

Ana Santos



Depressão, ansiedade e stresse em estudantes de enfermagem

IPV - ESSH | 2015

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Cláudia Albuquerque Almeida Santos Oliveira

**Depressão, ansiedade e stresse em estudantes de enfermagem**

Janeiro, 2015

Ana Cláudia Albuquerque Almeida Santos Oliveira

**Depressão, ansiedade e stresse em estudantes de enfermagem**

**Tese de Mestrado**

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Cláudia Chaves

Professor Doutor João Carvalho Duarte



“O segredo da vida não está em fazer o que se quer, mas querer o que se faz!”

Josemaria Escrivá



## **Agradecimentos**

Manifesto a minha gratidão à Professora Doutora Cláudia Chaves, orientadora desta tese, pela confiança demonstrada, por todas as aprendizagens gratificantes que me permitiu alcançar, pautadas por uma simplicidade e sabedoria extremas que muito estimo e admiro.

Agradeço ao Professor Doutor João Duarte, coorientador desta tese, por toda a disponibilidade, ajuda, e simpatia que sempre demonstrou de um modo amigo e estimulante!

Agradeço a todos os participantes neste estudo pela disponibilidade e cooperação tendo tornado possível a sua realização!

Ao meu marido Rogério, amado e amigo, pelo apoio que me deu, mas principalmente, pelo que não recebeu!

Aos meus filhos, Afonso e Samuel, razão pela qual luto diariamente, a quem amo incondicionalmente!

À minha mãe, Augusta, exemplo de simplicidade e altruísmo, senhora de um coração imenso como o céu!

Ao meu pai, Luís, pelo exemplo de honestidade, trabalho e dedicação!

Aos meus irmãos, Nuno, Margarida e Miguel, por todo o apoio em cada fase tão difícil da minha vida, em que longe estão sempre tão perto!

A Deus, que me ilumina nesta caminhada, que me inspira e auxíia sem limites, por estar sempre presente na minha vida... sem pedir nada em troca!

A todos aqueles que me fazem acreditar todos os dias que vale a pena ser enfermeira, investindo nesta árdua tarefa sempre mais e melhor!

Muito obrigada!



## Resumo

**Enquadramento** – As dificuldades sentidas no curso de enfermagem traduzem-se em estados de ansiedade, stresse e depressão.

**Objetivos** – Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que interferem no stresse, ansiedade e depressão dos estudantes de enfermagem; analisar a relação entre as variáveis de contexto psicológico e sonolência diurna com o stresse, ansiedade e depressão.

**Material e Método** – Estudo transversal, descritivo correlacional realizado numa amostra não probabilística por conveniência. Recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica e académica e às escalas de Ansiedade Depressão e Stresse; Escala de Sonolência de Epworth; Inventário de Personalidade de Eysenck – versão curta e Escala de Bem-Estar Subjetivo.

**Resultados** – Dos 403 estudantes de enfermagem, 86.0% do sexo feminino, 38.5% com idade  $\leq$  20 anos, 86.1% são solteiros, 59.1% residem na cidade, 53.8% coabitam com os familiares, 28.0% frequentam o quarto ano. Estudantes solteiros/divorciados do 1º e 2º anos, residentes no meio rural, sem atividade remunerada e sem bolsa apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stresse. Quanto mais bem-estar negativo e neuroticismo maior é a ansiedade e o stresse nos estudantes de enfermagem, os que apresentam bem-estar positivo, neuroticismo e extroversão manifestam menor depressão. Há relação entre a depressão, ansiedade, stresse e sonolência diurna, destacando-se os participantes sem sonolência diurna.

**Conclusão:** A idade, o estado civil, o ano que frequentam, a zona de residência interferem na depressão, ansiedade e stresse dos estudantes de enfermagem e há relação entre as variáveis de contexto psicológico e sonolência diurna, com variáveis dependentes.

**Palavras-chave:** Estudantes de enfermagem; Depressão; Ansiedade; Stresse; Personalidade.



## **Abstract**

**Background:** The difficulties experienced in the course of nursing translate into states of anxiety, stress and depression.

**Objectives** - Identify the sociodemographic and academic variables that interfere with stress, anxiety and depression of nursing students; analyze the relationship between the psychological context variables and daytime sleepiness with stress, anxiety and depression.

**Material and Methods:** Cross-sectional study, descriptive and correlational conducted on a non probabilistic convenience sample. Appealed to the questionnaire of sociodemographic and academic characterization and scales of Anxiety Depression and Stress; Epworth Sleepiness Scale; Eysenck Personality Inventory - short version and Subjective Well-Being Scale.

**Results** - Of the 403 nursing students, 86.0% female, 38.5% aged  $\leq 20$  years, 86.1% were single, 59.1% live in the city, 53.8% live with their family, 28.0% attend the fourth year. Students single / divorced the 1st and 2nd years, residents in rural areas, unemployed and without purse activity have higher levels of depression, anxiety and stress. The more negative well-being and higher neuroticism is anxiety and stress in nursing students, those with positive well-being, neuroticism and extroversion manifest minor depression. There is a relationship between depression, anxiety, stress and daytime sleepiness, highlighting the participants without daytime sleepiness.

**Keywords:** Nursing students; depression; anxiety; stress; Personality.



## Índice

<b>Introdução</b> .....	17
<b>1. Metodologia</b> .....	29
1.1. Métodos.....	29
1.2. Participantes.....	32
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	33
1.2.2. Caracterização académica da amostra.....	36
1.3. Instrumentos.....	37
1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e académica.....	38
1.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)..	38
1.3.3. Escala de Sonolência de epworth (ESSE).....	44
1.3.4. Escala de Bem Estar Subjetivo de nome original “Positive And Negative Affect Schedule” (PANAS).....	46
1.3.5. Inventário de Personalidade de Eysenk (IPE).....	51
1.4. Análise de dados.....	55
1.5. Procedimentos éticos.....	58
<b>2. Resultados</b> .....	59
2.1. Análise descritiva.....	59
2.2. Análise inferencial.....	63
<b>3. Discussão</b> .....	79
3.1. Discussão Metodológica.....	79
3.2. Discussão de Resultados.....	80
<b>4. Conclusão</b> .....	85
<b>Referências bibliográficas</b> .....	89
<b>Anexos</b> .....	95
Anexo I – Pedido de Parecer à Comissão de Ética	
Anexo II - Instrumento de Recolha de dados	



## Índice de Tabelas

Tabela 1 -	Estatísticas relativas à idade segundo o sexo.....	33
Tabela 2 -	Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo.....	35
Tabela 3 -	Caracterização acadêmica da amostra em função do sexo.....	36
Tabela 4 -	Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).....	40
Tabela 5 -	Consistência interna por subescalas da escala de ansiedade, depressão e stresse.....	41
Tabela 6 -	Comparação dos valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e stresse.....	42
Tabela 7 -	Correlação de Pearson entre os itens e as subescalas depressão, ansiedade e stresse.....	43
Tabela 8 -	Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse.....	43
Tabela 9 -	Consistência interna dos itens da Escala de Sonolência de Epworth..	45
Tabela 10 -	Comparação dos valores de alfa de Cronbach para a Escala de Sonolência de Epworth.....	45
Tabela 11 -	Correlação dos itens com o fator global.....	46
Tabela 12 -	Consistência Interna da escala do bem estar subjetivo.....	48
Tabela 13 -	Alfas de cronbach por subescala da escala do bem estar subjetivo...	49
Tabela 14 -	Comparação dos alfa de Cronbach por fatores da escala do bem estar subjetivo.....	49
Tabela 15 -	Correlação dos itens com as subescalas e escala do bem estar subjetivo.....	50
Tabela 16 -	Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e escala do bem estar subjetivo.....	50
Tabela 17 -	Estrutura fatorial da escala do bem estar subjetivo.....	51
Tabela 18 -	Consistência Interna dos itens da Escala da Personalidade de Eysenck.....	53
Tabela 19 -	Alfas de cronbach por subescala da Escala da Personalidade de Eysenck.....	54
Tabela 20 -	Comparação dos alfas de Cronbach por subescalas da Escala da Personalidade de Eysenck.....	54
Tabela 21 -	Correlação dos itens com as subescalas e escala global da Personalidade de Eysenck.....	55

Tabela 22 -	Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a personalidade.....	55
Tabela 23 -	Estatísticas descritivas relativas ao bem-estar subjetivo.....	59
Tabela 24 -	Influência do sexo no bem-estar subjetivo.....	60
Tabela 25 -	Influência da idade no bem-estar subjetivo.....	60
Tabela 26 -	Estatísticas relativas à sonolência diurna em função do sexo.....	61
Tabela 27 -	Sonolência diurna e sexo.....	61
Tabela 28 -	Estatísticas descritivas relativas à personalidade.....	61
Tabela 29 -	Estatísticas descritivas relativas à extroversão e sexo.....	62
Tabela 30 -	Relação entre o sexo e a personalidade.....	62
Tabela 31 -	Relação a idade e a personalidade.....	63
Tabela 32 -	Estatísticas descritivas relativas à depressão, ansiedade e stresse....	63
Tabela 33 -	Teste de UMW entre sexo e depressão, ansiedade e stresse.....	64
Tabela 34 -	Influência do estado civil na depressão, ansiedade e stresse.....	64
Tabela 35 -	Análise de variância entre idade e depressão, ansiedade e stresse...	65
Tabela 36 -	Influência da zona de residência na depressão, ansiedade e stresse.....	65
Tabela 37 -	Influência da coabitação na depressão, ansiedade e stresse.....	66
Tabela 38 -	Influência das habilitações literárias do pai na depressão, ansiedade e stresse.....	66
Tabela 39 -	Influência das habilitações literárias da mãe na depressão, ansiedade e stresse.....	66
Tabela 40 -	Influência fratria na depressão, ansiedade e stresse.....	67
Tabela 41 -	Influência do ano em que está inscrito na depressão, ansiedade e stresse.....	67
Tabela 42 -	Influência do estatuto de bolseiro na depressão, ansiedade e stresse.....	68
Tabela 43 -	Influência da atividade remunerada na depressão, ansiedade e stresse.....	68
Tabela 44 -	Influência da atividade remunerada na depressão, ansiedade e stresse.....	69
Tabela 45 -	Relação entre a depressão, ansiedade e stresse e sonolência diurna .....	69
Tabela 46 -	Relação entre depressão e variáveis independentes.....	70
Tabela 47 -	Total da ansiedade e variáveis independentes.....	72
Tabela 48 -	Correlação de Pearson entre o stresse e variáveis independentes....	74

## Índice de Quadros

Quadro 1 -	Conceções e definições de stresse segundo diversas perspetivas, modelos e autores.....	21
Quadro 2 -	Regressão múltipla entre a depressão e as variáveis independentes.....	71
Quadro 3 -	Regressão múltipla entre a ansiedade e as variáveis independentes.....	73
Quadro 4 -	Regressão múltipla entre o stresse e variáveis independentes.....	75
Quadro 5 -	Trajétórias do modelo inicial e rácios críticos.....	76
Quadro 6 -	Trajétória do modelo final e coeficientes Beta.....	77



## Índice de Figuras

Figura 1 -	Modelo concetual do estudo.....	32
Figura 2 -	Representação esquemática da regressão múltipla entre a depressão e variáveis independentes .....	71
Figura 3 -	Representação esquemática da regressão múltipla entre a ansiedade e variáveis independentes.....	73
Figura 4 -	Representação esquemática da regressão múltipla entre o stresse e variáveis independentes.....	75
Figura 5 -	Output gráfico do modelo inicial.....	77
Figura 6 -	Output gráfico ajustado da relação entre as variáveis preditoras com as variáveis dependentes.....	78



## **Introdução**

Muitos são os estudantes que ambicionam entrar no ensino superior, assumindo-se esta fase como uma das etapas mais aliantes e stressantes das suas vidas. Depois de muitos anos num nível de ensino menos exigente, surge uma transformação no método de ensino, que conduz, inevitavelmente, a uma transformação do estudante. A transição do ensino secundário para o ensino superior desempenha um papel basilar na formação da personalidade dos estudantes, porque novos desafios se apresentam, impondo uma adaptação a novos papéis, novos contextos, novas rotinas e, principalmente, novas responsabilidades. Para um número significativo de estudantes, ser universitário equivale ao momento em que deixam a casa parental e passam a morar com outros estudantes ou sozinhos. Ao nível académico as alterações são inúmeras, resultando num esforço por parte do estudante de modo a ajustar-se e integrar-se a nível académico, pessoal, social e afetivo. Uma má adaptação ao ensino superior pode resultar em efeitos negativos na saúde física e psicológica dos estudantes (Tavares, 2012).

Ao iniciar o curso, o estudante de enfermagem depara-se com um ambiente diferente, muitas vezes, distante do seu contexto familiar e social; a necessidade de adaptação às novas exigências e requisitos académicos podem resultar em alterações neuroendócrinas do stresse (Costa & Polak, 2009).

O presente estudo assume-se como um contributo para o conhecimento da depressão, ansiedade e stresse nos estudantes de enfermagem, dando-se especial atenção às características sociodemográficas, académicas, de contexto psicológico e sonolência diurna.

De modo a compreender a multidimensionalidade do tema em estudo, começa-se por abordar a personalidade, que apresenta diversificadas definições, com uma heterogeneidade de construtos, o que implica estudar o sujeito como um todo.

A personalidade assume-se como um dos conceitos mais intrigantes no âmbito da Psicologia, podendo ser definida como um conjunto de padrões rígidos de sentimentos, pensamentos e comportamentos de cada indivíduo (Martins & Lopes,, 2010). Os mesmos autores referem que divergentes linhas teóricas expõem várias explicações acerca do tema, expondo argumentos que vão do passado biológico da espécie até aos fatores inconscientes.

Existem autores que propõem uma definição centralizadora de personalidade, afirmando que a mesma representa as características da pessoa que estão na base da explicação de padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos. Os mesmos autores referem que é de particular interesse a maneira como esses pensamentos, sentimentos e comportamentos se relacionam entre si para formar o indivíduo singular (Pervin & John, 2011).

A personalidade é uma identidade exclusiva que traduz a forma como uma pessoa pensa, reflete, age e se comporta em diferentes situações. Esta definição dá também ênfase às bases biológicas (Allport, 1937, cit. por Rebelo & Leal, 2007). Assim, a personalidade é a organização mais ou menos firme da inteligência e da dimensão física de um sujeito (Rebelo & Leal, 2007). Esta definição aproxima-se da abordagem que a psicologia diferencial faz da personalidade que é o modo de ser de cada indivíduo como ser distinto de todos os outros.

Neste âmbito, há a salientar o conceito de traço que comporta alguma maleabilidade uma vez que se adapta às diretrizes teóricas e experimentais, estando ligado à procura de uma taxinomia da personalidade e à emergência do Modelo dos Cinco Fatores (Rebelo & Leal, 2007). Os traços de personalidade podem ser identificados através das seguintes expressões: “dependente”, “isolado”, “arrogante” ou “extrovertido”, sendo conceituados como a expressão manifesta de estruturas subjacentes designadas por esquemas (Beck, Freeman & Davis, 2005). Por sua vez, ainda segundo os mesmos autores, os padrões comportamentais que se atribuem aos traços (honesto, tímido, comunicativo), representam as estratégias interpessoais desenvolvidas a partir da interação entre os padrões genéticos e o ambiente.

A ansiedade é traduzida por um medo generalizado associado à apreensão, à preocupação e à antecipação de situações tidas como assustadoras. Apresenta uma miríade de sintomas e de comportamentos subjetivos que resultam numa síndrome que pode ser considerada como doença ou, pelo menos, como patológica (Graziani, 2010).

A ansiedade não pode ser vista como algo de negativo, pois muitas vezes ela facilita a adaptação, ou seja, mobiliza os recursos físicos e psicológicos para ajudar a enfrentar aquilo que ameaça o indivíduo, podendo ter consequências benéficas e facilitar o desenvolvimento psicológico (Graziani, 2010).

É normal um certo grau de ansiedade no quotidiano, tornando-se, muitas vezes, útil na medida em que ajuda a pessoa a sentir-se estimulada e a agir. A ansiedade é uma parte normal de resposta a situações ameaçadoras ou desafiadoras.

No entanto, se for vivida de uma forma intensa, persistente e desadequada pode afetar negativamente a vida diária e o funcionamento social e ocupacional do indivíduo (Montgomery, 2011).

É útil fazer-se a distinção entre a ansiedade normal e a ansiedade anormal. Esta distinção, segundo Hallstrom e McClure (2010), é possível através de três fatores: 1) o nível, em algumas situações é normal um certo nível de ansiedade, mas se este nível é muito intenso e o ultrapassa, é considerado como anormal; 2) é a explicação que se dá para a ansiedade. Se não houver é considerada como anormal. O último fator mencionado por este autor são as consequências. Se estas forem negativas são consideradas ansiedade anormal.

A ansiedade é parte integrante “da condição humana, do instinto de preservação. Porém, tem sido tema para vários debates porque atinge muitas pessoas de forma patológica, causando-lhe sofrimento e doenças físicas e psíquicas. Assim, a ansiedade é o sentimento de temor face a algo” (Correia, 2012, p. 32).

A ansiedade foi considerada como uma emoção revestida de ambiguidade (da informação disponível) ou a incerteza (o estado psicológico consequente) (Correia, 2012). Assume-se como “transversal à maioria das perturbações patológicas: surge como consequência de um défice psicológico, de um comportamento aditivo, de um conflito intrapsíquico ou da dificuldade em interpretar os acontecimentos” (Correia, 2012, p. 33). Deste modo, ainda na opinião da mesma autora, consubstanciada em Lazarus, uma ansiedade elevada pode ser despoletada pela perceção de um perigo eminente às estruturas identitárias do sujeito ou a partir de uma forte crise existencial, contendo duas faces: a psicológica e a somática. A parte psicológica é influenciada pela personalidade, sendo variável de pessoa para pessoa, e abrange os indícios de preocupação, sentimentos de pressão, frustração e preocupações acerca do fracasso. A parte somática pode ser variável em gravidade e ser descrita pela própria pessoa, o que abarca vários sintomas, nomeadamente: sentir-se apertado e inquieto, aumento da frequência cardíaca e dores de estômago (Correia, 2012).

A mesma autora refere ainda que a ansiedade é uma reação emocional, com sentimentos de tensão, preocupação, nervosismo, pensamentos desagradáveis e transformações fisiológicas. É um processo emocional que tem como característica própria o estado de alerta, a impressão de ameaça e de receio, o que leva à perda de controlo da situação, resultando em mudanças somáticas, fisiológicas e bioquímicas, que se refletem no comportamento e no sistema nervoso autónomo.

No que se refere ao stresse este tem vindo a evoluir ao longo de mais de dois mil anos e a revelar-se uma das principais áreas de preocupação e investigação nos últimos tempos, quer pelo público em geral quer pela comunidade científica (Gonçalo, Gomes, Barbosa & Afonso, 2010).

É possível escrutinar diversas significações de stresse, como referem Sacadura-Leite e Uva (2010), sendo as mais destacáveis as que o encaram como uma resposta a alterações ambientais (danos no organismo, resultado de extremas mudanças de temperatura corporal), ou como uma resposta psicológica como consequência de uma incapacidade de lidar com os problemas. Similarmente à posição adotada pelos autores supramencionados, existem duas grandes perspetivas na conceptualização deste construto. Em primeira instância, Sacadura-Leite e Uva (2010) consideram que persiste a perspetiva fisiológica segundo a qual o stresse é um fenómeno essencialmente biológico e orgânico, colocando a tónica nos processos de homeostase, assumindo o organismo o papel de responder às condições adversas que ameaçam o seu equilíbrio interno. Deste modo, encara-se o stresse como um rol de acontecimentos percecionados pelo indivíduo como ameaçadores, conduzindo a situações e sentimentos de tensão.

De acordo com a perspetiva psicológica, o stresse é encarado como um processo resultante da interpretação que o indivíduo faz de determinada situação ou acontecimento e posterior avaliação do seu grau de ameaça (Machado & Lima, 2008). Assim, e em consonância com os mesmos autores, a dimensão psicológica é acrescentada, descurando o acontecimento stressante em si para dar importância à forma como a pessoa percebe esse mesmo acontecimento. Estão bem patentes nesta perspetiva as interações e ajustamentos consideradas transações, constantes, entre a pessoa e o meio e o facto de se influenciarem mutuamente.

Quando se propõe analisar um construto de tamanho impacto, é de esperar que surjam diversos modelos no sentido de o clarificar (Ogden, 2004) e consequentemente, emanem deles um rol de definições. Relativamente ao stresse, os modelos que aprazem clarificá-lo regulam-se segundo duas grandes perspetivas, referidas anteriormente, que se referem ao stresse enquanto estímulo-resposta ou enquanto processo (cf. Quadro 1).

Quadro 1. Concepções e definições de stresse segundo diversas perspetivas, modelos e autores

Perspetivas	Modelos/ Autores	Concepções e definições de Stress
<b>Fisiológica (perceção do stress enquanto estímulo- resposta)</b>	Modelo de “fight-or-flight” (luta ou fuga)  Cannon (1871)	Este modelo aborda o stress como um estímulo, o qual pode provocar alterações na homeostase (estado de equilíbrio) do organismo que resultam em respostas de “fight –or-flight” (luta ou fuga). Como consequência, estas respostas podem conduzir ou a uma melhor adaptação ao meio ou levar a efeitos negativos para a saúde do indivíduo, se prolongada no tempo. Deste modo, o stresse é então considerado como o conjunto de todas as ameaças ou perigos que afetam de tal forma o organismo, que o levam ao ponto de alterar o seu equilíbrio.
	Modelo de Selye (1956)	Dedicando praticamente 50 anos de estudo a este conceito, este autor adaptou o conceito de stresse dos físicos, tratando-se de um fenómeno biológico e orgânico, definindo-o como uma resposta inespecífica e generalizada do organismo às pressões, quer internas, quer externas. Referiu-se a esta mobilização de energia como o “síndrome de adaptação geral” - S.A.G-responsável por assegurar a sua sobrevivência e é desta forma que o conceito de stresse começa a ser popular e medicamente aceite.
<b>Fisiológica (perceção do stress enquanto estímulo- resposta)</b>	Modelo de Mason (1975)	No seu modelo, Mason faz a analogia entre o stresse e agentes patogénicos (bactérias e vírus), afirmando que nem todos os organismos expostos ao vírus desenvolvem a doença. Segundo este autor, a exposição ao stressor pode não desencadear alterações fisiológicas no organismo, dependendo essa condição da natureza do agente patogénico e das capacidades do indivíduo responder à infeção. O stresse é, segundo a perspetiva deste autor, uma reação de estímulo-resposta, sendo desta forma ignorados os indutores de stresse internos. Ao indivíduo cabe somente responder de forma automática ao mundo externo, não tendo o poder de alterar as situações indutoras de stresse.
<b>Psicológica (perceção do stress enquanto processo)</b>	Modelo Transacional de stress  Lazarus e Folkman (1984)	Segundo este modelo, quando o indivíduo é confrontado com um estímulo proveniente do meio, avalia-o em primeira instância como sendo ou não de natureza stressante. Consequentemente, são também avaliadas as suas capacidades para lidar com essa situação e caso se trate de um estímulo indutor de stresse são ativados os recursos necessários para voltar à homeostase. Assim, o stresse ocorre quando há um desequilíbrio entre as exigências do meio e os recursos que o indivíduo possui para com elas lidar, de tal forma que podem ser identificadas mudanças no indivíduo e nos seus níveis de bem-estar psicológico. Em suma, o stresse surge de interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais entre o indivíduo e o meio, denominadas transações, em que há a perceção que existe uma discrepância entre as exigências do meio e os recursos que o indivíduo possui a nível biológico, psicológico ou social para com elas lidar e se adaptar.

