

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
<u>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</u>	<u>3</u>
1.1. STRESS.....	3
1.1.1. INTRODUÇÃO	3
1.1.2. CONCEITO DE STRESS.....	4
1.1.3. O STRESS E SEUS SIGNIFICADOS.....	9
1.1.4. AS MUITAS FORMAS DE STRESS	11
1.1.5. STRESS NA PERSPECTIVA DE ESTÍMULO E RESPOSTA.....	12
1.1.6. A ESCOLA E O TRABALHO	13
1.2. ANSIEDADE.....	14
1.2.1. INTRODUÇÃO	14
1.2.2. CONCEITO DE ANSIEDADE.....	15
1.2.3. ANSIEDADE E DEPRESSÃO	19
1.2.4. ANSIEDADE E STRESS.....	19
1.3. DEPRESSÃO.....	23
<u>1.4. COPING.....</u>	<u>26</u>
1.4.1. INTRODUÇÃO	26
1.4.2. CONCEITO DE <i>COPING</i>	27
1.4.3. FUNÇÕES DO <i>COPING</i>	30
1.4.4. FACTORES QUE INFLUENCIAM O <i>COPING</i>	31
1.4.5. TIPOS DE ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESS	34
1.4.6. <i>COPING</i> E A SITUAÇÃO DE DOENÇA	38
1.4.7. <i>COPING</i> EM CONTEXTO ESCOLAR.....	39
1.4.8. <i>COPING</i> E STRESS.....	42
1.5. DOR.....	43
1.5.1. INTRODUÇÃO	43
1.5.2. DEFINIÇÃO DE DOR.....	45
1.5.3. TIPOS DE DOR	48
1.5.4. TEORIAS SOBRE A DOR	51
1.5.5. ANSIEDADE E DOR.....	52
1.5.6. DEPRESSÃO E DOR	52
1.5.7. DOR E STRESS	53
<u>2 - METODOLOGIA.....</u>	<u>55</u>
2.1. PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	55
2.2. TIPO DE ESTUDO	60
2.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	61

2.4. PROCEDIMENTO.....	62
2.5. PARTICIPANTES	64
2.6. INSTRUMENTOS	68
2.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	79
<u>ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</u>	<u>80</u>
<u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</u>	<u>105</u>
<u>CONCLUSÃO</u>	<u>110</u>
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	115
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>116</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>127</u>
ANEXO 1	128
QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO.....	128
ANEXO 2.....	129
ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO	129
ANEXO 3.....	130
BRIEF COPE	130
ANEXO 4.....	131
QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR.....	131
ANEXO 5.....	132
TABELAS DO SPSS DAS FREQUÊNCIAS, CORRELAÇÕES, T DE STUDENT E ONEWAY ANOVA	132

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES RELATIVAMENTE AO SEXO	65
TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES RELATIVAMENTE À IDADE, EM TERMOS DE MÉDIA E DESVIO PADRÃO	65
TABELA 3: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES RELATIVAMENTE À UNIVERSIDADE A QUE PERTENCEM	66
TABELA 4: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES RELATIVAMENTE AO ANO QUE FREQUENTAM NA UNIVERSIDADE	67
TABELA 5: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO ÀS REPETÊNCIAS NA UNIVERSIDADE, MAIS ESPECIFICAMENTE NO CURSO QUE FREQUENTAM	68
TABELA 6: FREQUÊNCIAS E PERCENTAGENS RELATIVAS À ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO	80
TABELA 7: FREQUÊNCIAS E PERCENTAGENS RELATIVAS ÀS 3 SUB-ESCALAS DA ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO EM QUE O MÍNIMO É "0" E O MÁXIMO É "21"	82
TABELA 8: FREQUÊNCIAS E PERCENTAGENS RELATIVAS À ESCALA DE BRIEF COPE	84
TABELA 9: QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR, QUANTO AO VALOR DA FREQUÊNCIA	86
TABELA 10: QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR QUANTO AO VALOR DA INTENSIDADE	88
TABELA 11: CORRELAÇÃO DE PEARSON PARA AVERIGUAR A CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO	89
TABELA 12: CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA BRIEF COPE	90
TABELA 13: CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE AS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR	91
TABELA 14: CORRELAÇÃO DE PEARSON PARA AVERIGUAR A CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO E O BRIEF COPE	91
TABELA 15: CORRELAÇÃO DE PEARSON PARA AVERIGUAR A CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO E QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR	94
TABELA 16: CORRELAÇÃO DE PEARSON PARA AVERIGUAR A CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE BRIEF COPE E O QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR	95
TABELA 17: TESTE T DE STUDENT PARA AVERIGUAR SE EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE OS SEXOS RELATIVAMENTE ÀS DIMENSÕES DAS TRÊS ESCALAS: ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO, ESCALA BRIEF COPE, QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR E DOR	98
TABELA 18: CORRELAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL IDADE E TODAS AS DIMENSÕES DAS TRÊS ESCALAS: ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO; ESCALA BRIEF COPE, QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR E DOR	100
TABELA 19: RESULTADOS DO TESTE ONEWAY ANOVA ENTRE A VARIÁVEL UNIVERSIDADE E TODAS AS DIMENSÕES DE CADA UMA DAS TRÊS ESCALAS: ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO; ESCALA BRIEF COPE, QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR E DOR.	101
TABELA 20: RESULTADOS DO TESTE ONEWAY ANOVA ENTRE A VARIÁVEL ANO QUE FREQUENTAM E AS DIMENSÕES DAS TRÊS ESCALAS: ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO, ESCALA BRIEF COPE, QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR E DOR	103

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é uma área de intervenção clínica que resulta da união entre manifestações físicas, psíquicas e sociais em cada indivíduo. Depois de muito tempo a considerar o indivíduo “dividido” em diferentes partes, surge uma outra perspectiva, que é a perspectiva biopsicossocial que considera o indivíduo como um todo, isto é, preocupa-se com a saúde desse indivíduo como sendo um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social.

Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles (Bishop, 1994).

Durante toda a sua vida, as pessoas vivenciam situações de stresse e tentam lidar com essas realidades de diversas maneiras. A tensão emocional e física que acompanha o stresse é bastante desconfortável e provoca grandes incómodos. É desta forma que as pessoas sentem que têm que fazer algo para reduzir o seu stresse. Este “algo” que as pessoas fazem, é o que está envolvido nos mecanismos ou estratégias de *coping*, isto é, de adaptação ao stresse (Sarafino, 1994).

Neste âmbito, o presente estudo focaliza-se na investigação das Respostas Emocionais, *Coping* e Dor em estudantes universitários.

Surge então a necessidade de estudos mais aprofundados que ajudem a clarificar e perceber, por um lado, como se relacionam todas as variáveis (respostas emocionais, *coping* e dor), e por outro lado, como pode ser interpretada a relação dessas mesmas variáveis, de forma a construir e desenvolver estratégias de intervenção cada vez mais adequadas, melhorando a qualidade de vida.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. STRESSE

1.1.1. INTRODUÇÃO

O stresse sempre existiu e é intrínseco à própria vida. É a capacidade de todo o ser vivo ser estimulado pelo seu ambiente, traduzindo-se num conjunto de reacções somáticas que originam uma forma de energia disponível. A atribuição de um sentido (negativo ou positivo) a esta forma de energia irá depender tanto da sua intensidade e duração como da interpretação que o indivíduo faz da situação em que se encontra (Serra, 1989; Abramovici, 1989; Sekiou *et al.*, 1993).

Na maioria dos casos, o stresse é considerado como estímulo ou como resposta (Seara, 1993). A consideração do stresse como estímulo, aceita que certas situações são, de forma universal, stressantes, mas não têm em conta as diferenças individuais na avaliação de tais situações, centrando-se nos acontecimentos ameaçadores; nesta definição, o stresse é qualquer evento que causa uma alteração nos processos homeostáticos (López de Roda, 1989).

Os modelos que consideram o stresse como resposta fazem referência à reacção inadaptada, sendo o indivíduo alguém que está sob stresse ou sofre os seus efeitos. Há ainda, concepções de stresse que fazem alusão à relação entre o indivíduo e o meio circundante, tendo em conta as características do sujeito por um lado, e a natureza do meio stressante por outro (Sarafino, 1990). De qualquer forma, segundo Santos e Castro (1998), o stresse modifica o comportamento das pessoas perante as outras.

Um acontecimento é considerado ameaçador ou *stressor* se for percebido como causador de prejuízo, perda ou desafio, e neste momento, os sujeitos tendem a fazer algo de modo a dominar a situação ou controlar as suas reacções emocionais à mesma (Evans, 1998).

1.1.2. CONCEITO DE STRESSE

De acordo com as características da sociedade actual, que favorecem a existência de situações stressantes com uma intensidade e permanência nunca antes registadas, analisa-se o conceito de stresse, nas perspectivas fisiológica e psicossocial, assim como a evolução ocorrida no seu estudo.

O termo stresse deriva do verbo *stringo, stringere, strinxi, strictum* que tem como significado *apertar, comprimir, restringir*.

Ao stresse associam-se acontecimentos muito diversos como sejam, desastres naturais, desemprego, sentir ansiedade, discussão com um amigo, problemas monetários, casar, morte de alguém, etc.

O stresse e as suas implicações, deram origem a modelos, que variaram ao longo do século XX, na definição de stresse, sendo atribuído um ênfase diferente aos factores fisiológicos e psicológicos e nas descrições da relação entre os indivíduos e o seu meio ambiente (Ogden, 1999).

Cannon (1932), citado por Ogden (1999), desenvolveu um dos primeiros modelos de stresse, que era designado por “Modelo de luta ou fuga”, este sugeria que as ameaças externas suscitavam a resposta de luta ou fuga, envolvendo uma maior taxa de actividade e excitação. O autor sugeria ainda que as mudanças psicológicas permitiriam ao indivíduo, escapar à fonte de stresse ou então lutar. É um modelo de resposta a stressores externos, considerados predominantemente fisiológicos.

Seyle (1956) dando atenção, ao que ocorre no organismo devido à acção do agente perturbador denominou o Síndrome Geral de Adaptação (SAG) como uma tentativa de explicar a resposta fisiológica ao stress, referindo que é sempre a mesma resposta, seja o agente de stresse, de natureza fisiológica ou psicológica. No entanto, a resposta ao stresse não é estereotipada. O stresse é manifestado por uma sintomatologia múltipla, que depende da situação e das variáveis individuais envolvidas.

McGrath (1970) fala-nos de stresse como um processo que envolve quatro etapas distintas: 1º - o ambiente, quer social quer físico, fornece uma quantidade de exigências objectivas no indivíduo. Esta exigência é por vezes chamada de entrada, carga, nível stressante ou força; 2º - o passo seguinte é a etapa de recepção, na qual um indivíduo percebe, reconhece, aprecia e aceita este nível de exigência. Esta é normalmente chamada de exigência subjectiva ou tensão. A 3ª etapa é a resposta do indivíduo à exigência subjectiva. Esta resposta pode envolver sistemas fisiológicos, psicológicos e comportamentais e finalmente a 4ª - existem as consequências da resposta no indivíduo e no ambiente. Esta noção inclui a ideia de que uma pessoa, de algum modo antecipa, isto é, possa ou não estar disponível para cooperar adequadamente com o desequilíbrio.

Assim, o stress acontece quando a pessoa reconhece a possibilidade de não estar capaz de adaptar-se (Lazarus, 1966).

Lazarus e Folkman (1984) referem que a apreciação Psicobiológica dos estímulos é altamente relevante para o bem-estar das pessoas, quer essa relevância seja positiva ou negativa. Definiram stress como sendo uma relação especial entre o indivíduo e o ambiente que é apreciada pelo indivíduo como desafiadora ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar. É a interpelação entre ambiente, corpo e mente, uma abordagem holística que reflecte o indivíduo na sua dimensão social, biológica e psicológica.

A resposta a um acontecimento envolveria, então, dois tipos de apreciação:

* **Apreciação primária:** (o que é que se passa) – primeiro interpreta-se a situação considerando-a como (a) irrelevante para o bem-estar do indivíduo, (b) benigna ou (c) stressante. As situações stressantes são por sua vez julgadas se (a) envolvem perda, (b) são ameaça e (c) são desafio.

* **Apreciação secundária:** (que recursos tenho para fazer frente ao que se passa) – Seguidamente consideram-se (a) as alternativas de resposta disponíveis, (b) as opções e as limitações existentes e, depois de pesar os custos e benefícios destas alternativas de resposta, (c) selecciona-se uma estratégia de *coping*.

O *coping* é uma parte importante da resposta ao stress. Lazarus propõe que as respostas ao stress possam ser formas acomodativas ou manipulativas. Estas podem ser de:

* Acção directa, resposta manipulativa em que o indivíduo tenta alterar a sua relação com o acontecimento stressante e que poderia consistir em alterar o contexto, afastar-se ou, de qualquer outro modo, deixar de estar na presença do stressor;

* Procura informação acerca da situação de tal modo que a pessoa possa compreender e prever acontecimentos relacionados com ela;

* Inibição da acção, situação em que o indivíduo não faz nada;

* Intrapsíquico ou paliativo, situação em que o indivíduo se acomoda à situação stressante através da reavaliação da situação, quer alterando o seu ambiente interno tal como tomando medicamentos, recorrendo ao álcool, aprendendo a relaxar, recorrendo a mecanismos de defesa, praticando meditação, entre outros (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984), lembram que, embora se reconheça que a percepção se pode controlar, o resultado final reduz o stresse, o efeito pode ser adverso quando o exercer desse controlo é contrário a um interesse, ou modo de agir preferido.

Os factores causadores de stresse que podem produzir respostas psicofisiológicas são exógenos ou endógenos. Os factores ambientais de stresse resultam da pressão social, demonstrando assim a sua integração sociopsicofisiológica (McVicar, 1994). O que este autor nos diz é que existem também factores ambientais que podem afectar a percepção de stresse, como sejam o tipo de stressores que podem ser de três categorias diferentes, segundo Lazarus e Cohen (1977), citados por Ribeiro (1998):

Acontecimentos cataclismicos - acontecimentos com impacto súbito e intenso, mais ou menos universais, abrangendo todas as pessoas, como por exemplo a guerra, a prisão entre outras.

Stressores pessoais – são intensos e podem ser inesperados. Abrangem os acontecimentos que são suficientemente fortes, para desencadear capacidades de adaptação, do mesmo modo que os acontecimentos cataclismicos, com a diferença que afectam só algumas pessoas, sendo por isso mais difícil o suporte social, tendo em conta que só afecta alguns, temos como exemplo a morte de alguém que se ama, doença grave ou desemprego.

Stressores de fundo (background) - são persistentes, repetitivos fazendo parte da rotina da vida de todos os dias. São diferentes dos outros tipos de Stressores, de várias maneiras, nomeadamente porque são menos fortes, e porque na sua qualidade de stressores derivam dos efeitos comutativos ao longo do tempo. Exemplos deste tipo de stressores, são a exposição ao ruído, viver em ambientes sobrelotados, insatisfação no emprego, contacto social intenso, etc.

De acordo com Paul e Fonseca (2001), o conceito de stresse “abrange as reacções emocionais e cognitivas às ameaças e desafios inerentes ao quotidiano e aos acontecimentos de vida”. Para estes autores, o stresse verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo (capacidades de *coping*).

Segundo Doron e Parot (2001) os chamados “stresses” ambientais referem-se a um conjunto de condições, geralmente atribuídas à vida urbana, e às quais o sujeito deve fazer face: ruído, poluição atmosférica, densidade populacional, etc. A presença desta

grande quantidade de estimulações, resumida com frequência no conceito de sobrecarga ambiental, exige do indivíduo uma energia psicológica acrescida, devido a um esforço, cujo custo tanto pode ser imediato como a longo prazo.

O stresse é então, a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reacções (sentimentos, pensamentos e comportamentos) do organismo. Para López de Roda (1997), stresse é o conceito que surge quando se quer explicar a relação entre o ambiente social e a saúde. Pode ser conceptualizado, então, como “a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa/meio ambiente levam o indivíduo a perceber, sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais” (Santos & Castro, 1998).

1.1.3. O STRESSE E SEUS SIGNIFICADOS

Quando as capacidades pessoais não são as mais adequadas para lidar com as novas problemáticas, situações de stresse podem ocorrer. O conceito de stresse e a percepção do seu impacto sobre a saúde são importantes para perceber como o desenvolvimento do adolescente e do jovem adulto é influenciado por contextos de experiências individuais e forças sociais, processo que conduz ao bem-estar, por um lado e ao *distress* psicológico, por outro.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) sem modificação do meio externo, sem acontecimentos perturbadores, obviamente não há stresse. Estes autores acreditam que é o significado que a pessoa atribui à situação, que vai determinar o maior ou menor grau de perturbação que o mesmo acontecimento provoca em pessoas diferentes, e que este significado está intimamente relacionado com as experiências passadas.

Lazarus e Folkman (1984) descrevem um processo de avaliação cognitiva, segundo o qual o indivíduo percebe a situação causadora de stresse e o nível de stresse que ela gera. De acordo com estes autores, há duas formas de avaliação que convergem para definir o potencial stressante de uma situação, e os recursos de *coping* necessários: a avaliação primária e secundária. Na primeira, o sujeito determina o significado que o evento pode ter para o seu bem-estar (positivo, negativo ou indiferente), e na segunda, quando a situação é vista como negativa, ocorre a avaliação dos recursos disponíveis para enfrentá-la.

Serra (1999) salienta ainda, que a ocorrência de stresse é susceptível de provocar consequências preocupantes que podem lesar o bem-estar e a saúde (física e mental) do indivíduo.

Além disso, “os efeitos do stresse sobre o indivíduo são largamente mediados por um certo número de variáveis, de natureza biológica, psicológica e social, algumas das quais atenuam-nos e outras, pelo contrário, os levam a acentuar” (Serra, 2000).

Em Psicologia, o termo stresse é utilizado para evocar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face (os acontecimentos stressantes da vida, também chamados acontecimentos vitais) e os meios (as estratégias de ajustamento) de que dispõe para gerir esta perturbação (Doron R., Parot F., 2001).

Segundo Ribeiro (1998) um ponto-chave no modelo Psicológico do Stresse é que a apreciação do stress determina a reacção pessoal ao mesmo, as emoções experimentadas e a adaptação resultante.

Passamos agora a referir algumas abordagens psicológicas face ao stress:

* Em 1962, Schachter (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) elabora a teoria da atribuição das emoções que enuncia que a emoção é criada pela nossa avaliação dos acontecimentos internos ou externos. Relativamente ao stress, isto permite-nos afirmar que o carácter stressante de um acontecimento está estreitamente ligado a uma avaliação por parte do indivíduo.

Assim, existem quatro mecanismos psicológicos fundamentais que permitem ao indivíduo a sua reacção ao stress: (1) procura de informação sobre as características do agente de stress; (2) o desencadear de acções que podem actuar directamente sobre o agente de stress; (3) a inibição de acções que podem causar qualquer dano ao indivíduo; (4) a elaboração de processos psicológicos que permitem a regulação de emoções (auto-regulação emocional e regulação da relação pessoa-ambiente).

O modelo proposto evidencia uma concepção dinâmica do stress em que “o estímulo toma apenas o valor que o indivíduo lhe atribui”, e em que as variáveis ambientais e pessoais face ao agente de stress não são fixas, mas sim, encontram-se em redefinição e reorganização permanentes.

Podemos pensar que na tentativa de sobreviver, o sujeito adapta-se aos diferentes agentes stressores que possuem o valor que o próprio sujeito lhes atribui, e que essa adaptação pode passar por um controle das emoções.

1.1.4. AS MUITAS FORMAS DE STRESSE

Todo o esforço físico ou emocional causa stress. Qualquer tipo de estímulo pode provocar respostas tanto físicas como emocionais. A resposta física às vezes inclui

reações como transpiração excessiva, tremor nos ombros ou exaustão. Mas o stress é normalmente percebido como resposta emocional.

Geralmente esta resposta emocional é negativa: ansiedade, tensão ou depressão. Mas reações emocionais positivas, como a euforia e o contentamento, também são respostas a certos tipos de stress. A maioria das emoções – senão todas – não passam de reações de stress, que são respostas a estímulos ou solicitações do dia-a-dia.

1.1.5. STRESSE NA PERSPECTIVA DE ESTÍMULO E RESPOSTA

Numa das perspectivas, o conceito de stress centra-se no meio, ou seja, é descrito como um estímulo do meio onde o indivíduo está inserido.

Os estímulos são traduzidos em termos de acontecimentos (situações) particulares do meio que perturbam o indivíduo exercendo sobre este uma forma de pressão/tensão (Bishop, 1994).

Hans Selye (1979, cit. por Ribeiro, 1998) terá sido o primeiro investigador a definir, de forma sistemática, stress como resposta fisiológica inespecífica do organismo a qualquer exigência feita sobre ele; tendo atribuído a designação de *stressor* ao agente causador (estímulo) de tal resposta.

Coyne e Holroyd (1985) referem que constituirá um *stressor* a situação percebida pela pessoa como difícil ou perturbadora porque a faz sentir mal ou porque exige esforço para lidar com ela.

Selye estabeleceu uma espécie de tipologia do stresse distinguindo entre, *eustress* e *distress* (Leal, 1995; Ribeiro, 1998; Serra, 1999).

Eustress ou “bom stresse” é aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte do organismo sendo considerado indispensável uma vez que é dinamizador e contribui para a realização do indivíduo. O *distress* ou “mau stress” é aquele susceptível de provocar danos no organismo devido a um estímulo forte (Brantley & Thomason, 1995). Tem pois uma conotação negativa uma vez que é desgastante e improdutivo.

Um indivíduo estará sob stresse quando sente que o grau de exigência que dada situação lhe cria é superior à sua capacidade de resposta. Ou seja, os meios de que dispõe podem ser inexistentes ou insuficientes para ultrapassar com êxito a situação (Bishop, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Cohen, 1977, cit. por Cruz, 1998; Serra, 1989).

As exigências podem ser externas, como é, por exemplo, o caso da perspectiva de enfrentar um exame a uma disciplina difícil ou um teste importante e decisivo para a nota final, para a passagem de ano ou para entrar no Ensino Superior. Mas podem também ter origem interna, sob a forma de objectivos que os estudantes desejam atingir ou padrões pessoais de comportamento relacionados com determinados valores.

1.1.6. A ESCOLA E O TRABALHO

A escola e o trabalho constituem os dois ambientes mais importantes para a maioria das pessoas – e são também a principal causa do stresse. Como a sociedade contemporânea vive enfatizando a importância dessas áreas, o sucesso ou fracasso nelas pode frequentemente ser visto como a medida de valor de uma pessoa.

O sistema escolar, assim como a maioria da sociedade, recompensa ou pune (ou pelo menos ignora) o fracasso ou o mau desempenho. Esse sistema altamente competitivo é stressante para todos, quer seja bem ou mal sucedidos. Quando os professores usam o melhor aluno como modelo, os estudantes que obtêm menos sucesso podem se sentir sobrecarregados na tentativa de competir com esse modelo, sentindo-se muitas vezes desencorajados a lutar.

