



Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação
2010

**Susana Margarida
Rodrigues Custódio**

***Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em
Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico***



**Susana Margarida
Rodrigues Custódio**

**Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em
Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Graça Maria Santos Batista Seco, Professora-Adjunta de Nomeação Definitiva do Departamento de Ciências Sociais da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria.

O júri

Presidente

Prof. Doutor **António Ferreira Pereira de Melo**

Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor **Feliciano Henriques Veiga**

Professor Associado com Agregação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

Prof. Doutora **Anabela Maria de Sousa Pereira**

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro (**Orientadora**)

Prof. Doutora **Ana Cardoso Allen Gomes**

Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora **Graça Maria dos Santos Batista Seco**

Professora Adjunta da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria (**Co-Orientadora**)

Prof. Doutor **Carlos Manuel de Sousa Albuquerque**

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Agradecimentos

A concretização deste trabalho só foi possível graças ao suporte e colaboração de diversas pessoas a quem se deseja expressar (formalmente) os mais sinceros agradecimentos e uma palavra de apreço.

À Professora Doutora Anabela Pereira, orientadora deste trabalho, pela sua disponibilidade, apoio, confiança, entusiasmo e pela hábil orientação e saber partilhado ao longo deste processo.

À Professora Doutora Graça Seco, pela amabilidade com que se dispôs a co-orientar este trabalho, pelas orientações, reflexões e sugestões que permitiram a concretização do mesmo e também pelo suporte social e amizade.

Às Escolas Superiores de Saúde, concretamente aos seus directores, professores e estudantes que tão prontamente possibilitaram a realização do estudo.

À Isabel Dias e à Isabel Pereira pelo apoio, carinho, incentivo, pelas orientações e partilha dos bons (e menos bons) momentos.

À Professora Doutora Helena Catarino e à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe pelo envolvimento e colaboração na construção do instrumento e no processo de recolha de dados e pelo seu constante incentivo.

Ao Paulo pela perspectiva de vida optimista, pela partilha de experiências e sugestões e pelo apoio.

Aos meus pais pelo suporte instrumental e, fundamentalmente, pelo suporte emocional, sempre constante neste percurso e em todas as fases da minha vida.

À minha irmã pelo carinho, apoio e incentivo sempre presentes.

Aos meus sobrinhos pelos seus sorrisos e abraços calorosos, autênticos factores protectores dos efeitos negativos do *stress*.

Ao João pelo incentivo e presença constante.

Aos meus amigos e familiares que de uma forma mais ou menos directa contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

A todos os colegas da ESSLei pelo apoio e incentivo.

Por último, a todas as pessoas que me ajudaram a lidar com o *stress*, sob a forma de ameaça e desafio, que este trabalho me provocou... obrigada pelo suporte social incondicional...

Foi um processo pautado, em certos momentos, por uma percepção de ameaça, mas sempre de constante desafio, tendo por base uma sólida rede de suporte social e uma perspectiva optimista.

Palavras-chave

Stress, Coping, Suporte Social, Auto-Estima, Optimismo, Saúde, Enfermagem, Ensino Clínico

Resumo

O *stress* é um processo presente nas vivências do quotidiano dos indivíduos com implicações a nível do seu bem-estar e saúde. No caso específico dos estudantes de Enfermagem, o ensino clínico tem sido identificado como uma componente de formação geradora de elevados níveis de *stress*.

O presente estudo tem como principal objectivo analisar as inter-relações que se estabelecem entre a percepção de situações de *stress*, saúde, *coping*, suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo. Pretende-se construir e validar dois instrumentos, um de avaliação das situações indutoras de *stress* em ensino clínico de Enfermagem (ECE) e outro de avaliação dos sintomas de *stress*. Outro objectivo consiste em traduzir e adaptar duas escalas, uma de avaliação da auto-estima e outra do optimismo-pessimismo. Pretende-se ainda estudar referidos constructos em função de variáveis sócio-demográficas e de caracterização do ensino clínico realizado.

O estudo desenvolvido, de natureza quantitativo, correlacional e transversal, baseou-se numa amostra de 1283 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de cinco Escolas Superiores de Saúde da Região Centro de Portugal.

Foi utilizado um protocolo de investigação constituído por 7 instrumentos: Caracterização sócio-demográfica e do ECE, Escala de *Stress* em ECE, Escala de Sintomas de *Stress*, Questionário de Estratégias de *Coping*, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Escala de Auto-Estima e Escala de Optimismo-Pessimismo.

Os resultados obtidos sugerem que, ao nível das escalas, tanto as construídas no âmbito deste trabalho, como as traduzidas apresentam validade e valores satisfatórios ao nível da fidelidade, constituindo-se então como instrumentos adequados e úteis para o estudo dos constructos em questão.

As situações percebidas como geradoras de maior *stress* referem-se à avaliação, aspectos pessoais e gestão do tempo e do trabalho. Em termos de sintomas de *stress*, os mais frequentes são de natureza física e cognitivo-emocional. Em termos de estratégias de *coping*, os estudantes parecem recorrer com mais frequência às estratégias centradas nos problemas. Os estudantes da nossa amostra referem uma maior satisfação a nível do suporte social com a intimidade e evidenciam níveis positivos em termos de auto-estima e optimismo. O sexo dos estudantes, o ano de frequência do curso e variáveis de caracterização do ECE exercem um efeito diferencial nas problemáticas em estudo.

Consideramos que a identificação das situações indutoras de *stress* em ECE, bem como a avaliação dos seus efeitos na saúde dos estudantes e a compreensão dos mecanismos de *coping* podem contribuir para o desenvolvimento de programas de gestão e controlo do *stress* que os capacitem para transformar os desafios em potenciais situações de desenvolvimento pessoal, social, académico e profissional.

Keywords

Stress, coping, social support, self-esteem, optimism, health, nursing, clinical teaching

Abstract

Stress is a process, which is present in the daily experiences of the individuals with implications at their well-being and health levels. In the specific case of nursing students, clinical teaching has been identified as a training component, which originates high levels of stress.

The main objective of the current study is to analyze the relationships established between the perception of stressful situations, health, coping, social support, self-esteem and optimism. It is intended to develop and validate two instruments, one assessing the situations that induce stress in nursing clinical teaching (NCT) and another one evaluating the stress symptoms. A further objective is to translate and adapt two scales, one measuring the self-esteem and another one the optimism-pessimism. It is also deliberate to study these constructs in terms of socio-demographic variables and the characteristics of the conducted clinical teaching.

The developed study, of quantitative, correlational and transversal nature, was based on a sample of 1283 students of the Nursing Degree Course, from five Health Superior Schools of the Central Region of Portugal.

It was used a research protocol which consists of seven instruments: Socio-demographic and NCT characterization, Stress Scale in NCT, Symptom Scales of Stress, Coping Strategies Questionnaire, Scale of Satisfaction with the Social Support, Self-Esteem Scale and Optimism-Pessimism Scale.

The obtained results suggest that, in terms of scale, both the constructed in this work, as well as the translated exhibit validity and acceptable values in terms of fidelity, being considered suitable and useful for the study of the constructs in question.

The situations considered as the source of greater stress are correlated to the assessment, personal aspects and time and work management. In terms of stress symptoms, the most common are of physical and cognitive-emotional nature. In terms of coping strategies, students seem to resort more often to strategies focused on problems. Our sample students report a higher level of contentment with social support and intimacy and illustrate positive levels in self-esteem and optimism terms. The students' gender, the course's year and characterization variables of the NCT have a differential effect on the problems being studied.

We believe that the identification of the situations that induce stress in NCT, as well as the assessment of their effects on the students' health and the understanding of coping mechanisms may contribute to the development of management and stress control programmes that enable them to transform challenges into potential situations of personal, social, academic and professional development.

ÍNDICE

Introdução	8
PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
Capítulo I: <i>Stress e Coping</i>.....	14
1. <i>Stress</i> : Conceptualização	14
2. <i>Stress</i> : Implicações na Saúde	21
3. <i>Stress</i> : Factores Protectores	28
3.1. Estratégias de <i>Coping</i> : Conceptualização.....	29
3.1.1. Estratégias de <i>coping</i> : Implicações na saúde e bem-estar	36
3.1.2. Estratégias de <i>coping</i> : Preferência dos estudantes.....	38
3.2. Suporte social: Conceptualização.....	43
3.2.1. Suporte social: A perspectiva dos estudantes.....	48
3.2.2. Suporte Social: Implicações na saúde e bem-estar	50
3.3. Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo.....	55
3.3.1. Auto-Estima	55
3.3.2. Optimismo-Pessimismo: Conceptualização	58
3.3.3. Optimismo-Pessimismo: Implicações na saúde e no bem-estar	65
Capítulo II – Ser Estudante de Enfermagem: Desafios e Exigências	72
1. O jovem adulto no Ensino Superior	72
2. Enquadramento e estrutura da formação em Enfermagem	76
3. O Ensino Clínico na formação em Enfermagem: Importância para a aprendizagem e formação dos futuros enfermeiros	82
3.1. O Ensino Clínico na formação em Enfermagem: Importância da supervisão.....	88
4. <i>Stress</i> em Ensino Clínico em Enfermagem	94
SEGUNDA PARTE - ESTUDO EMPÍRICO.....	102
Capítulo III – Metodologia	103
1. Enquadramento do estudo empírico.....	103
2. Questões de investigação	104
3. Objectivos da investigação	105
4. Hipóteses de investigação.....	106
5. Caracterização da Amostra	107
6. Instrumentos de recolha de dados	108

6.1. Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e do ECE.....	111
6.2. Escala de Situações Indutoras de <i>Stress</i> em Ensino Clínico em Enfermagem...	112
6.2.1. Análise Psicométrica da Escala de <i>Stress</i> em ECE	116
6.3. Escala de Sintomas do <i>Stress</i>	126
6.3.1. Análise Psicométrica da Escala de Sintomas do <i>Stress</i>	128
6.4. Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	135
6.4.1. Análise Psicométrica do Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	136
6.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social	144
6.5.1. Análise psicométrica da Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	145
6.6. Escalas de Auto-estima e de Optimismo-Pessimismo.....	152
6.6.1. Análise Psicométrica da Escala de Auto-Estima.....	154
6.6.2. Análise Psicométrica da Escala de Optimismo-Pessimismo.....	157
7. Procedimentos.....	159
8. Análise dos dados	160
Capítulo IV - Apresentação e análise dos resultados	163
1. Caracterização sócio-demográfica dos estudantes.....	163
2. Caracterização do Ensino Clínico de Enfermagem	168
3. Situações geradoras de <i>Stress</i> em ECE	176
4. Sintomas do <i>Stress</i>	194
5. Estratégias de <i>Coping</i>	199
6. Satisfação com o Suporte Social.....	205
7. Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo	210
7.1. Auto-Estima	210
7.2. Optimismo-Pessimismo	212
8. <i>Stress</i> , Sintomas do <i>Stress</i> , <i>Coping</i> , Suporte Social, Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo: Suas relações.....	213
Capítulo V – Discussão dos Resultados	220
Capítulo VI - Conclusão	241
Referências Bibliográficas.....	252

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de Investigação

Anexo 2: Pedido de Autorização para Recolha dos Dados

Anexo 3: Caracterização dos Ensinos Clínicos de Enfermagem

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra por sexo e médias e desvios-padrão das idades.....	108
Tabela 2. Distribuição da amostra pelo estado civil.....	108
Tabela 3. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de <i>Stress</i> em ECE, ACP forçada a 5 factores (93 itens).....	116
Tabela 4. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de <i>Stress</i> em ECE, ACP forçada a 5 factores (49 itens).....	117
Tabela 5. Valores próprios e variância explicada dos factores da Escala de <i>Stress</i> em ECE (49 itens).....	117
Tabela 6. Distribuição dos itens pelos factores, saturações factoriais e comunalidades (ACP <i>varimax</i> - 49 itens).....	118
Tabela 7. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 – Orientação em ECE - da Escala de <i>Stress</i> em ECE	121
Tabela 8. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 – Situações específicas de Enfermagem - da Escala de <i>Stress</i> em ECE.....	122
Tabela 9. Médias, desvios-padrão, correlações corrigidas dos itens do factor 3 – Avaliação - da Escala de <i>Stress</i> em ECE	122
Tabela 10. Médias, desvios-padrão e correlações corrigida do factor 4 - Aspectos Pessoais - da Escala de <i>Stress</i> em ECE	123
Tabela 11. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 5 – Gestão do tempo e do Trabalho - da Escala de <i>Stress</i> em ECE	123
Tabela 12. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de <i>Stress</i> em ECE (49 itens)	124
Tabela 13. Correlações entre os vários factores da Escala de <i>Stress</i> em ECE.....	125
Tabela 14. Síntese das propriedades psicométricas da Escala de <i>Stress</i> em ECE (49 itens)	126
Tabela 15. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da ESS	128
Tabela 16. Valores próprios e variância explicada dos factores da ESS - 3 factores	129
Tabela 17. Distribuição dos itens da ESS pelos factores, saturações factoriais e comunalidades (ACP <i>varimax</i> - 36 itens)	130
Tabela 18. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 - Sintomas cognitivo-emocionais do <i>stress</i> - da ESS.....	132
Tabela 19. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 - Sintomas físicos do <i>stress</i> - da ESS	132
Tabela 20. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 3 - Sintomas comportamentais do <i>stress</i> - da ESS.....	133
Tabela 21. Correlações entre os três factores da ESS.....	133
Tabela 22. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da ESS (35 itens).....	134
Tabela 23. Síntese das propriedades psicométricas da ESS.....	135
Tabela 24. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização do QEC	137
Tabela 25. Valores próprios e variância explicada dos factores do QEC - 8 factores.....	137
Tabela 26. Correlações entre as componentes do QEC	138
Tabela 27. Distribuição dos itens pelos factores, saturações factoriais e comunalidades do QEC (2 factores ACP, rotação <i>oblimin</i> - 48 itens)	139
Tabela 28. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 – <i>Coping</i> Centrado no Problema – do QEC	141

Tabela 29. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 – <i>Coping</i> Centrado nas Emoções – do QEC	142
Tabela 30. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do QEC (47 itens)	142
Tabela 31. Correlações entre as duas subescalas do QEC	144
Tabela 32. Propriedades psicométricas do QEC	144
Tabela 33. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da ESSS.....	145
Tabela 34. Valores próprios e variância explicada pelos factores da ESSS	146
Tabela 35. Correlações entre componentes da ESSS	147
Tabela 36. Distribuição dos itens da ESSS pelos factores (ACP rotação <i>Oblimin</i> forçada a 4 factores).....	148
Tabela 37. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 – Intimidade - da ESSS	149
Tabela 38. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 – Actividades Sociais - da ESSS	150
Tabela 39. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 3 – Satisfação com a família – da ESSS	150
Tabela 40. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 4 – Satisfação com Amigos - da ESSS.....	150
Tabela 41. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da ESSS	151
Tabela 42. Correlações entre os vários factores da ESSS.....	152
Tabela 43. Propriedades psicométricas da ESSS	152
Tabela 44. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de Auto-Estima.....	155
Tabela 45. Valores próprios e variância explicada dos factores da Escala de Auto-Estima	155
Tabela 46. Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de Auto-Estima.....	156
Tabela 47. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de Optimismo-Pessimismo.....	157
Tabela 48. Valores próprios e variância explicada dos factores da Escala de Optimismo-Pessimismo	158
Tabela 49. Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de Optimismo-Pessimismo	159
Tabela 50. Distribuição da amostra pela Escola Superior de Saúde.....	163
Tabela 51. Distribuição da amostra pela opção do curso de Enfermagem	164
Tabela 52. Distribuição da amostra por sexo e ano de frequência do curso.....	164
Tabela 53. Distribuição da amostra pelo estatuto de estudante.....	164
Tabela 54. Distribuição da amostra pela percepção do rendimento académico	165
Tabela 55. Distribuição da amostra pela mudança de residência	165
Tabela 56. Distribuição da amostra pelo desempenho de funções académicas.....	166
Tabela 57. Distribuição da amostra pela participação em actividades extra-académicas	166
Tabela 58. Percepção do estado de saúde dos estudantes antes e após o ECE.....	167
Tabela 59. Diferença entre a percepção de saúde antes e depois do ECE	167
Tabela 60. Distribuição da amostra pelo último ECE realizado	168
Tabela 61. Distribuição da amostra pela instituição e serviço onde decorreu o último ECE....	169

Tabela 62. Distribuição da amostra pelo distrito de realização do último ECE	170
Tabela 63. Distribuição da amostra pelo semestre em que decorreu o último ECE	170
Tabela 64. Distribuição da amostra pelo supervisor no local do ECE	170
Tabela 65. Distribuição da amostra pela percepção de <i>stress</i> em ECE.....	171
Tabela 66. Distribuição da amostra pelo <i>stress</i> experienciado em ECE e pela correspondência entre ECE e as expectativas	171
Tabela 67. Distribuição das respostas à questão “Quando algo correu mal no ensino clínico a quem recorreu?	172
Tabela 68. Distribuição das respostas referentes à razão da escolha da figura de apoio formal e informal.....	173
Tabela 69. Distribuição da amostra pelo tipo de suporte solicitado.....	173
Tabela 70. Distribuição das respostas referentes à questão “Refira qual a situação mais indutora de <i>stress</i> que vivenciou no último ECE”	174
Tabela 71. Distribuição das respostas referentes à questão “Descreva o que fez para lidar com a mesma” (situação indutora de <i>stress</i>).....	175
Tabela 72. Distribuição das respostas referentes à questão “Que propostas/actividades é que a escola poderia desenvolver para ajudar os estudantes a lidarem com o <i>stress</i> ?”.....	175
Tabela 73. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos das situações de <i>stress</i> em ECE	177
Tabela 74. Frequências absolutas e relativas do nível de percepção de situações de <i>stress</i> nos factores e escala total	178
Tabela 75. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA e teste de Levene das situações de <i>stress</i> em ECE em função do sexo.....	178
Tabela 76. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e teste post-hoc das situações de <i>stress</i> em ECE em função do ano de frequência do curso	180
Tabela 77. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene das situações de <i>stress</i> em ECE em função da opção do curso de Enfermagem.....	181
Tabela 78. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc do F1- Orientação em Ensino Clínico - em função do último ECE realizado.....	182
Tabela 79. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> do F2 – Situações específicas de Enfermagem - em função do último ECE realizado.....	183
Tabela 80. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> do F3 – Avaliação - em função do último ECE realizado ..	184
Tabela 81. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> do F4 – Aspectos Pessoais - em função do último ECE realizado.....	185
Tabela 82. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> do F5 – Gestão do tempo e do trabalho - em função do último ECE realizado	186
Tabela 83. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> da Escala total em função do último ECE realizado.....	187
Tabela 84. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc das situações de <i>stress</i> em ECE em função do local do ensino clínico.....	189
Tabela 85. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc das situações de <i>stress</i> em ECE em função do supervisor	191

Tabela 86. Base para a classificação do grau de correspondência entre as expectativas e o ECE	192
Tabela 87. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe das situações de <i>stress</i> em ECE em função da correspondência entre as expectativas e o ECE	193
Tabela 88. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos dos sintomas do <i>stress</i> . 195	
Tabela 89. Frequências absolutas e relativas das categorias baixo, médio e alto nos sintomas do <i>stress</i>	195
Tabela 90. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe dos sintomas do <i>stress</i> em função do sexo	196
Tabela 91. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc dos sintomas do <i>stress</i> em função do ano de frequência do curso.....	197
Tabela 92. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe dos sintomas do <i>stress</i> em função da percepção de <i>stress</i> em ECE	198
Tabela 93. Correlações entre os sintomas do <i>stress</i> e a percepção do estado de saúde antes e depois do ECE e Nível de <i>stress</i> em ECE	199
Tabela 94. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos das estratégias de coping	200
Tabela 95. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste de Brown-Forsythe das estratégias de <i>coping</i> em função do sexo	200
Tabela 96. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e teste <i>Post hoc</i> das estratégias de <i>coping</i> em função do ano de frequência do curso.....	201
Tabela 97. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> do <i>Coping</i> centrado no problema em função do último ECE realizado	202
Tabela 98. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post</i> do <i>Coping</i> centrado nas emoções em função do último ECE realizado	203
Tabela 99. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes <i>Post hoc</i> do <i>coping</i> total em função do último ECE realizado	204
Tabela 100. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste de Brown-Forsythe das estratégias de <i>coping</i> em função da percepção de <i>stress</i> em ECE.....	205
Tabela 101. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos da satisfação com o suporte social	206
Tabela 102. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe da satisfação com o suporte social em função do sexo	207
Tabela 103. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA e teste de Levene da satisfação com o suporte social em função do ano de frequência do curso	207
Tabela 104. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe da satisfação com o suporte social em função da mudança de residência aquando do ingresso no ensino superior	208
Tabela 105. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA e teste de Levene e teste Brown-Forsythe da satisfação com o suporte social em função da percepção de <i>stress</i> em ECE	209
Tabela 106. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da auto-estima	210
Tabela 107. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e Brown-Forsythe da auto-estima em função do sexo	210

Tabela 108. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste <i>Post hoc</i> da auto-estima em função do ano de frequência do curso.....	211
Tabela 109. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene da auto-estima em função da percepção de <i>Stress</i> em ECE	211
Tabela 110. Mínimos, máximos, média e desvio-padrão do optimismo-pessimismo.....	212
Tabela 111. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene do optimismo-pessimismo em função do sexo	212
Tabela 112. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste <i>Post hoc</i> do optimismo-pessimismo em função do ano de frequência do curso.....	213
Tabela 113. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene do optimismo-pessimismo em função da percepção de <i>stress</i>	213
Tabela 114. Correlações entre <i>stress</i> em ECE e sintomas do <i>stress</i> e estratégias de <i>coping</i>	214
Tabela 115. Correlações entre <i>stress</i> em ECE, satisfação com o suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo.....	215
Tabela 116. Correlação entre sintomas do <i>stress</i> , satisfação com o suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo.....	216
Tabela 117. Correlações da satisfação com o suporte social e a auto-estima e o optimismo-pessimismo.....	217
Tabela 118. Sistematização das hipóteses e respectiva análise.....	217

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Scree Plot</i> para os 49 itens da Escala de <i>Stress</i> em ECE.....	118
Gráfico 2. <i>Scree plot</i> da Escala de Sintomas do <i>Stress</i>	129
Gráfico 3. <i>Scree Plot</i> do Questionário de Estratégias de <i>Coping</i>	138
Gráfico 4. <i>Scree Plot</i> da Escala de Auto-Estima.....	156
Gráfico 5. <i>Scree Plot</i> da Escala de Optimismo-Pessimismo	158
Gráfico 6. Representação dos valores médios obtidos nos cinco factores da Escala de <i>Stress</i> em ECE	177

Introdução

A mudança que tende a caracterizar os diversos contextos de desenvolvimento é experienciada com frequência tal e de um modo tão rápido que, independentemente dos sistemas sociais nos quais os indivíduos participam, a experiência de *stress* é uma realidade. O *stress* é um processo comum, familiar e adaptativo que contribui, de certa forma, para a sobrevivência do indivíduo, potenciando um adequado rendimento nas suas actividades e um desempenho eficaz nos diversos contextos de vida (Mendes, 2002; Vaz-Serra, 2002; Pinto & Silva, 2005).

A definição de *stress* usualmente referenciada na literatura pressupõe uma tensão que acompanha uma exigência percebida como desafiante ou ameaçadora. Assim, o *stress* pode funcionar como uma força criativa que aumenta a acção e a energia, sendo, neste caso, adaptativo; ou pode ter resultados negativos, se for excessivo e difícil de controlar (Pais-Ribeiro, 2007; Vaz-Serra, 2002; Lazarus, 1993).

No contexto ocupacional, de entre as profissões consideradas de maior risco (psicossocial) figuram as da área da saúde, por serem consideradas exigentes em termos físicos e psicológicos e por acarretarem um elevado grau de responsabilidade (Silva, 2005).

A investigação tem evidenciado uma prevalência elevada de *stress* e *burnout* nos profissionais de saúde, com potenciais efeitos nefastos não só na sua própria saúde e bem-estar, mas também na de todos aqueles a quem prestam os seus serviços e com quem lidam diariamente (Cruz, Gomes & Melo, 2000; Queirós, 2005a; Queirós, 2005b).

Na área da saúde, a Enfermagem tem sido considerada como uma profissão exercida em contextos pautados por situações potencialmente geradoras de *stress* que, na maior parte das vezes, não podem ser eliminadas, expondo os profissionais a inúmeros riscos para a sua saúde e bem-estar (Estevão & Estevão, 2006; McVicar, 2003; Robert, 2006; Rodrigues & Veiga, 2006; Timmins & Kaliszer, 2002; Wicks, 2005).

Os enfermeiros enfrentam no seu dia-a-dia um conjunto alargado de problemas e restrições que os colocam como parte integrante das ocupações consideradas de “alto risco” (Fillion, Tremblay, Truchon, Côté, Struthers & Dupuis, 2007; Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008). Esta é também a realidade com a qual os estudantes de Enfermagem se confrontam no ensino clínico de Enfermagem (ECE).

Considerando o impacto do *stress* nos profissionais da área da saúde, mais concretamente nos enfermeiros, torna-se importante o desenvolvimento de investigação

que permita aumentar o conhecimento das experiências dos estudantes ao nível da formação inicial em Enfermagem, e no contexto dos ensinamentos clínicos (Pires *et al.*, 2004; Tully, 2004). O *stress* nos profissionais de saúde tem sido uma questão amplamente estudada não tendo os estudantes merecido atenção correspondente.

O ECE constitui uma componente fundamental do currículo do curso de Enfermagem tende a ser percebido pelos estudantes como o contexto mais importante no que se refere à aquisição de competências e conhecimentos de Enfermagem (Chan, 2001; Chan, 2004).

A existência de menos estudos focalizados nos estudantes no âmbito do ECE esteve na base das motivações que presidiram à escolha do tema do presente estudo. A experiência enquanto docente no Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei) contribuiu igualmente para a escolha desta temática.

A formação inicial em Enfermagem, alicerçada em torno de dois grandes pilares: ensino teórico e ensino clínico, visa capacitar o estudante para ser um profissional munido de saberes cognitivos e experienciais decorrentes da imprevisibilidade do dia-a-dia, capaz de assumir a responsabilidade de desempenhar funções com e para outro ser humano (Fonseca, 2006).

Os ensinamentos clínicos constituem uma experiência de grande relevância na formação em Enfermagem, possuindo uma forte componente prática, conferindo aos estudantes a oportunidade de explorarem, integrarem e implementarem o que aprenderam ao longo do curso, antes de se tornarem profissionais.

Os ECE contribuem também para a socialização do estudante de Enfermagem, processo complexo que permite a construção da sua própria identidade profissional. Simultaneamente, levam o estudante a debater-se com sentimentos e emoções mais ou menos intensas derivadas da experiência da prática clínica por si vivenciada. Constituindo-se uma unidade curricular em que as suas aprendizagens, capacidades e desempenhos estão a ser avaliados pode, por isso, ser geradora de insegurança, angústia e medos. Neste sentido, nem sempre a experiência do ensino clínico se revela positiva. Apesar de aliciante e desafiante, o ECE pode revelar-se também indutor de *stress*, constituindo-se como uma potencial fonte de “desestruturação”, em função do significado e da relevância que os estudantes lhe atribuem.

A importância do estudo do *stress* experienciado pelos estudantes durante a formação inicial em Enfermagem, especificamente nos ECE, onde são prestados

cuidados continuados aos utentes prende-se com o facto do *stress* poder interferir na qualidade dos cuidados prestados e na relação que se estabelece entre os diversos intervenientes (Rodrigues & Veiga, 2006). Por outro lado, aquando do exercício profissional, os estudantes vão-se confrontar diariamente com estímulos indutores de *stress* pelo que é desejável que aprendam a lidar com os mesmos de forma adaptativa.

Torna-se, então, fundamental identificar os factores geradores de *stress* a que os estudantes se encontram expostos no ECE (Timmins & Kaliszer, 2002; Rodrigues & Veiga, 2006), de modo a equacionarem-se estratégias de prevenção e de intervenção que minimizem os efeitos negativos do *stress* e melhorem a qualidade da prestação dos estudantes em ECE e a sua saúde (Aldridge & Roesch, 2008).

Acreditamos que a identificação das situações indutoras de *stress* e vulnerabilidade trará mais-valias para os utentes, técnicos de saúde, supervisores, orientadores, instituições de saúde e escolares e para os próprios estudantes do ensino superior.

Neste sentido, o presente estudo tem como objectivos (1) identificar as fontes de *stress* e as suas consequências a nível físico, cognitivo-emocional e comportamental, (2) contribuir para o conhecimento das estratégias de *coping* que os estudantes utilizam para fazer face às situações de *stress*, (3) verificar a necessidade do desenvolvimento e implementação de programas de *coping*, (4) contribuir para uma melhor compreensão das inter-relações que se estabelecem entre as várias variáveis em estudo, nomeadamente: as situações de *stress* percebidas pelos estudantes em ECE, os sintomas do *stress*, as estratégias de *coping* utilizadas, o suporte social, a auto-estima e o optimismo.

Propomo-nos construir e validar dois instrumentos de avaliação, um que permita identificar as principais fontes de *stress* percebidas pelos estudantes em ECE e um outro de avaliação dos sintomas de *stress*.

Propomo-nos, ainda, traduzir e adaptar duas escalas, uma de avaliação da auto-estima e outra de avaliação do optimismo-pessimismo.

Pretende-se ainda estudar os referidos constructos em função de variáveis sócio-demográficas e de caracterização do ECE realizado.

Para concretizarmos este estudo, utilizaremos uma amostra de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de cinco Escolas Superiores de Saúde da Região Centro de Portugal, que tenham concluído o ECE.

Procura-se, desta forma, contribuir para a identificação de aspectos que permitam a introdução de mudanças tanto a nível pedagógico como a nível estrutural das Escolas Superiores de Saúde.

Ambicionamos contribuir com informação relevante para supervisores e orientadores da prática clínica ao nível da identificação das necessidades dos estudantes, facilitando a sua aprendizagem no contexto clínico e no desenvolvimento de intervenções efectivas para a redução do *stress* e promoção do seu bem-estar.

A presente dissertação encontra-se organizada em duas partes.

Na primeira parte delimitamos o enquadramento teórico-conceitual em torno do *stress* e das suas implicações na saúde. Abordaremos alguns dos factores que têm sido referidos como sendo protectores do *stress*: estratégias de *coping*, suporte social, auto-estima e optimismo.

Procuraremos contextualizar a formação em Enfermagem, no que diz respeito aos ECE, focando também a nossa atenção nas situações de *stress* que poderão surgir neste contexto de formação.

No capítulo I apresentaremos a fundamentação teórica no âmbito do *stress*, dos sintomas do *stress* e factores protectores, referenciando algumas teorias e estudos desenvolvidos nos domínios mencionados.

No capítulo II abordaremos a formação em Enfermagem, ao nível dos ECE, fazendo um enquadramento desta etapa formativa e salientando os resultados da investigação no âmbito do *stress* em ECE.

Na segunda parte da dissertação apresentaremos a investigação desenvolvida com o objectivo de identificar as percepções de *stress* em ECE, os seus sintomas e as estratégias a que os estudantes recorrem para lidar com o *stress*.

No capítulo III procederemos ao enquadramento do estudo empírico, apresentando-se as questões, objectivos e hipóteses de investigação, a amostra do estudo e os instrumentos utilizados. Ainda neste capítulo, especificaremos os procedimentos adoptados para a prossecução do estudo, bem como a respectiva análise dos dados.

No capítulo IV apresentaremos os resultados obtidos os quais serão discutidos no capítulo V.

O nosso trabalho finda com a sistematização das principais conclusões e identificação de algumas das limitações inerentes ao estudo. Procuraremos ainda enunciar possíveis linhas de investigação para o desenvolvimento de estudos futuros.

PRIMEIRA PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I: *Stress e Coping*

1. *Stress*: Conceptualização

O termo *stress* provém do verbo latino *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum* que tem como significado apertar, comprimir, restringir. A origem do conceito de *stress* remete-nos para a ideia de pressão e tensão.

Significando dificuldade ou adversidade, o termo *stress*, remonta ao século XIV (Lazarus, 1993). A sua utilização mais comum, no século XVII, associava-se à Física para significar dificuldade, exigência, adversidade, aflição. Nos séculos XVIII e XIX, o termo denotava força, pressão, grande esforço exercido sobre o material, objecto ou pessoa (Hinkle, 1977 citado por Pais-Ribeiro, 2007: 274). Embora esta utilização se tenha alterado um pouco no século XX na transferência para outras disciplinas como a Psicologia, a Sociologia e a Filosofia, as ideias básicas sobre o conceito permaneceu.

Na terminologia do dia-a-dia, mantém-se a ideia do *stress* como uma carga ou exigência externa no sistema biológico, social ou psicológico (Lazarus, 1993; Pais-Ribeiro, 2007). Contudo, importa ter presente que se, algumas vezes, o *stress* pode constituir ocasião de desgaste pessoal, com implicações nefastas para a saúde e bem-estar dos indivíduos, noutras poderá traduzir-se em condições de incentivo sendo estimulante e benéfico (Vaz-Serra, 2002; Shipton, 2002).

Em situações intermédias o *stress* é útil e adaptativo porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que um indivíduo tome decisões e resolva problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões, podendo as situações stressantes constituírem-se como uma oportunidade de aprendizagem (Vaz-Serra, 2002).

De modo a realçarem essa dupla valorização do *stress*, alguns autores utilizam dois termos diferentes: “*eustress*” e “*distress*” (Selye, 1979 citado por Mendes, 2002).

O “*eustress*” refere-se a situações e experiências em que o *stress* tem resultados e consequências positivas, porque produz a estimulação e activação adequadas para que as pessoas alcancem resultados satisfatórios nas suas actividades, com o mínimo de custos pessoais. Representa as condições de *stress* que são dinamizadoras e que contribuem para a realização do indivíduo.

O “*distress*” reporta-se a situações e experiências pessoais desagradáveis e com prováveis consequências negativas para a saúde e bem-estar psicológico. Traduz as

condições de *stress* que são desgastantes e improdutivas. Pelas suas implicações menos positivas, esta segunda dimensão do *stress* é aquela que tem recebido mais atenção por parte da investigação científica, utilizando-se, então, o termo genérico de *stress*.

O *stress* é a potência da oportunidade mas também a iminência do risco, sendo uma constante da vida de todos os dias variando em termos de grau e diferindo na forma como os indivíduos lidam com o mesmo. Ou seja, potenciais ameaças ao bem-estar, quer físico, quer psicológico constituem componentes da experiência diária (Chang *et al.*, 2007; Gunnar & Quevedo, 2007). Deste modo, a questão que se deve colocar é a de saber como transformar o *stress* em factor de desenvolvimento.

Na abordagem do *stress* podemos identificar fundamentalmente três perspectivas: a perspectiva que conceptualiza o *stress* como resposta, a perspectiva dos factores indutores de *stress* e a abordagem transaccional do *stress*.

1. A perspectiva que conceptualiza o *stress* como resposta.

Hans Selye (1936 citado por Mendes, 2002) foi o primeiro autor a introduzir o conceito de *stress*, de uma forma sistematizada, dedicando-lhe quase 50 anos de estudo. Preocupou-se em estudar, não as ocorrências exteriores que induzem *stress*, mas antes a reacção do organismo a qualquer pressão exercida sobre ele, seja ela de natureza psicológica ou outra.

Nesta abordagem, que conceptualiza o *stress como resposta*, o *stress* é definido como o conjunto de processos de adaptação psíquica e física em resposta a qualquer tentativa de alteração do equilíbrio do organismo.

Trata-se de uma resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência que lhe é feita, sendo os seus sintomas sempre os mesmos, podendo variar apenas em gravidade e duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica.

No entender do autor, a formulação desta definição é baseada em indicadores objectivos, tais como modificações químicas ou corporais que surgem após qualquer exigência.

Selye designou esta resposta não específica de Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Síndrome porque envolve um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes, afectando as funções de vários órgãos do ser vivo; geral porque o observou em todos os tipos de agressão, sendo que os agentes que o induzem afectam grandes departamentos orgânicos e de adaptação porque parecia ter como

finalidade última reactivar, estimular defesas que ajudam a repor a ordem biológica perturbada.

