

MARIANA DA CRUZ SEIXAS DE SOUSA

**Estudos psicométricos iniciais da versão portuguesa da
Stress Overload Scale – Short.**

Orientadora: Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2.º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2021

MARIANA DA CRUZ SEIXAS DE SOUSA

**Estudos psicométricos iniciais da versão portuguesa da
Stress Overload Scale – Short.**

Dissertação defendida em prova pública para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 11 de Maio de 2021 perante o júri nomeado pelo Despacho Reitoral n.º 145/2021 com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Prof.^a Doutor Pedro Rosa

Orientador: Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2.º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa,

2021

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os que, de forma direta ou indireta, me auxiliaram durante este período, que foi simultaneamente muito produtivo e muito desafiador. Foi um caminho com obstáculos e com vitórias que sozinha não iria conseguir completar.

Agradeço à minha orientadora Bárbara Nazaré pelo apoio incansável e disponibilidade sem limites, por todas as aulas em que nos motivou para sermos melhores e todas as pequenas correções, que nos ajudam a ter o melhor trabalho possível.

Agradeço a todos os Professores desta Universidade que, ao longo destes cinco anos, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço às minhas colegas de seminário, por estarem sempre presentes e, em especial, nas fases em que existiram mais dúvidas sobre tudo e sobre nada.

Agradeço às minhas colegas de curso que se transformaram em amigas do coração e que sempre estiveram a meu lado, por serem as minhas maiores apoiantes e celebrarem todas as minhas vitórias como se fossem delas.

Agradeço à minha melhor amiga Adriana, que tem sido um dos meus pilares de vida. Sem ela não teria sido possível, esteve presente para me ajudar quando precisava e para celebrar comigo quando conseguia as minhas conquistas.

E por último, e não menos importante, aos meus pais e irmãos, que são o meu apoio em tudo e sempre estiveram a meu lado e nunca me deixaram cair. Permitiram que começasse e concluísse os meus estudos e são a minha maior fonte de orgulho e o meu porto seguro.

À minha família, pelo apoio dado e pelo incentivo na finalização deste percurso.

A todos os que acreditaram em mim, os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

A sobrecarga de stresse pode ser definida como a perceção de falta de recursos para lidar com situações difíceis, o que irá contribuir para o desenvolvimento de outros problemas. O objetivo do presente estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação da Stress Overload Scale - Short (Escala de Sobrecarga de Stresse – Reduzida; ESS-R) para a língua portuguesa, bem como verificar as suas propriedades psicométricas. Neste estudo, a amostra inclui 309 adultos, com uma média de idades de 38 anos ($DP=12.2$). O protocolo de avaliação incluiu uma ficha de dados sociodemográficos, a ESS-R, o Brief COPE e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse. Os dados foram recolhidos através de uma plataforma digital. Foram identificados dois fatores, organizados de forma diferente da versão original da ESS-R. Os valores de consistência interna foram muito bons para as subescalas Perceção de Incapacidade ($\alpha = .85$) e Sobrecarga Psicológica ($\alpha = .91$). Na validade de grupos conhecidos verificou-se um efeito multivariado do género, da grupo etário, da situação profissional e da doença psiquiátrica. Os resultados demonstram que a versão portuguesa da ESS-R é uma escala fiável e válida para medir a sobrecarga de stresse em adultos.

Palavras-chave: estudos psicométricos, stresse, sobrecarga de stresse, Stress Overload Scale – Short.

Abstract

Stress overload can be defined as the perception of lack of resources to deal with difficult situations, which will contribute to the development of other problems. The objective of the present study was to carry out the translation, cultural adaptation and validation of the Stress Overload Scale - Short (ESS-R) into Portuguese, as well as to verify its psychometric properties. In this study, the sample includes 309 adults, with an average age of 38 years ($SD = 12.2$). The evaluation protocol included a sociodemographic data sheet, the ESS-R, the Brief COPE and the Anxiety, Depression and Stress Scales. The data were collected through a digital platform. Two factors were identified, organized differently from the original version of the ESS-R. The internal consistency values were very good for the subscales Perception of Disability ($\alpha = .85$) and Psychological Overload ($\alpha = .91$). In the validity of known groups, there was a multivariate effect of gender, age group, professional situation and psychiatric illness. The results demonstrate that the Portuguese version of the ESS-R is a reliable and valid scale for measuring stress overload in adults.

Keywords: psychometric studies, stress, stress overload, Stress Overload Scale - Short.

Abreviaturas

APA – American Psychological Association

EADS-21- Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse.

ESS – Escala de Sobrecarga de Stresse

ESS-R – Escala de Sobrecarga de Stresse Reduzida

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Índice Geral

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
Abreviaturas	6
Introdução	9
Definição de stresse	10
Stresse e Estratégias de <i>Coping</i>	11
Fatores sociodemográficos e Stresse	11
Stresse e Género	11
Stresse e Idade	12
Stresse e Situação Profissional	12
Stresse e Psicopatologia	13
Stresse e Depressão	13
Stresse e Ansiedade	14
Sobrecarga de Stresse: Definição e Avaliação	14
Método	16
Participantes	16
Medidas	16
Procedimento e Recolha de Dados	17
Procedimento de Análise de Dados	18
Resultados	18
Validade de Construto	18
Validade Convergente e Divergente	20
Validade de Grupos Conhecidos	21

Fidelidade	23
Sensibilidade	24
Discussão	25
Validade Fatorial	25
Validade Convergente e Divergente	25
Validade de Grupos Conhecidos	26
Fidelidade e Sensibilidade	27
Implicações Clínicas	28
Limitações e Estudos Futuros	28
Referências	30

Introdução

Os primeiros estudos realizados sobre o stresse foram conduzidos em 1865 por Claude Bernard, um fisiologista francês cujas descobertas contribuíram para o conceito atual de stresse. Bernard referiu que a existência de vida depende da capacidade de os seres vivos manterem o meio interno independentemente de qualquer modificação do meio externo, ou seja, têm de ter meios de autoproteção para se adaptarem às pequenas mudanças do exterior. Posteriormente, Walter Cannon, em 1919, investigou as respostas humanas às alterações do ambiente externo, apresentando o conceito de homeostase: a capacidade de os seres vivos manterem a estabilidade, apesar das alterações no ambiente externo (Vaz Serra, 2011).