O desgaste do melhor aluno na competição pode não ser perceptível, mas na maioria dos casos é também muito intenso. O sobredotado tem de lidar com comentários do tipo “é o queridinho da professora”. É comum que os alunos bem sucedidos se sintam no dever de produzir sempre o mesmo alto nível de respostas. Eles precisam arcar com as expectativas das pessoas, mais do que com suas próprias.

O mesmo tipo de competição continua no mundo do trabalho. Os colegas sempre “marcam” a pessoa que rende mais, a que rende menos, quem é recompensado e quem não é, merecidamente ou não, etc. Mas a competição é algo inevitável. E por isso as pessoas precisam desenvolver habilidades e estratégias para lidar com o stress.

1.2. ANSIEDADE

1.2.1. INTRODUÇÃO

Como as pessoas se sentem estando ansiosas? Com raiva? Com medo? Felizes ou tristes? O que caracteriza as emoções humanas?

As emoções ou afectos podem ser definidas como estados internos caracterizados por cognições, sensações, reacções fisiológicas e comportamentos expressivos específicos e tendem a aparecer subitamente e ser de difícil controlo. Podemos considerar que existem quatro estados emocionais: a ansiedade, a raiva, a agressão e o prazer.

É indispensável, na experiência vivida, antes de se pensar na ansiedade como um distúrbio, deve-se pensar nela como uma ansiedade normal, que premeia todo o ser humano, como um “equipamento biológico” necessário à sua sobrevivência e como principal instrumento de adaptação do indivíduo às exigências da vida (Ballone, 2000).

Nesse processo e segundo Ballone (2000), a ansiedade, por uma questão biológica, esteve sempre presente na maneira de ser do indivíduo, e como principal instrumento de adaptação às exigências da vida. Dessa forma, a sua valorização, dá-se identificando a quantidade e, os tipos e efeitos dessa ansiedade sobre o organismo humano, compõe as diferentes concepções da prática clínica.

Nas últimas décadas, a ansiedade, por apresentar diversas faces, às vezes não muito claras tem sido alvo de inúmeros e justificados estudos, conforme consta num artigo com a seguinte afirmação: “*a ansiedade não dá sossego ao homem, o homem em resposta, não dá sossego à ansiedade*” (Peregrino, 1996, p.132).

1.2.2. CONCEITO DE ANSIEDADE

Segundo Melo (1979) o termo ansiedade, da forma como é aceite universalmente, é definida como uma sensação desagradável de perigo iminente de apreensão, com presença de sintomas motores e vegetativos concomitantes. No entanto, segundo o autor, a sua definição não é tão simples, uma vez que ela pode ser vivenciada, por cada indivíduo, de maneira peculiar, e de acordo com a sua própria experiência.

Pode-se também definir ansiedade como uma emoção caracterizada por sentimentos de previsão de perigo, tensão e aflição e pela vigilância do sistema nervoso simpático. A ansiedade e o medo são distinguidos entre si por duas dimensões: o objecto do medo é

fácil de especificar enquanto que o objecto da ansiedade por vezes não é claro; a intensidade do medo é proporcional à magnitude do perigo enquanto que a intensidade da ansiedade tem a probabilidade de ser maior do que o medo objectivo. Na prática a utilização dos conceitos de angústia, ansiedade e medo não são fáceis de distinguir, sendo muitas vezes utilizados como sinónimos.

As respostas físicas à mesma ameaça podem ser brandas ou intensas. Estudos de gémeos e investigações de diferenças em bebés, sugerem que os genes influenciam as reacções humanas ao stress. As experiências de vida moldam também o nível de ansiedade do indivíduo. As experiências despertadoras de medo na infância estão associadas a um nível de ansiedade mais alto, do que a média de ansiedade numa fase de vida mais tardia. O stress elevado na infância e durante o ciclo de vida é definitivamente nocivo ao ser humano. Por exemplo, depois da exposição contínua ao perigo durante o combate na Segunda Grande Guerra, os soldados chegavam a um ponto de não retorno apresentando respostas exageradas ao stress quando voltavam à vida civil.

Quando falamos de sentimentos ansiosos admitimos portanto, tratar-se de estados psíquicos autónomos que sobrevêm a seguir a uma excitação interna ou externa. São desagradáveis e assumem o carácter de uma ameaça. Surgem perante a eminência de um perigo real ou presumível que afectará a vida, a integração da personalidade ou a posição social.

Desde um ponto de vista concreto, os factores precipitantes ou desencadeantes que podem associar-se à ansiedade são múltiplos, especialmente traumas ou conflitos emocionais intensos e repetidos, situações físicas que representam uma sobrecarga de tensão, conflitos laborais, situações de abandono ou trauma, problemas sexuais, doenças

orgânicas, crônicas, etc., mas nem todas pessoas ansiosas referem estes ou outros acontecimentos, e nem todos os sujeitos que se deparam com estas vicissitudes vitais desenvolvem a perturbação. Há que aceitar que a incidência de um evento, tem repercussões em função da personalidade e da vulnerabilidade biológica do sujeito, além de outros parâmetros, como o suporte social.

A ansiedade é um sentimento útil que coloca o indivíduo numa posição de alerta, atento a um perigo iminente, possibilitando o uso de medidas adequadas para lidar com a ameaça. Sem ela, portanto, o indivíduo estaria vulnerável ao perigo e ao desconhecido. Dessa forma, é um componente do desenvolvimento normal nas mudanças e nas experiências inéditas.

Na sua forma patológica, a ansiedade caracteriza-se por uma sensação subjectiva de tensão e preocupação, às vezes difíceis de definir. Pode estar acompanhado de sintomas físicos como sensações de mal-estar gástrico, dor, palpitações e cefaleia colocando o indivíduo numa constante posição de alerta. Como transtorno psiquiátrico leve, a ansiedade está colocada entre os mais comuns na população geral, Pesquisas mostram que 20% da população num determinado momento da sua vida apresentam um transtorno de ansiedade.

As suas formas de apresentação podem ser mais ou menos agudas, porém está sempre presente um estado de tensão, que pode variar de minuto para minuto ou acompanhar o indivíduo o dia todo. Os sintomas manifestados de forma leve ou moderada interferem de forma significativa na vida diária, causando dificuldades para trabalhar, dormir e principalmente no relacionamento com os demais.

A sensação de desconforto e apreensão experimentada pela antecipação, real ou imaginária, de situações desagradáveis é chamada de “ansiedade”. A competição, os estudos, o trabalho e outras actividades e situações da vida moderna tendem a produzir ansiedade, que pode decorrer também de conflitos com amigos ou do desgaste provocado por situações nunca antes experimentadas.

Dependendo de factores como personalidade e temperamento, a ansiedade manifesta-se como uma preocupação vaga ou como um medo concreto de que alguma coisa terrível venha a acontecer.

Não é difícil entender por que discussões e os conflitos com a família ou com os amigos podem provocar ansiedade. Esses conflitos geralmente envolvem receio de algum prejuízo emocional. Embora tal prejuízo possa não ser real, o medo que desencadeia é verdadeiro. Às vezes, chega mesmo a afectar a auto-imagem do indivíduo, que passa a duvidar de si mesmo e de sua eficiência no desempenho de funções corriqueiras.

No plano somático podemos caracterizar o sujeito ansioso através de sintomas como: palpitações, taquicardia, astenia, cefaleias, tremores, sudação, hipertensão e hipotensão, anorexia ou bulimia, etc. E também através de sintomas como: fadiga fácil, dificuldades de concentração ou esquecimentos devido à ansiedade, dificuldade em controlar a preocupação, irritabilidade, tensão muscular e perturbações no sono.

De acordo com Roche (2000) as pessoas que pela sua hipersensibilidade, são mais propensas à ansiedade, tendem a:

* Ter preocupação desnecessária;

* Tornar tudo catastrófico;

* Remoer eventos desagradáveis do passado;

* Ter uma visão pessimista da vida.

1.2.3. ANSIEDADE E DEPRESSÃO

As manifestações psíquicas de ansiedade podem caracterizar um sujeito que se encontra nervoso, inquieto, com um sentimento penoso de mal-estar, que anuncia a fragilidade de um eu que se sente ameaçado. Tudo o preocupa e como tal, esta situação vai afectar o seu rendimento. Vive um estado de constante tensão diurna que de noite se manifesta por dificuldade em adormecer e pesadelos – expressão do seu mundo conflitual. No entanto, por oposição ao depressivo que chora por desesperança e tristeza, o choro do ansioso é de impotência e sobrecarga da tensão, o que faz com que se sinta mais tranquilo e relaxado depois da eclosão emotiva, o que não ocorre com o depressivo.

1.2.4. ANSIEDADE E STRESSE

A ansiedade pode afectar a aprendizagem em diferentes estágios e influenciar a codificação, armazenamento e/ou recuperação da memória; curiosamente, pode facilitar o sucesso em tarefas simples e embaraçar as realizações complexas. É também relevante o facto dos animais responderem de forma semelhante a muitos tipos de stress, inclusive frio intenso, conflitos, ferimentos e cirurgia. Uma dada causa de stress não influencia todos os sistemas corporais da mesma maneira, podendo, certos sintomas ficar seriamente sobrecarregados, ao passo que outros dificilmente são afectados, podendo até ser beneficiados. A experiência e a genética influenciam as respostas precisas.

Teorias actuais confirmam a ansiedade vista além de um sentimento de apreensão, que represente um estado de alerta constante, mas também, como um processo que favorece

a adaptação do ser humano, melhorando a sua “performance” na integração com o meio (Ballone, 2000).

Nesse sentido e segundo o autor, a ansiedade passou a ser objecto de distúrbios na medida em que foi colocada, não ao serviço da sua sobrevivência, como fazia antes, mas ao serviço da sua existência, elegendo o stress como seu representante emocional.

A ansiedade é normalmente um sinal que alerta as pessoas para o facto de que algo não vai bem, e as prepara para enfrentar o problema (ou os problemas), colocando-as alerta. A ausência de ansiedade num quadro de stresse pode deixar o indivíduo apático e fazê-lo adoptar atitudes do tipo “eu não me importo com nada”, que fatalmente predis põem ao fracasso. Por isso, níveis moderados de ansiedade podem ser benéficos, motivam a pessoa e fornecem-lhe uma sobrecarga de energia, aumentando-lhe a capacidade para localizar e resolver o problema aflitivo.

Já os níveis elevados de ansiedade tendem a ser prejudiciais, causando sentimentos de desconforto e inquietação tão intensos que dispersam as energias do indivíduo, esgotando-o física e mentalmente. No caso da ansiedade crónica, que persiste por semanas ou meses, o efeito desgastante sobre o indivíduo torna-o muito tenso, e podem ocorrer manifestações físicas como transpiração excessiva, aceleração dos batimentos cardíacos e insónia. A capacidade de concentração também fica prejudicada. Embora esses sintomas às vezes caracterizem também a ansiedade normal, sua persistência por longo período de tempo indica que a ansiedade está fora de controlo.

Quando isso acontece, a ansiedade já não está a funcionar como um aviso: ela dominou o indivíduo e tornou-se fonte de problemas, frequentemente não mais relacionados com a situação de stresse que lhe deu origem.

O excesso de ansiedade decorre de inúmeros factores. A pessoa pode estar simplesmente sobrecarregada ou ser obrigada a tomar um grande número de decisões importantes em curto período de tempo. Uma sucessão de eventos stressantes provoca em muitas pessoas ansiedade profunda.

Sendo assim, o facto de um evento ser percebido como stressante depende não apenas da sua natureza, mas do significado atribuído a esse evento pelo indivíduo, dos seus recursos e das suas defesas, componentes que dizem respeito à personalidade do sujeito.

Investigações mostram a influência do ambiente na sua manifestação, o que significa que o stress, um dos factores que desencadeia a ansiedade é causado pelas condições de vida, do ambiente, da cultura e das dificuldades que as pessoas passam em determinado período da sua vida.

Segundo Ballone (2000), a ansiedade estabelece-se em função do processo de adaptação que, ao se manifestar, coloca o indivíduo num contínuo alarme e de prontidão para o que “der e vier”. Porém, não havendo período suficiente para a recuperação desse esforço psíquico, o qual corresponderia, à saúde, ou quando acaba persistindo continuamente os estímulos de ameaça que desencadeiam a reacção de stress, os recursos para a adaptação acabam por esgotar podendo colocar o indivíduo numa situação de “ansiedade crónica”.

Forma-se assim, conforme o autor, um processo responsável pela criação da ansiedade, onde esta não se apresenta apenas como um sintoma, mas pode também ser a causa de mais stress, através de um sistema de retro alimentação, envolvendo também outros processos mentais, desde a atenção à memória, o pensamento dificultando muitas vezes até à interpretação fiel da realidade (Roche & Ballone, 2000).

Este processo tem início a partir de um ponto excedente, quando então a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, concorrerá para o contrário, contribuindo para a falência da capacidade adaptativa, levando a distorções perceptivas, atribuindo ao estímulo uma visão desafiadora; quando não é ameaçador, levando a uma espécie de medo, que traz sentimentos de insegurança, que, por sua vez, são transformados em estímulos físicos das glândulas endócrinas e do sistema nervoso simpático, tendendo para o esgotamento.

Uma ocasião em que se pode instalar o esgotamento seria a falta de uma estabilidade emocional suficientemente adequada para adaptar-se a estímulos pouco traumáticos, situações essas que, quando não levam a adaptação, levam ao stresse, e uma situação de stresse leva a uma atitude fisiológica, que do ponto de vista psíquico é traduzida pela ansiedade (Ballone, 2000).

Portanto, stresse e ansiedade são conceitos que identificam um processo de “mal-estar”, que envolve as dimensões mente-corpo, referindo-se o primeiro às reacções fisiológicas, e o segundo, às inquietações traduzidas no psíquico. Estabelece-se, em primeiro lugar, a ansiedade, entrando em stresse e, pela continuidade da exposição ao estímulo agressivo, o organismo se esgotará. Dessa forma, segundo Ballone (2000) psiquicamente, a ansiedade crónica, que para alguns é igual ao esgotamento, leva a um estado de apatia e desinteresse, desânimo e de pessimismo em relação à vida.

1.3. DEPRESSÃO

É a Hipócrates que se devem as primeiras referências conceptuais e clínicas da melancolia. Em *Corpus Hippocraticum* é reconhecido um *tipus melancholicus* com tendência a padecer dessa perturbação. No entanto foi Aristóteles o primeiro a dedicar um estudo monográfico a este tema.

Hoje, parece haver um consenso relativamente ao conceito nuclear da depressão. Engloba uma tristeza vital e profunda que envolve o sujeito nas suas tarefas intra e inter-relacionais.

A clínica da depressão pode ser considerada em cinco grandes áreas: afectividade, pensamento – cognição, conduta, ritmos biológicos e perturbações somáticas.

Sendo a tristeza o estado afectivo nuclear, podem também emergir outros estados emocionais, tais como a ansiedade, a irritabilidade, ou inclusivamente a hostilidade, mas sempre secundários a este estado de ânimo fundamental. Não há dúvida nenhuma que a situação afectiva varia consoantes o tipo de depressão. Um exemplo disso é a ansiedade, que adquire maior expressão nas depressões neuróticas, enquanto noutros estados depressivos aparece em segundo plano. A depressão também pode ocorrer numa situação clínica onde a tristeza apareça muito atenuada, ou ausente. É a chamada depressão sem depressão.

De acordo com a teoria de Coimbra de Matos, tudo teria início no investimento parental, que não existindo à partida, levaria ao não desenvolvimento da mente do bebé.

Por sua vez, ao não existir amor (o referido investimento), também não haveria possibilidade de se perder – não se desenvolve a depressão. Aquilo que faltaria a esses pacientes, seria uma relação continente, um funcionamento materno capaz de responder às angústias e aos afectos de bebé, dando-lhe significado.

Alguns autores como Klein (cit. por Vallejo, 1998), enfatizaram o fenómeno da anedonia (incapacidade para experimentar prazer) como um fracasso dos mecanismos para experimentar prazer (alimentar, sexual, ocupacional e relacional), relacionado com uma organização funcional dos “centros cerebrais de prazer”. Como consequência deste estado de ânimo, o sujeito adquire uma atitude pessimista e perde o interesse pela sua família, pelo seu trabalho e pelo seu projecto existencial que se sente incapaz de alcançar. A expressão deste estado emocional é o choro. Acontece por vezes, o sujeito sentir-se incapaz de chorar, mesmo sentindo-se profundamente triste, prevalecendo deste modo, uma certa anestesia afectiva.

Como consequência desta situação, o rendimento do sujeito vai diminuindo progressivamente, até chegar a apatia total em que é incapaz de realizar qualquer actividade. Por outro lado, a atenção e concentração também se encontram diminuídas, uma vez que falta ao sujeito a energia suficiente para executar certas tarefas específicas.

A lentidão e os conteúdos de tonalidade negativa marcam o tipo de pensamento destes doentes. As vivências de desânimo e incapacidade ocupam os seus pensamentos. Apresentam frequentemente dificuldades em dormir e pesadelos constantes. Há uma tendência à auto-punição e a agressividade dirigida ao próprio provoca-lhes penosos sentimentos de culpabilidade e desesperança, que os pode levar ao suicídio.

Assim como a ansiedade, a depressão pode ser uma defesa contra certas situações de stress. Mas, ao contrário da ansiedade, a depressão é experimentada como uma diminuição ou enfraquecimento do tónus vital, acompanhada de desconforto emocional.

Num período ou outro da vida, não há quem não tenha sentido sintomas de depressão. Em geral ela surge como consequência de alguma situação de *distress*: fracasso na tentativa de atingir uma meta importante, rejeição por parte de um amigo, ruptura de uma relação amorosa, etc.

A depressão pode manifestar-se na criança, no adolescente, no adulto e no idoso. Está frequentemente ligada a uma perda material ou afectiva, a uma decepção ligada aos outros ou a si próprio (“perda da imagem ideal”).

A depressão, é algumas vezes mais do que um fenómeno passageiro, como acontece com a ansiedade. Quando o estado depressivo persiste por semanas ou meses, em vez de durar apenas horas ou dias, trata-se de um caso mais grave de depressão, que geralmente vem acompanhado de diversos sintomas típicos:

- * Insónia ou sono exagerado;
- * Falta de energia, sensação permanente de cansaço;
- * Falta de apetite e perda de peso; ou o contrário, aumento de apetite e de peso;
- * Sentimentos de culpa e de auto-depreciação;
- * Perda de interesse pela vida;
- * Dificuldade de concentrar o raciocínio;
- * Agitação física e irritabilidade;
- * Pensamentos mórbidos, como a ideia de suicídio.

Apesar da gravidade que representa a depressão, ela tende a desaparecer sozinha. O estado depressivo em geral costuma durar poucos dias: “o tempo apaga todas as mágoas”, como reconhece a sabedoria popular. Mas o sentimento de depressão não é útil para ninguém, mesmo quando dura pouco tempo. Por isso convém saber quais as providências que podem ser adoptadas para enfrentar e superar esses períodos.

1.4. COPING

1.4.1. INTRODUÇÃO

Lazarus e Folkman (1984) referem que uma situação é percebida pelo indivíduo como mais ou menos ameaçadora, a partir da avaliação que ele faz dela em função do significado que ela tem para si. Uma vez que as pessoas não são todas iguais, um acontecimento que deixa um indivíduo muito perturbado pode ser indiferente para outro, existindo uma grande variabilidade entre os acontecimentos indutores de stresse e a vulnerabilidade.

Na literatura científica anglo-saxónica existe um termo que não tem uma tradução fácil para português e que se designa por *coping* (Silva & Firmino, 1988). Esta expressão, que é mais recente que a de stress, não é mais do que um galicismo introduzido e assimilado pela língua inglesa desde há longa data, na medida em que o *coping* deriva do francês *couper*.

Esta circunstância deve-se ao facto da língua francesa ter sido o idioma culto da corte inglesa até meados do século XVI. Na idade média, *couper* tinha um significado de *bater* ou de *atingir*.

1.4.2. CONCEITO DE *COPING*

O estudo, das diferentes formas de reagir a situações perturbadoras do bem-estar, deu origem ao conceito de *coping*. Este, tem sido estudado e clarificado por diversos autores.

O *coping* tem uma longa história mas um curto passado como conceito psicológico. Este termo começou a receber apenas atenção a partir dos finais da década de 60 e isto porque de acordo com Snyder e Dinoff (1999, cit. por Serra, 1999) andou disfarçado de outras expressões, existentes no modelo psicanalítico, como sejam, *mecanismos de defesa do Eu*.

As estratégias de *coping*, correspondem a mecanismos colocados em acção pelo indivíduo, para combater ou minimizar os efeitos de uma situação, por este avaliada, como ameaçadora ou perigosa para o seu equilíbrio psicológico. Esta avaliação depende da personalidade do indivíduo e das suas crenças pessoais, as quais podem originar expectativas cognitivas, afectando os seus comportamentos e emoções (Lazarus, 1966).

Lazarus e Folkman (1984), definem *Coping* como um esforço constante de mudança cognitiva e comportamental no sentido de lidar com condições específicas, internas e/ou externas, avaliadas como exigentes ou que podem exceder os recursos do indivíduo.

O *coping* é, portanto, “*constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). Por outras palavras,

coping é o termo utilizado para especificar os comportamentos dos organismos diante de processos de stress.

O modelo de Lazarus e Folkman (1984) considera o *coping* como um processo dinâmico contextual, que deverá estar de acordo com as diferentes condições de stress. Esta definição implica a abordagem do *coping*, como um processo centrado nas condições externas de stress. Lazarus (1992) sistematiza em quatro pontos a sua teoria:

- * Descrição dos meios e das acções utilizados nas situações de stress;
- * A medida de *coping* é contextual, centrada no processo e transaccional. Pretende-se saber o que acontece num contexto particular, sendo avaliadas as mudanças. Têm particular importância, os dados resultantes da interacção, entre o indivíduo e o meio.
- * O desenho das investigações sobre *coping*, requerem que o mesmo ou os mesmos indivíduos sejam avaliados em momentos ou contextos diferentes, de forma a ser possível avaliar a estabilidade ou mudança nas estratégias de *coping*.
- * Os dados obtidos sobre os mecanismos de *coping*, junto do indivíduo, dependem da condição particular deste, do nível de compromissos que transporta para as situações, do tipo de situações de stress e da forma como o indivíduo as vivencia: ao nível da sua existência, do seu modo de estar em sociedade e da sua saúde.

O termo *coping* é referido por Monat e Lazarus (1991) como sendo, os esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação. Esta definição é corroborada por vários investigadores estrangeiros e nacionais (Pereira, 1991; 1997; Serra, 1999; 1998).

White emite um parecer que se direcciona no mesmo sentido (1985, cit. por Serra, 1999, p.366) “...tendemos a falar de coping quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar e requer a produção de um comportamento novo. Dá origem, com frequência, a emoções desconfortáveis das quais faz parte da necessidade de adaptação. As estratégias de lidar com o stress (coping) referem-se a esta adaptação e condições relativamente difíceis”.