Fonte: (Frasquilho, 2005; Malagris & Fiorito, 2006; Pinto & Chambel, 2008; Vaz-Serra, 2007).

Através da análise da Quadro 1, verifica-se que o stresse não surge como conceito único, mas antes é referenciado tendo em conta diversos fatores, nomeadamente psíquicos, fisiológicos e ambientais, que estão em interação e sobre os quais, os vários autores que se debruçam sobre esta temática, tecem considerações à medida que se aproximam mais de uma perspetiva e/ou modelo em detrimento de outro.

O termo stresse está associado a uma conotação negativa, sendo encarado como algo que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo. Segundo esta linha de orientação, um fator ou evento stressante consiste numa situação ou experiência que gera sentimentos de tensão<sup>1</sup>, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa. Todavia, apesar da associação, o stresse não evoca inequivocamente um prejuízo para o indivíduo (Frasquilho, 2005). Este facto é reforçado pelos autores Pais-Ribeiro e Pombeiro (2005) quando defendem que o stresse desde os primórdios desempenha uma função adaptativa, permitindo ao indivíduo integrar-se no mundo. O que efetivamente vai ditar se o stresse é prejudicial ou não são as características individuais (inteligência, tipo de avaliação cognitiva, comportamentos e emoções, personalidade) e os recursos relacionais do indivíduo (Frasquilho, 2005).

O acompanhamento dos estudantes de enfermagem nas atividades teóricas ou nas práticas clínicas permite destacar as dificuldades vivenciadas pelos mesmos. Inúmeras razões podem ser destacadas como fatores de stresse. Na fase de ingresso na universidade, os estudantes deparam-se com um novo ambiente, muitas vezes, diferente e distante do seu contexto de vida (Costa & Polak, 2009). A necessidade de adaptação às novas exigências e obrigações escolares, as responsabilidades sociais e ocupacionais que surgem nesse processo de aprendizagem, a necessidade de melhor organização das tarefas diárias, o convívio com outros colegas e os desafios frequentes quanto às opções profissionais e pessoais, contribuem para o aparecimento de situações de ansiedade e estresse (Costa & Polak, 2009).

Os estudantes que se encontram no final do curso de enfermagem podem experienciar momentos de receio face ao futuro. As exigências do curso, as atividades assistenciais, muitas vezes em doentes em condições críticas, o desafio para garantir o bom desempenho profissional, entre outras, surgem como fontes de stresse e de ansiedade. Além das situações inerentes ao contexto de vida do estudante, como viver sozinho ou com colegas, o mesmo necessita de se adaptar às mudanças que ocorrem

---

<sup>1</sup> Denomina-se tensão ou resposta tensional a resposta psicofisiológica que o indivíduo dá a acontecimentos de vida que são considerados indutores de Stresse (Sarafino, 1994).

nesse período para, assim, garantir melhor êxito nessa etapa da sua formação profissional (Costa & Polak, 2009).

A entrada para o ensino superior constitui uma fase marcante para os estudantes, uma vez que exige ajustes e adaptações para que haja um bom desempenho acadêmico. As mudanças exigidas nessa nova fase, acrescidas do stresse e da ansiedade vivenciada pelos estudantes, podem resultar em estados depressivos (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

A doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica (Wilkinson, Moore & Moore, 2011).

A depressão é considerada como uma entidade clínica que surge do entrecruzamento de fatores predisponentes e precipitantes e se caracteriza por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma modificação das perspectivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo. Os predisponentes referem-se às circunstâncias de natureza genética ou psicológica que propiciam a que uma pessoa venha a apresentar uma depressão. Os precipitantes correspondem às circunstâncias do meio ambiente que são suscetíveis de ativarem as vulnerabilidades genéticas ou psicológicas que o indivíduo apresenta (Furegato, Santos & Silva, 2010). De acordo com os mesmos autores, as causas da depressão são múltiplas, podendo incluir fatores constitucionais do indivíduo: fatores genéticos e neuroquímicos, fatores ambientais, sociais e psicológicos.

Existem certos traços de personalidade que podem predispor a perturbações afetivas. Por exemplo, os estudantes com personalidades ansiosas ou dependentes, com baixa tolerância ao stresse, podem ser acometidos por estados de depressões moderadas (Furegato, Santos & Silva, 2010). As doenças depressivas graves tendem a afetar pessoas convencionais com padrões elevados e traços obsessivos. Não existe uma causa única dos distúrbios depressivos: é mais coerente falar em causas. Há um conjunto dinâmico de razões que favorecem a sua geração ou manutenção (Furegato, Santos & Silva, 2010).

Os critérios de classificação dos transtornos depressivos na juventude são os mesmos dos adultos. As principais diferenças são que o humor do jovem pode ser “irritável” ou “deprimido” e mais reativo (Furegato, Santos & Silva, 2010).

Estudos realizados entre enfermeiros e estudantes de enfermagem registaram manifestações físicas e emocionais de desgaste, queixas sobre as condições de trabalho, dificuldades nas suas relações interpessoais, agravadas pela convivência com o sofrimento e com a dor, dificuldades inerentes à própria vida académica e ao afastamento do núcleo familiar (Saupe, Nietche, Cestan, Giorgi & Krahi, 2004).

Todo o ser humano é um ser biopsicossocial, qualquer alteração ao nível psicológico afeta o indivíduo no seu todo. Tendo em conta que a população alvo deste estudo são os alunos de enfermagem, é importante estudar-se as alterações nos seus padrões físicos ou psicológicos, na medida em que as mesmas podem acarretar um conjunto de transformações, conduzindo a mudanças quer a nível cognitivo, quer a nível social. Assim sendo, a depressão pode interferir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral dos alunos de enfermagem (Furegato, Santos & Silva, 2010).

Faz-se referência a um estudo com uma amostra de estudantes do curso de enfermagem, onde se concluiu que 76% dos estudantes se sentia “sobrecarregado” com as exigências inerentes à sua formação superior; 22% dos estudantes revelaram sentir-se deprimidos, sobretudo devido ao stresse decorrente da conjugação da vida escolar com os ensinamentos clínicos (Bergen-Cico, Possemato & Cheon, 2013). Assim, os autores verificaram que, nos casos de estudantes com depressão diagnosticada, a mesma foi associada a uma diminuição das médias de avaliação, ao absentismo escolar, à diminuição da produtividade académica e a problemas interpessoais significativos na escola.

Outro estudo, com uma mostra de 142 estudantes de enfermagem, com uma média de idades de 21,5, revela que 43,9 % apresentavam sintomas depressivos, tendo como principais causas: a dificuldade em lidar com sentimentos de vulnerabilidade e com o significativo número de informações; com o planeamento da carreira profissional; com o stresse decorrente de certas características dos ensinamentos clínicos; com problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional; com o stresse que está vinculado a características individuais e situações pessoais (vulnerabilidades psicológicas, situação socioeconómica, problemas familiares, situações stressantes representadas pela procura de independência e de autonomia em relação aos pais, conflitos entre os trabalhos académicos e lazer, conflitos associados aos relacionamentos afetivos), além do desgaste ligado ao contacto com pessoas doentes e com a morte (Melissa-Halikiopoulou, Tsigas, Khachatryan & Georgios, 2007). Estes fatores levam à deterioração da saúde mental, manifestada

através da depressão, com perda de energia e de interesse, sentimentos de culpa, dificuldades na concentração, perda de apetite e ideações suicidas.

Numa revisão sistemática da literatura, cujo objetivo consistiu em identificar os sinais e fatores associados à depressão em estudantes de enfermagem e o quanto isso pode afetar a sua aprendizagem, ficou demonstrado que a depressão causa fadiga, prejuízos nas atividades diárias, insónia, irritabilidade, isolamento social (Olher & Polubriaginof, 2012). A associação destes fatores resulta numa menor capacidade de aprendizagem e de atuação dos estudantes durante os ensinamentos clínicos, prejudicando, inclusive, a sua assistência de enfermagem e a sua formação académica e profissional. Sendo assim, os défices causados pela depressão têm um efeito significativo na aprendizagem dos estudantes de enfermagem, resultando também na diminuição de atividades sociais e de lazer, bem como em distúrbios alimentares (Olher & Polubriaginof, 2012).

Faz-se também referência a uma investigação sobre a depressão em estudantes de enfermagem, tendo participado 119 alunos dos quatro anos do curso, cujo instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck (Garro, Camillo & Nóbrega, 2006). Os autores, ao compararem com os alunos do primeiro ano, observaram que os índices maiores de depressão (moderada a grave) recaíram nos estudantes do segundo ano (34,21%) e do quarto ano (42,10%). Este número elevado de estudantes com sintomas depressivos resultou, de acordo com os autores: no caso dos estudantes do segundo ano, do primeiro contacto com os doentes em contexto de ensino clínico no hospital, e muitas vezes com a morte. No que se refere aos estudantes do quarto ano, os mesmos sentem-se despreparados face à saturação do mercado de trabalho, bem como por já serem praticamente profissionais e sentem medo de atuarem sozinhos sem apoio dos supervisores (Garro, Camillo & Nóbrega, 2006). Concluíram que os estudantes dos primeiro e terceiro anos apresentam menos sintomas indicativos de depressão. Quanto aos estudantes trabalhadores, os mesmos autores concluíram que estes apresentaram maior número de sintomas indicativos de depressão, pois vivem de modo intenso e desgastante, devido ao cansaço físico e emocional intenso.

Os estudantes de enfermagem enfrentam vários stressores ao longo da vida universitária, incluindo aqueles que estimulam o desenvolvimento e amadurecimento profissional e aqueles que ameaçam o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida, inclusive, com implicações diretas na sua qualidade de sono (Gibbons, Dempster & Moutray, 2011).

Nesse sentido, na literatura, identificam-se diferentes situações relativas ao âmbito académico, clínico, interpessoal, financeiro e pessoal que são percebidas como stressoras e que, em alguns casos resultam em depressão (Yamashita, Saito & Takao, 2012). No âmbito académico, são apontados como fatores de stresse a realização de provas, a sobrecarga de trabalhos, a entrega de relatórios e o excesso de responsabilidade (Chan, So & Fong, 2009; Yamashita, Saito & Takao, 2012). Ao nível clínico, destacam-se o medo das situações desconhecidas, o uso de termos médicos, o diagnóstico e tratamento dos doentes, a possibilidade de erro na assistência, o manuseio dos equipamentos e a falta de conhecimento e habilidades profissionais (Freitas, 2012). A nível interpessoal, destaca-se a relação com os amigos, professores e profissionais de saúde (Freitas, 2012). No âmbito pessoal, encontra-se a dificuldade para o controlo das emoções, a baixa autoconfiança, a dificuldade de administração do tempo e o medo de emitir opiniões (Altiook & Üstün, 2013). No contexto financeiro, a falta de recursos económicos é um fator desencadeante de stresse identificado por diferentes investigadores (Freitas, 2012).

Destaca-se que as características sociodemográficas desses estudantes, tais como: sexo, idade, estado civil e meios de transporte, são fatores que podem levar à ocorrência do stresse (Benavente, Silva, Higashi, Guido & Costa, 2014).

Acerca dos hábitos de sono, realça-se um estudo transversal com 364 estudantes de enfermagem italianos, tendo sido observado que a alteração do padrão de sono foi frequente, sendo a prevalência de insónia de 26,7%, surgindo o aumento dessa alteração com o avançar da idade dos estudantes (Angelone, Mattei, Sbarbati & Di Orio, 2011). Por outro lado, a exigência das atividades universitárias promove o aumento da ocorrência de alterações na qualidade do sono. Sobre isso, num estudo exploratório descritivo realizado em estudantes do primeiro ano de enfermagem, verificou-se que, após o início das aulas, houve predomínio de má qualidade de sono e indisposição diurna (Furlani & Ceolim, 2005). Um outro estudo longitudinal realizado na Suécia, que analisou o padrão de sono dos estudantes de enfermagem na transição entre o último ano do curso e os três primeiros anos da sua inserção na atividade profissional, comprovou que a má qualidade de sono teve início no último semestre do quarto ano, cuja continuação se prolongou durante os anos da vida laboral analisada (Yeoungsuk, 2012). Atendendo aos resultados destes estudos, verifica-se que a má qualidade do sono dos estudantes de enfermagem ocorre igualmente na fase de transição entre a vida académica e a vida profissional.

No que concerne à relação entre o stresse e a qualidade do sono, numa investigação realizada com estudantes de enfermagem de Taiwan, verificou-se uma

correlação significativa entre o stresse na prática clínica e a qualidade de sono (Costa & Polak, 2009). Ainda, a duração do sono dos estudantes foi, em média, de 5 horas por dia, com relato de má qualidade de sono por 80,9% dos participantes (Costa & Polak, 2009).

Num estudo realizado com alunos do ensino superior, ficou demonstrado que os mesmos apresentavam um mal-estar psicológico, associado ao caráter stressante das exigências que lhes são feitas ao nível pessoal e académico (Fernandes, 2011). As estudantes do sexo feminino manifestavam uma maior vulnerabilidade às dificuldades com que se deparam nesta fase das suas vidas. Embora as estudantes apresentem melhor rendimento académico, estas também mostram piores indicadores de bem-estar psicológico. Os homens parecem sentir-se mais integrados em termos do seu bem-estar psicológico, físico e emocional, do que as mulheres.

Num estudo conduzido por Costa e Leal (2008), os estudantes que saíram do ambiente familiar e passaram a viver sozinhos, após a entrada no ensino superior, tinham tendência para sentirem mais ansiedade e apresentarem mais problemas de isolamento/solidão e irritabilidade, contrariamente aos que continuaram a viver com a família, que mostravam uma melhor adaptação académica em geral, eram mais otimistas, apresentavam uma maior estabilidade afetiva, melhor equilíbrio emocional.

Estudos realizados provam que os estudantes que habitam com amigos/colegas têm uma melhor relação académica fora da sala de aula em comparação com os que vivem sozinhos, o que resulta em sentimentos de aceitação, colaboração e de aprovação mútua (Tavares, 2012). Desta forma, a mesma autora salienta que estes estudantes desenvolvem características de personalidade, como a autoestima, a assertividade e o otimismo, que os ajudarão na vida académica.

Evidencia-se, assim, que os fatores do ambiente académico e algumas variáveis sociodemográficas contribuem para estados de ansiedade, stresse, depressão com interferência no seu bem-estar geral.

Atendendo ao exposto, formulam-se as seguintes questões de investigação:

- Que variáveis sociodemográficas e académicas interferem no stresse, ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem?
- Qual a relação da sonolência diurna e das variáveis de contexto psicológico (personalidade e bem-estar subjetivo) com o stresse, a ansiedade, a depressão em estudantes de enfermagem?

Partindo-se das questões formuladas, procura-se analisar a relação existente entre as diferentes variáveis consideradas pertinentes para o presente estudo. Deste modo, elaborou-se um conjunto de objetivos, através dos quais se pode responder às questões formuladas:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que interferem no stresse, ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem.
- Analisar a relação da sonolência diurna e das variáveis de contexto psicológico (personalidade e bem-estar subjetivo) com o stresse, a ansiedade, a depressão em estudantes de enfermagem.

Por forma a dar resposta às questões e objectivos supra citados, delineamos um “survey” de cariz quantitativa, transversal, descritiva e correlacional. A recolha de dados, processou-se através de um questionário de caracterização sociodemográfica e académica e às escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS) de Lovibond e Lovibond, versão portuguesa de Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004); Escala de Sonolência de Epworth (ESSE) (Santos, Ferreira & Moutinho, 2001); Inventário de Personalidade de Eysenck (IPE) versão curta de Silva et al. (1995) e Escala de Bem-Estar Subjetivo – (PANAS) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais . A primeira respeita à introdução no qual é efectuada a contextualização do problema em estudo, e são apresentados as questões e objetivos.

Na segunda parte apresenta-se o estudo empirico. Está subdividida em quatro capítulos: o primeiro corresponde à metodologia onde se define o método de estudo, participantes, caracterização académica e sociodemográfica da amostra, instrumentos de colheita de dados e análises dos mesmos; no segundo capítulo apresentam-se os resultados, estando estes estruturados em duas partes: começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se a estatística inferencial; no terceiro capítulo será apresentada a discussão dos resultados e, no capítulo final, as conclusões do estudo.

## **1. Metodologia**

Este capítulo é constituído por um conjunto de etapas sequenciadas, onde se incluem uma descrição detalhada de todos os procedimentos necessários para o desenvolvimento da investigação, nomeadamente: método de estudo, participantes, caracterização académica e sociodemográfica da amostra, instrumentos de colheita de dados e análises de dados.

### **1.1. Métodos**

O ambiente universitário, no caso concreto de enfermagem, expõe os estudantes a situações diárias que requerem adaptações, as quais podem ser avaliadas como fatores de risco, designadamente, instabilidade emocional e hábitos de sono, que potencialmente podem interferir no seu bem-estar subjetivo, estando também inerente a personalidade.

Sabe-se que algumas situações, características da formação profissional em enfermagem, podem ser consideradas stressoras, destacando-se os contextos da prática, as diferenças entre o que aprendem na teoria e a realidade com que se defrontam, a submissão a processos de avaliação, cumprimento de uma carga horária semanal extensa e distribuída em turnos, entre outros fatores (Bublitz, Guido, Freitas & Lopes, 2012).

Destaca-se que, ao lidar com os limites da vida humana, alguns estudantes de enfermagem manifestam dificuldades e desenvolvem sentimentos de incapacidade face às atividades exigidas durante a formação profissional, resultando, em muitos casos, em estados de stresse, ansiedade e depressão. Surge, assim, uma situação na qual a instabilidade emocional pode influenciar a avaliação das exigências curriculares e levar os estudantes a considerar o processo de formação stressante (Bublitz, FreitasKirchhof & Lopes, 2012).

Inicia-se uma situação na qual a instabilidade emocional pode tornar os estudantes mais vulneráveis, em conformidade com as suas características pessoais: a idade, o sexo, o estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e personalidade (Monteiro, Freitas & Ribeiro, 2007).

Neste sentido, o desenvolvimento do processo de investigação orientar-se-á no sentido de responder às seguintes questões de investigação:

- Que variáveis sociodemográficas e académicas interferem no stresse, ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem?
- Qual a relação da sonolência diurna e das variáveis de contexto psicológico (personalidade e bem-estar subjectivo) com o stresse, a ansiedade, a depressão em estudantes de enfermagem?

Tendo em conta as interrogações formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que interferem no stresse, ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem.
- Analisar a relação da sonolência diurna e das variáveis de contexto psicológico (personalidade e bem-estar subjectivo) com o stresse, a ansiedade, a depressão em estudantes de enfermagem.

O estudo realizado enquadra-se num “survey” quantitativo, transversal, descritivo correlacional e explicativo. Este tipo de estudo oferece uma grande variedade de estudos descritivos, cujo termo, em português, corresponde a “sondagem” ou “inquérito”, como são exemplo os estudos académicos (Coutinho, 2011). Os estudos “survey” começam sempre pelo levantamento de uma questão ou problema, que o investigador procura dar resposta, inquirindo, para tal, uma amostra de sujeitos que seja representativa da população. Trata-se de um plano de estudo mais utilizado em investigação social (Coutinho, 2011).

A autora citada refere que os estudos “survey” devem seguir regras que possibilitem aceder de forma científica ao que os inquiridos opinam. De um modo geral, o “survey” “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2011, p. 277).

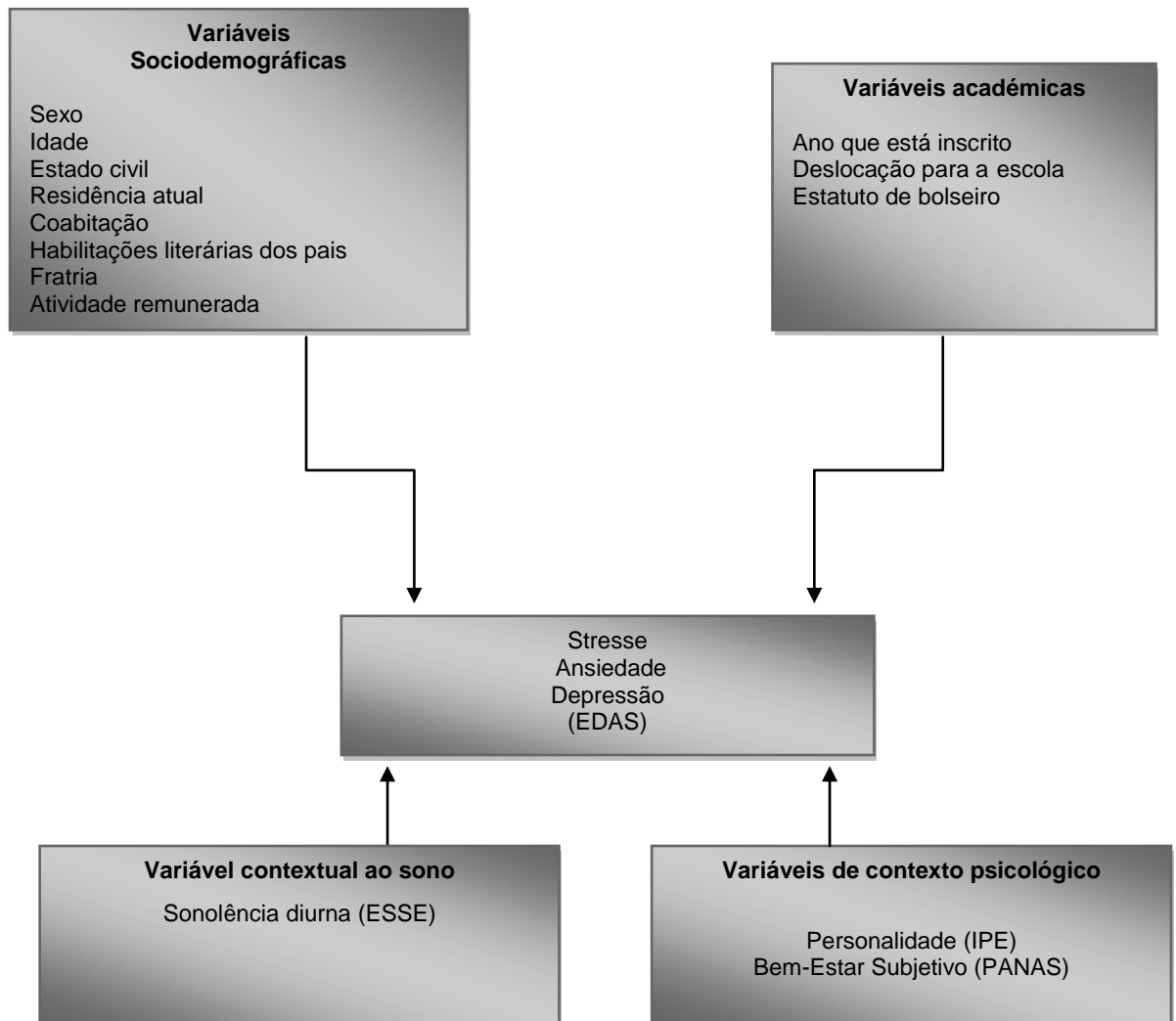
No que se refere “survey” descritivo, procura-se descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser

caraterizado de “survey” descritivo, na medida em que se estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa dos estudantes de enfermagem (sample), para que se possa da mesma inferir para a descrição na população de que a amostra foi extraída (Coutinho, 2011). A presente investigação pode também ser classificada de “survey” explicativo, pois tentou-se determinar a relação entre variáveis (Coutinho, 2011).