Em 1930, Hans Selye realizou os primeiros estudos científicos sobre o stresse de forma sistematizada, tendo utilizado o termo stresse para compreender a regulação fisiológica quando surgem ameaças no organismo. Inicialmente, Selye definiu stresse como um conjunto de ações internas que ocorrem a nível corporal, físico e psicológico. Face a situações adversas, verificam-se no organismo alterações fisiológicas percecionadas como respostas adaptativas, formando um padrão consistente de três etapas de resposta ao stresse que Selye identificou como síndrome geral de adaptação. A primeira etapa corresponde à reação de alarme, em que o corpo entra no modo lutar ou fugir, seguindo-se uma fase de resistência em que surgem mudanças corporais que possibilitam a luta. Na segunda etapa, a resposta imunitária aumenta e o corpo começa a adaptar-se ao fator ameaçador. A última etapa caracteriza-se por exaustão, pois há um esgotamento do sistema por resistir à ameaça. Selye concluiu que o stresse prolongado teria um impacto negativo na saúde dos indivíduos (Robinson, 2018).

Em 1967, Holmes e Rahe introduziram uma nova perspetiva no âmbito do stresse: dado que há situações que induzem mais stresse do que outras, há alguns acontecimentos considerados indutores de stresses, que estão correlacionados com o estado de saúde dos indivíduos (Vaz Serra, 2011).

Mais recentemente, em 1984, Lazarus e Folkman desenvolveram uma nova abordagem, conceptualizando o stresse como uma resposta multidimensional que incorpora aspetos fisiológicos, comportamentais e cognitivos. Segundo os autores, o stresse traduz uma relação entre um indivíduo e o meio, cujas exigências podem ser percecionadas como excedendo os recursos individuais (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, o que irá determinar o nível de stresse individual é a avaliação que a pessoa faz do acontecimento e dos recursos disponíveis que tem no momento para lidar com a situação indutora de stress. Quando o indivíduo crê que não dispõe

de recursos suficientes, ocorrerão respostas neurofisiológicas e emoções negativas associadas ao stresse (Vaz Serra, 2011).

Definição de Stresse

O stresse é utilizado para descrever uma situação ou uma reação perante algum acontecimento menos positivo. Engloba a perceção que os indivíduos têm sobre as ocorrências e a sua dificuldade em ter uma resposta de adaptação às situações indutoras de stresse, e em resultado pode originar problemas de saúde ou perturbações psicológicas (Vaz Serra, 1988).

Os autores Santos e Castro, em 1998, definiram stresse como uma consequência das trocas que ocorrem entre o indivíduo e o meio envolvente, e da sua perceção real ou não da falta de recursos individuais, biológicos, e/ou psicológicos para lidar com uma determinada situação. Ou seja, o stress é composto por reações biopsicossociais (Santos & Castro, 1998).

O stresse é o resultado da interação humana que é uma atividade voluntária com a fisiologia desencadeada que é involuntária. Engloba tudo o que acontece a nível psicológico, biológico e comportamental, desde que haja uma interação com os estímulos indutores de stresse que causam mudanças (Frasquilho, 2009).

Outro contributo para a definição de stresse é que a resposta ao acontecimento stressante, independentemente do tipo irá sempre envolver mudanças bioquímicas, psicológicas e comportamentais. Os acontecimentos indutores de stresse criam desafios à homeostase, pois têm como origem fatores internos e externos (Ogden, 2012).

O stresse é percecionado como sendo prejudicial para a saúde, pois engloba manifestações físicas, cognitivas e emocionais que os indivíduos experienciam. Os sintomas físicos do stresse podem ser baixa energia, cefaleias, batimentos cardíacos acelerados, insónia e tensão corporal; os cognitivos englobam preocupação constante, dificuldade de concentração, pensamentos rápidos e dificuldades de memória; e os sintomas emocionais podem incluir sensação de agitação e frustração, evitamento de contacto com outros e sentimento de perder o controlo sobre o que lhes rodeia (Casarella, 2019).

Na saúde física, o stresse é visto como fator precipitante de doenças cardiovasculares tais como hipertensão, enfarte do miocárdio, arritmias cardíacas e também doenças respiratórias e do sistema imunitário (Adler & Mathews, 1994).

Em alguns casos, indivíduos com uma predisposição de patologia associada a stresse intenso podem sofrer morte súbita (Lovallo, 1997 citado em Vaz Serra, 2011).

Stresse e estratégias de *coping*

Os mecanismos que os indivíduos desenvolvem para lidar com os acontecimentos indutores de stresse são denominadas *coping*. Podem ser definidos como esforços cognitivos e comportamentais para gerir as imposições internas e externas, e têm como objetivo diminuir as respostas físicas, emocionais e psicológicas. Quando os indivíduos estão psicologicamente vulneráveis, têm dificuldade em utilizar os seus recursos para fazer mudanças e a ameaça percebida ganha dimensões maiores (Montero-Marin, Prado-abril, Demarzo & Garcia-Campayo, 2014).

A eficácia das estratégias de *coping* avalia-se pela capacidade de reduzir o mal-estar e evitar prejuízos na saúde a longo prazo. Folkman e Lazarus afirmaram que estas estratégias podem ser orientadas para três objetivos diferentes: a resolução do problema (quando o sujeito utiliza todos os recursos para solucionar a situação indutora de stresse); a fuga (quando o indivíduo realiza a tentativa de evitar a situação indutora de stresse e de forma a aliviar a tensão); e o alívio do mal-estar (quando o indivíduo procura apoio emocional em pessoas próximas) Folkman & Lazarus 1980, citado em Vaz Serra, 2011).

Fatores sociodemográficos e Stresse

Stresse e Género

A associação entre stresse e género tem sido estudada ao longo do tempo e a maioria das investigações indica que as mulheres reportam maiores níveis de stresse do que os homens (Hogan, Carlson, & Dua, 2002).

Em 2011, foi realizado um estudo em Portugal que tinha como objetivo verificar a prevalência da ansiedade, depressão e stresse em indivíduos registados num centro de saúde. Concluíram que, entre 343 participantes, as mulheres apresentavam maiores níveis de stresse (Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodrigues, 2011).

Em 2015, foi realizado um estudo em Portugal com 4911 indivíduos. Concluiu-se que a prevalência do stresse nas mulheres era duas vezes superior à dos homens (Santos, Kislaya, Gil, Namorado, Barreto, Gaio & Matias Dias, 2017).

Stresse e Idade

Diehl, Coyle e Labouvie-Vief (1996) verificaram que os idosos apresentavam um maior controlo ao lidar com eventos indutores de stresse comparativamente aos adultos, pois, conforme vão envelhecendo desenvolvem mais técnicas para lidar com o stresse e por consequência, ficam menos reativos ao mesmo.

Algumas teorias “*life-span*” sobre a regulação emocional são consistentes com a tese de que a reatividade às situações indutoras de stresse diminui conforme a idade avança. Concluindo que esse é o aspeto essencial para um envelhecimento saudável e ideal (Magai, 2001 citado em Mroczek & Almeida, 2004).