Tendo por base a conceptualização sugerida por Lazarus e Folkman (1984, p.141), algumas considerações merecem ser feitas no sentido de clarificar o termo *coping*:

1. *Coping* deve ser entendido como um *esforço adaptativo* para lidar com a situação e não como um comportamento automático adaptativo (resposta) (Brannon & Feist, 1992; Compas, 1987; Lazarus & Folkman, 1984);

2. Não há que confundir *coping* com resultados, uma vez que na definição, está implícito a ideia de “*esforços para lidar*” e que incluem qualquer coisa que a pessoa faça ou pense, independentemente de funcionar ou não; de ter ou não bons resultados. Há que evitar associar *coping* com sucesso ou fracasso das acções (Brannon & Feist, 1992; Compas, 1987; Folkman *e al.*, 1986; Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1987).

Exemplificando, num estudante, os esforços para lidar com uma situação stressante académica, podem ser desde pedir explicações, estudar, falar com alguém, fazer exercício, etc., sendo que estes esforços emocionais e comportamentais não terão nada a

ver com o sucesso ou insucesso (obtenção de classificações boas, entrar no ensino superior, etc.).

3. Através da expressão, “lidar com”, pretende-se evitar associar *coping* com “mastery” (domínio das situações). A expressão “lidar com”, pode incluir, minimizar, evitar, tolerar, aceitar a situação stressante assim como tentar dominar a situação (Brannon & Feist, 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1987);

4. *Coping* é visto como contextual, significando que as variáveis situacionais e pessoais em conjunto, determinam os esforços para lidar com a situação (Ferreira, 1993; Folkman *e al.*, 1986).

1.4.3. FUNÇÕES DO COPING

Independentemente do modo como se conceptualizem os processos de avaliação e *coping*, o que importa perceber é que ambos influem na adaptação do sujeito, uma vez que o seu objectivo principal é a diminuição da probabilidade da situação stressante causar algum prejuízo e/ou redução das reacções emocionais negativas.

Segundo Aldwin (1994), a influência do meio (guiado pelo conjunto de crenças e valores predominantes na cultura do indivíduo) tem que ser tida em conta, pois é ele quem ajuda na leitura do tipo de acontecimento que será visto como stressor, e acaba por definir certos comportamentos de *coping* como mais apropriados que outros.

Lazarus e Folkman (1984) não negam a existência de alguma estabilidade ou modos preferidos no *coping* para as mesmas fontes de stresse ao longo do tempo, mas acrescentam que esta eventual estabilidade na utilização de uma estratégia não poderá permitir prever as estratégias utilizadas perante situações futuras de stresse.

Se assim fosse, na sua opinião, a investigação seria simples, pois o indivíduo teria tendência a actuar e pensar sempre da mesma maneira, independentemente da natureza dos estímulos de stress.

As estratégias que estão relacionadas com o controlo emocional apesar de consumirem inicialmente menos energia, a longo prazo podem representar um custo maior como resultado do contínuo desgaste dos recursos de *coping* (Lovallo, 1997).

1.4.4. FACTORES QUE INFLUENCIAM O COPING

Actualmente reconhece-se que o impacto que determinada situação *stressante* tem sobre o indivíduo depende não só das suas estratégias mas também dos recursos que pode dispor.

Para Moos e Schaefer (1993, cit. por Serra, 1999, p.371) os recursos correspondem “...aos factores pessoais e sociais, relativamente estáveis, que influenciam a forma como os indivíduos tentam lidar com as transições e as crises da vida”.

Estes recursos, a sua disponibilidade e limitações, irão condicionar as estratégias a utilizar face a uma determinada avaliação cognitiva. Lazarus e Folkman (1984) afirmam

ser muito difícil catalogar todos os recursos. Na sua opinião, os mais determinantes são: a saúde e o vigor físico, as crenças, as competências para resolver os problemas e compromissos, os recursos materiais e, finalmente, as competências sociais.

Lazarus e Folkman (1984), Sarafino (1994) referem que um indivíduo debilitado e cansado dispõe de menos energia para utilizar o *coping*, que um indivíduo com saúde e vigor físico; está menos capacitado para lidar com as exigências internas e externas. É um recurso que, em quase todas as transacções, é determinante. Serra (1999, p.372) sugere que este recurso deveria ser incluído nos recursos sociais, uma vez que como ele refere: “... a saúde física é que confere ao indivíduo capacidade de actuação social”.

As convicções (crenças) positivas, isto é, o modo positivo de encarar as “coisas” pode igualmente ser considerado um importante recurso psicológico para o *coping*. A capacidade de lidar com as situações *stressantes* aumenta quando as pessoas acreditam que podem com sucesso obter resultados favoráveis (Brannon & Feist, 1992; Holroyd & Lazarus. 1985).

O estudante que acredita que o seu valor depende do sucesso das tarefas escolares atribui aos resultados que obtém um significado bastante diferente daquele para quem o valor pessoal não passa necessariamente pelos bons resultados escolares.

No entanto, nem todas as convicções favorecem o *coping*. A crença no destino, que em determinada situação corresponde a um castigo de Deus, de que nada se pode fazer para controlar as dificuldades, a descrença nas próprias capacidades, etc., podem conduzir a um sentimento de impotência e a desencorajar os esforços para resolver os problemas.

As **competências para resolver os problemas** estão relacionadas com as capacidades que o indivíduo tem de procurar informação, de analisar as situações visando a identificação de problemas de modo a providenciar alternativas, de pesar as alternativas e de seleccionar e implementar um plano de acção adequado.

Tais competências derivam das experiências do indivíduo ao lidar com crises anteriores, dos seus conhecimentos e da capacidade intelectual para os usar e ainda da capacidade de auto-controlo. É um recurso, que segundo Lazarus e Folkman (1984) se encontra relacionado com as crenças.

Devido ao carácter motivacional que está associado aos compromissos, quanto maiores forem esses compromissos, mais apto um indivíduo estará a desenvolver esforços para concretizar os seus propósitos incluindo defender-se das ameaças que incidem sobre essas aspirações.

Os **recursos materiais** correspondem ao dinheiro disponível, aos bens e serviços que o dinheiro pode comprar. Estes recursos aumentam as opções de *coping* em quase todas as transacções, possibilitando uma melhor e rápida assistência (por exemplo: acesso a explicações) médica, técnica, jurídica e um maior conforto.

As **competências sociais** relacionam-se com a confiança que um indivíduo tem na sua capacidade (quer em termos de comunicação quer em termos de comportamento de modo a ser socialmente aceite) diante de outros em obter a cooperação de outros. Associado a este recurso encontra-se um outro que nos últimos tempos tem merecido especial atenção da comunidade científica – **suporte social**.

1.4.5. TIPOS DE ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESSE

Os objectivos do *coping* podem ser atingidos através de diferentes estratégias. São várias as estratégias associadas a cada uma das funções sendo que, têm sido vários os “sistemas” de classificação desenvolvidos por investigadores da área (Carver *et. al.*, 1989; Carver, 1997; Hélder & Scheneider, 1988; Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Billings, 1982; Moos & Schaefer, 1987; Stone, Pearlman & Schooler, 1978).

No sentido de não atribuir maior importância a nenhum sistema de classificação, far-se-à apenas a identificação e, nalguns casos, uma caracterização sintética, de algumas estratégias associadas a cada uma das funções, remetendo para a parte prática deste estudo, a “descrição” das estratégias que Carver e colaboradores (1989, 1997) “propuseram” e que fazem parte dos instrumentos de avaliação desenvolvidos (*COPE Inventory e Brief COPE*).

Estratégias de *Coping* focado no problema: constituindo como objectivo, a alteração da situação, os esforços são geralmente dirigidos para a análise e definição da situação, para a criação de alternativas, para a selecção da melhor alternativa e finalmente para a acção (Folkman *et. al.*, 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias deste tipo têm pois, por base, estabelecer um plano de acção e segui-lo até eliminar de vez a causa do stresse evitando que se prolongue para um estado que é desagradável e que pode prejudicar o bem-estar do ser humano (Lovallo, 1977).

O indivíduo poderá modificar o meio, ou modificar-se a si próprio. Estão incluídas nestas estratégias os seguintes factores:

- Confrontação
- Auto controle
- Procura de Suporte Social
- Assumir responsabilidades
- Delineamento de soluções para o problema.

Estratégias de *coping* focado nas emoções: constituído com o objectivo de controlar a resposta emocional (estado de tensão emocional) criada pela situação *stressante*, os esforços são dirigidos para pensamentos e acções sem visar propriamente agir sobre a situação; no fundo são de natureza acomodativa (Lazarus & Folkman, 1984).

Verifica-se que estas duas “formas” de *coping* que são tão distintas, em termos teóricos, podem ocorrer em simultâneo na mesma situação stressante. Folkman e Lazarus (1985) referem que em cerca de 95% dos relatos feitos por estudantes expostos a uma situação de stress (exames), confirmam o recurso simultâneo a estratégias que levam à resolução da situação e à regulação do estado emocional.

Existem indícios que algumas formas de *coping* focado nas emoções podem facilitar o *coping* focado no problema e vice-versa (Carver, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1985). Por exemplo, a não redução do estado emotivo poderá, de algum modo, obstruir possíveis esforços de resolução do problema. Folkman e Lazarus (1985) detectaram uma forte associação entre o *coping* focado no problema e uma estratégia de regulação emocional específica – reinterpretação positiva. Por outro lado,

o *coping* focado no problema pode atribuir um conteúdo menos ameaçador e deste modo provocar uma diminuição na carga emotiva.

Lazarus e Folkman (1984, p.151) concordam que estas estratégias não estão isentas de riscos quando afirmam: *“usamos o coping focado nas emoções para manter a esperança e o optimismo, para negar os factos e as suas implicações, para não reconhecer o pior, para agir como se nada de importante tivesse acontecido, etc. (...) mas estes processos podem conduzir à desilusão, pois ninguém consegue iludir-se e, ao mesmo tempo, ter plena consciência do que está a fazer”*.

Dentro da área avaliativa do *coping*, parece haver tendência a considerar o *coping* centrado no problema o mais válido ou o mais eficaz, a tal ponto que se chega a confundir *coping* com resolução de problemas (Lazarus & Folkman, 1984).

Será o *coping* focado no problema mais eficiente que o focado nas emoções? Será que efectivamente existirão estratégias modelares em relação às quais se possa referir que são forçosamente eficazes ou ineficazes?

A este propósito, Lazarus e Folkman (1984, p.134) emitem o seguinte parecer *“as estratégias não são, em si, inerentemente boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas; isto é, só é determinado pelos respectivos efeitos numa situação ou encontro específico, a curto e longo prazo”*, ou seja, o juízo sobre o valor adaptativo e por conseguinte utilitário das estratégias deve ser feito em função do contexto – é determinado pelo tipo de recursos que o indivíduo apresenta bem como o tipo de problema com que se defronta.

Isto significa, na opinião de Monat e Lazarus (1991) corroborada por Compas (1987), que a validade de uma estratégia não é pois incondicional, por exemplo, o que é uma resposta óptima numa situação, num particular momento pode ser prejudicial na mesma situação mas num outro momento.

As emoções quando atingem uma intensidade grande, são difíceis de tolerar, desorganizam as rotinas individuais e interferem largamente com o bem-estar do indivíduo (Serra, 1999).

Estão incluídas nestas estratégias os seguintes factores:

- * Distanciamento
- * Evitamento
- * Reavaliação ou Reinterpretação Positiva

Interessante é referir que “*ambas as funções do coping são usadas em todas as situações de stress*” (Lazarus & Folkman, 1984, p.155).

As estratégias que visam diminuir este sofrimento emocional podem ser de natureza cognitiva ou comportamental.

Numa abordagem comportamental, tem-se, por exemplo, conforme refere Sarafino (1994), o recurso ao álcool, ao tabaco ou outras drogas; comer excessivamente; a procura de apoio social por parte dos amigos ou familiares com o objectivo de partilhar e atenuar ao mesmo tempo o peso da carga que sente; envolver-se em actividades que o possam entreter durante algum tempo distraíndo-o das suas preocupações (fuga) como sejam, fazer desporto, ver televisão, ouvir música, dormir.

A abordagem cognitiva, englobando procedimentos mais elaborados, tem por base o modo como as pessoas pensam sobre a situação indutora de stresse. São alguns exemplos de procedimentos, a neutralização da ameaça por meio de comparações positivas do problema com outros; a minimização da situação através da atribuição de uma ordenação hierárquica; o adiamento do confronto, extrair valor positivo a partir de situações negativas, procurar razões aceitáveis, exteriorizar a responsabilidade, etc. (Folkman *et. al.*, 1986; Serra, 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

1.4.6. COPING E A SITUAÇÃO DE DOENÇA

A situação de doença, afecta e é afectada por factores psicológicos e sociais. Assim, esta torna-se num factor adicional de stress, que poderá constituir uma situação para a qual o indivíduo não possui estratégias de *coping* adequadas (Taylor & Aspinwall, 1992).

Na situação de doença, o indivíduo deverá ser capaz, em primeiro lugar, de lidar com os aspectos físicos do problema. Para além de ter que encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, é forçado, a encontrar forma de se manter adaptado pessoal e socialmente (Lewis, Sperry & Carlson, 1993).

Existe, na situação de doença, a necessidade de ser capaz de encontrar estratégias para lidar com a perda: da saúde, das capacidades físicas e da incerteza quanto ao futuro (Lewis, Sperry & Carlson, 1993).

1.4.7. COPING EM CONTEXTO ESCOLAR

Aceita-se, de forma consensual, que um aspecto central do desenvolvimento humano envolve o lidar com o stress. Iniciando-se na infância, os indivíduos são desde muito cedo confrontados com um conjunto de situações potencialmente stressantes que exigem acção e adaptação, podendo os recursos disponíveis para confrontá-las constituir factores importantes para o crescimento e desenvolvimento adaptado, por oposição ao surgimento de problemas psicológicos (Compas *et. al.*, 1988).

Estudos feitos com adolescentes oriundos de países e culturas diferentes (USA, Austrália, Alemanha, Israel, Hong Kong) indicam que uma grande variedade de formas de *coping* são usadas (Folkman & Lazarus, 1985; Patterson & McCubbin, 1987; Seiffge-Krenke & Schulman, 1990). Constatou-se, igualmente, que perante *stressores* sociais e académicos, esta população recorre ao uso, em simultâneo, de formas de *coping* focado quer no problema quer nas emoções (Compas *et. al.*, 1988; Folkman & Lazarus, 1985).

Quando se faz, o levantamento de contributos científicos, abordando a temática da relação dos stressores académicos (ano / período de exames) com o *coping*, constata-se que são escassos.

Folkman e Lazarus (1985), num estudo realizado com estudantes expostos a uma situação stressante, como é o período de exames, referem que na fase de antecipação à situação stressante, os estudantes recorrem preferencialmente, ao *coping* activo, procura de suporte social e à reinterpretação positiva.

Na opinião de teóricos (Folkman & Lazarus, 1985), o recurso ao suporte social advém da necessidade de obter mais ajuda na época dos exames – as exigências da situação são elevadas e dependendo do tipo de exigências, assim os estudantes recorrem a diferentes tipos de recurso social – emocional ou instrumental.

Lee e Larson (1997) referem que os estudantes asiáticos (Coreanos) recorrem preferencialmente à regulação afectiva (terminologia de Moos & Billing (1982)) que corresponde a envolver-se no controlo das emoções através da supressão de actos impulsivos e através de pensamentos positivos ou envolver-se em actividades socialmente aceites, *coping* activo, procura de suporte social e descarga emocional, que corresponde a envolver-se em descarregar emoções desagradáveis verbalmente ou através de comportamentos para reduzir a tensão em formas pouco aceites socialmente).

Compas *et al.*, (1988) replicou em parte, os resultados de Folkman e Lazarus (1985), ou seja, em relação aos *stressores* académicos, os estudantes recorrem, simultaneamente, a ambos os tipos de *coping*, predominando também o focado no problema em detrimento do focado nas emoções.

Na procura de relações entre o *coping* e a avaliação da situação, Carver (1994) verificou que os estudantes que avaliam a situação como uma ameaça são os que recorrem ao *coping* activo, ao recurso do suporte social e à actividade religiosa. Enquanto que aqueles que usam o *coping* activo e a reinterpretação positiva, são os que avaliam a fase antecipatória como um desafio.

Carver (1994) refere, ainda, que os estudantes que utilizam o *coping* focado no problema têm não só a percepção da grande dificuldade do exame como lhe atribuem uma grande importância, pois está muito em jogo.

Este teórico mencionou que os estudantes que avaliam a situação de ameaçadora são aqueles que atribuem uma grande importância ao exame. Por outro lado, os estudantes que percebem a dificuldade do exame, mostram indícios de baixos níveis de ameaça e desafio. Igualmente, baixos níveis de ameaça e de desafio foram detectados em estudantes apresentando um elevado grau de confiança sobre os resultados que querem ou julgam obter.

Estudos realizados com estudantes, referem que em termos gerais, para ambos os sexos, o *coping* focado no problema (estratégias de resolução do problema e de procura de suporte social) está relacionado com baixos níveis de depressão – uma maior adaptação ao *stressor* é conseguida. O *coping* focado nas emoções (por exemplo: descarga emocional) está relacionado com o aumento de sintomas físicos (Lee & Larson, 1996; Patterson & McCubbin, 1987).

As relações entre o *coping* e os *stressores* académicos e sociais são, em geral, independentes da gravidade dos acontecimentos *stressantes* adicionais, isto é, as descobertas reforçam o modelo do efeito directo – o *coping* contribui para o bem-estar, independentemente da intensidade do stress (Billing & Moos, 1984). Quando os estudantes usam estratégias para lidar com o stress académico, existe como que um efeito moderador entre os *stressores* adicionais e a adaptação.

Ferreira (1993), corroborado por Pereira (1997), concluiu que os estudantes com melhores médias escolares apresentavam melhores estratégias mas nem sempre melhores mecanismos específicos de resolução de problemas; algumas das estratégias específicas predizem piores médias escolares; estratégias gerais predizem médias escolares mais elevadas.

Krantz (1983, cit. por Lee & Larson, 1996) questiona-se até que ponto existirá alguma relação entre as estratégias usadas para lidar com os exames e a *performance* dos estudantes Nesta linha de pensamento vai ao ponto de afirmar que o *coping*, não podendo, directamente, reduzir o stresse ou ter pouco efeito nos resultados de um acontecimento, apenas pode ter uma limitada natureza protectora nos adolescentes contra um *stressor* intenso como são os exames a que os estudantes estão sujeitos.

1.4.8. COPING E STRESSE

Os processos cognitivos de *coping* surgem como mediadores, no sentido de proporcionarem as condições de adaptabilidade do indivíduo às exigências do meio (agentes mãos ou menos Stressores). O stresse psicológico é sinónimo de uma relação desequilibrada entre o sujeito e o ambiente, pelo que implica da parte do indivíduo um esforço constante de mudança, que corresponde às respostas (estratégias) de *coping* (Lazarus, 1992; 1993).

Lazarus (1993) sumariou essas conclusões da seguinte forma:

1. A maioria dos indivíduos utiliza mais do que uma estratégia de *coping*, perante cada situação causadora de stress. Refira-se que para algumas situações, existem estratégias

relacionadas com determinados tipos de stresse e, noutras situações, as estratégias podem suceder em cadeia, através de um processo de “tentativa e erro”.

2. *Coping* depende de uma avaliação prévia, sobre a possibilidade ou impossibilidade de mudar a situação de stresse. Se a avaliação, conduzir à possibilidade de mudar a situação, o indivíduo utilizará estratégias focadas no problema. Se, por outro lado, a avaliação não for favorável à mudança da situação, o indivíduo utilizará estratégias focadas na emoção.

3. Algumas estratégias de *coping*, são mais estáveis do que outras em diversas situações de stresse. Por outro lado, existem estratégias para determinados contextos específicos de stresse. Verifica-se que pensar positivamente, sobre um problema, é uma estratégia relativamente estável, que depende essencialmente da personalidade do indivíduo; enquanto que, pedir apoio social é uma estratégia instável, que depende substancialmente do contexto social.

4. A validade de qualquer estratégia de *coping* varia com o tipo de situação de stresse e com a personalidade do indivíduo que é sujeito à situação de stresse.

1.5. DOR

1.5.1. INTRODUÇÃO

A dor é uma parte integrante da vida e tem a função de proteger a integridade física da pessoa. Contudo, ela pode ser incontrolável e, assim, capaz de comprometer a qualidade de vida. É vista como um sintoma primário que faz com que as pessoas procurem

orientação médica, acreditando numa patologia, sendo que através do relato verbal, é possível verificar a presença ou ausência de uma patologia física (Turk & Melzack, 1992).

Por ser um sintoma complexo, individual e subjectivo, ela envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais que só podem ser partilhados a partir do relato de quem a sente (Pimenta & Teixeira, 1995).

Segundo Ribeiro (1996), quando se sente dor, há uma experiência directa e unitária, e o processo que dá origem a essa experiência é complexo e múltiplo.

A noção de que a dor é apenas o resultado directo de estimulação fisiológica tem-se tornado cada vez menos sustentável devido às investigações que têm demonstrado os efeitos das experiências emocionais, do *distress* psicológico, ou do contexto sobre a dor. (Craig, 1984; Bowers, 1968; Lander, 1990; Tait, Chibnall & Margolis, 1990).

De acordo com Steger e Fordyce (1982, cit. por Ribeiro, 1996), a dor é um mecanismo biológico importante que visa a protecção do corpo; ela ocorre sempre que qualquer tecido é lesado, e determina uma reacção do indivíduo para anular a estimulação dolorosa. Associado à dor deve haver um comportamento a partir do qual ela seja inferida, ou seja, o doente deve fornecer um qualquer sinal para o sistema de cuidados de saúde que leve este a fornecer tratamento.

Segundo Ribeiro (1996) a alteração do comportamento de dor pode ser conseguida, quer pelo treino de competências específicas para anular esse comportamento, quer por

aprendizagem de comportamentos alternativos. Comportamentos de confronto com a vida do dia-a-dia com o trabalho, família, amigos, doença, rotinas pessoais ligada, quer ao lazer quer ao trabalho, etc., são alvos importantes para a intervenção.

1.5.2. DEFINIÇÃO DE DOR

A *International Association for the Study of Pain* define dor como “experiência emocional e sensorial desagradável, associada com lesões tecidulares existentes ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões” (IASP, 1986, p.217).

Se dividirmos esta definição peça a peça conseguimos começar a perceber como aquilo que a dor realmente é, difere da nossa concepção instintiva acerca dela, e assim porque é que não a conseguimos controlar eficazmente. O instinto diz-nos que a dor é o resultado de alguma agressão. Sermos feridos causa dor e lesão, e assim não conseguimos escapar à ideia de que a dor representa uma agressão ao nosso corpo.

Também acreditamos que a intensidade da dor depende do grau de lesão. Assim, quando sentimos dor, apenas temos duas coisas em mente – o elemento sensitivo e o elemento da lesão tecidular.

Contudo, a definição da IASP refere também uma componente emocional, e é claro que ela existe. Não é possível sentir dor sem perturbação. Esta pode ser aborrecimento, raiva, ansiedade ou medo. Pode também ser o auto-controlo para suportar deliberadamente a dor, para benefício ou como parte de algo desejável.