Por fim, assume-se igualmente como um “survey” transversal, porque os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa da população de estudantes de enfermagem, seja para descrever, seja para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2011).

É de natureza quantitativa, caracterizado pela colheita de dados observáveis e quantificáveis. Abrange uma colheita metódica de informação numérica, utilizada em procedimentos estatísticos (Polit & Hungler, 2004).

Face ao exposto, elaboramos a representação esquemática que procura dar a conhecer a inter-relação que se pretende estabelecer entre as variáveis deste estudo. A figura 1 apresenta o modelo conceptual que foi delineado com o tipo de estudo que pretendemos realizar.

**Figura 1** – Modelo concetual do estudo

## 1.2. Participantes

Optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 403 alunos de enfermagem (Escola Superior de Saúde de Viseu, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) dos primeiro, segundo, terceiro e quarto anos da licenciatura em enfermagem e pós-graduações/mestrados, que aceitaram participar voluntariamente no estudo. O protocolo de avaliação foi disponibilizado online através de correio electrónico de cada escola de enfermagem para cada estudante. Este estudo é um ramo de um investigação alargada subordinada ao tema “Personalidade versus fatores de risco nos estudantes de enfermagem”. As informações foram fornecidas a todos os participantes

através de uma nota introdutória explicativa dos objetivos da investigação, tendo sido assegurado o seu anonimato e a confidencialidade dos dados.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

#### Idade

Em conformidade com os resultados relativos à idade, apurou-se que os estudantes têm uma idade mínima de 18 anos e máxima de 54 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 23.61 anos, ( $\pm 6.681$  anos). Para o sexo masculino, a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 47 anos e para os estudantes do sexo feminino, a idade mínima é igualmente de 18 anos, mas a máxima situa-se nos 54 anos. Verificou-se que os homens são mais velhos ( $M=25.09 \pm 7.136$  dp) do que as mulheres ( $M=23.37 \pm 6.584$  dp), com significâncias estatísticas entre os dois grupos ( $p=0.000$ ). O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas platicúrticas e enviesadas à esquerda para os dois sexos e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão moderada em relação às idades médias obtidas (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	56	18	47	25.09	7.136	27.55	4.80	2.69	.000
Feminino	347	18	54	23.37	6.584	28,17	17.96	21.21	.000
<b>Total</b>	<b>403</b>	<b>18</b>	<b>54</b>	<b>23.61</b>	<b>6.681</b>	<b>28,29</b>	<b>18.04</b>	<b>19.32</b>	<b>.000</b>

Dado que os valores médios oscilam em função dos valores extremos, é entendimento que a idade carece de uma leitura mais adequada dada a amplitude de variação encontrada que se cifra nos 36 anos. Nesse sentido optou-se por constituir três grupos etários cujos resultados se expressam na tabela 2.

Os dados obtidos demonstram que 40.1% das alunas têm idades  $\leq 20$  anos, enquanto em metade dos alunos é  $\geq 23$  anos. Verifica-se também que 30.8% das estudantes possuem idade entre os 21-22 anos, sendo esta a faixa etária onde se registou o valor percentual mais baixo nos estudantes (21.4%). Acresce referir que para a totalidade dos inquiridos o maior percentual recai nos estudantes com idade inferior ou igual a 20 anos (38.5%), embora com idade igual ou superior 23 anos seja encontrada uma percentagem de 32.0%. A diferença encontrada entre o sexo e a idade dos participantes é estaticamente significativa com um  $X^2=9.675$  ( $p=0.008$ ) (cf. Tabela 2).

### **Estado civil**

No que se refere ao estado civil, há um claro predomínio de alunas (86.7%) e alunos (82.1%) solteiros, a que correspondem 86.1% da totalidade da amostra. (cf. Tabela 2).

### **Residência atual**

Na Tabela 2 estão igualmente expostos os resultados concernentes à zona de residência, sobressaindo, quer para as alunas (60.2%), quer para os alunos (51.8%), os estudantes que residem na cidade, sendo os valores percentuais mais baixos os dos participantes que residem na vila (feminino 15.3%; masculino 16.1%).

### **Coabitação**

Verifica-se que mais de metade dos estudantes do sexo feminino (52.4%) coabita com os familiares, bem como cerca de seis em cada dez do sexo masculino. Apurou-se também que 43.8% das mulheres e 30.4% dos homens vivem com os amigos/residência, sendo as percentagens menos elevadas as dos participantes que vivem sozinhos (3.7% mulheres vs 7.1% são homens) (cf. Tabela 2).

### **Habilitações literárias dos progenitores**

No que se refere às habilitações literárias do pai, na generalidade (64.3%) dos pais possuem habilitações literárias até ao nono ano de escolaridade, contribuindo para este percentual 64.4% dos pais das estudantes do sexo feminino e 66.1% do sexo masculino. Realça-se ainda que 28.0% dos pais das alunas e 16.1% dos pais dos alunos frequentaram o ensino secundário, sendo menos expressiva a percentagem dos pais que frequentaram o ensino superior (9.4%) mas dos quais se destacam os 17.9% dos pais dos estudantes do sexo masculino com diferenças estaticas ( $\chi^2=7.520$ ;  $p=0.023$ ) localizadas neste grupo (cf. Tabela 2).

Quanto às habilitações literárias das mães também predominam as que possuem até ao nono ano de escolaridade, (55.3% mães de alunas vs 51.8% mães de alunos). São igualmente significativos os valores percentuais relativos às mães que possuem o ensino secundário, equivalendo 27.1% às mães das alunas e 30.4% às mães dos alunos (cf. Tabela 2). Entre os grupos não se registaram significâncias estatísticas.

### Fratria

Em relação ao número de irmãos afere-se que 64.0% das estudantes e 60.7% dos estudantes possuem 1 irmão. No grupo das estudantes, também é significativo o valor percentual (23.3%) das que referiram ter 2 ou mais irmãos, embora nos do sexo masculino o percentual é ligeiramente inferior. (17.9%). (cf. Tabela 2).

### Atividade remunerada

Constatou-se que cerca de oito em cada dez das estudantes não tem atividade remunerada, bem como cerca de 6 em cada dez dos homens. A diferença encontrada entre o sexo e a atividade remunerada é estaticamente significativa com um  $X^2=6.442$  ( $p=0.011$ ) localizada entre os que não possuem actividade remunerada e sexo feminino e actividade remunerada e masculino.(cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (347)	% (86.0)	Nº (56)	% (14.0)	Nº (403)	% (100.0)	Fem.	Masc.
<b>Grupo etário</b>									
≤ 20		139	40.1	16	28.6	155	38.5	1.6	-1.6
21-22		107	30.8	12	21.4	119	29.5	1.4	-1.4
≥ 23		101	29.1	28	50.0	129	32.0	-3.1	3.1
<b>Estado civil</b>									
Solteiro		301	86.7	46	82.1	347	86.1	.9	-.9
Casado		31	8.9	8	14.3	39	9.7	-1.3	1.3
Divorciado		9	2.6	1	1.8	10	2.5	.4	-.4
União de facto		6	1.7	1	1.8	7	1.7	.0	.0
<b>Local de residência</b>									
Aldeia		85	24.5	18	32.1	103	25.6	-1.2	1.2
Vila		53	15.3	9	16.1	62	15.4	-.2	-.2
Cidade		209	60.2	29	51.8	238	59.1	1.2	-1.2
<b>Coabitação</b>									
Sozinho		13	3.7	4	7.1	17	4.2	-1.2	1.2
Amigos/Residência		152	43.8	17	30.4	169	41.9	1.9	-1.9
Familiares		182	52.4	35	62.5	217	53.8	-1.4	1.4
<b>Habilitações literárias do pai</b>									
Até ao 9.º ano		222	64.4	37	66.1	259	64.3	-.3	.3
10.º-12.º ano		97	28.0	9	16.1	106	26.3	1.9	-1.9
Ensino superior		28	8.1	10	17.9	38	9.4	-2.3	2.3
<b>Habilitações literárias da mãe</b>									
Até ao 9.º ano		192	53.3	29	51.8	221	54.8	.5	-.5
10.º-12.º ano		94	27.1	17	30.4	111	27.5	-.5	-.5
Ensino superior		61	17.6	10	17.9	71	17.6	-.1	.1
<b>Fratria</b>									
Sem irmãos		44	12.7	12	21.4	56	13.9	-1.8	1.8
1 irmão		222	64.0	34	60.7	256	63.5	.5	-.5
2 ou mais irmãos		81	23.3	10	17.9	91	22.6	.9	-.9
<b>Atividade remunerada</b>									
Não		266	76.7	34	60.7	300	74.4	2.5	-2.5
Sim		81	23.3	22	39.3	103	25.6	-2.5	2.5

### 1.2.2. Caracterização académica da amostra

Os dados expostos na Tabela 3 referem-se às variáveis académicas, designadamente ano que está inscrito, deslocação para a escola e estatuto de bolseiro.

#### Ano que está inscrito

No que se refere aos participantes do sexo feminino e masculino os valores percentuais mais elevados (27.4% vs 32.1%) são encontrados nos que frequentam o quarto ano seguidos dos que frequentam o terceiro ano (23.3% raparigas vs 23.2% rapazes), isto é, cerca de metade da amostra encontra-se a frequentar os terceiro e quarto anos de licenciatura. (cf. Tabela 3).

#### Deslocação para a escola

A análise dos resultados indicia que quer as mulheres (63.4%), quer os homens (71.4%), deslocam-se para a escola em veículo motorizado no qual se incluem entre outros, transporte público e automóvel enquanto 36.6% das mulheres e 28.6% dos homens o fazem a pé (cf. Tabela 3).

#### Estatuto de bolseiro

Na mostra em estudo, a maioria dos estudantes, independentemente do sexo, não apresentam estatuto de bolseiros, 62,2% das mulheres e 73,2% dos homens (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização académica da amostra em função do sexo

Variáveis	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Total	
		Nº (347)	% (86)	Nº (403)	Nº (403)	Nº (403)	% (100.0)	Fem.	Masc.
<b>Ano que está inscrito</b>									
1º ano		64	18.4	6	10.7	70	17.4	1.4	-1.4
2º ano		63	18.2	9	16.1	72	17.9	.4	-4
3º ano		74	23.3	13	23.2	87	21.6	-1	.1
4º ano		95	27.4	18	32.1	113	28.0	-7	.7
Pós-graduação/mestrado		51	14.7	10	17.9	61	15.1	-6	.6
<b>Modo de deslocação para a escola</b>									
A pé		127	36.6	16	28.6	143	35.5	1.2	-1.2
Veículo motorizado		220	63.4	40	71.4	260	64.5	-1.2	1.2
<b>Estatuto de bolseiro</b>									
Não		216	62.2	41	73.2	257	63.8	-1.6	1.6
Sim		131	37.8	15	26.8	146	36.2	1.6	-1.6

**Em síntese:**

- os estudantes têm uma idade mínima de 18 anos e máxima de 54 anos; 40.1% das alunas têm idades  $\leq$  20 anos, enquanto em metade dos alunos é  $\geq$  23 anos;
- predomínio de alunas (86.7%) e alunos (82.1%) solteiros, a que correspondem 86.1% da totalidade da amostra;
- 60.2% das participantes e 51.8% dos participantes residem na cidade;
- mais de metade dos estudantes do sexo feminino (52.4%) coabita com os familiares, bem como cerca de seis em cada dez do sexo masculino;
- No que se refere às habilitações literárias do pai, na generalidade (64.3%) dos pais possuem habilitações literárias até ao nono ano de escolaridade, contribuindo para este percentual 64.4% dos pais das estudantes do sexo feminino e 66.1% do sexo masculino. Quanto às habilitações literárias das mães também predominam as que possuem até ao nono ano de escolaridade, (55.3% mães de alunas vs 51.8% mães de alunos);
- 64% dos estudantes do sexo feminino e 60.7% do sexo masculino têm um irmão;
- cerca de oito em cada dez das estudantes não tem atividade remunerada, bem como cerca de 6 em cada dez dos participantes
- cerca de metade da amostra encontra-se a frequentar os terceiro e quarto anos de licenciatura;
- quer os estudantes do sexo feminino (63.4%), quer os do sexo masculino (71.4%), deslocam-se de casa para a escola num veículo motorizado;
- 63.2% das mulheres e 73.2% dos homens não apresentam estatuto de bolseiro.

**1.3. Instrumentos**

Para a recolha de dados, recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica e académica e às escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS) de Lovibond e Lovibond, versão portuguesa de Pais Ribeiro (2004); Escala de Sonolência de Epworth – ESSE (Santos, Ferreira & Moutinho, 2001); Inventário de Personalidade de Eysenck - IPE versão curta de Silva et al. (1995) e a Escala de Bem-Estar Subjetivo – (PANAS) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

### **1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e académica**

O questionário de caracterização sociodemográfico e académica possibilita o acesso à informação dos participantes, no que se refere ao sexo, idade, estado civil, atividade remunerada, residência atual, coabitação, habilitações literárias dos pais e fratria. O questionário de caracterização académica escolar permite recolher informações acerca do ano em que está inscrito, estatuto de bolseiro e modo de deslocação para a escola.

### **1.3.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) é a versão para a população portuguesa, tendo sido adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, (2004). Inicialmente designado de *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS) é de autoria de Lovibond e Lovibond (1955,) constituída por 42 itens. A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada em 2004 por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal e no mesmo ano a versão com 21 itens denominada de EADS-21, que avalia os mesmos construtos e de forma idêntica à versão de 42 itens. Para Ribeiro, Honrado e Leal (2004), as medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde, na medida em que são preferíveis às mais longas, porque, nos seus contextos de aplicação às populações, tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga.

A ansiedade e a depressão consistem em construtos diferentes em termos fenomenológico, contudo, difíceis de distinguir empiricamente (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Clark e Watson (1991, cit. por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) expõem um modelo tripartido, no qual os sintomas de ansiedade e de depressão estão agrupados em três estruturas fundamentais, correspondendo a primeira ao distresse ou afeto negativo e abrange sintomas inespecíficos, comuns à ansiedade e à depressão, vivenciadas por sujeitos deprimidos e ansiosos (humor deprimido e ansioso), bem como a insónia, o desconforto ou a insatisfação, a irritabilidade e a dificuldade de concentração, responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. A ansiedade e a depressão abarcam as outras duas estruturas, a tensão somática e a hiperatividade específicas da ansiedade, a anedonia e a ausência de afeto positivo da depressão.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) está estruturada em três escalas: depressão, ansiedade e stress, possuindo cada uma delas sete itens.

Cada item contém uma afirmação que diz respeito aos sintomas emocionais negativos, pedindo-se ao respondente que diga se a afirmação se aplicou “na semana passada”. Os itens são apresentados numa escala tipo Likert de 0 a 3 com quatro pontos de gravidade ou frequência (0) “*não se aplicou nada a mim*” (1) “*aplicou-se a mim algumas vezes*” (2) “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e (3) “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”.

A escala tem três notas, uma por subescala que resulta do somatório dos itens que a constituem, cujo valor mínimo é “0” e o máximo “21”. Notas mais elevadas, em cada escala, correspondem a estados afetivos mais negativos.

De acordo com a análise fatorial realizada, os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma: Depressão – itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; Ansiedade – itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e Stresse – itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas subescalas foram utilizados os construtos que se apresentam:

- **Depressão** – Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3) e Inércia (item 5).
- **Ansiedade** – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9); Experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20).
- **Stress** – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Facilmente agitado/chateado (item 18); Irritável/reação exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14).

O estudo da consistência interna com recurso ao *alfa de Cronbach* da versão portuguesa demonstrou um valor de 0,85 para a subescala de depressão, 0,74 para a subescala de ansiedade e 0,81 para a subescala de stresse. A escala de 21 itens mostrou-se fortemente correlacionada com a escala de 42 itens (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

#### **Estudo psicométrico da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) para o presente estudo**

De acordo com os resultados expostos na Tabela 4, pode afirmar-se que os valores  $\alpha$  são muito bons, dado que oscilam entre 0.930 e 0.945. Tendo em conta os

coeficientes de correlação item total corrigido, a maioria dos itens parecem estar bem centrados, pois patenteiam valores correlacionais  $>0,50$ , exceto o item 19 ( $r = .016$ ) “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico”.

Os valores médios e os desvios padrão mostram que há pouca dispersão entre itens. A determinação do índice de fiabilidade pelo método das metades indica-nos valores de  $\alpha$  bons e o  $\alpha$  para a globalidade da escala é muito bom  $\alpha = 0.935$ . São classificados de bons já que, para a primeira metade, se obteve um valor de  $\alpha = 0.890$  e para a segunda de  $\alpha = 0.869$ .

Tabela 4 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

Nº Item	Itens	Média	Dp	R/item	R <sup>2</sup>	Alphas/item
1	Tive dificuldades em me acalmar	1.04	.797	.667	.569	.931
2	Senti a minha boca seca	.80	.828	.449	.264	.935
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.63	.789	.741	.637	.930
4	Senti dificuldades em respirar	.54	.763	.571	.461	.933
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.79	.812	.610	.472	.932
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.96	.861	.581	.450	.933
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	.63	.816	.519	.433	.934
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.97	.875	.686	.585	.931
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.64	.796	.667	.549	.931
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.50	.790	.656	.608	.932
11	Dei por mim a ficar agitado	.89	.858	.747	.679	.930
12	Senti dificuldade em me relaxar	1.09	.880	.693	.635	.931
13	Senti-me desanimado e melancólico	.83	.857	.730	.597	.930
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	.70	.793	.684	.528	.931
15	Senti-me quase a entrar em pânico	.50	.767	.732	.635	.930
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.50	.805	.741	.726	.930
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.52	.827	.696	.682	.931
18	Senti que por vezes estava sensível	1.22	.826	.612	.491	.932
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2.03	1.052	.016	.051	.945
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.62	.788	.734	.583	.930
21	Senti que a vida não tinha sentido	.38	.728	.662	.702	.932
Coeficiente Split-half				Primeira metade – 0.890		
				Segunda metade - 0.869		
Coeficiente alpha Cronbach global				0.935		

Os resultados de fiabilidade das subescalas de depressão, ansiedade e stresse são apresentados na Tabela 5.

Para a subescala da depressão, nota-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens, uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 0.38 ( $\pm 0.729$  dp) no item 21 e 0.83 ( $\pm 0.857$  dp) no item 13. Os coeficientes de alpha de Cronbach dão indicações de boa consistência interna porquanto o menor valor ( $\alpha = 0.889$ ) foi encontrado no item 16 e o maior ( $\alpha = 0.911$ ) no item 5. O coeficiente de bipartição de split-half ( $\alpha = 0.825$ ) para a primeira

metade e ( $\alpha=0.889$ ) para a segunda revelam uma boa consistência interna, com um alfa total mais elevado ( $\alpha=0.913$ ), revelando uma muito boa consistência interna (cf. Tabela 5).

Analisando os resultados relativos à ansiedade, observamos que os índices médios não são similares, situando-se entre  $r=0.50$  ( $\pm 1.052$  dp) no item 15 e  $r=2.03$  ( $\pm 0.789$  dp) no item 19. Já o coeficiente de consistência interna, ao revelar valores de alfa a oscilarem entre 0.682 e 0.870, pode classificar-se entre o razoável e o bom. Todavia, o valor de alfa global 0.747 indica uma consistência razoável. O coeficiente de bipartição continua a manifestar consistência razoável entre os itens, tendo-se obtido na primeira metade o alfa de Cronbach de 0.733 e na segunda metade muito baixo, situando-se nos 0.397 (cf. Tabela 5).

Relativamente ao stresse, registaram-se valores de alfa classificados bons, uma vez que oscilam entre os 0.865 no item 11 e 0.875 no item 1, com um valor global para o total da escala de 0.893. Os valores de split-half na primeira ( $\alpha=0.849$ ) e segunda metade ( $\alpha=0.750$ ), constituindo-se como bons indicadores da consistência interna da subescala (cf. Tabela ?). Os valores correlacionais indicam que o item 11 é o que está mais correlacionado com o stresse ( $r=0.788$ ) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Consistência interna por subescalas da escala de ansiedade, depressão e stresse

Itens	Depressão	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.63	0.789	0.420	0.590	0.898
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.79	0.812	0.597	0.427	0.911
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.50	0.790	0.534	0.589	0.899
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.83	0.857	0.611	0.439	0.909
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0.50	0.805	0.698	0.691	0.889
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.52	0.827	-0.001	0.668	0.893
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.38	0.728	0.622	0.672	0.897
<b>Ansiedade</b>						
2	Senti a minha boca seca	0.80	0.828	0.567	0.225	0.689
4	Senti dificuldades em respirar	0.54	0.763	0.647	0.433	0.701
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.63	0.816	0.671	0.372	0.870
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.64	0.767	0.618	0.478	0.684
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.50	1.052	0.719	0.568	0.667
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2.03	0.789	0.712	0.012	0.837
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.62	0.788	0.742	0.468	0.682
<b>Stresse</b>						
1	Tive dificuldades em me acalmar	1.04	0.797	0.717	0.552	0.875
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.96	0.861	0.622	0.404	0.886
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.97	0.875	0.725	0.543	0.873
11	Dei por mim a ficar agitado	0.89	0.858	0.788	0.641	0.865
12	Senti dificuldade em me relaxar	1.09	0.880	0.753	0.617	0.870
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.70	0.793	0.602	0.390	0.887
18	Senti que por vezes estava sensível	1.22	0.826	0.635	0.420	0.884

A Tabela 6 sintetiza os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no presente estudo, comparando-os ao de Pais-Ribeiro et al. (2004). Assim, verifica-se que em todas as subescalas os alfas de Cronbach global do presente estudo são superiores aos obtidos por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Tabela 6 – Comparação dos valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e stresse

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach		Alfa Global	Alfa Global (Original)
		(Split-half)			
		Parte 1	Parte 2		
Depressão	7	.825	.889	.913	.850
Ansiedade	7	.733	.397	.747	.740
Stresse	7	.849	.750	.893	.810

A Tabela 7 contém a validade convergente/ discriminante dos itens, que é efetuada pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma primeira conclusão a retirar é a de que quase todos os itens estabelecem com as três escalas correlações positivas e altamente significativas ( $p < 0,00$ ) com valores superiores a 0.40, o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante. Todavia, no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” obtiveram-se valores não significativos.