Outras perspetivas teóricas referem que, com o avançar da idade, pode aumentar a reatividade ao lidar com o stresse, uma vez que existe um envelhecimento nas estruturas cerebrais nomeadamente na amígdala e no sistema límbico, ficando mais sensíveis às situações indutoras de stresse (Panksepp & Miller, 1996 citado em Mroczek & Almeida, 2004).

Em 2012, foi realizado um estudo sobre o nível de stresse nos EUA dos diferentes grupos etários: *Millennial* (18 a 33 anos), *Gen X* (34 a 47), *Boomer* (48 a 66) e *Matures* (67 anos e mais). Concluíram que os *Millennial* e os *Gen X* reportaram níveis de stresse mais elevados comparativamente aos outros grupos, e também que o stresse geral da população aumentou consideravelmente nos últimos anos. Apontaram como causas de stresse, no grupo dos 18 aos 47 anos o trabalho e a independência financeira; entre os 48 e os 66 anos, foram salientadas a preocupação com problemas de saúde e as consequências dos mesmos para si e para as suas famílias.

Em 2015, foi realizado um inquérito sobre *distress* em Portugal. Verificou-se uma maior incidência de *distress* psicológico nos grupos etários mais velhos (dos 55 aos 64 anos: Santos, Kislaya, Gil, Namorado, Barreto, Gaio & Matias Dias, 2017).

Stresse e Situação profissional

O stresse associa-se a diferentes eventos de vida, tais como: perder um familiar, casar, ter problemas financeiros e comprar uma casa. As situações de maior indução de stresse estão relacionadas com a situação profissional, com a falta de segurança no emprego, desemprego, reajustes organizacionais, entre outras (Canadian Association Professional Employees, 2012).

Em 2009, a APA revelou que 69% dos trabalhadores apontou como principal fonte de stresse o seu trabalho, 41% afirma sentir tensão e níveis de stresse elevados ao final de cada dia e 51% considerou-se menos produtivos por consequência do stresse. Um estudo realizado em 2013 aponta Portugal como terceiro país europeu em que o stresse relacionado com o trabalho é muito comum (28%; OPP, 2014).

Num estudo realizado em Portugal, em 2015, com uma amostra de 4911 pessoas verificou-se que 54% dos indivíduos que reportaram *distress* psicológico encontrava-se desempregado ou sem atividade profissional (e.g., reformados, estudantes e domésticas; Santos, Kislaya, Gil, Namorado, Barreto, Gaio & Matias Dias, 2017).

Em 2017, os autores Savescu, Stoe e Rotaru realizaram um estudo sobre as diferenças do nível do stresse entre trabalhadores-estudantes e estudantes universitários. Concluíram que os trabalhadores-estudantes reportavam mais stresse nas diferentes situações académicas, em comparação com os estudantes (Savescu, Stoe & Rotaru, 2017).

A ingressão no ensino superior é uma etapa importante na vida do ser humano, mas pode ser percecionada como uma situação indutora de stresse, devido a existirem novas responsabilidades, tempo limitado, carga elevada de trabalhos e medo de falhar. Um estudo realizado em 2009, com uma amostra de 366 estudantes universitários, mostrou que 48% dos mesmos apresentavam níveis médios de stresse e 26.2% níveis elevados (Luz, Castro, Couto, Santos & Pereira, 2009).

Stresse e Psicopatologia

Stresse e Depressão

A ligação entre stresse e depressão é bidirecional, pois os acontecimentos indutores de stresse aumentam a probabilidade de ocorrerem disfuncionalidades no humor e, adicionalmente, a sintomatologia depressiva potencia a ocorrência de stresse e situações mais difíceis de lidar (Hammen, 2015).

A associação entre stresse e depressão não é estática ao longo do tempo, pois os fatores geradores de stresse vão tendo um papel mais secundário no desencadear de episódios depressivos ao longo do decorrer clínico da depressão. Além disso, as pessoas que experienciaram adversidades na infância têm maior risco de, no futuro, desenvolver depressão primária comparativamente às que não foram expostas a esses acontecimentos (Stroud, Davila, Hammen & Vrshek-Schallhorn, 2011).

Foi realizado um estudo *online*, pela *YouGov*, sobre os níveis de stresse no Reino Unido, englobando 4.619 participantes. Concluíram que no último ano, 74% das pessoas sentiram-se stressadas e ficaram sobrecarregadas ou incapazes de lidar com algo; e 51% dos indivíduos que sentiram stresse relataram também sintomatologia depressiva e 61% sintomatologia ansiosa. Das pessoas que se sentiram stressadas, 32% apresentaram pensamento suicidas e 16% realizaram comportamentos autolesivos (Mental Health Foundation, 2018).

Stresse e ansiedade

A relação entre situações indutoras de stresse e o aparecimento de sintomas ansiosos têm sido pouco abordada na literatura. Não se consegue inferir a causalidade entre stresse elevado e desenvolvimento de sintomas ansiogénicos e perturbações de ansiedade (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Cano e O’Leary realizaram um estudo que tinha como objetivo verificar a relação entre acontecimentos indutores de stresse (e.g., infidelidade, ameaça de separação, divórcio e agressões físicas e/ou psicológicas) e sintomas depressivos e ansiosos. Concluíram que os indivíduos que experienciaram situações de violência apresentavam sintomas não específicos de ansiedade e depressão (Cano & O’Leary, 2000).

Sobrecarga de stresse: definição e avaliação

Segundo Amirkhan, a sobrecarga de stresse define-se como a interação entre as exigências e os recursos que o indivíduo tem. Quando existem mais exigências do que soluções para as mesmas, existe uma maior probabilidade de ocorrer stresse elevado e doenças associadas. No entanto, se o indivíduo tiver recursos prévios (e.g., resiliência) pode ser mais resistente face às situações indutoras de stresse.

As medidas de autorrelato que existem avaliam somente os sintomas desencadeados pelo stresse ou as situações que induzem maior ou menor stresse, surgindo a necessidade de avaliar a sensação de sobrecarga de stresse (Amirkhan, 2012).

A maioria das medidas que avaliam o stresse estão direcionadas para os eventos indutores de stresse (e.g., lista de verificação de eventos de vida) ou para os recursos individuais

(e.g., *Resilience Scale*); esse foco unilateral é impreciso na previsão dos sintomas que podem ser psicopatológicos (Duan & Mu, 2018).

A Stress Overload Scale (em português, Escala de Sobrecarga de Stresse - ESS) foi criada por Amirkhan, em 2012, com o objetivo de avaliar o estado de sobrecarga. A ESS foi descrita como medida geral de stresse, pois permite avaliar quer a sobrecarga psicológica, como a falta de recursos que é percebida pelo indivíduo em situações causadoras de stresse.