A definição diz ainda que a dor é descrita em termos da lesão tecidular potencial ou real. Contudo, esta lesão pode nem sempre existir. Além disso, nem sempre a lesão tecidular potencial ou real resulta em dor.

Assim, o nosso instinto diz-nos que dor é lesão, e que o seu alívio resulta da cura dessa lesão. Quando não conseguimos encontrar qualquer lesão, ou quando esta já foi curada, achamos que a dor não devia existir; quando a lesão não é passível de ser reparada, achamos que a dor é inevitável.

A dor é uma experiência pessoal e subjectiva e só a conhecemos a partir da comunicação daquele que sofre. Funciona como um processo de alarme, indicando que algo não está bem no organismo. Espera-se que essa dor desapareça após ser resolvido o problema que a causou. Mas, muitas vezes, ela persiste em virtude da ineficácia da medicação utilizada, ou por ter uma causa desconhecida, ou até mesmo porque os factores que a envolvem são tantos e tão complexos que nem sempre podem ser compreendidos a ponto de extingui-la.

Segundo Ribeiro (1996), a definição associa a dor, quer com um estímulo objectivo (lesão tecidular), quer com variáveis cognitivas ou emocionais onde a dor é independente da lesão tecidular (lesões potenciais ou descritas como tal). Isto é, apesar da dor ser vista em termos de lesões teciduais, esta não depende de lesões existentes.

Sendo assim, a dor deverá ser considerada como uma experiência psicológica e não como sinónimo de actividade fisiológica que ocorre num neurónio.

Turk e Fernandes (1990, cit. por Ribeiro, 1996), referem haver evidência de que não há correspondência termo a termo entre dor e lesões teciduais. Referem pelo menos três evidências:

- a) lesões teciduais podem ocorrer sem dor, como acontece, por exemplo, nos processos degenerativos da espinal medula associados ao envelhecimento e na insensibilidade congénita à dor;
- b) em segundo lugar, a dor pode ocorrer espontaneamente na ausência de lesões teciduais tal como a dor do membro fantasma;
- c) finalmente, os processos psicológicos distorcem frequentemente a relação entre lesões teciduais e dor através da atribuição de significado situacional.

A dor é a placa giratória em que se equilibra o balanço entre a doença e a saúde. Ela tem diversos rostos.

Todos nós sentimos dores ocasionalmente, com excepção de um pequeno grupo de pessoas que são congenitamente incapazes de as sentir. A dor é útil para detectar uma lesão tecidular real ou potencial. Este não é o problema da dor. O problema surge quando a dor persiste e já não cumpre qualquer papel na Saúde e na sobrevivência, ou quando existe dor na ausência de qualquer lesão.

Definir a dor não é tão fácil como à primeira vista parece. A definição mais simples talvez seja a do dicionário do Século XIX, de Larive e Fleury: “Efeito de um mal que o corpo experimenta”. Esta definição permite, com efeito, identificar 3 elementos conscientes na dor:

* Uma sensação corporal que é uma informação sobre o ambiente e sobre o estado do

organismo. É a componente sensorial da dor-sensação;

* Um mal-estar emocional produz reacções simpáticas que vão do simples desconforto à incomodativa taquicardia, aos suores profundos...É a componente afectivo-cognitiva da dor-emoção;

* Uma actividade de evitamento ou, quando este é impossível, um agravamento do mal-estar emocional na sequência dessa impossibilidade. É a componente comportamental. Assim, a dor emerge como uma experiência única para cada sujeito, sendo este portador de uma história, de crenças e motivações anteriores, associadas ao estado físico e mental do momento.

1.5.3. TIPOS DE DOR

Chapman e Bonica (1985) e Loeser (1986) distinguem três tipos de dor:

Dor Aguda: é a que ocorre com lesões teciduais. Com a cura tecidual a dor frequentemente desaparece;

Dor crónica benigna: raramente está associada com lesões teciduais, embora elas possam ter existido no passado;

Dor crónica maligna: é semelhante à dor aguda na medida em que há lesões teciduais repetidas e contínuas.

Enquanto a dor aguda e a dor crónica maligna requerem intervenção agressiva com recurso à analgesia, a dor crónica benigna piora com o tratamento agressivo. Neste caso as estratégias psicológicas parecem ser mais adequadas no seu tratamento.

Philips e Hunter (1981, cit. por Ribeiro, 1996) distinguem três categorias de comportamento de dor que intitulam de comportamento de evitação, de queixume, e de procura de ajuda, enquanto Cautela (1986), utiliza a expressão comportamento de dor – *pain behavior* – para referir comportamentos que expressam dor, e que se caracterizam por uma, ou por qualquer combinação, de três comportamentos: comportamento verbal, fuga à dor e dor subjectiva.

Esquemáticamente, distinguem-se dois grandes tipos de dor:

* A dor **senal de alarme** que é testemunha de uma lesão ou de um traumatismo. Qualquer indivíduo a experimenta depois de uma picada, de um corte, de uma ferida...uma dor de dentes...de curta duração, essa dor é considerada como “normal”.

* A **dor-doença** de corpo inteiro. Ela é, antes de mais, um desregulamento do sistema de percepção da dor. Enquanto mecanismo perceptivo, a dor é um fenómeno duplo que associa um aspecto sensorial e um aspecto afectivo: é uma sensação e uma emoção.

Para que serve a dor? A dor tem uma função de alarme. Ela adverte-nos de um perigo, de um risco de lesão, de um mau funcionamento do nosso organismo.

1. A dor é sensação

Da mesma forma que visão ou olfacto, a dor tem um aspecto sensorial. Ela é uma sensação. A sensação de dor é desencadeada por um sistema sensorial especializado de descodificação que informa o indivíduo sobre o seu ambiente e sobre o estado do seu organismo. Este sistema sensorial dá origem a sensações graças às quais o indivíduo detecta e evita perigos presentes ou potenciais. Esta componente sensorial da dor permite reconhecer a topografia, a duração (contínua, intermitente), a qualidade da

mensagem (queimadura, entorse, pontada...). A este nível, a dor é um sistema de sensação-reacção.

2. A dor é uma emoção

A dor não deixa indiferente. Ela também é uma emoção, e uma emoção penosa e desagradável...O nosso primeiro movimento é reprimir essa emoção, recusá-la desde o momento em que surge. Por meio dessa recusa ou dessa repressão, faz-se a passagem da sensação que não é acompanhada de qualquer afecto para a percepção, que põe em jogo a nossa memória e é acompanhada, desse modo, por um juízo de valor que dá conta de todas as nossas experiências anteriores.

3. A dor é um comportamento

A componente comportamental engloba o conjunto das manifestações verbais e não verbais da pessoa que sofre: queixas, gemidos, mímicas...Estas manifestações reaccionais a um estímulo nociceptivo asseguram, por um lado, uma função de comunicação com o meio envolvente. Assim, na criança, a sequência é conhecida: choros, reconforto pela mãe, alívio. As aprendizagens anteriores, função do ambiente familiar e etnocultural, de padrões sociais ligados à idade e ao sexo, modificam a reacção de um indivíduo.

O fenómeno da percepção da dor ou a emoção dor faz intervir toda a nossa relação com o mundo, com os outros e connosco próprios, toda a nossa história pessoal desde que fomos concebidos e toda a história da humanidade. A dor é, pois, o “efeito de um mal que o corpo experimenta” e situa-nos face ao problema da “infelicidade” do Homem.

1.5.4. TEORIAS SOBRE A DOR

De acordo com Guyton (1977, cit. por Ribeiro, 1996) a dor tem sido classificada em três tipos: pontada, queimadura e profunda. A primeira é percebida, por exemplo, quando se estimula a pele com uma agulha ou lâmina. Dor como queimadura é o tipo de dor sentida quando a pele é queimada, constituindo o tipo de dor mais comum. A dor profunda não é percebida na superfície do corpo mas sim em profundidade, apresentando um grau de desconforto variável.

Segundo Pearce (1986, cit. por Ribeiro, 1996), os processos que explicam a dor consideram a existência de três sistemas: fisiológico, subjectivo e comportamental. A teoria do Portão de Controlo (*gate-control theory*) é uma das teorias mais aceites para explicar a dor e a primeira a postular a existência de aspectos psicológicos, nomeadamente, de uma contribuição motivacional-afectiva, cognitiva-avaliativa e sensorial-discriminativa, na percepção da dor (Melzack & Casey, 1968; Melzack & Wall, 1965). Esta teoria assume que há várias estruturas no sistema nervoso central que contribuem para a dor. A interacção entre estas estruturas determina se, e em que extensão, um estímulo específico conduz à dor. Neste sentido, os processos psicológicos influenciam a percepção da dor.

A aceitação de que os aspectos psicológicos contribuem para a percepção da dor, parece constituir uma evolução científica da concepção Cartesiana do século XVII, a qual considerava o sistema de dor um canal directo entre a pele e o cérebro, em que este mecanismo funcionava como uma campainha antiga: puxava-se o fio e o sino tocava (Gatchel, Baum & Krantz, 1989).

1.5.5. ANSIEDADE E DOR

Segundo Bond (1985) e Sternbach (1966), dadas as ligações entre estas duas variáveis, a ansiedade contribui para a dor de tal modo que, quando a ansiedade aumenta, aumenta a dor. Enquanto que a intervenção sobre a ansiedade-traço pode ser feita com recurso a medicamentos (embora pareça mais eficaz combinar medicação com intervenção psicológica), a ansiedade-estado parece mais susceptível de beneficiar com estratégias de intervenção psicológica.

A ansiedade actua como um facilitador, podendo ser por si mesma uma causa de dor.

Tal como muitos outros factores envolvidos na dor, é benéfico a curto prazo, mas reforça inutilmente a percepção da dor muito depois de poder trazer qualquer benefício.

A perspectiva da dor – ou a sua presença – gera ansiedade. Toda a gente que vai ao dentista ou que vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica está ansiosa, sobretudo por causa da dor que poderá sentir. Esta ansiedade poderá aumentar o sofrimento causado por qualquer dor que surja. É normal e, quando controlada, não perturba. Contudo uma explicação cuidadosa acerca do procedimento a efectuar para reduzir a ansiedade e, portanto, a dor.

1.5.6. DEPRESSÃO E DOR

Quando a dor se torna um problema persistente durante vários meses ou anos, os indivíduos tendem a pensar de forma negativa e auto destrutiva, provocando efeitos

profundos, generalizando os seus pensamentos depressivos e negativos, de forma inadequada, a respeito de si próprios (Philips & Rachman, 1996).

A dor constante é deprimente e assustadora. Perde-se o bem-estar, o prazer em movimento, em comer, em viajar e na actividade sexual. A sociabilidade depende em larga escala de um prazer mútuo. A participação no desporto, música e festas é o bloco construtor da actividade social dos jovens.

A presença de uma dor constante provoca uma erosão e em seguida destrói a jornada através da sociedade.

A dor constante retira grande parte de qualquer prazer, surgindo a depressão. A dor e a depressão interferem com o sono, de forma que à felicidade se junta à infelicidade. O sofredor fica também ansioso, aumentando a dor e levando a um círculo progressivo de deterioração.

1.5.7. DOR E STRESSE

O pensamento é um dos factores psicológicos a influenciar a dor e, frequentemente, é uma fonte geradora de stresse. Os indivíduos mais vulneráveis encaram com dificuldade os eventos que podem desenvolver a resposta da dor; muitas vezes o stresse ocorre em conjunto com a dor crónica, de modo que ele pode agravar a intensidade da dor e esta, por outro lado, criar stresse.

Lipp e Malagris (1995) relatam que o stresse pode provocar uma reacção orgânica, com componentes físicos e/ou psicológicos, tendo como causa as alterações psicofisiológicas

que ocorrem quando o indivíduo se confronta com situações que podem ser agradáveis ou desagradáveis, como é o caso da dor.

É importante salientar que há um círculo vicioso entre o desenvolvimento da dor e o estado emocional, aumentando a tensão experimentada perante a dor. Os pacientes com dor crónica sentem-se impotentes e incapazes frente aos seus próprios sentimentos. Nestes episódios, as reacções emocionais são incontroláveis, apresentando respostas como: agitação, ansiedade, tensão muscular, irritabilidade e frustração (Philips & Rachman, 1996).

2 - METODOLOGIA

2.1. PROPÓSITO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Na nossa sociedade tecnológica dominada pela competição, o stresse tornou-se uma palavra comum. É assunto de entrevistas na televisão e o principal foco de várias psicoterapias. Cursos de tratamento e prevenção do stresse proliferam nas empresas e nas escolas de ensino superior. Jovens e velhos procuram novas estratégias para lidar com o stresse.

As situações de stresse desencadeiam respostas emocionais que perturbam o equilíbrio físico e psíquico. Numa tentativa de recuperar esse equilíbrio, a mente e o corpo mobilizam-se em conjunto. As emoções do stresse funcionam como aviso, defesa ou alívio das tensões que o indivíduo sofre. Embora sejam frequentemente desagradáveis, essas emoções desempenham um papel vital no processo de restabelecimento do indivíduo, e enquadram-se em três categorias básicas: ansiedade, depressão e raiva.

A ansiedade é caracterizada pela inquietação, que torna a pessoa tensa, irritável e assustada. A depressão manifesta-se como um sentimento de desespero e impotência. Uma pessoa deprimida sente-se triste e infeliz. A raiva, por sua vez, provoca frustrações, hostilidade ou até mesmo violência.

Coping é o que as pessoas fazem para tolerar eventos stressantes, entre os quais a dor está incluída. É um esforço de controlo ao stresse, visando minimizar os aspectos aversivos. Antes de iniciar o *coping*, a pessoa avalia as ameaças do stressor sobre si, os seus valores, os seus objectivos, os seus relacionamentos, enfim, sobre a sua vida. A seguir, a pessoa indaga-se sobre o que pode ser feito ou não, o que pode ser alterado e como fazê-lo, quais as oportunidades de sucesso, entre outras. Considerando-se estas

variáveis, entende-se que a escolha das estratégias de *coping* está determinada, em parte, pelos recursos do indivíduo (saúde e energia, crenças existenciais, habilidades sociais, suporte social, recursos materiais, entre outros). As pessoas optam por uma ou outra estratégia e a resposta ao *coping* (consequência) varia muito entre os indivíduos.

As reacções típicas do stresse combinam essas três emoções em variados graus, dependendo da personalidade do indivíduo e dos factores stressantes.

Uma boa saída é encarar o stresse como uma oportunidade de reflexão sobre a vida como um todo e de análise dos problemas e de suas soluções. O “resguardo” de uma pessoa acometida de stresse negativo pode ser uma oportunidade para que ela aprenda a analisar situações particulares de forma a determinar o que pode ser mudado para beneficiar a todos. O *distress* pode se transformar em *eustress*.

A dor é uma experiência subjectiva, o que significa que a patologia orgânica não pode ser o único factor que determina a forma individual dessa experiência. Importantes factores psicológicos e ambientais interagem com os factores físicos alterando essa experiência, sendo variável a forma como essa interacção ocorre em cada indivíduo. Existe também uma grande variação no comportamento que resulta da experiência de dor.

De todos os sintomas persistentes da doença, a dor é o mais exigente. Significa lesão e não pode por isso ser ignorado; o instinto do paciente induz acções de dor e comportamentos que afectam não apenas a sua vida como a dos que o rodeiam.

Segundo Coniam e Diamond (1999), qualquer doença ou incapacidade crónica, incluindo a dor, afecta as emoções e o comportamento do indivíduo. A dor leva

frequentemente a ansiedade e tensão, que por sua vez podem aumentar a sensação de dor. A resultante perda de capacidade para lidar com a situação leva à perda da autoconfiança, a evitar os contactos sociais e ao aumento da sensação de desespero do paciente. Surge frequentemente a depressão como consequência, talvez acompanhada de sentimentos de culpa, de perda de auto-estima e até mesmo de rancor.

Stoney *et al.* (1987), argumentaram que os homens respondem mais energicamente a um stressor, do que as mulheres. Isto indica que o sexo, pode determinar a resposta ao stress para um acontecimento causador de stress e, conseqüentemente, determinar o efeito desta resposta ao estado de doença ou saúde do indivíduo.

Segundo Lazarus (1993), quando o tipo de situação de stress se mantém constante (por exemplo, situações relacionadas com o trabalho, a saúde ou a família) os homens e as mulheres têm níveis de *coping* semelhantes.

Compas *et al.*, (1988), apesar de não terem encontrado fortes diferenças sexuais, no que respeita à produção e uso de estratégias, contudo, observou, que as raparigas recorrem mais a formas de *coping* paliativo que os rapazes em resposta a stressores académicos.

Dweck e Wortman (1982, cit. por Compas, 1988) constataram que os bons estudantes possuem estratégias eficazes já que apresentam níveis elevados de motivação, são mais persistentes na resolução de problemas e têm mais concentração. Em contraste, os estudantes a quem é necessário dar uma ajuda, recorrem a piores estratégias, esforçam-se menos, desencorajam-se com maior facilidade e têm menor *performance* escolar.

Os bons estudantes centram os seus pensamentos em estratégias de resolução, produção de soluções alternativas e aquisição de informação relevante enquanto os estudantes fracos continuam a centrar a sua atenção na procura de explicação para a causa do insucesso e fazem facilmente atribuições de causa a factores incontroláveis.

Este estudo propõe-se investigar de que forma se relacionam as Respostas Emocionais (Stresse, Ansiedade e Depressão), *Coping e Dor* em Estudantes Universitários. Para o efeito foram utilizados três instrumentos: Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão; Escala Brief COPE e Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar.

Tendo em conta a problemática em estudo referida anteriormente, foram delineados os seguintes objectivos:

- * Investigar as respostas emocionais em estudantes universitários;
- * Investigar o *coping*, em termos de identificação das várias formas usadas para lidar com o stresse;
- * Explorar possíveis relações entre o *coping*, respostas emocionais e dor em estudantes universitários.

Surge então a seguinte questão de investigação:

1. As raparigas recorrem a mais estratégias de coping e apresentam os mesmos níveis de Ansiedade, Stresse, Depressão e Dor do que os rapazes?

Adicionalmente será pretensão deste trabalho, em termos científicos:

- * Investigar a existência de possíveis diferenças, ao nível do stresse, ansiedade e depressão, *coping* e dor, em relação a determinadas variáveis (sexo, idade, universidade e ano que frequenta).

2.2. TIPO DE ESTUDO

Devido à escassez de investigação nesta área em Portugal, pretende-se realizar um estudo exploratório, descritivo e comparativo.

Estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema.

Este estudo é de tipo exploratório, uma vez que se propõe investigar de que forma se comportam as variáveis Respostas Emocionais (stress, ansiedade e depressão), *coping* e dor na população portuguesa.

Segundo Pinto (1990) quando se estudam novas áreas ou novos domínios do saber é provável que se recorra ao método descritivo, para identificar os principais factores ou variáveis que existem numa dada situação ou comportamento, pelo que os resultados não devem ser tidos como definitivos, apenas devem contribuir para o levantamento de questões, importando no futuro repetir o estudo, com a introdução de novas variáveis, etc.

Segundo Ribeiro (1999), os estudos de comparação entre grupos focam dois ou mais grupos, escolhidos com base no critério de um grupo possuir uma característica de interesse para o estudo e o outro não. Os dados são recolhidos num único período de tempo.

De acordo com Ribeiro (1999), nos estudos descritivos, não se pretende explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos quando se explora a realidade, limitam-se a apresentar os dados encontrados.

Estes estudos descritivos são normalmente exploratórios decorrendo do facto do investigador, não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas, para formular hipóteses.

Segundo Ribeiro (1999), não foram explicitadas hipóteses neste estudo, pois o que se pretende com este estudo é saber se a variável *a* varia, quando a variável *b* varia. Trata-se de observar o que acontece na natureza, sem manipulação das variáveis, está-se a explorar a realidade.

2.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Segundo Ribeiro (1999), em investigações, em que o propósito é o de observar o que acontece (diferenças entre grupos ou se uma variável varia quando a outra varia), sem manipulação das variáveis, torna-se muitas vezes difícil de definir, qual a variável dependente e a independente, sendo por isso preferível denominá-las de variáveis principais.

Assim, este estudo terá como **variáveis principais**, as respostas emocionais (ansiedade, stress e depressão), o *coping* e a dor, operacionalizadas através dos instrumentos: Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar (Ribeiro, 1999), Escala de

Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens de Lovibond e Lovibond (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) e Questionário Brief COPE (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De acordo com Ribeiro (1999), existe um outro grupo de variáveis importantes, são as variáveis de controlo, que são aquelas que a investigação ou experiência tem demonstrado relacionar-se com a variável dependente, sendo necessário controlá-las para se poder afirmar que a variável independente influencia a dependente, e são normalmente incluídas, no grupo das variáveis secundárias.

Terá como **variáveis secundárias**, o sexo, a idade, universidade, ano que frequenta, repetências e local onde estuda.

2.4. PROCEDIMENTO

Tendo em vista a obtenção de autorização para a realização do estudo, foi enviada uma carta, com esclarecimentos acerca dos objectivos, a amostra, o interesse do estudo, etc., aos conselhos executivos das universidades ou politécnicos onde se pretendia recolher a amostra.

As universidades demonstraram interesse em participar na investigação pelo que se deu início aos procedimentos para a aplicação dos instrumentos.

Dada a autorização dos respectivos politécnicos ou universidades, procedeu-se à aplicação dos questionários, numa data e hora que forma definidas pelas próprias

instituições, de modo a que não interferisse com o normal funcionamento dessas mesmas instituições e das próprias aulas.

Por cada participante foram distribuídos os seguintes instrumentos e na seguinte ordem: “Questionário de caracterização”; “Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão”; “Brief COPE” e por último “Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar”.

A aplicação, em formato grupal e de auto-preenchimento, foi executada na sala de aula nos primeiros momentos da aula cedidos pelos docentes, tendo-se procurado, o mais possível, utilizar o mesmo procedimento de aplicação, uniformizando as condições e directrizes de realização.

A distribuição, leitura das instruções e recolha dos instrumentos foram levadas a cabo pelo investigador, embora nalguns casos tivesse sido realizado pelos docentes das próprias turmas.

Os estudantes foram previamente informados sobre a finalidade do estudo em questão e solicitados a colaborarem, tendo sido igualmente dito que era facultativa a sua participação e garantida a confidencialidade e o anonimato.

A aplicação foi feita nas salas de aula e a distribuição, leitura das instruções e recolha dos questionários foram feitas pelo investigador ou pelos respectivos docentes, de modo a não perturbar o normal funcionamento da aula.

Não houve qualquer selecção do tipo de amostra a preencher esses mesmos questionários, o critério utilizado foi simplesmente ir até às salas onde os docentes estavam a dar aulas e aí pedir autorização para o preenchimento dos questionários quando a resposta era afirmativa procedia-se à aplicação dos questionários quando era negativa, não se desistia recorrendo-se a outras salas de aula.

Quando os participantes deste estudo terminavam de responder aos questionários agradecia-se a sua colaboração e a sua disponibilidade.

2.5. PARTICIPANTES

A população deste estudo é constituída por rapazes e raparigas que estão a frequentar o ensino superior em Beja.

A escolha geográfica das universidades teve por base, critérios de acessibilidade e facilidade de recolha dos dados.