Pode-se considerar que o Síndrome Geral de Adaptação processa-se em três fases distintas. Numa primeira fase verifica-se a *reação de alarme* que ocorre imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stressante. Traduz a resposta inicial representando a mobilização dos recursos corporais, das defesas biológicas face a um agente indutor de *stress*. Por exemplo, a frequência cardíaca sobe, a respiração torna-se rápida e superficial, mãos, pés e axilas ficam suados e frios e dá-se um aumento da tensão muscular.

Se o agente indutor de *stress* desaparece as funções dos órgãos regressam aos seus limites homeostáticos. Se o mesmo se mantém, reconhecendo-se que este padrão de resposta não se pode manter por muito tempo, o organismo desenvolve um *estado de adaptação ou resistência*, que constitui a segunda fase do SGA. Nesta fase, o indivíduo prepara-se para lidar e adaptar-se à situação perturbadora, traduzindo um esforço do organismo em combater o agente de *stress*. Esta fase envolve *coping* e tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme.

Se nesta fase o indivíduo consegue lidar de uma forma eficaz com a situação dá-se uma diminuição dos sintomas anteriores da reação de alarme e o organismo parece estabilizar as suas funções. Pelo contrário, se a exposição ao agente nocivo se mantém, se o indivíduo não consegue lidar nem adaptar-se à situação que induz o *stress*, a capacidade de resistência desaparece e entra-se na terceira fase, a *fase de exaustão*. Nesta verifica-se uma diminuição da energia adaptativa e o indivíduo não consegue utilizar mais os recursos até aí disponíveis nas duas fases anteriores. Neste caso, se o indivíduo não consegue resolver a situação que o perturba e as condições de *stress* se mantêm, há uma maior tendência para a disfunção orgânica, podendo em casos extremos, sem intervenções no sentido de reverter a situação, ocorrer a morte.

Segundo Selye (1979, citado por Pais-Ribeiro, 2007) há doenças de adaptação ou decorrentes do *stress* como, doenças coronárias, mentais, metabólicas, úlceras e colites, perturbações sexuais, diabetes, cancro que podem surgir. De acordo com este modelo, o elo mais fraco das defesas do organismo cede em primeiro lugar, sendo o sistema enfraquecido o mais susceptível de desenvolver problemas.

A sucessão destas fases do SGA levou o autor a realçar o facto da energia de adaptação ser uma energia finita e que se o indivíduo está constantemente sujeito a exigências do meio interno ou externo, a exaustão sobrevirá.

Tendo ainda em conta uma abordagem do *stress* como resposta, progressivamente foram sendo estudadas não só as respostas fisiológicas mas também respostas do tipo cognitivo-emocional e/ou social.

2. Factores Indutores de *Stress* – a Perspectiva de Holmes e Rahe

Uma perspectiva diferente da de Selye foi introduzida por Holmes e Rahe (1967 citados por Mendes, 2002) que tentaram avaliar a importância dos acontecimentos de vida como indutores de *stress* no ser humano. Nesta perspectiva, o *stress* é estudado não em termos de resposta biológica mas em função das circunstâncias antecedentes que o determinam, ou seja, das características dos estímulos do ambiente que perturbam o indivíduo.

Os acontecimentos de vida, tidos como indutores de *stress*, foram inicialmente perspectivados nas suas características negativas, causadoras de efeitos nefastos para os indivíduos. Posteriormente, vêm a ser definidos como sendo qualquer acontecimento que cria mudança no padrão habitual de vida, requerendo um ajustamento significativo no estilo de vida. O acontecimento passa, assim, a poder ser de cariz positivo ou negativo.

Em 1967 Holmes e Rahe (citados por Mendes, 2002) publicaram uma Escala de Reajustamento Social (*Social Readjustment Rating Scale* – SRRS), na qual são pontuados por ordem decrescente uma série de acontecimentos comuns da vida, que envolvem situações variadas que necessitam de diversos graus de ajustamento.

As 43 questões colocadas são referentes aos últimos 6 meses de vida do indivíduo e são pontuadas tendo em conta o grau de ajustamento requerido. Quanto mais alto o resultado alcançado na escala, maior a susceptibilidade do indivíduo para adoecer física ou mentalmente. Nesta perspectiva, quantos mais acontecimentos o indivíduo experimentar mais elevado será o grau de *stress* e, conseqüentemente, maior o risco de doença.

Muitos investigadores argumentam que as experiências de vida não devem ser vistas nem como objectivamente stressantes nem benignas, mas que a interpretação dos acontecimentos deve ser deixada ao indivíduo (Ogden, 1999).

Em termos práticos, aquilo que constitui pressão e *stress* para uma dada pessoa, pode não representar qualquer problema para outra, colocando-se assim a ênfase na necessidade de avaliarmos, prévia e individualmente, a forma como cada um experiencia e interpreta as potenciais fontes de *stress* (Lazarus, 1991; Cruz *et al.*, 2000). Parece, assim, evidente a importância dos aspectos de avaliação cognitiva relativos à forma como

cada indivíduo interpreta a situação potencialmente stressante que tem que enfrentar, o que nos remete para a abordagem transaccional do *stress*.

3. Modelo transaccional - a perspectiva de Lazarus e Folkman

A perspectiva transaccional do *stress* orienta-se para os processos de relação entre o sujeito e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1988b; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

A reacção pessoal aos acontecimentos depende do modo como cada indivíduo os percebe, como sendo ameaçadores ou não para o seu bem-estar pessoal e das possibilidades de resposta que julga possuir para lidar com os mesmos (Lazarus, 1993). São estas avaliações que o indivíduo faz que determinam a natureza e magnitude das suas reacções psicológicas e, simultaneamente, a activação fisiológica produzida.

De acordo com esta abordagem, o *stress* é concebido como um processo dinâmico resultante da contínua inter-relação entre a pessoa e o contexto (Folkman & Lazarus, 1991; Folkman & Lazarus, 1988b, 1988c; Folkman & Moskowitz, 2004).

O modelo transaccional do *stress* é, de certo modo, eclético porque vai retirar dados aos dois modelos anteriores (baseados na resposta e no estímulo). Contudo, ao fazê-lo dá relevo à interacção pessoa/ambiente, perspectivando o *stress* como um fenómeno de percepção individual, ou seja, de natureza psicológica.

Para Lazarus (1993) o *stress* deve ser considerado como parte de um tópico mais amplo, o das emoções. As emoções são reacções psicofisiológicas organizadas de informação e conhecimento acerca do significado para o bem-estar pessoal das relações com o ambiente. A qualidade e intensidade das emoções dependem da avaliação subjectiva que o indivíduo faz relativamente à forma como está a prosseguir os seus objectivos. Neste sentido, o conhecimento acerca das emoções que um indivíduo experimenta numa dada situação permite desenvolver uma compreensão mais alargada e rica acerca da forma como o mesmo se adapta às modificações do meio.

Lazarus (1991; 1993) identificou cerca de 15 tipos diferentes de emoções. Nove são emoções negativas, tais como: a cólera, medo, ansiedade, culpa, vergonha, tristeza, inveja, ciúme e desgosto. Cada uma delas é resultante de diversas condições de vida difíceis, envolvendo diferentes danos ou ameaças. Quatro são emoções positivas, tais como: a felicidade, amor-próprio (orgulho), alívio e amor. A estas, o autor considera que se poderiam juntar ainda outros três tipos de emoções mescladas: esperança, compaixão e gratidão.

O que confere a esta multiplicidade de emoções um maior poder analítico é que cada emoção emerge de uma diferente história acerca das relações entre a pessoa e o ambiente (Lazarus, 1993).

Segundo Lazarus e Averill (1972), na percepção de *stress* podem identificar-se três etapas do processo de avaliação cognitiva: a avaliação primária, a secundária e a reavaliação.

A avaliação primária traduz as expectativas de resultado que um indivíduo espera obter em relação a determinado tipo de acontecimento. Neste sentido, perante uma dada situação, a pessoa poderá avaliá-la como: a) irrelevante para o seu bem-estar ou não perturbadora do mesmo, não a valorizando e, como tal, não investindo em eventuais resultados; b) favorável/positiva na medida em que procura ou melhora o seu bem-estar, o que se associará a emoções agradáveis como a alegria, felicidade, tranquilidade, embora possam subsistir apreensão e ansiedade; c) stressante ou comprometedora do seu bem-estar, exigindo esforço para lidar com ela (Lazarus & Folkman, 1984).

Um acontecimento avaliado como indutor de *stress* pode ainda, por sua vez, ser organizado em três categorias ou, na terminologia de Lazarus (1993), em três tipos de *stress*: a) perda ou destruição - incluem-se neste tipo de stressores, por exemplo, uma perda irreversível, uma tempestade súbita, tal como um tornado, em que o acontecimento é muito rápido e as pessoas deparam-se com perdas que já existem e danos que já ocorreram; b) ameaça – traduz a antecipação de uma perda, de um dano ou ameaça que ainda não ocorreu, mas que pode estar eminente e; c) desafio – resulta de exigências difíceis, mas que o indivíduo tem confiança de que as consegue ultrapassar, pela mobilização e implementação dos recursos de *coping*. Nesta situação, o indivíduo não foca primariamente o acontecimento, mas sim a possibilidade de o ultrapassar.

Na avaliação primária, o modo como um acontecimento é percebido ou o significado que lhe é atribuído determina se o mesmo é experienciado como sendo positivo, negativo ou neutro.

Na avaliação secundária, o indivíduo ajuíza dos meios de que dispõe para lidar com a situação, de forma a evitar as consequências prejudiciais ou a antecipar os aspectos benéficos. Os componentes da avaliação secundária estão relacionados com as opções de *coping* e com as alternativas de resposta percebidas como disponíveis.

Por último, na etapa da reavaliação, o indivíduo estabelece um balanço entre as exigências criadas pela situação (avaliação primária) e os seus recursos e capacidades de resposta (avaliação secundária). O processo de reavaliação é muito importante

porque dele vai depender as estratégias que o indivíduo vai adotar como resposta ao *stress* experienciado.

Se tivermos em conta as exigências colocadas pela situação e as aptidões e recursos (pessoais e sociais) do indivíduo, podemos deduzir que há três hipóteses possíveis no balanço que se estabelece na conjugação entre ambos.

Quando o indivíduo tem aptidões e recursos suficientes que lhe permitem criar respostas adequadas perante as exigências, a vida decorre dentro de padrões controlados de *stress*.

Quando as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, este vive numa situação de *stress* desgastante.

Quando as aptidões e recursos são superiores às exigências então o grau de *stress* é mínimo. Não obstante, neste último caso, se as exigências tiverem um nível demasiado baixo, o aborrecimento e tédio a que dão origem podem constituir só por si um factor de *stress* (Vaz-Serra, 1999).

Uma pessoa está em *stress* quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos meios (pessoais ou sociais) de que dispõe para a ultrapassar com êxito. Deste modo, não são os acontecimentos em si que perturbam o indivíduo, já que o impacto emocional que os acontecimentos têm depende da avaliação que cada um faz deles. É nesta avaliação que residem as diferenças interpessoais na percepção do que é ou não stressante (Oliveira, 2003b). Neste sentido, o desenvolvimento da percepção de controlo, sentido de competência e expectativas de auto-eficácia são considerados aspectos cruciais na abordagem clínica do *stress*.

A teoria proposta por Lazarus e Folkman (1984) acerca do *stress* e do *coping* envolve um conjunto complexo de processos cognitivos. A pessoa avalia exigências externas, constrangimentos ambientais e recursos de modo a constituir um sistema dinâmico de avaliação do *stress*. Através deste processo, as decisões são tomadas de modo a implementar uma ou mais estratégias de *coping*. A eficácia destas estratégias na gestão do *stress* é condicionada por uma constante reavaliação da situação e do estado emocional interno.

As estratégias de *coping* são assim constantemente modificadas e moduladas em relação à percepção dos seus efeitos na experiência de *stress*. Desta forma, *stress* e *coping* traduzem-se num fluxo constante devido à avaliação permanente do *stress* e ao

ajustamento contínuo das estratégias de *coping* (Lequerica, Forschheimer, Tate, Roller & Toussaint, 2008).

A perspectiva transaccional de Lazarus e Folkman (1984) implica a existência não só de interacção entre a pessoa e o ambiente, mas pressupõe igualmente transformações simultâneas, quer no indivíduo, quer no ambiente ao longo do tempo.

Importa ainda ter presente que as circunstâncias indutoras de *stress* não variam só de indivíduo para indivíduo. No mesmo ser humano, aquilo que é susceptível de constituir uma ocorrência de *stress* em dada altura da vida, pode não o ser noutra etapa diferente (Vaz-Serra, 1999).

O termo *stress* apesar de muito difundido na actualidade, quer no dia-a-dia, quer a nível da investigação, não apresenta uma definição consensual (Mendes, 2002).

Procurando uma síntese das diferentes abordagens do *stress*, verifica-se que há aspectos sempre implicados (Lazarus, 1993): 1) um agente causal interno ou externo; 2) uma avaliação que permite distinguir o que é ameaçador ou nocivo do que é benéfico; 3) um processo de *coping* usado para lidar com as exigências stressantes; 4) um padrão complexo de efeitos físicos e psicológicos, frequentemente, designado de reacções ao *stress*.

Apesar das diferentes conceptualizações, a perspectiva transaccional continua a ser referida como uma das teorias mais abrangente e completa na abordagem do *stress* e dos mecanismos de *coping* (Wang & Yeh, 2005), razão pela qual a tomámos como o modelo de suporte para abordagem de *stress* e de *coping* subjacente à elaboração do presente estudo.

2. *Stress*: Implicações na Saúde

A investigação tem vindo a evidenciar um interesse crescente face à importância e ao papel dos contextos e das características pessoais na exposição e na reacção a situações de *stress* e à sua relação com a saúde do indivíduo (Gillespie, Walsh, Winefields, Dua & Stough, 2001; Hammen, 2005; Pereira, Monteiro, Gomes & Tavares, 2005).

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis mas são conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança (Albuquerque, 1999; Albuquerque & Oliveira, 2002).

A noção de saúde varia consoante o contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico (Pais-Ribeiro, 2007). Os conceitos de saúde e bem-estar deverão ser considerados numa perspectiva holística e global, estando associados a um processo contínuo e dinâmico, tendo em vista a adopção de estilos de vida saudáveis.

O conceito de saúde não é fácil de precisar. Por um lado, encontra-se relacionado com a percepção que cada pessoa ou comunidade constrói num determinado contexto espaço-temporal e, por outro, depende das crenças relacionadas com a vida, o sofrimento e a morte (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

O conceito de saúde é um dos conceitos mais polissémicos com que se confrontam as culturas, a comunidade, o indivíduo e, como tal, os profissionais de saúde. A saúde pode ser conceptualizada como o estado de equilíbrio dinâmico que o indivíduo mantém com o seu meio, permitindo-lhe realizar as suas actividades de vida e auto-cuidar-se (Abreu, 2001). Neste sentido, impõe-se uma definição de saúde de uma forma individual e não universal, já que cada indivíduo tem o seu padrão de saúde.

A percepção que cada pessoa tem acerca do seu estado de saúde é um indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação do estado de saúde das populações (World Health Organization, 1996 citado por Rodrigues *et al.*, 2005).

A presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É de natureza pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É também de natureza social pois a doença de um indivíduo pode afectar outras pessoas significativas, como sejam a família, amigos e colegas (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Segundo a OMS (1948 citada por Rodrigues *et al.*, 2005) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Esta definição perspectiva a saúde num contexto alargado de bem-estar em geral, deixando implícito que a saúde:

1. é o estado habitual dos indivíduos e está subjacente à capacidade das pessoas executarem acções de rotina como, por exemplo, comer, fazer exercício, relaxar, relacionar-se com os outros;
2. não é apenas ausência de doença;

3. se traduz ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
4. inclui as dimensões física, mental e social, perspectivadas como realidades interdependentes;
5. existe num contínuo temporal, dinâmico, flutuando como resposta adaptativa às exigências (internas ou externas) percebidas pelo indivíduo, que decorrem ao longo do tempo;
6. se define por uma configuração de bem-estar resultante de uma auto-avaliação, ou seja, da expressão da percepção do que o indivíduo sente sobre si próprio;
7. envolve a energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso;
8. fica debilitada quando há insuficiente energia e/ou perícias para satisfazer as exigências da vida do dia-a-dia e para manter um sentimento de equilíbrio e de harmonia;
9. não pode ser compreendida sem ser como parte de um equilíbrio ecológico global que abrange todos os elementos constituintes do planeta e a dinâmica existente entre eles.

Embora esta definição continue a constituir a matriz conceptual da OMS, posteriormente esta Organização acrescentou elementos que permitem uma compreensão mais alargada do conceito de saúde. Nesta redefinição, a OMS defende que a saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente. A saúde é, assim, um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida (WHO, 1986, citado por Pais-Ribeiro, 2007).

A saúde é, assim, um factor decisivo para o desenvolvimento humano, desde a concepção até à morte. Deste modo, uma saúde frágil poderá comprometer o desenvolvimento humano no seu potencial pleno. Pelo contrário, um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia, durante mais tempo, para se empenhar nas actividades do dia-a-dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das actividades de lazer, culturais ou outras. Uma melhor saúde permite viver a vida durante mais tempo, com mais vivacidade e qualidade (*ibidem*, 2007).

A questão de saber como diferentes acontecimentos podem, no seu conjunto, condicionar o estado de saúde da pessoa encontra-se no centro da discussão sobre o *stress*. O impacto do *stress* no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos tem sido estudado com considerável detalhe na literatura.

De facto, e na perspectiva de Queirós (2003), o *stress* é um desafio importante que, se vencido, fortalece a pessoa, mas quando mal abordado pode causar doença.

A investigação tem evidenciado que o *stress* está associado a uma variedade de resultados negativos tais como depressão, ansiedade, sintomas físicos, doenças e, em casos extremos, a morte (Folkman & Moskowitz, 2000a).

Com efeito, o *stress* tem sido identificado como um factor de risco para uma diversidade de problemas de saúde, sendo que ninguém está imune aos seus possíveis efeitos adversos, tanto em termos físicos como cognitivo-emocionais e comportamentais (Quick *et al.*, 2006; Arslan, Dilmaç & Hamarta, 2009), sendo que alguns destes efeitos podem ser imediatos, enquanto outros podem ocorrer a médio ou a longo prazo (Shipton, 2002).

Apesar de ser necessário para a sobrevivência, os efeitos frequentes do *stress*, em termos de resposta fisiológica, podem aumentar o risco de problemas futuros para a saúde física e mental (Gunnar & Quevedo, 2007).

Relativamente aos sintomas físicos, quando uma resposta de *stress* se desencadeia determina um conjunto de alterações a nível biológico expressas no funcionamento dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário. Ou seja, dá origem a um largo número de modificações metabólicas, alterando funções biológicas fundamentais e tornando o organismo propício a mais infecções. A situação é tanto mais grave quanto mais prolongada e intensa for a vivência de *stress*.

A nível cardiovascular pode verificar-se: taquicardia, aumento da pressão arterial, hipertensão, dor torácica e palpitações.

Em termos neurológicos pode constatar-se a ocorrência de cefaleias, hiperreflexia, tremores, hiperactividade e alterações do sono.

No sistema endócrino as alterações relacionam-se com o aumento da taxa metabólica, do apetite, com a subida dos níveis de adrenalina e noradrenalina, com o aumento do colesterol e dos ácidos gordos e com a inibição do sistema imunológico.

Em termos gastro-intestinais, as implicações poderão traduzir-se em peristaltismo diminuído, indigestão, espasmos intestinais, diarreia e náuseas.

Relativamente ao sistema genito-urinário, como manifestações do *stress* podem ocorrer urgência e/ou frequência urinária e perturbações sexuais.

No sistema musculoesquelético podem registar-se dorsalgias, dores articulares, dificuldades respiratórias e aumento da tensão muscular (Gillespie *et al.*, 2001; Mendes,

2002; Magaya, Asner-Self & Schreiber, 2005; Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005; Quick *et al.*, 2006; Luquette, 2007).

Na sequência da experiência de *stress*, para além das alterações que ocorrem na componente biológica há ainda que atender às que ocorrem a nível psicológico (em termos cognitivo-emocionais) e do comportamento observável (Vaz-Serra, 1999).

Assim, dependendo da sua intensidade, as situações de *stress* poderão ter implicações ao nível do funcionamento cognitivo e emocional dos indivíduos, com repercussões para o desenvolvimento das suas actividades diárias (Claudino & Cordeiro, 2006; Omigbodun, Odukogbe, Omigbodun, Yusuf, Bella & Olayemi, 2006).

A nível cognitivo e emocional as alterações causadas pelo *stress* podem traduzir-se em perturbações da memória, dificuldades de concentração e de tomada de decisões, alterações no pensamento crítico e noutras funções cognitivas, potenciação de pensamentos irracionais e negativos, aumento de erros no processamento de informação, diminuição da tolerância à frustração, mau humor, hipersensibilidade à crítica, irritabilidade, labilidade afectiva, excitação, tristeza e melancolia, angústia, depressão, apatia, falta de energia, medo, hostilidade, negação, diminuição do interesse sexual, ansiedade difusa e disfuncional, inquietação motora e tiques nervosos, gaguez e maior tendência para sofrer acidentes (Gillespie *et al.*, 2001; Magaya *et al.*, 2005; Queirós, 2005a; Queirós, 2005b; Schneiderman *et al.*, 2005; Quick *et al.*, 2006).

A nível comportamental, os sintomas do *stress* poderão traduzir-se em mau relacionamento conjugal, menor atenção aos filhos, deterioração da comunicação familiar, demissão dos papéis familiares, diminuição de interesse, eficiência e rendimento profissionais, menor qualidade do desempenho, absentismo, abandono da profissão, lamúrias, choro, pânico, desorientação, indecisão, descrença e aumento do consumo de drogas, álcool e tabaco.

Considerando todos estes sintomas, facilmente se constata que o *stress* afecta a eficácia dos indivíduos e a sua capacidade de adaptação (Arslan *et al.*, 2009). Sendo um dos objectivos a que nos propusemos a avaliação dos sintomas do *stress* nos estudantes apresentamos em seguida alguns resultados de investigações referentes à sintomatologia mais frequentemente referida pelos mesmos, procurando clarificar o efeito diferencial de algumas variáveis sócio-demográficas.

No caso concreto dos estudantes estagiários, as múltiplas actividades, tarefas e desafios que têm que enfrentar podem levar à ocorrência de problemas nos seus sistemas biológico e psicológico (Francisco, 2009). Com efeito, quando o *stress* é

percebido negativamente ou se se torna excessivo pode afectar não só a realização académica, mas também a saúde dos estudantes (Misra *et al.*, 2000; Sheu *et al.*, 2002). Se os estudantes não conseguirem lidar eficazmente com o *stress*, poderão surgir sentimentos de solidão, nervosismo, insónias e preocupações (Seyedfatemi, Tafreshi & Hagani, 2007).

Numa investigação com estudantes de Medicina avaliados antes e depois de um período stressante de exames, constatou-se que os estudantes relatavam uma deterioração do humor, ansiedade, depressão e mudanças no comportamento, com aumento do consumo de tabaco, redução do exercício e ingestão de alimentos (Ogden, 1999).

Misra, McKean, West e Russo (2000) constataram que as reacções mais frequentes do *stress* entre os estudantes eram as de natureza emocional e cognitiva, sendo as de índole comportamental e fisiológica as que ocorreram menos frequentemente.

Noutros estudos, contudo, os sintomas ao nível do comportamento social surgiram como sendo as respostas mais frequentes dos estudantes face a situações de *stress*, seguidas das respostas emocionais e físicas (Sheu, Lin & Hwang, 2002).

Uma revisão sistemática da literatura no âmbito do *stress* em estudantes da área da saúde conclui que a percepção de *stress* surge correlacionada com a depressão, ansiedade, sintomas somáticos e problemas de saúde, sendo preditiva de riscos de depressão no futuro (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006).

Num estudo realizado com estudantes universitários, Matos e Sousa-Albuquerque (2006) constataram que os estudantes de Enfermagem apresentavam, de um modo geral, melhores índices nas variáveis de saúde, quando comparados com os colegas de cursos superiores não relacionados com a área da saúde.

No respeitante às diferenças na sintomatologia do *stress* em função do sexo, de uma maneira geral, a investigação tem evidenciado que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de sintomas de *stress* quando comparadas com os homens (Misra, Crist & Burant, 2003).

Gomes e Cruz (2004) verificaram que as mulheres apresentavam níveis mais elevados de *stress*, burnout, insatisfação profissional e saúde física quando comparadas com os seus colegas do sexo masculino. As mulheres tendiam a descrever mais sintomas e problemas de saúde decorrentes da situação de *stress*.

Com base num estudo com estudantes universitários também Nerdrum e colaboradores (2006) constataram que as raparigas evidenciavam mais problemas mentais que os seus colegas rapazes.

Num estudo realizado com estudantes de Enfermagem, Claudino e Cordeiro (2006) verificaram a existência de diferenças significativas entre os inquiridos do sexo feminino e masculino, sendo que as raparigas apresentavam níveis de ansiedade e depressão mais elevados.

Gomes e colaboradores (2006) verificaram que as mulheres demonstraram níveis superiores de *stress* associados às pressões de tempo e excesso de trabalho, bem como níveis mais elevados de exaustão emocional e problemas físicos.

No mesmo sentido, Francisco (2009) constatou que, de um modo geral, as raparigas apresentavam médias mais elevadas na sintomatologia do *stress*. Mais especificamente, as estudantes estagiárias expressavam mais sintomas cognitivos e emocionais do que os seus colegas rapazes. Relativamente aos sintomas comportamentais, não se verificaram diferenças significativas em função do sexo.

Em termos do ano de frequência do curso, Claudino e Cordeiro (2006) constataram que os estudantes do 1.º e 3.º anos apresentavam níveis de ansiedade mais elevados do que os seus colegas dos 2.º e 4.º anos. Tais resultados poderão estar relacionados com as dificuldades sentidas pelos estudantes do 1.º ano em termos de adaptação, tanto ao meio social como às exigências do ensino superior.

Tendo em conta as implicações do *stress* nos diversos domínios do funcionamento humano, a promoção do bem-estar e da saúde deve ser uma preocupação e uma meta constante em todas as etapas e contextos de vida, salientando-se o contexto educativo (Monteiro, Pereira, Gomes, Tavares & Gomes, 2005; Rodrigues *et al.*, 2005).

As instituições de ensino deverão contribuir para a promoção da saúde de todos os intervenientes. Tal compreende aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança de comportamentos que conduzam à adopção de um estilo de vida mais saudável (Pais-Ribeiro, 2007).

Sistematizando, o *stress* acima de determinado nível pode incapacitar o indivíduo e causar graves problemas de saúde, pondo em causa as suas capacidades físicas e mentais. No entanto, apesar de geralmente a referência ser feita aos aspectos negativos e ameaçadores causado pelo *stress* importa salientar, uma vez mais, que este não tem

sempre (ou exclusivamente) efeitos nefastos, podendo inclusive ter implicações positivas na vida dos indivíduos.

Uma certa quantidade de *stress* é uma parte importante da existência, sendo inclusive necessária para um funcionamento eficaz. O *stress* positivo promove o desenvolvimento físico e mental, funcionando como estímulo para a maximização do nosso desempenho e para a procura de novas experiências (Arslan *et al.*, 2009).

A distinção entre *stress* positivo e negativo e as suas consequências na saúde vão depender do modo como o indivíduo percebe a situação geradora de *stress* e a sua capacidade de resposta à mesma.

Neste sentido, a sintomatologia de *stress* difere de indivíduo para indivíduo, em função de factores intra e interpessoais e contextuais.

3. *Stress*: Factores Protectores

A forma como o indivíduo percebe as situações, como geradoras de maior ou menor *stress*, reveste-se de um carácter individual, respondendo cada pessoa de uma forma idiossincrática (Rodrigues & Veiga, 2006). Tais respostas dependem de uma diversidade de factores, alguns dos quais iremos procurar abordar seguidamente.

A gravidade e a frequência das reacções a situações de *stress* são condicionadas, em grande parte pela vulnerabilidade individual e pela capacidade de adaptação do próprio indivíduo (Pereira *et al.*, 2005).

A aceitação desta forma de encarar o *stress* conduziu ao estudo dos factores de vulnerabilidade e de protecção ao *stress*, tais como: personalidade, *locus* de controlo, auto-estima, expectativas de auto-eficácia, robustez de carácter, optimismo, sentido interno de coerência, padrões de comportamento, avaliação cognitiva, estratégias de *coping*, suporte social, crenças religiosas/espirituais, competência, variáveis demográficas e adição de *stress*, entre outros.

Destes factores, iremos fazer referência às estratégias de *coping*, ao suporte social, à auto-estima e ao optimismo-pessimismo (variáveis em estudo no presente trabalho).

3.1. Estratégias de *Coping*: Conceptualização

Stress e *coping* constituem-se como dois constructos indissociáveis. De facto, a experiência de *stress* é acompanhada pelo processo de *coping*.

O interesse pelo estudo do *coping* traduz a convicção de que este é um dos principais factores que modera a relação entre os acontecimentos geradores de *stress* e os resultados adaptativos tais como o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a saúde física (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus, 1999; Blalock & Joiner, 2000).

As estratégias de *coping* constituem uma condição indispensável para uma adaptação bem-sucedida.

A relativa eficácia do comportamento de *coping* influencia a extensão e o grau de expressão dos sintomas físicos, cognitivo-emocionais e comportamentais (Lazarus, 1999; Pacheco, 2008).

Quando as estratégias de *coping* utilizadas são adequadas, as emoções podem ser ajustadas e a situação stressante resolvida. Pelo contrário, o recurso a estratégias de *coping* inadequadas pode conduzir a um aumento do *stress* e dos seus efeitos negativos (Dunkley & Blankstein, 2000; Brissette, Scheier & Carver, 2002). Deste modo, as estratégias de *coping* desempenham um papel fulcral no processo de ajustamento ao *stress* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Por outro lado, o interesse pelo estudo do *coping* reside também na possibilidade de promoção de competências de *coping*, capacitando assim os indivíduos para lidarem de forma mais eficaz com o *stress* (Folkman & Moskowitz, 2004).

O *coping* surge como o principal constructo explicativo que é, frequentemente, usado para descrever e explicar as diferenças individuais na resposta ao *stress*, possibilitando compreender a razão pela qual alguns indivíduos lidam melhor do que outros com as situações de *stress* com as quais se confrontam na sua vida.

De facto, as (potenciais) situações geradoras de *stress* só constituirão um obstáculo se o indivíduo não conseguir lidar adequadamente com as mesmas, ou seja, se não for capaz de utilizar estratégias de *coping* no sentido de gerir essas mesmas situações (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Lazarus, 1999).

Lidar de forma bem sucedida com as situações de *stress* depende da percepção da disponibilidade e da eficácia de vários recursos de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

Os indivíduos que recorrem a estratégias de *coping* adequadas sentem normalmente que têm um bom controlo das situações com as quais se deparam, gostando de se confrontar e resolver activamente os problemas (Pacheco & Jesus, 2007).

Se é inquestionável a importância do *coping*, a elaboração de uma definição universalmente aceite tem-se revestido de dificuldades várias (Varela & Leal, 2007).

Uma das perspectivas mais utilizadas para compreender as estratégias de *coping* é a perspectiva transaccional. Esta perspectiva tem em linha de conta a interacção entre indivíduo e meio (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* é um processo complexo e multidimensional que se revela sensível quer ao meio e às suas exigências e recursos, quer à personalidade do indivíduo. Tais factores influenciam a avaliação do *stress* e das estratégias de *coping*.

Na abordagem do *coping*, importa, desde logo, fazer a distinção entre estilos de *coping*, estratégias de *coping* e processo de *coping*.

O estilo de *coping* é definido como uma disposição estável da personalidade para lidar de um modo específico com diferentes situações de *stress*. Esta disposição é independente de qualquer situação de *stress*, constituindo um atributo da pessoa (Folkman *et al.*, 1986). Com efeito, as pessoas desenvolvem modos habituais de lidarem com o *stress*, que tendem a consolidar-se em hábitos ou estilos de *coping* susceptíveis de influenciarem as suas reacções (Carver & Scheier, 1994).

O estilo de *coping* constitui, assim, um padrão de resposta a stressores que reflectem traços globais e que tende a persistir ao longo do tempo.

As estratégias de *coping*, por sua vez, envolvem os esforços cognitivos e comportamentais que as pessoas encetam para lidarem com uma situação específica de *stress* (Amirkhan & Auyeung, 2007). O uso repetido de determinadas estratégias constitui-se como o estilo de *coping*.

O processo de *coping* refere-se à sequência de modificação das estratégias em função das mudanças que ocorrem na situação (Wrzesniewski & Chylinska, 2007).

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referenciada na literatura. Segundo estes autores, o *coping* traduz os esforços cognitivos e comportamentais usados para responder a exigências internas e/ou externas, que são avaliadas como stressantes, ou seja, excedendo os/ou estando nos limites dos recursos do indivíduo.

Tendo por base esta definição constata-se que o *coping* é orientado para o processo, ou seja, refere-se ao que as pessoas pensam ou fazem face a situações específicas e não ao que as pessoas fazem normalmente (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1988; Folkman & Moskowitz, 2004). Tal implica que o *coping* não possa ser visto como um traço de personalidade estável que se aplica às situações de vida em geral.

Perspectivado como um processo, o *coping* é caracterizado por dinâmicas e mudanças que são o resultado de avaliações e reavaliações contínuas da relação entre o indivíduo e o meio (Folkman *et al.*, 1986). Tal significa que o *coping* pode inclusive tomar diferentes formas em diferentes idades (Amirkhan & Auyeung, 2007).

A investigação tem revelado que o número de estratégias utilizadas numa situação geradora de *stress* aumenta com a idade ou com a experiência nesse tipo de situação (Wrzesniewski & Chylinska, 2007).

O *coping* refere-se também à gestão em vez de mestria, ou seja, é um processo de gestão das situações e não um processo de domínio ou de mestria das mesmas. Considerar *coping* como mestria implicaria que o esforço de *coping* teria de ser eficaz na resolução do problema; caso contrário não teria havido *coping*. O *coping* implica qualquer coisa que a pessoa pense, sinta ou faça independentemente dos resultados adaptativos alcançados (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1991).

Na definição de *coping*, importa igualmente ter presente que a qualidade do *coping* não existe em absoluto, podendo ser avaliada apenas em função da situação.

Deste modo, as estratégias de *coping* não são em si mesmas boas ou más, eficazes ou ineficazes, apropriadas ou inapropriadas (Lazarus, 1993) uma vez que as mesmas reflectem um processo dinâmico que envolve o meio, a pessoa e a relação entre ambos (Folkman & Lazarus, 1991; Folkman & Moskowitz, 2004; Amirkhan & Auyeung, 2007).

As qualidades adaptativas do processo de *coping* necessitam de ser avaliadas no contexto específico nas quais as situações de *stress* ocorrem (Lazarus & Folkman, 1984). Um processo de *coping* pode ser eficaz numa determinada situação mas não o ser noutra dependendo, por exemplo, do grau segundo o qual uma situação é controlável. Por outro lado, o contexto é dinâmico e, nesse sentido, a estratégia de *coping* que poderia ser considerada eficaz numa fase inicial da situação de *stress*, pode ser percebida como ineficaz num momento posterior.

A eficácia do *coping* se refere ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão da situação que origina tal desconforto (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1988). Se o confronto com a situação de *stress* teve uma resolução bem sucedida, irão predominar as emoções positivas; se a resolução foi pouco clara ou desfavorável, predominarão as emoções negativas.

Por último, importa salientar que o *coping* refere-se a actividades orientadas para a adaptação, que exigem algum esforço, e não àquelas que se fazem automaticamente. Os comportamentos aprendidos e automaticamente utilizados, podem ser adaptativos mas não devem denominar-se *coping*, já que este pressupõe um esforço adaptativo. O *coping* é um processo volitivo que se baseia nos recursos pessoais com o objectivo final de regular as emoções, cognições, comportamentos, fisiologia e o ambiente em resposta a eventos ou circunstâncias stressantes (Lazarus & Folkman, 1986; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001).