De acordo com as teorias de stresse existentes, os itens foram escolhidos com foco principal nos sentimentos de sobrecarga. A ESS é composta por 30 itens e a análise fatorial identificou duas subescalas: a Carga dos Acontecimentos (aumento das exigências associadas a situações adversas) e Vulnerabilidade Pessoal (finitude de recursos pessoais). Amirkhan verificou que esta ferramenta tem a capacidade de prever doenças e identificar, nas populações, indivíduos com níveis de stresse muito elevados (Amirkhan, Urizar & Clark, 2015).

A versão reduzida da medida (ESS- R) foi criada devido às dificuldades de implementar a ESS, por ser demasiado extensa e demorar tempo a ser preenchida e, com isso, levar a um enviesamento dos resultados. A ESS-R foi construída com base na seleção dos itens mais fortes da ESS. Foram selecionados 10 itens com base nas respostas dadas à ESS quando aplicada à população geral, considerando aqueles que melhor correspondiam ao construto principal a avaliar, a sobrecarga de stresse. As duas subescalas (Carga dos Acontecimentos e Vulnerabilidade Pessoal) são compostas por cinco itens cada uma (Amirkhan, 2018).

É de salientar uma lacuna na literatura: apenas existem duas adaptações da escala original, para África do Sul e China, limitando as análises comparativas das propriedades psicométricas da ESS-R.

Num estudo realizado por Amirkhan em 2016, com 194 participantes e uma média de idades de 39.09 anos, a ESS e a ESS-R foram comparadas. Concluiu-se que existia uma correlação forte entre os dois instrumentos, evidenciando a mesma estrutura fatorial. Na ESS-R verificou-se que a consistência interna e o teste-reteste eram similares à versão original. A validade de critério da ESS-R demonstrou-se semelhante à da ESS. A ESS-R demonstrou-se pouco sensível na deteção de sintomas somáticos. Na validade concorrente, verificou-se que as pontuações permitiram distinguir pessoas com níveis de stresse patológico das que tinham níveis de stresse normativo (Amirkhan, 2018).

O objetivo do presente estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação da Stress Overload Scale - Short (ESS-R) para a língua portuguesa, bem como verificar as suas propriedades psicométricas. Se estas se revelarem adequadas, a ESS-R poderá ser usada como um instrumento específico para avaliação da sobrecarga de stresse em indivíduos com idade superior a 18 anos.

Método

Participantes

A amostra inicial incluiu 328 participantes. Foram excluídos 19 participantes por incumprimento dos critérios de inclusão que eram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter nacionalidade portuguesa e saber ler e escrever em português.

Assim, a amostra final englobou 309 participantes, sendo 248 mulheres (80.30%) e 61 homens (19.70%). Os participantes tinham uma média de idades de 38 anos ($DP=12.2$). A média de escolaridade da amostra foi de 14.78 anos ($DP = 9.81$).

Cerca de 64.1% ($n=197$) eram trabalhadores, 14.9% ($n=46$) eram estudantes, 12% ($n=37$) eram trabalhadores-estudantes, 6.5% ($n=20$) eram desempregados, 1.9% ($n=6$) eram reformados, 0.3% ($n=1$) estavam com baixa médica e 0.3% ($n=1$) eram reformados. Quarenta e sete por cento ($n=118$) viviam com o/a companheiro/a, 38.2% ($n=144$) não tinham companheiro/a e 15.2% ($n=47$) tinham companheiro/a e não partilhavam casa.

Em relação à psicopatologia atual, 77.9% ($n=245$) não tinham perturbação psiquiátrica/psicológica. Dentro do grupo que afirmou ter doença psiquiátrica ($n=31$), salientou-se a ansiedade ($n=15$; 4.6%), a depressão ($n=13$; 3.9%) e a perturbação bipolar ($n=3$; 0.9%).

Medidas

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos. É um questionário de autorrelato que teve como objetivo conhecer e descrever a amostra do estudo (e.g., o género, a idade, o estado civil e o nível de escolaridade).

ESS – Versão reduzida (versão original: Amirkhan, 2016). É uma escala de autorrelato

composta por 10 itens organizados em dois fatores: Carga dos Acontecimentos e Vulnerabilidade Pessoal. A escala de resposta é de tipo Likert sendo 1 - *Nada* a 5 - *Muito*. Num estudo com a versão original da escala, o alfa de Cronbach foi de 0.92 para a subescala Vulnerabilidade Pessoal, 0.94 para a subescala Carga de Acontecimentos e 0.95 para a escala total (Amirkhan, 2018).

Brief COPE Inventory (BC) (versão original: Carver, 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004) É um questionário de autorrelato que pretende avaliar os mecanismos de *coping* dos indivíduos. É composto por 28 itens e organizado em 14 subescalas.). A escala de resposta varia *não costumo fazer isto* (0) a *costumo fazer isso muitas vezes* (3). Na versão portuguesa, a consistência interna das subescalas é aceitável, aproximando-se da versão original. No estudo atual, os valores de consistência interna foram: *Coping* Ativo (.58), Planear (.54), Utilizar Suporte Instrumental (.84), Utilizar Suporte Emocional (.86), Religião (.85), Reinterpretação Positiva (.79), Auto Culpabilização (.78), Aceitação (.66), Expressão de Sentimentos (.62), Negação (.56), Auto Distração (.48), Desinvestimento Comportamental (.79), Uso de Substâncias (.86) e Humor (.91). O valor de cada escala obtém-se a partir da soma dos respetivos itens, não existindo um resultado global (Ribeiro-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) (versão original: Lovibond e Lovibond em 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). O questionário tem como objetivo avaliar a depressão, ansiedade e stresse. A escala tem 21 itens e organiza-se em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stresse, compostas por sete itens cada uma. Para cada item, as possibilidades de resposta são: *não se aplicou nada a mim, aplicou-se a mim algumas vezes, aplicou-se a mim muitas vezes e aplicou-se a mim a maior parte das vezes* durante a última semana. A cotação é feita pela soma dos resultados dos 7 itens, e obtém-se um valor para cada subescala que varia de 0 a 21 pontos. Pontuações mais elevadas em cada subescala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os valores de consistência interna da versão portuguesa são adequados. No presente estudo, os valores de consistência interna foram: Depressão: .91; Ansiedade:.87 e Stresse: .91.

Procedimentos de recolha de dados

O estudo realizado é quantitativo, descritivo e transversal.

O projeto mais amplo em que esta investigação se enquadra foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, tendo sido aprovado.

Inicialmente, a tradução da ESS-R foi feita, de forma independente, por duas investigadoras portuguesas experientes na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica, que dominam a língua inglesa. As versões foram comparadas de modo a resolver eventuais desacordos e chegar à versão portuguesa final.

