantil → Supressão → QVSSII	-0.01	0,01	-0.03	-0.00
Trauma infantil → Controlo cognitivo → QVSSII	-0.04	0,01	-0.07	-0.02

EP=Erro padrão; I.C.= Intervalo de confiança.

QVSSII= Qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal

Instrumentos/elementos de recolha de dados

Questionário Sócio-Demográfico

1. Indique o seu sexo biológico
 - Feminino
 - Masculino

1. Indique a sua idade: _____ (em anos)

2. Qual é a sua nacionalidade?
 - Português
 - brasileiro
 - cabo-verdiano
 - angolano
 - Outra, qual? _____

3. Quais são as suas habilitações literárias?
 - Sem Estudos
 - Ensino Secundário incompleto
 - Ensino Secundário completo
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro, qual? _____

4. Qual é o seu estado civil?
 - Casado/a com registo
 - Solteiro/a
 - Divorciado/a
 - Viúvo/a

5. Tem filhos?
 - Sim
 - Não

6. No momento atual, com quem vive?
 - Familiares
 - Amigos/as
 - Colegas de casa
 - Sozinho/a
 - Com companheiro/a e/ou esposo/a

7. Qual é o estatuto socioeconómico que o seu agregado familiar integra?
 - Nível Médio-Baixo
 - Nível Médio

- Nível Médio Alto
- Nível Alto

Estilo de Vida e História Médica

1. Com que regularidade pratica atividade física?
 - Não pratico atividade física
 - Mensalmente
 - 1 - 2 vezes por semana
 - 3 - 4 vezes por semana
 - 5 ou mais vezes por semana
 - Mais do que 1 vez por dia

1. Tem algum problema físico limitante da prática de exercício?
 - Sim
 - Não

2. Se respondeu que sim na questão anterior, por favor, indique qual? Se respondeu não, basta colocar "nenhum"

3. Tem algum problema com a sua nutrição ou alimentação?
 - Sim
 - Não

4. Se respondeu que sim na questão anterior, por favor, indique qual? Se respondeu não, basta colocar "nenhum"

5. É fumador regular?
 - Sim
 - Não

6. Em média, quantos cigarros fuma por dia? Se não é fumador regular, basta colocar "0".

7. Consome álcool com que regularidade?
 - Não consumo álcool
 - 1 - 2 vezes por mês
 - 3 vezes por mês
 - 1 - 2 vezes por semana
 - 3 - 4 vezes por semana
 - 5 ou mais vezes por semana
 - Mais do que 1 vez por dia

8. Tem alguma doença crônica física diagnosticada pelo médico?

- Sim
- Não

9. Tem alguma doença psicológica/mental diagnosticada pelo médico?

- Sim
- Não

10. Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- Sim
- Não

11. Tem alguma doença inflamatória intestinal diagnosticada por um médico?

- Sim
- Não

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Questionário de Trauma de Infância

Instrução:

Encontra abaixo um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor, classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida.

	1-NUNCA	2-POUCAS VEZES	3-ÀS VEZES	4-MUITAS VEZES	5-SEMPRE
Na minha infância e juventude...					
1. Eu não tinha comida suficiente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
2. Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
3. As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
4. Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
5. Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
6. Tinha que usar roupas sujas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
7. Senti-me amado(a).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre

8.	Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
9.	Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
10	A minha família parecia quase perfeita.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
11	Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
12	Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
13	As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
14	Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
15	Acredito que fui fisicamente maltratado.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
16	Tive uma ótima infância.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
17	Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
18	Sentia que na minha família alguém me odiava.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
19	As pessoas da minha família eram unidas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
20	Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
21	Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre

22	Tive a melhor família do mundo.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
23	Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
24	Alguém me assediou.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
25	Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
26	Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
27	Acredito que fui abusado sexualmente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
28	A minha família foi uma fonte de força e apoio.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre

Questionário de regulação das emoções (ERQ) - Gross & John

Instrução:

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua vida emocional, em particular, sobre como controla (ou seja, regula e gere) as suas emoções. As perguntas abaixo envolvem dois aspetos distintos da sua vida emocional. Um é a sua experiência emocional, ou o que sente por dentro. O outro é a sua expressão emocional, ou como demonstra as suas emoções na forma como fala, gesticula ou se comporta. Embora algumas das perguntas a seguir possam parecer semelhantes entre si, diferem de maneiras importantes. Para cada item, por favor, responda usando a seguinte escala:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

1=discordo totalmente

4= neutro

7=concordo plenamente

1. ____ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou divertimento), mudo o que estou a pensar.
2. ____ Eu guardo as minhas emoções para mim.
3. ____ Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva), mudo o que estou a pensar.