Lazarus e Folkman (1988) identificaram oito estratégias de *coping*:

1. *Coping* Confrontativo, traduzido em esforços agressivos de alteração da situação, sugerindo um certo grau de hostilidade e de risco.
2. Distanciamento, o qual envolve esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.
3. Auto-Controlo, reflectido nos esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções.
4. Procura de Suporte Social, apontando para esforços de procura de suporte informativo, instrumental e emocional.
5. Aceitação da responsabilidade, o que traduz o reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as questões, no sentido de melhorar ou corrigir a situação.
6. Fuga-Evitamento, traduzido em esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema.
7. Resolução Planeada do Problema, que incidem nos esforços deliberados focados no problema com vista a alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.
8. Reavaliação Positiva que se reflecte nos esforços de criação de significados favoráveis, positivos, focando o desenvolvimento pessoal.

Lazarus (1993) considera que a maioria das pessoas utiliza grande parte destas oito formas de *coping* em cada situação stressante, embora possam recorrer mais a umas do que a outras consoante a situação com a qual se deparam, a avaliação que dela fazem e as suas características pessoais. Por outro lado, importa atender que o padrão de *coping* se encontra ligado a contextos particulares de stress e que algumas formas de *coping* são mais estáveis do que outras. Por exemplo, o pensamento positivo acerca da situação é relativamente estável e depende fundamentalmente da personalidade, enquanto que a procura de suporte social é menos estável dependendo em grande parte do contexto social (Lazarus, 1993). O autor defende, ainda, que não há formas de *coping* melhores do que outras. Efectivamente, o facto de serem mais ou menos favoráveis depende de quem as usa, quando as usa, sob que circunstâncias e a que situações se pretende adaptar.

A capacidade das pessoas para modificarem a forma como lidam com as exigências da situação é referida como *coping* flexível, o qual traduz o uso sistemático de uma variedade de estratégias (Folkman & Moskowitz, 2004). No entanto, e como salientam Folkman e colaboradores (1986), teoricamente deverá existir alguma estabilidade ao longo das situações, dada a influência das características pessoais.

Dada a diversidade de pensamentos e comportamentos específicos que constituem as estratégias de *coping*, um desafio que se coloca aos investigadores nesta área prende-se com a identificação de uma terminologia para as várias estratégias de forma a que os resultados obtidos nos diversos estudos possam ser discutidos no mesmo sentido (Folkman & Moskowitz, 2004).

Uma das primeiras terminologias foi proposta por Folkman e Lazarus (1980; 1993), identificando o *coping centrado no problema* e o *coping centrado nas emoções*. Neste sentido, face às diversas circunstâncias indutoras de *stress*, os autores apontam para dois tipos de situações fundamentais com que o indivíduo tem que aprender a lidar: o problema que desencadeia o desequilíbrio com o meio e as emoções desagradáveis daí resultantes.

O *coping* centrado no problema (*coping* instrumental) envolve o indivíduo em tentativas activas e sistemáticas para enfrentar a fonte de *stress* no sentido da resolução dos problemas e da redução da percepção da ameaça (Folkman & Moskowitz, 2000a). Estas estratégias são utilizadas quando os acontecimentos são percebidos como passíveis de serem controlados pelo próprio, ou seja, quando as pessoas consideram que podem alterar e resolver a situação (Folkman *et al.*, 1986; Lazarus, 1993). Incluem-

se nas estratégias de *coping* focado no problema a resolução planeada do problema, o *coping* confrontativo e a aceitação da responsabilidade.

As estratégias de procura de suporte social e reavaliação positiva são mais híbridas na sua natureza podendo ser caracterizadas, tanto como estratégias focadas na emoção como no problema dependendo da situação (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1986).

Enquanto estratégias focadas no problema incluem-se as actividades de procura de suporte que visam a obtenção de conhecimento ou de informação e de suporte social mais instrumental, que conduz o indivíduo à concretização dos seus objectivos. A procura de suporte social inclui-se nas estratégias focadas nas emoções quando se traduz em comportamentos de procura de suporte de conforto ou de segurança, traduzindo actividades de regulação das emoções (Brannen & Petite, 2008).

Apesar desta classificação ajudar a sintetizar os resultados obtidos na investigação no domínio do *coping*, poderá comportar o risco de mascarar diferenças importantes dentro das categorias. Por exemplo, o distanciamento, que constitui uma estratégia de *coping* através da qual a pessoa reconhece o problema, mas deliberadamente empreende esforços para não pensar nele e a fuga-evitamento, que envolve uma tentativa de fuga, podendo incluir comportamentos tais como consumir bebidas alcoólicas, são ambas estratégias normalmente agrupadas sob a designação de *coping* focado nas emoções. Contudo, o distanciamento é, frequentemente, adaptativo nas situações em que nada pode ser feito, tal como esperar pelos resultados de um exame, enquanto que a fuga-evitamento é normalmente uma estratégia de *coping* inadequada face à mesma situação (Folkman & Lazarus, 1988).

O *coping* centrado nas emoções (*coping* apelativo) inclui estratégias destinadas a reduzir os níveis de ansiedade e não necessariamente estratégias para mudar a situação em si. O objectivo é diminuir o desconforto emocional e o sofrimento. O recurso a estas formas de *coping* é mais provável quando na situação de *stress* o indivíduo considera que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio (Folkman *et al.*, 1986) ou quando considera que o stressor tende a persistir (Lazarus, 1993; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O envolvimento em actividades de divertimento/distracção, o consumo de álcool ou drogas, a fuga-evitamento, o distanciamento do problema, o auto-controlo e a desvalorização dos acontecimentos negativos, são exemplos de estratégias de *coping* focado na emoção.

Esta distinção teórica entre *coping* centrado no problema e *coping* centrado nas emoções constitui um enquadramento útil na abordagem das diversas formas de *coping* identificadas por diversos autores, sendo largamente utilizada e referenciada na literatura (Folkman & Moskowitz, 2004; Chang, Chang, Bidewell, Huntington, Daly, Johnson, Wilson, Lambert & Lambert, 2007).

Utilizando o *Ways of Coping Questionnaire*, Chang e colaboradores (2007) identificaram também dois factores: *coping* focado no problema (incluindo o *coping* confrontativo, suporte social, resolução de problema e reavaliação positiva) e *coping* focado na emoção (integrando o distanciamento, auto-controlo, aceitação da responsabilidade e fuga-evitamento).

As estratégias de *coping* centrado nas emoções e no problema surgem, geralmente, associadas. De um modo geral, verifica-se que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos sendo, gradualmente, substituído por estratégias que visam a resolução do problema (Varela & Leal, 2007).

A mesma pessoa pode recorrer a estratégias de *coping* centrado no problema para lidar com uma situação e estratégias de *coping* centrado nas emoções para lidar com uma outra. Os estudos sugerem que o *coping* orientado para a tarefa é mais eficaz nas situações percebidas como estando sobre o controlo do indivíduo, enquanto que o *coping* orientado para a emoção é mais apropriado numa situação avaliada como incontrolável (Endler, 1997).

Uma outra taxonomia define três tipos de *coping*: orientado para o problema, orientado para as emoções e orientado para o evitamento. No *coping orientado para o problema* o indivíduo envolve-se em actividades dirigidas para a resolução do problema ou cognitivamente reconstrói o significado da situação geradora de *stress*. No *coping orientado para as emoções*, o indivíduo foca-se em si próprio e nas suas experiências emocionais e, simultaneamente, age de forma a reduzir a tensão emocional relacionada com a situação stressante. O terceiro tipo de *coping* demonstra a tendência para evitar pensar, sentir e experienciar a situação stressante através do envolvimento em outras actividades (Endler & Parker, 1994; Wrzesniewski & Chylinska, 2007; Han, Burns, Weed, Hatchett & Kurokawa, 2009).

Quando comparadas com as estratégias de *coping* focado nas emoções, as estratégias de *coping* focado nos problemas surgem associadas a uma melhor saúde mental (Chang *et al.*, 2007).

3.1.1. Estratégias de *coping*: Implicações na saúde e bem-estar

O *coping* activo, orientado para a resolução de problemas, aparece positivamente relacionado com a qualidade de vida e com um nível mais elevado de bem-estar (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000).

Park e colaboradores (2008) verificaram que o suporte social e as estratégias de *coping* centradas nos problemas estavam relacionadas com mudanças positivas nos comportamentos de saúde, enquanto que o *coping* de evitamento estava associado a mudanças negativas no comportamento de saúde.

O *coping* que envolve o desprendimento da situação de *stress* (p.e., evitamento) tem sido referido como preditor de um ajustamento psicológico inferior e de resultados menos benéficos para a saúde (Karademas, Karvelis & Argyropoulou, 2007).

Billings e Moos (1981) constataram que as pessoas que usam o comportamento evitante como estratégia de *coping* dominante tendem a reportar menos recursos sociais. Estes resultados parecem indicar que as estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, na procura de suporte e reavaliação positiva do acontecimento surgem associadas a uma percepção mais satisfatória do suporte social recebido, enquanto que o padrão de comportamento evitante aparece relacionado com um menor grau de suporte social.

O recurso a estratégias de *coping* centrado nos problemas tende a estar associado a uma adaptação mais favorável e a uma melhor saúde (Endler & Parker, 1994).

Na maioria dos estudos de *coping* e adaptação, verifica-se que o *coping* focado nas emoções tem estado associado a níveis mais elevados de *stress* (Heiman & Kariv, 2004).

O *coping* surge como um factor importante moderando o impacto psicológico das situações de *stress* (Dunkley & Blankstein, 2000), não reagindo todos os indivíduos da mesma forma ao *stress*.

As estratégias de evitamento, como a negação, o distanciamento e a fuga do problema quando utilizadas de forma continuada podem constituir em si mesmas um factor de risco (Costa & Leal, 2006).

Neste sentido, os mecanismos de *coping* desempenham um papel fulcral no processo de gestão do *stress*, tendo implicações ao nível do bem-estar e saúde dos indivíduos (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002; Sheu *et al.*, 2002).

O estudo da forma como antecipadamente as pessoas lidam com os acontecimentos que são potencialmente stressantes, em termos de prevenir ou minimizar o impacto dos mesmos (um eventual despedimento, um procedimento médico agendado, ou ter de lidar com os resultados de um teste que está marcado num futuro próximo), tem sido uma preocupação dos investigadores nesta área. Aspinwall e Taylor (1997) referem-no como *coping* proactivo, isto é o *coping* orientado para o futuro. O modelo destes autores define cinco componentes ou fases inter-relacionados do processo de *coping* pró-activo: a) constituição de uma reserva de recursos (incluindo recursos temporais, económicos e sociais) que possam ser usados para prevenir ou compensar futuras perdas; b) reconhecimento de potenciais stressores; c) avaliações iniciais de potenciais stressores; d) esforços de *coping* preliminares e e) elicitación e uso de *feedback* acerca do sucesso dos esforços pessoais.

Uma outra taxonomia de estratégias de *coping* foi proposta por Schwarzer e Knoll (2003) fazendo a distinção entre *coping* reactivo, o qual faz referência a experiências de dano ou de perda que ocorreram no passado (reação aos próprios pensamentos e emoções); *coping* antecipatório, o qual se refere aos esforços para lidar com uma situação crítica com elevada probabilidade de ocorrer num futuro próximo; *coping* preventivo, o qual pressupõe uma potencial ameaça num futuro distante, que pode ou não ocorrer; e *coping* proactivo, que envolve desafios próximos que são potencialmente auto-promotores, criando oportunidades para o desenvolvimento do indivíduo. Tal como Aspinwall e Taylor (1997), também Schwarzer e Knoll (2003) sublinham a importância da acumulação de recursos, com a finalidade de capacitar o indivíduo para avançar positivamente na prossecução de objectivos que são desafiantes e se encontram associados ao seu desenvolvimento pessoal.

As estratégias de *coping* orientadas para o futuro, ou seja, *coping* antecipatório, preventivo e proactivo, poderão ser incluídas em intervenções cognitivo-comportamentais ou intervenções psicoeducacionais, de modo a promover formas de reduzir o impacto potencialmente adverso de acontecimentos futuros e maximizar as oportunidades ou os benefícios que poderão advir dos mesmos (Folkman & Moskowitz, 2004).

3.1.2. Estratégias de *coping*: Preferência dos estudantes

Relativamente a estudos realizados com estudantes do Ensino Superior, Supe (1998) constatou que o *stress* era mais frequente em estudantes de Medicina que adoptavam como estratégias de *coping* a reavaliação positiva, a aceitação da responsabilidade e a resolução planeada de problemas. Os estudantes que recorriam a estratégias de fuga e distanciamento da situação evidenciavam menos *stress*.

Num estudo realizado com estudantes de enfermagem Kirkland (1998) constatou que as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas pelos mesmos para lidarem com situações de *stress* se encontravam associadas ao *coping* activo e procura de suporte social de natureza instrumental e emocional, tendendo os estudantes a recorrerem com mais frequência a estratégias centradas nos problemas.

Num outro estudo com estudantes de Enfermagem em ensino clínico, Mahat (1998) constatou que estes recorriam mais a duas estratégias focalizadas no problema: resolução do problema e procura de suporte social do que a duas estratégias centradas nas emoções: redução da tensão e fuga-evitamento. Ou seja, os estudantes recorriam mais a estratégias de *coping* focadas nos problemas do que focadas nas emoções (Mahat, 1998).

Num estudo sobre *stress* e *coping* em estudantes de Enfermagem, Moreira (2000) verificou que a satisfação com o suporte social, referente à confiança e avaliação positiva das relações existentes, parece condicionar um menor uso de formas desadaptativas de *coping* (*coping* passivo, *coping* evitante e raiva).

As estratégias de *coping* referidas como utilizadas com mais frequência pelos estudantes de Enfermagem foram, por ordem decrescente: o suporte social, o método da resolução de problemas e a aceitação de responsabilidades (Wongchai, 2000).

No que concerne às estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes dos três anos do curso de Enfermagem, Lo (2002) constatou que os mesmos referiram o recurso a estratégias de resolução de problemas, actividades recreativas e desportivas, suporte social e estratégias de redução da tensão.

Shipton (2002) verificou que as estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes de Enfermagem da sua amostra para lidarem com situações de *stress* compreendiam o relaxamento, distanciamento, fuga, procura de suporte social e confrontação com vista à resolução da situação.

Os estudos ao nível das estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes de Enfermagem durante o ECE têm sublinhado que as estratégias de *coping* focadas no problema são usadas mais frequentemente que as centradas na emoção (Sheu *et al.*, 2002).

Ao nível dos comportamentos de *coping* utilizados para lidar com as situações de *stress* em ECE, Sheu e colaboradores (2002) identificaram 4 categorias: comportamentos de evitamento que compreendem os esforços de evitar as situações de *stress*; comportamentos de resolução do problema que se traduzem em esforços para lidar ou modificar a situação de *stress*; comportamentos optimistas de *coping* que consistem em tentativas para manter uma atitude positiva face às consequências da situação de *stress* e comportamentos de transferência, ou seja, esforços para mudar a atenção do indivíduo de uma situação de *stress* para outras questões. Os autores encontraram resultados mais elevados no comportamento optimista, indicando um uso mais frequente deste tipo de comportamento de *coping* por parte dos estudantes em ECE.

No seu estudo Tully (2004) constatou que os alunos de Enfermagem que expressavam níveis mais elevados de *stress* recorriam a estratégias de *coping* relacionadas com o desejo de que as circunstâncias fossem diferentes, a ingestão excessiva de alimentos e de bebidas alcoólicas, o tabagismo ou ingestão de medicamentos, a projecção da responsabilidade nos outros e/ou tentativas para esquecer a situação. Por outro lado, os estudantes que referiam níveis mais baixos de *stress* tendiam a utilizar mecanismos de *coping* centrados na resolução dos problemas, tais como conversar com outras pessoas, procurar ajuda, ou um conselho e segui-lo, promover alterações nas circunstâncias de modo a que a situação pudesse ser melhorada e resolver as questões paulatinamente.

Com base numa amostra de 401 estudantes do ES do 2.º ano de cursos das áreas das Ciências Sociais e Humanas, Economia e Gestão, Educação, Engenharia e Ciências do Ambiente e Nutrição e Enfermagem, Costa e Leal (2006) verificaram que os estudantes utilizam com mais frequência as estratégias de controlo (que implicam o autocontrolo da situação, a coordenação dos comportamentos ou actividades e a contenção das emoções) e de suporte social (abrange o pedido, desejo ou necessidade de ajuda em termos cooperativos, cognitivos e afectivos) comparativamente com as estratégias de retraimento (implica uma tendência para se isolar do mundo exterior, um esforço para não pensar no problema ou ter dificuldades em descrever as suas emoções e sentimentos), distração e recusa (significa agir como se o problema não existisse, desenvolver actividades para se distrair ou “esquecer” o problema) e conversão e

aditividade (engloba a mudança, a nível dos comportamentos (em função do problema) ou das posições cognitivas (que permitem aceitar a situação ou aprender a viver com ela), a centralização na forma de resolver os problemas, após a sua análise e ainda a adopção de comportamentos de compensação (drogas, medicamentos, tabaco).

Num estudo com estudantes de Enfermagem, Seyedfatemi e colaboradores (2007) constataram que as estratégias de *coping* menos utilizadas para lidarem com o *stress* incluíam o fumar, consumir bebidas alcoólicas e medicamentos, procurar ajuda profissional e jogar jogos de vídeo, sendo as mais frequentes as estratégias centradas nos problemas.

Recorrendo a uma metodologia de registos diários Aldridge e Roesch (2008) verificaram que os adolescentes recorriam com mais frequência à estratégia de *coping* resolução planeada da situação e com menos frequência ao humor. As estratégias de *coping* de aproximação foram usadas pelos adolescentes com mais frequência, sendo as estratégias de *coping* centradas no evitamento usadas menos frequentemente.

Os autores constataram que os adolescentes que afirmaram usar com mais frequência estratégias directas de resolução dos problemas, pensamento positivo, aceitação e humor, referiram mais afecto positivo. Os adolescentes que afirmaram usar mais frequentemente o *coping* religioso, o distanciamento e a aceitação, referiram mais afecto negativo.

Os autores registaram, ainda, uma heterogeneidade no uso das estratégias de *coping*; ou seja, os estudantes tendem a utilizar uma diversidade de estratégias para lidarem com as situações de *stress* com as quais se deparam diariamente (Aldridge & Roesch, 2008).

Aldridge e Roesch (2008) não encontraram diferenças associadas ao sexo nas estratégias de *coping*.

A idade e o sexo têm sido referidos como variáveis que podem influenciar o recurso a determinadas estratégias de *coping*.

Os estudantes do ensino superior mais novos que relatavam maior *stress* académico recorriam com mais frequência a estratégias centradas nas emoções (Heiman & Kariv, 2004). Piko (2001) constatou a existência de uma tendência relacionada com a idade, ou seja, à medida que a idade avança assiste-se à diminuição da procura de suporte social, o que poderá traduzir a necessidade de autonomia.

As diferenças de sexo na gestão do *stress*, enquanto variável de diferença individual, têm recebido uma grande atenção na investigação devido à sua importância

teórica e prática. De facto, estudos diversos têm revelado que as mulheres tendem a utilizar mais as estratégias de *coping* centrado nas emoções (Washburn-Ormachea & Hillman, 2000).

As estudantes estagiárias tendem a recorrer predominantemente a estratégias de *coping* auto-centradas, enquanto que os seus colegas rapazes parecem utilizar mais estratégias de *coping* focadas nos outros (Francisco, 2009).

As diferenças associadas ao sexo no uso da estratégia de *coping* relativo ao suporte social estão bem documentadas na literatura, sendo que as raparigas tendem a recorrer mais à procura de suporte social do que os rapazes (Piko, 2001; Tamres, Janicki & Helgeson, 2002; Amirkhan & Auyeung, 2007).

No que respeita ao efeito do sexo nas estratégias de *coping*, Costa e Leal (2006) verificaram diferenças significativas ao nível do suporte social (com média superior para as raparigas), da distração/recusa e da conversão/aditividade (com médias mais elevadas para os rapazes). Para lidar com as situações indutoras de *stress*, parece que as jovens optam por manter relações fortes, quer com a família, quer com os pares, procurando apoio e partilhando os sentimentos, enquanto os rapazes optam por agir como se o problema não existisse, desenvolvendo actividades para se distraírem e mudando os seus comportamentos e até as suas posições cognitivas de modo a melhor aceitarem a situação, além de adoptarem comportamentos de compensação (álcool, drogas e tabaco).

O estilo de *coping* pode representar uma das várias variáveis pessoais que condiciona diferenciadamente os homens e as mulheres, enquanto resultado de processos culturais (Blalock & Joiner, 2000).

A hipótese de socialização tem sido colocada por alguns investigadores como uma explicação possível para as diferenças observadas no *coping* em função do sexo (Ptacek, Smith & Zanas, 1992). Tal hipótese prediz que, de um modo geral, os homens têm tendência para se envolver em *coping* mais orientado para a resolução do problema, enquanto que as mulheres parecem recorrer com mais frequência ao *coping* orientado para o controlo dos estados emocionais relacionados com a situação de *stress* (Swickert & Hittner, 2009).

Associando-se consistentemente aos estereótipos, expectativas e valores atribuídos aos papéis sexuais, as raparigas são encorajadas a estabelecer relações de proximidade, cuidado e expressividade emocional e a procurar ajuda e suporte dos outros, aquando do confronto com os problemas. Os valores associados aos papéis

sexuais masculinos, que sublinham a independência e a inexpressividade emocional afastam os homens das actividades de suporte social. Quando solicitam ajuda, os papéis sexuais contribuem para que as mulheres se sintam confortáveis e os homens fracos e dependentes, o que poderá contribuir para inibir os indivíduos do sexo masculino na manifestação de comportamentos de ajuda (van Well & Kolk, 2007). Ao invés, são encorajados a envolverem-se em métodos mais instrumentais, independentes, racionais e directos para fazerem face a situações indutoras de *stress*.

De acordo com as definições tradicionais de masculinidade e feminilidade, os homens parecem recorrer mais a estratégias de *coping* focadas nos problemas, tentando controlar as suas emoções e a situação, procurando focar-se em aspectos positivos da situação e envolvendo-se em esforços individualizados de resolução do problema (Byrne, 2000). As raparigas tendem a utilizar mais estratégias centradas nas emoções, através das quais expressam as suas emoções, focando-se nos aspectos negativos da situação e procurando suporte social (Byrne, 2000; Kort-Butler, 2009).

O tipo de estratégias de *coping* utilizado pelos indivíduos é determinado em larga medida pelo seu nível de optimismo (Scheier & Carver, 1985; Nes & Segerstrom, 2006), dado que o mesmo influencia a avaliação dos stressores (Chang, 1998b) e o desenvolvimento das estruturas sociais (Brissette *et al.*, 2002), dois factores que, por sua vez, auxiliam no processo de *coping* com os stressores.

Folkman e Moskowitz (2000b) consideram que as abordagens contextuais do *coping* são unânimes ao considerarem que o *coping*: a) tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do *stress* e gestão dos problemas que causam *stress*; b) é influenciado pela avaliação das características do contexto de *stress* incluindo a sua controlabilidade; c) é influenciado pelas características de personalidade, incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão e; d) é influenciado pelos recursos sociais.

Nem todos os indivíduos reagem às situações de *stress* da mesma forma. Determinados aspectos têm sido identificados como exercendo um efeito de diminuição ou intensificação da influência do *stress* na saúde, tais como o suporte social (Button, 2008). As teorias do suporte social estão interligadas com os conceitos de *stress* e de *coping*. A avaliação cognitiva do *stress* depende, em parte, da disponibilidade percebida dos recursos sociais. Para além disso, a mobilização do suporte social pode ser compreendida como uma estratégia de *coping* (Schwarzer & Rieckmann, 2002).

Dada a importância do suporte social na gestão do *stress*, este factor que irá ser abordado no ponto seguinte.

3.2. Suporte social: Conceptualização

A importância e o papel das interações que o indivíduo estabelece ao longo da sua história de vida traduzem-se na construção de uma rede que vai facilitar (ou não) a participação activa do sujeito, a exploração e experiência de situações de vida diferenciadas e permitir (ou não) o desenvolvimento de estratégias de *coping*, autoconfiança e competência face a situações indutoras de *stress* (Seco, Pereira, Dias, Casimiro & Custódio, 2005).

As relações interpessoais desempenham um papel determinante na forma como as pessoas lidam e se ajustam às situações diárias com as quais se confrontam.

As interações sociais vão-se desenvolvendo ao longo da vida, sendo tal percurso associado a uma diferenciação quantitativa e qualitativa (Jardim & Pereira, 2006). No contexto do Ensino Superior (ES) salienta-se a importância do suporte do grupo de pares, promotor do estabelecimento de laços que fortalecem o sentimento de integração e de pertença a um colectivo pela aceitação e afecto. Através do grupo de pares é possível desenvolver um sentido de comparação social, de partilha de problemas, fracassos, interesses, experiências e ideias. Com os pares é possível aprender novas estratégias para lidar com crises e transições que os jovens vivenciam no contexto do ensino superior (Motta, Pinto, Bernardino, Melo, Pereira, Ferreira, Rodrigues & Pereira, 2005).

O suporte ou apoio social é um termo abrangente que diz respeito não só à coesão e à quantidade das relações sociais que o indivíduo estabelece, mas também à força e frequência dos laços constituídos e ao modo como tal sistema de apoio é percebido (Jardim & Pereira, 2006).

O conceito de suporte social tem vindo a ser alvo de interesse crescente por parte dos investigadores, tratando-se de um conceito complexo, dinâmico e percebido de forma diferencial face às circunstâncias e aos seus intervenientes. Apesar deste interesse crescente a sua conceptualização e operacionalização não têm sido fáceis de realizar.

Este conceito é, frequentemente, usado em sentido lato, incluindo a integração social e as redes sociais (Schwarzer & Rieckmann, 2002), sendo que estas representam a base objectiva para a integração e suporte social. Estes dois últimos constructos referem-se ao grau relativamente ao qual os indivíduos estão socialmente integrados, têm um sentimento de pertença e intimidade e as necessidades tangíveis são satisfeitas, tais como apoio, orientação e acesso à informação.

A integração social refere-se à estrutura e quantidade das relações sociais, tais como o tamanho e a densidade das redes, frequência de interacção e, por vezes, inclui também a percepção subjectiva de envolvimento. O suporte social, pelo contrário, refere-se à função e à qualidade das relações sociais, à percepção da disponibilidade de apoio ou do suporte actualmente recebido (Schwarzer & Rieckmann, 2002).

O suporte social pode ser conceptualizado como a interacção com familiares, amigos, profissionais e pares que providenciam informação, confiança, ajuda e estima (Stewart, Craig, MacPherson & Alexander, 2001). Todavia, mais importante do que o suporte dado e recebido (suporte efectivo) é o que o indivíduo avalia ou percebe como estando disponível caso ele necessite (suporte percebido).

Os modelos teóricos de apoio social têm descrito a rede social de apoio como tendo uma dimensão estrutural, incluindo o seu tamanho e a frequência de interacções sociais, e uma dimensão funcional com componentes emocionais e instrumentais (Southwick, Vythilingam & Charney, 2005).

Existem diversas definições de suporte social, umas de natureza mais quantitativa, enfatizando o número de pessoas que constituem a rede social e número de contactos, outras de natureza mais qualitativa, sublinhando a satisfação com o suporte, com as ligações significativas e a adequação das relações sociais.

O apoio ou suporte social define-se, genericamente, como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, que nos valorizam e que gostam de nós (Sarason, Levene, Basham & Sarason, 1983).

Cobb (1976, citado por Pais-Ribeiro, 2003: 186) definiu o suporte social como a informação disponível ao indivíduo para acreditar que é cuidado e amado e que as pessoas se preocupam com ele, crença de que é estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Sarason (1988) salienta uma perspectiva mais pessoal e subjectiva em oposição a um conjunto objectivo de interacções e trocas. Assim, para esta autora o fundamental é o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente, ou seja, o suporte percebido.

O conceito de percepção de suporte social é constituído por duas componentes: a avaliação da percepção da disponibilidade e da percepção da satisfação com o suporte (Wills & Shinar, 2000). Deste modo, a percepção de que existe um número de pessoas disponíveis a quem se pode recorrer em caso de necessidade e o grau de satisfação em

relação a esse suporte disponível parecem ser dois aspectos essenciais para uma conceptualização do suporte social percebido.

A satisfação com o suporte social tem sido definida como a avaliação cognitiva do tipo e/ou da qualidade do suporte social disponível. Diversos autores sugerem que esta avaliação cognitiva ou a percepção do nível de satisfação com o suporte social pode ser mais importante que o número actual ou o tipo de contactos interpessoais e, dessa forma, pode desempenhar um papel fundamental nos resultados em termos de saúde (Sarason, Sarason & Pierce, 1990; Trunzo, 2003).

A percepção que o indivíduo tem acerca dos outros como recursos disponíveis contribui para a auto-regulação do *stress* (Priel & Besser, 2002). Assim, mais do que a disponibilidade dos recursos, o que parece ser mais condicionante é a percepção individual de pertença a uma rede social coesa e a avaliação que o indivíduo faz do apoio que lhe é prestado. Trata-se assim de uma avaliação subjectiva, com todas as implicações daí decorrentes, nomeadamente no respeitante à sua distorção.

A avaliação mais ou menos satisfatória que a pessoa faz do suporte social disponível poderá estar relacionada, também, com experiências recentes, mais especificamente com situações que envolvam ou possam ter envolvido algum grau de *stress* (Seco *et al.*, 2005). A satisfação com o suporte social pressupõe uma avaliação pessoal sobre as suas necessidades de suporte, o que recebe para as satisfazer, bem como o custo estimado desse apoio (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003).

As relações sociais incluem, assim, a percepção da disponibilidade de ajuda e/ou o suporte actualmente recebido. O suporte percebido é descrito como a antecipação prospectiva da ajuda em caso de necessidade, ou seja, traduz o suporte social que o indivíduo percebe ter disponível em caso de necessidade. Por sua vez, o suporte recebido é retrospectivo, traduzindo o apoio actual que foi recebido num determinado momento (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2005).

Hobfoll e Vaux (1993 citados por Vaz-Serra, 1999) mencionam que o apoio social é um meta-constructo no qual se enquadram três constructos diferentes, nomeadamente: 1) recursos da rede social, 2) comportamentos de apoio e 3) avaliação subjectiva de apoio.

Os recursos da rede social de apoio são constituídos pelas relações sociais disponíveis que podem ser objectivamente chamadas a prestar ajuda em caso de necessidade e que oferecem uma ligação estável num grupo social. Usualmente um

indivíduo pertence a uma determinada rede social, que começa por ser constituída pela sua família e se alarga aos amigos, colegas de trabalho e conhecidos.

Estudos feitos nesta área revelam que as pessoas que pertencem ou têm a percepção de pertencerem a uma rede social forte, que lhes dá auxílio quando atravessam necessidades ou passam por acontecimentos difíceis, sentem de forma menos intensa as situações de *stress* (Vaz-Serra, 1999; Southwick *et al.*, 2005).

Uma vasta rede social oferece um maior número de possibilidades de encontrar um tipo de pessoa que possa ser útil numa situação específica.

Uma boa rede de amigos ou conhecidos, mesmo que seja limitada, se for coesa, disponível e congruente com a dificuldade sentida, pode ser de grande auxílio na resolução de uma dificuldade.

O comportamento de apoio é definido como a troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos. Um deles é reconhecido como receptor e o outro como dador. A troca que ocorre tem por objectivo aumentar o bem-estar do receptor. O dador (ou dadores) pode(m) ser uma (ou mais pessoas), que actua(m) a título individual, ou ainda uma instituição.

A avaliação subjectiva de apoio diz respeito àquilo que um indivíduo percebe e ao significado que atribui ao auxílio prestado por alguém. O significado que o receptor dá ao auxílio recebido pode levar a considerá-lo como existente ou nulo, suficiente ou insuficiente, de boa ou de má qualidade, ter sido oportuno ou não ter chegado a tempo.

De acordo com Cohen e Wills (1985) podemos referir 6 tipos de apoio social:

1. Apoio afectivo, na base do qual as pessoas se sentem estimadas e aceites pelos outros apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a sua auto-estima.
2. Apoio emocional que é representado pelos sentimentos de apoio e de segurança que um indivíduo pode receber; implica capacidade de escuta, empatia e compreensão.
3. Apoio perceptivo que pode levar um indivíduo a efectuar uma avaliação mais correcta do seu problema, a dar-lhe outros significado e a estabelecer objectivos mais realistas.
4. Apoio informativo exemplificado pelas informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor as situações ambíguas ou difíceis de perceber, o que facilita as tomadas de decisão.

5. Apoio instrumental que consiste na ajuda concreta que um indivíduo recebe, em termos materiais ou de serviços, para resolver determinado tipo de problema.
6. Apoio de convívio social que leva uma pessoa a passar tempo junto de outras, em actividades de lazer ou culturais, que não só a distraem como a podem aliviar das tensões acumuladas no dia-a-dia e a fazem sentir não-isolada e parte integrante de uma determinada rede social.

Embora não haja consenso entre os autores, parece que certos tipos de suporte são mais importantes na forma de lidar com situações específicas, funcionando dessa forma como um recurso de *coping*. Segundo Cutrona (1990), quando as situações indutoras de *stress* são passíveis de serem controladas, o apoio instrumental, informativo e afectivo parecem ser os mais indicados, dado que os primeiros contribuem para a resolução da situação e o apoio afectivo reforça a auto-estima. O tipo de apoio dado, além de ser uma variável dependente do contexto, envolve vários comportamentos e serve diversas funções.

Nas situações em que poderá estar presente alguma distorção da realidade o apoio perceptivo poderá ser o mais eficaz, ajudando o indivíduo a reavaliar a situação, analisando-a noutras perspectivas.

As variações mais importantes que têm vindo a ser referidas dizem respeito à idade e ao sexo. Quanto ao sexo, Belle (1991 citado por Mendes, 2002) refere que as mulheres mobilizam uma maior variedade de apoio social durante os períodos de *stress*, mantendo mais inter-relações de intimidade emocional, procuram mais frequentemente suporte social e conseguindo relações mais efectivas de suporte social.

As mulheres tendem a evidenciar níveis significativamente mais elevados de percepção de suporte social comparativamente com os homens (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat, 2008).

As mulheres parecem ser menos auto-confiantes na escolha de opções de *coping* e mais competentes na activação de suporte das suas redes sociais. Como prestadoras de apoio, as mulheres tendem a ser descritas como mais empáticas relativamente às necessidades de apoio. No mesmo sentido, as mulheres tendem a dar e a receber maiores quantidades de apoio, especialmente no respeitante ao apoio emocional (Klauer & Winkeler, 2002).

O suporte social surge, frequentemente, como um poderoso agente preventivo na gestão de situações stressantes desempenhando um efeito protector do *stress* contribuindo para a redução das suas manifestações (Quick *et al.*, 2006).

3.2.1. Suporte social: A perspectiva dos estudantes

Considerando que os estudantes se confrontam com múltiplas exigências e inúmeros desafios na esfera pessoal, interpessoal e académica, é de admitir, então, que os recursos sociais, em especial os de suporte social, se constituam como um elemento importante nas situações que induzem mais *stress* (Seco *et al.*, 2005). Favorecer a integração e participação social do estudante e otimizar o suporte proveniente das diversas redes de apoio constitui-se como um desafio para um ensino superior de (maior) qualidade.

Supe (1998) constatou que a percepção de suporte familiar era maior nos estudantes do 2.º ano do que nos do 1.º ano. A percepção do suporte social dos amigos era também maior nos estudantes do 2.º ano, quando comparados com os colegas dos restantes anos. Isto poderá estar relacionado com o facto de os estudantes passarem mais tempo com os colegas do que com a família e estarem deslocados da sua residência habitual.

A deslocação do local de residência habitual ou a saída da casa dos pais, as dificuldades económicas e o desejo de independência e de autonomia, levam os estudantes a não solicitarem diversas formas de suporte social, ficando mais sós nas suas decisões (Guerra, Lencastre, Lemos & Pereira, 2002).

Em contexto académico, o suporte social é importante nos processos adaptativos do indivíduo, nas mais diversas vivências das quais destacamos o ensino clínico em Enfermagem. Investigações realizadas com estudantes de Enfermagem para além do suporte social de familiares e amigos salientam o papel de suporte providenciado pelo contexto educativo no sentido da promoção de autonomia e auto-realização, elementos essenciais para que possam lidar de forma adaptativa com as situações de *stress* com as quais se confrontam (Sawatzky, 1998).

Ser um ouvinte disponível e simpático poderá ajudar muitos estudantes a lidar com as situações indutoras de *stress* e com o desconforto emocional provocado pelas mesmas (Nerdrum *et al.*, 2006).