O presente estudo englobou uma amostra de conveniência. Os dados foram recolhidos através de uma plataforma *online* no *website* www.typeform.com, de outubro de 2019 até maio de 2020. O protocolo de investigação incluiu o documento de consentimento informado, mencionando os objetivos do estudo e informações relevantes para os participantes, e as medidas já descritas. O respetivo link foi divulgado por email e nas redes sociais.

Procedimentos de análise de dados

A análise de dados foi realizada no *software* *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A caracterização da amostra foi feita a partir de estatísticas descritivas. A validade fatorial foi analisada através de uma análise de componentes principais (ACP) com uma rotação oblíqua Promax.

Na validade divergente e convergente, utilizou-se a correlação de Pearson entre medidas teoricamente relacionadas e não relacionadas com o construto central do estudo. Para interpretar o efeito, considerámos os critérios propostos por Cohen (1988): $\geq .10$ a $.30$, efeito pequeno; $\geq .30$ a $.50$, efeito médio e $\geq .50$, efeito grande.

Na validade de grupos conhecidos, foi utilizado a MANOVA, e o tamanho de efeito foi avaliado com o eta ao quadrado (η^2). Segundo Cohen (1988): $\geq .01$ a $.06$, efeito pequeno, $\geq .06$ a $.14$, efeito médio e $\geq .14$ efeito grande.

Na fidelidade, foi analisada a consistência interna com o alfa de Cronbach e as correlações item-total corrigidas. Na sensibilidade, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, e analisou-se as estatísticas descritivas dos itens da ESS-R.

Resultados

Validade de Construto

Validade Fatorial

Para a realização da análise fatorial, é necessário considerar o teste de esfericidade de Bartlett e o índice Kaiser-Meyer-Olkin, para verificar se existe uma correlação forte entre os dados que se pretende avaliar. Os resultados obtidos no índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.92$) e no teste de esfericidade de Bartlett ($2125.02; p < 0.001$) permitem a realização da análise fatorial (Howard, 2016).

Foram extraídos dois componentes com valores próprios superiores a 1, explicando 71.73% da variância total. O primeiro componente explicou 59.63% da variância, contendo seis itens; o segundo explicou 12.10%, contendo três itens. Com base na organização dos itens, que difere da original, sugere-se uma nova designação dos componentes. Propomos que o componente 1 seja designado Sobrecarga Psicológica por refletir a sensação de sobrecarga emocional face às situações adversas. O componente 2 corresponde à Perceção de Incapacidade que engloba a sensação de não ter recursos para lidar com as situações indutoras de stresse.

A estrutura de dois componentes é apresentada na Tabela 1. Foi identificado um item ambíguo (item 8), que foi retirado da escala por não apresentar valores abaixo de 0.30 no fator secundário e não ter uma diferença de 0.20 entre fatores (Howard, 2016). Foi repetida a análise de componentes principais com apenas nove itens e os resultados foram semelhantes ao nível da estrutura fatorial.

Os dois fatores apresentaram uma correlação positiva entre si (cf. Tabela 2).

Tabela 1
Estrutura Fatorial e Comunalidades da ESS-R
Valores de Saturação

Item	Sobrecarga Psicológica	Perceção de Incapacidade	Comunalidades
9	.98	-.18	.78
7	.95	-.09	.81
10	.83	-.05	.74
5	.77	.12	.73
1	.74	.03	.59
6	.51	.28	.52
4	-.08	.95	.81
2	-.09	.87	.67
3	.06	.85	.79

8	.44	.51	.74
---	-----	-----	-----

Validade Divergente e Convergente

A validade convergente é demonstrada por uma correlação forte entre dois construtos teoricamente relacionados. Podemos verificar essa associação entre as subescalas da ESS-R e as subescalas da EADS-21, apresentando efeitos médios a grandes no fator Perceção de Incapacidade e um efeito grande no fator Sobrecarga Psicológica.

A validade divergente verifica-se quando não ocorrem associações fortes entre construtos não relacionados. Desta forma podemos observar a inexistência de correlações ou existência de correlações de efeito pequeno entre a ESS-R e a maioria das subescalas do Brief Cope.

Tabela 2
Correlações entre a ESS-R e Outras Medidas

Medidas	Fatores da ESS-R	
	Perceção de Incapacidade	Sobrecarga Psicológica
ESS-R		
Perceção de Incapacidade		
Sobrecarga Psicológica	.61**	
EADS-21		
Ansiedade	.42**	.63**
Depressão	.42**	.73**
Stresse	.57**	.72**
BriefCope		
Coping ativo	-.01	-.09
Planear	.04	-.04
Reinterpretação positiva	-.19**	-.29**
Aceitação	-.07	-.15**
Humor	.03	-.01
Religião	-.01	.02
Utilização suporte emocional	.07	-.02
Utilização suporte instrumental	.09	.01
Autodistração	.19**	.26**
Negação	.17**	.29**
Expressão de sentimentos	.14*	.11
Uso de substâncias	.11*	.16**
Desinvestimento comportamental	.22**	.39**

Autoculpabilização	.38**	.48**
--------------------	-------	-------

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Validade de Grupos Conhecidos

Para verificar a validade de grupos conhecidos, foram realizadas comparações da sobrecarga de stresse atendendo às seguintes variáveis: género, grupo etário, situação profissional e doença psiquiátrica.

No género, observou-se um efeito multivariado ($\Lambda = .95$, $F(2, 306) = 7.356$, $p = 0.001$, $\eta^2 = .05$) As médias foram superiores para o género feminino.

Tabela 3

Comparações de Género na Sobrecarga de Stresse

Componentes	Género				Testes univariados		
	Feminino		Masculino		F	p	η^2
	M	DP	M	DP			
Perceção de Incapacidade	3.24	1.15	2.62	1.15	14.55	.00	.05
Sobrecarga Psicológica	2.26	1.10	1.86	0.95	6.98	.01	.02

A comparação etária considerou três grupos (APA, 2012): *Millenial* (18 a 33 anos), *Gen X* (34 a 47 anos) e *Boomer* (48 a 66 anos). Verificou-se um efeito multivariado da idade ($\Lambda = .95$, $F(4, 602) = 3.74$, $p = 0.005$, $\eta^2 = .02$). Os testes univariados demonstraram um efeito da idade em ambas as subescalas (c.f. Tabela 4). Através de testes *post-hoc*, verificaram-se diferenças entre os grupos *Boomer* e *Millenial*, quer no fator Sobrecarga Psicológica ($p = 0.024$), quer no fator Perceção de Incapacidade ($p = 0.000$).