4. ____ *Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.*
5. ____ *Quando me deparo com uma situação stressante, faço-me pensar sobre ela de uma forma que me ajuda a manter a calma.*
6. ____ *Eu controlo as minhas emoções não as expressando.*
7. ____ *Quando quero sentir mais emoções positivas, mudo a forma como estou a pensar sobre a situação.*
8. ____ *Eu controlo as minhas emoções mudando a forma como penso sobre a situação em que estou.*
9. ____ *Quando estou a sentir emoções negativas, certifico-me de não as expressar.*
10. ____ *Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar*

CCFQ_Cognitive Control and Flexibility Questionnaire

O propósito deste questionário serve para determinar o que geralmente pensa/sente/faz quando eventos causadores de stress lhe provocam pensamentos e emoções negativas. Obviamente que poderá agir de forma diferente dependendo da situação, mas tente pensar no que geralmente pensa/sente/faz quando se encontra stressado(a) ou aborrecido(a), utilizando a escala que de seguida se apresenta. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Geralmente, em situações de stress...

1= Discordo Totalmente; 2= Discordo Fortemente; 3=Discordo; 4=Nem concordo, nem discordo;
5=Concordo; 6=Concordo Fortemente; 7=Concordo Totalmente

1. Eu pondero muitas opções antes de escolher como agir.
2. Eu sinto que perco o controlo sobre os meus pensamentos e emoções.
3. Eu abordo a situação de vários ângulos.
4. É difícil libertar-me de pensamentos ou emoções intrusivas.
5. Eu considero a situação sob vários pontos de vista antes de responder.
6. Eu dedico tempo para pensar em várias maneiras de lidar melhor com a situação, antes de agir.
7. Eu tenho facilidade em pôr de lado pensamentos ou emoções desagradáveis.
8. É fácil para mim ignorar pensamentos que me distraem.
9. Eu sou capaz de pensar em várias opções para lidar com a situação, antes de decidir como reagir.
10. Eu dedico algum tempo para ver as coisas de diferentes perspetivas antes de reagir.
11. Eu distraio-me facilmente com pensamentos ou sentimentos perturbadores.

12. Eu dedico algum tempo a pensar em mais do que uma forma de resolver o problema.
13. Eu controlo os meus pensamentos e sentimentos colocando a situação em contexto.
14. Eu consigo manter o controlo dos meus pensamentos e emoções.
15. Eu tenho dificuldade em gerir as minhas emoções.
16. Os meus pensamentos e emoções interferem na minha capacidade de concentração.
17. Eu faço a gestão dos meus pensamentos ou sentimentos reformulando a situação.
18. É-me difícil desviar a minha atenção de pensamentos ou sentimentos negativos.

IBDQ Intestinal Bowel Disease Questionnaire

Por favor, leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação a sintomas de dor/mau-estar intestinal que possa ter sentido nas últimas duas semanas:

- 1. Nas últimas 2 semanas, com que frequência é que a sensação de cansaço ou exaustão foi um problema para si?**

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4- algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []

- 2. Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve de adiar ou cancelar um evento social devido a sintomas de dor/mau estar intestinal?**

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4-algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []

- 3. Nas últimas 2 semanas, quantifique a dificuldade que teve em realizar atividades de lazer ou desportivas de que gosta, devido a sintomas de dor/mau estar intestinal.**

1-Extrema dificuldade, impossível realizar as atividades []; 2-muita dificuldade []; 3-bastante dificuldade []; 4-alguma dificuldade []; 5-pouca dificuldade []; 6-praticamente nenhuma dificuldade []; 7-nenhuma dificuldade, sem limitações de pratica desportiva e atividades de lazer []

- 4. Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu incomodado com dor/mau estar abdominal?**

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4-algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []

- 5. Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu deprimido ou desmotivado?**

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4-algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []

6. De uma forma geral, nas últimas 2 semanas, quão problemática foi para si a flatulência?

1-Problema major []; 2-grande problema []; 3-problema significativo []; 4-algum incómodo []; 5-pequeno incómodo []; 6-praticamente nenhum incómodo []; 7-não foi problema []

7. De uma forma geral, nas últimas 2 semanas, quão problemática foi a manutenção do seu peso ideal?

1-Problema major []; 2-grande problema []; 3-problema significativo []; 4-algum incómodo []; 5-pequeno incómodo []; 6-praticamente nenhum incómodo []; 7-não foi problema []

8. Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu relaxado?

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4-algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []

9. Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu incomodado com a sensação de ter de ir à casa de banho, mesmo não tendo dejeções?

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4-algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []

10. Nas últimas 2 semanas, com que frequência se sentiu irritado como resultado de dor/mau estar intestinal?

1-Sempre []; 2-maior parte do tempo []; 3-uma boa parte do tempo []; 4-algumas vezes []; 5-poucas vezes []; 6-raramente []; 7-nunca []