Importa, pois, potenciar os recursos sociais dos estudantes e disponibilizar outros que se revelem necessários.

O suporte social é tanto mais eficaz quanto mais próximo estiver do estudante, na medida em que a sua receptividade depende da percepção que tem da disponibilidade e da eficácia desse apoio, bem como das características da sua personalidade. Neste sentido, os modelos de apoio entre pares – *Peer Support/Counselling* – têm vindo a assumir-se como uma estratégia de apoio bastante eficaz para lidar com questões de adaptação (Pereira, Motta, Vaz, Pinto, Bernardino, Melo, Ferreira, Rodrigues, Medeiros & Lopes, 2006). Com efeito, os estudantes quando têm problemas recorrem mais facilmente a um colega do que a um psicólogo/psiquiatra, o que revela a importância de que se reveste este tipo de apoio como factor amortecedor, de despiste e de encaminhamento dos problemas dos estudantes (Pereira *et al.*, 2006).

Da quantidade e qualidade das interacções sociais dependerá o sucesso das acções empreendidas. Deste modo, importa promover a criação de redes de suporte social que auxiliem o estudante a lidar com as situações potencialmente stressantes, constituindo-se um espaço e um tempo de partilha e comparação de preocupações e inquietações.

O facto dos estudantes terem a percepção da disponibilidade de um conjunto de relacionamentos interpessoais, com a família, amigos, colegas e par romântico, constitui um factor facilitador de uma adaptação bem sucedida (Sarason *et al.*, 1990; Pinheiro, 2003; Seco, Pereira, Dias, Casimiro & Custódio, 2006). A transmissão e a interpretação da mensagem de que os outros se preocupam connosco e nos estimam e valorizam parecem emergir como factores promotores do bem-estar e da saúde do indivíduo, funcionando igualmente como recursos essenciais para lidar com as exigências e mudanças com as quais o estudante se confronta ao longo do seu percurso formativo. Os estudantes com níveis mais elevados de percepção do suporte social parecem demonstrar melhores padrões de adaptação, com implicações positivas na sua vida (Seco, Pereira, Dias, Casimiro & Custódio, 2007).

O suporte social constitui-se igualmente como um dos factores protectores mais importantes na adaptação dos estudantes ao contexto do ES (Solberg & Viliarreal, 1997). Neste sentido, será benéfico para o estudante acreditar que os outros se interessam por

ele, o valorizam, aceitam e, simultaneamente, caso ele necessite, o podem ajudar a resolver problemas e a ultrapassar dificuldades (Pinheiro & Ferreira, 2001).

3.2.2. Suporte Social: Implicações na saúde e bem-estar

O suporte social é reconhecido como um dos principais determinantes da saúde física e mental (Badoux, 2000; Schwarzer & Rieckmann, 2002; Bancila, 2006).

A disponibilidade dos outros constitui um processo chave na mediação da relação entre *stress* e saúde (Button, 2008). Com efeito, a percepção da disponibilidade do suporte social tem estado consistentemente associada a uma melhor adaptação fisiológica e psicológica (Wimberly, Carver & Antoni, 2008).

Em geral, associações entre suporte social e saúde podem ser devidas a efeitos directos ou indirectos do suporte social e estes, por sua vez, podem ser benéficos ou prejudiciais. Também tem sido postulado que o suporte social parece revelar os seus efeitos benéficos na saúde apenas em momentos de *stress* na medida em que serve de amortecedor/protector do impacto negativo das situações stressantes com as quais as pessoas se confrontam (Schwarzer & Rieckmann, 2002).

Os indivíduos que estão bem integrados e recebem suporte social têm uma maior longevidade e são mais saudáveis (Schwarzer & Rieckmann, 2002). Tal estará relacionado com a capacidade das redes sociais apoiarem as pessoas durante as situações de *stress*.

As pessoas socialmente integradas parecem estar menos predispostas a desenvolverem problemas de saúde, uma vez que possuem um leque de recursos sociais mais vasto ao qual podem recorrer em caso de necessidade, ajudando-as a lidarem com as situações que vão surgindo, tornando-as assim menos vulneráveis (Östberg & Lennartsson, 2007).

Apesar da diversidade de definições, parece haver consenso no que se refere à importância do suporte social na diminuição dos efeitos nefastos do *stress*, bem como na promoção do bem-estar e qualidade de vida do indivíduo (Pais-Ribeiro, 1999).

A percepção do suporte social é um constructo psicológico importante que tem repercussões ao nível do desenvolvimento humano e da adaptação (Pinheiro & Ferreira, 2001).

Esta dimensão subjectiva da percepção do suporte social condiciona o nível de satisfação dos indivíduos relativamente à sua vida social, variável que melhor explica os resultados de saúde, bem-estar e qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 1999; Lo, 2002).

O suporte social percebido emerge, de um modo geral, como mais importante do que o suporte recebido em termos de ajustamento a acontecimentos de vida stressantes (Wethington & Kessler, 1986).

Santos, Pais-Ribeiro e Lopes (2003) constataram que a satisfação com o suporte social se correlaciona com o processo de adaptação à doença oncológica e aos resultados de saúde, mais concretamente ao nível da qualidade de vida.

É possível que as pessoas que se percebem a elas próprias como tendo facilmente acesso a suporte sejam mais prováveis que outras a solicitar comportamentos de apoio quando uma situação de crise ocorre nas suas vidas ou quando se deparam com situações indutoras de *stress*.

Singer e Lord (1984 citados por Pais-Ribeiro, 1999) identificaram quatro grandes categorias na relação entre suporte social e saúde: (1) o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*, tratando-se de uma variável concebida como mediadora ou moderadora do *stress*; (2) a não existência de suporte social é ela própria geradora de *stress*; (3) a perda de suporte social é uma condição indutora de *stress*; (4) o suporte social é benéfico constituindo-se como um recurso aquando do confronto com as diversas situações de vida.

Os estudos em torno do suporte social têm contribuído para a compreensão do papel fundamental da percepção do suporte social como um factor fortemente preditivo da saúde, funcionando como mediador do impacto das situações perturbadoras ou adversas no bem-estar físico e emocional (Cohen & Wills, 1985; Sarason *et al.*, 1990).

O impacto de situações adversas vivenciadas pelos indivíduos será atenuado sempre que este processo relacional é activado. A satisfação com o suporte social pode, desta forma, influenciar as respostas ao *stress* (Ah, Kang & Carpenter, 2007).

Sarason e colaboradores (1990) sublinharam a possibilidade da percepção de suporte social constituir uma fonte protectora em relação a determinadas situações de *stress*. Os mesmos autores defendem que a qualidade das relações interpessoais parece exercer uma influência significativa a níveis tão diversos como o fisiológico, o psicológico e o social.

No que concerne ao efeito protector do suporte social, Coelho e Pais-Ribeiro (2000), verificaram que o grau de satisfação com o relacionamento interpessoal (família,

amigos e intimidade) tem um papel importante na resistência psicológica ao *stress*, manifestada através da percepção subjectiva de bem-estar.

Um suporte social elevado surge como tendo um papel protector e amortecedor na doença física e mental. Em contrapartida, um suporte social baixo tem estado fortemente associado a níveis elevados de *stress*, ansiedade, depressão, perturbações de *stress* pós-traumático e morbilidade e mortalidade médica (Southwick *et al.*, 2005). Neste sentido, importa o desenvolvimento de intervenções destinadas a enriquecer as redes de suporte social.

As diferentes maneiras de operacionalizar e medir o conceito de suporte social reflectem, fundamentalmente, dois modelos explicativos quanto à relação entre o suporte social e a saúde.

Para explicar o efeito benéfico do suporte social no bem-estar, Cohen e Wills (1985) propuseram dois modelos de suporte social: o de efeito directo (*main or direct-effect model*) e o de efeito amortecedor/protector do *stress* (*buffering model*).

O *modelo do efeito principal ou directo* considera que o suporte social tem efeitos benéficos independentemente do facto da pessoa estar ou não sob *stress* ou a vivenciar uma situação adversa. Ou seja, a associação positiva entre o suporte social e o bem-estar é atribuído a um efeito benéfico geral do suporte social. Neste caso, o simples facto das pessoas participarem numa rede de relações sociais, produz efeitos positivos ao nível do bem-estar físico e emocional (Cohen & Wills, 1985).

De acordo com este modelo, o apoio social é uma variável antecedente ou simultânea e o seu efeito é positivo, independentemente da presença de *stress*. Nesta perspectiva, o suporte social tem como efeitos aumentar o bem-estar emocional e físico dos indivíduos, ou diminuir a probabilidade de efeitos negativos neste domínio. Defende-se que o apoio social tem efeitos em alguns processos físico-psicológicos e que facilita a adesão a comportamentos de promoção da saúde. Ao mesmo tempo considera-se que a integração social providencia identidade e recursos para uma auto-avaliação positiva, o que, por sua vez, proporcionará um aumento da percepção de controlo e de eficácia, reduzindo a experiência de ansiedade. A redução da ansiedade, do desamparo e do desespero pode resultar em comportamentos promotores de saúde.

O *modelo amortecedor do stress* postula que o suporte social enquanto recurso externo, refere-se ao modo através do qual as relações sociais protegem o indivíduo dos efeitos nefastos do *stress* (Pais-Ribeiro, 1999; Gillespie *et al.*, 2001; Southwick *et al.*, 2005). Ou seja, este modelo postula que sob *stress*, a presença de laços sociais protege

os indivíduos do impacto de uma situação stressante, amortecendo as respostas potencialmente prejudiciais. Neste caso, a associação positiva entre o suporte social e o bem-estar é atribuído a um processo de suporte que protege os indivíduos dos efeitos potencialmente adversos das situações indutoras de *stress*.

De acordo com o *modelo do efeito amortecedor ou protector*, o suporte social intervém como variável mediadora na relação entre o *stress* e a doença, podendo reduzir ou eliminar os efeitos negativos do *stress* (Pais-Ribeiro, 1999). São propostas duas explicações quanto à maneira como este efeito protector pode ocorrer.

Numa primeira explicação, o apoio social permite aos indivíduos redefinir a situação indutora de *stress* e enfrentá-la mediante estratégias não stressantes, ou então inibindo os processos psicopatológicos que poderiam desencadear-se na ausência de suporte social.

A segunda perspectiva, incide sobre os processos avaliativos primários, evitando que os indivíduos avaliem uma dada situação como sendo stressante. O facto de um indivíduo ter a certeza de que dispõe de muitos recursos materiais ou emocionais pode evitar que essa pessoa defina uma situação como sendo stressante, apesar de esta poder ser assim definida por outros. Esta não-definição evita que se gerem respostas psicofisiológicas que, por sua vez, se reflectem na saúde.

Segundo Kaplan (1993), neste modelo os componentes essenciais para que a doença surja são o *stress* elevado e o baixo suporte social. Nas situações em que há elevado *stress* e suporte social, o impacto do *stress* será absorvido ou amortizado.

A investigação conclui pela existência de evidência consistente com ambos os modelos. Evidência para o modelo do efeito principal é encontrada quando a medida do suporte avalia o grau de integração da pessoa numa larga rede social (Cohen & Wills, 1985). Evidência para o modelo protector é encontrada quando as medidas de suporte social avaliam a percepção da disponibilidade dos recursos interpessoais, responsivos às necessidades decorrentes das situações stressantes.

O suporte social de boa qualidade tem um efeito atenuante em relação ao *stress* e protege a pessoa na sua saúde e bem-estar (Vaz-Serra, 1999). O suporte social reduz ou amortece o impacto psicológico adverso da exposição a situações de vida stressantes e das exigências contínuas da vida (Cohen & Wills, 1985; Lo, 2002).

O suporte social não é apenas importante após o indivíduo estar sob *stress*, sendo igualmente importante na prevenção das situações de *stress* (Pais-Ribeiro, 2007).

Na investigação de Darling e colaboradores (2007), os estudantes universitários

que tinham uma percepção elevada de suporte social por parte da família referiram níveis também mais elevados de ajustamento à vida universitária

Na tentativa de gerir o *stress* com o qual se confrontam, os estudantes recorrem a uma variedade de fontes e tipos de suporte (Darling *et al.*, 2007).

Pessoas com redes de suporte social mais fortes têm menos probabilidades de serem afectadas negativamente pelo *stress* elevado e consequentes implicações na saúde física e psicológica, quando comparadas com aquelas que têm um suporte inadequado (Lazarus, 1999).

Estudos mostram que as pessoas que se consideram como recebendo mais suporte social (família, amigos, vizinhos, colegas, etc.) têm maior capacidade para lidar com o *stress*. Esse apoio tem influência na maneira como a pessoa encara os acontecimentos stressores e como aprende a lidar com eles e, por conseguinte, leva ao aumento da confiança em si própria. Neste caso, são as mulheres as mais beneficiadas, pois em geral parecem receber mais suporte social do que os homens.

A percepção de suporte social, em que a pessoa crê de que pode dispor de apoio, se necessário, tem mostrado de forma consistente uma relação positiva com a sensação de bem-estar do indivíduo (Cutrona, 1996). Por seu lado, o isolamento social e níveis de apoio social baixos têm surgido associados a níveis de *stress* mais elevados e a algumas doenças tais como a hipertensão, a diabetes e os comportamentos aditivos. O isolamento também surge associado a um decréscimo na saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e desempenho de papéis sociais (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000; Santos *et al.*, 2003).

O suporte social percebido como disponível por outros significativos surge consistentemente associado ao bem-estar (relação positiva) e a sintomas de doença física ou psíquica (relação negativa) (Cohen & Wills, 1985).

O suporte social tende a aumentar a auto-estima, a promover o humor positivo, o optimismo e a diminuir o *stress*, os sentimentos de solidão e de fracasso (Pinheiro & Ferreira, 2002), contribuindo para o bem-estar do indivíduo (Canavarro, 1999).

O suporte social pode melhorar o *coping* e moderar o impacto de stressores sendo que níveis elevados de suporte social estão associados a níveis mais baixos de *stress* (Brissette *et al.*, 2002; Wimberly *et al.*, 2008).

O suporte social é referenciado como um factor protector não só da doença coronária como também da morbilidade e mortalidade nos resultados de saúde em geral, nomeadamente pela sua acção no modo como se encaram os desafios e as ameaças

(Gonçalves, Paiva, Leal & Gomes, 2004). A existência de relacionamentos satisfatórios e compensadores tem sido referida como um dos principais factores que exercem influência na saúde física, bem-estar emocional e desempenho profissional.

A percepção de suporte social tende a surgir correlacionada de forma positiva com a resiliência e de forma negativa com a depressão (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat, 2008).

As pessoas que referem receber suporte instrumental e emocional dos outros quando precisam experienciam níveis de *stress* e de sintomas depressivos mais baixos do que aqueles que não recebem (Cohen & Wills, 1985; Mosher, Prelow, Chen & Yackel, 2006).

Sistematizando, o suporte social tem sido um dos processos psicossociais amplamente estudado na relação com a saúde e a doença. É um dos factores mais citados como protector do *stress*, quer modificando os efeitos potencialmente negativos do mesmo, quer reduzindo o *stress* em si ou facilitando os esforços do indivíduo para lidar com o mesmo (Magaya *et al.*, 2005; Quick *et al.*, 2006).

Não obstante a diversidade de definições em torno do conceito de suporte social, o mesmo tem sido referido como tendo efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o bem-estar psicológico e as funções sociais.

Um número de factores que ajuda a lidar e a compensar as dificuldades na adaptação psicossocial às situações de *stress* têm sido salientados. Assim, para além do *coping* e da rede de suporte social, a investigação tem também centrado a sua atenção nas características pessoais na exposição e na reacção a situações de *stress* (Hammen, 2005), nomeadamente na orientação de vida positiva e optimista (Scheier & Carver, 1985; Scheier, Weintraub & Carver, 1986; Thoits, 1995). No próximo ponto incidiremos a análise na auto-estima e no optimismo.

3.3. Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo

3.3.1. Auto-Estima

A auto-estima é definida por Mehrabian (1998) como uma atitude positiva-negativa generalizada relativamente a si próprio. Ou seja, traduz o quão positivo ou negativo, em geral, um indivíduo pensa e sente acerca de si próprio. A auto-estima positiva envolve, desta forma, sentimentos de auto-confiança e atitudes positivas relativamente a si próprio.

A auto-estima é a componente avaliativa do *self*, referente à auto-avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz acerca de si próprio. De um modo geral, uma auto-estima elevada traduz uma avaliação global favorável acerca do *self*, ao passo que uma baixa auto-estima se refere a avaliações desfavoráveis de si (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003).

A auto-estima é, frequentemente, definida como a auto-percepção individual acerca das suas capacidades, competências, qualidades que guiam e/ou motivam processos cognitivos e comportamentais específicos (Juth, Smyth & Santuzzi, 2008).

O desenvolvimento da auto-estima pode representar uma forma através da qual os estilos individuais de interacção com os outros, adquiridos desde a infância, podem ter um impacto significativo a longo prazo em comportamentos de saúde preventivos (Huntsinger & Luecken, 2004).

A auto-estima pode ser encarada como um indicador do bem-estar psicológico, mostrando a literatura suporte empírico no sentido desta característica ser um bom preditor da saúde mental (Washburn-Ormachea & Hillman, 2000; Hatcher, 2007).

A investigação no âmbito da auto-estima ou dos sentimentos globais referentes ao valor próprio indica que a auto-estima está relacionada com uma diversidade de resultados positivos, incluindo bem-estar psicológico em geral (Brown, Huajian, Oakes & Ciping, 2009) e realização sócio-económica (Christie-Mizell *et al.*, 2008).

Níveis elevados de auto-estima têm surgido associados a comportamentos de saúde (Huntsinger & Luecken, 2004; Michaels, Barr, Roosa & Knight, 2007).

Indivíduos com uma elevada auto-estima são detentores de um grande auto-conhecimento, orientados por/para objectivos e são produtivos (Mcgee & Williams, 2000). Estes indivíduos evidenciam uma probabilidade maior de se envolverem em situações sociais, actividades e comportamentos que potenciam emoções positivas (Christie-Mizell, Kimura Ida & Keith, 2008). Níveis elevados de auto-estima surgem associados a menores limitações ao nível da saúde física (Christie-Mizell *et al.*, 2008).

Resultados da investigação indicam que uma elevada auto-estima protege as mulheres da depressão, enquanto que uma baixa auto-estima constitui um risco para o

desenvolvimento dessa perturbação. Num estudo com estudantes universitárias, verificou-se que uma baixa auto-estima e acontecimentos de vida negativos surgiram associados a sintomas depressivos (Peden, Hall, Rayens & Beebe, 2000).

As pessoas com uma baixa auto-estima tendem a responder de forma menos adaptativa aos acontecimentos de vida stressantes, quando comparadas com pessoas com uma alta auto-estima (Baumeister *et al.*, 2003; Gold, 2008), sendo a auto-estima um importante moderador das reacções individuais.

Uma auto-estima baixa está associada a uma grande variedade de perturbações mentais e problemas sociais tais como a depressão, tendências suicidas e ansiedade (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004).

Os indivíduos com baixa auto-estima podem evidenciar escassez dos recursos de *coping* necessários para regular as situações de *stress* (Schneiderman *et al.*, 2005).

A baixa auto-estima prediz mais afecto negativo, menos afecto positivo, maior severidade de *stress* e maior severidade de sintomatologia na vida diária (Gorbett & Kruczek, 2008).

Num estudo realizado junto de estudantes de Enfermagem, Tully (2004) constatou a existência de associações positivas entre auto-estima elevada e estratégias de *coping* proactivas e entre baixa auto-estima e comportamentos de evitamento.

El-Anzi (2005) constatou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre auto-estima, optimismo e rendimento académico.

Os indivíduos que recorrem a estratégias de *coping* activas tendem a referir níveis mais elevados de bem-estar psicológico (Dumont & Provost, 1999; Umana-Taylor, Vargas-Chanes, Garcia & Gonzales-Backen, 2008). É possível que indicadores globais do bem-estar, tais como os da auto-estima, promovam o uso de estratégias de *coping* proactivas que, por sua vez, podem promover sentimentos positivos face à satisfação com a vida que, por seu turno, podem reforçar a auto-estima.

Num estudo realizado com estudantes do ensino superior, Batista e Pereira (2009) constataram que os estudantes do sexo masculino apresentam uma auto-estima mais elevada, quando comparados com as suas colegas.

A auto-estima pode e deve ser melhorada, pois favorece a distintividade pessoal e a disponibilidade para a aprendizagem (Abreu, 2003).

Suporte social, auto-estima e optimismo surgiram relacionados de forma positiva com práticas promotoras de saúde encontrando-se o suporte social relacionado positivamente com a auto-estima e o optimismo (McNicholas, 2002).

Em suma, a auto-estima, a par do optimismo, *locus* de controlo, auto-eficácia é considerada um recurso pessoal que contribui para o bem-estar e o ajustamento após acontecimentos de vida stressantes (Ben-Zur, 2008). A auto-estima parece conferir muitos benefícios positivos ao indivíduo, tendo sido referida como contributo para a resiliência (Dumont & Provost, 1999).

Tais características pessoais afectam as avaliações que os indivíduos fazem acerca das suas próprias capacidades para lidarem com as situações stressantes com as quais são confrontados. Por outro lado, influenciam também os subsequentes esforços de *coping*, conduzindo desse modo, num curto prazo a menos *stress* e, a longo prazo, a uma maior satisfação com a vida e uma melhor saúde (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1993).

Para além da auto-estima, uma das variáveis que tem emergido como um factor que influencia as respostas do indivíduo ao *stress* é referente ao optimismo/pessimismo, variável que irá ser apresentada seguidamente.

3.3.2. Optimismo-Pessimismo: Conceptualização

O campo da Psicologia Positiva tem vindo a assumir-se como um domínio de investigação crescente (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Marujo, Neto e Perloiro, 2003).

No âmbito da valorização da experiência subjectiva, a Psicologia Positiva, está relacionado com o bem-estar, contentamento e satisfação (com o passado), esperança, confiança e optimismo (em relação ao futuro) e alegria e felicidade (no presente) (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

A Psicologia Positiva visa catalisar a mudança no foco da Psicologia descentrando a sua preocupação dos aspectos negativos da vida para enfatizar a importância de construir qualidades positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2005). Desta forma, não se limita ao estudo da doença, fragilidade e danos, mas constitui igualmente o estudo da força e qualidade. A intervenção não se restringe ao que está

menos bem, mas aposta na construção do que está certo (Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Seligman, 2005).

A Psicologia Positiva refere-se assim ao estudo científico de experiências positivas e traços individuais positivos estando intimamente relacionada com o bem-estar e satisfação, constituindo-se como um contributo fundamental para ultrapassar com qualidade as situações com as quais o indivíduo se confronta (Duckworth *et al.*, 2005; Seco, 2005). Pretende-se assim promover o estudo científico da força humana, da resiliência e do funcionamento humano óptimo.

As características positivas da personalidade podem ser vantajosas para enfrentar os problemas do quotidiano e do *stress* com implicações claras ao nível da saúde (Martins & Paúl, 2006). Maior felicidade e contentamento conduzem a maior sucesso na vida, a uma melhor saúde e relacionamentos mais gratificantes (Frisch, 2006).

O pensamento positivo tem sido considerado como um recurso interno que contribui para ultrapassar as dificuldades e adversidades com que as pessoas se deparam nas suas vidas, protegendo-as do *stress* (Folkman & Moskowitz, 2000a; Ah *et al.*, 2007). Esperar resultados positivos na sua própria vida parece ser um aspecto importante da natureza humana, com efeitos na saúde física e mental (Fischer & Chalmers, 2008).

Seligman (2002; 2005) é um dos autores que tem salientado a importância da Psicologia Positiva no desenvolvimento de programas de prevenção do *stress*. A sua perspectiva inclui estratégias cognitivas que possibilitem ao indivíduo o desprendimento de crenças negativas acerca do seu passado, o desenvolvimento de crenças realistas acerca do presente e a implementação de forças para lidar com os desafios do futuro.

As forças humanas positivas, tais como a coragem, abertura de espírito face ao futuro, optimismo, aptidões interpessoais, confiança, esperança, honestidade, perseverança, entre outras, actuam como amortecedoras das doenças mentais. De acordo com Seligman (2005) ao se identificar, amplificar e concentrar a atenção nestas forças junto de pessoas em risco estar-se-á a fazer uma prevenção eficaz das principais perturbações emocionais.

A orientação ou perspectiva de vida positiva tem sido considerada como promotora e sustentadora do bem-estar, facilitando a convicção de que os obstáculos podem ser confrontados e ultrapassados com sucesso (Fontaine, Manstead & Wagner, 1993). Para ajudar a reconhecer esta possibilidade, Carver e Scheier (1981 citados por Fontaine *et al.*, 1993) propuseram uma teoria baseada na expectativa da auto-regulação

do comportamento, segundo a qual as expectativas de resultados bem sucedidos levam as pessoas a renovarem e a manterem os seus esforços mesmo face a obstáculos ou contrariedades. Pelo contrário, se as expectativas pessoais forem desfavoráveis, os indivíduos tendem a reduzir os seus esforços e a desprenderem-se da prossecução dos seus objectivos, especialmente aquando do confronto com impedimentos.

Considerando que a maioria das questões e actividades humanas são complexas e multideterminadas Scheier e Carver (1985) julgaram ser mais útil medir as expectativas mais gerais ou globais. Com esta finalidade, apresentam o termo *optimismo disposicional* e desenvolveram o *Life Orientation Test* (LOT), com o objectivo de avaliarem a expectativa generalizada acerca de resultados/consequências futuras, traduzindo-se numa expectativa geral de que o futuro irá ser positivo.

Scheier e Carver (1985) começaram a investigar a possibilidade do optimismo, perspectivado enquanto uma característica estável da personalidade, ter implicações no modo como as pessoas regulam as suas acções. O optimismo disposicional, conceptualizado como um constructo pessoal, traduz as expectativas de resultados positivos, com importantes implicações para a saúde.

O optimismo-pessimismo tem sido avaliado por Scheier e Carver, (1985) como apresentando pólos opostos de um *continuum* unidimensional. Elevado optimismo/baixo pessimismo parece manter as pessoas envolvidas em esforços para atingir os objectivos desejados e promover estratégias de *coping* adaptativas (Scheier & Carver, 1985). Para além disso, o optimismo é referido como desempenhando um papel protector aquando do confronto com dificuldades na vida, tais como as situações de doença.

O optimismo-pessimismo refere-se a uma predisposição emocional e cognitiva generalizada para pensar e reagir emocionalmente aos outros, acontecimentos e situações de uma maneira positiva e favorável e, de uma forma geral, esperar resultados positivos e benéficos em detrimento de resultados negativos, maus e nefastos (Mehrabian, 1998). Desta forma, os optimistas têm mais probabilidades de acreditarem que coisas boas, ao invés de coisas más, estão frequentemente a acontecer-lhes e irão continuar a acontecer. Pelo contrário, os pessimistas estão mais propensos a perspectivar e a experienciar os acontecimentos presentes e futuros de modo negativo, ou seja, para sentir e pensar que os maus momentos e situações superam os bons e que os resultados futuros são prováveis de serem negativos e maus (Mehrabian, 1998).

O optimismo disposicional, tipicamente classificado como um traço estável de personalidade, traduz-se num humor ou atitude geral positiva e numa tendência a

antecipar um desfecho favorável das situações de vida (Scheier & Carver, 1992; Andersson, 1996; Burke, Joyner, Czech & Wilson, 2000). Trata-se de uma expectativa positiva e generalizada de que o indivíduo vai experienciar resultados positivos no futuro. É a tendência para acreditar e ter esperança que as situações se irão resolver de forma positiva (Dossey, 2006a).

Outros estudos consideram o optimismo-pessimismo não como um constructo unidimensional, mas enquanto duas dimensões parcialmente independentes. Por exemplo, aquando de uma situação de diagnóstico de cancro, Pinquart, Fröhlich e Silbereisen (2007) constataram que era mais importante ser menos pessimista do que ser optimista. Nesta perspectiva, o optimismo e pessimismo constituem dois factores distintos, ainda que interligados. Por conseguinte, o indivíduo pode não ser pessimista mas tal não implica, necessariamente, que seja optimista e vice-versa.

Importa proceder à distinção entre optimismo funcional e defensivo. O optimismo funcional é expresso pelas firmes crenças na própria capacidade para lidar com os desafios e com as adversidades. O optimismo defensivo traduz a percepção de risco enviesada, referente à crença de que as situações menos boas só acontecem aos outros, que o risco de acontecer ao próprio é menor do que de acontecer aos outros (Schwarzer, 1998). No âmbito deste trabalho quando nos estamos a reportar ao optimismo, estamos a fazer referência ao optimismo funcional.

O optimismo é uma qualidade da personalidade sendo influenciada geneticamente, mas também pelas circunstâncias e experiências, nomeadamente aquelas que ocorrem nos primeiros anos de vida (Carver & Scheier, 1999; Grote *et al.*, 2007).

Peterson (2000) considera o optimismo como envolvendo componentes cognitivas, emocionais e motivacionais. O optimismo surge como um aspecto inerente à natureza humana, estando associado a características psicológicas benéficas, tais como humor positivo, perseverança, realização e a melhor saúde física (Peterson, 2000).

A essência do optimismo é esperar que acontecimentos bons aconteçam no futuro e trabalhar no sentido da sua concretização (Peterson & Seligman, 2004).

O optimismo influencia o modo como as pessoas interpretam os acontecimentos nas suas vidas o que, por sua vez, afecta as suas experiências subjectivas aquando do confronto com os problemas. Influencia igualmente as acções que os indivíduos empreendem para lidarem com as adversidades. Quando as pessoas se confrontam com a adversidade ou com dificuldades na sua vida elas experienciam uma diversidade de

emoções, variando da excitação e entusiasmo à raiva, ansiedade e depressão. O equilíbrio entre estes sentimentos parece estar relacionado com o grau de optimismo ou pessimismo das pessoas (Carver & Scheier, 1999; 2005; Scheier & Carver, 1992; 2003).

Os optimistas e os pessimistas diferem assim na forma como encaram os problemas e os desafios e no modo como lidam com a adversidade (Chang, 2001; Carver & Scheier, 2002; 2005).

Os optimistas acreditam que os objectivos desejados são atingíveis e, nesse sentido, irão ultrapassar as dificuldades de modo a concretizá-los, de uma forma bem sucedida, esperando um resultado positivo dos seus esforços. Quando se deparam com um desafio de qualquer ordem, os optimistas tendem a adoptar uma postura de confiança e persistência, mesmo se o progresso ou a evolução se afigura difícil ou morosa.

Os pessimistas são pessoas que tendem a manter expectativas mais negativas perspectivando os objectivos desejados como inatingíveis, antecipando um desfecho desfavorável. Neste sentido, quando confrontados com as dificuldades deixam de empreender esforços no sentido da sua concretização (Carver & Scheier, 1999; Carver & Scheier, 2002; Carver & Scheier, 2005). Os pessimistas tendem a ter mais dúvidas e a serem mais hesitantes (Szalma, Hancock, Dember & Warm, 2006).

Com uma disposição optimista, Ben-Zur (2003) verificou que o indivíduo tende a ter expectativas positivas face à realização de objectivos o que, por sua vez, afecta a sua motivação e a quantidade de esforço que dispense para concretizar as mesmas. As pessoas que perspectivam os resultados desejados como alcançáveis continuam a esforçar-se para alcançar esses objectivos, mesmo que isso se afigure difícil. O optimismo traduz a manutenção da probabilidade subjectiva de que um resultado desejado ocorrerá.

Em diferentes níveis de situações de *stress*, os indivíduos optimistas tendem a referir níveis mais baixos de *stress* (Nes & Segerstrom, 2006), sugerindo que os optimistas diferem no processo de avaliação primária. Chang (1998b) constatou que os optimistas e os pessimistas também diferiam na avaliação secundária dos stressores, sendo que os optimistas tinham mais probabilidades de avaliar os seus recursos ou opções para lidar eficazmente com os stressores.

Os optimistas experienciam menos *stress* que os pessimistas quando confrontados com dificuldades na sua vida. Tal poderá estar relacionado com as estratégias às quais os optimistas e pessimistas recorrem e ao significado que atribuem às mesmas (Carver & Scheier, 1999). Além disso, a investigação sugere que o *coping*

pode ser uma das formas pelas quais as diferenças individuais no optimismo levam à produção de resultados adaptativos. Isto é, evidências provenientes de diversas fontes revelam que os optimistas e pessimistas podem ser diferenciados em termos das estratégias de *coping* a que recorrem, quando confrontados com situações de *stress* (Scheier *et al.*, 1986; Scheier, Magovern, Abbott, Matthews, Owens, Lefebvre & Carver, 1989).

Assim, os optimistas usam estratégias de *coping* construtivas incluindo *coping* activo, planificação e procura de suporte instrumental, especialmente quando as situações stressantes são percebidas como sendo passíveis de controlo. Quando a situação de *stress* é percebida como estando fora de controlo, os optimistas tendem a recorrer ao uso da estratégia de visualização e reenquadramento positivo, ao humor e tendem a aceitar a realidade da situação stressante (Aspinwall & Taylor, 1992; Scheier *et al.*, 1994; Chang, 1998b; Brissette *et al.*, 2002; Mosher *et al.*, 2006; Nes & Segerstrom, 2006).

Os optimistas tendem a enfatizar os aspectos positivos e favoráveis da situação de *stress* e a estarem menos centrados nos aspectos negativos da sua experiência, emoções negativas e sintomas físicos (Aspinwall & Taylor, 1992; Brissette *et al.*, 2002; Mosher *et al.*, 2006). Tendem também a implementar estratégias centradas nas emoções mais adaptativas, quando as situações são consideradas incontroláveis. Apesar de aceitarem a realidade dos acontecimentos de *stress*, os optimistas referem também que tentam ver o que de melhor existe nas situações más e retirar uma aprendizagem das mesmas (Aspinwall & Taylor, 1992; Carver & Scheier, 2002).

Por sua vez, os pessimistas tendem a lidar com o *stress* recorrendo a estratégias menos adequadas, tais como a negação, descarga emocional e desprendimento mental e comportamental dos objectivos com os quais a situação de *stress* interfere (Scheier & Carver, 1992). O pessimismo está associado a um maior uso de estratégias de *coping* centradas nas emoções, as quais traduzem uma tentativa de reduzir as manifestações emocionais causadas pelos stressores. Assim, tendem a negar as situações e consumir substâncias, estratégias que diminuem a sua consciência do problema. Um uso crónico de respostas de evitamento é típico dos pessimistas, que tendem a centrar a sua atenção directamente nos aspectos negativos da sua experiência e nas emoções negativas.

Carver e Scheier (2002) referem que, quando comparados com os pessimistas, os optimistas evidenciam níveis mais elevados de persistência nas tarefas em que se

envolvem. Em situações difíceis, mesmo que alguns dos resultados sejam frustrantes, mostram uma resistência maior perante a adversidade.

Sistematizando, de um modo geral, os optimistas tendem a ser activos no processo de *coping*, enquanto que os pessimistas tendem a ser mais evitantes (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Fontaine *et al.*, 1993; Mosher *et al.*, 2006).

A investigação tem revelado que o optimismo se associa de forma positiva ao uso de *coping* activo (*coping* focado no problema e reinterpretação positiva) e negativamente a esforços de *coping* evitantes (negação, fuga e distanciamento da situação) (Fontaine *et al.*, 1993; Scheier *et al.*, 1994; Aspinwall & Taylor, 1997; Brissette *et al.*, 2002).

Este padrão de associação sugere que o optimismo pode ser um determinante das estratégias que as pessoas usam para lidarem com o *stress*. É igualmente plausível que certas formas de *coping* influenciem ou mesmo determinem o nível individual de optimismo ou controlo percebido (Fontaine *et al.*, 1993).

Os optimistas não só usam estratégias de *coping* focadas nos problemas, mas também recorrem a uma variedade de estratégias focadas nas emoções, incluindo esforços para aceitar a realidade da dificuldade da situação e interpretar a mesma da melhor forma possível. Os optimistas podem beneficiar ainda de vantagens em termos de *coping*, comparativamente com os pessimistas, mesmo face a situações que não podem ser alteradas.