Quanto ao número de participantes neste estudo e segundo Ribeiro (1999), o número óptimo depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que quanto maior for o número de participantes, menor é o erro de amostragem, no entanto o aumento do número de participantes não constitui o elemento mais crítico para tornar a amostra mais representativa.

Na definição da amostra serão considerados os seguintes critérios de inclusão:

- * Os participantes serem de ambos os sexos;
- * Ter idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos;
- * Serem indivíduos em pleno uso das suas faculdades mentais (orientadas no espaço e no tempo).

Passamos agora à apresentação e análise das respectivas tabelas que caracterizam a amostra em estudo:

Tabela 1: Caracterização dos participantes relativamente ao sexo

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>MASCULINO</i>	77	25,8
<i>FEMININO</i>	222	74,2
<i>TOTAL</i>	300	100

Através da análise desta tabela, podemos constatar que do total da amostra, 77 pertencem ao sexo masculino (25.7%) e 222 pertencem ao sexo feminino (74%).

A discrepância que é visível entre os dois sexos, deve-se ao facto de se encontrarem mais raparigas a frequentar o ensino superior do que rapazes.

Tabela 2: Caracterização dos participantes relativamente à idade, em termos de média e desvio padrão

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>IDADE</i>	22,73	4,079

O intervalo de idades que prevaleceu entre os indivíduos seleccionados para este estudo, situa-se entre os 18 e os 47 anos.

Ao analisar a tabela de frequências relativa à idade optou-se por fazer só a média e o desvio padrão, uma vez que as idades apresentadas pelos participantes são muito

variadas, assim tendo em conta os dados pode-se verificar que a média de idades é de 22 anos.

Tabela 3: Caracterização dos participantes relativamente à universidade a que pertencem

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA</i>	86	28,7
<i>ESCOLA SUPERIOR AGRÁRIA DE BEJA</i>	74	24,7
<i>ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA</i>	47	15,7
<i>ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO DE BEJA</i>	88	29,3
<i>NÃO RESPONDEU</i>	5	1,7
<i>TOTAL</i>	300	100

Ao analisarmos a amostra relativamente à universidade que frequentam, podemos constatar que a maioria são estudantes que frequentam a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Beja (29,3%).

Na Escola Superior de Saúde existe uma percentagem de 28,7% o que representa 86 estudantes do total da amostra.

Na Escola Superior Agrária de Beja a amostra foi constituída por 74 estudantes (24,7%) e finalmente 47 estudantes (15,7%) frequentam a Escola Superior de Educação de Beja.

Através da análise da tabela pode-se verificar que 5 pessoas não responderam a esta questão o que representa 1,7% do total da amostra.

É importante salientar que a amostra foi recolhida aleatoriamente nas 4 universidades e que não existia um número estipulado da amostra para cada uma delas, daí existirem diferenças no número de alunos em cada uma.

Tabela 4: Caracterização dos participantes relativamente ao ano que frequentam na universidade

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1º ANO</i>	61	20,3
<i>2º ANO</i>	96	32,0
<i>3º ANO</i>	42	14,0
<i>4º ANO</i>	76	25,3
<i>5º ANO</i>	20	6,7
<i>NÃO RESPONDEU</i>	5	1,7
<i>TOTAL</i>	300	100

Analisando a tabela relativa ao ano que frequentam na universidade, podemos verificar que a maioria (96) da amostra deste estudo, frequenta o 2º ano.

No que diz respeito às pessoas que frequentam o 1º ano, verificamos que se apresenta com uma percentagem de 20,3%.

Quanto ao 3º ano existe uma percentagem 14% do total da amostra.

Relativamente aqueles que frequentam o 4º ano, também podemos constatar que existe uma percentagem que também se pode considerar significativa (25,3%).

A menor percentagem verifica-se no 5º ano (6,7%).

Finalmente, nesta questão 5 pessoas (1,7%) não responderam, pelo que ficamos sem ter a noção de qual o ano da universidade que estão a frequentar.

Tabela 5: Caracterização dos participantes quanto às repetências na universidade, mais especificamente no curso que frequentam

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>0 (Sem repetências)</i>	<i>170</i>	<i>56,7</i>
<i>1</i>	<i>26</i>	<i>8,7</i>
<i>2</i>	<i>17</i>	<i>5,7</i>
<i>3</i>	<i>6</i>	<i>2,0</i>
<i>5</i>	<i>2</i>	<i>0,7</i>
<i>6</i>	<i>1</i>	<i>0,3</i>
<i>NÃO RESPONDEU</i>	<i>78</i>	<i>26,0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>300</i>	<i>100</i>

Analisando as repetências da amostra, podemos constatar que a maioria ainda não repetiu nenhuma disciplina ou cadeira ou até mesmo de ano (56,7%).

Quanto ao facto de ter repetido um ano verifica-se uma percentagem de 8.7%, 2 anos (5.7%), 3 anos (2%), 5 anos (0.7%) e 6 anos (0.3%).

Existe uma grande percentagem de pessoas que não responderam a esta questão (26%), e como tal poderemos pôr várias hipóteses, ou não responderam porque nunca repetiram de ano ou de disciplina ou porque simplesmente não escreveram nada pressupondo que não respondendo equivaleria a dizer que nunca tinha reprovado, sendo que esta interpretação terá sempre que ficar em aberto.

2.6. INSTRUMENTOS

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Este instrumento foi desenvolvido com o objectivo de fazer o levantamento de determinados dados de forma a procurar atingir os objectivos deste estudo, ou seja, permitir relacionar as respostas emocionais, *coping* e dor identificados, com outros dados

demográficos e académicos: sexo, idade, universidade, ano que frequenta, cidade onde estuda e repetências.

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESSE

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afectivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão. Até finais do século XIX as perturbações de ansiedade não se separavam de outras perturbações de humor. Estes constructos são considerados independentes mas é reconhecida a sobreposição entre a ansiedade e depressão tanto do ponto de vista da saúde mental como do ponto de vista estatístico.

Lovibond e Lovibond (1995) desenvolveram uma escala que teoricamente se propunha cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, que satisfizessem padrões elevados de critérios psicométricos, e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois constructos. O estudo factorial desta escala apresentou um novo factor que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes itens referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo factor foi denominado pelos autores de Stresse.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”.

Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stresse sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

A EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stresse, incluindo cada uma delas sete itens. Segundo Lovibond e Lovibond (1995) as escalas foram desenvolvidas de modo que os factores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinadas em termos empíricos nomeadamente com recurso a técnicas de análise factorial.

Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente:

Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); anedonia (dois itens); Inércia (dois itens). Itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21.

Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo-esqueléticos (dois itens); ansiedade situacional (três itens); experiências subjectivas de Ansiedade (quatro itens). Itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20.

Stresse – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente agitado / Chateado (três itens); Irritável / Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens). Itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos

avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos. Os itens da EADS de 21 itens foram seleccionados de modo que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois.

O BRIEF COPE

O COPE original inclui, numa fase inicial, 52 itens distribuídas por 13 escalas. Posteriormente passa a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente, 60 itens em 15 escalas, com quatro itens por escala (Carver *et. al.*, 1989; Carver, 1997b). A escala “Uso de Substâncias” só incluía um item no estudo de Carver *et. al.* (1989). Os restantes três itens desta escala e a de “Humor” foram acrescentados depois (Carver, 1997b).

O “*Brief COPE*” é um instrumento onde o constructo avaliado são as estratégias usadas pelas pessoas para lidar com situações *stressantes (coping)*. Foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos e para ser aplicado a indivíduos com idades a partir dos 14 anos.

É um instrumento multidimensional composto por 14 dimensões que conceptualizam diferentes formas de *coping*: Auto-distracção, *Coping* activo, Negação, Uso de substâncias, Recurso ao suporte social por razões emocionais, Recurso ao suporte social por razões instrumentais, Desinvestimento Comportamental, Expressão de sentimentos, Planear, Negação, Humor, Aceitação, Auto-culpabilização e Religião.

Segundo Carver *et al.*, (1989) e Carver (1997), algumas destas estratégias (dimensões) têm um forte suporte teórico na sua conceptualização outras foram introduzidas por evidenciarem um grande recurso por parte das pessoas. No quadro 1 estão as conceptualizações das 14 formas de *coping* propostas por Carver (1997), Carver *et al.*, (1989).

DIMENSÕES DO BRIEF COPE	DESCRIÇÃO
1. <i>Coping</i> activo	Relacionada com o levar o indivíduo a tomar atitudes num esforço de remover ou circunscrever o <i>stressor</i> .
2. Planear	Relacionada com o pensar em formas de enfrentar o <i>stressor</i> , por exemplo, organizando alguma forma de actividade, pensar nos passos a tomar ou no melhor modo de lidar com o problema.
3. Recurso ao suporte social por razões instrumentais	Relacionada com a procura de assistência, informação ou conselhos sobre o que fazer perante o <i>stressor</i>
4. Recurso ao suporte social por razões emocionais	Relacionada com a procura de apoio moral, simpatia e compreensão.
5. Religião	Relacionada com o facto do indivíduo se refugiar na sua crença religiosa.
6. Reinterpretação positiva	Relacionada com o facto de extrair valor positivo à situação de forma a torná-la mais favorável.
7. Auto-culpabilização	Relacionada com o facto de levar o indivíduo admitir uma certa responsabilidade.
8. Aceitação	Relacionada com o facto de aceitar a realidade da situação <i>stressante</i> .
9. Expressão de sentimentos	Relacionada com a expressão das emoções ou sentimentos.
10. Negação	Relacionada com a tentativa de rejeitar a realidade imposta pelo <i>stressor</i> .
11. Auto-distração	Relaciona-se com voltar-se para outras actividades para manter a mente ocupada e pensar menos no agente <i>stressor</i>
12. Desinvestimento comportamental	Relacionada com o desistir ou reduzir o esforço para atingir o objectivo que é ameaçado pelo <i>stressor</i>
13. Uso de substâncias	Relacionada com o recurso ao álcool ou outras drogas como forma de se libertar do <i>stressor</i>
14. Humor	Relacionada com a capacidade de fazer piadas sobre a situação de stresse

Quadro 1: Taxonomia das estratégias para lidar com o stress (*coping*) proposta por Carver *et al.*, (1989); Carver (1997).

Utilizando a taxonomia de Lazarus e Folkman (1984), o *Coping* activo, Planear e o Recurso ao suporte social por razões instrumentais fazem parte do *coping* focado no problema; as restantes onze estratégias fazem parte do *coping* focado nas emoções.

O Quadro 2 fornece para cada dimensão exemplos de itens.

DIMENSÕES DO BRIEF COPE	DESCRIÇÃO
1. <i>Coping</i> activo	“Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação” “Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)”
2. Planear	“Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer” “Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação”
3. Recurso ao suporte social por razões instrumentais	“Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação” “Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo”
4. Recurso ao suporte social por razões emocionais	“Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)” “Procuro o conforto e compreensão de alguém”
5. Religião	“Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual” “Rezo ou medito”
6. Reinterpretação positiva	“Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva” “Procuro algo positivo em tudo o que me está a acontecer”
7. Auto-culpabilização	“Faço críticas a mim próprio” “Culpo-me pelo que está a acontecer”
8. Aceitação	“Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer” “Tento aprender a viver com a situação”
9. Expressão de sentimentos	“Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)” “Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento”
10. Negação	“Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade” “Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo”
11. Auto-distração	“Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação” “Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar, ou ir às compras”
12. Desinvestimento comportamental	“Desisto de me esforçar para obter o que quero” “Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo”
13. Uso de substâncias	“Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor”
13. Uso de substâncias	“Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar problemas”
14. Humor	“Enfrento a situação levando-a para a brincadeira” “Enfrento a situação com sentido de humor”

Quadro 2: Exemplos de itens das dimensões do “Brief COPE”

Os itens são redigidos em termos da acção que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”. Esta resposta pode ser alterada consoante o investigador esteja interessado no *coping* estado ou no *coping* traço. No primeiro caso deverá responder “fiz isto” (relativamente à situação focada), se for traço deverá responder “costumo fazer isto”. Carver (1997a) explica que este questionário pode ser ajustado aos interesses do investigador, nomeadamente se houver limitações temporais podem ser usadas somente

algumas das escalas, as que para o investigador ou para o seu estudo sejam mais importantes. Por outro lado os itens podem ser utilizados de várias maneiras. Como se disse acima podem assumir um formato retrospectivo, situacional, traço, etc. para o que é necessário colocar as frases no tempo verbal adequado (tenho feito isto, fiz isto, ou costumo fazer isto). O resultado final é apresentado como um perfil e as sub-escalas não são somadas nem há uma nota total.

Este instrumento pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador, o preenchimento pode ocorrer de forma colectiva ou individual. O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida (identificando o mais recente, por exemplo, diagnóstico da doença, cirurgia, exame escolar, furacão, etc.).

A escolha deste instrumento teve por base o facto de já ter sido utilizado em contextos académicos e ser de reduzidas dimensões possibilitando uma colheita e interpretação rápida e simples dos dados.

A escolha do “Brief COPE” apresenta uma razão adicional. Segundo o autor (Carver, 1997), o instrumento não necessita de ser usado na sua fórmula completa, isto é, em investigações com campos de intervenção muito específicos, ou face a limitações de tempo, as dimensões podem ser seleccionadas de acordo com os interesses e funções da amostra. Os itens podem ser usados de várias formas podendo o tempo dos verbos assumir o formato que se considerar mais adequado para a investigação em curso. Obviamente é um instrumento muito flexível na aplicação possibilitando por um lado, respeitar as necessidades do investigador e por outro dar azo à imaginação do investigador.

Contudo, resultante do facto das estratégias propostas serem muito generalistas, não permitirá analisar estratégias específicas que os sujeitos eventualmente possam usar para enfrentar uma situação *stressante*.

QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR

O objectivo da construção do Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar (QMFME) foi de desenvolver uma lista de manifestações físicas susceptíveis de exprimir mal-estar em indivíduos que não padecem de qualquer doença.

Para além desta função descritiva poderá ser usado como forma de rastreio na avaliação de perturbações somatoformes ou outras. Assim, no âmbito de um rastreio, na ausência de explicações para valores elevados, inesperados ou estranhos, de manifestações físicas, que exprimam mal-estar, os sujeitos deverão ser referidos para diagnóstico no sistema de cuidados de saúde.

O mal-estar físico exprime que algo vai mal com o indivíduo. Este pode corresponder a sintomas de alguma patologia que uma vez curada desaparecem, pode ser expressão de pressão da vida do dia a dia ou de acontecimentos de vida, pode ser manifestações de preocupações pessoais, de qualquer característica da personalidade, etc.

Se no início essas manifestações são passageiras elas podem, com o passar do tempo, com a repetição do fenómeno, tornar-se, por si próprias, fontes de stresse e gerar, por sua vez, ou acentuar novas manifestações de mal-estar.

O Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar foi concebido para avaliação da frequência e intensidade de queixas psicossomáticas. É sensível à presença de perturbações psicossomáticas, e à redução do *distress* associado a queixas psicossomáticas. É eficaz como instrumento de rastreio e como um indicador da eficácia do tratamento em doentes com queixas psicossomáticas.

O questionário desenvolvido por Attanasio, Andrasik, Blanchard, e Arena, (1984), é uma escala de auto-resposta que contém 17 itens, cada um descrevendo queixas psicossomáticas ou somatoformes usuais. Os indivíduos devem responder a cada item de duas maneiras distintas: quanto à frequência com que experimentam a ocorrência e

quanto à intensidade. Produz-se assim uma nota composta, resultante da soma do produto da frequência pela intensidade.

A versão do questionário referido baseia-se por sua vez, e mais especificamente, na produzida por Cox, Freundlich e Meyer (1975): foi construída com base numa amostra de uma população estudantil que, numa avaliação de rastreio preliminar, não apresentava perturbações psicossomáticas. Este estudo foi o primeiro a estabelecer as propriedades psicométricas do questionário. O mesmo questionário, passado a populações sofrendo de doenças crónicas não manifesta as mesmas propriedades métricas (Chibnall & Tait, 1989), pelo que, em populações deste tipo, deve ser usado com prudência.

À versão utilizada no presente estudo foram acrescentados itens provenientes da escala de *Physical Symptoms* de Mechanic e Hansell (1987). Esta lista de sintomas foi desenvolvida por Mechanic (1980) como indicador de bem-estar, e incluía as queixas físicas mais frequentes. A lista de Mechanic e Hansell contém 12 itens dos quais cinco são partilhados pelo SUNY A. Os sete itens não comuns foram acrescentados ao questionário utilizado no estudo apresentado aqui. A escala ficou, então, com 24 itens que, após análise do estudo piloto, ficou reduzida a 19.

Dos itens retirados após o estudo piloto quatro pertenciam à lista de sintomas físicos pelo que somente permaneceram três da lista original de Mechanic (1980), mais 16 da lista original de Attanasio *et al.* (1984).

Os itens do QMFME são "correlatos" ao invés de "indícios" ou "amostras" de comportamento (Ribeiro, 1999), ou seja, as pessoas que dão estas respostas possuem determinadas características que devem ser estudadas. Se fossem indícios elas evidenciariam determinada característica da personalidade, o que não é o caso. Se fossem amostras seria a própria resposta que deveria ser tratada.

Tipo de resposta

Os indivíduos respondem, assinalando numa escala de seis pontos para a frequência (5- ocorre diariamente; 4- ocorre várias vezes por semana; 3- ocorre cerca de uma vez por semana; 2- ocorre cerca de uma vez por mês; 1- ocorre menos de uma vez por mês; 0- nunca ocorre), e numa de cinco para a intensidade (4- é extremamente incómodo quando ocorre; 3- muito incómodo quando ocorre; 2- moderadamente incómodo quando ocorre; 1- ligeiramente incómodo quando ocorre; 0- não é problema).

Cotação

A cotação faz-se em duas fases.

1- Primeiro multiplica-se a frequência de um sintoma pela intensidade desse sintoma.

Se, por exemplo, para o sintoma de frequência de 1 (SF 1), o respondente assinalava na posição 3 (ocorre cerca de uma vez por semana), e na posição 2 para a intensidade da ocorrência (SI1) (moderadamente incómodo quando ocorre), o resultado total (ST) para o sintoma ST1 seria igual a 6 ($3 \times 2 = 6$).

2- Em segundo lugar somam-se os itens de cada uma das dimensões (a estrutura dimensional será descrita a seguir) para obter a nota de cada dimensão, e somam-se a totalidade dos itens para obter a nota total da escala.

Se se pretender organizar um perfil de somatização, então as operações anteriores uma terceira operação. Deve-se dividir o resultado da soma pelo número de itens que compõem cada dimensão, ou seja por 6, por 5 ou por quatro, consoante a dimensão em jogo. Deste modo é possível comparar a nota das diversas dimensões para identificar ou descrever a que é dominante no indivíduo.

Dimensionalidade da escala

A análise factorial utilizada para explorar e definir o QMFME aponta para quatro grandes tipos de manifestações ou de sintomas, que podem expressar-se através de diferentes sistemas orgânicos, denominados de, “Sistema Nervoso”, que inclui itens que exprimem a manifestação de sintomas físicos como “depressão”, “Sistema Respiratório” que inclui itens que exprimem a manifestação de sintomas como “dores de garganta” ou “tosse”; “Sistema Muscular” que inclui itens como “dores nas costas” e “Sistema Digestivo” que inclui itens como “dores de estômago”.

A consistência interna (Alfa de Cronbach) dos diversos factores é a seguinte: para o factor Sistema Nervoso o valor da consistência interna é $\alpha=0,80$; para o factor Sistema Respiratório, $\alpha=0,55$; para o factor Sistema Muscular, $\alpha=0,60$; para o factor Sistema Digestivo, $\alpha=0,58$. O Alfa de Cronbach para a escala total é de $\alpha=0,83$.

DOR

Uma das variáveis que o presente estudo pretende investigar é a dor e para isso foi necessário criar uma categoria para poder avaliar se os estudantes tinham ou não dores.

Para se obter esta categoria “Dor” foram seleccionados seis itens do Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar, nomeadamente: o item 1 (Dor de cabeça), o item 2 (Dor nas costas), o item 3 (Dores no estômago), o item 10 (Dores nos olhos associadas à leitura), o item 14 (Dores musculares) e finalmente o item 15 (Dores de garganta).

Na base de dados do estudo feita em SPSS, procedeu-se à soma de todos os valores dos itens referidos em cima e obteve-se a categoria “Dor”.

Esta categoria será útil e importante na realização dos vários testes estatísticos nomeadamente, correlações, teste t *Student* e Anova, para averiguar as possíveis

diferenças nos participantes do estudo, ao nível do sexo, idade, universidade e ano que frequentam.

2.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

A análise estatística foi levada a cabo com o auxílio do programa SPSS, versão 15.0.

Utilizou-se a correlação de Pearson. Segundo Ribeiro (1999), na investigação correlacional analisam-se as relações entre variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre variáveis tal como elas existem realmente. A análise correlacional não permite fazer inferências acerca da causalidade, do tipo *a* provoca *b*. Somente permite afirmar que, provavelmente, quando *a* aumenta (ou diminui) *b* aumenta (ou diminui).

Recorreu-se ao Teste *t* de *Student* que é um teste paramétrico que permite comparar duas médias. Para a utilização deste teste as variáveis em questão têm que seguir uma distribuição normal e ter homogeneidade de variâncias.

Finalmente foi feito o Teste Oneway ANOVA que nos permite averiguar se existem diferenças significativas entre um ou mais grupos.

Para a análise estatística foi utilizado um valor de significância, $p < 0,05$, que constitui uma diferença considerada significativa.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tabela 6: Frequências e Percentagens relativas à Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão

	0		1		2		3		NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Tive dificuldades em me acalmar.	109	36,3	140	46,7	41	13,7	9	3,0	1	0,3
2. Senti a minha boca seca.	162	54,0	101	33,7	32	10,7	5	1,7		
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	170	56,7	91	30,3	31	10,3	5	1,7	3	1
4. Senti dificuldades em respirar	233	77,7	52	17,3	11	3,7	3	1,0	1	0,3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	104	34,7	143	47,7	45	15,0	7	2,3	1	0,3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	93	31,0	142	47,3	58	19,3	5	1,7	2	0,7
7. Senti tremores (p, ex., nas mãos).	187	62,3	64	21,3	34	11,3	14	4,7	1	0,3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	122	40,7	121	40,3	38	12,7	17	5,7	2	0,7
9. Preocupeí-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	163	54,3	93	31,0	36	12,0	6	2,0	2	0,7
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	206	68,7	66	22,0	22	7,3	6	2,0		
11. Dei por mim a ficar agitado.	93	31,0	145	48,3	42	14,0	19	6,3	1	0,3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	93	31,0	138	46,0	48	16,0	20	6,7	1	0,3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	104	34,7	123	41,0	58	19,3	11	3,7	4	1,3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	115	38,3	142	47,3	34	11,3	9	3,0		
15. Senti-me quase a entrar em pânico	205	68,3	64	21,3	28	9,3	3	1,0		
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	196	65,3	79	26,3	21	7,0	4	1,3		
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	203	67,7	73	24,3	19	6,3	5	1,7		
18. Senti que por vezes estava sensível.	56	18,7	149	49,7	78	26,0	17	5,7		
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	154	51,3	104	34,7	30	10,0	11	3,7	1	0,3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	192	64	78	26	22	7,3	7	2,3	1	0,3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	226	75,3	47	15,7	21	7,0	4	1,3	2	0,7

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; NR: Não responde

A primeira tabela pretende representar as frequências e percentagens relativas às 21 questões da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão.