Na subescala da depressão, os valores correlacionais oscilam entre ( $r = 0,016$ ) no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” pertencente à subescala de ansiedade e ( $r = 0,879$ ) no item 16 “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada” da escala da depressão. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ( $r = 0,730$ ) no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o maior ( $r = 0,879$ ) no item 16 “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada”.

No que se refere à subescala ansiedade, o menor valor correlacional é encontrado no item 6 ( $r = 0,487$ ) relacionado com o stresse “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações” e o maior no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” da escala da depressão ( $r = 0,716$ ). Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ( $r = 0,292$ ) o item 19 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o de maior variabilidade ( $r = 0,777$ ) o item 15 “Senti-me quase a entrar em pânico”.

No que concerne à escala do stresse, os valores correlacionais para os itens que não fazem parte da escala situam-se entre ( $r=0.292$ ) o item 19 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o mais elevado o item 15 ( $r= 0.0.777$ ) “Senti-me quase a entrar em pânico” ambos relacionados com a escala de ansiedade. Todos os itens pertencentes à mesma escala apresentam correlações ligeiramente superiores aos itens das restantes escalas, que neste caso particular se situam entre os ( $r= 0.473$ ) no item 6 “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações” e ( $r= 0.624$ ) no item 11 “Dei por mim a ficar agitado”.

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre os itens e as subescalas depressão, ansiedade e stresse

	Itens	Depressão	Ansiedade	Stresse
		R	r	r
1	Tive dificuldades em me acalmar	.521***	.608***	.796***
2	Senti a minha boca seca	.395***	.597***	.393***
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.820***	.594***	.631***
4	Senti dificuldades em respirar	.479***	.716***	.480***
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.730***	.497***	.505***
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.473***	.487***	.730***
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	.393***	.687***	.783***
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.527***	.711***	.809***
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.569***	.647***	.600***
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.817***	.503***	.505***
11	Dei por mim a ficar agitado	.624***	.624***	.853***
12	Senti dificuldade em me relaxar	.544***	.613***	.830***
13	Senti-me desanimado e melancólico	.756***	.589***	.706***
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	.622***	.584***	.706***
15	Senti-me quase a entrar em pânico	.635***	.777***	.631***
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.879***	.588***	.584***
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.853***	.546***	.538***
18	Senti que por vezes estava sensível	.523***	.520***	.736***
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	.016	.292***	.025
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.669***	.736***	.648***
21	Senti que a vida não tinha sentido	.826***	.517***	.494***

Na matriz de correlação entre os diversos fatores da escala (cf. Tabela 8), constata-se que as correlações são positivas e significativas oscilando entre ( $r=0.676$ ) na relação Depressão vs. Ansiedade, explicando cerca de 82% da sua variabilidade, e ( $r=0.756$ ) na relação Ansiedade vs Stresse, com uma variabilidade de 84%.

Tabela 8 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse

Subescalas	Depressão	Ansiedade
Ansiedade	0.676***	--
Stresse	0.701***	0.759***

\*\*\*  $p > 0,001$

### 1.3.3. Escala de Sonolência de Epworth (ESSE)

A escala de sonolência de Epworth é universalmente aplicada para a avaliação da sonolência diurna, foi desenvolvida por Johns, em 1991, e foi adaptada para a língua e cultura portuguesas, por Santos, Ferreira e Moutinho, em 2001. Constituída por 8 itens, pretende avaliar a probabilidade de um indivíduo dormitar ou de adormecer e não apenas sentir-se cansado(a), quando se encontra sentado a ler, a ver televisão, sentado quieto num lugar público, na condição de passageiro num carro ou outro meio de transporte em movimento, deitado a conversar após o almoço, sentado a conversar com alguém, sentado após uma refeição sem ter bebido álcool e no carro parado por poucos segundos no trânsito. Neste questionário o indivíduo é solicitado a responder a todas as possibilidades, mesmo que não as tenha realizado ultimamente. Pede-se para imaginar como é que elas o/a afetariam escolhendo o número mais apropriada para cada situação:

- 0 – Nenhuma possibilidade de dormir
- 1 – Ligeira possibilidade de dormir
- 2 – Moderada possibilidade de dormir
- 3 – Forte possibilidade de dormir

A pontuação da escala oscila entre o 0 (zero) e 24 e de acordo com o score obtido, o grau de sonolência é classificado como se segue:

- <8 – Funcionamento normal do sono
- 8-10 – Fraca sonolência
- 11-15 – Moderada sonolência

### Estudo psicométrico da Escala de Sonolência de Epworth

Procedeu-se ao estudo de consistência interna da Escala de Sonolência de Epworth, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da Tabela 9 mostram que as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente permite obter indicações de como o item se combina com o valor global.

Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados de bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.780 no item 1 “Sentado(a) a ler” e 0.817 no item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos”.

Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos” ( $r=.394$ ). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados, à exceção do item 3 “Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)” ( $M=0.89$ ) e o item 6 “Sentado a conversar com alguém” ( $M=0.20$ ).

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.818), dado que para a primeira metade revela um valor de 0.754 e a segunda o valor de 0.622 (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Consistência interna dos itens da Escala de Sonolência de Epworth

	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
1	Sentado(a) a ler	1.16	1.01	.627	.418	.780
2	Ver televisão	1.51	0.934	.532	.305	.798
3	Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)	.89	0.929	.618	.421	.786
4	Como passageiro num autocarro, comboio autocarro, durante uma hora sem paragem	1.38	1.078	.583	.380	.792
5	Deitado a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	2.04	0.960	.554	.379	.785
6	Sentado a conversar com alguém	.20	0.485	.459	.445	.812
7	Sentado calmamente depois de almoço sem ter bebido álcool	1.02	0.990	.593	.369	.789
8	Ao volante parado no trânsito durante uns minutos	.17	0.488	.394	.408	.817
<b>Coefficiente Split-half</b>				Primeira metade =.754		
				Segunda metade =.622		
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				.818		

A Tabela 10 contém os valores de alfa de Cronbach obtidos no presente estudo para a sonolência diurna, não se tendo tido acesso ao alfa do autor original da escala. Assim, verifica-se que em todas as subescalas os alfas de Cronbach global do presente estudo são superiores aos obtidos por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Tabela 10 – Comparação dos valores de alfa de Cronbach para a Escala de Sonolência de Epworth

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach		Alfa Global	Alfa global (original)
		(Split-half)			
		Parte 1	Parte 2		
Sonolência diurna	8	.754	.622	.818	Não obtido

Na tabela 11 encontra-se a validade convergente/discriminante. Assim, constata-se que todos os itens apresentam correlações positivas e significativas com o valor global da escala oscilando entre ( $r=0.480$ ) no item 8 “Ao volante parado no

trânsito durante uns minutos” explicando 23,04% e no item 1 “Sentado(a) a ler” ( $r=0.748$ ) com uma variabilidade de 55.95%.

Tabela 11 – Correlação dos itens com o fator global

	<b>Itens</b>	<b>R</b>
1	Sentado(a) a ler	.748***
2	Ver televisão	.667***
3	Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)	.732***
4	Como passageiro num autocarro, comboio autocarro, durante uma hora sem paragem	.724***
5	Deitado a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	.687***
6	Sentado a conversar com alguém	.539***
7	Sentado calmamente depois de almoço sem ter bebido álcool	.721***
8	Ao volante parado no trânsito durante uns minutos	.480***

#### 1.3.4. Escala de Bem Estar Subjetivo de nome original “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS)

O estudo do bem-estar subjetivo efetuou-se com o recurso à escala de afetos positivos e negativos originalmente denominada de “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988), adaptada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005). O instrumento constitui-se como uma medida específica da dimensão afetiva do bem-estar subjetivo e procura saber em que modo os indivíduos sentem, no presente, emoções positivas e emoções negativas específicas”.

A escala do bem estar subjetivo é uma das escalas de afeto mais amplamente utilizadas e validadas em vários países, demonstrando elevada estabilidade e consciência interna (Watson et al., 1988, cit. por Galinha & Ribeiro, 2005). A versão portuguesa comporta conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções distribuídas por duas subescalas com 10 itens cada designadas de afeto positivo e afeto negativo ordenadas numa escala de cinco pontos, em que zero corresponde a “nada ou muito ligeiramente” e 4 a “extremamente

Relativamente aos afetos positivos, os adjetivos que o traduzem são: *interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e ativo.*

Por sua vez os afetos negativos são traduzidos pelos adjetivos: *perturbado, atormentado, culpado, assustado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado.* A cotação desta escala, consiste na média aritmética dos dez itens de

cada escala. Calcula-se ainda o balanço afetivo subtraindo a escala de afeto negativo à escala de afeto positivo.

Os tempos de resposta utilizados pelos autores podem variar desde “agora, ou seja, neste momento”, “hoje”, “durante a última semana”, “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” e “geralmente, ou seja, em média”. Neste estudo optou-se pelo tempo de resposta de esta semana.

No estudo de validação para a população portuguesa, encontrou-se uma consistência interna adequada de  $\alpha = 0,86$  para a escala de afeto positivo e de  $\alpha = 0,89$  para a escala de afeto negativo. Também, e tal como era esperado, em semelhança à escala original, a correlação entre a escala de afeto positivo e de afeto negativo situou-se perto do zero ( $r = -0,10$ ), determinando a ortogonalidade entre as subescalas de afeto positivo e negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

### **Estudo psicométrico da Escala de Bem Estar Subjetivo**

Efetou-se o estudo de consistência interna, designadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados da Tabela 12 revelam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente permite obter indicações de como o item se combina com o valor global.

Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados de bons pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.829 no item 13 “Encantado(a)” e 0.840 no item 2 “Perturbado(a)”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 2 “Perturbado(a)” ( $r = 0,274$ ). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.842) já que para a primeira metade se obteve um valor de .706 e para a segunda de 0.736 (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Consistência Interna da escala do bem estar subjetivo

Nº Item	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
1	Interessado(a)	3.67	0.921	.414	0.500	0.835
2	Perturbado(a)	1.86	0.947	.274	0.622	0.840
3	Excitado(a)	2.67	1.106	.437	0.344	0.834
4	Atormentado(a)	1.71	0.943	.341	0.626	0.838
5	Agradavelmente surpreendido(a)	2.82	1.170	.495	0.515	0.831
6	Culpado(a)	1.58	0.869	.340	0.587	0.838
7	Assustado(a)	1.72	0.925	.434	0.608	0.834
8	Caloroso(a)	2.69	1.186	.462	0.410	0.833
9	Repulsa	1.40	0.792	.341	0.433	0.838
10	Entusiasmado(a)	3.38	1.073	.511	0.630	0.830
11	Orgulhoso(a)	3.11	1.159	.418	0.484	0.835
12	Irritado(a)	2.36	1.078	.385	0.497	0.836
13	Encantado(a)	2.58	1.213	.532	0.588	0.829
14	Remorsos	1.59	0.910	0.345	0.487	0.838
15	Inspirado(a)	2.65	1.105	0.492	0.582	0.831
16	Nervoso(a)	2.58	1.209	0.399	0.506	0.836
17	Determinado(a)	3.19	1.114	0.453	0.652	0.833
18	Tremulo(a)	1.61	0.934	0.444	0.463	0.834
19	Ativo(a)	3.29	1.124	0.406	0.607	0.835
20	Amedrontado(a)	1.56	0.830	0.447	0.557	0.834
Coeficiente Split-half				Primeira metade = .706		
				Segunda metade = .736		
Coeficiente alphaCronbach global				.842		

Em conformidade com a Tabela 13, pode dizer-se que na subescala afetos positivos o valor correlacional menor situa-se no item 3 ( $r=0.471$ ) “Excitado(a)” e o maior ( $r=0.764$ ) no item 10 “Entusiasmado(a)”. Já na subescala dos afetos negativos, os valores correlacionais, na globalidade, são ligeiramente maiores do que os da subescala afetos positivo, situando-se entre  $r=0.586$  no item 9 “Repulsa” e o item 7 ( $r=0.736$ ) “Culpado(a)”.

Quanto aos valores de alfa, na subescala afetos positivos, variam entre os 0.885 no item 10 “Entusiasmado(a)” e 0.903 no item 3 “Excitado(a)”, podendo ser classificados de bons. Nas subescalas dos afetos negativos, os valores de alfa variam entre os 0.885 para os itens 4 (“Atormentado(a)”) e 7 (“Assustado(a)”) e os 0.896 no item 16 (“Nervoso(a)”), sendo também classificados de bons.

Tabela 13 - Alfas de cronbach por subescala da escala do bem estar subjetivo

Nº Item	Itens	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α
<b>Afetos positivos</b>				
1	Interessado(a)	.639	.488	.893
3	Excitado(a)	.471	.303	.903
5	Agradavelmente surpreendido(a)	.676	.497	.890
8	Caloroso(a)	.578	.380	.897
10	Entusiasmado(a)	.764	.619	.885
11	Orgulhoso(a)	.650	.459	.892
13	Encantado(a)	.684	.558	.890
15	Inspirado(a)	.700	.561	.889
17	Determinado(a)	.717	.633	.888
19	Ativo(a)	.681	.586	.890
<b>Afetos negativos</b>				
2	Perturbado(a)	.702	.579	.887
4	Atormentado(a)	.732	.618	.885
6	Culpado(a)	.684	.573	.889
7	Assustado(a)	.736	.595	.885
9	Repulsa	.586	.414	.895
12	Irritado(a)	.639	.469	.892
14	Remorsos	.585	.476	.895
16	Nervoso(a)	.606	.466	.896
18	Tremulo(a)	.614	.430	.893
20	Amedrontado(a)	.686	.530	.889

Fazendo-se uma comparação entre os valores de alfa encontrados no presente estudo, para as subescalas da escala do bem estar subjetivo (cf. Tabela 14), pode dizer-se que os alfas originais são ligeiramente mais altos dos que os encontrados na presente investigação, classificados de bons.

Tabela 14 – Comparação dos alfa de Cronbach por fatores da escala do bem estar subjetivo

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa global (original)
		(Split-half)		Alfa global	
		Parte 1	Parte 2		
Afetos positivos	10	0.805	0.858	0.902	0.860
Afetos negativos	10	0.858	0.795	0.900	0.890

A Tabela 15 contém a validade convergente/discriminante dos itens, que é efetuada pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma primeira conclusão a retirar é a de que há itens que estabelecem com as três escalas correlações positivas e altamente significativas ( $p < 0,00$ ) com valores superiores a 0.40, o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante, havendo também correlações negativas e outras sem diferenças estatisticamente significativas.

Na subescala dos afetos positivos, os valores correlacionais oscilam entre ( $r = 0,015$ ) no item 12 “Irritado(a)” e ( $r = -0,196$ ) no item 2 “Perturbado(a)” ambos pertencentes à subescala dos afetos negativos. As correlações dos itens com a escala

a que pertencem regista o menor valor correlacional ( $r=0.573$ ) no item 3 “Excitado(a)” e o maior ( $r= 0.816$ ) no item 10 “Entusiasmado(a)”.

No que se refere à subescala dos afetos negativos, o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ( $r=-0.019$ ) “Agradavelmente surpreendido(a)” e o maior no item 19 “Ativo(a)” ( $r=-.145$ ), ambos pertencentes à subescala dos afetos positivos. Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ( $r=0.695$ ) o item 18 “Trémulo(a)” e o de maior variabilidade ( $r=0.794$ ) o item 7 “Assustado(a)”.

Tabela 15 - Correlação dos itens com as subescalas e escala do bem estar subjetivo

Nº Item	Itens	Afetos positivos	Afetos negativos	Diferença afetos
1	Interessado(a)	.703***	-.100*	.585***
2	Perturbado(a)	-.196***	.768***	-.628***
3	Excitado(a)	.573***	.106*	.359***
4	Atormentado(a)	-.137**	.793***	-.599***
5	Agradavelmente surpreendido(a)	.750***	-.019	.569***
6	Culpado(a)	-.107*	.748***	-.549***
7	Assustado(a)	-.030.	.794***	-.521***
8	Caloroso(a)	.671***	.034	.477***
9	Repulsa	-.039	.659***	-.443***
10	Entusiasmado(a)	.816***	-.085	.659***
11	Orgulhoso(a)	.728***	-.096	.601***
12	Irritado(a)	-.015	.727***	-.468***
13	Encantado(a)	.759***	.026	.547***
14	Remorsos	-.029	.668***	-.442***
15	Inspirado(a)	.766***	-.047	.598***
16	Nervoso(a)	.028	.711***	-.426***
17	Determinado(a)	.780***	-.117*	.0653***
18	Tremulo(a)	.067.	.695***	-.387***
19	Ativo(a)	.752***	-.145**	.649***
20	Amedrontado(a)	.016n.s.	.747***	-.458***

Os resultados relativos à matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e a escala global “Positive and Negative Affect Schedule” (cf. Tabela 16) revelam que há uma correlação negativa nos afetos positivos vs afetos negativos, bem como entre os afetos negativos e a diferença de afetos.

Tabela 16 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e escala do bem estar subjetivo

	Afetos positivos	Afetos negativos
Afeto negativos	-0.058	--
Diferença de afetos	0.779	-0.671

\*\*\*  $p < 0.001$

Seguidamente, realizámos a análise fatorial através do método dos componentes principais, com rotação varimax, sem definição de fatores e com recurso

ao critério de Kaiser. Os resultados obtidos permitiram-nos distinguir dois fatores bem delimitados com saturações nos itens superiores a 0.40, o que confirma os obtidos pelos autores da escala original (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Estrutura fatorial da escala do bem estar subjetivo

Itens	Subescalas	
	Afetos positivos	Afetos negativos
	R	R
1-Interessado	,716	
3-Excitado	,550	
5-Agradavelmente Surpreendido	,743	
8-Caloroso	,657	
10-Entusiasmado/a	,821	
11-Orgulhoso/a	,727	
13-Encantado/a	,749	
15-Inspirado/a	,772	
17-Determinado/a	,792	
19-Activo/a	,759	
2-Perturbado		,770
4-Atormentado		,799
6-Culpado/a		,755
7-Assustado/a		,804
9-Repulsa		,672
12-Irritado/a		,704
14-Remorsos		,668
16-Nervoso/a		,675
18-Trémulo/a		,694
20-Amedrontado/a		,764

### 1.3.5. Inventário de Personalidade de Eysenk (IPE)

O Inventário de Personalidade de Eysenck é uma escala ordinal tipo Likert constituída por 12 itens, havendo para cada um deles quatro alternativas de resposta.

Trata-se de uma versão curta do Eysenck Personality Inventory que resultou de extensas análises fatoriais e, tal como a sua versão original, mede as duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k, e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva e cols., 1995).

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 respetivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois fatores. De igual modo determinaram-se correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, cujo valor de “r” de 0,5 (Barton e cols., 1992, citado por Silva e cols., 1995).

A cotação desta escala faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. Nesse sentido, são atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de “nunca” para “sempre”. Valores baixos indicam níveis elevados nas dimensões (Silva e cols., 1995). Também pode utilizar-se uma cotação bimodal (Silva e cols., 1995), bastando para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores de 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os itens de cada fator.

Terminamos o estudo psicométrico desta escala apresentando os valores correlacionais obtidos em cada item com as subescalas de personalidade. Apuramos que todos os itens relativos ao neuroticismo estabelecem correlações negativas e não significativas com a extroversão o que nos permite afirmar que a maiores índices de extroversão estão associados menores índices de neuroticismo e vice-versa. Quanto à escala de extroversão apenas não se denotam correlações negativas nos itens da subescala de neuroticismo em relação aos itens “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e “É perturbado por sentimentos de culpa?”

Acresce referir que entre o neuroticismo e a extroversão se encontra uma correlação negativa e não significativa baixa ( $r=-0.187$ ) deduzindo-se deste resultado que quanto mais extrovertido o participante no estudo, menor o índice de neuroticismo.

### **Estudo psicométrico do Inventário de Personalidade de Eysenk**

Quanto aos valores médios e respetivos desvios padrão, a Tabela 18 indica que nem todos os itens se encontram bem centrados pois não se situam acima do ponto médio da escala, sendo o mais baixo o item 1 “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?” ( $M=1.81$ ) e o item 12 “Sofre de insónia?” ( $M=1.56$ ).

Ao analisar-se os coeficientes de correlação item total corrigido, quase todos os itens revelam-se homogéneos, à exceção do item 6 “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” ( $r=0.124$ ), item 7 “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” ( $r=0.102$ ), o item 11 “Gosta de pregar partidas?” ( $0.148$ ) e o item 12 “Sente insónia?” ( $r=0.148$ ).

Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de razoáveis, na medida em que oscilam entre 0.597 e 0.636 com um alfa global da escala de 0.640. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach

revelaram-se mais fracos, já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.519 e para a segunda de 0.375 (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Consistência Interna dos itens da Escala da Personalidade de Eysenck

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1.81	0.774	0.419	0.313	0.597
2	O seu humor tem altos e baixos?	2.57	0.934	0.366	0.386	0.603
3	É uma pessoa cheia de vida?	2.86	0.773	0.308	0.308	0.632
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	2.48	0.831	0.360	0.360	0.626
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	2.48	0.871	0.385	0.385	0.608
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2.02	0.934	0.124	0.124	0.612
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2.75	0.809	0.102	0.102	0.632
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	2.17	0.792	0.254	0.254	0.623
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2.22	0.892	0.340	0.340	0.618
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2.59	0.977	0.409	0.409	0.617
11	Gosta de pregar partidas?	2.22	0.949	0.189	0.189	0.624
12	Sofre de insónia?	1.56	0.830	0.148	0.148	0.636
Coeficiente Split-half		Primeira metade =0.519				
		Segunda metade =0.375				
<b>Coeficiente alpha Cronbach global</b>		<b>0.640</b>				

Ao analisar-se a Tabela 19, verifica-se que na subescala da extroversão, os valores correlacionais oscilam entre  $r=0.247$  no item 7 “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” e  $r=0.543$  no item 5 “Gosta de se misturar com as pessoas?”, com alfas a oscilar entre 0.644, para os itens 5 e 9 e 0.731 no item 7, sendo os mesmos classificados de razoáveis. Quanto aos valores correlacionais da subescala neuroticismo, o menor é o do item 6 ( $r=0.169$ ) “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e o maior ( $r=0.596$ ) no item 10 “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”, com alfas a oscilar entre 0.605 no item 2 e 0.692 no item 12, sendo classificados de razoáveis.