Os optimistas referem ter mais suporte social durante as situações de *stress* do que os pessimistas, sendo também melhor aceites pelos outros (Brissette *et al.*, 2002; Wimberly *et al.*, 2008), as suas relações tendem a ser mais duradouras (Geers, Reilley & Dember, 1998), pelo que o optimismo surge também associado de forma positiva à percepção da disponibilidade do suporte social (Wimberly *et al.*, 2008). Uma atitude optimista promove relacionamentos mais fortes, resultando assim numa rede de suporte social mais robusta. Uma perspectiva optimista será mais atractiva a potenciais parceiros relacionais e ajudará o desenvolvimento de relações que promovam o bem-estar psicológico (Brissette *et al.*, 2002).

Uma orientação optimista da vida desempenha um papel importante na percepção do suporte social disponível (Wimberly *et al.*, 2008) e a relação satisfação com o suporte social/optimismo parece desempenhar um papel importante moderando o impacto do *stress* nas respostas imunitárias (Ah *et al.*, 2007).

A investigação tem sugerido que os optimistas revelam uma maior tendência para procurar suporte social (Scheier *et al.*, 1986; Brissette *et al.*, 2002) e parecem ter mais

recursos e capacidades disponíveis para lidarem ou eliminarem os stressores (Crosno, Rinaldo, Black & Kelley, 2009).

3.3.3. Optimismo-Pessimismo: Implicações na saúde e no bem-estar

O optimismo prediz a adaptação presente e futura a situações de *stress* (Karademas *et al.*, 2007) sendo considerado como um factor de protecção que contribui para a resiliência no confronto com o *stress*. O optimismo tem estado associado a uma série de benefícios para a saúde, quer em indivíduos saudáveis, quer em pacientes reforçando o bem-estar (Scheier & Carver, 1985; Wimberly *et al.*, 2008), diminuindo o *stress*, a ansiedade e a depressão (Carver, Pozokaderman, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Clark, 1994) e os pensamentos suicidas em estudantes universitários (Hirsch, Conner & Duberstein, 2007).

O optimismo tem estado associado ao sucesso académico, atlético, ocupacional, militar e político (Peterson, 2000).

O optimismo desempenha, deste modo, um papel motivador influenciando, por um lado, o estabelecimento de objectivos e, por outro, o envolvimento do sujeito na concretização dos mesmos. Quanto mais optimista for o individuo mais ele estará motivado na prossecução dos seus objectivos e mais capaz de planear a realização dos mesmos (Huan, Yeo, Ang & Chong, 2006).

A investigação tem revelado, igualmente, que o optimismo desempenha um efeito moderador na forma como as pessoas encaram situações novas ou difíceis. Quando confrontadas com situações difíceis, os optimistas apresentam mais probabilidades de terem reacções emocionais e expectativas positivas. Esperam ter resultados positivos mesmo quando as coisas são difíceis, tendendo a manter uma atitude de confiança e de persistência. Os optimistas tendem igualmente a assumir que há formas de gerir a adversidade estando mais propensos a aplicar estratégias de *coping* activas e centradas no problema (Scheier & Carver, 1985; Chemers, Hu & Garcia, 2001).

Quer seja conceptualizado como uma disposição geral (Scheier, Carver & Bridges, 1994) ou como referência a crenças acerca de resultados específicos (Armor & Taylor, 1998) existe uma evidência substancial de que o optimismo está associado a uma grande variedade de resultados positivos em termos de melhoria do estado de humor, bem-estar e motivação (Scheier & Carver, 1992; Peterson, 2000). O optimismo parece reduzir o risco de problemas de saúde e estar associado a uma recuperação mais rápida após um acontecimento de vida stressante e a uma melhoria da sobrevivência e

ajustamento a doenças crónicas (Kivimaki, Vahtera, Elovainio, Helenius, Singh-Manoux & Pentti, 2005).

Os estudantes que são confiantes e optimistas adaptam-se melhor à forma como perspectivam o ambiente que os rodeia (Chemers *et al.*, 2001).

O optimismo tem surgido também associado a uma auto-estima mais elevada e mais positiva (Scheier *et al.*, 1994), a maior satisfação com a vida e a menos *stress* e sintomas psicológicos (Chang, 2002; Grote & Bledsoe, 2007; Grote, Bledsoe, Larkin, Lemay & Brown, 2007).

Manter expectativas positivas face aos resultados na vida parece ter, também, efeitos benéficos no bem-estar psicológico em mulheres que, simultaneamente, desempenhavam múltiplos papéis (Atienza, Stephens & Townsend, 2002). Tal poderá estar relacionado com o uso de estratégias de *coping* mais adaptativas e eficazes ou com alterações no significado ou na avaliação dos acontecimentos stressantes ou problemáticos.

Num estudo realizado com mulheres idosas Smith, Young e Lee (2004) constataram que o optimismo estava associado a uma melhor saúde em geral, saúde mental, funcionamento físico, vitalidade, melhor desempenho emocional e físico e menos *stress*. Daukantaite e Bergman (2005) constataram que, aos 13 anos, o optimismo era o único factor que estava consistentemente relacionado com o bem-estar subjectivo das mulheres com 43 anos.

Numa meta-análise tendo em conta os resultados de 83 estudos, Rasmussen, Scheier e Greenhouse (2009) concluíram que o optimismo é um importante preditor de resultados positivos na saúde física. De um modo geral, a análise dos resultados, contribuiu para documentar o papel positivo que o optimismo desempenha no bem-estar físico (Brydon, Walker, Wawrzyniak, Chart & Steptoe, 2009).

A tendência para manter expectativas positivas face aos resultados ou o optimismo disposicional tem estado associado a uma melhor saúde física, sendo que os indivíduos mais optimistas tendem a referir menos sintomas e queixas e a avaliar a sua saúde de uma forma mais positiva, quando comparados com os pessimistas (Chang & Sanna, 2003; Kubzansky, Kubzansky & Maselko, 2004).

O optimismo surge igualmente correlacionado negativamente com o *stress* percebido. Os indivíduos optimistas referem menos sintomas físicos de *stress* (Armata & Baldwin, 2008), o que nos leva a afirmar que o optimismo se constitui como uma característica interna que facilita o *coping* com o *stress* (Schwarzer & Knoll, 2007).

O optimismo tem estado associado a uma maior satisfação com a vida, a uma melhor adaptação às situações de *stress*, bem como a um maior bem-estar psicológico e físico (Aspinwall & Taylor, 1992; Southwick *et al.*, 2005). O efeito benéfico do optimismo e da auto-estima no ajustamento/bem-estar foi mediado pelo não uso de *coping* evitante e pelo maior uso de *coping* activo e maior procura de suporte social (Aspinwall & Taylor, 1992).

Os estudos revelam que os pessimistas experienciam mais *stress* após as adversidades do que os optimistas. Carver e Scheier (2005), constataram que níveis elevados de optimismo aquando da entrada no ensino superior predizem níveis mais baixos de *stress* no final do semestre.

Estes dados reforçam a ideia de que o optimismo funciona como um factor protector do *stress*, promovendo o bem-estar e a adaptação resiliente (Grote & Bledsoe, 2007; Scheier & Carver, 1992).

Quando um acontecimento é perspectivado com menos pessimismo, o seu impacto psicológico e fisiológico é reduzido. Com efeito, a investigação tem revelado que as pessoas que são mais resistentes a doenças físicas e mentais avaliavam as situações com menos pessimismo (Dossey, 2006a).

Os optimistas adoecem menos frequentemente e têm uma esperança de vida maior do que os pessimistas. O sistema imunitário parece ser mais forte nos optimistas e o seu sistema cardiovascular mais estável. Os optimistas são persistentes, bem sucedidos e líderes reconhecidos pelos outros. De um modo geral, são amáveis, animam os outros e as pessoas gostam mais da sua companhia do que da dos pessimistas (Dossey, 2006a).

De acordo com Seligman (1998), a influência positiva do optimismo na saúde e bem-estar dos indivíduos, contribuindo para uma vida mais longa e saudável, processa-se segundo quatro modos. Primeiro, o cérebro regista a experiência do optimismo e estende-se via química e nervosa afectando o funcionamento celular através do corpo, incluindo entre outros, o sistema imunitário e cardíaco. Segundo, devido ao facto do optimismo estar correlacionado com a motivação e o envolvimento em acções, as pessoas optimistas são mais prováveis de quererem ser mais saudáveis e de acreditarem que o podem, efectivamente, ser. Tal aumenta a probabilidade das mesmas seguirem regimes/dietas mais saudáveis e conselhos médicos. Terceiro, os optimistas experienciam menos acontecimentos nocivos nas suas vidas, incluindo menos ameaças à sua saúde, porque o seu sentido de controlo assegura-lhes que eles podem fazer a

diferença naquilo que acontece. Pelo contrário, os pessimistas parecem, frequentemente, estar envolvidos num ciclo pautado pelo caos, convencidos de que o que quer que façam não vai fazer qualquer diferença. Por último, os optimistas possuem um suporte social mais elevado que os pessimistas, sendo que a investigação sugere que a interacção social mesmo que moderada tem um efeito amortecedor na doença.

Indivíduos que são optimistas e que apresentam estratégias de *coping* adaptativas parecem beneficiar das experiências de *stress* (Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005). Sob condições contínuas geradoras de *stress* as pessoas conscientemente procuram acontecimentos com significados positivos para aumentar o seu estado afectivo positivo o que, por sua vez, permite diminuir o *stress*, reforçando a capacidade de lidar com situações futuras (Folkman & Moskowitz, 2004).

Uma disposição mais optimista surge associada a menos *stress*, a um menor uso de estratégias de *coping* de evitamento e reavaliação positiva, a um maior uso de estratégias de *coping* centradas no problema e procura de suporte social (Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley & Baum, 2001).

Pessimismo ou afecto negativo tem surgido associado a expectativas desfavoráveis, um foco excessivo no *stress* e *coping* de evitamento (Chang, 1998a).

Brydon e colaboradores (2009) constataram que o optimismo pode ser protector para a saúde física e mental, neutralizando/contrariando o aumento do *stress*. Além disso, o optimismo surgiu inversamente correlacionado com características negativas da personalidade tais como neuroticismo, ansiedade e depressão, que por sua vez se encontravam relacionadas com uma saúde física e mental mais débil.

No que respeita a estudos realizados com estudantes, o optimismo tem sido considerado como contribuindo para o bem-estar dos adolescentes, atenuando o efeito do *stress* e promovendo um *coping* saudável e envolvimento em comportamentos positivos. Ben-Zur (2003) verificou que a percepção de *stress* dos estudantes é influenciada pelo seu nível de optimismo. O optimismo está relacionado negativamente com os níveis de *stress* percebidos. Os estudantes que obtinham resultados mais elevados nas medidas de optimismo referiam significativamente menos *stress* percebido do que os pessimistas. Estudantes optimistas eram mais capazes de lidar com situações escolares indutoras de *stress* quando comparados com estudantes pessimistas. De um modo, geral, os estudantes optimistas revelaram níveis mais baixos de *stress* e solidão e níveis mais elevados de bem-estar psicológico (Huan, Yeo, Ang & Chong, 2006).

Brissette e colaboradores (2002) constataram que os estudantes mais otimistas tendem a interpretar as situações indutoras de *stress* de uma forma mais positiva e menos ameaçadora do que os estudantes mais pessimistas estando, desta forma, melhor protegidos do *stress*. No que concerne às estratégias de *coping*, os autores constataram que face às situações de *stress* relacionadas com a transição para a universidade, os otimistas usaram estratégias de *coping* mais construtivas, tais como o *coping* activo, planificação, procura de suporte social e reinterpretação, as quais promoveram um melhor ajustamento psicológico. Por sua vez, os pessimistas centraram-se mais em abordagens inadequadas, tais como a negação, descontrolo emocional e desprendimento mental e comportamental face aos objectivos, tornando-se mais vulneráveis ao *stress*.

Relativamente ao efeito do sexo no optimismo, a investigação não tem encontrado diferenças estatisticamente significativas no nível de optimismo entre rapazes e raparigas, quer do ensino secundário, quer do superior (Peterson & Seligman, 2004; Huan, Yeo, Ang & Chong, 2006).

Em síntese, definido como a expectativa generalizada, relativamente estável, de que resultados positivos ocorrerão em domínios da vida importantes, o optimismo disposicional, tem estado associado a um melhor bem-estar físico e psicológico, durante períodos de *stress* intenso (Scheier & Carver, 1992; Moos & Schaefer, 1993; Carver & Bridges, 1994; Mehrabian & Ljunggren, 1997; Smith, Young & Lee, 2004).

O optimismo influencia a forma como os indivíduos lidam com as transições e crises de vida. Acarreta benefícios ao que as pessoas fazem e ao que são capazes de alcançar em momentos de adversidade (Scheier & Carver, 1987), assumindo-se como uma qualidade pessoal determinante da sustentação de esforços para lidar com os problemas (Ben-Zur, 2008).

As diferenças individuais que se verificam na variável de personalidade optimismo-pessimismo parecem desempenhar um papel importante na resposta aos acontecimentos de vida percebidos como stressantes (Scheier, Carver & Bridges, 2001; Crosno *et al.*, 2009). Neste sentido, importa promover uma atitude optimista que possibilite aos indivíduos lidarem com as situações de *stress* de uma forma mais eficaz e positiva. O optimismo é considerado um traço da personalidade, tendo uma base hereditária, porém o mesmo deve também ser perspectivado como um atributo maleável e passível de ser treinado (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz & Carver, 2003).

O optimismo pode ser alvo de modificação quer em virtude dos acontecimentos de vida, quer na sequência do desenvolvimento de intervenções deliberadas (Peterson & Seligman, 2004).

O treino cognitivo pode ser uma técnica eficaz para a promoção do optimismo, potenciando a modificação de pensamentos automáticos negativos em processos de pensamentos positivos (Crosno *et al.*, 2009).

Seligman (1998), um pioneiro do pensamento optimista, também acredita e defende que o optimismo disposicional pode ser ensinado, apresentando evidência empírica nesse sentido. A sua pesquisa com crianças, recorrendo a métodos de reestruturação cognitiva, tem demonstrado que a modificação da forma como estas pensam conduzirá a uma mudança nas suas emoções e, eventualmente, nos seus comportamentos.

No seu livro “*Learned optimism*” Seligman (1998) propõe o modelo ABC, enquanto estratégia de promoção do optimismo. Quando nos deparamos com a Adversidade (*Adversity*), começamos a pensar acerca dela. Ao longo do tempo, esses pensamentos consolidam-se em crenças (*Beliefs*), as quais se podem tornar tão habituais que são inconscientes. Essas crenças acerca das situações adversas têm consequências (*Consequences*) levando-nos a responder ou de forma optimista ou pessimista. Este modo de intervenção procura ensinar as pessoas a tornarem-se conscientes dos seus pensamentos e comportamentos habituais e automáticos e a substituí-los por respostas mais adaptativas e optimistas (Dossey, 2006a).

A investigação no âmbito do desenvolvimento humano demonstra que os indivíduos podem ser estimulados a serem mais optimistas (Luthans & Jensen, 2002). O optimismo pode ser promovido através da terapia cognitivo-emocional onde se pretende modificar o comportamento alterando a forma como o indivíduo pensa.

Importa todavia ressaltar que se o optimismo é passível de ser aprendido, o pessimismo também o é. Para ensinar as pessoas a serem optimistas não basta organizar conferências, seminários, cursos ou livros, devendo, antes de tudo e, fundamentalmente, serem criadas, nos diversos sistemas em que participam, as condições para que o optimismo se desenvolva (Dossey, 2006a). Tal pressupõe o desenvolvimento de processos que promovam a saúde e o bem-estar em vez de apenas se reagir à adversidade. A promoção do optimismo parece ser uma via possível desse mesmo processo (Carver & Scheier, 2005), quer através de intervenções e estruturas

sociais que promovam o sentido do optimismo, quer através de estratégias informais que reforcem o mesmo (Smith *et al.*, 2004).

Sistematizando, apesar de nos referirmos aos optimistas e aos pessimistas como se tratassem de categorias distintas trata-se apenas de uma questão de conveniência descritiva. Com efeito, e tal como referem Carver e Scheier (2005) as pessoas oscilam entre o muito optimista e o muito pessimista, com a maioria dos indivíduos a incluírem-se no meio-termo.

O optimismo e o pessimismo são qualidades da personalidade. Tais características influenciam as experiências subjectivas das pessoas quando confrontadas com os acontecimentos de vida, e influenciam as acções que as pessoas empreendem para lidarem com os mesmos. Os optimistas e os pessimistas diferem entre si, não só nos sentimentos de bem-estar *versus* mal-estar, mas também no modo como lidam com a adversidade (Scheier & Carver, 1992; Armata & Baldwin, 2008).

Ser optimista não é apenas ser positivo durante os bons momentos, mas também ser capaz de manter pensamentos positivos acerca de nós próprios mesmo durante os contratempos que surgem na nossa vida (Seligman, 1998) e isso é que constitui o verdadeiro desafio.

Capítulo II – Ser estudante de Enfermagem: Desafios e exigências

1. O jovem adulto no Ensino Superior

A frequência do ensino superior (ES) é pautada pela existência de uma miríade de situações que fazem com que este nível de ensino, concretizado nas diversas instituições educativas, se constitua uma etapa marcante no processo desenvolvimental dos estudantes, confrontando-os com a necessidade de adaptação a novas realidades e pondo à prova recursos pessoais e do meio (Azevedo & Faria, 2003; Pereira *et al.*, 2006).

O jovem adulto que ingressa no ES enfrenta dois grandes desafios: por um lado, o de resolver tarefas próprias da fase de desenvolvimento que está a vivenciar (nomeadamente a construção da sua identidade, integridade, autonomia, auto-conceito, relacionamento interpessoal, gestão emocional) e, por outro, o de responder às mudanças e exigências contextuais (Stocker & Faria, 2008).

Em termos de desenvolvimento os estudantes do ES encontram-se num período de transição entre a adolescência e a idade adulta, também designada por “adulter emergente”. Esta segundo Arnett (2000) decorre desde o final da adolescência (18 anos) até meados da segunda década de vida (25 anos), traduzindo uma etapa de adolescência prolongada culturalmente construída que ocorre nas sociedades industrializadas. Coincidindo com o período em que, por norma, se realiza a educação superior, contribui para o prolongar do alcance de uma situação de vida adulta estável.

A “adulter emergente” é culturalmente determinada, apenas tendo lugar nas culturas que permitem aos jovens um período prolongado para exploração dos diversos papéis nos quais pretendem investir no seu futuro (Arnett, 2000). Trata-se de uma fase da vida caracterizada pela mudança, exploração e construção da identidade nos diversos domínios da existência (Arnett, 2000; Arnett, 2007a). Este período de desenvolvimento é o resultado de diversos factores, nomeadamente o aumento da idade do casamento e da parentalidade, o prolongamento da educação em termos de ensino superior e a instabilidade em termos de empregabilidade, a que temos vindo a assistir durante os últimos anos.

Esta etapa do ciclo vital não constitui simplesmente uma extensão da adolescência, dado o indivíduo estar muito mais liberto do controlo parental constituindo-se, por isso, um período de maior exploração individual. Esta fase não corresponde ainda

à idade adulta, a qual implica a concretização de transições que normativamente estão associadas ao estatuto de adulto, especialmente o casamento e a parentalidade.

A “adulterez emergente” traduz assim um período novo e sem precedentes na história do curso de vida e, por isso, requer uma nova designação e uma nova maneira de pensar (Arnett, 2007b).

Um acontecimento de vida associado a esta fase de desenvolvimento é a entrada no ensino superior, implicando esta uma transição que confronta o estudante com um novo espaço institucional e com outros e novos desafios e exigências, tanto de natureza académica, como pessoal e relacional, podendo contribuir para o desenvolvimento de níveis elevados de ansiedade e de *stress* (Ferraz & Pereira, 2002).

A vida do estudante do ensino superior está associada a pressões, exigências e competitividade que, frequentemente, surgem ainda antes da entrada na Universidade/Politécnico e que se mantêm ao longo do curso, muitas vezes associadas à crescente dificuldade em encontrar um emprego e às expectativas de sucesso (Sepúlveda, Carrobles, Gandarillas & Almendros, 2002).

O ingresso e a frequência do ES reveste-se de inúmeros desafios e mudanças com os quais os estudantes têm de lidar, com várias implicações no seu desenvolvimento. Associa-se a esta transição um acréscimo de responsabilidades e de oportunidades de exploração, experimentação e investimento em novos projectos pessoais, sociais, académicos, vocacionais e profissionais.

Se os novos contextos de vida associados à frequência do ES forem percebidos pelos estudantes como significativos, estimulantes e desafiantes, então eles potenciarão o seu processo de desenvolvimento. Se, pelo contrário, forem experienciados de forma negativa poderão constituir-se como factores de inadaptação ou desajustamento (Seco *et al.*, 2007).

Os estudantes do ES deparam-se com uma teia complexa de situações problemáticas relacionadas com os processos de transição, tais como a solidão e a adaptação ao novo contexto, problemas de desenvolvimento pessoal e social, construção da identidade, estabelecimento de novas relações interpessoais, bem como questões inerentes à vida académica, nomeadamente os exames, a adaptação a novas metodologias de estudo e avaliação (Ferraz & Pereira, 2002; Misra, McKean, West & Russo, 2000; Pereira, Masson, Ataíde & Melo, 2004a).

Do ponto de vista académico, ser estudante do ES implica o confronto com um contexto de aprendizagem menos estruturado do que no ensino secundário, mas onde

são esperados maiores níveis de iniciativa, independência e autonomia no seu percurso formativo (Azevedo & Faria, 2003; Soares, Almeida, Diniz & Guisande, 2006). A gestão do tempo e das tarefas, a adaptação a novos contextos de aprendizagem em termos da complexidade crescente do material a ser apreendido e a necessidade de mais tempo e esforço requeridos para o fazer e de constantemente auto-regular e desenvolver as capacidades de pensamento, são outros dos desafios e exigências com as quais o estudante do ES se depara (Seyedfatemi *et al.*, 2007).

Para além do crescente reconhecimento da carga emocional e académica inerente a este nível de ensino, importa ainda atender que, muitos estudantes que frequentam o mesmo são trabalhadores estudantes. Estes estão expostos a mudanças e exigências quer no contexto profissional, quer no contexto académico, estando desta forma mais vulneráveis aos efeitos do *stress* (Fram & Bonvillian, 2001).

A forma como o *stress* é vivenciado pelos estudantes do ensino superior tem sido um tópico de interesse crescente, evidenciando-se a necessidade de identificação dos factores potencialmente stressantes e das suas consequências ao nível da saúde e bem-estar dos mesmos (Ponciano & Pereira, 2005).

Em contexto do ES português, a dificuldade em lidar com as situações indutoras de *stress* foi identificada como sendo um dos principais motivos que levam os estudantes a recorrerem a consultas de Psicologia (Melo, Pereira & Pereira, 2005; Pereira *et al.*, 2006; Pereira, Masson, Ataíde & Melo, 2004).

Para além destes processos de adaptação, outros estudantes, têm de lidar com outras transições tais como a integração numa nova cidade, sem a proximidade das suas redes de suporte social, o que implica a procura de alojamento, o estabelecimento de novas amizades e contactos sociais e a resposta a determinados processos burocráticos que se traduzem na assunção de novas responsabilidades (Stocker & Faria, 2008).

Para muitos estudantes, a entrada no ES, implica efectivamente sair de casa. Esta separação pode ser vivida por uns de forma bastante penosa e acompanhada de sentimentos de solidão, isolamento e abandono, por outros de forma deslumbrada e entusiasta, conferindo-lhes uma sensação de (aparente) liberdade total. Com efeito, o ingresso no ensino superior implica a conquista de um novo espaço físico e social e de uma maior independência e autonomia, o que poderá conduzir ao desenvolvimento de novos relacionamentos, sobretudo com os pares, no sentido de preencherem alguma sensação de desenraizamento. Deste modo, é de esperar que os estudantes deslocados da sua residência habitual apresentem uma maior necessidade e disponibilidade para se

envolverem e estabelecerem novas relações e até para se envolverem mais em actividades de carácter associativo (Seco *et al.*, 2007).

Os estudantes que permanecem na residência habitual parecem demonstrar níveis mais elevados de bem-estar psicológico, de equilíbrio e estabilidade afectiva, manifestando também uma melhor percepção das suas competências e uma maior autoconfiança. Tal poderá estar relacionado com o facto de estes estudantes poderem sentir mais apoio e suporte por parte das figuras significativas e mais oportunidades de diálogo, condições que se reflectem num maior bem-estar geral, com implicações no processo de adaptação ao ensino superior (*ibidem*, 2007).

Estas transições de vida são experiências que caracterizam o desenvolvimento, mas são igualmente potenciais fontes de *stress*, sendo que alguns estudantes são capazes de as resolver, enquanto outros não (Darling *et al.*, 2007; Seco *et al.*, 2007).

O ES é percebido por alguns estudantes como uma oportunidade para a gestão das suas actividades, para a exploração de novos contextos e realidades e estabelecimento de novas relações. Para outros estudantes, é percebido como potencialmente gerador de *stress*.

Em suma, durante os anos de formação superior, os estudantes experienciam constantes desafios e exigências de adaptação e mudança. A par das transformações psicológicas associadas ao desenvolvimento de uma vida pessoal autónoma e ao estabelecimento de relações pautadas pela intimidade, ao iniciar a sua vida no ES, os estudantes têm de lidar com as exigências académicas e sociais decorrentes do seu percurso formativo e com a preparação para uma carreira profissional (Bayram & Bilgel, 2008; Nerdrum, Rustoen & Ronnestad, 2006; Seyedfatemi *et al.*, 2007). Esta necessidade de adaptação a uma nova realidade tem implicações no seu desenvolvimento pessoal, social, académico e familiar (Pereira & Vagos, 2008).

Apesar de ser um período caracterizado por uma crescente vulnerabilidade ao *stress*, a frequência do ES, constitui-se todavia um inquestionável período de potencial desenvolvimento pessoal e social.

No caso específico da formação em Enfermagem, os estudantes para além das situações de *stress* de natureza académica vivenciadas pelos colegas de outros cursos experienciam a prática clínica, considerada geradora de níveis elevados de *stress*.

2. Enquadramento e estrutura da formação em Enfermagem

A formação em Enfermagem tem vindo a revelar-se fonte de preocupação, reflexão e debate nos nossos dias, pelo contexto de transformação e mudança da sociedade actual.

A Enfermagem é uma profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (artigo 4.º, ponto 1, Decreto-Lei n.º 161/96).

No decurso dos últimos anos, a enfermagem registou uma evolução, quer ao nível da formação de base, quer ao nível da complexificação e dignificação do seu exercício profissional (*ibidem*, 1996).

Com efeito, a formação académica e profissional dos enfermeiros tem registado modificações significativas ao longo dos tempos as quais se prendem com os paradigmas da formação e do próprio exercício profissional. Os iniciais modelos assistenciais de índole religiosa e de caridade deram lugar a outros de cariz biomédico, que privilegiam a execução de tarefas técnicas prescritas pelo médico, centradas na dimensão curativa, negligenciando a dimensão do cuidar que assume o destaque e a verdadeira essência da Enfermagem nos dias de hoje (Fonseca, 2006).

Os anos oitenta acarretaram transformações importantes relativamente à evolução do ensino da Enfermagem com a integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico (Pires, Sardo, Morais, Santos, Koch & Machado, 2004). Integrada no ensino superior, a formação inicial em Enfermagem passou a conferir o grau académico de bacharel e, posteriormente, de licenciado em Enfermagem. Tal contribui para um maior reconhecimento social desta área do saber (Fonseca, 2006).

A formação dos futuros enfermeiros deve ser orientada no sentido de os levar a reflectir sobre a qualidade dos serviços de saúde com base na leitura que fazem da realidade que os envolve e das suas próprias vivências e experiências (Ferreira, 2003).

Regulamentado pela Portaria n.º 195/90 de 17 de Março, o curso de Bacharelato em Enfermagem tinha a duração de 3 anos sendo que a sua estrutura curricular incluía de forma adequadamente articulada, uma vertente de ensino teórico e uma vertente de ensino clínico. A duração do ensino teórico deveria ser de, pelo menos, um terço da

carga horária total do curso, e a do ensino clínico deveria ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso (artigo 4.º da Portaria n.º 195/90). Tal realça a importância e relevância dos ensinamentos clínicos distribuídos ao longo do curso numa lógica de alternância entre contexto escolar e contexto de trabalho.

A componente de ensino teórico visa “a aquisição, pelo estudante de enfermagem, dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessários para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem” (artigo 5.º, alínea 1, Portaria n.º195/90).

O ensino clínico “tem como objectivo assegurar ao estudante de enfermagem, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos, em contacto directo com o indivíduo são ou doente e/ou com uma comunidade, a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais de enfermagem” (artigo 6.º, alínea 1, Portaria 195/90).

A componente de ensino clínico, sob a forma de estágios, realiza-se nomeadamente em centros de saúde e hospitais e na comunidade, sob a responsabilidade de docentes da escola superior de enfermagem com a colaboração de enfermeiros das instituições em que se realiza.

Com a cessação do funcionamento do Curso de Bacharelato, surge o Curso de Licenciatura em Enfermagem e o Ano Complementar de Formação, destinado a facultar aos bacharéis em Enfermagem o acesso ao grau de licenciado (Dec. Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro). Nesse sentido, foram criados novos planos de estudo, da responsabilidade de cada escola.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem tem como finalidade “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção” (artigo 5.º, alínea 1 - Dec. Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro, p.6199), primária, secundária e terciária.

Regulamentado pela Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, o Curso de Licenciatura em Enfermagem passa a ter a duração de quatro anos, mantendo a estrutura curricular preconizada no curso de Bacharelato, com ensino teórico e clínico.

Actualmente a formação inicial em enfermagem orienta-se em torno de dois eixos estruturantes: o ensino teórico e o ensino clínico que têm como missão proporcionar a apropriação de saberes teóricos e práticos que se traduzam num exercício profissional responsável, autónomo e de qualidade (Simões, Belo, Fonseca, Alarcão & Costa, 2006).

A componente de ensino teórico visa “a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamente o exercício profissional da enfermagem” (artigo 4.º, alínea 1, Portaria n.º799-D/99 de 18 de Setembro). A componente teórica, para além do ensino teórico propriamente dito inclui também o teórico-prático, o prático e os seminários. Destina-se à satisfação de necessidades de ordem cognitiva que possibilitem o planeamento, a prestação e avaliação dos cuidados de Enfermagem.

A componente de ensino clínico visa “assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem (artigo 5º, alínea 1, Portaria n.º799-D/99 de 18 de Setembro).

O ECE, componente curricular do curso de formação em enfermagem, pontua-se pela sua densidade formativa e pela complexidade e diversidade de dimensões de que se reveste, traduzindo desafios permanentes aos seus (mais diversos) intervenientes (Longarito, 2002). Importa salientar que os ECE são transversais a todo o plano de estudos da formação inicial, o que lhes retira as características puras de estágio profissionalizante e de integração no mundo do trabalho.

O processo de aprendizagem clínica permite aos estudantes desenvolverem competências de aplicação de conhecimentos, comportamentos e atitudes em situações clínicas reais. Através da atenção e cuidados prestados aos utentes, à família e à comunidade, os estudantes dão sentido à teoria ao colocarem-na em prática e aprendem a reconhecer as recompensas e problemas inerentes ao exercício da Enfermagem (Vizcaya Moreno, Juan Herrero & Pérez Cañaveras, 2005).

Tem-se subjacente a ideia de que o estudante aprende em estágio aquilo que mais dificilmente poderia aprender em sala de aula, através da observação orientada da realidade e dos modelos, pelas vivências possibilitadas e pela transferência, para o concreto, das aprendizagens iniciadas em contexto escolar. Escola e estágio devem assim ser conceptualizados como dois contextos distintos, mas intimamente interligados e complementares no processo de formação dos estudantes.

Mais recentemente, a Resolução do Conselho de Ministros nº 116/2002, de 2 de Outubro aprovou um conjunto de medidas que visa assegurar as necessidades de formação superior na área da saúde e de garantir que essa formação se reveste da indispensável qualidade. Entre essas medidas inclui-se o aperfeiçoar as formas de articulação entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde e os estabelecimentos

de ensino público na área da saúde, visando o aprofundamento dos modelos de cooperação entre as instituições de ensino superior e o Serviço Nacional de Saúde.

Na sequência desta resolução é criada uma comissão técnica para o ensino na área da saúde que tem na sua missão proceder à análise das formas de articulação das escolas superiores públicas que ministram o ensino das tecnologias da saúde com as unidades prestadoras de cuidados de saúde tendo em vista a realização do ensino prático e elaborar proposta de regulamentação nesse domínio (Despacho Conjunto n.º 291/2003).

No contexto do ECE os estudantes percebem e confrontam-se com as diferenças entre teoria e o exercício profissional e ao procurarem descobrir formas de dar resposta adequada às situações do seu quotidiano de prestação de cuidados vão ampliando, consolidando e transformando os seus conhecimentos (Longarito, 2002). Estes contextos proporcionam ao estudante a aprendizagem pela mobilização de saberes, de natureza diversa, de modo a agir perante uma situação como um verdadeiro agente de transformação e mudança da realidade existente (Almeida, 2006).

Especificamente no âmbito da formação em Enfermagem, o ensino clínico compreende todo o ensino que é realizado numa instituição de saúde quer seja junto do utente, de um grupo de utentes ou simplesmente de contacto com a instituição e que é essencial para a formação do estudante (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

A finalidade da formação inicial em Enfermagem é o desenvolvimento cognitivo, pessoal, social e profissional dos futuros enfermeiros no sentido de adquirirem competências que lhes permitam cuidar de pessoas, de forma contextualizada e individualizada, ao longo do seu ciclo de vida (Fonseca, 2006).

Formar pessoas que se cuidam e que cuidam de outras, exige na formação em Enfermagem a existência de estruturas e dinâmicas que favoreçam a aquisição de saberes provenientes de teorias e princípios científicos da Enfermagem e de outras ciências (Fonseca, 2006).

A preocupação da formação em Enfermagem reside assim na apropriação de saberes teóricos e práticos que se reflectam na responsabilidade e autonomia dos cuidados de saúde prestados à comunidade e na qualidade dos mesmos.

Cada vez mais se assiste à necessidade de formação de profissionais de qualidade sob o ponto de vista humano, científico e técnico, competentes e responsáveis pela sua própria aprendizagem e capazes de darem resposta a uma complexidade de situações com que diariamente se deparam no exercício da Enfermagem (Ramos, 2003).

No âmbito das dimensões clínicas propriamente ditas, assiste-se à crescente complexidade dos cuidados e às pressões sociais no sentido da qualidade e da excelência.

Aos novos profissionais já não é só exigido o conjunto tradicional de saberes e competências, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Muito mais do que saber quais os gestos técnicos e modos de execução, os estudantes e futuros profissionais têm necessidade de adquirir e desenvolver conhecimentos e competências que lhes possibilitam entender e decidir sobre o cuidar de uma pessoa e, concomitantemente, pensar e agir em contextos de trabalho com características culturais, sociais e organizacionais próprias (Fonseca, 2006). Solicita-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes. Por outro lado, espera-se abertura face à aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a auto-avaliação e a formulação de contributos para as ciências da Enfermagem (Abreu, 2003).

Um profissional competente será aquele que, na posse de um repertório vasto e diversificado de conhecimentos e de capacidades, toma, executa e avalia as decisões que toma de modo a que as mesmas se constituam como soluções adequadas, socialmente legitimáveis e abertas a constantes reajustamentos para darem resposta à instabilidade constante (Sá-Chaves, 2000).

A Enfermagem, centrada na pessoa humana e visando a sua independência, ajuda a pessoa mediante um processo de cuidados que visa a promoção, manutenção ou restabelecimento da saúde ou a morte serena.

A formação inicial assume assim um papel fundamental na aprendizagem do papel do enfermeiro e dos princípios e valores inerentes à profissão de Enfermagem (Lage, 2005). Com efeito, uma das funções primordiais das escolas é dotar os estudantes de estratégias que lhes permitam reelaborar, transformar e criticamente reconstruir o conhecimento (Simão, 2002).

Escola e locais de estágio são complementares para a construção de um saber pela acção e pela reflexão, no sentido de formarem profissionais capazes de reflectir na acção e de agir em contextos reais. Para que esta formação em alternância seja bem sucedida impõe-se uma articulação estreita entre o contexto de trabalho e o escolar, numa partilha sistemática de experiências onde o processo formativo constituia o objectivo principal (Ramos, 2003).