Tabela 4

Comparações de Grupos Etários na Sobrecarga de Stresse

Componentes	Grupos Etários						Testes univariados		
	<i>Millenial</i>		<i>Gen X</i>		<i>Boomer</i>				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Perceção de Incapacidade	3.40	1.24	3.12	1.16	2.71	0.95	7.35	.00	.05
Sobrecarga Psicológica	2.38	1.18	2.15	1.00	1.94	1.02	3.56	.03	.02

Na comparação de pessoas em diferentes situações profissionais, considerámos quatro grupos: Estudantes; Trabalhadores Estudantes; Trabalhadores e Desempregados. Verificou-se um efeito multivariado ($\Lambda = .94$, $F(6, 590) = 2.986$, $p = 0.007$, $\eta^2 = .03$). Os testes univariados demonstraram um efeito da situação profissional no fator Perceção de Incapacidade, havendo diferenças significativas entre trabalhadores e estudantes ($p = 0.009$).

Tabela 5

Comparações de Situações Profissionais na Sobrecarga de Stresse

Componentes	Situação Profissional								Testes univariados		
	Estudantes		Trabalhadores Estudantes		Trabalhadores		Desempregados				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Perceção de Incapacidade	3.59	1.14	3.40	1.17	3.00	1.16	2.87	1.14	4.35	.01	.04
Sobrecarga Psicológica	2.50	1.20	2.32	1.21	2.06	1.01	2.42	1.01	2.54	.06	.03

Considerando a doença psiquiátrica foi identificado um efeito multivariado ($\Lambda = .94$, $F(2, 306) = 8.32$, $p = 0.001$, $\eta^2 = .05$). As médias foram superiores nos indivíduos que tinham doença psiquiátrica.

Tabela 6

Comparação de Pessoas com e sem Doença Psiquiátrica na Sobrecarga de Stresse

Componentes	Doença Psiquiátrica				Testes univariados		
	Sim		Não		F	p	η^2
	M	DP	M	DP			
Perceção de Incapacidade	3.76	1.11	3.04	1.15	11.96	.00	.05
Sobrecarga Psicológica	2.83	1.14	2.10	1.05	14.44	.00	.04

Fidelidade

Com base nos critérios propostos por DeVellis, podemos afirmar que a consistência interna da escala total ($\alpha = .91$) e dos fatores Perceção de Incapacidade ($\alpha = .85$) e Sobrecarga Psicológica ($\alpha = .91$) é muito boa. De acordo com DeVellis, é expectável que o valor mínimo da correlação item-total corrigida seja igual ou superior a .50, o que podemos verificar nos resultados obtidos na Tabela 7. Verifica-se que a consistência interna de cada fator não aumentaria com exclusão de um item, excetuando o ligeiro aumento decorrente da eliminação do item 2.

Nas correlações inter-item, verificou-se que alguns dos itens podem ser muito similares com base nos valores dos fatores Perceção de Incapacidade (.65) e Sobrecarga Psicológica (.62), pois de acordo com o critério de DeVellis (2017), os valores médios devem estar entre .20 e .40.

Tabela 7

Correlações Item-Total Corrigidas e Valores de α de Cronbach Excluindo cada Item por Componente da ESS-R

Componentes	Itens	Correlações item-total corrigidas	α de Cronbach se o item fosse excluído
-------------	-------	-----------------------------------	---

Perceção de Incapacidade (.85)	2	.61	.90
	3	.78	.73
	4	.78	.73
Sobrecarga Psicológica (.91)	1	.68	.90
	5	.78	.88
	6	.61	.91
	7	.82	.88
	9	.77	.88
	10	.78	.88

Sensibilidade

Para averiguar a distribuição normal, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov que demonstrou violações. A interpretação dos dados da assimetria e curtose teve como base o critério liberal (i.e., os valores devem variar de -1 a 1). Na assimetria os itens 7 e 9 apresentaram uma distribuição assimétrica à direita. Na curtose os itens 3, 4 e 10 apresentaram uma distribuição platicúrtica (Meyers, Gamst & Guarino, 2017).

Tabela 8

Estatísticas Descritivas dos Itens e Fatores da ESS-R

Item	<i>M(DP)</i>	Assimetria	Curtose	Kolmogorov-Smirnov
1	2.11 (1.19)	0.69	-0.67	.26**
2	3.34 (1.29)	-0.35	-0.92	.19**
3	2.88 (1.37)	0.09	-1.22	.16**
4	3.13 (1.35)	-0.15	-1.17	.18**
5	2.25 (1.30)	0.76	-0.58	.22**
6	2.41 (1.34)	0.52	-0.97	.21**
7	1.94 (1.25)	1.11	-0.04	.32**
9	2.00 (1.34)	1.17	0.04	.31**
10	2.38 (1.44)	0.57	-1.13	.25**
Fatores				
Perceção de Incapacidade	3.12 (1.17)	-0.11	-0.95	.09**
Sobrecarga Psicológica	2.18 (1.08)	0.74	-0.58	.14**

** $p < 0.01$

Verificou-se na distribuição de frequência das opções de resposta da ESS-R que o extremo inferior constituiu a opção de resposta mais escolhida na maioria dos itens (c.f. Tabela 9).

Tabela 9

Frequências Relativas das Opções de Resposta para os Itens da ESS-R

Item	1	2	3	4	5
1	43.4%	20.7%	20.4%	12.3%	3.2%
2	11.3%	14.9%	24.3%	27.2%	22.3%
3	21.0%	21.4%	21.7%	20.1%	15.9%
4	15.5%	19.1%	21.0%	25.2%	19.1%
5	39.2%	24.6%	17.2%	10.7%	8.4%
6	35.3%	21.7%	19.1%	14.6%	9.4%
7	55.0%	17.5%	11.7%	10.4%	5.5%
9	53.4%	20.1%	9.7%	6.8%	10.0%
10	41.7%	17.8%	12.9%	16.2%	11.3%

Discussão

O objetivo do presente estudo foi verificar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da ESS-R numa amostra de conveniência tendo em conta a validade (fatorial, convergente, divergente e de grupos conhecidos), a fidelidade e a sensibilidade.

Validade Fatorial

No presente estudo, foi proposta uma nova designação dos componentes identificados na ESS-R (Sobrecarga Psicológica e Perceção de Incapacidade). A distribuição dos itens pelos fatores é diferente. Na escala original, o componente Vulnerabilidade Pessoal engloba os itens 1,3,5,7 e 9 e o componente Carga de Acontecimentos engloba os itens 2, 4, 6, 8, e 10 (Amirkhan, 2018). Na versão atual, a Sobrecarga Psicológica contém os itens 1,5,6,7,9 e 10 e a Perceção de Incapacidade contém 2,3 e 4.