Tabela 19 - Alfas de cronbach por subescala da Escala da Personalidade de Eysenck

Nº Item	Itens	R Item/total	R <sup>2</sup>	α
<b>Extroversão</b>				
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	,500	,282	,661
3	É uma pessoa cheia de vida?	,485	,254	,665
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	,543	,363	,644
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	,247	,073	,731
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	,540	,332	,644
11	Gosta de pregar partidas?	,386	,155	,697
<b>Neuroticismo</b>				
2	O seu humor tem altos e baixos?	,561	,363	,605
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	,521	,318	,624
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	,169	,042	,736
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	,446	,244	,649
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	,596	,389	,590
12	Sofre de insónia?	,296	,115	,692

Na impossibilidade de se fazer uma comparação entre os valores de alfa de Cronbach obtidos no presente estudo e os da escla original, refere-se que os alfas globais são mais elevados do que os obtidos nas primeira e segunda partes, sendo classificados de razoáveis (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Comparação dos alfas de Cronbach por subescalas da Escala da Personalidade de Eysenck

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa global (original)
		(Split-half)		Alfa global	
		Parte 1	Parte 2		
Extroversão	6	0.660	0.455	0.714	Não obtido
Neuroticismo	6	0.509	0.579	0.694	Não obtido

A Tabela 21 contém a validade convergente/discriminante dos itens, que é efetuada pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma primeira conclusão a retirar é a de que há itens que estabelecem com as três escalas correlações positivas e altamente significativas ( $p < 0,00$ ) com valores superiores a 0.40, o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante, havendo também correlações negativas e outras sem diferenças estatisticamente significativas.

Na subescala da extroversão, os valores correlacionais oscilam entre ( $r = 0,006$ ) no item 2 “O seu humor tem altos e baixos?” e ( $r = 0,261$ ) no item 6 “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” ambos pertencentes à subescala do neuroticismo. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ( $r = 0,620$ ) no item 11 “Gosta de pregar partidas?” e o maior ( $r = 0,720$ ) no item 9 “Vai e diverte-se muito numa festa animada?”.

No que se refere à subescala do neuroticismo, o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ( $r=0.004$ ) “Gosta de se misturar com as pessoas?” e o maior no item 3 “É uma pessoa cheia de vida?” ( $r=-.135$ ), ambos pertencentes à subescala da extroversão. Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ( $r=0.514$ ) o item 12 “Sofre de insónia?” e o de maior variabilidade ( $r=0.768$ ) o item 10 “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”.

Tabela 21 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global da Personalidade de Eysenck

Nº Item	Itens	Extroversão	Neuroticismo
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	.667***	.119*
2	O seu humor tem altos e baixos?	.006	.738***
3	É uma pessoa cheia de vida?	.656***	-.135**
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	-.122*	.691***
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	.718***	.004
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	.261***	.434***
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	.473***	.058
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	-.045	.626***
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	.720***	-.062
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	-.097	.768***
11	Gosta de pregar partidas?	.620***	.016
12	Sofre de insónia?	-.023	.514***

Na Tabela 22 encontram-se os valores da matriz de correlação de Pearson entre subescalas e a personalidade, os quais revelam que há uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a extroversão vs. neuroticismo.

Tabela 22 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a personalidade

	Extroversão
Neuroticismo	-0.001

\*\*\*  $p < 0.001$

#### 1.4. Análise dos dados

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, nomeadamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Pearson.

Particularizando alguns das estatísticas referidas, dir-se-á que o coeficiente de variação possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados, do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2009):

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson, é de uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1; se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos índices de uma variável está associado em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto  $r$  como  $r^2$  não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras. Por convenção (Pestana e Gageiro, 2009) os valores de  $r$  devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica para estudo de proporções.

A utilização de testes paramétricos requer que estejam reunidas duas condições: que as variáveis de natureza quantitativa tenham uma distribuição normal; as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras. Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, (KS) enquanto para testar a homogeneidade

das variâncias se recorreu ao teste de Levene, na medida em que este se assume como um dos mais potentes (Maroco, 2011).

Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2011), estando em conformidade com o postulado por Pestana e Gageiro (2009), quando afirmam que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, designadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificaram (Maroco, 2007). Só se recorreu a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.5, tendo em conta o referido por Pestana e Gageiro (2009). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Deste modo, descrevem-se os testes usados na estatística paramétrica e na não paramétrica:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2009);
- **Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ )** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizara as diferenças. Para Pestana e

Gajeiro (2009) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $\chi^2$ , porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

### **1.5. Procedimentos éticos**

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo I), antes da aplicação do instrumento de recolha de dados (cf. Anexo II). Foi respeitada a autonomia dos participantes, sendo totalmente livres de poder desistir em qualquer momento do estudo, e informados de que pela sua participação não usufruíram de qualquer benefício ou malefício.

## 2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial, tendo-se optado por uma síntese e valorização dos dados referentes à relação da ansiedade, depressão e stresse com as variáveis independentes.

### 2.1. Análise descritiva

Apresenta-se, seguidamente, os dados descritivos relativos ao bem-estar subjetivo, sonolência diurna, personalidade e ansiedade, depressão e stresse..

#### Bem Estar Subjetivo

Em conformidade com os resultados relativos ao bem-estar subjetivo apurou-se um índice mínimo de 10 para o afeto positivo e um máximo de 50, resultando numa média de 30.09, com um desvio padrão de 8.157. Para o afeto negativo, o mínimo é de 10 anos e o máximo de 46, com o valor médio de 18.01 e desvio padrão de 6.905. No que se refere ao balanço afetivo, que se obtém pela diferença do índice dos afetos positivos com o índice dos afetos negativos o valor mínimo foi de -35 e o máximo de 40, com uma média de 12.07 e desvio padrão de 10.989. O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas platicurticas e enviesadas à esquerda para as três dimensões. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão elevada nos afetos negativos e balanço afetivo e moderada nos afetos positivos em relação aos valores médios obtidos (cf. tabela 23).

Tabela 23 – Estatísticas descritivas relativas ao bem-estar subjetivo

Bem-estar subjetivo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Afeto positivo	403	10	50	30.09	8.157	27.10	1,22	2.32	.001
Afeto negativo	403	10	46	18.01	6.905	38.33	10.22	6.93	.000
Balanço afetivo	403	-35	40	12.07	10.989	91.04	3,30	2081	.048

Procuramos saber se o bem estar subjetivo se relaciona com o sexo. Os resultados do teste U de Mann-Whitney revelam independência entre as variáveis em estudo, na medida em que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p > .005$ ). Fazendo-se uma leitura da ordenação média, verifica-se que os estudantes do sexo masculino têm índices médios mais elevadas no afeto positivo (OM=216.63) e no balanço afetivo (OM=216.42), quando comparados com os estudantes do sexo feminino, as quais apresentam a média mais elevada no afeto negativo (OM=202.18) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Influência do sexo no bem-estar subjetivo

Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Afeto positivo	216.63	199.64	8896.500	.311
Afeto negativo	200.90	202.18	9554.500	.939
Balanço afetivo	216.42	199.67	8908.500	.318

Quanto à possível interferência da idade no bem-estar subjetivo dos estudantes de enfermagem, em conformidade com os resultados da análise de variância (teste One-Way Anova), confirmou-se que, na presente investigação, apenas se encontrou influência da idade no afeto negativo ( $p = .000$ ), tendo sido os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos a revelarem um afeto negativo mais elevado ( $M = 19.33 \pm 7.159$  dp), contrariamente aos participantes com idades iguais ou superiores aos 23 anos, cuja média foi inferior ( $M = 16.03 \pm 6.259$  dp) (cf. Tabela 25). O teste Post Hoc Tukey revela que as diferenças se localizam entre os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos e superior ou igual a 23 anos ( $p < 0.05$ ).

Tabela 25 - Influência da idade no bem-estar subjetivo

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Afeto positivo	30.70	8.169	29.73	8.152	29.69	8.167	.696	.499
Afeto negativo	19.33	7.159	18.45	6.800	16.03	6.259	8.721	.000
Balanço afetivo	11.36	10.947	11.28	11.253	13.66	10.705	1.991	.138

### Sonolência diurna

Os resultados relativos à sonolência diurna revelam um índice mínimo de 0.00 para o sexo masculino e um máximo de 19.00, resultando numa média de 8.25, com um desvio padrão de 5.060. Para os participantes do sexo feminino, o mínimo é de 0.00 e o máximo de 22.00, com o valor médio de 8.37 e desvio padrão de 4.656. O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando

os valores de assimetria e curtose, curvas platicurticas e enviesadas à esquerda. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão elevada em relação aos valores médios obtidos (cf. tabela 26).

Tabela 26 – Estatísticas relativas à sonolência diurna em função do sexo

Sonolência diurna	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Maculino	56	0.00	19.00	8.25	5.060	0.61	1.01	-1.00	0.084
Feminino	347	0.00	22.00	8.37	4.656	0.55	3.06	-072	0.078

A tabela 27 classifica a sonolência diurna de acordo com o critérios estabelecidos pelos autores da escala. Nos sujeitos em estudo, a maioria dos homens apresenta-se sem sonolência diurna (14.1%), bem como as mulheres (85.9%).

Tabela 27 – Sonolência diurna e sexo

Hábitos de sono	Sexo		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Masculino	Feminino	Nº	%	1	2		
Sem sonolência	36	219	255	63.3	.2	-.2	0.029	.866
Com sonolência	20	128	148	36.7	-.2	.2		

### Personalidade

Os dados relativos à personalidade revelam um índice mínimo de 6.00 para a extroversão e um máximo de 24.00, resultando numa média de 14.14±3.260 dp. Quanto ao neuroticismo, o mínimo é de 6.00 anos e o máximo de 22.00, com o valor médio de 12.32±3.341 dp. Refere-se que o teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas gaussianas. Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão moderada em relação aos valores médios obtidos (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Estatísticas descritivas relativas à personalidade

Personalidade	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Extroversão	403	6.00	24.00	14.14	3.260	23.05	-0.95	-0,23	.000
Neuroticismo	403	6.00	22.00	12.32	3.341	27.11	1.58	-2,76	.000

### Neuroticismo e Extroversão por sexo

Na tabela 29 apresentam-se os resultados da extroversão e neuroticismo por sexo. Quanto à extroversão o índice mínimo foi de 8.00 e o máximo de 24.00, resultando numa média de 14.64±3.193 dp, no grupo de estudantes do sexo masculino. No sexo feminino, registou-se um mínimo 6.00 e um máximo de 24.00, com uma média de 14.06±3.268 dp.

No concernente ao Neuroticismo, os dados patenteiam, para os homens, um índice mínimo de 6.00 e um máximo de 18.00, resultando numa média de  $11.39 \pm 3.228$  dp. No que se refere às mulheres, registou-se um valor mínimo 6.00 e um máximo de 22.00, com uma média de  $12.47 \pm 3.339$  dp.

Os teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) revelam para ambas as subescalas da personalidade significancia estatística conducente com uma distribuição não normal mas deve ter-se em consideração que este teste tende para a anormalidade em grandes amostras, mas os valores de assimetria e curtose, indicam que a variável tem uma distribuição gaussiana. Quanto aos coeficientes de variação apontam para uma dispersão moderada em relação aos valores médios obtidos.

Tabela 29 – Estatísticas descritivas relativas à extroversão e sexo

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Extroversão</b>									
Masculino	56	8.00	20.00	14.64	3.193	21.81	-0.52	-1.18	.200
Feminino	347	6.00	24.00	14.06	3.268	23.24	-0.80	0.20	.000
<b>Neuroticismo</b>									
Masculino	56	6.00	18.00	11.39	3.228	28.34	1.33	-1.03	.018
Feminino	347	6.00	22.00	12.47	3.339	26.77	1.20	-2.32	.000

De acordo com os resultados do Teste de U-Mann de Whitney, os estudantes do género masculino apresentam uma média superior em relação à extroversão (OM=218.58), enquanto as mulheres se revelam mais neuróticas (OM=207.31), o que resulta em diferença estatisticamente significativa ( $p=0.022$ ), sugerindo que as mulheres são mais propensas ao neuroticismo do que os homens (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Relação entre o sexo e a personalidade

Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Extroversão	218.58	199.32	8787.500	0.249
Neuroticismo	169.09	207.31	7873.000	0.022

### Neuroticismo e Extroversão por grupos etários

Quanto à possível interferência da idade na personalidade dos estudantes de enfermagem, em conformidade com os resultados da análise de variância (teste One-Way Anova), confirma-se que, na presente investigação, há influência da idade na extroversão ( $p=0.002$ ), tendo sido os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos a revelarem uma personalidade mais extrovertida ( $M=18.87 \pm 3.107$  dp), bem como se

registra diferença estatisticamente significativa para o neuroticismo ( $p=0.009$ ), onde são também são os participantes com idades iguais ou superiores aos 20 anos a demonstrarem uma personalidade mais neurótica ( $M=12.83\pm 3.234$  dp) (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Relação a idade e a personalidade

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Extroversão	14.87	3.107	13.73	3.245	13.65	3.318	6.483	0.002
Neuroticismo	12.83	3.234	12.42	3.475	11.62	3.243	4.802	0.009

### Depressão, ansiedade e stresse

Quanto aos dados relativos à depressão, ansiedade e stresse, apurou-se um mínimo de .00 e um máximo de 21.00, para a depressão e stresse, e de 20 para a ansiedade. Os índices médios são de 4.07 ( $\pm 4.54$  dp) para a depressão e valores médios de ansiedade e stresse ligeiramente acima dos 6.0, com um erro de estimação mais elevado em relação ao stresse ( $dp= 4.60$ ). Os coeficientes de variação revelam dispersões elevadas em torno do valor médios e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas para a deressão e normais para a ansiedade e stresse, mas com enviesamento à esquerda para as três suescalas. (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Estatísticas descritivas relativas à depressão, ansiedade e stresse

Depressão, ansiedade e stresse	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Depressão	403	.00	21.00	4,14	4.54	109.83	11.60	7.12	.193
Ansiedade	403	.00	20.00	6.07	3.70	61.03	6.68	2.06	.124
Stresse	403	.00	21.00	6.86	4.60	67.05	4.65	1,02	.089

### 2.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo, faz-se a apresentação dos resultados da análise inferencial, objetivando dar respostas às questões de investigação, de modo a determinarmos a existência ou inexistência de relação significativa entre as variáveis em estudo.

### Q1. Que variáveis sociodemográficas e académicas interferem no stresse, ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem?

#### Depressão, ansiedade e stresse e sexo

Ao fazer-se a análise dos valores de ordenação média, são sugestivos que as mulheres geram maiores sintomas depressivos (OM=202.89), ansiogénicos (OM=204.12) e stressantes (OM=205.26), mas os resultados do teste U de Mann-Whitney mostram a falta de inexistência de significância estatística (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Teste de UMW entre sexo e depressão, ansiedade e stresse

Sexo Depressão, ansiedade e stresse	Masculino	Feminino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	196.46	202.89	9405.500	.698
Ansiedade	188.87	204.12	8980.500	.361
Stresse	181.18	205.36	8550.000	.148

#### Depressão, ansiedade e stresse e estado civil

Para se saber a influência do estado civil na depressão, ansiedade e stresse recorreu-se ao U de Mann-Whitney, cujos resultados revelam diferenças estatisticamente significativas (depressão  $p=.003$ ; ansiedade  $p=.006$ ; stresse  $p=.009$ ), sendo os estudantes solteiros/divorciados os que apresentam os níveis mais elevados, atendendo aos valores médios registados, (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Influência do estado civil na depressão, ansiedade e stresse

Estado civil Depressão, ansiedade e stresse	Solteiro/divorciado	Casada/União de facto	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	208.13	154.40	6021.500	.003
Ansiedade	207.74	157.45	6161.500	.006
Stresse	207.42	159.95	6272.500	.009

#### Depressão, ansiedade e stresse e idade

A tabela 35 apresenta a relação entre a idade e a depressão, ansiedade e stresse. Os resultados demonstram que os estudantes mais jovens evidenciam maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse, secundados pelos estudantes com idades compreendidas entre os 21 e 22 anos. Entre os grupos são encontradas significâncias estatísticas para a depressão ( $p=.000$ ), ansiedade ( $p=.000$ ) e stresse

( $p=.000$ ), residindo essas diferenças sobretudo entre os estudantes com idade igual ou superior aos 23 anos, como indica o teste Post Hoc Tukey.

Tabela 35 – Análise de variância entre idade e depressão, ansiedade e stresse

Idade	<= 20 anos		21-22 anos		>= 23 anos		F	P
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Depressão	5.12	5.129	4.27	4.426	2.85	3.518	9.200	.000
Ansiedade	6.89	3.948	6.06	3.578	5.10	3.286	8.443	.000
Stresse	7.94	4.696	6.79	4.568	5.63	4.214	9.227	.000

### Depressão, ansiedade e stresse e zona de residência

De modo a poder saber se a zona de residência influencia na depressão, ansiedade e stresse, recorreu-se ao Teste T, cujos dados revelam que há interferência estatística significativa na ansiedade ( $p=.016$ ), tendo sido os estudantes a residir em meio rural a apresentar mais níveis de ansiedade. Foram também estes participantes que revelam mais stresse, atendendo que a média alcançada é superior ( $M=7.26\pm 4.298$  dp) à dos estudantes que residem no meio urbano ( $M=6.59\pm 4.348$  dp). Comparativamente, foram os que residem no meio urbano a apresentar mais índices de depressão ( $M=4.43\pm 4.554$  dp) (cf. Tabela 36).

Tabela 36 - Influência da zona de residência na depressão, ansiedade e stresse

Zona de residência	Meio rural		Meio urbano		Leven,s p	T	P
Depressão, ansiedade e stresse	Média	Dp	Média	Dp			
Depressão	4.43	4.554	3.94	4.542	.680	1.044	.297
Ansiedade	6.61	4.014	5.70	3.434	.023	2.429	.016
Stresse	7.26	4.928	6.59	4.348	.048	1.436	.152

### Depressão, ansiedade e stresse e coabitação

Constatou-se, através da aplicação do Teste Kruskal-Wallis, que a variável coabitação não influencia a depressão, ansiedade e stresse ( $p>0.05$ ). Ao analisar-se a ordenação média, constata-se que são os estudantes que vivem sozinhos a apresentar médias mais elevadas (depressão  $OM=242.47$ ; ansiedade  $OM=229.94$ ; stresse  $OM=243.24$ ), contrariamente aos participantes que coabitam com familiares, os quais revelam médias inferiores nos níveis de depressão, ansiedade e stresse (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Influência da coabitação na depressão, ansiedade e stresse

Coabitação Depressão, ansiedade e stresse	Sozinho	Amigos/colegas	Familiares	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	242.47	211.72	191.26	5.179	.075
Ansiedade	229.94	205.59	197.02	1.551	.460
Stresse	243.24	203.96	197.24	2.554	.279

### Depressão, ansiedade e stresse e habilitações do pai

Os resultados apurados do Teste Kruskal-Wallis demonstram que a variável habilitações literárias do pai não interfere estatisticamente na depressão, ansiedade e stresse ( $p > 0.05$ ) dos estudantes da amostra. No que se refere à ordenação média, verifica-se que são os estudantes, cujos pais têm até ao nono ano, que revelam mais ansiedade (OM=238.88). Na ansiedade (OM=238.88) e no stresse (OM=219.76), sobressaem, em termos de valores médios, os estudantes cujos pais possuem o ensino superior (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Influência das habilitações literárias do pai na depressão, ansiedade e stresse

Habilitações literárias do pai Depressão, ansiedade e stresse	Até ao 9º ano	Ensino secundário	Ensino superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	199.60	194.63	238.88	4.432	.109
Ansiedade	238.88	200.65	219.33	.952	.621
Stresse	204.14	190.42	219.76	2.030	.362

### Depressão, ansiedade e stresse e habilitações da mãe

De modo a saber-se que habilitações literárias da mãe interferem na depressão, ansiedade e stresse, recorreu-se ao Teste Kruskal-Wallis, o qual revela que não há diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ). A análise da ordenação média mostra que são os estudantes, cujas mães possuem o ensino secundário, que revelam mais depressão (OM=204.96). Para a ansiedade (OM=207.93) e stresse (OM=208.43), sobressaem os estudantes cujas mães possuem o ensino superior, (cf. Tabela 39).

Tabela 39 - Influência das habilitações literárias da mãe na depressão, ansiedade e stresse

Habilitações literárias da mãe Depressão, ansiedade e stresse	Até ao 9º ano	Ensino secundário	Ensino superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	201.24	204.86	199.91	.101	.951
Ansiedade	198.43	205.32	207.93	.488	.784
Stresse	200.30	201.28	208.43	.269	.874

### Depressão, ansiedade e stresse e fratria

Procurou saber-se se a fratria interfere na depressão, ansiedade e stresse, tendo-se usado, para tal, o Teste Kruskal-Wallis, o qual revela que há diferença estatisticamente significativa apenas na depressão ( $p=.007$ ), onde foram os estudantes sem irmãos a apresentar ordens médias mais elevada (OM=231.75). Foram igualmente os participantes sem irmãos a revelar maiores níveis de ansiedade (OM=216.59) e stresse (OM=216.13) (cf. Tabela 40).

Tabela 40 - Influência fratria na depressão, ansiedade e stresse

Fratria	Sem irmãos	1 irmão	2 ou mais irmãos	$\chi^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	231.75	188.49	221.70	9.900	.007
Ansiedade	216.59	195.70	210.75	2.164	.339
Stresse	216.13	195.24	121.31	2.411	.300

### Depressão, ansiedade e stresse e modo de deslocação para a escola

De acordo com os resultados obtidos do teste t, pode dizer-se que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, o que sugere que a variável modo de deslocação para a escola não interfere na depressão, ansiedade e stresse ( $p>.005$ ). Observam-se médias mais elevadas nos estudantes que se deslocam a pé de casa para escola, o que traduz maiores índices de depressão, ansiedade e stresse (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Influência do modo de deslocação para a escola na depressão, ansiedade e stresse

Modo de deslocação para a escola	A pé		Veículo motorizado		Leven,s p	T	P
	Média	Dp	Média	Dp			
Depressão	4.19	4.195	4.11	4.631	.652	.162	.872
Ansiedade	6.11	3.615	6.05	3.760	.930	.140	.888
Stresse	6.92	4.279	6.84	4.776	.160	.117	.907

### Depressão, ansiedade e stresse e ano em que está inscrito

Procurou-se saber se o ano em que os estudantes estão inscritos interfere na depressão, ansiedade e stresse, tendo-se aplicado o Teste Kruskal-Wallis, cujos dados mostram que há significância estatística nas três variáveis. São os estudantes do 1º ano a apresentar mais depressão (OM=243.55) e ansiedade (OM=247.01),

enquanto o valor mais alto no stresse foi registado no grupo de alunos do 2º ano (OM=215.68). No global, foram os estudantes do 4º ano e da pós-graduação/mestrado a revelarem menores índices de depressão, ansiedade e stresse (cf. Tabela 42).