Importa que os estudantes, futuros enfermeiros, sejam detentores de um pensamento crítico e procurem de forma continuada o conhecimento e o desenvolvimento de competências, aspectos fulcrais para a manutenção de uma prática da Enfermagem actualizada. Com efeito, a aprendizagem não se confina à instituição educativa mas é um processo co-extensivo à duração da vida, abrangendo igualmente uma diversidade de contextos. Actualmente, para desempenhar eficazmente as suas funções nos contextos de trabalho, os indivíduos têm de estar a par da nova informação, das tendências actuais e emergentes, tratamentos, tecnologia médica e conhecimento científico e profissional (Smedley, 2007).

A finalidade última do curso superior de Enfermagem é formar enfermeiros competentes, capazes de integrar saberes diversos e heterogéneos para, dessa forma, resolver os problemas e lidar com as situações profissionais com as quais são confrontados. Para tal, importa o desenvolvimento de modalidades de formação e processos de ensino/aprendizagem que desenvolvam nos estudantes as várias competências, promotores de um exercício profissional de excelência (Carvalho, 2003).

A formação em Enfermagem é, assim, uma formação integradora que tem como finalidade permitir a transferência das aprendizagens efectuadas no contexto escolar para o contexto de trabalho, no sentido de minimizar as dificuldades de aproximação da escola ao real e, simultaneamente, a pedagogizar as aprendizagens e vivências nos locais de trabalho.

A formação inicial em Enfermagem, mais especificamente, em situação de prática clínica, encerra em si, um espaço e tempo propiciador e potencializador do desenvolvimento de capacidades e habilidades conducentes à construção de competências profissionais nos estudantes, futuros enfermeiros (Longarito, 2002). Desta forma, constitui-se como um período único e significativo no processo de desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Os ECE são, então, um processo formativo insubstituível, favorecendo quer a mobilização e integração de conhecimentos, através da reflexão para, na e sobre a prática, quer a aquisição de saberes práticos e processuais, para a integração no mundo do trabalho. Por outro lado, os ensinamentos clínicos contribuem ainda para a definição e construção de uma consciência e identidade dos formandos como futuros profissionais (Abreu, 2003).

De um modo geral, é no contexto do ECE, que o estudante tem o primeiro contacto com o mundo do trabalho, podendo este ser vislumbrado, simultaneamente,

como atractivo e assustador e, por isso, potencialmente indutor de *stress*, podendo comprometer a sua saúde e bem-estar.

Dado o nosso trabalho incidir sobre o *stress* em ECE no ponto seguinte iremos proceder a uma caracterização de uma forma mais pormenorizada do mesmo.

3. O Ensino Clínico na formação em Enfermagem: Importância para a aprendizagem e formação dos futuros enfermeiros

A Enfermagem é uma profissão baseada em grande medida na prática, facto que se constata se atendermos ao número de horas atribuídos aos ensinamentos clínicos no decurso da Licenciatura em Enfermagem. Os ensinamentos clínicos têm como objectivo garantir aos estudantes a possibilidade de concretizarem, através da realidade da prática de Enfermagem, as aprendizagens teóricas. O Ensino Clínico realiza-se através da prática clínica supervisionada em diferentes Unidades de Saúde e outras ao longo do curso (Regulamento n.º 517/2008), sendo uma componente essencial do currículo do curso de Enfermagem.

A formação em Enfermagem deverá permitir aos formandos a aquisição de conhecimentos de natureza teórica que funcionem como orientadores da sua prática. Porém, esta só adquire todo o seu sentido com a aprendizagem em contexto de trabalho, a qual decorre sob forma de estágios ou ensinamentos clínicos (Fonseca, 2006). Esta componente prática pretende proporcionar a iniciação à profissão, destinando-se a preparar o futuro profissional para fazer face a situações de trabalho, previsíveis ou imprevisíveis, em constante mutação e inseridas em contextos específicos (Abreu, 2003).

O ECE, realizado em contexto de trabalho, constitui um dos eixos em torno do qual se estrutura a formação dos estudantes de Enfermagem, reconhecendo-se desta forma a importância formativa da prática, sustentada na aprendizagem pela experiência, viabilizadora de um desenvolvimento integrado de competências (Almeida, 2006).

É no contacto directo com os utentes que os estudantes, futuros profissionais de enfermagem, mobilizam os seus conhecimentos, conferindo-lhes a oportunidade de transferirem conceitos abstractos para situações específicas e reais (Garrido & Simões, 2007). Nesse sentido, o ECE desempenha um papel importante na formação em Enfermagem, tendo como finalidade facilitar a integração da teoria e da prática (McKenna

& Wellard, 2009). Constituiu-se como um espaço importante de apropriação dos saberes e desenvolvimento de competências de Enfermagem, através dos contactos com a realidade, possibilitadores de uma crítica reflexiva e do desenvolvimento de competências essenciais para o desempenho futuro da profissão (Carvalho, 2003).

Para responder às exigências decorrentes das diversas áreas do saber, na formação em Enfermagem salientam-se os ECE, integrados ao longo do processo de formação, numa lógica de alternância, com complexidade e responsabilização progressivas. Os ECE têm duração e objectivos distintos, distribuindo-se ao longo dos quatro anos do curso de licenciatura em Enfermagem.

O ECE é considerado um contexto privilegiado de aprendizagem, onde se pretende que o estudante desenvolva competências de acção em situações reais, mas também competências meta-reflexivas que lhe permita transformar a experiência em aprendizagem (Almeida, 2006).

A aprendizagem experiencial que tem lugar nos ensinamentos clínicos, numa dinâmica de interacção e complementaridade, promove a integração e transformação do conhecimento através de processos de reflexão na e sobre as práticas (Simões *et al.*, 2006; Seco *et al.*, 2007). Os cuidados de Enfermagem são ensinados na escola, mas são realmente interiorizados a partir da realidade que constitui a aprendizagem clínica (Carvalho, 2003).

Por outro lado, é no ECE que o estudante se confronta directamente com a individualidade de cada utente, família, comunidade e contexto de trabalho, constituindo-se como uma oportunidade de se apropriar e desenvolver competências pessoais, sociais e profissionais que o habilitem a tomar decisões, resolver problemas e agir de acordo com os princípios e valores fundamentais da profissão de Enfermagem. O ECE constitui em si uma aprendizagem através da prática nos locais de prática (Rocha & Oliveira, 2004). Tal aprendizagem será potenciada se o estudante ao longo do ECE tiver a percepção de apoio e incentivo por parte dos agentes educativos envolvidos (McKenna & Wellard, 2009).

O estudante desempenhando um papel fundamental na sua formação, vai adquirindo autonomia para intervir e dar resposta aos desafios e exigências colocadas pelo seu processo formativo e pela profissão de Enfermagem (Simões *et al.*, 2008).

Durante a realização do ensino clínico, o estudante deve orientar a sua conduta pelos seguintes princípios: a) Conhecer a missão, o Regulamento interno e os procedimentos em vigor na Instituição de acolhimento; b) Desenvolver as actividades de

acordo com o seu estágio de aprendizagem com dedicação e rigor, contribuindo para a boa imagem da Instituição de acolhimento, da Escola/Instituto; c) Cuidar da sua imagem pessoal respeitando os princípios de fardamento estabelecidos; d) Orientar a sua conduta na realização das actividades e na interacção com os membros da equipa de saúde, pautada pelos princípios de cidadania, de ética e de humanização; e) Utilizar adequadamente os bens e equipamentos colocados ao seu dispor para a realização das suas actividades; f) Apresentar sugestões que possam contribuir para a melhoria dos processos e das práticas, g) Ética e segredo profissional (Artigo 8.º do Regulamento n.º 517/2008).

O ECE constitui uma oportunidade para a observação de modelos profissionais, para o estudante implementar e praticar o que aprendeu, e para reflectir sobre o que viu, o que fez, o que sentiu, o que ouviu. Isto vai ao encontro da descrição preconizada por Benner (2005) relativamente ao modo como os peritos se desenvolvem.

Dreyfus e Hubert (1980) citados por Benner (2005) desenvolveram um modelo de aquisição de competências o qual estabelece que no desenvolvimento de uma competência, um indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito.

Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspectos gerais, implícitas aquando da aquisição de uma competência. O primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta. O segundo aspecto é referente à modificação do modo como o indivíduo percebe determinada situação, não a vendo tanto como um conjunto de elementos fragmentados, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes. O terceiro aspecto prende-se com a passagem de observador desligado a executante envolvido, traduzindo o desempenho do indivíduo na situação e no processo.

No estágio 1: *Iniciado*, os indivíduos não têm nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontados. Para facilitar a aprendizagem e permitir que adquiram a experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objectivos que permitam conhecer a condição de um doente – características identificáveis sem experiência clínica. São-lhes igualmente ensinadas as normas, independentemente do contexto, de modo a adequar o seu comportamento em função dos diversos elementos. Estas regras impõem aos iniciados um comportamento típico extremamente limitado e rígido. Os estudantes de Enfermagem entram em cada novo serviço com o estatuto de iniciados revelando,

frequentemente, dificuldade em integrar o que aprenderam em contexto escolar com a realidade com a qual se confrontam na prática clínica.

No estágio 2: *Iniciado avançado*, o comportamento dos iniciados avançados é aquele que pode ser classificado de aceitável, pois já fizeram face a situações reais em número suficiente para notar (eles próprios ou sob a supervisão de um orientador) os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas. Estes aspectos englobam o conjunto das características globais que só podem ser identificadas graças às experiências anteriores.

No estágio 3: *Competente*, o indivíduo torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. Este plano dita quais os atributos e aspectos da situação presente ou prevista que devem ser considerados como os mais importantes, e os que podem ser ignorados. Para o enfermeira competente, um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema.

Neste nível, o indivíduo tem a noção de que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer face aos imprevistos que são o normal da prática da enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência ajuda a ganhar eficiência e organização.

No estágio 4: *Proficiente*, de maneira característica, o enfermeiro proficiente percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são guiadas por máximas. Nesta etapa a palavra-chave é a percepção. O indivíduo proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão suceder numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar.

No estágio 5: *Perito*, o indivíduo já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. O perito que tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. Desta forma, age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Estabelecendo uma analogia para o contexto da formação clínica em Enfermagem, quando o estudante segue as regras estipuladas as suas competências estagnam e ficam medíocres. Mas com o domínio da actividade e com a experiência ocorre a transformação da competência, com uma melhoria das actuações. Este modelo,

aplicado aos cuidados de enfermagem, mostra que é possível alcançar a especialização graças à experiência, potenciando desta forma um plano de desenvolvimento profissional (Benner, 2005).

Os ECE revestem-se de uma importância crucial no desenvolvimento dos estudantes sendo imprescindíveis para o progressivo enriquecimento da sua experiência de vida e aquisição de competências profissionais (artigo 1.º, Regulamento n.º 517/2008).

A aprendizagem experiencial resulta de um processo transformador da experiência, que devidamente organizada e reflectida, por fenómenos de observação, recolha de dados provenientes da experiência, da sua análise e síntese permitem a atribuição de um significado para si e para os seus propósitos, levando à construção e reconstrução do conhecimento (Alarcão, 2002).

Contrastando com o contexto tradicional de sala de aula, o ECE decorre num contexto social complexo, havendo pouco controlo sobre as condições ambientais. Os estudantes vão integrando competências cognitivas, psicomotoras e afectivas procurando responder às necessidades dos utentes. A segurança e o bem-estar dos utentes têm de ser salvaguardados, sendo que os enfermeiros orientadores/supervisores têm de coordenar e dar resposta às necessidades daqueles, mas também às necessidades dos estudantes (Chan, 2001; 2004).

Os estudantes de enfermagem interagem com a pessoa saudável ou doente a qual designam por doente/utente/cliente, o que pressupõe para além da necessidade de desenvolverem capacidades técnicas o desenvolvimento de competências relacionais (Barroso, Vilela, Rainho, Correia & Antunes, 2008).

Tendo em conta a especificidade da profissão de Enfermagem, os estudantes, logo desde os primeiros ensinamentos clínicos tomam contacto com o sofrimento, a dor, a dependência para as actividades básicas de vida e inclusivamente com a morte. Todos os contributos que permitam conhecer melhor e reflectir sobre esta problemática poderão contribuir não só para a concepção e desenvolvimento curricular, como também para a construção do perfil profissional (Barroso *et al.*, 2008).

Sistematizando, apesar de algumas diferenças entre planos de estudos, uma vez que cada escola é responsável pela elaboração dos mesmos, o ECE desenvolve-se, ao longo de todo o curso, em articulação com o ensino teórico, teórico-prático e prático que o precede, em diversas instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) e noutras instituições (de assistência social), onde de alguma forma é possível aos estudantes

experienciarem e vivenciarem situações reais que atravessam todo o ciclo vital da pessoa.

O objectivo da educação em Enfermagem é proporcionar experiências académicas e clínicas num contexto que facilite a aprendizagem do estudante e crie um clima emocional que promova o seu desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto futuro enfermeiro (Shipton, 2002).

Não é suficiente os estudantes dominarem um conjunto de saberes teóricos para se considerarem aptos para o desenvolvimento, com qualidade, das práticas profissionais. É pois imprescindível, para a mobilização dos diversos saberes na prática, o domínio de saberes processuais, o que só é possível com uma forte articulação entre instituições escolares e contextos de trabalho (Abreu, 2001). Só uma articulação harmoniosa, consolidada em políticas de colaboração inter-organizacional, é que potenciará o desenvolvimento de competências que promoverão a transição do mundo escolar para o do trabalho, bem como a potencialização do desenvolvimento pessoal e social do estudante (Silva & Silva, 2004). Só através de uma partilha, cooperação e co-responsabilização sistemática na formação dos estudantes, futuros enfermeiros, é que se poderá melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O ECE possibilita ao estudante o contacto com a prática da Enfermagem em situação real, conferindo a oportunidade de implementar as técnicas desenvolvidas na escola com modelos e situações fictícias (Simões *et al.*, 2008). Permite igualmente que os estudantes implementem, aprofundem e integrem os conhecimentos e competências adquiridas na escola constituindo-se como momentos importantes de aprendizagem, de reflexão sobre as práticas e de desenvolvimento individual, académico, relacional e profissional.

A forma como o estudante lida com as diversas situações com as quais é confrontado tem por base não só aspectos pessoais mas também a relação que estabelece com os docentes e profissionais no exercício. A qualidade desta relação é fundamental para minimizar o medo e a angústia e potenciar a segurança, a auto-estima e o auto-conceito, constituindo-se desta forma uma mais-valia para a aprendizagem clínica do estudante e para o seu próprio processo de desenvolvimento (Carvalho, 1996).

É no contexto prático que o estudante pode aprofundar o saber-fazer subjacente à realização de procedimentos técnicos e construir competências do saber ser e saber estar. Por outro lado, ao estar exposto a diversas influências socioprofissionais e ao interagir com diversos actores, vai construindo a sua profissionalidade (Longarito, 2002).

A formação clínica constitui em si uma área de excelência para se desenvolverem competências, atitudes e personalidades. Para que tal seja possível importa proporcionar aos estudantes uma formação num ambiente seguro, acompanhado de suporte emocional e com recurso a estratégias formativas adequadas (Benner, 2005). Compete à escola não só ministrar conhecimentos de alta qualidade num ambiente humanizado, de construção crítica e de experiência intelectual, mas também proporcionar ao estudante oportunidade de construir o seu próprio campo de acção e de representações, que lhe permitam interpretar o meio, adaptar-se a ele e, posteriormente, agir sobre ele (Ramos, 2003).

Cada um dos intervenientes no ECE desempenha papéis diferentes no processo formativo, sendo imprescindível a interacção entre si (Simões *et al.*, 2008). Sem desvalorizar a importância de cada um destes intervenientes, três assumem um papel preponderante no ECE, nomeadamente: o docente, no papel de supervisor, surgindo como um facilitador da aprendizagem, o enfermeiro orientador/cooperante, como facilitador da integração no serviço e actualmente, cada vez mais, como supervisor da própria aprendizagem dos estudantes na prática e, claro, o próprio estudante.

3.1. O Ensino Clínico na formação em Enfermagem: Importância da supervisão

No complexo e multifacetado processo de formação importa referir não só o papel do estudante, mas também o de outros actores dessa formação, nomeadamente os docentes e os profissionais de saúde, mais concretamente aqueles que integram as equipas de saúde das instituições/serviços prestadores de cuidados que constituem os Campos de Estágio. A articulação entre estes dois contextos privilegiados de formação (escola e campos de estágio) deve ser uma constante, sendo que a cada um são cometidas responsabilidades e papéis específicos (Silva & Silva, 2004). Não descurando esta articulação, são as escolas que lideram todo o processo ensino-aprendizagem dos ensinos clínicos. É aos docentes que cabe a definição e selecção dos locais de estágio mais adequados à aprendizagem dos estudantes.

O ECE é uma experiência em que professores e enfermeiros dos serviços são co-responsáveis pela facilitação da aprendizagem, formação e desenvolvimento holístico dos estudantes e não apenas pela aquisição de saberes específicos, mas de um saber

contextualizado. Escola e contextos de saúde devem favorecer a aquisição do saber-saber, do saber-fazer, do saber-estar e do saber-ser.

A formação clínica em Enfermagem preconiza um acompanhamento do estudante o mais individualizado possível. Este acompanhamento, do professor ou do orientador/tutor, irá diminuindo progressivamente no decorrer do desenvolvimento das aprendizagens, conhecimentos e competências dos estudantes, tendo em conta, também, a especificidade de cada Ensino Clínico.

O ECE sem uma supervisão adequada não cria as condições necessárias para o desenvolvimento profissional do estudante, uma vez que, o sucesso da aprendizagem depende muito da acção do orientador (Sprinthall & Sprinthall, 1994).

O acompanhamento dos estudantes em ECE (que se pretende sistemático e competente) era, no passado, realizado pelos docentes. Contudo, a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior teve como implicação a dispersão dos docentes por diversas actividades, de ordem académica e administrativa, tais como a participação nos órgãos da Escola, a construção e adequação de planos de estudo, que não apenas a docência das aulas e acompanhamento dos alunos em ECE (Almeida, 2006).

Estes factores conduzem à impossibilidade da presença física do docente junto dos estudantes durante o ECE, com implicações diversas na prática, quer para os enfermeiros das instituições de saúde, quer para os estudantes.

O tempo disponível para o estudante é cada vez menor, sendo igualmente mais restrita a disponibilidade dos docentes para os ensinos clínicos. São, assim, os enfermeiros que no desenvolvimento da sua actividade clínica, estão numa condição para acompanhar a aprendizagem dos estudantes.

A orientação em ECE é, geralmente, efectuada por um docente da escola a tempo inteiro (principalmente, nos primeiros anos do curso), ou em parceria com os enfermeiros do serviço, sendo a responsabilidade deste processo partilhada pelo docente e por um enfermeiro co-responsável (tutor, orientador) que conduz o processo na prática clínica. O orientador na instituição é a pessoa mais próxima e a que acompanha mais de perto o trabalho dos estudantes.

Nesta orientação em parceria, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo acompanhamento e orientação do estudante nos domínios cognitivo, relacional, técnico e comportamental. Para além da coordenação de toda a experiência, ao docente cabe a integração e avaliação de aspectos de natureza académica e comportamental, nomeadamente a criação de momentos de reflexão com os estudantes acerca do

processo desenvolvido no decurso do ECE (Ramos, 2003). Esta colaboração promove uma co-responsabilização de docentes e enfermeiros na ajuda e apoio à formação dos estudantes, através de uma complementaridade de papéis, de uma partilha de saberes e recursos e de uma relação interpessoal efectiva, capaz de proporcionar a aprendizagem e o desenvolvimento de cada um e de todos intervenientes no processo (Simões *et al.*, 2006; Seco *et al.*, 2007).

Todavia, importa ressaltar que as instituições estão empenhadas em minorar os aspectos menos positivos que esta situação pode implicar através de protocolos estabelecidos entre as escolas superiores de saúde e as instituições de saúde. Estes protocolos enfatizam e têm subjacente uma atitude (co)responsabilizadora e (co)participante de ambos os contextos na formação dos futuros profissionais de enfermagem.

A importância da orientação em parceria, na formação dos futuros profissionais de enfermagem, reside no facto de cada um dos orientadores clínicos contribuir com os seus saberes e competências fazendo com que a formação dos estudantes seja mais completa, coerente e consistente (Carvalho, 2003).

O orientador da prática clínica é o profissional das instituições de saúde e outras que acompanha um grupo de estudantes na prática clínica. Ao mesmo compete: a) Facilitar a aprendizagem e servir de referência profissional; b) Favorecer a integração do estudante no local de estágio; c) Estabelecer uma relação de inter-ajuda; d) Promover o desenvolvimento de competências do estudante de forma a identificar necessidades, estabelecer prioridades, planear, executar e avaliar intervenções; e) Facilitar e ajudar a integração de conhecimentos; f) Promover a sistematização da informação escrita e oral; g) Demonstrar e justificar os procedimentos que realizam; h) Ajudar a desenvolver capacidades através da reflexão sobre as práticas, conhecimentos e tomadas de decisão; i) Socializar o estudante para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multiprofissional; j) Incentivar o estudante para a autoformação; k) Avaliar o processo de aprendizagem do estudante, informando-o do seu percurso individual; l) Participar, em conjunto com os docentes na avaliação do estudante, para a atribuição da nota final (Artigo 6.º Regulamento n.º 517/2008).

Se o ECE é considerado o cerne da formação em Enfermagem, o orientador da aprendizagem clínica é, igualmente, uma entidade de importância reconhecida (Carvalho, 2003).

Uma colaboração partilhada de saberes e experiências complementa e melhora significativamente a orientação, tanto do ponto de vista pedagógico como da prática de cuidados, traduzindo-se numa mais-valia para a formação de enfermeiros e, conseqüentemente, para a Enfermagem (Longarito, 2002).

As escolas e os locais onde decorrem os ECE, enquanto espaços de formação, deverão aproveitar os conhecimentos adquiridos pelos estudantes para desenvolver os diferentes saberes, organizando-se a fim de proporcionar uma construção reflexiva de um projecto profissional (Carvalho, 2003). Aprender e ensinar ou ajudar a aprender implica uma autêntica co-construção de conhecimentos e de experiências em que professores, estudantes, orientadores e outros agentes educativos se deverão envolver de forma esclarecida, responsável, entusiasta, criativa e colaborativa (Tavares, 2005).

A formação e a orientação clínica dos estudantes de Enfermagem terão de deixar de ser vistas como um projecto da escola para passarem a ser conceptualizadas como um projecto conjunto da Escola/Organizações de Saúde (Carvalho, 2003), pautado pelo respeito pelos diferentes saberes e pela abertura à diversidade de concepções. Tal implica, conseqüentemente, uma relação sistemática entre os diversos intervenientes no processo, a qual se deve desenvolver num clima relacional positivo (Garrido & Simões, 2007).

O orientador desempenha um papel crucial no desenvolvimento das competências, conhecimentos e atitudes do estudante devendo constituir-se como um modelo de referência, na construção da identidade e do saber profissional, tanto pelo papel que desempenha, como pelos conhecimentos pedagógicos que possui. Para além de exercer este papel de mestria, desempenha também o papel de tutor, conselheiro, avaliador, constituindo-se simultaneamente, como uma das principais figuras de apoio emocional do estudante (Alarcão, 1996; Paulino, 2007).

As situações de orientação/supervisão devem ser caracterizadas por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante que seja facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido (Alarcão & Tavares, 2007).

No âmbito deste trabalho, importa referir que os termos orientação e supervisão são utilizados no mesmo sentido referindo-se ao acompanhamento do processo de ensino/aprendizagem dos estudantes em contexto de ensino clínico (Franco, 2000).

A orientação pode definir-se como o processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos estudantes de modo a alcançarem a plena maturidade

no seu desenvolvimento humano educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação (Franco, 2000).

A supervisão clínica em contextos formativos na área da saúde é um processo que assenta no relacionamento pessoal e profissional entre um profissional que exerce práticas clínicas de saúde e um estudante em formação (Garrido & Simões, 2007). Este acompanhamento profissional possibilita ao estudante o desenvolvimento de uma compreensão mais aprofundada do que é ser enfermeiro, da responsabilidade inerente ao mesmo e da realidade das práticas clínicas. Os supervisores clínicos devem ser profissionais experientes, que após terem participado em programas específicos de formação têm a responsabilidade de supervisionar futuros profissionais.

A supervisão é entendida como um processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do estudante e do supervisor, podendo ser facilitado ou inibido de acordo com a natureza da interacção criada. Para que este processo apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção é fundamental que as interacções se desenvolvam num ambiente de confiança e de entreajuda afectiva e cognitivamente estimulante (Seco *et al.*, 2007; Simões *et al.*, 2008). Deste modo, cabe ao supervisor atender às necessidades, motivações, conhecimentos e competências do estudante, de modo a adequar a sua intervenção ao mesmo.

O acompanhamento dos estudantes pelos orientadores em diversos momentos, esclarecendo dúvidas, chamando a atenção, fornecendo *feedback* construtivo e reforços positivos constitui um aspecto favorecedor da aprendizagem. Este processo permite ao estudante, mobilizar os seus conhecimentos e aplicá-los na prática, promovendo igualmente a reflexão sobre o significado das situações com as quais se confronta (Ramos, 2003).

O papel dos orientadores é de extrema importância para a promoção de uma prática com o máximo de qualidade, sendo que a eficácia e a qualidade do processo de orientação, do processo supervisivo, factores importantes do sucesso da mesma (Garrido, 2005). Para tal, importa o desenvolvimento de contextos e de relações de ensino-aprendizagem entre professor e estudante que sejam apoiantes e de confiança (Smedley, 2007). É também importante encorajar os estudantes a avaliarem o seu próprio desempenho e identificarem os seus pontos positivos e menos positivos, usarem a reflexão como uma ferramenta de aprendizagem, quer nas situações pessoais, quer profissionais e encorajar o registo das experiências de aprendizagem (Smedley, 2007).

O papel do orientador clínico deve ter para além duma função científica e didáctica, uma função psico-pedagógica e uma função de modelo para a socialização do estudante de enfermagem no papel de enfermeiro (Carvalho, 2003).

O ECE enquanto processo formativo complexo, exige aos orientadores competências pedagógicas, competências de enfermagem e competências pessoais e relacionais que permitam ao estudante a progressão na sua aprendizagem (Carvalho, 2003).

Importa desenvolver reflexões entre os enfermeiros e os docentes sobre todo o processo referente ao ECE, devendo os enfermeiros participar na elaboração do planeamento do ECE e em outras actividades que possam facilitar a integração da teoria na prática (Garrido & Simões, 2007).

A orientação dos estudantes deve ser concebida numa perspectiva triangular professor/enfermeiro/estudante, todos eles actores em interacção constante no decurso do ECE (Silva & Silva, 2004). Neste processo, o estudante aprende a aprender beneficiando da ajuda e da orientação proporcionada pelos supervisores, desenvolvendo o espírito crítico e reflexivo, a autonomia e a sua integração na profissão. Concomitantemente, vai construindo a sua identidade profissional, contribuindo futuramente para a qualidade dos cuidados de enfermagem, para a identidade profissional e para os ganhos em saúde da população e da comunidade (Fonseca, 2006).

A autenticidade, a congruência, a honestidade e o clima de confiança entre orientadores e estudantes são características fundamentais da aprendizagem e da orientação. Por sua vez, a relação professor/estudante é muito valorizada na mobilização dos recursos do estudante e no desenvolvimento do seu potencial. Ao centrar a sua atenção e a disponibilidade no estudante o professor cuida desse mesmo estudante, ajudando-o a trabalhar processos mentais que o habilitam a desenvolver um conjunto de competências (Ramos, 2003). Os estudantes devem ser co-participantes na sua própria formação e desenvolvimento.

Um dos factores que poderá anular a existência de uma relação de confiança entre orientador e estudante e invalidar todo um trabalho pedagógico coerente com uma atitude facilitadora da aprendizagem é um processo de avaliação percebido como inadequado ou injusto (Carvalho, 2003).

É fundamental que todos os intervenientes no ECE orientem a formação dos seus estudantes na aquisição e construção do conhecimento profissional, contribuindo desta

forma para a formação de futuros profissionais de enfermagem competentes aos mais diversos níveis.

Assumindo-se a aprendizagem em contexto real como essencial e imprescindível na construção de saberes em Enfermagem, torna-se por demais evidente a necessidade de saber como os estudantes vivenciam a experiência de ECE (Almeida, 2006), de modo a organizar os espaços e os tempos e os modos de trabalhar de uma forma mais eficaz.

Importa assim conhecer as características do complexo contexto de aprendizagem clínica, nomeadamente no que concerne às situações que são percebidas pelos estudantes como potencialmente indutoras de *stress*.

4. Stress em Ensino Clínico em Enfermagem

Os profissionais de Enfermagem convivem diariamente com a vida e com a morte, com situações novas e imprevistas e com decisões que envolvem uma grande complexidade e responsabilidade (Pacheco, 2008). A pressão que diariamente experienciam ao terem de lidar face-a-face com uma diversidade de utentes, o envolvimento com situações de deficiência e lesões graves, sofrimento e dor e, por vezes, morte constituem aspectos que são reconhecidos como estando na origem da exaustão emocional (Melo, Gomes & Cruz, 1997).

O *stress* dos profissionais pode afectar de modo desfavorável a qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados (Wicks, 2005). As implicações decorrentes dos cuidados prestados assumem um carácter relevante se atendermos que esta actividade profissional implica margens de erros muito reduzidas ou mesmo inexistentes, dado que a saúde e a sobrevivência dos utentes estão dependentes do (bom) desempenho dos profissionais envolvidos (Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008).

É, por isso, imprescindível que o profissional de Enfermagem saiba identificar as situações desencadeantes de *stress*, bem como os sintomas associados que sejam susceptíveis de interferir, tanto no seu bem-estar, como no dos outros, e ainda na qualidade dos cuidados prestados (Pisanti, Lombardo, Lucidi, Lazzari & Bertini, 2008; Rodrigues & Veiga, 2006). Esta necessidade é premente não só no caso dos profissionais, mas também no caso dos estudantes em ECE.

Assim, os futuros enfermeiros devem ser preparados para serem capazes de lidarem eficazmente com o incerto, o instável, o dinâmico, o imprevisível e o desconhecido (Pires *et al.*, 2004).

Pela sua natureza multifacetada e exigente a formação em Enfermagem parece reunir condições susceptíveis de ser considerada como ameaçadora e stressante pelos estudantes (Oliveira, 1998a; Oliveira, 1998b; Omigbodun, Onibokun, Yusuf, Odukogbe & Omigbodun, 2004).

Efectivamente, a especificidade inerente ao curso de Enfermagem e a construção de um modelo profissional constituem situações que podem contribuir para a vivência do *stress* e para a necessidade de implementação de estratégias adaptativas.

No contexto da vida escolar dos estudantes do ensino superior seria possível descrever uma diversidade de factores indutores de *stress*. No caso específico da formação em Enfermagem, são vários os momentos da vida académica de cada estudante que podem potenciar crises e vulnerabilidades, entre os quais se destaca o ensino clínico. Ao longo do curso, a competitividade com os pares, as (elevadas) expectativas que os estudantes criam acerca dos ensinamentos clínicos (que nem sempre correspondem à realidade) e as (grandes) expectativas de sucesso podem constituir igualmente situações geradoras de grande tensão. Com efeito, a experiência de formação no âmbito do ECE passa por uma imbricada teia de factores intra e interpessoais, sociais e culturais.

Os ECE, por um lado, constituem um desafio e uma oportunidade dos estudantes contactarem com a realidade do exercício da profissão de Enfermagem, mas simultaneamente constituem um processo formativo pautado por situações potencialmente geradoras de *stress*. Apesar o ECE ser referido como potencialmente indutor de *stress*, Wongchai (2000) constatou que o nível de *stress* percebido pelos estudantes de enfermagem em ECE era moderado, sendo o mesmo avaliado como um desafio.

Como referido anteriormente, o ECE, parte integrante do plano de estudos do curso de Licenciatura em Enfermagem, permite aos estudantes contactarem e conhecerem a realidade da prestação de cuidados e consolidar e desenvolver os seus conhecimentos e competências numa lógica de articulação entre teoria e prática. Por outro lado, os ECE, pelas oportunidades de inter-relação com os profissionais de Enfermagem e outros, possibilitam igualmente a construção da identidade profissional.

Na pessoa do estudante em ECE converge um duplo papel, o de aprender, uma vez que se encontra numa fase de formação, e o de fazer, com uma qualidade idêntica à de um profissional, devendo a sua acção, pautada pela excelência dos cuidados de enfermagem prestados, constituir uma ajuda para o utente. Este duplo papel desempenhado nos ECE é por si só complexo e susceptível de ser gerador de *stress*, podendo desencadear situações de mal-estar.

No ECE os estudantes prestam cuidados de enfermagem aos utentes antes de estarem habilitados para tal (Franco, 2000; Mendes, 2002), sendo este contexto salientado por diversos autores como potencialmente gerador de níveis mais elevados de *stress* (Admi, 1997; Beck, 1993; Beck & Srivastava, 1991; Cavanagh & Snape, 1997; Jones & Johnston, 1997; Lindop, 1991, 1999; Mahat, 1998; Rhead, 1995; Shipton, 2002; Timmins & Kaliszer, 2002).

O trabalho em ECE, nomeadamente no contexto hospital, assume um carácter pesado, porque lida directamente com as pessoas, em determinados casos, com a vida e a morte, criando grandes tensões, quer nos estudantes, quer nos orientadores (Admi, 1997; Jones & Johnston, 1997).

Por outro lado, importa ter a noção de que uma falha pode constituir um erro grave, podendo inclusive ser fatal (Carvalho, 2003). Esta possibilidade pode criar nos orientadores o desenvolvimento de uma atitude de controlo face aos estudantes podendo a mesma levar à dependência face ao orientador ou a que o medo de errar seja um constrangimento. O *stress* em estágio afecta o desempenho dos estudantes, influenciando as competências técnicas e de apoio, presentes na relação de ajuda ao doente (Rodrigues & Veiga, 2006). Importa, pois, reflectir, discutir e analisar o que se vai desenvolvendo ao longo da prática clínica, favorecendo o envolvimento do estudante.

O ensino clínico é, muitas vezes, definido como uma experiência ímpar no processo de formação em Enfermagem dado que potencia a articulação entre a teoria e a prática proporcionando aos estudantes uma vivência mais próxima da sua futura realidade de trabalho.

Num estudo sobre o nível de percepção de *stress* e as fontes de *stress* ao longo dos 4 anos de formação em Enfermagem, Beck e Srivastava (1991) verificaram que os estudantes experienciavam níveis elevados de *stress*, manifestando sintomas psiquiátricos mais prevalentes que na população em geral. As principais fontes de *stress* identificadas pelos estudantes de Enfermagem estavam relacionadas com a quantidade de material para estudar, exames e falta de *feedback* atempado por parte dos

professores, sentimentos de inadequação para lidar com doentes crónicos e dificuldade ao nível das relações interpessoais.

Cooke (1996) estudou a percepção dos estudantes do 1.º ano de Enfermagem relativamente às situações em ensino clínico avaliadas como difíceis ou desafiantes. Os estudantes referiram como situações particularmente stressantes: aprendizagem de competências técnicas, comunicação interpessoal, tipos de utentes e situações de emergência. Como recursos facilitadores para ultrapassar tais desafios, os estudantes referiram comportamentos de procura de suporte social, boa preparação, qualidade das instruções e avaliação construtiva.

Dunn e Hansfor (1997) estudaram igualmente as percepções dos estudantes de Enfermagem que frequentavam os 2.º e 3.º anos acerca dos ECE tendo identificado como principais factores de *stress*: as relações entre os estudantes e os profissionais, envolvimento das chefias de enfermagem, relações com os utentes, a satisfação dos estudantes, a hierarquia e rituais.

Cavanagh e Snape (1997) constataram que o uso de equipamento técnico, as interacções interpessoais e a falta de tempo para questões pessoais e familiares eram situações de *stress* referidas pelos estudantes.

Oliveira (1998b) verificou que a organização do trabalho, a avaliação e a interacção com o orientador foram os factores mais responsabilizados pelo *stress* nos estágios. Para além destes três stressores principais os estudantes identificaram também factores relacionados com as suas competências e a interacção com o cliente, como factores de *stress* em estágio.