No item 1 a maioria da percentagem (46,7%) refere que algumas vezes teve dificuldade em se acalmar. O item 2 “Senti a minha boca seca”, a maioria dos participantes salienta que “não se aplicou nada a mim”.

Relativamente aos itens 3 e 4 “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo” (56,7%) e “Senti dificuldades em respirar” (77,7%) os participantes assinalaram no questionário que “Não se aplicou nada a mim”.

Quanto ao item 5, existem 143 participantes (47,7%) que algumas vezes tiveram dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.

No item 6, 47,3% da amostra refere que algumas vezes tiveram tendência a reagir em demasia em determinadas situações.

Dos 300 participantes, 187 não referiram no questionário que sentiam tremores (item 7).

O item 8 apresenta percentagens muito semelhantes (40,7 e 40,3%), o que significa que um número que se pode considerar significativo (121) algumas vezes sentiu que estava a utilizar muita energia nervosa.

No item 9, 163 participantes referiram que “Não se aplicou nada a mim” preocuparam-se com situações em que podiam entrar em pânico e fazer figura ridícula.

No item 10 mais de 50% da amostra (68,7%) consideram que não se aplicou o facto de sentirem que não tinham nada a esperar do futuro.

Relativamente ao item 11, 145 dos participantes responderam que algumas vezes ficaram agitados, o mesmo se verifica no item 12 em que 138 referem que algumas vezes sentiram dificuldades em relaxar.

Um facto importante é que 41% da amostra se sentiu algumas vezes desanimada e melancólica.

Verifica-se que 47,3% dos participantes algumas vezes estiveram intolerantes em relação a qualquer coisa que impedisse de terminas algo que estava a fazer.

Relativamente ao item 15 “Senti-me quase a entrar em pânico” a maioria da amostra respondeu que “Não se aplicou nada a mim”.

No item 16, 65,3% dos participantes referiram que não se aplicou nada a eles o facto de não serem capazes de ter entusiasmo por nada.

Volta-se a verificar que “Não se aplicou nada a mim” teve a maioria das respostas (67,7%), no que respeita ao item “Senti que não tinha muito valor como pessoa” (item 17).

Quanto ao item 18, 49,7% da amostra refere que algumas vezes sentiram que estavam sensíveis.

Nos itens 19, 20 e 21 a maioria dos participantes responderam que não se aplicou, sentir alterações no coração sem fazer exercício físico (51,3%), sentir-se assustado sem ter uma boa razão para isso (64%) e sentir que a vida não tinha sentido (75,3%).

Tabela 7: Frequências e Percentagens relativas às 3 sub-escalas da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão em que o mínimo é "0" e o máximo é "21"

	<i>DEPRESSÃO</i>		<i>ANSIEDADE</i>		<i>STRESSE</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>0-7</i>	235	78,2	251	83,6	182	60,6
<i>8-14</i>	51	17	39	12,9	98	32,8
<i>15-21</i>	4	1,3	4	1,3	13	4,3
<i>NÃO RESPONDE</i>	10	3.3	6	2	7	2.3

Em primeiro lugar é importante salientar que estes intervalos tiveram em conta que o máximo da escala é 21, e que cada sub-escala é constituída por sete itens, pelo que se optou por estes valores, sendo que de 0 a 7 se considera que os participantes não apresentam qualquer perturbação (seria a ansiedade/depressão/stresse dita “normal”);

pontuações de 8 a 14 para cada sub-escala considerava-se ansiedade/depressão/stresse ligeiros e finalmente de 15 a 21 para cada sub-escala considerava-se ansiedade/depressão/stresse graves.

Através da análise da tabela e relativamente à depressão pode-se verificar que a maioria dos participantes (78,2%) não estão a passar por uma fase de depressão; 17 % já se pode considerar depressão ligeira. Existem 4 participantes que já apresentam níveis mais elevados de depressão. Finalmente existem 10 pessoas que não responderam a esta questão, pelo que não poderemos equacionar em que situação se encontram em termos dos níveis de depressão.

No que respeita à ansiedade, a maioria dos participantes (83,6%) não revelam níveis de ansiedade, 39 (12,9%) já se pode considerar têm uma ansiedade ligeira e finalmente existem 4 (1,3%) que se consideram muito ansiosos. Existem 6 pessoas (2%) que não responderam a esta questão, pelo que não se pode deduzir qual o nível de ansiedade.

Finalmente, existe a sub-escala referente ao stress onde mais uma vez se pode constatar que a maioria, 182 (60,6%) têm baixos níveis de stresse, 98 (32,8%) têm um stresse considerado ligeiro. Com o valor de 13, tendo em consideração que a escala apresenta como valor máximo “21”, pode-se dizer que existe uma percentagem significativa (4,3%) de participantes que vivem situações de stresse, ou seja, no momento em que os instrumentos foram aplicados estariam a passar por situações de stresse graves, isto poderá ser explicado pelo facto de alguns questionários terem sido aplicados em épocas de pré-exames nas universidades.

Complementando com os resultados apresentados na tabela 1 pode-se confirmar através da tabela 2 que a maioria da amostra não possui elevados níveis de depressão, ansiedade e stresse.

Tabela 8: Frequências e Percentagens relativas à Escala de Brief COPE

	0		1		2		3		NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	10	3,3	102	34	137	45,7	51	17		
2-Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).	7	2,3	72	24,0	142	47,3	79	26,3		
3-Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	5	1,7	60	20	158	52,7	77	25,7		
4-Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.	6	2	62	20,7	148	49,3	83	27,7	1	0,3
5-Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	22	7,3	131	43,7	110	36,7	34	11,3	3	1
6- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	36	12	139	46,3	95	31,7	29	9,7	1	0,3
7-Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).	30	10	99	33	111	37	59	19,7	1	0,3
8-Procuo o conforto e compreensão de alguém.	26	8,7	106	35,3	113	37,7	53	17,7	2	0,7
9-Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	136	45,3	108	36	38	12,7	17	5,7	1	0,3
10-Rezo ou medito.	142	47,3	100	33,3	40	13,3	18	6		
11-Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	11	3,7	134	44,7	120	40	33	11	2	0,7
12-Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.	19	6,3	122	40,7	119	39,7	38	12,7	2	0,7
13-Faço críticas a mim próprio.	12	4	86	28,7	123	41	78	26	1	0,3
14-Culpo-me pelo que está a acontecer.	55	18,3	161	53,7	63	21	18	6	3	1
15-Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	21	7	160	53,3	101	33,7	17	5,7	1	0,3
16-Tento aprender a viver com a situação.	11	3,7	123	41	127	42,3	36	12	3	1
17. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções).	24	8	131	43,7	112	37,3	32	10,7	1	0,3
18-Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	31	10,3	136	45,3	103	34,3	29	9,7	1	0,3
19-Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”.	73	24,3	145	48,3	67	22,3	13	4,3	2	0,7
20- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.	83	27,7	149	49,7	60	20	6	2	2	0,7
21-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação.	46	15,3	134	44,7	87	29	30	10	3	1
22-Faço outras coisas para pensar menos na situação.	31	10,3	123	41	112	37,3	28	9,3	6	2
23-Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar, ou ir às compras.	27	9	103	34,3	130	43,3	38	12,7	2	0,7
24-Desisto de me esforçar para obter o que quero.	183	61	84	28	29	9,7	2	0,7	2	0,7
25-Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.	222	74	55	18,3	17	5,7	2	0,7	4	1,3
26-Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos) para me sentir melhor.	254	84,7	30	10	7	2,3	7	2,3	2	0,7
27-Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar problemas.	256	85,3	30	10	7	2,3	5	1,7	2	0,7
28-Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	46	15,3	162	54	74	24,7	16	5,3	2	0,7
29-Enfrento a situação com sentido de humor.	37	12,3	157	52,3	82	27,3	22	7,3	2	0,7

0-“Nunca faço isto”; 1-“Faço isto algumas vezes”; 2-“Faço isto muitas vezes”; 3-“Faço sempre isto” NR: Não responde

De acordo com a tabela 8, pode-se analisar cada um dos itens que fazem parte da escala Brief COPE.

Os itens 1, 2, 3 e 4, “Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação”, “Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)” e “Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho a fazer” e “Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação” apresentam a melhor percentagem na resposta “Faço isto muitas vezes”.

Nos itens 5 (43,7%) e 6 (46,3%), a maior percentagem situa-se na resposta “Faço isto algumas vezes”.

Os itens 7 e 8, “Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)” e “Procuro o conforto e compreensão de alguém”, apresentam a maior percentagem na resposta “Faço isto muitas vezes”.

No item 9 a amostra (45,3%) nunca tentaram encontrar conforto na sua religião ou crença espiritual.

Dos 300 participantes, 47,3% referem que nunca rezaram ou meditaram (item 10).

Nos itens 11 e 12, a maioria da amostra algumas vezes tentou analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva (44,7%) e procurou algo positivo em tudo o que lhe acontece ou está a acontecer (40,7%).

Muitas vezes (41%) os participantes fizeram críticas a eles próprios (item 13).

Nos itens 14 e 15 “Faço isto algumas vezes” foi a resposta que apresentou maior percentagem, 53,7% e 53,3%, respectivamente.

O item 16 apresenta a sua maior percentagem (42,3%), na categoria “Faço isto muitas vezes”, o que significa que a maioria dos participantes muitas vezes tentou aprender a viver com a situação.

Nos itens 17,18, 19, 20, 21 e 22 a maioria das respostas situa-se no item “Faço isto algumas vezes”.

O item 23 “Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar ou ir às compras”, apresenta a sua maior percentagem (43,3%) na resposta “Faço isto muitas vezes”.

Nos itens 24 (61%), 25 (74%), 26 (84,7%) e 27 (85,3%) a maioria das percentagens refere-se à resposta “Nunca faço isto”.

Finalmente os itens 28 (54%) e 29 (52,3%) apresentam os maiores valores ao nível da resposta “Faço isto algumas vezes”, o que significa que algumas vezes enfrentam a situação levando-a para a brincadeira e com sentido de humor.

Tabela 9: Questionário de manifestações Físicas de Mal-Estar, quanto ao valor da frequência

	0		1		2		3		4		5		NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Dor de cabeça	35	11,7	77	25,7	66	22	67	22,3	44	14,7	7	2,3	4	1,3
2. Dor nas costas	41	13,7	77	25,7	63	21	52	17,3	44	14,7	18	6	5	1,7
3. Dores no estômago	94	31,3	87	29	63	21	22	7,3	24	8	5	1,7	5	1,7
4. Insónia	98	32,7	78	26	43	14,3	30	10	42	14	4	1,3	5	1,7
5. Fadiga	27	9	49	16,3	53	17,7	70	23,3	79	26,3	17	5,7	5	1,7
6. Depressão	162	54	67	22,3	31	10,3	14	4,7	14	4,7	6	2	6	2
7. Enjoo	201	67	53	17,7	20	6,7	10	3,3	9	3	2	0,7	5	1,7
8. Tensão geral	100	33,3	77	25,7	48	16	38	12,7	24	8	8	2,7	5	1,7
9. Palpitações cardíacas	149	49,7	57	19	40	13,3	23	7,7	21	7	5	1,7	5	1,7
10. Dores nos olhos associadas à leitura	62	20,7	48	16	58	19,3	59	19,7	49	16,3	19	6,3	5	1,7
11. Diarreia e prisão de ventre	148	49,3	60	20	39	13	25	8,3	15	5	7	2,3	6	2
12. Tonturas	157	52,3	62	20,7	36	12	20	6,7	17	5,7	2	0,7	6	2
13. Fraqueza	120	40	69	23	51	17	33	11	19	6,3	3	1	5	1,7
14. Dores musculares	84	28	67	22,3	63	21	52	17,3	28	9,3	1	0,3	5	1,7
15. Dores de garganta	125	41,7	111	37	29	9,7	19	6,3	7	2,3	4	1,3	5	1,7
16. Tosse	122	40,7	117	39	21	7,0	19	6,3	12	4,0	4	1,3	5	1,7
17. Alergias	184	61,3	52	17,3	21	7	13	4,3	17	5,7	8	2,7	5	1,7
18. Acne ou borbulhas	112	37,3	63	21	52	17,3	21	7	22	7,3	25	8,3	5	1,7
19. Nariz tapado	117	39	84	28	37	12,3	21	7	23	7,7	13	4,3	5	1,7

Valor de Frequência: 0-Nunca ocorre; 1-Ocorre menos de uma vez por mês; 2-Ocorre cerca de uma vez por mês; 3-Ocorre cerca de uma vez por semana; 4-Ocorre várias vezes por semana; 5-Ocorre diariamente; NR – Não responde.

Através da análise da tabela 9 pode-se verificar que em 16 dos 19 sintomas, a maioria dos participantes refere que “Nunca ocorre”, isto é, não têm dores no estômago, insónia, depressão, enjoo, tensão geral, palpitações cardíacas, dores nos olhos associados à leitura, diarreia e prisão de ventre, tonturas, fraqueza, dores musculares e de garganta, tosse, alergias, acne ou borbulhas e nariz tapado, nunca ocorrem na maioria da amostra. Existem dois sintomas que ocorrem menos de uma vez por mês, nomeadamente, dor de cabeça e dor nas costas.

Finalmente, existe um sintoma (Fadiga) que ocorre várias vezes por semana.

Tabela 10: Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar quanto ao valor da intensidade

	0		1		2		3		4		NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Dor de cabeça	44	14,7	67	22,3	75	25	59	19,7	48	16	7	2,3
2. Dor nas costas	47	15,7	77	25,7	77	25,7	62	20,7	25	8,3	12	4
3. Dores no estômago	94	31,3	64	21,3	54	18	50	16,7	27	9	11	3,7
4. Insônia	102	34	51	17	51	17	40	13,3	44	14,7	12	4
5. Fadiga	42	14	82	27,3	95	31,7	49	16,3	23	7,7	9	3
6. Depressão	149	49,7	35	11,7	35	11,7	36	12	28	9,3	17	5,7
7. Enjoo	184	61,3	41	13,7	28	9,3	21	7	12	4	14	4,7
8. Tensão geral	104	34,7	76	25,3	60	20	32	10,7	16	5,3	12	4
9. Palpitações cardíacas	155	51,7	53	17,7	40	13,3	25	8,3	12	4	15	5
10. Dores nos olhos associadas à leitura	65	21,7	90	30	69	23	43	14,3	23	7,7	10	3,3
11. Diarreia e prisão de ventre	137	45,7	51	17	35	11,7	39	13	20	6,7	18	6
12. Tonturas	146	48,7	60	20	38	12,7	26	8,7	15	5	15	5
13. Fraqueza	114	38	83	27,7	51	17	28	9,3	8	2,7	16	5,3
14. Dores musculares	84	28	95	31,7	73	24,3	27	9	6	2	15	5
15. Dores de garganta	124	41,3	69	23	51	17	29	9,7	14	4,7	13	4,3
16. Tosse	115	38,3	86	28,3	56	18,7	25	8,3	7	2,3	12	4
17. Alergias	172	57,3	37	12,3	34	11,3	21	7	24	8	12	4
18. Acne ou borbulhas	124	41,3	75	25	33	11	20	6,7	36	12	12	4
19. Nariz tapado	112	37,3	64	21,3	41	13,7	41	13,7	29	9,7	13	4,3

0-Não é problema; 1-Ligeiramente incómodo quando ocorre; 2-Moderadamente incómodo quando ocorre; 3-muito incómodo quando ocorre; 4-É extremamente incómodo quando ocorre; NR - Não responde.

De acordo com a tabela 10 constata-se que nos itens 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, e 19 a intensidade de cada um destes sintomas não é problema para a maioria dos participantes.

Relativamente ao item 2 existem duas percentagens similares (77%) no valor 1, que significa que a dor nas costas é ligeiramente incómoda quando ocorre e 77% no valor 2 que se refere ao facto da dor nas costas ser moderadamente incómoda quando ocorre.

O item 5 “Fadiga” apresenta a sua maior percentagem (31,7%) concentrada no valor 2, isto significa que é moderadamente incómodo quando ocorre.

Finalmente os itens 10 e 14, “Dores nos olhos associadas à leitura” e “Dores musculares” apresentam as maiores percentagens, 30 e 31,7% respectivamente, no valor 1 que significa que é ligeiramente incómodo quando ocorre.

Tabela 11: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão

<i>Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão</i>			
<i>Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Stresse</i>	<i>Depressão</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<i>Ansiedade</i>		0,74**	0,67**
<i>Stresse</i>			0,65**
<i>Depressão</i>			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ N.S. Valores que não são significativos

Na tabela 11 são apresentadas as ligações entre as dimensões da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão entre as quais foram encontradas correlações estatisticamente significativas e positivas entre si, apresentando um bom coeficiente de correlação.

Tabela 12: Correlação de Pearson entre as dimensões da Escala Brief COPE

<i>Escala Brief COPE</i>														
<i>Escala Brief COPE</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1		0,61**	0,22**	0,18**	0,18**	0,36**	0,22**	0,29**	0,26**	0,15*	0,19**	-	n.s.	0,23**
2			0,34**	0,25**	0,18**	0,35**	0,24**	0,22**	0,18**	0,12*	0,14*	0,22**	n.s.	0,18**
3				0,52**	0,16**	0,20**	n.s.	0,16**	0,27**	0,18**	0,21**	0,24**	n.s.	0,14*
4					0,24**	0,17**	0,12*	0,20**	0,33**	0,24**	0,25**	n.s.	n.s.	n.s.
5						0,14*	n.s.	0,15**	n.s.	0,17**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6							0,20**	0,31**	n.s.	n.s.	0,26**	-	n.s.	0,32**
7								0,17**	0,25**	0,34**	0,16**	0,16**	n.s.	n.s.
8									0,15**	n.s.	0,18**	n.s.	n.s.	0,20**
9										0,41**	0,32**	n.s.	n.s.	n.s.
10											0,35**	n.s.	n.s.	n.s.
11												0,17**	0,12*	0,19*
12													0,37**	n.s.
13														n.s.
14														n.s.

1.Coping Activo; 2.Planear; 3.Utilizar suporte instrumental; 4.Utilizar suporte emocional; 5.Religião; 6.Reinterpretação Positiva; 7.Auto-culpabilização; 8.Aceitação; 9.Expressão de sentimentos; 10.Negação; 11.Auto-distracção; 12.Desinvestimento Comportamental; 13.Uso de substâncias (medicamentos/álcool); 14.Humor; *p<0.05 **p<0.01 n.s. Valores que não são significativos

De acordo com a tabela 12 e no que diz respeito às relações entre as dimensões do coping contemplados pela Escala Brief COPE, verificamos que o “Recurso ao suporte social por razões instrumentais” se correlaciona de forma positiva, estatisticamente significativa e com um bom coeficiente de correlação com o “Recurso ao suporte Social por razões emocionais” e a “Expressão de Sentimentos” com a “Negação”.

Todas as outras correlações que se verificam na tabela são estatisticamente significativas porém modestas.

O “Desinvestimento Comportamental” é a única dimensão que apresenta correlações estatisticamente significativas com o “Coping Activo”, “Planear” e “Reinterpretação Positiva”.

Tabela 13: Correlação de Pearson entre as dimensões do Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar

<i>QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR</i>	<i>QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR</i>			
	<i>Sistema Nervoso</i>	<i>Sistema Respiratório</i>	<i>Sistema Muscular</i>	<i>Sistema Digestivo</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Sistema Nervoso		0,47**	0,60**	0,62**
Sistema Respiratório			0,51**	0,37**
Sistema Muscular				0,56**
Sistema Digestivo				

*p<0.05 **p<0.01 N.S. Valores que não são significativos

Analisando-se a tabela 13 pode-se verificar que todas as dimensões estão correlacionadas de forma positiva e estatisticamente significativas entre si e que a maioria destas correlações apresentam um bom coeficiente de correlação.

Tabela 14: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Ansiedade, Stress e Depressão e o Brief COPE

<i>Escala Brief COPE</i>	<i>Escala de Ansiedade, Stress e Depressão</i>		
	<i>Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Stresse</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<i>1. Coping Activo</i>	n.s.	n.s.	n.s.
<i>2. Planear</i>	n.s.	n.s.	n.s.
<i>3. Recurso ao suporte social por razões instrumentais</i>	0,15**	0,23**	0,20**
<i>4. Recurso ao suporte social por razões emocionais</i>	n.s.	0,14*	0,20**
<i>5. Religião</i>	0,14*	0,14*	n.s.
<i>6. Reinterpretação positiva</i>	-0,16**	-0,15*	n.s.
<i>7. Auto-culpabilização</i>	0,24**	0,28**	0,32**
<i>8. Aceitação</i>	n.s.	n.s.	n.s.
<i>9. Expressão de sentimentos</i>	0,17**	0,19**	0,34**
<i>10. Negação</i>	0,30**	0,41**	0,42**
<i>11. Auto-distração</i>	0,13*	0,17**	0,24**
<i>12. Desinvestimento comportamental</i>	0,38**	0,34**	0,28**
<i>13. Uso de substâncias</i>	0,28**	0,29**	0,17**
<i>14. Humor</i>	n.s.	n.s.	n.s.

*p<0,05 **p<0,01 N.S. Valores que não são significativos

Na tabela 14, estão representadas as correlações internas das escalas utilizadas para medir a Ansiedade/Stresse/Depressão e *Coping*, bem como as correlações resultantes do cruzamento destas duas variáveis principais.

É de realçar primeiramente que a Ansiedade, Stresse e Depressão não apresentam qualquer correlação com o “*Coping Activo*”, “*Planear*”, “*Aceitação*” e “*Humor*”.

De acordo com a tabela apresentada verifica-se que a Ansiedade, Stresse e Depressão apresentam correlações de carácter positivo e estatisticamente significativas com a Escala de Brief COPE, nomeadamente ao nível do “Recurso ao suporte ao social por razões instrumentais”, “Auto-culpabilização”, “Expressão de Sentimentos”, “Negação”, “Auto-distração”, “Desinvestimento comportamental” e “Uso de substâncias”.

O Recurso ao suporte social por razões instrumentais correlaciona-se com a Ansiedade, Stresse e Depressão, o que significa que à medida que as pessoas têm que recorrer mais à ajuda das outras pessoas, maior será a tendência para que os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão aumentem. Isto poderá ter a ver com o facto destas sentirem que dependem das outras pessoas, ficando mais ansiosas e com maiores níveis de stresse, porque sentem a sua independência mais comprometida.

Ao nível do “Recurso ao suporte social por razões emocionais”, verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a Ansiedade e o Stresse, isto poderá estar relacionado com o facto das pessoas não se sentirem compreendidas por algumas pessoas, ou seja, quanto mais a pessoa sentir que não é compreendida pelos outros, mais ansiosa irá estar e conseqüentemente mais viverá numa situação de stresse.