Tabela 42 - Influência do ano em que está inscrito na depressão, ansiedade e stresse

Ano que está inscrito	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	Pós-graduação /mestrado	X <sup>2</sup>	P
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão, ansiedade e stresse							
Depressão	243.55	207.65	203.14	192.12	164.34	16.606	.002
Ansiedade	247.01	205.64	215.89	184.98	157.77	23.205	.000
Stresse	204.45	215.68	205.07	176.60	184.40	15.528	.004

### Depressão, ansiedade e stresse e estatuto bolsheiro

A tabela 43 apresenta a relação entre os índices de ansiedade, depressão e stresse com o estatuto de bolsheiro. Afere-se que os estudantes com o estuto de bolsheiro revelam índices mais elevados de depressão, ansiedade e stresse mas apenas são encontradas significancias estatísticas para a depressão.

Tabela 43 - Influência do estatuto de bolsheiro na depressão, ansiedade e stresse

Estatuto bolsheiro	Não		Sim		Leven,s P	t	P
	Média	Dp	Média	Dp			
Depressão	3.77	4.234	4.79	5.001	.012	-2.166	.031
Ansiedade	5.91	3.542	6.35	3.971	.087	-1.141	.255
Stresse	6.76	4.493	7.04	4.794	.843	-.575	.565

### Depressão, ansiedade e stresse e atividade remunerada

Para se saber a influência da atividade remunerada na depressão, ansiedade e stresse, recorreu-se ao U de Mann-Whitney, cujos resultados revelam diferenças estaticamente significativas na depressão (p=.019) e na ansiedade (p=.005), sendo os estudantes que não têm atividade remunerada a apresentar os níveis mais elevados,. São também os participantes sem atividade remunerada a revelar mais stresse (cf. Tabela 44).

Tabela 44 – Influência da atividade remunerada na depressão, ansiedade e stresse

Atividade remunerada Depressão, ansiedade e stresse	Não	Sim	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	209.88	179.04	13085.500	.019
Ansiedade	211.44	174.50	12617.000	.005
Stresse	206.53	188.82	14092.500	.182

**Q2. Qual a relação de sonolência diurna e variáveis de contexto psicológico (personalidade e bem estar subjetivo) com o stresse, a ansiedade, a depressão em estudantes de enfermagem?**

### **Depressão, ansiedade e stresse e sonolência diurna**

Verificou-se que, na amostra em estudo, há uma relação entre a depressão, a ansiedade e o stresse e sonolência diurna, dado que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ( $p=.000$ ). Em termos de valores médios, são os estudantes sem sonolência diurna que revelam valores mais elevados de depressão, ansiedade e stresse (cf. Tabela 45).

Tabela 45 – Relação entre a depressão, ansiedade e stresse e sonolência diurna

Sonolência diurna Depressão, ansiedade e stresse	Com sonolência	Sem sonolência	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Depressão	108.58	238.91	13407.000	.000
Ansiedade	182.63	235.37	13931.500	.000
Stresse	181.67	237.02	13687.000	.000

### **Regressão múltipla da depressão com variáveis independentes**

Para estudar a relação entre a depressão, o stresse e a ansiedade nas variáveis contexto psicológico, efetuámos análises de regressões múltiplas, porque é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, especialmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente. O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Quanto à depressão, constata-se que as correlações entre a mesma e as variáveis independentes são classificadas de negativas com a idade ( $r=-.172$ ), com a extroversão ( $r=-.169$ ), com o bem-estar positivo ( $r=-.216$ ) e com o balanço

afetivo ( $r=-.624$ ). As restantes correlações são positivas. Só não se encontraram diferenças estatísticas no sexo masculino ( $p=.422$ ). Assim, os resultados sugerem que quanto menores os índices onde as correlações são negativas e maiores onde são positivas, maior a depressão (cf. Tabela 46).

Tabela 46 - Relação entre depressão e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-.172	.000
Masculino	-.010	.422
Feminino	.010	.000
Extroversão	-.169	.000
Neuroticismo	.519	.000
Sonolência diurna	.248	.000
Bem-estar positivo	-.216	.000
Bem-estar negativo	.738	.000
Balanço afetivo	-.624	.000

Verifica-se que as variáveis preditoras da depressão são o balanço afetivo, bem-estar negativo, neuroticismo e extroversão, explicando 58.7% da variação com a depressão, sendo a variância explicada ajustada de 58.2%. O erro padrão de regressão é 2.939 e o teste F ( $f=4.655$ ;  $p=0.032$ ) e o valor de t ( $t=-1.912$ ;  $p=0.000$ ), apresentam significância estatística, significando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a depressão.

Os coeficientes padronizados beta mostram que o bem-estar negativo estabelece uma relação direta com a depressão, designando que quanto pior o (bem-estar negativo) maior é a depressão. As variáveis balanço afetivo, neuroticismo e extroversão apresentam uma relação inversa, sugerindo que os mais estáveis, extrovertidos e balanço afetivo apresentam-se menos deprimidos.. A *variance inflation factor* (VIF) aponta para a inexistência de colinearidade, na medida em que estes valores são inferiores a 5 (cf. Quadro 2).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para a depressão, em conformidade com a seguinte fórmula:

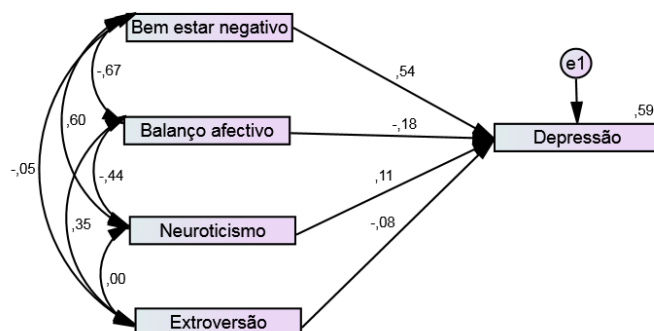
$$\text{Depressão} = -1.764 + (.357 \text{ bem-estar negativo}) + (-0.076 \text{ balanço afetivo} + (0.155 \text{ Neuroticismo}) + (-.108) \text{ Extroversão})$$

Quadro 2 – Regressão múltipla entre a depressão e as variáveis independentes

Variável dependente: <b>Depressão (global)</b>					
R = 0.766					
R <sup>2</sup> = 0.587					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.582					
Erro padrão da estimativa = 2.939					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.005					
F = 4.655					
P = 0.032					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-1.764	-	-1.912	.057	-
Bem-estar negativo	.357	.542	10.833	.000	2.413
Balanço afetivo	-.076	-.183	-3.803	.000	2.235
Neuroticismo	.155	-.114	2.820	.005	1.573
Extroversão	-.108	-.077	-2.157	.032	1.228
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	4876,412	4	1219.103		
Residual	3437,950	398	8.638	141.132	.000
Total	8314,362	402			

Na Figura 2 está representado o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória são bem estar negativo ( $\beta$  bem estar negativo =0.54), o balanço afetivo ( $\beta$  balanço afetivo =-0.18), o neuroticismo ( $\beta$  neuroticismo =0.11) e extroversão ( $\beta$  extroversão =-0.08). O modelo explica cerca de 59% da variação observada da depressão nas diferentes variáveis. Os valores de r, entre as variáveis, oscilam entre ( $r=-0.67$ ) no bem-estar negativo vs balanço afetivo, ( $r=-0.44$ ) balanço afetivo vs neuroticismo, ( $r=0.00$ ) neuroticismo vs extroversão.

Figura 2 - Representação esquemática da regressão múltipla entre a depressão e variáveis independentes



### Regressão múltipla da ansiedade e variáveis independentes

No que se refere à ansiedade, constata-se que as correlações entre a mesma e as variáveis independentes são classificadas de negativas com a idade ( $r=-.211$ ), com o sexo masculino ( $r=-.049$ ), com a extroversão ( $r=-.003$ ), com o bem-estar positivo ( $r=-.007$ ) e com o balanço afetivo ( $r=-.416$ ). As restantes variáveis estabelecem correlações são positivas com a ansiedade. Apenas se registram diferenças estatísticas no sexo masculino ( $p=.163$ ) e no feminino ( $p=.163$ ), na extroversão ( $p=.479$ ) e no bem-estar positivo ( $p=.446$ ). Sendo assim, os resultados indicam que quanto menores os índices onde as correlações são negativas e maiores nas positivas, maior a ansiedade (cf. Tabela 47).

Tabela 47 – Total da ansiedade e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-.211	.000
Masculino	-.049	.163
Feminino	.049	.163
Extroversão	-.003	.479
Neuroticismo	.506	.000
Sonolência diurna	.269	.000
Bem-estar positivo	-.007	.446
Bem-estar negativo	.654	.000
Balanço afetivo	-.416	.000

Apurou-se que as variáveis preditoras de ansiedade são o bem-estar negativo, neuroticismo e a idade, explicando 45.5% da variação com a ansiedade, cuja variância explicada ajustada é 45.1%. O erro padrão de regressão é 2.746 e o teste F ( $f=4.967$ ;  $p=0.026$ ) e o valor de t ( $t=-.499$ ;  $p=0.000$ ), manifestam significância estatística, indicando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a ansiedade.

Os coeficientes padronizados beta demonstram que o bem-estar negativo e o neuroticismo estabelecem uma relação direta com a ansiedade, denotando que quanto mais bem-estar negativo e mais neuróticos maior é a ansiedade. A variável idade apresenta uma relação inversa, significando que quanto mais velhos menor é a ansiedade dos estudantes. A *variance inflation factor* (VIF) aponta para a inexistência de colinearidade, na medida em que estes valores são inferiores a 5 (cf. Quadro 3).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para a ansiedade, em conformidade com a seguinte fórmula:

$$\text{Ansiedade} = -.386 + (.285 \text{ bem-estar negativo}) + (.198 \text{ Neuroticismo}) + (-.047 \text{ Idade})$$

Quadro 3 – Regressão múltipla entre a ansiedade e as variáveis independentes

Variável dependente: <b>Ansiedade (global)</b>					
R = 0.674					
R <sup>2</sup> = 0.455					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.451					
Erro padrão da estimativa = 2.746					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.007					
F = 4.967					
P = 0.026					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-.386	-	-.499	.618	-
Bem-estar negativo	.285	.530	11.334	.000	1.602
Neuroticismo	.198	.178	3.862	.000	1.560
Idade	-.047	-.084	-2.229	.026	1.041
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	2509.516	3	836.505		
Residual	3009.099	399	7.542	110.919	.000
Total	5518.615	402			

Na Figura 3 está representado o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória são o bem-estar negativo ( $\beta$  bem-estar negativo =0.66), o neuroticismo ( $\beta$  neuroticismo =0.12) e a idade ( $\beta$  idade =-0.03). O modelo explica cerca de 55% da variação observada da ansiedade nas diferentes variáveis. Os valores de r, entre as variáveis, oscilam entre ( $r=-0.20$ ) no bem-estar negativo vs neuroticismo, ( $r=-0.12$ ) neuroticismo vs idade.

Figura 3 - Representação esquemática da regressão múltipla entre a ansiedade e variáveis independentes



### Regressão múltipla do stresse com variáveis independentes

Esta última regressão múltipla procura determinar as variáveis preditoras quando analisadas em conjunto as variáveis sociodemográficas, as de contexto psicológico e a personalidade. A Tabela 48 apresenta os valores correlacionais denotando-se que o stresse estabelece uma relação inversa com a idade ( $r=.150$ ), extroversão ( $r=-.052$ ), bem-estar positivo ( $r=-0.069$ ) e balanço afetivo ( $r=-.489$ ), e correlações positivas com as restantes. Constatam-se diferenças estatisticamente significativas, à exceção do sexo masculino ( $p=.069$ ), sexo feminino ( $p=0.69$ ), extroversão ( $p=.151$ ) e bem-estar positivo ( $p=.085$ ). Deste modo, os resultados sugerem que quanto menores os índices onde as correlações são negativas e maiores onde são positivas, maior o stresse.

Tabela 48 - Correlação de Pearson entre o stresse e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-.150	.001
Masculino	-.074	.069
Feminino	.074	.069
Extroversão	-.052	.151
Neuroticismo	.611	.000
Sonolência diurna	.271	.000
Bem-estar positivo	-.069	.085
Bem-estar negativo	.697	.000
Balanço afetivo	-.489	.000

São duas as variáveis preditoras para o stresse, resultante da regressão múltipla efetuada: bem-estar-negativo e neuroticismo, as quais, no seu conjunto, explicam 54.4% da variabilidade. O erro padrão de regressão é 3.112 e o teste  $f$  ( $f=51.166$ ;  $p=.000$ ) e o valor de  $t$  ( $t=-7.441$ ;  $p=0.000$ ), são significativos, o que nos leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a variável dependente stresse.

Apuramos que o bem-estar negativo ( $\beta=.344$ ) e o neuroticismo ( $\beta=.415$ ) têm um elevado peso preditivo, estabelecendo uma relação direta com o stresse, ou seja, quanto pior o bem-estar (bem-estar negativo) e mais neuróticos os estudantes se apresentarem, maior é o stresse. Recorreu-se igualmente ao VIF (*variance inflation factor*), na tentativa de se determinar a colinearidade que é de 1.560 para o bem-estar negativo e 1.560 para o neuroticismo, evidenciando que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. Quadro 4).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para o stresse, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Stresse} = -4.452 + (.344 \text{ bem-estar negativo}) + \text{neuroticismo} (.415)$$

Quadro 4 – Regressão múltipla entre o stresse e variáveis independentes

Variável dependente: <b>Stresse (global)</b>					
R = 0.738					
R <sup>2</sup> = 0.544					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.542					
Erro padrão da estimativa = 3.112					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.058					
F = 51.166					
P = 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	-4.452	-	-7.441	.000	-
Bem-estar negativo	.344	.517	12.254	.000	1,560
Neuroticismo	.415	.302	7.153	.000	1.560
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	4632.624	2	2316.312	239.033	0.000
Residual	3876.140	400	9.690		
Total	8508.764	371			

Na Figura 4 está representado o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes standardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória são o bem-estar negativo ( $\beta$  bem-estar negativo =0.52) e o neuroticismo ( $\beta$  neuroticismo =0.30). O modelo explica cerca de 54% da variação observada do stresse nas diferentes variáveis. Os valores de r, entre as variáveis, oscilam entre (r=-0.60) no bem-estar negativo vs neuroticismo.

Figura 4 - Representação esquemática da regressão múltipla entre o stresse e variáveis independentes



**Síntese:**

- quanto mais bem-estar negativo os estudantes tiverem maior é a depressão; quanto mais bem-estar positivo, neuroticismo e extroversão, menor a depressão nos estudantes;

- quanto mais bem-estar negativo e mais neuroticismo os estudantes revelarem maior é a ansiedade; quanto mais velhos menor é a ansiedade dos estudantes;

- quanto mais bem-estar negativo e neuroticismo os estudantes apresentarem, maior é o stresse.

**Regressão múltipla multivariada com as variáveis independentes**

Como corolário ao estudo desenvolvido, efectuamos uma regressão múltipla multivariada que é usada quando pretendemos analisar em simultâneo um conjunto de variáveis independentes e duas ou mais variáveis dependentes em simultâneo. Para o modelo em causa apenas nos cingimos às variáveis que se apresentaram como predictoras nas regressões parcelares anteriormente estudadas.

No quadro 5 são expostas as trajetórias entre as variáveis independentes e as dependentes bem como os valores da probabilidade dos rácios críticos. Denota-se que seis das trajetórias não apresentam valores superiores a 1.96 não se revelando por esse motivo significativos, pelo que procedemos à sua depuração.

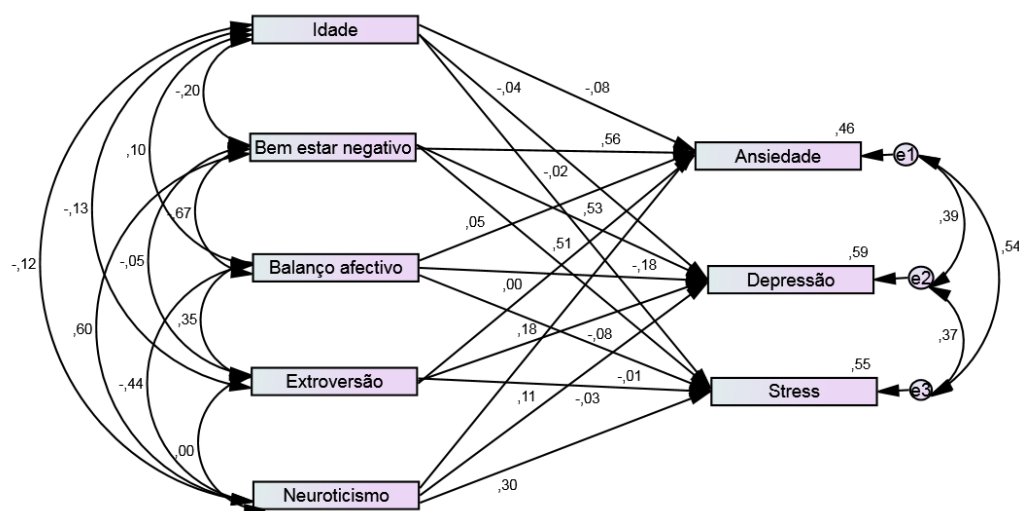
Quadro 5 – Trajetórias do modelo inicial e rácios críticos

Trajetórias			Rácio crítico	P
Depressão	<---	Balanço_afectivo	-3,798	***
Depressão	<---	Neuroticismo	2,851	,004
Ansiedade	<---	Idade	-2,184	,029
Ansiedade	<---	Balanço_afectivo	,908	,364
Ansiedade	<---	Neuroticismo	3,924	***
Depressão	<---	Idade	-1,319	,187
Stress	<---	Neuroticismo	7,171	***
Stress	<---	Balanço_afectivo	-,118	,906
Stress	<---	Idade	-,455	,649
Ansiedade	<---	Panasnegativo	9,765	***
Depressão	<---	Panasnegativo	10,661	***
Stress	<---	Panasnegativo	9,642	***
Ansiedade	<---	Extroversão	-,051	<u>,959</u>
Depressão	<---	Extroversão	-2,337	,019
Stress	<---	Extroversão	-,679	,497

O output gráfico (cf. Figura 5) permite visualizar os coeficientes estandardizados para a ansiedade, depressão e stresse: O menor coeficiente é

observado na trajetória entre extroversão e ansiedade ( $\beta=-0.00$ ) e o maior na trajetória bem estar negativo com a ansiedade variando em sentido directo ( $\beta=-0.56$ ).

Figura 5 – Output gráfico do modelo inicial



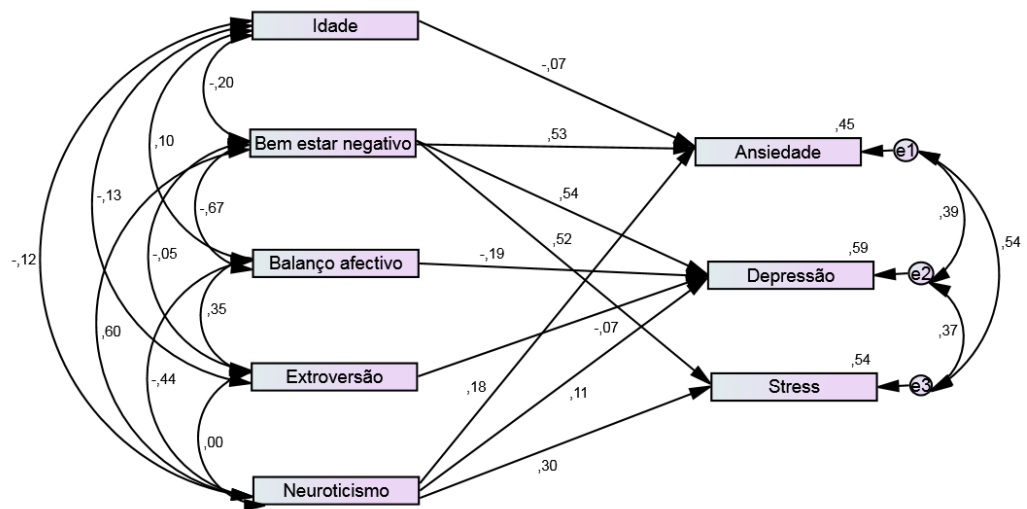
Efetuada a depuração das trajetórias que não se apresentaram como predictoras, resultou o modelo final ajustado cujos resultados apresentamos no quadro 6 e figura 6. Assim, analisando os resultados obtidos, apurou-se que os rácios críticos são todos superiores a 1.96 e significativos. O mesmo quadro apresenta ainda os coeficientes standarizados beta resultantes das trajetórias efectuadas que podem ser visualizados no output gráfico.

Quadro 6 – Trajetória do modelo final e coeficientes Beta

	Trajetórias	Rácio Crítico	p	$\beta$
Depressão	<--- balanço_afectivo	-4,467	***	-,193
Depressão	<--- Neuroticismo	2,817	,005	,113
Ansiedade	<--- Idade	-2,188	,029	-,067
Ansiedade	<--- Neuroticismo	3,875	***	,179
Stress	<--- Neuroticismo	7,171	***	,302
Ansiedade	<--- Panasnegativo	11,494	***	,534
Depressão	<--- Panasnegativo	11,129	***	,536
Stress	<--- Panasnegativo	12,284	***	,517
Depressão	<--- Extroversão	-2,250	,024	-,072

Numa análise sumária ao gráfico apresentado, verifica-se que as trajetória extroversão vs depressão ( $\beta=-0.07$ ) e idade vs ansiedade ( $\beta=-0.07$ ) são as que revelam menor peso preditivo. Já a trajetória bem estar negativo com a depressão ao apresentar um coeficiente beta de 0.54 traduz uma maior variabilidade. A percentagem de variância explicada das variáveis predictoras da ansiedade é de 45% da depressão de 59% e do stresse de 54%.