Validade Divergente e Convergente

A validade convergente é demonstrada pelas correlações entre as subescalas da ESS-R e as subescalas da EADS-21. Verificou-se uma correlação positiva entre stresse e depressão,

sendo suportado pela literatura que demonstra que os acontecimentos indutores de stresse aumentam a probabilidade de ocorrerem disfuncionalidades no humor (Hammen, 2015).

Vários estudos sustentam a existência de uma correlação positiva entre depressão e stresse (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2005; Duan, Ho, Siu & Zhang, 2015; Assari & Lankarani, 2016).

O stresse crónico contribui para a produção elevada de cortisol e redução da serotonina e de outros neurotransmissores incluindo a dopamina, que tem sido associada à depressão (WebMD, 2011).

Na relação entre stresse e ansiedade pode-se concluir que existe uma associação entre as variáveis, Kurebayashi, Prado e Da Silva (2012) identificaram a ansiedade como preditora da sobrecarga de stresse.

A validade divergente verifica-se quando não ocorrem associações fortes entre construtos não relacionados. Neste estudo, pudemos observar a inexistência de correlações ou correlações de efeito pequeno entre a ESS-R e o Brief Cope. Com base na literatura, é possível encontrar informação contraditória ao descrito anteriormente. Por exemplo, Lazarus e Folkman afirmaram que existe uma correlação negativa entre a sobrecarga do stresse e os mecanismos de coping do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1986).

Contudo, existem diferentes estratégias de *coping* que podem ser adaptativas ou desadaptativas, pelo que é esperado que a relação com a sobrecarga de stresse seja variável (Jose & Kilburg III, 2007).

Validade de Grupos Conhecidos

No estudo atual, as mulheres apresentaram maiores níveis de stresse do que os homens. A literatura existente apresenta resultados contraditórios, mas predomina a tese de que as mulheres relatam mais situações indutoras de stresse (McDonough & Walters, 2001).

Em 2010, a APA relatou que homens e mulheres apresentam níveis de stresse similares, embora as mulheres apresentassem uma maior probabilidade de reportar sintomas físicos e psicológicos da sobrecarga de stresse do que os homens (APA, 2010). Num estudo realizado em 2010, o autor afirmou que o índice de stresse era semelhante entre géneros (Servino, 2010).

Na comparação etária, verificou-se maior sobrecarga de stresse nos jovens adultos, comparativamente aos outros grupos. Amirkhan identificou uma associação negativa fraca

entre a sobrecarga de stresse e a idade, numa amostra de 391 participantes dos 18 aos 84 (Amirkhan, 2018).

Um estudo realizado em 2011 sobre o nível de stresse nos EUA concluiu que os *Millennial* e os *Gen X* reportaram níveis de stresse mais elevados comparativamente aos outros grupos, sendo congruente com os resultados do presente estudo (APA, 2012). Diehl, Coyle e Labouvie-Vief verificaram que os idosos apresentavam um maior controlo ao lidar com eventos indutores de stresse comparativamente aos adultos, corroborando os resultados encontrados no estudo (Diehl, Coyle & Labouvie-Vief, 1996).

Na situação profissional, reportou-se uma maior sobrecarga de stresse nos estudantes em relação às outras categorias. A literatura existente corrobora as conclusões deste estudo, sendo que a ingressão na faculdade pode ser considerada uma experiência indutora de stresse (Luz, Castro, Couto, Santos & Pereira, 2009).

Contudo, existe informação incongruente com os resultados obtidos, que refere que as situações com maior indução de stresse estão relacionadas com a situação profissional (Canadian Association Professional Employees, 2012).

Também existe evidência científica sobre a sobrecarga de stresse em indivíduos que não tinham ocupação profissional o que foi possível verificar nos resultados encontrados no estudo (Santos, Kislaya, Gil, Namorado, Barreto, Gaio & Matias Dias, 2017).

Os participantes com doença psiquiátrica apresentaram níveis mais elevados de sobrecarga de stresse do que aqueles que não referiram doença. O stresse a longo prazo pode despoletar ansiedade, depressão, dependência de psicoativos, insónia e tensão muscular (CAMH, s.d). Ao longo do tempo, a investigação biomédica tem estabelecido correlações entre o stress crónico e doenças psiquiátricas, tais como depressão e perturbação de stresse pós-traumático (Antunes, 2019).

Fidelidade e Sensibilidade

Não é possível realizar a comparação dos valores da consistência interna, pois a estrutura fatorial é diferente dos outros estudos de validação realizados. Os valores de consistência interna obtidos no presente estudo são considerados muito bons, de acordo com os critérios propostos por DeVellis (DeVellis, 2017). O valor médio das correlações inter-item dos fatores Sobrecarga Psicológica e Perceção de Incapacidade indica que alguns dos itens podem ser demasiado semelhantes.

No âmbito da sensibilidade da escala verificam-se valores aceitáveis (Meyers, Gamst & Guarino, 2017). Não foi realizada esta análise no estudo original e noutros estudos de validação, o que impede a realização da análise comparativa.

Implicações Clínicas

A ESS-R é uma escala curta e fiável e pode permitir avaliar de forma rápida, a sobrecarga de stresse na população. Amirkhan verificou que esta ferramenta pode prever doenças e identificar nas populações indivíduos com níveis de stresse muito elevados (Amirkhan, Urizar e Clark, 2015).

Duan e Mu referem que a ESS-R pode ser útil na identificação de baixo ou alto stresse e sinalizar esses indivíduos (Duan & Mu, 2018).

A ESS-R tem a capacidade de medir a sobrecarga de stresse com exatidão, pelo que pode ser uma ferramenta útil em contexto de triagem em situações adversas ou emergências (Amirkhan, 2018).

Limitações e Estudos Futuros.

No presente estudo foram identificadas algumas limitações que podem ter comprometido os resultados obtidos. Em primeiro lugar, a desejabilidade social, por se tratar de um questionário de autorrelato. Em segundo lugar, o protocolo de investigação foi apontado como extenso, que pode ter levado a algumas desistências. Outra limitação foi o facto de ser uma amostra de conveniência pouco diversificada, sendo composta maioritariamente por mulheres. Para estudos futuros é recomendado recrutar uma amostra maior, para obter uma maior representatividade nos resultados.

No futuro, poderá ser interessante utilizar a escala ESS-R em profissionais de saúde, com o objetivo de identificar os níveis de stresse e diminuir os casos de *burnout* que surgem nestes profissionais. Num estudo realizado em Portugal, verificaram que o stresse profissional e níveis elevados de stresse podem ser considerados como preditores de *burnout* nos profissionais de saúde (Gonçalves, Fontes, Simões & Gomes, 2019).