A religião está correlacionada com a Depressão e a Ansiedade. Quanto mais deprimida e ansiosa estiver uma pessoa, maior será a tendência ao recurso da sua crença religiosa, “agarrando-se a esta crença” com a perspectiva de que tendo fé poderá ultrapassar mais facilmente aquele período menos positivo na sua vida (depressão).

A “Reinterpretação Positiva” correlaciona-se negativamente e de forma estatisticamente significativa entre a Depressão e Ansiedade, o que parece indicar que quanto menos as

peças extraírem um valor positivo à situação de forma a torná-la mais favorável, maior serão os níveis de Depressão e Ansiedade apresentados.

A “auto-culpabilização” correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com todas as sub-escalas da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão. Quanto mais o indivíduo se sentir responsável por alguma coisa que possa ter feito de errado, maior será a tendência a aumentar os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão, isto porque poderá não se sentir bem com ele mesmo e com a sua própria consciência.

A “Expressão de Sentimentos” está correlacionada de forma estatisticamente significativa com a Ansiedade, Stresse e Depressão. Qualquer pessoa se estiver bem disposta, não irá ter tendência a ter tantos problemas ao nível da Ansiedade, Stresse e Depressão. Pelo contrário, uma pessoa que esteja triste, conseqüentemente terá mais dificuldades em exprimir as suas emoções levando a uma maior tendência para a Ansiedade, Stresse e Depressão.

A “Negação” correlaciona-se de forma estatisticamente significativa e com um bom coeficiente de correlação com a Ansiedade, Stresse e Depressão, significando que quanto mais o indivíduo tenta rejeitar a realidade imposta pelo stressor, maior será a probabilidade de aumentar os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão. A pessoa com depressão fecha-se no seu próprio mundo e rejeita muitas das coisas que se passam na realidade e que seriam fulcrais para a sua recuperação. A “Auto-distração” encontra-se correlacionada com os três níveis (Ansiedade, Stresse e Depressão). Quanto mais as pessoas tentam manter a mente ocupada para pensar menos no agente stressor maior será a tendência para vir a ter depressão, ansiedade ou stress. É como se fugindo dos problemas “tapasse o sol com a peneira” porém esse sofrimento irá surgir algum dia e aí sim os três níveis irão inevitavelmente aparecer. Se a pessoa enfrentar os problemas de

frente e conseguir resolvê-los na própria altura, ficará menos ansiosa e não viverá numa situação de stress.

O “Desinvestimento Comportamental” e o “Uso de substâncias” correlacionam-se de forma significativa com a Ansiedade, Stresse e Depressão. Relativamente ao primeiro quanto mais a pessoa desistir ou reduzir o esforço para atingir o objectivo que é ameaçado pelo stressor, maiores níveis de Ansiedade, Stress e Depressão irá apresentar. Quanto ao “Uso de substâncias”, quanto maior for o recurso ao álcool ou outras drogas como forma de se libertar do stressor, maior será a tendência a vir a aumentar os seus níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão.

Tabela 15: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão e Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar

<i>QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR</i>	<i>ESCALA DE ANSIEDADE, STRESSE E DEPRESSÃO</i>		
	<i>Depressão</i>	<i>Ansiedade</i>	<i>Stresse</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<i>1. Sistema Nervoso</i>	0,47**	0,55**	0,56**
<i>2. Sistema Respiratorio</i>	0,28**	0,28**	0,28**
<i>3. Sistema Muscular</i>	0,30**	0,39**	0,38**
<i>4. Sistema Digestivo</i>	0,33**	0,46**	0,41**

*p<0.05 **p<0.01 N.S. Valores que não são significativos

Na Tabela 15, podemos verificar que entre a Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão e o Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar, existem correlações positivas e estatisticamente significativas.

Constata-se que entre as dimensões Ansiedade e Stresse e Sistema Digestivo e entre o Sistema Nervoso e Depressão, Ansiedade e Stresse existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva, apresentando um bom coeficiente de correlação.

Verifica-se que à medida que aumentam as manifestações físicas de mal-estar ao nível do Sistema Nervoso, Sistema Respiratório, Sistema Muscular e Sistema Digestivo, aumentam também os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão.

Tabela 16: Correlação de Pearson para averiguar a correlação entre as dimensões da Escala de Brief COPE e o Questionário de manifestações Físicas de Mal-Estar

Escala Brief COPE	Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar			
	Sistema Nervoso	Sistema Respiratório	Sistema Muscular	Sistema Digestivo
	r	r	r	r
1. Coping Activo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2. Planear	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3. Recurso ao suporte social por razões instrumentais	n.s.	n.s.	0,157**	n.s.
4. Recurso ao suporte social por razões emocionais	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
5. Religião	0,17**	0,14*	0,13*	0,14*
6. Reinterpretação positiva	-0,15*	n.s.	n.s.	-0,16**
7. Auto-culpabilização	0,37**	0,17**	0,25**	0,30**
8. Aceitação	n.s.	n.s.	n.s.	-0,13*
9. Expressão de sentimentos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
10. Negação	0,26**	0,16*	0,21**	0,22**
11. Auto-distração	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
12. Desinvestimento comportamental	0,24**	0,17**	0,15*	0,13*
13. Uso de substâncias	0,15*	0,18**	n.s.	0,15*
14. Humor	-0,14*	n.s.	n.s.	-0,13*

*p<0.05 **p<0.01 n.s. Valores que não são significativos

De acordo com a Tabela 16, podemos ver que não existem correlações estatisticamente significativas entre o Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar e o “Coping Activo”, “Planear”, “Recurso ao suporte social por razões emocionais”, “Expressão de sentimentos” e “Auto-distração”.

Relativamente ao “Recurso ao suporte social por razões instrumentais” encontra-se correlacionado positivamente e de forma estatisticamente significativa com o Sistema

Muscular, o que significa que se a dor nas costas aumentar, será necessário recorrer mais à procura de assistência, para tentar minorar as dores.

A “Religião”, “Auto-culpabilização”, “Negação” e o “Desinvestimento comportamental” correlacionam-se de forma estatisticamente significativa com o Sistema Nervoso, Sistema Respiratório, Sistema Muscular e Sistema Digestivo.

A “Reinterpretação Positiva” correlaciona-se de forma negativa e estatisticamente significativa com o Sistema Nervoso e com o Sistema Digestivo, o que pode significar que se a pessoa tiver um aumento de fadiga, insónias, depressão, tensão geral, palpitações cardíacas e fraqueza menor será a tendência a extrair valor positivo à situação, o mesmo se passa ao nível do Sistema Digestivo, nomeadamente dores de estômago, diarreia e tonturas, que à medida que aumentam o valor de intensidade, menor será a tendência a ver o lado positivo da situação.

A “Aceitação” correlaciona-se de forma negativa e estatisticamente significativa com o Sistema Digestivo, significando que à medida que aumentam os sintomas ao nível do Sistema Digestivo, diminui a tendência da pessoa para aceitar que está a ter aqueles sintomas.

O “Uso de substâncias” correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com o Sistema Nervoso, Sistema Respiratório, e Sistema Digestivo. Quanto mais as pessoas recorrerem ao álcool ou outras drogas mais aumentam os sintomas ao nível do Sistema Nervoso, Sistema Respiratório e Sistema Digestivo, isto porque à medida que aumentam os consumos de álcool mais problemas podem vir a aparecer ao nível da Depressão e tonturas por exemplo.

Finalmente ao nível do humor, existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o Sistema Nervoso e o Sistema Digestivo, o que parece indicar que o humor diminui à medida que aumenta a frequência e intensidade dos sintomas ao nível

do Sistema Nervoso e Sistema Digestivo. Por exemplo se a pessoa estiver deprimida irá ter menos vontade de fazer piadas sobre situações do dia a dia, assim como se estiver com enjoos, menos terá a capacidade de fazer piadas, porque a sua intenção será recuperar o mais rapidamente possível.

No geral, e de acordo com a tabela 11, verifica-se que as correlações que existem entre as dimensões das duas escalas são estatisticamente significativas, apesar de modestas, sendo a dimensão “Auto-culpabilização” que apresenta o valor considerado mais estatisticamente significativo.

Em seguida, apresenta-se a relação entre as variáveis secundárias (Sexo, idade, universidade e ano que frequenta) e as variáveis principais (Ansiedade, Stresse e Depressão, *Coping* e manifestações Físicas de Mal-Estar)

Tabela 17: Teste t de Student para averiguar se existem diferenças entre os sexos relativamente às dimensões das três escalas: Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão, Escala Brief COPE, Questionário de manifestações Físicas de Mal-Estar e Dor

	<i>Sexo Masculino</i>		<i>Sexo Feminino</i>		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Ansiedade</i>	3,14	3,58	3,78	3,59	-1,33	n.s.
<i>Stresse</i>	4,90	3,86	6,97	4,05	-3,91	0,001
<i>Depressão</i>	3,55	3,61	4,14	3,74	-1,17	n.s.
<i>Coping Activo</i>	3,71	1,57	3,75	1,28	-0,19	n.s.
<i>Planear</i>	4,03	1,40	4,06	1,24	-0,19	n.s.
<i>Recurso ao suporte social por razões instrumentais</i>	2,82	2,01	3,00	1,42	-0,90	n.s.
<i>Recurso ao suporte social por razões emocionais</i>	2,62	1,61	3,54	1,63	-4,26	0,001
<i>Religião</i>	1,35	1,64	1,65	1,62	-1,38	n.s.
<i>Reinterpretação positiva</i>	3,41	1,45	3,09	1,33	1,80	n.s.
<i>Auto-culpabilização</i>	2,88	1,31	3,09	1,39	-1,15	n.s.
<i>Aceitação</i>	3,17	1,29	2,95	1,21	1,32	n.s.
<i>Expressão de sentimentos</i>	2,57	1,43	3,09	1,48	-2,66	0,08
<i>Negação</i>	1,64	1,38	2,16	1,38	-2,83	0,05
<i>Auto-distracção</i>	2,67	1,59	3,03	1,48	-1,77	n.s.
<i>Desinvestimento comportamental</i>	0,79	1,15	0,82	1,18	-0,18	n.s.
<i>Uso de substâncias</i>	0,74	1,44	0,31	0,95	2,96	0,003
<i>Humor</i>	2,63	1,40	2,46	1,43	0,93	n.s.
<i>Sistema Nervoso</i>	12,07	11,81	21,49	18,49	-4,08	0,001
<i>Sistema Respiratorio</i>	9,22	13,48	13,24	14,14	-2,14	0,033
<i>Sistema Muscular</i>	11,96	10,92	19,86	14,35	-4,33	0,001
<i>Sistema Digestivo</i>	4,36	6,57	10,16	10,95	-4,25	0,001
<i>Dor</i>	7,77	4,57	11,08	5,20	-4,87	0,001

*p<0.05 **p<0.01 n.s. Valores que não são significativos

O estudo das diferenças entre a variável Sexo e as dimensões Ansiedade, Stresse e Depressão, Estratégias de *Coping* e Manifestações Físicas de Mal-Estar, evidenciou diferenças estatisticamente significativas como podemos observar através da tabela 17.

O stresse apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, com o sexo feminino a apresentar níveis mais elevados nesta dimensão, do que o sexo masculino, o que significa que as raparigas têm mais stresse do que os rapazes.

Quanto à dimensão “Recurso ao suporte social por razões emocionais”, viu-se influenciada de forma estatisticamente significativa com a variável sexo onde o sexo feminino apresenta níveis mais elevados.

Ao nível da “Expressão de sentimentos” e da “Negação” também se verificam diferenças estatisticamente significativas, sendo que as raparigas tendem a utilizar mais estas duas dimensões do que os rapazes.

A dimensão “Negação” apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo, sendo que é o sexo feminino que apresenta níveis mais elevados nesta dimensão.

Relativamente ao “Uso de substâncias” existem diferenças estatisticamente significativas, onde o sexo masculino apresenta níveis mais elevados do que o sexo feminino.

A variável sexo é influenciada de forma estatisticamente significativa pelas dimensões Sistema Nervoso, Sistema Respiratório e Sistema Digestivo, sendo o grupo do sexo feminino o que apresenta níveis mais elevados em cada uma daquelas dimensões.

Finalmente a dor apresenta diferenças estatisticamente significativas perante o sexo, com o sexo feminino a apresentar níveis mais elevados de dor, isto é, são as raparigas que apresentam mais dores do que os rapazes.

Tabela 18: Correlação entre a variável idade e todas as dimensões das três escalas: Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão; Escala Brief COPE, Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar e Dor

	<i>IDADE</i>
	<i>r</i>
<i>Ansiedade</i>	n.s.
<i>Stresse</i>	n.s.
<i>Depressão</i>	n.s.
<i>Coping Activo</i>	n.s.
<i>Planear</i>	n.s.
<i>Recurso ao suporte social por razões instrumentais</i>	n.s.
<i>Recurso ao suporte social por razões emocionais</i>	-0,16**
<i>Religião</i>	n.s.
<i>Reinterpretação positiva</i>	n.s.
<i>Auto-culpabilização</i>	n.s.
<i>Aceitação</i>	n.s.
<i>Expressão de sentimentos</i>	n.s.
<i>Negação</i>	n.s.
<i>Auto-distracção</i>	-0,15*
<i>Desinvestimento comportamental</i>	n.s.
<i>Uso de substâncias</i>	n.s.
<i>Humor</i>	-0,12*
<i>Sistema Nervoso</i>	n.s.
<i>Sistema Respiratório</i>	n.s.
<i>Sistema Muscular</i>	n.s.
<i>Sistema Digestivo</i>	n.s.
<i>Dor</i>	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s. Valores que não são significativos

Na tabela 18, podemos verificar que as dimensões, “Recurso ao suporte Social por razões emocionais”, “Auto-distracção” e “Humor” apresentam correlações negativas, modestas e estatisticamente significativas com a idade.

Relativamente ao “Suporte Social por razões emocionais” pode significar que à medida que aumenta a idade existe uma menor tendência por parte dos participantes a procurar apoio moral.

Quanto “Auto-distracção”, à medida que aumenta a idade poderá existir um menor recurso a actividades para manter a mente ocupada e pensar menos no agente stressor.

Finalmente o “Humor” tende a diminuir à medida que aumenta a idade.

Para as variáveis Universidade e Ano da universidade que os estudantes frequentam foi utilizada a estatística Oneway ANOVA.

Tabela 19: Resultados do teste Oneway ANOVA entre a variável Universidade e todas as dimensões de cada uma das três escalas: Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão; Escala Brief COPE, Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar e Dor.

	<i>ES</i>		<i>EA</i>		<i>EE</i>		<i>ESTIG</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<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>Ansiedade</i>	4,59	3,53	2,74	3,12	4,02	4,14	3,23	3,52	4,17	0,007
<i>Stresse</i>	7,52	4,02	5,39	3,72	7,26	4,07	5,92	4,20	4,78	0,003
<i>Depressão</i>	4,08	3,58	3,17	3,52	4,33	3,44	4,45	4,07	1,78	n.s.
<i>Coping Activo</i>	4,17	1,06	3,66	1,46	3,87	1,41	3,30	1,35	6,73	0,001
<i>Planear</i>	4,43	1,08	4,01	1,29	4,45	1,28	3,49	1,28	10,34	0,001
<i>Recurso ao suporte social por razões instrumentais</i>	3,32	1,43	2,74	1,37	3,21	1,63	2,66	1,77	8,53	0,016
<i>Recurso ao suporte social por razões emocionais</i>	3,87	1,63	3,47	1,53	3,51	1,74	2,53	1,52	10,91	0,001
<i>Religião</i>	1,90	1,65	1,80	1,74	1,49	1,53	1,06	1,38	4,82	0,003
<i>Reinterpretação positiva</i>	3,12	1,38	3,45	1,41	3,30	1,60	2,92	1,15	2,16	n.s.
<i>Auto-culpabilização</i>	3,36	1,32	2,93	1,30	3,19	1,42	2,76	1,41	3,11	0,027
<i>Aceitação</i>	3,22	1,24	2,93	1,07	3,17	1,31	2,75	1,26	2,59	n.s.
<i>Expressão de sentimentos</i>	3,22	1,41	2,91	1,44	3,06	1,77	2,71	1,39	1,83	n.s.
<i>Negação</i>	2,16	1,40	2	1,34	2,09	1,61	1,89	1,32	0,60	n.s.
<i>Auto-distracção</i>	3,24	1,45	3,14	1,40	2,77	1,81	2,66	1,40	2,87	
<i>Desinvestimento comportamental</i>	0,90	1,26	0,60	0,95	0,62	0,99	1,03	1,31	2,45	n.s.
<i>Uso de substâncias</i>	0,43	1,20	0,34	1,11	0,55	1,35	0,41	0,87	0,36	n.s.
<i>Humor</i>	2,60	1,54	2,38	1,44	2,38	1,31	2,60	1,33	0,57	n.s.
<i>Sistema Nervoso</i>	24,07	18,47	16,69	15,23	19,11	16,08	16,41	18,69	3,43	0,018
<i>Sistema Respiratorio</i>	13,51	13,35	14,21	15,54	13,30	14,14	8,92	13,19	2,37	n.s.
<i>Sistema Muscular</i>	17,94	11,72	18,08	13,39	21,36	15,16	15,99	15,79	1,48	n.s.
<i>Sistema Digestivo</i>	10,19	10,88	8,94	10,74	9,54	11,18	6,77	8,89	1,66	n.s.
<i>Dor</i>	10,89	4,79	10,27	5,17	11,49	5,18	8,93	5,66	3,11	0,027

ES – Escola Superior de Saúde; EA – Escola Superior Agrária; EE – Escola Superior de Educação; ESTIG – Escola Superior de Tecnologia e Gestão

*p<0.05 **p<0.01 n.s. Valores que não são significativos

No que respeita à variável Universidade, apresentam-se para análise, quatro universidades: Escola Superior de Saúde, Escola Superior Agrária, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

Na tabela 19, encontram-se descritas as relações estatisticamente significativas entre a Universidade e a Ansiedade, Stresse, *Coping* Activo, Planear, Recurso ao suporte social por razões instrumentais, Recurso ao suporte social por razões emocionais, Religião, Auto-culpabilização, Auto-distracção, Sistema Nervoso e Dor.

Em todas as dimensões onde existem diferenças estatisticamente significativas, à excepção da dimensão “Planear” e “Dor”, a universidade que apresenta maiores valores relativamente à média, é a Escola Superior de Saúde.

Nas dimensões “Planear” e Dor a universidade que apresenta níveis mais elevados é a Escola Superior de Educação.

De todas as dimensões aquelas que apresentam diferenças consideradas mais significativas são, o Stresse, o *Coping* activo, Planear, Recurso ao suporte social por razões emocionais e Religião

Tabela 20: resultados do teste Oneway ANOVA entre a variável ano que frequentam e as dimensões das três escalas: Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão, Escala Brief COPE, Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar e Dor

	1		2		3		4		5		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Ansiedade</i>	4,25	4,06	3,54	3,49	3,24	2,82	3,41	3,72	3,50	3,43	0,66	n.s.
<i>Stresse</i>	7,40	4,43	5,72	4,11	7,07	4,12	6,28	3,52	6,50	4,27	1,85	n.s.
<i>Depressão</i>	4,52	4,16	3,71	4,02	3,95	3,25	3,89	3,19	4,79	3,63	0,640	n.s.
<i>Coping Activo</i>	3,84	1,16	3,86	1,40	3,90	1,45	3,50	1,31	3,25	1,59	1,69	n.s.
<i>Planear</i>	4,16	1,13	4,23	1,32	4,10	1,36	3,96	1,29	3,20	1,20	2,94	0,021
<i>Recurso ao suporte social por razões instrumentais</i>	3,31	1,72	3,11	1,83	2,95	1,50	2,57	1,18	2,50	1,24	2,49	0,044
<i>Recurso ao suporte social por razões emocionais</i>	3,63	1,68	3,23	1,68	3,36	1,85	3,37	1,48	2,26	1,71	2,71	0,031
<i>Religião</i>	1,77	1,99	1,53	1,60	1,52	1,52	1,74	1,53	0,75	1,02	1,72	n.s.
<i>Reinterpretação positiva</i>	3,20	1,51	3,09	1,26	3,43	1,21	3,21	1,51	2,95	1,28	0,60	n.s.
<i>Auto-culpabilização</i>	2,98	1,48	3,11	1,27	3,29	1,40	2,96	1,32	2,75	1,71	0,70	n.s.
<i>Aceitação</i>	2,92	1,31	3,22	1,24	2,86	1,22	3,03	1,13	2,65	1,42	1,31	n.s.
<i>Expressão de sentimentos</i>	3	1,69	2,96	1,44	3,19	1,50	2,89	1,35	2,55	1,50	0,680	n.s.
<i>Negação</i>	2,13	1,55	2,06	1,34	2,14	1,42	1,93	1,33	1,75	1,33	0,45	n.s.
<i>Auto-distracção</i>	3,05	1,73	3,11	1,40	2,98	1,44	2,86	1,54	2,25	1,33	1,47	n.s.
<i>Desinvestimento comportamental</i>	0,74	1,08	0,93	1,22	0,85	1,31	0,74	1,10	0,70	1,30	0,41	n.s.
<i>Uso de substâncias</i>	0,48	1,39	0,42	0,94	0,33	1,10	0,50	1,21	0,15	0,49	0,49	n.s.
<i>Humor</i>	2,38	1,61	2,62	1,34	2,86	1,37	2,21	1,38	2,75	1,29	1,92	n.s.
<i>Sistema Nervoso</i>	24,40	22,28	17,80	17,34	18,83	13,08	18,04	14,18	16,55	21,73	1,62	n.s.
<i>Sistema Respiratorio</i>	16,60	16,63	8,98	10,05	11,17	11,46	13,55	15,10	14	19,51	3,01	0,019
<i>Sistema Muscular</i>	20,61	14,84	16,35	13,70	14,80	10,36	19,40	13,52	19,40	19,06	1,61	n.s.
<i>Sistema Digestivo</i>	10,34	13,65	8,61	10,23	7,28	7,14	9,42	9,87	5,95	7,22	0,98	n.s.
<i>Dor</i>	10,88	5,65	9,86	5,25	9,66	4,34	10,79	4,67	10,10	7,19	0,68	n.s.

*p<0.05 **p<0.01 n.s. Valores que não são significativos

Na tabela 20, encontram-se descritas as relações estatisticamente significativas entre o ano da universidade que os estudantes frequentam e as três escalas.

Constata-se que são as dimensões Planear, Recurso ao suporte social por razões instrumentais e Recurso ao suporte social por razões emocionais que apresentam diferenças consideradas estatisticamente significativas.

Relativamente à dimensão Planear, os níveis mais elevados verificam-se nos estudantes que frequentam o 2º ano (M= 4,23).

Quanto às duas outras dimensões, verifica-se que os estudantes que frequentam o 1º ano da universidade recorrem mais às estratégias de *coping*: Recurso ao suporte social por razões instrumentais (M= 3,31) e Recurso ao suporte social por razões emocionais (M= 3,63).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentados os resultados, a presente secção será dedicada à discussão, começando pela análise da forma como se comportam entre si cada uma das variáveis principais, Stress, Ansiedade, Depressão, *Coping* e Dor.