Figura 6 – Output gráfico ajustado da relação entre as variáveis predictoras com as variáveis dependentes



### **3. Discussão**

No presente capítulo procede-se, em primeiro lugar, à discussão metodológica, seguindo-se a discussão dos resultados, na tentativa de se dar resposta às questões de investigação e atingir os objetivos inicialmente traçados.

#### **3.1. Discussão metodológica**

Os procedimentos metodológicos usados na investigação revelaram-se concordantes com os objetivos delineados, bem como com as características da amostra. O instrumento de recolha de dados foi o questionário, o qual foi preenchido pelos participantes online, não tendo sido necessário a presença da investigadora. Considera-se que o protocolo de avaliação era extenso, com um número de variáveis elevado, o que poderá ter influenciado os alunos, cujo preenchimento se poderá ter assumido como demorado e cansativo.

Uma outra limitação metodológica prende-se com o facto de se ter realizado um estudo com enfoque transversal, cujas avaliações foram feitas num único momento, não existindo, portanto, um período de seguimento dos participantes. A maior desvantagem dos estudos transversais prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do fenómeno em estudo. O facto de nos estudos transversais só se poder medir a prevalência e não a incidência, torna limitada a informação produzida por este tipo de estudos, no que respeita à história natural dos acontecimentos e ao seu prognóstico (Fortin, 2009). Contudo, para se levar a cabo este estudo transversal, foi necessário, em primeiro lugar, definir as questões a responder, depois, definir-se a população a estudar e um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Mediante o exposto, considera-se que a presente investigação esteve condicionada com as opções metodológicas, não sendo, por isso, possível generalizarem-se os resultados, o que só será possível com a corroboração de outros estudos da mesma área, todavia com amostras mais dilatadas.

Contudo, apesar destas limitações, pode afirmar-se que os resultados possibilitaram um conhecimento mais efetivo acerca da depressão, ansiedade e

stresse nos estudantes de enfermagem, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, académicas, psicológicas e sonolência diurna na amostra selecionada.

### **3.2. Discussão dos resultados**

A amostra desta investigação é constituída por 403 estudantes de enfermagem, sendo a sua maioria estudantes a frequentar o quarto ano, com predominância do sexo feminino. Quanto às idades, sobressaíram as estudantes na faixa etária dos  $\leq 20$  anos, enquanto no grupo de estudantes do sexo masculino preponderaram os que possuem idades  $\geq 23$  anos. Verificou-se que a maioria dos participantes eram solteiros, a residir na cidade, bem como prevaleceram os que coabitam com os familiares, tendo apenas um irmão. Em relação às habilitações literárias dos pais, predominaram os que possuem habilitações literárias até ao nono ano de escolaridade. Quer no grupo das alunas, quer no grupo dos alunos, a sua maioria não possui atividade remunerada e não tem estatuto bolseiro. Na maioria, em ambos os sexos, os estudantes deslocam-se para a escola num veículo motorizado.

Da análise inferencial, mais concretamente no que se refere à influência da idade no bem-estar subjetivo dos estudantes de enfermagem, confirmou-se que, na presente investigação, apenas houve influência da idade no afeto negativo ( $p=.000$ ), tendo sido os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos a revelarem um afeto negativo mais elevado. Estes resultados corroboram a literatura especializada, que aponta para o facto de os alunos mais novos serem os que ainda estão numa fase de adaptação ao contexto universitário, separação, muitos deles, da família e com mudanças na sua vida social, fatores que podem interferir no seu bem-estar subjetivo. Alguns autores referem elevados níveis de stresse nos estudantes de enfermagem relacionados com a vida académica e, paralelamente, o risco acrescentado de problemas de saúde mental, também de natureza ansiosa e depressiva, o que diminui o seu bem-estar subjetivo (Melissa-Halikiopoulou, Tsigas, Khachatryan & Georgios, 2013; Olher & Polubriaginof, 2012).

Procurou-se saber se as variáveis sociodemográficas interferem na depressão, stresse e ansiedade dos estudantes de enfermagem, tendo-se verificado a interferência do estado civil, sendo os estudantes solteiros/divorciados os que apresentaram os níveis mais elevados. Não havendo evidências empíricas que

possam servir de justificação aos resultados encontrados, poder-se-á justificá-los com o facto de os estudantes solteiros poderem ser os que têm menos idade e os que se encontram nos primeiros anos do curso, o que corrobora os dados anteriores, ou seja, os alunos mais novos são os que revelaram um afeto negativo mais elevado, o que pode ter como consequência a depressão, o stresse e a ansiedade. Certo é que a transição para o ensino superior, como citado anteriormente, despoleta desafios aos estudantes, que podem requerer mudanças nos papéis, nas rotinas, nas relações interpessoais e na forma como o estudante se percebe e percebe a nova realidade (Olher & Polubriaginof, 2012). Nessa transição, o estudante terá que mobilizar recursos de modo a desenvolver respostas adaptativas, entre esses recursos encontra-se o suporte social. Quando o estudante não consegue desenvolver as respostas adequadas à adaptação isso reflete-se ao nível do seu bem-estar. Por outro lado, as dificuldades sentidas na transição traduzem-se muitas vezes em estados de stresse e de ansiedade que também se refletem na percepção do bem-estar (Olher & Polubriaginof, 2012). Destaca-se que as características sociodemográficas dos estudantes, tais como: sexo, idade, estado civil e meios de transporte, são fatores que podem levar à ocorrência de stresse (Benavente, Silva, Higashi, Guido & Costa, 2014), o que corrobora os resultados apurados em relação ao estado civil dos estudantes da amostra em estudo.

Uma outra variável a interferir na ansiedade, depressão e stresse foi o ano em que os estudantes estão inscritos. Em média, foram os estudantes do primeiro ano a apresentar mais depressão e ansiedade, enquanto o valor mais alto no stresse foi o registado no grupo de alunos do segundo ano. No global, foram os estudantes do quarto ano e da pós-graduação/mestrado a revelarem valores médios menos elevados, sendo estes os que apresentam menores níveis de depressão, ansiedade e stresse, o que está em conformidade com os resultados referidos anteriormente, confirmando-se uma vez mais que os alunos mais novos são os que mais revelam depressão, ansiedade e stresse. Os resultados estão em conformidade com o referido Yeongsuk (2012), na medida em que o autor verificou que os alunos dos primeiros anos do curso de enfermagem revelam grandes níveis de stresse e ansiedade o que se deve a variáveis pessoais e contextuais, como o facto de muitos alunos estarem deslocados de casa e sentirem-se pressionados pelo tempo para dar resposta a todas as solicitações académicas (curriculares e extracurriculares). A transição para a vida universitária afigura-se como uma situação desafiante face à qual é necessário mobilizar recursos, de modo a alcançar um ajustamento satisfatório com o

acontecimento. O impacto de situações stressantes põe em causa o equilíbrio físico, emocional e o bem-estar dos estudantes (Monteiro, Freitas & Ribeiro, 2007).

Outro resultado a que se chegou refere-se à variável idade, que teve influência na depressão, ansiedade e stresse, tendo sido os estudantes com idade inferior ou igual aos 20 anos que revelam ter mais sintomas de depressão, ansiedade e stresse, dado que as suas médias indicam níveis mais elevados, residindo essas diferenças sobretudo entre os estudantes com idade igual ou superior aos 23 anos. Estas evidências corroboram as encontradas em relação ao ano em que os sujeitos da amostra estão inscritos, confirmando-se que os alunos mais novos são os que se apresentam ainda com um maior desajustamento em relação ao curso, ansiedade em situações de avaliação, ansiedade face às tomadas de decisão, perturbações de humor e os problemas de realização académica (Silva & Costa, 2005).

As dificuldades que os estudantes mais sentem podem traduzir-se numa crise adaptativa ou em níveis mais elevados de stresse e de ansiedade. Nesta transição, o estudante confronta-se com o assumir de novas responsabilidades, ter que gerir o tempo, o sair de casa e confronta-se com novas situações que exigem decisões, ao mesmo tempo que desenvolve a sua autonomia. Todos estes fatores resultam em stresse e ansiedade relacionada com esta necessidade de adaptação (Silva & Costa, 2005).

A zona de residência também se constituiu como uma variável sociodemográfica a influenciar a depressão, a ansiedade e o stresse dos estudantes da presente investigação, tendo sido os estudantes a residir em meio rural a apresentar mais ansiedade e stresse. Todavia, foram os que residem no meio urbano a apresentar mais depressão. A ocorrência encontrada no que se refere aos alunos que residem em meio rural apresentarem mais ansiedade e stresse pode ser justificada com o facto de estes alunos não terem vindo morar para a cidade, onde se encontra a universidade, continuando a coabitar com os pais, o que implica que tenham de se deslocar todos os dias, após um dia preenchido com os requisitos da vida escolar, acrescido de terem de estudar em casa, o que os poderá tornar mais ansiosos e stressados.

Apurou-se também que, em relação ao efeito significativo das variáveis académicas no stresse, ansiedade e depressão dos estudantes de enfermagem, os estudantes que não têm atividade remunerada foram os que revelaram mais stresse, ansiedade e depressão, o que não vai ao encontro dos resultados encontrados por Oliveira, Mininel e Felli (2011), na medida em que do total de estudantes de

enfermagem avaliados, um número significativo atribuiu graus mais baixos para sua qualidade de vida, relacionando-a com o cansaço, a realização de trabalhos, atividade remunerada concomitante com a faculdade, sendo a atividade remunerada um fator de sobrecarga de atividades que resulta em stresse, ansiedade e depressão.

Procurou-se, de igual modo, verificar se existe relação entre as variáveis contextuais do sono (sonolência diurna) com o stresse, a ansiedade, a depressão dos estudantes de enfermagem, tendo-se constatado que, na amostra em estudo, há uma relação entre a depressão, a ansiedade e o stresse na sonolência diurna dos estudantes, tendo sido os participantes sem sonolência diurna que revelam valores mais elevados de depressão, ansiedade e stresse. A este propósito Costa e Polak (2009) verificaram uma correlação significativa entre o stresse na prática clínica e a qualidade de sono dos estudantes de enfermagem. Angelone, Mattei, Sabarbaty & Orio (2011) referem que a exigência das atividades universitárias promove o aumento da ocorrência de alterações na qualidade do sono. Neste âmbito, Furlani e Ceolim (2005), com base num estudo realizado com estudantes do 1º ano de enfermagem, verificaram que, após o início das aulas, houve predomínio de má qualidade de sono e indisposição diurna, o que não está em conformidade com os resultados apurados na presente investigação, na medida em que foram os estudantes sem sonolência diurna a revelarem mais stresse, ansiedade e depressão. Todavia, importa salientar que o padrão de sono dos estudantes de enfermagem, na maioria, revelam má qualidade de sono, sobretudo devido à conjugação das aulas, avaliações com os ensinamentos clínicos (Yeoungsuk, 2012).

Os resultados revelaram que as variáveis preditoras da depressão foram o balanço afetivo, bem-estar negativo, neuroticismo e extroversão: se por um lado quanto maior bem-estar negativo os estudantes tiverem maior é a depressão, por outro, as variáveis balanço afetivo, neuroticismo e extroversão apresentaram uma relação inversa, sugerindo que é menor a depressão nos estudantes com estas evidências. Estes dados corroboram o facto de muitos estudantes de enfermagem têm o seu bem-estar e equilíbrio perturbados, podendo desencadear um conjunto de perturbações psicológicas com alterações comportamentais, emocionais, insucesso escolar e problemas somáticos. Estes problemas resultam, na maioria das vezes, da conjugação dos fatores implícitos à exigência da vida escolar, não só em termos de escola propriamente dita, como dos ensinamentos clínicos (Chan, So & Fong, 2009; Yamashita, Saito & Takao, 2012; Freitas, 2012).

No que se refere à ansiedade, apurou-se que as variáveis preditoras de ansiedade foram o bem-estar negativo, neuroticismo e a idade tendo, contudo,

relações inversas: quanto maior o bem-estar negativo e mais neuroticismo os estudantes revelarem mais elevada é a ansiedade; quanto mais velhos os alunos menor é a ansiedade dos mesmos. Estes resultados comprovam que os alunos mais novos são os que se revelam mais ansiosos, tal como já referido anteriormente. Importa referir que o neuroticismo está negativamente associado ao bem-estar subjetivo. Alguns estudos indicam uma relação positiva entre os afetos positivos e a extroversão e entre os afetos negativos e o neuroticismo, o que predispõe a pessoa a estados de ansiedade mais elevados (Martins & Lopes, 2010).

Procurou-se também determinar quais as variáveis preditoras de stresse, quando analisadas em conjunto as variáveis sociodemográficas, as de contexto psicológico e a personalidade. Assim, verificou-se que as variáveis preditoras de stresse foram o bem-estar negativo e o neuroticismo, apresentando um elevado peso preditivo, estabelecendo uma relação direta com o stresse, ou seja, quanto maior bem-estar negativo e neuroticismo os estudantes apresentarem, maior é o stresse. Estas evidências corroboram os dados alcançados por Faria (2013), que identificou uma relação negativa entre o bem-estar negativo e o neuroticismo com stresse em estudantes universitários. Neste contexto, Vaz Serra (2007) refere que a situação indutora de stresse refere-se à relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente que é avaliada como excedendo os seus próprios recursos prejudicando, por isso, o seu bem-estar. Assim, quando o estudante sente que os seus recursos pessoais ou sociais são insuficientes para lidar com as circunstâncias próprias da vida universitária, não encontrando a resposta adequada, dentro das suas aptidões e recursos, sentirá um bem-estar negativo elevado, resultando num stresse excessivo. Lourenço (2013) menciona que os estudantes de enfermagem expressam um bem-estar negativo e valores elevados de stresse e de ansiedade, causados, segundo percecionam, pela falta de competências para executar procedimentos e pelos riscos e medos decorrentes das situações de aprendizagem nos serviços de saúde.

#### 4. Conclusão

O presente estudo assumiu-se como um contributo para o conhecimento dos estudantes de enfermagem, no que concerne à relação entre o stresse, ansiedade, depressão e o bem-estar subjetivo, hábitos de sono, personalidade e contexto sociodemográfico e académico na referida população. Para tal efetuou-se uma revisão da literatura que fundamentasse os conceitos-chave inerentes à compreensão do tema em estudo, com uma aplicação prática no estudo empírico, que permitiu responder às questões de investigação efetuadas.

Assim, verificou-se, através da revisão da literatura, que quando os estudantes não conseguem desenvolver as respostas adequadas à adaptação ao ensino superior, isso reflete-se ao nível do seu bem-estar. Por outro lado, as dificuldades sentidas na transição traduzem-se muitas vezes em estados de ansiedade, stresse e depressão, com consequências na percepção subjetiva do seu bem-estar.

Concluiu-se, de igual modo, que são vários os fatores que parecem estar associados à percepção de bem-estar subjetivo, nomeadamente a personalidade, ou seja, a extroversão e o neuroticismo, onde a extroversão parece indicar maior facilidade no relacionamento interpessoal, menor stresse, ansiedade e depressão, o que poderá justificar um maior bem-estar subjetivo. Por outro lado, também se constatou que as exigências inerentes ao contexto escolar e, no caso concreto dos estudantes de enfermagem, no que se refere aos ensinamentos clínicos, sugerem alterações nos hábitos de sono dos estudantes. Ao longo da vida académica, o estudante de enfermagem confronta-se com um ambiente, muitas vezes, percecionado como ameaçador, tendo em conta os recursos de que dispõe, a sua capacidade de adaptação e a sua própria personalidade.

Com base neste estudo, com uma amostra de 403 estudantes de enfermagem, sendo a sua maioria estudantes a frequentar o quarto ano, com predominância do sexo feminino. Quanto às idades, sobressaíram estudantes do sexo feminino na faixa etária dos  $\leq 20$  anos, enquanto no grupo de estudantes do sexo masculino preponderaram os que possuem idades  $\geq 23$  anos. A maioria dos participantes era solteiro, residentes na cidade, a coabitar com os familiares, tendo apenas um irmão. Houve um claro predomínio de estudantes de ambos os sexos a não possuírem atividade

remunerada e sem estatuto de bolsheiro. Na maioria, os estudantes deslocam-se para a escola num veículo motorizado.

No que se refere à influência da idade no bem-estar psicológico dos estudantes de enfermagem, confirmou-se que, na presente investigação, apenas houve influência da idade no afeto negativo, tendo sido os estudantes com idade igual ou inferior a 20 anos a revelarem um afeto negativo mais elevado.

Procurou-se saber se as variáveis sociodemográficas tinham influência na depressão, stresse e ansiedade dos estudantes de enfermagem, tendo-se verificado a interferência do estado civil, sendo os estudantes solteiros/divorciados os que apresentaram os níveis mais elevados. Uma outra variável a interferir na depressão, stresse e ansiedade foi o ano em que os estudantes estão inscritos. Em média, foram os estudantes do primeiro ano a apresentar mais depressão e ansiedade, enquanto o valor mais alto no stresse foi o registado no grupo de estudantes do segundo ano. No global, foram os estudantes do quarto ano e da pós-graduação/mestrado a revelarem valores médios menos elevados, traduzindo que são estes os que menos depressão, ansiedade e stresse apresentam.

Outro resultado a que se chegou refere-se à variável idade, que teve influência na depressão, ansiedade e stresse, tendo sido os estudantes com idade inferior ou igual aos 20 anos que revelam ter mais sintomas de depressão, ansiedade e stresse, dado que as suas médias indicam níveis mais elevados, residindo essas diferenças sobretudo entre os estudantes com idade igual ou superior aos 23 anos.

A zona de residência também se constituiu como uma variável sociodemográfica a influenciar a depressão, a ansiedade e o stresse dos estudantes da presente investigação, tendo sido os estudantes a residir em meio rural a apresentar mais ansiedade e stresse. Todavia, foram os que residem no meio urbano a apresentar mais depressão. Apurou-se também que os estudantes que não têm atividade remunerada foram os que revelaram mais stresse, ansiedade e depressão.

Concluiu-se que, na amostra em estudo, houve uma relação entre a depressão, a ansiedade e o stresse nos hábitos de sono dos estudantes, tendo sido os participantes sem sonolência diurna que revelam valores mais elevados de depressão, ansiedade e stresse.

Os resultados revelaram que as variáveis preditoras da depressão foram o balanço afetivo, bem-estar negativo, neuroticismo e extroversão: se por um lado quanto maior bem-estar negativo os estudantes tiverem maior é a depressão, por outro, as variáveis balanço afetivo, neuroticismo e extroversão apresentaram uma

relação inversa, sugerindo que é menor a depressão nos estudantes com estas evidências. No que se refere à ansiedade, apurou-se que as variáveis preditoras de ansiedade foram o bem-estar negativo, neuroticismo e a idade tendo, contudo, relações inversas: quanto maior o bem-estar negativo e mais neuroticismo os estudantes revelarem mais elevada é a ansiedade; quanto mais velhos os alunos menor é a ansiedade dos mesmos.

Procurou-se também determinar quais as variáveis preditoras de stresse, quando analisadas em conjunto as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico. Assim, verificou-se que as variáveis preditoras de stresse foram o bem-estar-negativo e o neuroticismo, apresentando um elevado peso preditivo, estabelecendo uma relação direta com o stresse, ou seja, quanto maior bem-estar negativo e neuroticismo os estudantes apresentarem, maior é o nível de stresse.

Face a estes resultados, sugere-se que sejam desenvolvidas estruturas de apoio aos estudantes, ao nível da própria organização escolar, de modo a que os mesmos possam expor os seus problemas, partilhando-os com profissionais especializados, a fim de poderem encontrar ou reforçar estratégias de *coping* que os possam auxiliar a ultrapassar todas as barreiras inerentes à vida universitária, alcançando, assim, um melhores níveis de bem-estar geral. Por outras palavras, sugere-se que se dê mais importância ao apoio social dos estudantes de enfermagem, de modo a que os mesmos possam ter uma percepção de maior bem-estar, com redução do stresse e da ansiedade. A própria instituição escolar dever-se-á organizar em função da promoção do desenvolvimento integral dos estudantes e se, por um lado deve atender à diversidade de perfis psicológicos dos alunos que recebem, por outro deve criar estruturas vocacionadas para os problemas específicos dos estudantes. Ou seja, a organização escolar deve dar uma resposta sistemática e, essencialmente, preventiva. Por exemplo, face ao fator stresse deveriam existir comportamentos de apoio que pudessem envolver a assistência direta na resolução de um problema, ajudar o estudante a reavaliar a sua situação ou dar-lhe apoio após um acontecimento negativo.

Este apoio poderia, para além do acompanhamento psicoterapêutico, facultar informações relevantes acerca da transição para o ensino superior, espaços de dialogo, de desenvolvimento de competências de estudo e de gestão do tempo, bem como atividades orientadas para a inserção na vida ativa, aspetos, segundo se considera, centrais no desenvolvimento dos estudantes de enfermagem, sobretudo no contexto da atual conjuntura em termos laborais.

Importa salientar que a relevância deste estudo se prendeu com o facto de, apesar de a transição para o ensino superior constituir uma área de investigação importante, ainda se conhece pouco acerca da temática deste estudo. Como tal, sugere-se a continuidade deste trabalho, com sugestão de uma amostra ainda mais alargada, compreendendo estudantes de enfermagem de mais instituições escolares, situadas noutras zonas do país, de modo a perceber outras variáveis que possam interferir no seu bem-estar.

## Referências bibliográficas

- Angelone, A.M.; Mattei, A.; Sbarbati, M. Di Orio, F. Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *J Prev Med Hyg.*; 52(4):201-208.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Benavente, S.B.T.; Silva, R.M.; Higashi, A.B. Guido, L.A. & Costa, A.L.S. (2014). Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. *Rev. esc. enferm.* Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300018>.
- Bergen-Cico, D.; Possemato, K. & Cheon, s. (2013). *Examining the Efficacy of a Brief Mindfulness-Based Stress Reduction (Brief MBSR) Program on Psychological Health*. *Journal of American College Health*, Vol. 61, 6: 348-360.
- Bublitz, S.; Freitas, E.O.; Kirchhof, R.S.; Lopes, L.F.D. & Guido, L.A. (2012). Artigo de Pesquisa. *UERJ*; 20(esp.2): 739-745.
- Chan, C.K.L.; So, W.K.W. & Fong, D.Y.T. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *J Prof Nurs.*; 25(5): 307-313.
- Correia, I. (2012). *Perturbações Psicopatológicas no Cuidador Informal do Doente Mental*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/pdf>.
- Furegato, A.R.F.; Santos, J.L.F. & Silva, E.S. (2010). Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: autoavaliação da saúde e fatores associados. *Rev. bras. enferm.* vol. 63 nº 4. Acedido em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400002).
- Costa, A.L.S., & Polak, C. (2009). Construção e Validação de Instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE). *Rev Esc Enferm USP*; 43(Esp):1017-1026.
- Costa, E. S. & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva & S.

- Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213-216). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Faria, L. (2013). Personalidade e reações afetivas à exploração de carreira. *Psicologia, Ciência e Profissão*; 33(1): 100-111.
- Fernandes, V.M.P. (2011). *Adaptação académica e autoeficácia em estudantes universitário do primeiro ciclo de estudos*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2253/3/DM\\_15256.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2253/3/DM_15256.pdf).
- Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2): 89-98.
- Freitas, E.O. (2012). *Estresse, coping, burnout: sintomas depressivos e hardiness entre discentes de Enfermagem*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria.
- Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F., & Silva, E. C. (2010). Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: auto-avaliação da saúde e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4): 509-516.
- Furlani, R. & Ceolim, M.F. (2005). Padrões de sono de estudantes ingressantes na Graduação em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.*; 58(3):320-324.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, 219-227.
- Garro, I.M.B.; Camillo, S.O. & Nóbrega, M.P.S.S. (2006). Depressão em Graduandos de Enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*; 19(2): 162-7.
- Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2011) Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*; 67(3): 621-632.
- Gonçalo, H., Gomes, A. R., Barbosa, F., & Afonso, J. M. P. (2010). Stresse ocupacional em forças de segurança: Um estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 26(1): 165-178.

- Graziani, P. (2010). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2010). *Ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lourenco, C.B. (2013). Qualidade de vida de graduandos da área da saúde. *Rev. bras. educ. med.* vol. 37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000300009&script=sci_arttext).
- Machado, R., & Lima, M. (2008). Ameaça de desemprego: stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais. *Psicologia*, 12: 65-68.
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 23(4): 391-398.
- Margis, R.; Picon, P.; Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(Supl. 1): 65-74.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Martins, P.F.S., & Lopes, E.J. (2010). *Relação entre personalidade, transtornos de ansiedade e de humor: uma revisão da literatura brasileira literatura brasileira*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v.6, n.1, jun. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872010000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100006&lng=pt&nrm=iso)>.
- Melissa-Halikiopoulou, M.; Tsigas, N.; Khachatryan, T. & Georgios, M. (2007). Effect of relaxation training exercises on anxiety levels of students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*;14(43): 86-91.
- Monteiro, S.F.Z.; Freitas, J.F.M. & Ribeiro, A.A.P. (2007). Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. *Esc Anna Nery R Enferm.*; 11 (1): 66 - 72.
- Montgomery, S. (2011). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nelas, P.A.; Ferreira, M., & Duarte, J.C. (2008). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista Referência*, IIª série, 6: 39-56.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Olher, R.F. & Polubriaginof, C. (2012). Estudos sobre a depressão em estudantes de enfermagem. *Rev Enferm UNISA.*; 13(1): 48-52.
- Oliveira, B.M.; Mininel, V.A. & Felli, V.E.A. (2011). Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*; 64(1): 130-135.
- Pais Ribeiro, J.; Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36: 235-246.
- Pais-Ribeiro, J., & Pombeiro, T. (2005). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J.Pais-Ribeiro & I.Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.757-769). Lisboa: ISPA;
- Pervin, L.A., & John, O.P. (2011). *Personalidade: teoria e pesquisa*. São Paulo: Artmed.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Pinto, A. M. & Chambel, M. J. (2008). Abordagens teóricas no estudo do burnout e do engagement. In A. M. Pinto & M. J. Chambel (Orgs.), *Burnout e engagement em contexto organizacional: Estudos com amostras portuguesas* (pp. 53-84). Lisboa: Livros Horizonte.
- Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (A. Thorell, Trad.). São Paulo: Artmed Editora.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3: 467-477.
- Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2010). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde & Trabalho*, 6: 25-42.
- Santos, C.; Ferreira, P.L., & Moutinho, J. (2001). *Avaliação da sonolência diurna excessiva: adaptação cultural e linguística da escala de sonolência de Epworth para a população portuguesa*. Dissertação de Licenciatura em Neurofisiologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

- Saupe, R.; Nietche, E.A.; Cestan, M.E.; Giorgi, M.D.M. & Krahi, M. (2004). *Qualidade de vida dos académicos de enfermagem*. Rev Latino-am Enfermagem; 12(4): 636-42.
- Silva, M. G. & Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*; 2(23): 111-127.
- Tavares, C.F.V. (2012). *Adaptação ao ensino superior, personalidade e otimismo em estudantes universitários do 1º Ciclo de Estudos*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4231/1/CL%C3%81UDIO%20filipe%20valemte%20tavares%20%20adapta%C3%87%C3%83O%20AO%20ensino%20superior,%20personalidade%20E%20otimismo%20em%20estudantes%20universit%C3%81rios%20do%201%C2%BA%20ciclo%20DE%20estudos.pdf>.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda.
- Wilkinson, G.; Moore, B. & Moore, P. (2011). *Tratar a depressão*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Yamashita, K.; Saito, M. & Takao, T. (2012). Stress and coping styles in Japanese nursing students. *Int J Nurs Pract.*;18(5): 489-496.
- Yeoungsuk, S. (2012). Stressful life events and quality of life in nursing students. *J Korean Acad Soc Nurs Edu.*; 18(1): 71-80.



## **Anexos**



**Anexo I - Pedido de Parecer à Comissão de Ética**





PARECER  
Nº 1/2014

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO "PERSONALIDADE VERSUS FATORES DE RISCO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM"

Tendo as estudantes Ana Cláudia Santos, Ana Gabriela Saraiva; Carla Cristina Nunes, Lílíana Filipa Martins e Madalena Fátima Silva, sob a orientação da Profª Doutora Cláudia Chaves e Profº Doutor João Duarte solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSV e outras Escolas Superiores que aceitem participar no estudo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem;
- Considerando que o estudo se reverte em benefícios por constituir uma oportunidade para identificar os factores de risco de saúde dos estudantes e propor estratégias no sentido de proporcionar um ambiente académico mais saudável, favorecedor de melhores níveis de qualidade de vida e de mais elevados níveis de desempenho; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 18 de fevereiro de 2014

*Enfermeira Bárbara Filipe*  
A presidente da CE da ESSV

*Respondida,*  
*A. Costa*  
15.2.2014



**Anexo II– Instrumento de Recolha de dados**



**Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu**

IIº Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO**

Este protocolo de instrumentos de avaliação destina-se a colher dados no sentido de identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de enfermagem, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projeto de investigação no contexto do 2º curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, que estamos a desenvolver sob orientação dos Professores Cláudia Chaves e João Duarte sobre a “**Personalidade versus factores de risco nos estudantes de enfermagem**”. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

O mesmo é constituído por questões fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada estudante.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

A equipa de investigação

## I PARTE

1 – Idade \_\_\_\_ anos    2 – Sexo:     Masculino     Feminino

3 – Estado civil:     Solteiro     Casado     Divorciado     União de facto     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4 – Onde vive atualmente?     Aldeia     Vila     Cidade

5 – Com quem vive durante período letivo?

- Sozinho     Pai/Mãe/Irmãos e Outros familiares  
 Amigos/colegas     Irmãos  
 Residência estudantil     Marido/Esposa/Companheiro(a) e Outros familiares

6 – Ano que está inscrito:

- 1º ano     2º ano     3º ano     4º ano     Pós-graduação/Mestrado

7 – Quais as habilitações literárias dos seus Pais? (assinala a mais elevada)

	Pai	Mãe		Pai	Mãe
Analfabeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ª Classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11º ou 12º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

8 – Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

9 – Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_

10 – Quantos irmãos tem? \_\_\_\_\_

11 – Tem alguma atividade remunerada?     Não     Sim

12 – Como se desloca para a escola?     A pé     Carro     Transportes públicos     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

13 – Tempo de deslocação entre casa/escola \_\_\_\_ minutos

14 – É bolseiro?     Não     Sim

15- Peso atual: \_\_\_\_\_ kg

16 – Altura: \_\_\_\_\_ cm

## **II Parte**

### **Escala de Restrição Alimentar**

Vai encontrar 10 perguntas com diversas alternativas de resposta, leia cuidadosamente cada pergunta e marque aquela alternativa que melhor a (o) representa.

Conteste todas as perguntas, tenha presente que as suas respostas devem refletir os seus gostos e sentimentos pessoais.

#### **1. Com que frequência faz dieta?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) Nunca.     | d) Quase sempre. |
| b) Raramente. | e) Sempre.       |

#### **2. A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi:**

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Entre 0 e 2 Kg.     | d) Entre 7,1 e 9,5 Kg. |
| b) Entre 2,1 e 4,5 Kg. | e) Mais de 9,5 Kg.     |
| c) Entre 4,6 e 7 Kg.   |                        |

#### **3. Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Entre 0 e 0,5 Kg.    | d) Entre 1,55 e 2,5 Kg. |
| b) Entre 0,55 e 1 Kg.   | e) Mais de 2,55 Kg.     |
| c) Entre 1,05 e 1,5 Kg. |                         |

#### **4. Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?**

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Entre 0 e 0,5 Kg.    | d) Entre 1,55 e 2,5 Kg. |
| b) Entre 0,55 e 1 Kg.   | e) Mais de 2,55 Kg.     |
| c) Entre 1,05 e 1,5 Kg. |                         |

#### **5. Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?**

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| a) De modo nenhum. | c) Moderadamente. |
| b) Levemente.      | d) Muito.         |

#### **6. Come menos quando está com outras pessoas?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) Nunca.     | c) Quase sempre. |
| b) Raramente. | d) Sempre.       |

#### **7. Passa muito tempo a pensar no que vai comer?**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) Nunca.     | c) Quase sempre. |
| b) Raramente. | d) Sempre.       |

**8. Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?**

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Quase sempre.
- d) Sempre.

**9. É consciente de quanto come habitualmente?**

- a) De modo nenhum.
- b) Levemente.
- c) Moderadamente.
- d) Muito.

**10. Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?**

- a) Entre 0 e 0,5 Kg.
- b) Entre 0,55 e 2,5 Kg.
- c) Entre 2,55 e 5 Kg.
- d) Entre 5,05 e 10 Kg.
- e) Mais de 10 Kg.

### III PARTE

#### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) VERSÃO CURTA

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física, que faz no seu cotidiano.

As questões que lhe vamos colocar referem-se à semana imediatamente anterior àquela em que o questionário é feito. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vamos colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional, acadêmica e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para a recreação ou prática de exercício físico/desporto.

Ao responder às seguintes questões, considere o seguinte:

- **Atividades físicas vigorosas** referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante;
- **Atividades físicas moderadas** referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte do que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos **10 minutos seguidos**.

**Q.1** - Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas **vigorosas**, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

\_\_\_\_\_ **Dias**

**Q.2** - Nos dias em que pratica atividades físicas **vigorosas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

**Q.3** - Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas **moderadas** como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

\_\_\_\_\_ **Dias**

**Q.4** - Nos dias em que faz atividades físicas **moderadas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

**Q.5** – Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias **andou** pelo menos 10 minutos seguidos?

\_\_\_\_\_ **Dias**

**Q.6** - Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

**Q.7** - Diga por favor, num dia normal quanto tempo passa **sentado**? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

\_\_\_\_\_ **Horas** \_\_\_\_\_ **Minutos**

#### IV PARTE

### QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÃO PARA O EXERCÍCIO

*The Exercise Motivations Inventory* (EMI - 2) (Original de Markland, 1997)

Tradução e Adaptação de José Alves e António Lourenço (2001)

Nas páginas seguintes são apresentadas várias afirmações relacionadas com as razões que as pessoas normalmente apresentam para fazerem exercício físico. Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinale-as TODAS com uma cruz, no número apropriado:

- Se considerar que uma afirmação não é, de maneira nenhuma, verdadeira para si, deverá assinalar “0”.
- Se entender que a afirmação é completamente verdadeira para si, assinale “5”.
- Se entender que uma afirmação é parcialmente verdadeira para si, assinale “1”, “2”, “3” ou “4”, de acordo com a intensidade com que essa mesma afirmação reflete o porquê de você praticar exercício físico.

Lembre-se, nós pretendemos saber porque razão pratica exercício físico, independentemente de as afirmações apresentadas serem, ou não, boas razões para qualquer pessoa praticar exercício físico.

NÃO HÁ PORTANTO, AFIRMAÇÕES CORRETAS OU ERRADAS e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, desmarque e assinale aquela que para si é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAIS** e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

		Nada verdadeiro para mim			Completamente verdadeiro para mim		
Pessoalmente, faço exercício físico (ou poderei vir a fazer)		↓					↓
1	Para me manter elegante	0	1	2	3	4	5
2	Para evitar ficar doente	0	1	2	3	4	5
3	Porque me faz sentir bem	0	1	2	3	4	5
4	Para me ajudar a parecer mais novo	0	1	2	3	4	5
5	Para mostrar o meu mérito/valor perante os outros	0	1	2	3	4	5
6	Para poder pensar	0	1	2	3	4	5
7	Para ter um corpo saudável	0	1	2	3	4	5
8	Para me fortalecer/tornar mais robusto	0	1	2	3	4	5

9	Porque gosto da sensação de me exercitar	0	1	2	3	4	5
10	Para passar tempo com os amigos	0	1	2	3	4	5
11	Porque o meu médico me aconselhou	0	1	2	3	4	5
12	Porque gosto de tentar ganhar/vencer quando faço atividade física	0	1	2	3	4	5
13	Para me manter/tornar mais ágil	0	1	2	3	4	5
14	Para ter objetivos que orientem o meu esforço	0	1	2	3	4	5
15	Para perder peso	0	1	2	3	4	5
16	Para prevenir problemas de saúde	0	1	2	3	4	5
17	Porque o exercício físico é revigorante	0	1	2	3	4	5
18	Para ter um corpo bonito	0	1	2	3	4	5
19	Para comparar as minhas capacidades com as dos outros	0	1	2	3	4	5
20	Porque ajuda a reduzir a tensão	0	1	2	3	4	5
21	Porque pretendo manter uma boa saúde	0	1	2	3	4	5
22	Para aumentar/melhorar a minha resistência	0	1	2	3	4	5
23	Porque o exercício físico me satisfaz tanto no momento da prática como fora dela	0	1	2	3	4	5
24	Para tirar partido/desfrutar dos aspetos sociais inerentes à prática do exercício físico	0	1	2	3	4	5
25	Para ajudar a prevenir uma doença familiar/hereditária	0	1	2	3	4	5
26	Porque gosto de competir	0	1	2	3	4	5
27	Para manter a flexibilidade	0	1	2	3	4	5
28	Porque me proporciona situações desafiantes	0	1	2	3	4	5
29	Para me ajudar a controlar o peso	0	1	2	3	4	5
30	Para evitar doenças do coração	0	1	2	3	4	5
31	Para recarregar energias	0	1	2	3	4	5
32	Para melhorar a minha aparência	0	1	2	3	4	5

33	Para ser reconhecido pelas minhas prestações/realizações	0	1	2	3	4	5
34	Para ajudar a gerir/controlar o stress	0	1	2	3	4	5
35	Para me sentir mais saudável	0	1	2	3	4	5
36	Para me tornar mais forte	0	1	2	3	4	5
37	Por gostar da experiência de praticar exercício físico	0	1	2	3	4	5
38	Para me divertir estando ativo com outras pessoas	0	1	2	3	4	5
39	Para me ajudar a recuperar de uma doença/lesão	0	1	2	3	4	5
40	Porque gosto da competição física	0	1	2	3	4	5
41	Para me manter/tornar flexível	0	1	2	3	4	5
42	Para desenvolver habilidades/capacidades pessoais	0	1	2	3	4	5
43	Porque o exercício físico ajuda-me a queimar calorias	0	1	2	3	4	5
44	Para ter um aspeto mais atrativo	0	1	2	3	4	5
45	Para alcançar coisas que os outros não conseguem	0	1	2	3	4	5
46	Para libertar a tensão	0	1	2	3	4	5
47	Para desenvolver os músculos	0	1	2	3	4	5
48	Porque me sinto na minha melhor forma quando faço exercício físico	0	1	2	3	4	5
49	Para fazer novos amigos	0	1	2	3	4	5
50	Porque acho o exercício físico divertido, especialmente quando envolve competição	0	1	2	3	4	5
51	Para me avaliar em função de critérios pessoais	0	1	2	3	4	5

## V PARTE

### ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND

Adaptada por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex.: nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me demasiado melancólico	0	1	2	3

14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
20	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**VI PARTE**  
**POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE (PANAS)**  
**Adaptada por Pais Ribeiro, 2005**

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante a última semana. Não há afirmações corretas ou erradas e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 1 – Nada ou muito ligeiramente
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Bastante
- 5 - Extremamente

1	Interessado	1	2	3	4	5
2	Perturbado	1	2	3	4	5
3	Excitado	1	2	3	4	5
4	Atormentado	1	2	3	4	5
5	Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
6	Culpado	1	2	3	4	5
7	Assustado	1	2	3	4	5
8	Caloroso	1	2	3	4	5
9	Repulsa	1	2	3	4	5
10	Entusiasmado	1	2	3	4	5
11	Orgulhoso	1	2	3	4	5
12	Irritado	1	2	3	4	5
13	Encantado	1	2	3	4	5

14	Remorsos	1	2	3	4	5
15	Inspirado	1	2	3	4	5
16	Nervoso	1	2	3	4	5
17	Determinado	1	2	3	4	5
18	Trémulo	1	2	3	4	5
19	Ativo	1	2	3	4	5
20	Amedrontado	1	2	3	4	5

## VII Parte

Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

1 - É fumador (mesmo que ocasional)?

- Não  Sim

2 - Com que idade começou a fumar? \_\_\_\_\_

3 - Considera-se dependente do tabaco?

- Não  Sim

4 - Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia a dia? (pode escolher várias)

- ao falar ao telefone  após as refeições  com o café  
 com bebidas alcoólicas  no trabalho  ansiedade/stress  
 tristeza  alegria  nenhum  
 outro \_\_\_\_\_

5 - Já fez alguma tentativa para deixar de fumar?

- 1 a 3 vezes  + de 3 vezes  
 tentou mas não conseguiu  nunca tentou

6 - Utilizou algum recurso para o ajudar a deixar de fumar?

- Consulta de cessação tabágica  Medicamentos  
 Leitura de orientações em revistas e folhetos  Nenhum

7 - Convive com fumadores em sua casa?

- Não  Sim

8 - Preocupa-se com o ganho de peso se deixar de fumar?

- Não  Sim

**Teste de dependência à nicotina:**  
**Validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström**  
**Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., Taveira, N. (2009)**

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina tem uma utilização generalizada como medida da dependência tabágica e é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos. Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo.

**1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

1	Dentro de 5 minutos	3
2	Entre 6-30 minutos	2
3	Entre 31-60 minutos	1
4	Após 60 minutos	0
5	Não fuma	

**2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?**

1	Sim	1
2	Não	0

**3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?**

1	O primeiro da manhã	1
2	Outros	0
3	Nenhum	

**4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

1	Menos de 10	0
2	De 11 a 20	1
3	De 21 a 30	2
4	Mais de 31	3
5	Não fuma	

**5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?**

1	Sim	1
2	Não	0

**6. Você fuma mesmo doente?**

1	Sim	1
2	Não	0

**Conclusão sobre o grau de dependência:**

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado

**VIII Parte**  
**Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)**

Adaptado por Duarte, J. C. (2011)

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem refletir fielmente, o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, a que horas é que foi habitualmente para a cama? \_\_\_\_\_

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, depois de se deitar? \_\_\_\_\_

3. Durante o último mês, a que horas é que habitualmente se levantou de manhã? \_\_\_\_\_

4. Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiu por noite (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente esteve na cama)? \_\_\_\_\_

5. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas durante o sono, devido a.....?

		Nunca	Menos de 1 vez por semana	1a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
a.	Não conseguir adormecer nos 30 minutos após se deitar				
b.	Acordar a meio da noite ou de madrugada				
c.	Ter que se levantar para ir à casa de banho				
d.	Não conseguir respirar adequadamente				
e.	Tossir ou ressonar				
f.	Sensação de frio				
g.	Sensação de calor				
h.	Ter pesadelos				
i.	Ter dores				
j.	Outra(s) razão(ões), (por favor descreva):				

6. Durante o último mês, como classificaria globalmente a sua qualidade de sono?

	Muito boa
	Boa
	Má
	Muito má

**7. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou auto medicados) para conseguir adormecer?**

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

**8. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas em se manter acordado(a) enquanto conduzia, enquanto tomava refeições, ou enquanto mantinha atividades sociais?**

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

**9. Durante o último mês, quantas vezes foi problemático manter o seu entusiasmo de fazer coisas?**

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

**10. Partilha a sua habitação com alguém?**

	Não partilho a minha habitação com ninguém
	Partilho o quarto com alguém, mas em camas separadas
	Partilho a habitação, mas durmo sozinho no quarto
	Partilho a minha cama com alguém

**11. Se partilha o seu quarto ou cama com alguém, com que frequência no último mês, essa pessoa lhe referiu que você tinha ...?**

		Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
<b>a.</b>	Ressonado				
<b>b.</b>	Grandes pausas respiratórias enquanto dormia				
<b>c.</b>	Tremor ou sacudidelas das pernas enquanto dormia				
<b>d.</b>	Episódios de desorientação ou confusão enquanto dormia				
<b>e.</b>	Outro tipo de transtornos enquanto dormia (por favor descreva)				

---

### ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Qual a probabilidade de dormir (passar pelas brasas) ou de adormecer – e não apenas sentir-se cansado (a) nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriada para cada situação:

- 0 – nenhuma possibilidade de dormir
- 1 – ligeira possibilidade de dormir
- 2 – moderada possibilidade de dormir
- 3 – forte possibilidade de dormir

É importante que responda a cada questão o melhor que puder

Situação	Possibilidade de dormir
1 - Sentado (a) a ler	
2 - Ver televisão	
3 - Sentado (a) inativo (a) num lugar público (por exemplo sala de aula, igreja, cinema ou reunião)	
4 - Como passageiro (a) num carro, comboio ou autocarro, durante uma hora, sem paragem	
5 - Deitado (a) a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	
6 - Sentado (a) a conversar com alguém	
7 - Sentado (a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	
8 - Ao volante, parado(a) no trânsito durante uns minutos	

---

**X Parte**
**INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE DE EYSENCK (versão curta)**

As perguntas a seguir dizem respeito ao modo como reage, sente e atua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira atual de agir ou sentir, seleccionando o algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reação imediata a cada uma das perguntas. **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

---

A classificação é a seguinte:

- 1 – Não se aplica quase nunca a mim
  - 2 – Aplica-se a mim poucas vezes
  - 3 – Aplica-se a mim muitas vezes
  - 4 – Aplica-se a mim quase sempre
- 

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b) O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c) É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d) Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e) Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f) Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	1	2	3	4
g) Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h) É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i) Vai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	4
j) Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1	2	3	4
k) Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l) Sofre de insónia?	1	2	3	4