Em estudos futuros pode ser relevante avaliar a estabilidade temporal da ESS-R, cuja análise não foi realizada neste estudo. Outra sugestão seria substituir alguns itens por outros da

ESS pois identificou-se que havia itens muito similares. Isto poderia permitir uma distribuição equitativa dos itens pelos fatores Sobrecarga Psicológica e Perceção de Incapacidade.

Em suma, a ESS-R apresentou uma estrutura fatorial diferente da de outros estudos realizados noutros países (Wilson, Wissing, & Schutte, 2018; Duan & Mu, 2018). Esta diferença pode ser explicada por diferenças culturais e características da amostra por ser maioritariamente composta por mulheres. Contudo, verificou-se que a versão portuguesa da ESS-R apresenta boas propriedades psicométricas.

Referências

- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?. *Annual Review of Psychology*, 45, 229–259.
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.45.020194.001305>
- American Psychological Association. (2012, January 1). *Stress by generations: 2012*. [Press Release].
<http://www.apa.org/news/press/releases/stress/2012/generations>
- Amirkhan, J. H. (2012). Stress overload: A new approach to the assessment of stress. *American Journal of Community Psychology*, 49(1-2), 55-71. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9438-x>
- Amirkhan, J. H., Urizar, G. G., & Clark, S. (2015). Criterion validation of a stress measure: the Stress Overload Scale. *Psychological assessment*, 27(3), 985–996. <https://doi.org/10.1037/pas0000081>
- Amirkhan, J. H. (2018). A Brief Stress Diagnostic Tool: The Short Stress Overload Scale. *Assessment*, 25(8), 1001–1013. <https://doi.org/10.1177/1073191116673173>
- Antunes, J. (2019). Estresse e doença: o que diz a evidência?. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 590-603.
- APA. (2010). *Stress and gender*. [Press release].
<https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2010/gender-stress.pdf>
- Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 348-353.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200017>
- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Association between stressful life events and depression: Intersection of race and gender. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 3(2), 349–356.
doi:10.1007/s40615-015-0160-5.
- CAMH. (s.d). *Stress*. <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/stress>
- Canadian Association Professional Employees. (2012, Maio). *Stress in the Workplace: Causes, Effects & How to Cope*. http://acepcap.blob.core.windows.net/media/4646/pd_ep_05_12_e.pdf

- Casarella, J. C. (2019, Agosto, 1). *Stress Symptoms: Physical Effects of Stress on the Body*. Webmd. https://www.webmd.com/balance/stress-management/stress-symptoms-effects_of-stress-on-the-body#1
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594–604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications*. Sage Publications
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the lifespan. *Psychology & Aging*, 11(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.11.1.127>
- Duan, W., Ho, S. M., Siu, B. P., Li, T., & Zhang, Y., (2015). Role of virtues and perceived life stress in affecting psychological symptoms among Chinese college students. *Journal of American College Health*, 63(1), 32–39. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.963109>
- Duan, W., & Mu, W. (2018). Validation of a Chinese version of the stress overload scale-short and its use as a screening tool for mental health status. *Quality of Life Research*, 27(2), 411-421. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1721-3>
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicine, doctors and persons. Understanding stress to prevent burnout. *Acta medica portuguesa*, 18(6), 433-43.
- Frasquilho, M. A., & Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e Suicídio. Gestão de Problemas em Meio Escolar (1ª Ed.)*. Coisas de Ler.
- Gonçalves, A., Fontes, L., Simões, C., & Gomes, A. R. (2019). Stress and burnout in health professionals. *Occupational and environmental safety and health* (pp. 563-571). Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3_60.
- Hammen, L. C. (2015). Stress and depression: old questions, new approaches. *Current Opinion in*

Psychology, 4, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.024>

Hammen, L. C., Hazel, N. A., Brennan, P. A., & Najman, J. (2012). Intergenerational transmission and continuity of stress and depression: depressed women and their offspring in 20 years of follow-up. *Psychological medicine*, 42(5), 931-942. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001978>

Howard, M. C. (2016). A review of exploratory factor analysis decisions and overview of current practices: What we are doing and how can we improve?. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 32(1), 51-62. <https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1087664>

Jose, E. P., & Kilburg III, F. D. (2007). Stress and coping in japanese children and adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*. 20(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/10615800701272519>

Lunney, M. (2006). Stress overload: a new diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications : the Official Journal of NANDA International*, 17(4), 165-75. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2006.00035.x>

Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior [Comunicação oral]. X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Braga, Portugal.

Margis, R., Picon, P., Cosner, F., & Silveira, O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>

Mental Health Foundation. (2018). *Mental health statistics: stress*. <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/mental-health-statistics-stress>

Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2017). *Applied multivariate research: Design and interpretation (3.^a ed.)*. SAGE.

Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Demarzo, P., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PloS one*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089090>

- Mroczek, D. K., & Almeida, D. M. (2004). The effect of daily stress, personality, and age on daily negative affect. *Journal of personality*, 72(2), 355–378. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00265.x>
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology*. Berkshire: McGraw Hill.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). *Intervenção em Riscos Psicossociais e Gestão do Stress em Contexto Laboral e de Saúde – Contributo dos Psicólogos*. Lisboa.
- Ribeiro, L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15
- Robinson, A. M. (2018). Let's Talk about Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334–342. <https://doi.org/10.1037/gpr0000137>
- Santos, A., & Castro, J (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 16(4), 675-690.
- Santos, A. J., Kislaya, I., Gil, A. P., Namorado, S., Barreto, M., Gaio, V., & Matias Dias, C. (2017). O distress psicológico—prevalência e factores associados na população residente em Portugal em 2015: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Boletim Epidemiológico Observações*, 6(19), 4-7.
- Săvescu, R., Stoe, A. M., & Rotaru, M. (2017, Outubro). *Stress among working college students Case Study: Faculty of Engineering Sibiu, Romania* [Comunicação oral]. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education, Sibiu, Roménia.
- Servino, S. (2010). *Fatores estressores em profissionais de tecnologia da informação e suas estratégias de enfrentamento* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília]. <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1317/1/Sandro%20Servino.pdf>
- Stroud, C. B., Davila, J., Hammen, C., & Vrshek-Schallhorn, S. (2011). Severe and nonsevere events in first onsets versus recurrences of depression: Evidence for stress sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 142. <https://doi.org/10.1037/a0021659>
- Vaz Serra, A. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Dinalivro.

Wilson, A., Wissing, M. P., & Schutte, L. (2018). Validation of the Stress Overload Scale and Stress Overload Scale–Short Form among a Setswana-speaking community in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 48(1), 21-31. <https://doi.org/10.1177/0081246317705241>