No caso da Escala de Ansiedade, Stresse e Depressão, a correlação positiva entre as suas três dimensões, demonstrou ser estatisticamente significativa, que prova que cada uma destas dimensões estão fortemente relacionadas entre si e, quando uma delas aumenta, a outra tende a acompanhar inevitavelmente esse aumento.

Estas três dimensões parecem estar muito presentes no quotidiano dos participantes, que têm que ser capazes de responder aos desafios que lhe são propostos no seu dia a dia a nível académico.

Quanto ao *coping*, verificou-se que as dimensões que apresentaram melhores correlações com as restantes, foram o “Recurso ao suporte social por razões instrumentais” e “Expressão de sentimentos”.

À semelhança dos resultados encontrados no estudo de Carver *et. al.*, (1989), verificou-se que os estudantes recorrem preferencialmente à reinterpretação positiva, ao *coping* activo, ao suporte social por razões instrumentais e à auto-distração.

O Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar apresenta correlações significativas entre as suas dimensões, apresentando este um bom coeficiente de correlação.

Estes resultados parecem estar de acordo com o que se esperaria, tendo em conta os vários desafios que diariamente põem à prova a resistência física e psicológica dos estudantes.

Ao analisar as correlações entre as várias variáveis principais, nomeadamente a Ansiedade, Stresse e Depressão com o *coping* é interessante verificar que todas as correlações entre si vão de encontro ao que se estava à espera, isto é, parece-nos bastante interessante verificar que o Recurso ao suporte social por razões instrumentais, Religião, Auto-culpabilização, Expressão de Sentimentos, Negação, Auto-distracção, Desinvestimento comportamental e Uso de substâncias se correlacionam todas de forma positiva com a Ansiedade, Stresse e Depressão, sendo que a associação mais forte se verifica entre a Negação e a Ansiedade e o Stresse e a menos forte é entre a Auto-distracção e a Ansiedade, Stresse e Depressão.

Quanto à Negação parece ser evidente que quanto mais altos são os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão, maior será a tendência para existir uma maior tentativa de rejeitar a realidade.

O mesmo se constata no caso da Auto-distracção, em que à medida que aumentam os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão menor é a tendência por parte das pessoas a voltar-se para outras actividades para manter a mente ocupada e pensar menos no agente stressor.

Através da correlação entre a Ansiedade, Stresse e Depressão com as Manifestações Físicas de Mal-Estar pode-se constatar que todos se encontram interligados, isto é, se as pessoas tiverem algum problema físico, inevitavelmente vão-se sentir mais fragilizadas

a nível físico e psicológico, aumentando assim os níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão.

Entre as manifestações físicas de mal-estar e o *coping* existem correlações estatisticamente significativas, sendo que a associação mais forte se encontra ao nível da dimensão Auto-culpabilização, isto significa que à medida que o indivíduo tem que admitir uma certa responsabilidade ou que sente que algo de errado tendem a aumentar as manifestações físicas ao nível do Sistema Nervoso, Sistema Respiratório, Sistema Muscular e Sistema Digestivo, é como se ao sentir-se culpado todo o seu corpo se viesse a ressentir mais ao nível físico.

Com o objectivo de responder às várias questões de investigação recorreu-se ao teste t de *Student* e Oneway ANOVA para verificar se existiam diferenças entre o Sexo, a Universidade e o Ano que frequentam e as Escalas de Ansiedade, Stress e Depressão, Brief COPE, Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar e Dor.

No que diz respeito ao Stresse são as raparigas que se registam valores mais elevados, podendo-se dizer que os rapazes quando estão perante uma situação de stress tendem a saber controlar-se melhor do que as raparigas.

Ao nível da Ansiedade e Depressão não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino, o que significa que tanto os rapazes como as raparigas tendem a reagir da mesma maneira perante situações de ansiedade e depressão.

Quanto à variável dor constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino, sendo as raparigas as que apresentam níveis mais elevados de dor, resultados semelhantes aos encontrados por Crook e *col.*

(1984, cit. por Coniam & Diamond, 1999) que através de um estudo realizado em 500 lares escolhidos ao acaso no Canadá chegaram à conclusão que a dor é referida com mais frequência pelas mulheres.

No que diz respeito à idade optou-se por fazer uma correlação entre as várias escalas e verificou-se que foram poucos os resultados estatisticamente significativos e os que foram significativos, apresentavam correlações negativas, o que indica que à medida que a idade aumenta diminui o Recurso ao suporte social por razões emocionais, Auto-distracção e Humor.

Analisando as possíveis diferenças entre a universidade que os estudantes frequentam e as três escalas, pode-se constatar que existem diferenças ao nível da Ansiedade e Depressão, sendo que é na Escola Superior de saúde que se verificam os maiores valores.

Ao nível da Dor apresentam-se diferenças estatisticamente significativas entre as várias universidades, sendo que é na Escola Superior de Educação onde os estudantes referem ter mais dores.

Finalmente, e de acordo com o teste Oneway ANOVA pode-se verificar que entre o ano que os estudantes frequentam na universidade e as três escalas apenas existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias de *coping* “Planear”, “Recurso ao suporte social por razões instrumentais” e “Recurso ao suporte social por razões emocionais”, relativamente à dimensão “Planear” verifica-se que os valores mais elevados se situam ao nível do 2º ano.

Quanto às dimensões “Recurso ao suporte social por razões instrumentais e emocionais” os níveis mais elevados situam-se no 1º ano.

CONCLUSÃO

Com a entrada do estudante no ensino superior, há manifestamente um aumento de stressores e uma insegurança sobre as estratégias mais apropriadas para lidar com os mesmos, o que poderá, conseqüentemente, resultar numa redução da percepção de controlo sobre a sua vida sendo, por isso, passível o desenvolvimento de algum mal-estar psicológico (Chickering & Havighurst, 1988, cit. *in* Humphrey *et. al.*, 1998).

De uma forma geral, os resultados obtidos a partir de uma população de estudantes universitários, permitem concluir que as raparigas recorrem a mais estratégias de *coping* do que os rapazes, o que parece evidenciar que os estudantes do sexo masculino parecem ter mais auto-confiança na resolução dos seus problemas, quanto aos níveis de Ansiedade, Stresse, Depressão e Dor são as raparigas que apresentam valores mais elevados de Stress e Dor. Relativamente à Ansiedade e Depressão apresentam níveis semelhantes, significando que a questão de investigação não se confirma nesta investigação, isto é, os resultados não vão de encontro à questão inicialmente proposta, uma vez que o que se esperava era que não houvessem diferenças ao nível da Ansiedade, Stress, Depressão e Dor nos rapazes e raparigas.

A este propósito, Baptista (1999) referiu, após investigação sobre estratégias de *coping*, que as estudantes do sexo feminino, sobretudo as que admitem mais experiências de stress revelam-se menos confiantes nas suas capacidades. Ora, no nosso estudo, os dados estão próximos do que defende esta autora, uma vez que encontramos que são os estudantes do sexo masculino que se revelam mais confiantes nas suas competências de *coping*.

Relativamente às diferenças entre o sexo masculino e feminino encontradas nesta investigação e tendo em conta os resultados das três escalas e a dor, verifica-se que são as raparigas que apresentam valores mais elevados, possivelmente este resultado foi explicado, por um lado, pelo facto das estudantes evidenciarem menos confiança nos seus recursos de *coping*, sentindo, deste modo, menos apoiadas, e por outro lado, pelo facto delas também revelarem uma tendência menor na minimização dos problemas, percepcionando assim os acontecimentos académicos com maior intensidade em termos de stresse. No entanto, num estudo de Supe (1998), ele refere que o stresse académico não difere significativamente em função do sexo.

Ao nível da idade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da Ansiedade, Stresse, Depressão e Dor, apenas em algumas dimensões do *coping*, o que parece indicar que à medida que a idade aumenta os estudantes vão-se tornando mais autónomos e com maior capacidade de fazer face às várias preocupações e responsabilidades que vão surgindo na sua vida.

No que diz respeito às universidades que estes estudantes frequentam, existem diferenças ao nível da Ansiedade, Depressão e Dor. Os maiores valores apresentados na Escola Superior de Saúde relativamente à Ansiedade e Depressão poderão ser explicados pelo facto dos estudantes de enfermagem lidarem com várias situações complicadas ao longo do seu curso, isto porque desde muito cedo têm estágios académicos e têm que se confrontar com situações complicadas ao nível das várias doenças e não é por acaso que em quase todas as dimensões que apresentam diferenças estatisticamente significativas, os maiores valores encontram-se na Escola Superior de Saúde, revelando que os estudantes nesta universidade recorrem a mais estratégias de *coping* do que os estudantes das outras universidades.

Segundo McIntyre e colaboradores (2001), o sofrimento evidenciado pelos profissionais de saúde “faz-se sentir a nível físico, emocional e social, e provém de aspectos organizacionais, como a sobrecarga de trabalho, aspectos sócio-emocionais, como lidar com as exigências emocionais do doente” (p.198).

Em cada fase do seu percurso académico, o estudante é submetido a toda uma série de situações que o põem à prova e nomeadamente que põem à prova a sua capacidade de adaptação. O início do percurso na universidade pressiona os indivíduos para uma competição intensa. Neste contexto, uns necessariamente “ganham” e outros “perdem”, e tudo isto à custa de um significativo esforço individual que pode levar à depressão.

Quanto à dor é na Escola Superior de Educação que se verificam os maiores valores, indicando que os estudantes daquela universidade têm mais dores que os das outras universidades.

Finalmente, em relação ao ano que estes estudantes universitários frequentam constatou-se que só existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de três dimensões do *coping*. Sendo que é no 2º ano que se verificam valores mais elevados ao nível da dimensão “Planear” o que parece indicar que é nesse ano que muitos estudantes pensam nos passos que têm que tomar ou na melhor forma de lidar com os problemas.

Estes resultados vão de encontro aos estudos de Costa e Campos (1986) que sugeriram, após a análise dos resultados da sua investigação que é no 2º ano que o estudante se encontra envolvido numa crise, explorando e avaliando alternativas, na procura de definição da identidade.

No 1º ano verificam-se diferenças nas dimensões “Recurso ao suporte social por razões instrumentais e emocionais”, isto parece ser evidente, uma vez que é neste ano que existem ainda muitas dúvidas relativamente ao curso, daí a maior necessidade de procura de assistência e informação, assim como um aumento da procura de apoio moral, simpatia e compreensão, estes resultados vão de encontro ao que Wintre e Sugar (2000) defendem, isto é, a adaptação à universidade, como momento de transição, subentende mudanças associadas, em grande parte à saída de casa e consequente separação da família e dos amigos, ao confronto com um meio desconhecido e a exigências sociais de maior autonomia, muitas vezes geradoras de níveis exagerados de stresse e ansiedade.

Existem momentos na vida em que é preciso procurar assistência, informação e conselhos sobre o que fazer com o stressor, sendo para isso necessário expressar as suas emoções e sentimentos de forma que possa surgir uma solução para lidar com a situação ou problema que poderá estar a dificultar a sua melhor adaptação ao seu dia a dia. Encontrando alguém em quem possa confiar e desabafar será positivo para poder superar os obstáculos que possam surgir na sua vida.

No fundo através das correlações entre a Ansiedade, Stresse e Depressão e *coping* pode-se constatar que no geral os estudantes que não apresentam níveis de Ansiedade, Stresse e Depressão terão menos necessidade de recorrer a estratégias de *coping*, uma vez que se encontram bem fisicamente e psicologicamente para dar resposta às adversidades que possam vir a surgir.

De acordo com Ting e Robinson (1998), “o desenvolvimento pessoal do estudante universitário é considerado um indicador relevante da sua adaptação académica, integrando a o assumir de responsabilidades pelos próprios actos, a gestão de mudança,

o desenvolvimento da autonomia, a confrontação com situações de stress, a gestão do tempo e a obtenção de níveis adequados de auto-disciplina (cit. por Araújo, 2005, p.67). Estas condições são imprescindíveis a uma adaptação bem sucedida ao ensino superior.

A sociedade actual apresenta características que a tornam radicalmente diferente das precedentes. A mudança tornou-se uma constante, ocorrendo a um ritmo acelerado.

Transitou-se de uma sociedade industrial para uma outra baseada na criação, processamento e distribuição da informação, sendo esta o seu principal recurso estratégico e a mais-valia aumentada pelo conhecimento.

Ter que ser capaz de gerir recursos e tempo são capacidades que se desenvolvem com a entrada no ensino superior. O confronto com o ensino superior é considerado como uma ruptura com a continuidade. Na maior parte dos casos é a primeira saída de casa para o início que virá a ser a sua vida independente. Esta mudança leva a uma necessidade de criação de mecanismos de adaptação quer a nível físico, social, emocional ou académico. Nas duas principais vertentes (social e académica) encontram-se dois pontos de referência, os diferentes níveis de exigência a nível académico e as questões referentes à integração.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação reside no facto da amostra não ser representativa da população a que se refere, por ter sido apenas recolhida em Beja, não se podendo assim generalizar-se os resultados desta investigação. Desta forma, as conclusões retiradas só serão válidas para este grupo de estudantes universitários.

Porém, o facto, da amostra só ter sido recolhida em Beja, não diminui o interesse do estudo, uma vez que os resultados poderão, talvez permitir o levantamento de aspectos relevantes que possam ser úteis para o desenrolar de futuras investigações nesta área.

BIBLIOGRAFIA

Abramovich, N. B. (1989). Le stress: a tout majeur du dirigeant. In EAP, *Psychologie du travail: Nouveaux enjeux development de l’homme au travail et development des organisations*. Montréal.

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Ballone, G. (2000). *Ansiedade, Estresse e Esgotamento*. Consultado em 12 Janeiro de 2007 através de <http://Psiqweb-sites.uol.com.br/gballone/ansiedade.html>.

Baptista, N. (1999). *The use of selected coping strategies as predictors of academic performance in medical school*. Michigan State University.

Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn & Bacon.

Bond, M. R. (1985). Cancer pain: Psychologic substrates and therapy. *Clinical Journal of Pain, 1*, 99-104.

Bowers, K. (1968). Pain, anxiety and perceived control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 596-602.

Brannon, L., & Feist, J. (1992). *Health Psychology*. CA: Brooks-Cole.

Brantley, P. J., & Thomson, B.T. (1995). Stress and Stress Management. In a Goreczny (Ed.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology*, 265-280. New York and London: Plenum Press.

Brown, J. D., & Lawton, M. (1996). Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *Journal of Human Stress*, 12, 125-131.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing *coping* strategies: A theoretically based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational *coping* and *coping* dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.

Carver, C. S. (1997). You want to measure *coping* but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Compas, B. E. (1987). *Coping* with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 393-403.

Cautela, J. R. (1986). Covert conditioning and the control of pain. *Behavior Modification*, 10(2), 205-217.

Chapman. C. R., & Bonica, J. J. (1985). *Chronic pain (current concepts)*. Kalamazoo, MI: The Upjohn Co.

Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). *Coping with stressful events in older children, and young adolescent. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.

Costa, J., & Campos, B. (1986). Identidade de estudantes universitários: diferenças de curso e de sexo. *Cadernos de Consulta Psicológica, 2*, 5-11.

Coyre, J., & Holroyd, K. (1982). Stress, *coping* and illness: A transactional perspective. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, 103-128. New York: Plenum Press

Craig, K. D. (1984). Emotional aspects of pain. In: P. D. Wall & R. Melzack (Edts.). *Textbook of pain*. London: Churchill/Livingstone.

Cruz, J. F., & Barbosa; L. G. (1998). Stress, Ansiedade e confronto psicológico na competição desportiva: uma nova abordagem de natureza cognitiva, motivacional e relacional. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 3*, 21-70.

Diamond, A., & Coniam, S. (1997). *Controlo da dor*. Lisboa: Climepsi Editores.

Diamond, A., & Coniam, S. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Evans, P. (1998). Stress and *coping*. In M. Pitts, & K. Philipps (Eds.), *The psychology of health: an introduction* (2nd Edition), 47-67. London: Routledge.

Ferreira, I. (1993). Importância do *coping* no rendimento escolar. *Psiquiatria Clínica*, 3, 187-195.

Folkman, S., & Lazarus, R., (1985). If it change it must be a process: Study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Fontaine, O., Kulbertus, H. & Etienne, A. (1998). *Stress e Cardiologia*. Lisboa : Climepsi Editores.

Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D. S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.

Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicosomática – Perspectivas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Holroyd, K. A., & Lazarus, R. S. (1985). *Stress, Coping, and Somatic Adaptation*. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress*, 21-31. New York: Free Press.

Humphrey, R., McCarthy, P., Popham, F., Charles, Z., Garland, M., Gooch, S., Hornsby, K., Houghton, C., & Muldoon, C. (1998). Stress and the contemporary student. *Higher education quarterly*, 52(2), 221-242.

IASP (1986). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In: H. Merskey (edt.). *Pain*, (Suppl. 3), S1-S226.

International Labour Office (1993). *World Labour Report*: Genève.

Lander, J. (1990). Clinical judgements in pain management. *Pain*, 42, 15-22.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and Coping process*. New York: Mc Graw-Hill.

Lazarus, R. S. (1977). *Stress and Coping*. New York: Columbia University Press.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruñe, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, *coping*, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Lazarus, R., Smith (1990). Emotion and adaptation. In L. Terwin (ed.), *Research Topics*. New York: The Guilford Press, 609-637.

Lazarus, R. (1992). Coping with the stress of illness. *Who Regional Publications. European Series*, 46, 11-31.

Lazarus, R. (1993). *Coping theory and research: past, present and future. Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Leal, M. F. (1995). *Stress e Burnout*. Porto: Bial.

Lee, M., & Larson, R. (1996). Effectiveness of *coping* in adolescence: The case of Korean Examination Stress. *International Journal of Behavioral Development*, 19, (4), 851-869.

Lewis, J., Sperry, L., & Carlson, J. (1993). *Health counselling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Lipp, M. E, & Malagris, L. N. (1995). Manejo do stress. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.

Loeser, J. D. (1986). Pain and its management: an overview. In: National Institute of Health Consensus Development Conference. *Integrated Approach to Management of Pain*, 17-19. Bethesda.

López de Roda, A. (1989). *Estrés psicosocial, apoyo social y depression en mujeres. Un estudio empirico en Araunjuez*. Tesis doctoral apresentada a la Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

López de Roda, A. B. (1997). Estrés psicosocial y salud. In M. I. Hombrados (Ed.), *Estrés y Salud*, 71-94. Valencia; Promolibro.

Lovullo, W. (1997). *Stress and Health*. London: Sage.

McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (2001). *Estudo aprofundado da satisfação profissional, stress e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte – Centros de Saúde*. Administração Regional de Saúde – Norte.

Melo, N.A. (1979). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, Lda.

Monat, A., & Lazarus, R. (1991). Stress and *coping* – some current issues and controversies. In A. Monat & R.S. Lazarus, (Eds.), *Stress and Coping: an anthology*, 3^a Ed., 1-16. Columbia: University Press.

Moos, R., & Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring *coping* resources and processes. In L. Goldberger & Bresnitz (Eds.), *Handbook of Stress*. New York: Macmillan.

Moos, R., & Schaefer, J. (1987). Life transitions and crises: a conceptual overview. In R. H. Moos (Ed.). *Coping with life crises: an integrated approach*, 3-28. New York: Plenum Press.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa : Climepsi Editores.

Patterson, J., & Schulman, S. (1990). *Coping* style in adolescence: a cross-cultural study. *Journal of Cross-cultural Psychological*, 21, 351-377.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of *coping*. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21.

Peregrino, A. (1996). Ansiedade normal e patológica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(3), 129-178.

Pereira, A. (1991). *Coping, Auto-conceito e Ansiedade Social (sua relação com o rendimento escolar)*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Pereira, A. (1997). *Stress e Coping no aluno universitário*. Actas do VI Seminário, A componente de Psicologia na Formação de Professores e outros agentes Educativos. Évora: Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora.

Philips, H. C., & Rachman, S. (1996). *The Psychological Management of Chronic Pain. A Treatment Manual*. (2ª Ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.

Pimenta, C. A., & Teixeira, M. J. (1995). Síndromes dolorosas. *Revista de Medicina. Dor, edição especial*, 65-66.

Ribeiro, J.L.P. (1996). A intervenção sobre a dor no contexto da psicologia da saúde. *Jornal de Psicologia, 2ª série, 1*, 23-45.

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J., Meneses, R., Meneses, I., & Gru. Po-QDV (1998). Avaliação da Qualidade de Vida em crianças com diabetes tipo I. *Análise Psicológica, I (XVI)*, 91-100.

Roche Consumer Health (2000). *Distúrbios mentais. O stress afecta o equilíbrio dos transmissores neuroquímicos do cérebro*. Consultado em 14 Janeiro de 2007 através de www.roche.com.br/rch/berocal/sintomas-09htm

Santos, A. M., & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica, 4 (XVI)*, 675-690.

Sarafino, E.P. (1990). *Health and psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.

Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial Interactions (2ª ed.)*. New York: Wiley.

Seara, J. (1993). *El stress: un fenomeno de nuestro tiempo*. Salamanca: Universidade de Salamanca.

Sekiou, L., Blandin, L., Fabi, B., Besseyre des Horts, C., & Chevalier, F. (1993). *Gestion des ressources humaines*. France : De Boek Université.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: Mc Graw-Hill.

Serra, A. (1988). Um estudo sobre *Coping*: O inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica, 9 (4)*, 301-316.

Serra, A.V. (1989). Stress. *Coimbra Médica*, 10, 31-141.

Serra, A. V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor

Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.

Silva, C., & Firmino, H. (1988). Stress e imunocompetência. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 209-212.

Sternbach, R. A. (1966). *Principles of psychophysiology*. New York: Academic Press.

Stoney, C. M., Davis, M. C., & Mathews, K. A. (1987). Sex differences in physiological responses to stress and coronary heart disease: a causal link? *Psychophysiology*, 24, 127-131.

Supe, A. N. (1998). A study of stress in medical students in medical College. *Journal of Postgraduate Medicine*, 44(1), 1-6.

Tait, R., Chibnall, J., & Margolis, R. (1990). Pain extent: relations psychological state, pain severity, pain history, and disability. *Pain*, 41, 295-301.

Taylor, S. E., & Aspinwall, L.G. (1992). Modeling Cognitiv Adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and *coping* and college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.

Ting, S., & Robinson, T. (1998): first year academic success: a prediction combining cognitive and psychosocial variables for Caucasian and African american students. In B. Araújo (Eds.). *Vivências, satisfação e rendimento académicos em estudantes de enfermagem*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Turk, D. C., & Melzack, R. (1992). *Handbook of Pain Assessment*. New York: The Guilford Press.

Vallejo, R. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. Masson.

Wintre, M., & Sugar, L. (2000). Relationships with parents, personality, and the university transition. *Journal of College Student Development*, 41(2), 202-214.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

ANEXO 2

ESCALA DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO

ANEXO 3
Brief COPE

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR

ANEXO 5

*TABELAS DO SPSS DAS FREQUÊNCIAS, CORRELAÇÕES, t DE
STUDENT e Oneway ANOVA*