Num estudo realizado junto de estudantes de Enfermagem Jones e Johnston (1999) identificaram como principais fontes de *stress* a sobrecarga de trabalho, os ensinamentos clínicos e as preocupações e questões de natureza pessoal.

Em situação de ensino clínico os estudantes referem como situações indutoras de *stress* o cuidar de doentes em fase terminal, a pressão em termos de tempo para a realização de determinadas actividades, as avaliações das experiências clínicas, o desempenho e as mudanças frequentes de serviços/instituições de saúde (Sheu, Lin & Hwang, 2002; Timmins & Kaliszer, 2002; Tully, 2004).

Longarito (2002) salienta como dificuldades mais frequentemente identificadas pelos estudantes em ECE, a execução de técnicas e conhecimentos teóricos, a organização do trabalho, a iniciativa e a integração no contexto de trabalho. Outras áreas problemáticas referidas remetem para a integração entre a teoria e a prática, o processo

de cuidados, a reflexão sobre as práticas, a comunicação com o doente e situações de urgência.

Sheu e colaboradores (2002) identificaram seis categorias de situações indutoras de *stress* durante o ECE: cuidados aos utentes, professores e profissionais de enfermagem, tarefas e quantidade de trabalho, pares e vida diária, falta de conhecimentos e competências profissionais e contexto clínico.

No mesmo sentido, as situações de *stress* em ECE, compreendem a dificuldade no estabelecimento de relações com os profissionais, falta de familiaridade com determinados procedimentos e com o contexto hospitalar, falta de competência profissional, realização de erros, a instabilidade dos utentes, as expectativas e o uso de métodos de ensino clínico inadequados. A falta de conhecimentos e competências profissionais é também um dos factores de *stress* em ECE evidenciado na investigação (Sheu, Lin & Hwang, 2002; Shipton, 2002).

Num estudo com 200 estagiários em situações hospitalar, Rodrigues e Veiga (2006) constataram a existência de *stress* relacionado com a integração no ECE, a supervisão e a avaliação em estágio, as características e condições de trabalho e a responsabilidade, as competências individuais e, por último, os relacionamentos interpessoais.

Paulino (2007) verificou que alguns dos factores responsáveis pelo *stress* dos estudantes em ECE dos 3.º e 4.º anos estavam relacionados com dificuldades de relacionamento interpessoal com clientes e orientadores de estágio (nomeadamente a falta de *feedback* e de suporte); dificuldades em assumir um novo papel, traduzindo-se na insegurança em executar alguns procedimentos ou manifestando um sentimento de incompetência; a avaliação em ECE; o lidar com a dor, o sofrimento, a morte; as questões relacionadas com os procedimentos técnicos; a sobrecarga de trabalhos escritos (projecto de estágio, estudos de caso; planos de cuidados, educação para a saúde, relatório de estágio) e a escassez de tempo para dar resposta; a assumpção de responsabilidades; o confronto entre o esperado ou idealizado e a realidade e; as dificuldades em ajustar-se à enfermagem como profissão.

Num estudo realizado com estudantes de Enfermagem no âmbito do *stress* e das estratégias de *coping* utilizadas em contexto de prática clínica, Chan, So e Fong (2009) constataram que os estudantes percepcionavam um nível moderado de *stress*. A situação indutora de *stress* mais frequente relacionava-se com a falta de conhecimentos e competências profissionais.

No que se refere à percepção de *stress* em função do ano de frequência do curso e com base numa investigação desenvolvida com estudantes dos 3 anos de Enfermagem, Lo (2002) constatou que os estudantes do 2.º ano apresentavam níveis mais elevados de *stress* quando comparados com os do 1.º ano.

Tully (2004) verificou que os estudantes do 2.º ano de enfermagem apresentavam níveis mais elevados de *stress* do que os seus colegas do primeiro ano. Os estudantes do 2.º ano apresentavam também uma menor auto-estima quando comparados com os do 3.º ano.

Num estudo com estudantes universitários, Baldwin, Chambliss e Towler (2003) constataram que os estudantes dos anos iniciais referiam mais *stress* académico do que os dos últimos anos.

Com base num estudo realizado com estudantes de Enfermagem de cinco países (Albânia, Brunei, República Checa, Malta e País de Gales), Burnard e colaboradores (2008) registaram diferenças estatisticamente significativas no *stress* em função do ano de frequência do curso, apenas no Brunei, sendo que os estudantes do 3.º ano obtiveram pontuações mais elevadas na escala de *stress* quando comparados com os seus colegas do 1.º ano.

Em contexto português, Oliveira (1998) verificou que os estudantes de Enfermagem do 3.º ano apresentavam maior frequência e intensidade de *stress* em ECE comparativamente com os estudantes do 2.º ano.

Os estudantes do 4.º ano expressaram vivências e percepções mais positivas que os do 3.º ano, na aquisição de competências/desenvolvimento pessoal, nas questões sócio-emocionais e no acolhimento, revelando percepções menos positivas na orientação (Paulino, 2007).

Os estudantes que estão satisfeitos com o seu percurso escolar referiam níveis de depressão, ansiedade e *stress* inferiores aos evidenciados pelos estudantes que estão insatisfeitos com o mesmo (Bayram & Bilgel, 2008).

Os estudantes dos 1.º e 2.º anos apresentavam resultados mais elevados nas medidas de depressão, ansiedade e *stress* quando comparados com os seus colegas dos 3.º e 4.º anos (Bayram & Bilgel, 2008).

Estudos realizados no âmbito do ensino superior têm constatado que o *stress* varia também em função do sexo dos estudantes, sendo que as raparigas tendem a experienciar níveis mais elevados de *stress* do que os rapazes (Oliveira, 1998a; Misra *et al.*, 2000; Oliveira, 2003a; Faria, Carvalho & Chamorro, 2004; Tully, 2004; Magaya,

Asner-Self e Schreiber, 2005; Nerdrum *et al.*, 2006; Pau, Rowland, Naidoo, AbdulKadir, Makrynika, Moraru, Huang & Croucher, 2007; Bayram & Bilgel, 2008).

Esta realidade é também visível no contexto do exercício profissional, no qual as mulheres também manifestam níveis de *stress* superiores aos homens (Melo *et al.*, 1997; Amaral & Pereira, 2004).

As mulheres tendem a ser mais afectadas pelo *stress* do que os homens (Santos, Fonseca, Vasconcelos & Tap, 2004), apresentando igualmente níveis mais elevados de vulnerabilidade ao *stress* (Pereira, Monteiro & Melo, 2009).

Num estudo realizado com adolescentes constaram que as raparigas referiam níveis mais elevados de *stress* percebido que os rapazes.

Francisco (2009) num estudo realizado com estudantes em situação de estágio pedagógico verificou igualmente que as raparigas apresentavam uma maior tendência para atribuírem mais importância a acontecimentos indutores de *stress*.

Sistematizando, o interesse pelo estudo do *stress* em ECE prende-se com o facto da (in)capacidade do estudante para lidar de uma forma adequada com as situações indutoras de *stress* ter repercussões no seu bem-estar físico e mental, constituindo-se este como uma condição imprescindível aos processos de aprendizagem e ao seu sucesso académico e profissional (RESAPES, 2002). Neste sentido, reconhece-se a necessidade de se desenvolverem estratégias e competências com o intuito de levar os intervenientes nos ensinamentos clínicos (especificamente estudantes, docentes e orientadores) a compreenderem e lidarem com o *stress* no sentido de se tornarem mais resilientes (Pereira & Francisco, 2004).

O sucesso académico deverá traduzir-se na optimização do desenvolvimento que cada estudante poderá atingir na dimensão cognitiva, afectiva, volitiva, social, cultural e axiológica (Tavares, 2005). Os diversos actores envolvidos na formação (estudantes, professores, instituições escolares e de saúde) terão sucesso académico se desenvolverem as suas capacidades e as forem paulatinamente transformando em verdadeiras competências gerais e específicas, susceptíveis de se traduzirem eficazmente no exercício e desenvolvimento da sua prática profissional (Tavares, 2005).

Um olhar pelas circunstâncias em que decorrem os ECE permite inferir que poderão existir várias condições para que a vivência do estágio seja sentida pelo estudante como uma etapa indutora de *stress* (Rodrigues & Veiga, 2006). O estudante depara-se com a sua integração no serviço, o que poderá gerar factores de *stress*, nomeadamente o confrontar-se com uma realidade diferente da veiculada pela escola,

com novas tecnologias e equipamentos. Por outro lado, durante o decurso do ECE, o estudante enfrenta a supervisão constante de um enfermeiro orientador, indissociada do processo de avaliação, factores igualmente potenciadores de *stress* (Rodrigues & Veiga, 2006).

Os enfermeiros orientadores desempenham o papel principal na promoção de um ECE positivo, podendo melhorar estes factores através de intervenções baseadas no estabelecimento e fortalecimento de relações entre estudantes e profissionais, promovendo respeito mútuo e cumprindo os procedimentos estabelecidos.

É fundamental que os estudantes de Enfermagem desenvolvam competências e estratégias para enfrentar situações de *stress* logo na formação inicial para que na sua vida profissional possam fazer face a essas mesmas situações e, como tal, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

É no âmbito deste enquadramento teórico e conceptual que, através de um estudo transversal exploratório e descritivo, pretendemos conhecer as situações indutoras de *stress* em ECE, na perspectiva dos estudantes, os seus sintomas e as estratégias de *coping* utilizadas.

Tendo por base a população alvo de estudantes do Curso superior de Enfermagem das escolas da Zona Centro de Portugal, pretendemos analisar as inter-relações que se estabelecem entre a percepção de situações de *stress*, sintomas do *stress*, estratégias de *coping*, suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo. É nossa intenção avaliar, também, o efeito diferencial de algumas variáveis de natureza sócio-demográfica e de variáveis pessoais e relacionais, na percepção e gestão do *stress*.

SEGUNDA PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III – Metodologia

Ao longo da fundamentação teórica apresentada na primeira parte deste trabalho procurámos contextualizar de um modo geral a temática do *stress* em ECE e da importância de que se reveste o estudo do mesmo e dos seus sintomas, das estratégias de *coping*, da satisfação com o suporte social, da auto-estima e do optimismo-pessimismo para a saúde e bem-estar dos estudantes.

A investigação desenhada pretende contribuir para o aprofundar do conhecimento sobre o *stress* em ECE e suas implicações, de modo a promover uma prática facilitadora da aprendizagem, formação e desenvolvimento dos estudantes, futuros enfermeiros.

No decurso deste capítulo iremos descrever as diversas etapas que estiveram subjacentes ao processo de investigação, dando conta das nossas opções e decisões no decurso das mesmas.

1. Enquadramento do estudo empírico

Tendo subjacentes os constructos em estudo, previamente definidos e operacionalizados, optámos por uma metodologia de cariz quantitativo e qualitativo, fazendo confluír as mais-valias que ambos os métodos encerram.

Ao recorrermos a uma metodologia de investigação de natureza quantitativa temos como objectivo a descrição rigorosa dos dados recolhidos e a análise de relações entre as variáveis que pretendemos estudar (Carmo & Ferreira, 1998). Com efeito, a opção por uma metodologia desta natureza visa a obtenção de descrições, relações e explicações científicas, assegurando a validade e a fidelidade dos dados recolhidos.

Por sua vez, a metodologia qualitativa permite trabalhar os dados obtidos com base nas questões de resposta aberta, possibilitando aceder às percepções individuais, no sentido de melhor as compreender (Fortin, 1999).

Relativamente ao tipo de estudo, o mesmo é de índole descritiva e de cariz exploratório, na medida em que através do recurso ao *focus group* e ao método da reflexão falada procura conhecer a percepção dos estudantes do último ano do curso de Enfermagem acerca das situações geradoras de *stress* em ensino clínico, bem como os sintomas resultantes do *stress*. Os dados recolhidos permitiram a construção de dois

instrumentos que foram, posteriormente, administrados aos participantes da nossa amostra.

É também um estudo descritivo-correlacional, visando fundamentalmente descrever o fenómeno abordado, com o objectivo principal de estudar e quantificar as relações estabelecidas entre as diferentes variáveis incluídas na investigação, bem como avaliar a influência relativa de algumas variáveis de natureza socio-demográfica (Almeida & Freire, 2007).

Trata-se ainda de uma investigação transversal, uma vez que a recolha de dados se efectuou num único momento temporal.

De modo a apresentar o estudo, começa-se por especificar as questões de investigação, os objectivos e as hipóteses de estudo. Posteriormente, procede-se à caracterização da amostra e à descrição dos procedimentos utilizados, clarificando-se os critérios de inclusão e selecção dos participantes. Segue-se a apresentação dos instrumentos de recolha de dados, com a apresentação dos indicadores psicométricos relativos aos estudos de fidelidade e de validade realizados, a descrição dos procedimentos e, por último, a referência à análise e discussão dos dados.

2. Questões de investigação

As questões de investigação revestem-se de particular importância em qualquer estudo na medida em que vão servir de base à definição dos objectivos e das hipóteses. Como ponto de partida para o presente estudo e tendo subjacente o conhecimento das temáticas em análise, definiram-se duas grandes questões de investigação que passamos a enunciar.

- De que modo é que a percepção de situações de *stress*, os sintomas do *stress*, as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social, a auto-estima e o optimismo-pessimismo variam em função das variáveis sócio-demográficas e de caracterização do ECE?
- De que modo é que a percepção de situações de *stress*, os sintomas do *stress*, as estratégias de *coping*, a satisfação com o suporte social, a auto-estima e o optimismo-pessimismo se inter-relacionam?

3. Objectivos da investigação

Após a formulação das questões de investigação, o passo seguinte consistiu na definição dos objectivos imprescindíveis para a prossecução do estudo. Assim, este estudo visa:

- a) Identificar as situações que são percebidas pelos estudantes como indutoras de mais *stress* em ECE;
- b) Construir e validar um instrumento de avaliação das situações que são percebidas como indutoras de *stress* em ECE;
- c) Verificar quais os sintomas do *stress* que são experienciadas com mais frequência pelos estudantes;
- d) Construir e validar um instrumento de avaliação dos sintomas do *stress*;
- e) Identificar as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas pelos estudantes para lidarem com o *stress*;
- f) Avaliar a satisfação dos estudantes com o seu suporte social;
- g) Avaliar a auto-estima e o optimismo-pessimismo dos estudantes;
- h) Traduzir, adaptar e validar para a língua portuguesa *The Mehrabian Self-esteem (MSE) and Optimism-Pessimism (MOP) Scales* (Mehrabian, 1998);
- i) Estudar a percepção de situações indutoras de *stress*, sintomas do *stress*, estratégias de *coping*, percepção do suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo em função das variáveis de caracterização sócio-demográfica e do ECE;
- j) Analisar as inter-relações entre a percepção de situações de *stress*, sintomas do *stress*, estratégias de *coping*, suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo;
- k) Contribuir para o desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção e de intervenção com estudantes de Enfermagem com o objectivo de lidarem de forma adaptativa com o *stress*.

4. Hipóteses de investigação

Face aos objectivos definidos para o presente estudo e tendo em conta as principais questões de investigação, pretende-se agora apresentar as hipóteses de trabalho.

H1 – O sexo, o ano de frequência do curso e a opção no curso exercem um efeito diferencial na percepção de situações geradoras de *stress* em ECE.

H2 – Existem diferenças significativas na percepção de situações de *stress* em função do ECE realizado, do local do ECE, do supervisor e do grau de correspondência entre as expectativas dos estudantes e o ECE.

H3 – O sexo, o ano de frequência do curso e a percepção de *stress* em ECE exercem um efeito diferencial na sintomatologia do *stress*.

H4 – Existe correlação entre os sintomas de *stress* e a percepção do estado de saúde antes e depois do ECE e o nível de *stress* percebido em ECE.

H5 – Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* em função do sexo, do ano de frequência do curso e do ECE realizado.

H6 – Existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social em função do sexo, do ano de frequência do curso, da mudança de residência e da percepção de *stress* em ECE.

H7 – O sexo, o ano de frequência do curso e a percepção de *stress* em ECE exercem um efeito diferencial na auto-estima.

H8 – O sexo, o ano de frequência do curso e a percepção de *stress* em ECE exercem um efeito diferencial no optimismo-pessimismo.

H9 – Existem correlações significativas entre a percepção de situações de *stress* em ECE e os sintomas do *stress*, a satisfação com o suporte social, a auto-estima e o optimismo-pessimismo.

H10 – Existem correlações significativas entre os sintomas do *stress* e a satisfação com o suporte social, a auto-estima e o optimismo-pessimismo.

H11 – Existem correlações significativas entre a satisfação com o suporte social e a auto-estima e o optimismo-pessimismo.

H12 – Existe uma correlação significativa entre a auto-estima e o optimismo dos estudantes.

5. Caracterização da Amostra

Para a inclusão na amostra definiram-se os seguintes critérios:

- Ser estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem numa Escola Superior de Saúde/Enfermagem pública da Zona Centro de Portugal;
- Ter concluído um ECE no ano lectivo em que se encontrava matriculado;
- Estar presente no momento de administração do protocolo de investigação;
- Participar de livre vontade no estudo.

Relativamente ao processo de constituição da amostra recorreu-se ao método de amostragem não-probabilística intencional, uma vez que a selecção dos sujeitos foi baseada, fundamentalmente, em critérios de acessibilidade à escola de formação.

No total, foram recolhidos 1326 protocolos de investigação, que depois de verificados quanto ao seu preenchimento, nos revelaram a existência de alguns dados omissos. Neste sentido, foi feito o estudo dos dados omissos por sujeito e por item, incidência e distribuição. Para decidir qual a estratégia mais adequada levou-se em consideração o facto dos dados omissos terem (ou não) uma distribuição aleatória e apresentarem (ou não) uma incidência superior a 10%, valor acima do qual os autores referem maiores probabilidades de enviesamento (Allison, 2002). Com base nestes indicadores, 43 casos foram excluídos em virtude de apresentarem mais de 10% de dados omissos nos instrumentos de recolha de dados.

Após a eliminação dos sujeitos com mais de 10% de dados omissos a frequência dos dados omissos por variável não foi além de 1.4%. Não ficou demonstrado terem os dados omissos uma distribuição MCAR (*Missing Completely at Random*), já que o *Little's MCAR test* (Little, 1988) foi significativo [$\chi^2(65518)=70601$, $p=.000$]. Não se podendo assumir a completa aleatoriedade dos dados omissos, estes foram substituídos com o procedimento *expectation-maximization algorithm* (EM) disponível no SPSS 16.0.

A amostra do estudo ficou, então, constituída por 1283 estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem que, no ano lectivo de 2006/2007, tinham concluído o ECE em cinco Escolas Superiores de Saúde da Zona Centro. Do total da amostra, 1044 estudantes (81.4%) eram do sexo feminino e 239 (18.6%) do sexo masculino.

Regista-se, assim, um predomínio do sexo feminino, o que reflecte a realidade dos estudantes matriculados no Ensino Superior, em geral, e na área de educação e formação em Saúde, em particular (INE, 2007).

As idades dos participantes variavam entre os 18 e os 38 anos com uma média de 20.94 anos (DP=2.05).

Na tabela 1 sistematiza-se a distribuição da amostra por sexo e médias e desvios-padrão das idades.

Tabela 1. Distribuição da amostra por sexo e médias e desvios-padrão das idades

Masculino				Feminino				Amostra total			
n	%	Média	DP	n	%	Média	DP	n	%	Média	DP
239	18.6	21.10	2.31	1044	81.4	20.91	1.99	1283	100	20.94	2.05

Relativamente ao estado civil, a amostra caracterizava-se por uma grande maioria de participantes solteiros (97.8%). Apenas 2.2% dos elementos da amostra eram casados ou viviam em união de facto (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra pelo estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	1255	97.8
Casado/união de facto	28	2.2
Total	1283	100

6. Instrumentos de recolha de dados

Foi administrado aos estudantes que participaram neste estudo um protocolo de investigação, constituído por 7 instrumentos: (1) um questionário constituído por duas partes, uma referente à caracterização sócio-demográfica dos estudantes da amostra e outra referente à caracterização do ECE; (2) a Escala de Situações Indutoras de *Stress* em ECE, (3) a Escala de Sintomas do *Stress*, (4) o Questionário de Estratégias de *Coping*, (5) a Escala de Satisfação com o Suporte Social e, por último, (6) a Escala da Auto-Estima e (7) a Escala do Optimismo-Pessimismo (cf. Anexo 1).

A Escala de Situações Indutoras de *Stress* em ECE e a Escala de Sintomas do *Stress* foram construídas no âmbito deste estudo e a Escala de Auto-Estima e a Escala de Optimismo-Pessimismo foram traduzidas e adaptadas.

Todos os instrumentos de recolha de dados contêm uma breve nota introdutória onde se apresenta o objectivo do estudo e se assegura o carácter anónimo e confidencial das respostas, reforçando-se e agradecendo-se a participação dos estudantes no seu preenchimento.

Para que qualquer medição seja precisa, é essencial que meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos sujeitos, o resultado obtido seja idêntico (fidelidade). O estudo da validade através da análise factorial e o estudo da fidelidade através do alfa de Cronbach fizeram, assim, parte dos procedimentos de construção da Escala de Situações de *Stress* em ECE e da Escala de Sintomas do *Stress*.

Relativamente às escalas utilizadas e/ou construídas por outros autores (Escala de Satisfação com o Suporte Social, Questionário de Estratégias de Coping, Escala de Auto-estima e Escala de Optimismo-Pessimismo) foram também efectuados estudos de dimensionalidade e calculado o alfa de Cronbach. Na medida em que as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação psicológica estão associadas à amostra onde é feito o estudo de validação é recomendável que, para cada amostra, os estudos de validação sejam repetidos (Wilkinson & TFSI, 1999). Deste modo, para cada instrumento foi efectuado o estudo da dimensionalidade através da Análise em Componente Principais (ACP), calculada a consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach e a homogeneidade dos itens.

Para determinar quais as saturações significativas, numa análise factorial, Stevens (1986) propõe como critério a duplicação do valor crítico da correlação para $p < .01$, considerado o tamanho da amostra. Segundo este critério seriam significativas saturações iguais ou superiores a .16 para uma amostra de 1000 sujeitos. O n da amostra em estudo supera este valor de modo que, para este tamanho de amostra, o critério de Stevens torna-se demasiado conservador. De outros critérios baseados em convenções, destacamos o valor crítico de .40 por ser muito utilizado. Tabachnick e Fidell (2001) sugerem .32 como uma boa regra de ouro para a saturação de um item no factor, uma vez que partilha aproximadamente 10% de variância com os outros itens que saturam no factor (Costello & Osborne, 2005). Um factor com menos de 3 itens é

geralmente fraco e instável; 5 itens com saturações superiores a .50 são desejáveis para um factor forte (Costello & Osborne, 2005).

Foi sempre calculado o índice de adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin*. Para Kaiser (1974) um valor de .90 neste índice pode ser considerado “muito bom”, .80 “meritório e .70 ”mediano”. Foi também considerado o *Bartlett’s Test of Sphericity* para a avaliação da factorabilidade da matriz de correlações.

Para cada item foi calculada a média, desvio-padrão e correlação corrigida do item com a escala excluindo esse item, evitando deste modo que as relações item-valor global apareçam inflacionadas artificialmente (Nunnally, 1978). Para vários autores nomeadamente Nunnally (1978) e Streiner e Norman (1989), estas correlações devem ser superiores a .20. Aceita-se como norma que são bons todos os itens que se correlacionam acima de .20 com a nota global, quando esta não contém o item específico. Outros autores consideram que em termos estatísticos, deve existir uma correlação forte e estatisticamente significativa, superior a .30, entre o total e cada item (Hill & Hill, 2000).

A correlação corrigida do item com a escala em que está inserido permite-nos a obtenção do índice de discriminação de um item, isto é, o grau em que um item distingue correctamente os sujeitos no comportamento que o teste pretende medir (Anastasi & Urbina, 2000). Este procedimento foi efectuado para todas as escalas e indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir.

Para cada escala foi também calculado o valor da consistência interna através do alfa de Cronbach, procedimento considerado como a melhor estimativa da fidelidade de um teste (Nunnally, 1978; Anastasi, 1990; Cronbach, 1951). Esta estatística fornece uma indicação da média da correlação entre todos os itens que compõem a escala. O cálculo da consistência interna procura analisar em que medida os itens que compõem o teste se apresentam como um todo homogéneo, ou seja, a consistência interna traduz o grau segundo o qual os itens que constituem a escala medem o mesmo constructo.

Para Nunnally (1978) e Cronbach (1951) um valor de alfa de .70 pode ser considerado aceitável. Para DeVellis (1991) um valor entre .80 e .90 pode ser considerado muito bom. Em escalas com um número baixo de itens são aceitáveis valores acima de .60 (Hill & Hill, 2000).

Em seguida, iremos caracterizar cada um dos instrumentos utilizados.

6.1. Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e do ECE

Para efeitos da nossa investigação, construímos o Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e do ECE. Este questionário é constituído por duas partes: uma referente à caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo e outra referente à caracterização do ECE.

A primeira parte do questionário é constituída por 14 questões de resposta fechada, construídas com a finalidade de recolher dados que permitam a caracterização dos participantes no que se refere ao sexo, idade, estado civil, escola e ano de frequência do curso, ao grau de opção de entrada no curso de Enfermagem, estatuto de trabalhador-estudante e local de residência (estar ou não deslocado da sua residência original, quer por virtude do ingresso no ensino superior, quer do ingresso no ECE). Procurámos, também, obter informação acerca das pessoas com quem os estudantes viviam, caso estivessem deslocados da sua residência de origem.

Com recurso a duas questões de resposta fechada com diversos indicadores, podendo os sujeitos referenciar mais do que uma opção (resposta múltipla), procurou-se recolher dados acerca do envolvimento dos estudantes em actividades académicas e actividades extracurriculares.

Por último, procurou-se avaliar a percepção do estado de saúde dos estudantes em dois momentos distintos, antes e depois da realização do ECE. Para avaliar a auto-percepção da saúde dos estudantes foi utilizada uma questão de resposta numa escala ordinal, de 1 a 5, em que ao 1 correspondia “fraco” e ao 5 “excelente”. Os estudantes eram solicitados no sentido de seleccionarem o número que melhor correspondesse ao nível de saúde que julgassem possuir.

A segunda parte deste questionário incidia sobre a caracterização do ECE. Com recurso a perguntas de resposta fechada e aberta, visou-se a obtenção de dados que permitissem caracterizar o ECE realizado pelos estudantes. Estas questões permitiram obter informação acerca do último ECE realizado e respectivo supervisor, bem como acerca da instituição, serviço e semestre em que o mesmo decorreu.

Com o objectivo de verificar se os estudantes consideraram o ECE indutor de *stress*, foi formulada uma questão dicotómica em que se solicitava que referissem se tinham considerado (ou não) o ECE como stressante. Foi proposto aos estudantes a avaliação do nível global de *stress* que experienciaram no ECE, através de um único item numa escala de resposta ordinal de 1 (nenhum) a 5 (muito), devendo os estudantes

assinalarem o nível de *stress* a que se sentiram expostos durante o último ECE. Uma outra questão de resposta no mesmo formato procurou conhecer o nível de correspondência entre o ECE e as expectativas dos estudantes.

Através de questões de resposta aberta procurámos identificar a quem os estudantes recorreram quando algo correu mal e porquê, qual a situação mais indutora de *stress* que vivenciaram no ECE e o que fizeram para lidarem com a mesma. Partimos do pressuposto de que as narrativas são também muito úteis para a identificação ou referência de estratégias de *coping* que podem não estar referenciadas nas escalas. Por último, procurámos recolher informação acerca de propostas e/ou actividades que a escola poderia desenvolver para ajudar os estudantes a lidarem com o *stress*.

6.2. Escala de Situações Indutoras de Stress em Ensino Clínico em Enfermagem

Com o objectivo de identificar as fontes de *stress* percebidas pelos estudantes em ECE propusemo-nos construir a Escala de Situações Indutoras de *Stress* em Ensino Clínico em Enfermagem. De forma a facilitar a leitura, para nos referirmos a esta escala, utilizaremos a partir de agora a designação Escala de *Stress* em ECE.

Apesar de existirem alguns instrumentos relacionados com a avaliação do *stress* do estudante de Enfermagem em ensino clínico, optou-se pela construção de um instrumento original que permitisse a avaliação das situações que são percebidas pelos estudantes como indutoras de *stress* em ECE. Tal opção esteve também relacionada com o objectivo de desenvolver competências pessoais no âmbito da investigação.

No processo de construção da Escala de *Stress* em ECE uma das primeiras etapas consistiu na selecção dos itens a incluir. Para tal, procedemos à revisão da literatura no âmbito do *stress* em estudantes de enfermagem, mais especificamente, no âmbito dos ECE e seleccionámos os aspectos que nos pareceram mais significativos, tendo em conta, quer os resultados da investigação, quer as nossas concepções pessoais e profissionais.

Com o mesmo objectivo, a construção da Escala de *Stress* em ECE teve subjacente um estudo exploratório com base no *focus group*, instrumento fundamental para a construção de questionários na medida em que constitui uma forma privilegiada de

conhecer o que as pessoas pensam sobre a área/temática a investigar (Galego & Gomes, 2005). Pretendeu-se assim obter informação qualitativa sobre as situações indutoras de *stress* percebidas pelos estudantes em ECE. A interacção estabelecida entre os participantes constituiu, sem dúvida, uma mais-valia, enriquecendo a discussão e as sugestões dos mesmos, contribuindo para o aprofundar da temática em questão.

Deste modo, recorreremos ao *focus group*, partindo de uma questão de resposta aberta colocada a estudantes do 4.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, os quais não integraram a amostra (consulta da população-alvo) – “*Enquanto estudante, quais as situações em ensino clínico de Enfermagem que lhe provocam tensão e mal-estar, isto é, quais as situações que lhe causam stress?*” - e tendo em conta a revisão bibliográfica procedemos à construção de uma versão inicial da Escala de *Stress* em ECE, com 48 itens, relativos a possíveis situações indutoras de *stress* em ECE.

Cada item da Escala de *Stress* em ECE é respondido numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 traduz “discordo totalmente”, 2 “discordo”, 3 “não concordo nem discordo”, 4 “concordo” e 5 “concordo totalmente”. Dado que os itens foram construídos no sentido positivo, pontuações mais altas traduzem uma percepção mais elevada de situações indutoras de *stress* em ECE.

Após a elaboração de uma primeira versão da Escala de *Stress* em ECE, e procurando obter dados que contribuíssem para o seu aperfeiçoamento recorreremos ao método da reflexão falada (*Thinking aloud*) (Hill & Hill, 2000; Almeida & Freire, 2007), com um grupo de 16 estudantes do 4.º ano de Enfermagem (com características similares à amostra desejada) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sendo 4 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. A escolha de estudantes do 4.º ano foi intencional, estando subjacente a preocupação de seleccionar participantes em função da sua experiência sobre o constructo em estudo. Com efeito, considerámos que os estudantes do 4.º ano teriam provavelmente, experienciado mais situações de *stress*, uma vez que já tinham realizado um maior número de unidades curriculares e uma maior carga horária de ECE.

Nesta reflexão falada, que decorreu em Dezembro de 2006, procurámos recolher informação acerca da simplicidade, relevância, credibilidade e clareza dos itens, bem como da clareza ao nível das instruções e da escala de resposta. Procurámos também obter uma estimativa acerca do tempo requerido para o preenchimento da Escala de *Stress* em ECE.

Numa primeira fase, foi dada informação aos estudantes acerca do estudo e dos seus objectivos, explicando-se a finalidade da sua participação (voluntária) e reforçando-se a importância do seu contributo para a validação do instrumento em questão. Em seguida clarificaram-se os procedimentos subjacentes ao método da reflexão falada. Os participantes manifestaram interesse em colaborar.

Durante todo o processo da reflexão falada procedeu-se ao registo, numa grelha de observação elaborada para o efeito, não só das verbalizações dos estudantes (concretamente dúvidas quanto ao conteúdo dos itens, sugestões de introdução e/ou remoção de itens, sugestões/comentários e pertinência do instrumento), mas também dos seus comportamentos não verbais (nomeadamente, expressões faciais e postura adoptada durante a participação no processo). Estes registos foram alvo de discussão/reflexão em grupo no final do preenchimento da Escala de *Stress* em ECE por parte de todos os estudantes.

A Escala de *Stress* em ECE foi, globalmente, bem aceite, tendo a reflexão falada durado cerca de 30 minutos. Os participantes envolveram-se no processo tecendo comentários e sugestões bastante pertinentes e adequadas. O preenchimento da escala demorou em média 15 minutos.

As alterações efectuadas na Escala de *Stress* em ECE, em resultado da reflexão falada, foram pontuais e traduziram-se na introdução de quatro itens que foram sugeridos pelos estudantes. Na parte referente aos dados sócio-demográficos e de caracterização do ECE, que precedia a Escala de *Stress* em ECE, os estudantes sugeriram a importância de clarificar que quando se estava a falar em ensino clínico estávamos-nos a reportar ao último ECE realizado. Outra alteração foi no sentido do aumento do espaço disponível para as respostas abertas, avaliado como insuficiente pelos estudantes. Estes sugeriram ainda a introdução de uma questão de resposta aberta referente às propostas/actividades que a escola poderia desenvolver para ajudar os estudantes a lidarem com o *stress*.

De um modo geral, todos os participantes referiram que a Escala de *Stress* em ECE traduzia situações indutoras de *stress* que eram susceptíveis de ocorrer no contexto da prática clínica, sendo as mesmas avaliadas como relevantes e pertinentes.

Perseguindo ainda o objectivo de se aperfeiçoar a Escala de *Stress* em ECE foi solicitada a colaboração de duas especialistas na área da Enfermagem, com experiência de ensino e de supervisão dos estudantes em ECE. O seu contributo incidiu, por um lado, na análise teórica e semântica dos itens e, por outro, na análise do conteúdo e forma dos

mesmos. Pretendia-se, desta forma, avaliar as potenciais situações geradoras de *stress*, expressas por cada um dos itens que compõem a Escala de *Stress* em ECE, em termos de clareza, objectividade e da sua validade de conteúdo.

Este procedimento permitiu-nos a clarificação de algumas afirmações, nomeadamente de itens em que estavam incluídas duas questões (*double-barrelled questions*). Tais itens poderiam conduzir a respostas induzidas ou nem sempre relevantes, além de não ser possível, aquando do tratamento da informação, especificar a qual das questões os sujeitos teriam respondido.

As especialistas sugeriram a introdução de um maior número de itens nomeadamente com referência à avaliação, condições dos serviços, comunicação entre os diversos intervenientes e aspectos relacionados com o doente e família.

Da articulação dos contributos dos diversos intervenientes envolvidos, a versão final da Escala de *Stress* em ECE ficou constituída por 93 itens. Este elevado número de itens prendeu-se com o facto de, por norma, o conjunto de itens inicial ser bastante superior ao número desejado de itens a ter na versão final do instrumento (Almeida & Freire, 2007). Só com esse número, e prevista a possibilidade de vários itens serem eliminados é que faz sentido falarmos numa fase de análise e selecção dos itens.

Na versão definitiva da Escala de *Stress* em ECE, os itens das diversas dimensões encontravam-se misturados de forma a evitar rotinas de resposta ou inferências lógicas que afectassem as respostas à Escala de *Stress* em ECE (Almeida & Freire, 2007).

As respostas estão quantificadas de maneira a que quanto mais alta a pontuação maior será a percepção de situações de *stress* vivenciadas em ECE.

Após a elaboração definitiva da Escala de *Stress* em ECE a mesma foi administrada a uma estudante do 1.º ano do curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria, em Dezembro de 2006, com o principal objectivo de determinar o tempo de administração da mesma, o qual foi de 17 minutos.

6.2.1. Análise Psicométrica da Escala de *Stress* em ECE

A análise das características psicométricas da escala teve como objectivo, por um lado, verificar a sua adequação à amostra utilizada no nosso estudo e, por outro, estudar as capacidades avaliativas da escala relativamente às situações indutoras de *stress*.

Deste modo, com o objectivo de avaliar a validade da escala e testar a sua dimensionalidade procedemos a uma análise factorial, no sentido de determinar o número de factores avaliados pela mesma e os itens associados a cada um deles.

Após esta análise, procurou-se verificar se o agrupamento de itens resultante da mesma estava de acordo com os constructos iniciais.

O estudo da fidelidade foi realizado através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens que compõem cada subescala, como para a escala total.

Na Escala de *Stress* em ECE apenas o item 3 obteve um acumulado de respostas numa única opção superior a 50% . Dos inquiridos 58% seleccionaram a opção 1. Este item foi excluído, não só por não ser discriminativo, mas também porque obteve uma comunalidade inferior a .40.

A medida de adequação da amostra à factorização segundo o critério de Kaiser (1974), foi muito boa. O *Bartlett's Test of Sphericity* foi significativo o que leva à rejeição da hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade [$\chi^2(4278)=68622$, $p=.000$], evidenciando a existência de correlação entre as variáveis (Tabela 3). O número de sujeitos por item foi de cerca de 14, o que quase triplica o valor mínimo de 5 sujeitos por item (Tinsley & Tinsley, 1987), concorrendo para a estabilidade da solução factorial. Estes resultados vão no sentido da adequação do tamanho da amostra e da matriz e, por isso, permitiram-nos prosseguir com os cálculos.

Tabela 3. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de *Stress* em ECE, ACP forçada a 5 factores (93 itens)

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.977
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(4278)=68622$, $p=.000$

Assim, foi efectuada uma Análise em Componentes Principais (ACP) forçada a 5 factores (com base na literatura e no levantamento prévio de factores junto de estudantes e especialistas na área da Enfermagem) com rotação *varimax*. As comunalidades, ou

seja, a quantidade de variância de uma variável que é partilhada pelo menos com outra variável do conjunto, oscilaram entre .20 e .65, com uma média de .47.

Tratando-se da construção de uma escala, um dos objectivos foi o seu aperfeiçoamento, eliminando-se assim os itens menos bons. Vinte itens obtiveram comunalidades inferiores a .40 e, como tal, foram excluídos. Cinco itens foram excluídos tendo como critério a sua compreensibilidade. Alguns itens obtiveram saturações elevadas em mais do que um factor. Itens nestas condições são, à partida, pouco úteis por não serem discriminativos. Foram consideradas saturações muito próximas se a diferença entre elas fosse menor ou igual a .10. Face a este critério foram excluídos ainda dezanove itens.

No sentido de maximizar a saturação dos itens, a ACP forçada a 5 factores com rotação *varimax*, foi repetida com os restantes 49 itens.

Na Tabela 4 verifica-se que a medida de adequação da amostra à factorização segundo o critério de Kaiser (1974) foi muito boa (KMO=.970). O valor do *Bartlett's Test of Sphericity* foi significativo [$\chi^2(1176)=34753.152$, $p=.000$].

Tabela 4. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de Stress em ECE, ACP forçada a 5 factores (49 itens)

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.970
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(1176)=34753.152$, $p=.000$

Os cinco factores, no seu conjunto, explicam 54.28% da variância total (Tabela 5).

Tabela 5. Valores próprios e variância explicada dos factores da Escala de Stress em ECE (49 itens)

Factor	N.º Itens	Designação	Valor próprio	%Variância explicada	%Variância acumulada
F1	14	Orientação em ECE	18.13	36.99	36.99
F2	12	Situações específicas de Enfermagem	3.13	6.38	43.37
F3	9	Avaliação	2.17	4.42	47.79
F4	7	Aspectos pessoais	1.75	3.57	51.37
F5	7	Gestão do tempo e do trabalho	1.43	2.92	54.28

A análise do *scree plot* (Gráfico 1) reforça a opção pelos 5 factores. Em geral, a carga factorial dos itens da Escala de Stress em ECE é elevada. Todos os itens obtiveram uma saturação superior a .40. As comunalidades oscilaram entre .42 e .65, com uma média de .54.

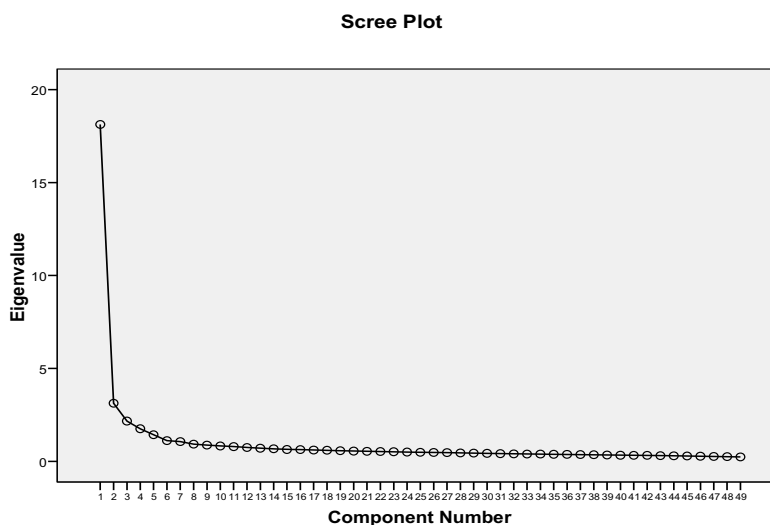


Gráfico 1. Scree Plot para os 49 itens da Escala de Stress em ECE

A distribuição dos itens pelos factores, bem como as respectivas saturações e comunalidades encontram-se sistematizadas na Tabela 6. Por razões de maior clareza na apresentação, os itens encontram-se organizados pela sua vinculação aos factores identificados e não pela sua sequência de apresentação na escala.

Tabela 6. Distribuição dos itens pelos factores, saturações factoriais e comunalidades (ACP *varimax* - 49 itens)

	Item*	Descrição	F1	F2	F3	F4	F5	h2
F1 - Orientação em ECE	68	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	.738	.190	.213	.092	.114	.65
	61	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	.735	.135	.242	.099	.097	.64
	30	A falta de orientação dos professores	.730	.121	.026	.181	.177	.61
	56	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objectivos do ensino clínico	.683	.249	.135	.111	.125	.57
	36	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	.667	.218	.076	.154	.136	.54
	85	A falta de apoio dos professores	.663	.204	.305	.016	.162	.60
	81	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	.655	.289	.274	.031	.133	.61
	19	A falta de <i>feedback</i> por parte dos orientadores do local de ensino clínico	.655	.019	.143	.274	.181	.56

F2 - Situações específicas de Enfermagem	88	A falta de <i>feedback</i> por parte dos professores	.634	.169	.380	.023	.129	.59
	50	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	.620	.197	.220	.173	.153	.53
	47	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	.572	-.010	.386	.150	.218	.55
	8	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	.514	.064	.104	.347	.161	.43
	38	A falta de recursos humanos no serviço	.486	.340	.041	.125	.285	.45
	54	A comunicação com os orientadores do serviço	.409	.287	.277	.254	.166	.42
	80	A comunicação com a família dos doentes/utentes	.179	.743	.156	.073	.074	.62
	53	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	.103	.704	.180	.194	.101	.59
	67	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	.106	.614	.290	.077	.096	.49
	22	A comunicação com os doentes/utentes	.221	.602	-.086	.199	.015	.46
	15	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	.085	.590	-.018	.205	.286	.48
	89	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	.136	.587	.361	.148	.105	.53
	69	O ter de assumir responsabilidades	.051	.558	.312	.328	.110	.53
	86	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	.276	.539	.245	.069	-.051	.43
F3 - Avaliação	31	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	.183	.518	.060	.330	.214	.46
	29	A percepção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	.299	.509	.045	.326	.176	.49
	79	A comunicação com outros profissionais	.328	.471	.359	.159	.054	.49
	60	A responsabilidade por outras pessoas	.142	.419	.358	.256	.203	.43
	70	O ser alvo de críticas negativas	.213	.219	.633	.249	.143	.58
	57	O facto de ser chamado à atenção / criticado na presença de terceiros	.266	.105	.627	.267	.146	.57
	71	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	.446	.083	.595	.115	.148	.60
	93	A percepção de que poderia ter tido um melhor desempenho	.159	.266	.568	.299	.114	.52
	76	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	.265	.279	.547	.186	.296	.57
	66	A percepção de injustiça relativamente à avaliação	.447	.023	.532	.162	.281	.59
	78	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	.218	.278	.526	.258	.152	.49
	84	O grau de exigência dos professores	.347	.224	.522	.168	.244	.53
	91	A discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional	.348	.247	.449	.170	.268	.48

F4 – Aspectos Pessoais	17	A minha inexperiência	.153	.272	.131	.707	.093	.62
	25	O possuir pouca destreza técnica	.165	.275	.137	.701	.078	.62
	9	A falta de auto-confiança / Insegurança	.142	.234	.214	.688	.121	.61
	4	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	.107	.099	.166	.639	.173	.49
	37	O medo de cometer erros	.071	.299	.351	.576	.225	.60
	35	A falta de conhecimentos técnicos	.255	.310	.082	.557	.150	.50
	12	O sentir que estou a ser observado	.213	.077	.335	.549	.239	.52
F5 – Gestão do tempo e do trabalho	32	A subcarga de tarefas a realizar	.309	.134	.065	.189	.682	.62
	10	A sobrecarga de tarefas a realizar	.221	.072	.105	.320	.655	.60
	45	O cansaço físico derivado do ensino clínico	.135	.145	.369	.163	.652	.63
	14	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	.179	.120	.241	.246	.650	.59
	23	A pressão em termos de tempo para realizar determinada actividade	.283	.155	.192	.302	.556	.54
	65	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	.310	.193	.327	-.052	.545	.54
	90	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	.250	.306	.382	-.117	.404	.48

* Itens ordenados pela magnitude da saturação factorial

A designação atribuída a cada factor procurou reflectir o conteúdo conceptual subjacente aos itens que o compõem.

O primeiro factor, e aquele que obtém uma maior percentagem de variância explicada, é saturado sobretudo pelos itens referentes a situações que estão relacionadas com a orientação em ECE, o apoio e o *feedback* dado aos estudantes por parte dos orientadores do ECE e por parte dos professores responsáveis. Neste factor estão também incluídos itens relacionados com o conhecimento dos orientadores do local de ECE face aos objectivos do mesmo, ao currículo do curso, às normas de avaliação e ao nível de conhecimento de alunos, o que poderá influenciar a orientação dos estudantes, e por isso atribuímos-lhe a designação de “Orientação em ECE”. Este factor apresenta um valor próprio de 18.13 explicando grande parte da variância (36.99%) e é constituído por 14 itens.

Integram o segundo factor 12 itens que traduzem situações que decorrem da prática da profissão de Enfermagem, incluindo itens relacionados com a comunicação com a equipa, com os utentes e respectivas famílias, com a vivência próxima da morte e do sofrimento humano, com a execução de procedimentos e cuidados de enfermagem. Denominámos este factor de “Situações Específicas de Enfermagem”, o qual apresenta um valor próprio de 3.13, explicando 6.38% da variância dos resultados.

O terceiro factor, composto por 9 itens, foi designado de “Avaliação” e emerge com um valor próprio de 2.17 explicando 4.42% da variância. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a avaliação do desempenho dos estudantes em situação de ECE.

O quarto factor designado de “Aspectos pessoais” emerge com um valor próprio de 1.75 e explica 3.57% da variância. Os 7 itens que constituem este factor descrevem situações indutoras de *stress* inerentes ao próprio estudante, tais como inexperiência, medo de cometer erros, a execução de procedimentos pela primeira vez e a insegurança.

Por último, o quinto factor é constituído por 7 itens relacionados com o cansaço derivado de ECE, o número de horas de trabalho e a gestão do tempo e das tarefas a realizar, sendo por isso designado de “Gestão do Tempo e do Trabalho”. Este factor é explicativo de 2.92% da variância, apresentando um valor próprio de 1.43.

Nas Tabelas 7 a 11 apresentam-se as médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos 5 factores da Escala de *Stress* em ECE.

Tabela 7. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 – Orientação em ECE - da Escala de *Stress* em ECE

Item	Descrição	Média	DP	r
68	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	2.73	1.22	.75
61	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	2.70	1.26	.74
30	A falta de orientação dos professores	2.66	1.20	.69
56	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objectivos do ensino clínico	2.64	1.08	.70
36	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	2.56	1.09	.67
85	A falta de apoio dos professores	2.79	1.22	.70
81	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	2.71	1.13	.71
19	A falta de <i>feedback</i> por parte dos orientadores do local de ensino clínico	2.91	1.27	.66
88	A falta de <i>feedback</i> por parte dos professores	2.93	1.22	.69
50	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	2.94	1.11	.68
47	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	3.27	1.29	.64
8	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	2.80	1.23	.55
38	A falta de recursos humanos no serviço	2.50	1.03	.56
54	A comunicação com os orientadores do serviço	2.73	1.07	.56

No factor 1 – Orientação em ECE - todos os itens obtiveram correlações significativas com a subescala. As correlações variaram entre .55 e .75, com uma média

de .66, indicando que cada item *per si* representa de forma adequada o conceito que é suposto ser medido pela globalidade da escala e que os itens são homogêneos.

O factor 1 obteve uma média de 38.85 (DP=11.82) e um alfa de Cronbach de .93.

Tabela 8. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 – Situações específicas de Enfermagem - da Escala de Stress em ECE

Item	Descrição	Média	DP	r
80	A comunicação com a família dos doentes/utentes	2.58	1.09	.69
53	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	3.03	1.07	.69
67	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	2.84	1.21	.62
22	A comunicação com os doentes/utentes	2.29	1.07	.51
15	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	3.05	1.08	.55
89	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	3.07	1.12	.64
69	O ter de assumir responsabilidades	2.87	1.13	.63
86	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	2.50	1.19	.53
31	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	3.04	1.12	.59
29	A percepção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	2.88	1.08	.59
79	A comunicação com outros profissionais	2.65	1.08	.57
60	A responsabilidade por outras pessoas	2.97	1.15	.56

No factor 2 – Situações Específicas de Enfermagem - todos os itens obtiveram correlações significativas com a subescala. As correlações variaram entre .51 e .69, com uma média de .60. A subescala obteve uma média de 33.77 (DP=9.01) e um alfa de Cronbach de .89.

Tabela 9. Médias, desvios-padrão, correlações corrigidas dos itens do factor 3 – Avaliação - da Escala de Stress em ECE

Item	Descrição	Média	DP	r
70	O ser alvo de críticas negativas	3.18	1.18	.69
57	O facto de ser chamado à atenção / criticado na presença de terceiros	3.32	1.24	.67
71	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	3.28	1.37	.67
93	A percepção de que poderia ter tido um melhor desempenho	3.29	1.17	.62
76	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	3.05	1.16	.69
66	A percepção de injustiça relativamente à avaliação	3.57	1.27	.66
78	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	3.34	1.08	.61
84	O grau de exigência dos professores	2.98	1.14	.65
91	A discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional	3.22	1.14	.62

No factor 3 – Avaliação - todos os itens obtiveram correlações significativas com a subescala, oscilando os valores das correlações entre .61 e .69, com uma média de .65. Este factor obteve uma média de 29.24 (DP=7.92) e um alfa de Cronbach de .89.

Tabela 10. Médias, desvios-padrão e correlações corrigida do factor 4 - Aspectos Pessoais - da Escala de Stress em ECE

Item	Descrição	Média	DP	r
17	A minha inexperiência	3.10	1.11	.70
25	O possuir pouca destreza técnica	2.92	1.12	.70
9	A falta de auto-confiança / Insegurança	2.92	1.20	.68
4	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	3.40	1.20	.59
37	O medo de cometer erros	3.67	1.03	.65
35	A falta de conhecimentos técnicos	2.74	1.07	.60
12	O sentir que estou a ser observado	3.54	1.16	.58

No factor 4 – Aspectos Pessoais - todos os itens obtiveram correlações significativas com a subescala, oscilando os valores das correlações entre .58 e .70, com uma média de .64. A subescala obteve uma média de 22.28 (DP=5.89) e um alfa de Cronbach de .87.

Tabela 11. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 5 – Gestão do tempo e do Trabalho - da Escala de Stress em ECE

Item	Descrição	Média	DP	r
32	A subcarga de tarefas a realizar	2.96	1.15	.64
10	A sobrecarga de tarefas a realizar	3.18	1.17	.61
45	O cansaço físico derivado do ensino clínico	3.48	1.09	.67
14	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	3.53	1.12	.64
23	A pressão em termos de tempo para realizar determinada actividade	3.23	1.12	.62
65	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	2.84	1.17	.60
90	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	2.85	1.22	.50

No factor 5 – Gestão do Tempo e do Trabalho - todos os itens obtiveram correlações significativas com a subescala. As correlações variaram entre .50 e .67, com uma média de .61. A subescala obteve uma média de 22.07 (DP=5.85) e um alfa de Cronbach de .85.

Na tabela 12 apresentam-se as médias, desvios-padrão e correlações corrigidas da Escala de Stress em ECE, na sua globalidade.

Tabela 12. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de Stress em ECE (49 itens)

Item	Descrição	Média	DP	r
68	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	2.73	1.22	.65
61	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	2.70	1.26	.63
30	A falta de orientação dos professores	2.66	1.20	.59
56	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objectivos do ensino clínico	2.64	1.08	.62
36	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	2.56	1.09	.59
85	A falta de apoio dos professores	2.79	1.22	.65
81	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	2.71	1.13	.66
19	A falta de <i>feedback</i> por parte dos orientadores do local de ensino clínico	2.91	1.27	.59
88	A falta de <i>feedback</i> por parte dos professores	2.93	1.22	.64
50	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	2.94	1.11	.63
47	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	3.27	1.29	.61
8	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	2.80	1.23	.54
38	A falta de recursos humanos no serviço	2.50	1.03	.57
54	A comunicação com os orientadores do serviço	2.73	1.07	.62
80	A comunicação com a família dos doentes/utentes	2.58	1.09	.54
53	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	3.03	1.07	.55
67	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	2.84	1.21	.51
22	A comunicação com os doentes/utentes	2.29	1.07	.42
15	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	3.05	1.08	.47
89	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	3.07	1.12	.58
69	O ter de assumir responsabilidades	2.87	1.13	.57
86	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	2.50	1.19	.50
31	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	3.04	1.12	.55
29	A percepção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	2.88	1.08	.59
79	A comunicação com outros profissionais	2.65	1.08	.62
60	A responsabilidade por outras pessoas	2.97	1.15	.58
70	O ser alvo de críticas negativas	3.18	1.18	.63
57	O facto de ser chamado à atenção / criticado na presença de terceiros	3.32	1.24	.61
71	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	3.28	1.37	.63
93	A percepção de que poderia ter tido um melhor desempenho	3.29	1.17	.60
76	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	3.05	1.16	.68
66	A percepção de injustiça relativamente à avaliação	3.57	1.28	.64
78	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	3.34	1.09	.62
84	O grau de exigência dos professores	2.98	1.14	.66
91	A discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional	3.22	1.14	.65

17	A minha inexperiência	3.10	1.11	.55
25	O possuir pouca destreza técnica	2.92	1.12	.56
9	A falta de auto-confiança / Insegurança	2.92	1.20	.57
4	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	3.40	1.20	.47
37	O medo de cometer erros	3.67	1.03	.62
35	A falta de conhecimentos técnicos	2.74	1.07	.57
12	O sentir que estou a ser observado	3.54	1.16	.58
32	A subcarga de tarefas a realizar	2.96	1.15	.56
10	A sobrecarga de tarefas a realizar	3.18	1.17	.54
45	O cansaço físico derivado do ensino clínico	3.48	1.09	.58
14	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	3.53	1.12	.57
23	A pressão em termos de tempo para realizar determinada actividade	3.23	1.12	.61
65	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	2.84	1.17	.56
90	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	2.85	1.22	.52

Todos os itens obtiveram correlações significativas com a Escala de *Stress* em ECE, oscilando os valores entre .42 e .68, com uma média de .58. A Escala de *Stress* em ECE obteve uma média de 146.21 (DP=34.27) e um alfa de Cronbach de .96.

Na sequência do estudo das características psicométricas e da validade, a Escala de *Stress* em ECE ficou reduzida a 49 itens.

Uma outra contribuição para o estudo da validade da escala foi feita a partir da matriz de correlações entre os resultados das cinco dimensões e o resultado global da Escala de *Stress* em ECE (Tabela 13).

Tabela 13. Correlações entre os vários factores da Escala de *Stress* em ECE

	Orientação em ECE	Situações Específicas Enfermagem	Avaliação	Aspectos Pessoais	Gestão do Tempo e Trabalho	Total
Orientação em ECE	1					
Situações Específicas Enfermagem	.605**	1				
Avaliação	.744**	.661**	1			
Aspectos Pessoais	.544**	.649**	.641**	1		
Gestão do Tempo e do Trabalho	.654**	.561**	.709**	.576**	1	
Total	.881**	.832**	.893**	.777**	.807**	1

** Correlação significativa para .01 (bicaudal)

Da análise da Tabela 13, verifica-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os cinco factores da escala, significando que o aumento num dos factores se encontra associado a um aumento nos restantes. Como esperado, todas as dimensões apresentam correlações mais elevadas com a escala total do que entre si. Verifica-se uma correlação moderada ou alta entre alguns factores (importa ter em conta o elevado número de indivíduos que compõem a amostra, $n=1283$, o que certamente inflaciona as correlações encontradas). Os valores da correlação oscilam entre .54 e .89, revelando que os diferentes factores permitem medir aspectos distintos da mesma realidade sendo sensíveis a aspectos diferentes do mesmo constructo. Ainda assim e dado o valor elevado de algumas correlações podemos estar perante alguns itens redundantes.

Na tabela 14 são apresentadas as estatísticas descritivas da Escala de *Stress* em ECE (os valores da amplitude teórica e observada, as médias e respectivos desvios-padrão) e os valores do alfa de Cronbach obtidos para cada factor e escala total.

Tabela 14. Síntese das propriedades psicométricas da Escala de *Stress* em ECE (49 itens)

Factor	Descrição do factor	Nº de itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	alfa de Cronbach
1	Orientação em ECE	14	14-70	14-67	38.85	11.82	.93
2	Situações específicas de Enfermagem	12	12-60	12-59	33.77	9.01	.89
3	Avaliação	9	9-45	9-45	29.24	7.92	.89
4	Aspectos pessoais	7	7-35	7-35	22.28	5.89	.87
5	Gestão do tempo e do trabalho	7	7-35	7-35	22.07	5.85	.85
Total		49	49-245	49-218	146.21	34.27	.96

Os valores de alfa obtidos são bons, sublinhando que a Escala de *Stress* em ECE se pode considerar adequada para medir a percepção de situações de *stress*.

6.3. Escala de Sintomas do *Stress*

Com a construção da Escala de Sintomas do *Stress* (ESS) pretendíamos sistematizar um conjunto de sintomas físicos, cognitivo-emocionais e comportamentais susceptíveis de traduzir mal-estar em estudantes confrontados com situações de *stress*.

Apesar de existirem algumas escalas que visam avaliar os sintomas do *stress*, a nossa opção foi no sentido da construção de uma escala original, mais exaustiva que incluísse alguns sintomas considerados pertinentes do ponto de vista teórico. Assim, procedemos à construção e validação de um novo instrumento de avaliação.

Trata-se de uma escala de auto-resposta constituída inicialmente por 30 itens, cada um deles descrevendo sintomas de natureza física, cognitivo-emocional ou comportamental. Aos estudantes era solicitado que respondessem a cada item em função da frequência com que experimentavam a sua ocorrência, num formato de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (1 – nunca; 2 - poucas vezes; 3 - algumas vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre).

Com o objectivo de aperfeiçoarmos a escala recorreremos ao método da reflexão falada, nos moldes já descritos anteriormente aquando da construção da Escala de *Stress* em ECE. A ESS foi administrada a 16 estudantes do 4.º ano de Enfermagem (com características similares à amostra desejada) da Escola Superior de Saúde de Leiria, sendo 4 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Os objectivos deste pré-estudo visavam por um lado, recolher a perspectiva dos estudantes acerca dos objectivos da escala e testar a compreensão unívoca dos itens e, por outro, recolher sugestões relativamente aos itens (modificação, remoção ou introdução).

A ESS foi globalmente bem aceite, tendo os estudantes sugerido a introdução de 7 itens, sugestões que foram tidas em consideração. Todas as afirmações apresentadas que traduziam potenciais sintomas de *stress* foram avaliadas pelos estudantes como relevantes e pertinentes no contexto da temática em estudo.

A introdução e selecção dos itens a integrar a ESS resultou assim da revisão da literatura, do resultado do *focus group*, da reflexão falada com estudantes e com duas especialistas da área da enfermagem. A versão final da escala ficou constituída por 37 itens (30 iniciais mais 7 introduzidos posteriormente).

Após a elaboração da versão definitiva da ESS, esta foi administrada a uma estudante do 1.º ano do curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria, em Dezembro de 2006, com o principal objectivo de determinar o tempo de administração da mesma, o qual foi de 5 minutos.

6.3.1. Análise Psicométrica da Escala de Sintomas do Stress

Para estudar a eventual polarização das respostas analisou-se a sua distribuição pelas opções de resposta.

Apesar de 14 itens terem obtido mais de 50% de respostas na opção 1 (nunca), as percentagens não justificam, por si só a eliminação de qualquer item, nomeadamente dada a nossa amostra ser constituída por estudantes com características muito semelhantes, sendo uma amostra muito homogénea.

O item 33 foi eliminado tendo como critério a sua compreensibilidade.

Para testar a dimensionalidade da ESS efectuou-se uma ACP. Neste sentido, primeiramente foram realizadas dois procedimentos estatísticos: o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de esfericidade de *Bartlett*.

Como podemos observar na Tabela 15, o indicador de adequação da amostra foi excelente (KMO=.965) e o valor do *Bartlett's Test of Sphericity* foi significativo [$\chi^2(630)=23660.699$, $p=.000$], de modo que prosseguimos com segurança a factorização.

O número de sujeitos por item foi de 36, superando largamente o valor mínimo de 5 sujeitos por item (Bryman & Carmer, 2003), o que concorre para a estabilidade da solução factorial.

Tabela 15. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da ESS

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.965
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(630)=23660.699$, $p=.000$

As comunalidades oscilaram entre .25 (item 22) e .65 (item 14) com uma média de .50.

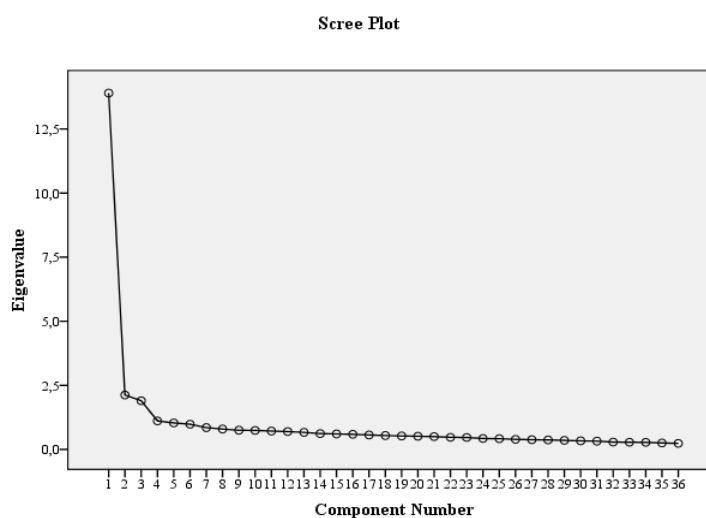
Na ACP com rotação *varimax*, 5 factores obtiveram valores próprios superiores a 1 explicando 55.74% da variância total. Na Tabela 16 podemos observar que os 3 primeiros factores explicam 49.79% da variância total sendo a contribuição do primeiro factor de 38.61%.

Tabela 16. Valores próprios e variância explicada dos factores da ESS - 3 factores

Factor	Valor próprio	% Variância explicada	% Variância acumulada
1	13.90	38.61	38.61
2	2.12	5.90	44.51
3	1.90	5.28	49.79

A solução foi forçada a 3 factores para verificarmos empiricamente as dimensões teóricas. Importa referir que não havendo alteração no número de sujeitos e no número de variáveis, os índices de adequação da amostra e da matriz mantêm-se inalterados quando se fazem novas factorizações ou novas rotações. Os aspectos básicos da análise, valores próprios e variância explicada por cada factor, não se alteram com a modificação do número de factores extraídos ou com a rotação (Costello & Osborne, 2005).

Como podemos constatar pela análise do *scree plot* (Gráfico 2) o primeiro factor destaca-se substancialmente dos seguintes. Apesar disso o 2º e 3º factor situam-se acima da linha formada pelos restantes.

**Gráfico 2. Scree plot da Escala de Sintomas do Stress**

Na Tabela 17 apresenta-se a distribuição dos itens pelos factores, respectivas saturações e comunalidades. De modo a facilitar a leitura e interpretação dos dados, os itens são apresentados em função da sua distribuição pelos factores identificados e não pela sua sequência de apresentação na Escala de Sintomas do Stress.

Tabela 17. Distribuição dos itens da ESS pelos factores, saturações factoriais e comunalidades (ACP *varimax* - 36 itens)

	Item*	Descrição	F1	F2	F3	h2
F1 – Cognitivo-Emocionais	14	Ficava com humor deprimido / triste	.757	.277	.070	.65
	37	Sentia que não conseguia ultrapassar as dificuldades	.741	.185	.248	.64
	34	Perdia a confiança em mim próprio	.730	.214	.234	.63
	15	Ficava hipersensível às críticas	.723	.339	.037	.64
	17	Tinha dificuldades na tomada de decisões	.712	.281	.057	.59
	13	Tinha pensamentos irracionais e negativos	.678	.272	.193	.57
	18	Sentia uma ansiedade difusa e disfuncional	.657	.406	.081	.60
	16	Irritava-me com facilidade	.648	.343	.100	.55
	36	Tinha dificuldades em me relacionar com os outros	.646	.118	.421	.61
	12	Tinha dificuldades de concentração	.644	.406	.037	.58
	19	Sentia uma grande apatia	.644	.309	.250	.57
	30	Tinha diminuição do interesse, eficiência e rendimento profissionais	.641	.173	.352	.57
	35	Tudo requeria muito esforço	.630	.294	.259	.55
	20	Chorava com facilidade	.593	.344	.208	.51
	25	Isolava-me	.575	.117	.459	.55
	11	Tinha perturbações da memória / esquecimento	.568	.406	.086	.50
	F2 - Físicos	4	Ficava com uma respiração ofegante	.195	.646	.283
2		Sentia aumento da frequência cardíaca	.284	.629	-.026	.48
10		Tinha dores de estômago	.303	.617	.138	.49
6		Tinha aumento da frequência urinária	.111	.594	.281	.44
8		Sentia aumento da tensão muscular	.323	.578	.099	.45
3		Tinha perturbações do sono (dificuldade em adormecer, insónias...)	.384	.576	.051	.48
1		Tinha dores de cabeça e/ou tonturas	.276	.565	-.027	.40
7		Sentia dificuldade em respirar	.109	.550	.439	.51
31		Tinha náuseas e/ou diarreia	.203	.527	.339	.43
9		Ficava com as mãos suadas e húmidas e/ou transpirava muito	.296	.525	.047	.37
32		Ficava com a boca seca	.233	.502	.302	.40
21	Perdia o apetite	.390	.478	.152	.40	
F3 - Comportamentais	24	Aumentava o consumo de álcool	.052	.000	.770	.60
	29	Fumava mais	.028	.077	.613	.38
	23	Tomava medicamentos para dormir e/ou para me acalmar	.173	.233	.545	.38
	27	Tinha diminuição do interesse sexual	.323	.203	.530	.43
	26	Pensava em mudar de profissão	.465	-.004	.494	.46
	5	Ficava com irritações na pele	.049	.427	.437	.38
	22	Comia em excesso	.261	.163	.387	.25
	28	Tinha inquietação motora (não conseguia estar quieto)	.299	.359	.362	.35

* Itens ordenados pela magnitude da saturação factorial

Uma vez que vários itens obtiveram saturações significativas em mais do que um factor (>.32) foi tentada a rotação *Oblimin*. A distribuição dos itens pelos factores

mostrou-se menos interpretável que a solução obtida com a rotação *Varimax*. Por exemplo, no factor “sintomas físicos do *stress*” passavam a saturar apenas 4 itens (24, 29, 23 e 27). Optou-se pela rotação *varimax* por ser mais favorável à interpretação.

Nesta escala a exigência de comunalidades superiores a .40 levaria à exclusão de 6 itens (itens 9, 29, 23, 5, 22 e 28), 5 dos quais pertencentes ao factor 3 o que o deixaria sub-representado. Por se estar perante uma escala com um número de itens bastante inferior ao da Escala de *Stress* em ECE, a exclusão de itens com as *rules of thumb* assim aplicadas à mesma poderia trazer dificuldades quanto à representação empírica dos constructos a avaliar. Da mesma forma a exclusão de itens cuja diferença entre as saturações factoriais fosse inferior a .10 levaria à exclusão de 1 item no factor 2 (item 21) e três itens no factor 3 (itens 26, 5 e 28). Optou-se, neste caso, por uma solução mais conservadora e apenas foi excluído o item 28 que obteve uma diferença entre saturações com os dois restantes factores inferior a .10.

Os 3 factores extraídos explicam 49.79% da variância total da ESS.

O primeiro factor inclui itens relacionados com a elaboração de determinados pensamentos, com a forma de encarar a situação e com processos de tomada de decisão, itens mais centrados na actividade cognitiva. Neste factor estão também incluídos itens relacionados com as emoções experienciadas. Neste sentido, a designação atribuída ao factor 1 foi de “Sintomas Cognitivo-Emocionais”, sendo constituído por 16 itens. Este factor apresenta um valor próprio de 13.90, explicando grande parte (38.61%) da variância dos resultados.

O segundo factor inclui 12 itens que nos remetem para as alterações no domínio fisiológico em consequência do *stress* sendo por isso designado de “Sintomas físicos”. Este factor apresenta um valor próprio de 2.12 e explica 5.90% da variância.

O Factor 3 abrange 7 itens que remetem para as implicações do *stress* no comportamento dos sujeitos tendo sido atribuída a designação de “Sintomas Comportamentais”. Este factor apresenta um valor próprio de 1.90, explicando 5.28% da variância total.

Nas Tabelas 18 a 20 apresentam-se as medidas descritivas dos factores bem como o grau de homogeneidade dos itens.

Tabela 18. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 - Sintomas cognitivo-emocionais do stress - da ESS

Item	Descrição	Média	DP	r
14	Ficava com humor deprimido / triste	2.55	1.25	.76
37	Sentia que não conseguia ultrapassar as dificuldades	2.08	1.13	.75
34	Perdia a confiança em mim próprio	2.21	1.18	.75
15	Ficava hipersensível às críticas	2.41	1.26	.75
17	Tinha dificuldades na tomada de decisões	2.33	1.07	.72
13	Tinha pensamentos irracionais e negativos	2.17	1.24	.72
18	Sentia uma ansiedade difusa e disfuncional	2.43	1.20	.73
16	Irritava-me com facilidade	2.33	1.22	.69
36	Tinha dificuldades em me relacionar com os outros	1.73	1.01	.69
12	Tinha dificuldades de concentração	2.61	1.22	.70
19	Sentia uma grande apatia	1.89	1.07	.72
30	Tinha diminuição do interesse, eficiência e rendimento profissionais	1.87	1.04	.68
35	Tudo requeria muito esforço	2.08	1.14	.70
20	Chorava com facilidade	1.94	1.21	.67
25	Isolava-me	1.67	1.04	.62
11	Tinha perturbações da memória / esquecimento	2.39	1.21	.65

No factor 1 todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com a subescala. As correlações variaram entre .62 e .76 com uma média de .73. O factor obteve uma média de 34.69 (DP=13.85) e um alfa de Cronbach de .95.

Tabela 19. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 - Sintomas físicos do stress - da ESS

Item	Descrição	Média	DP	r
4	Ficava com uma respiração ofegante	1.80	1.02	.63
2	Sentia aumento da frequência cardíaca	2.90	1.18	.58
10	Tinha dores de estômago	2.17	1.25	.64
6	Tinha aumento da frequência urinária	1.89	1.08	.54
8	Sentia aumento da tensão muscular	2.40	1.20	.59
3	Tinha perturbações do sono (dificuldade em adormecer, insónias...)	2.83	1.30	.61
1	Tinha dores de cabeça e/ou tonturas	2.43	1.15	.51
7	Sentia dificuldade em respirar	1.53	0.88	.55
31	Tinha náuseas e/ou diarreia	1.74	1.09	.57
9	Ficava com as mãos suadas e húmidas e/ou transpirava muito	2.68	1.28	.52
32	Ficava com a boca seca	1.95	1.14	.54
21	Perdia o apetite	2.05	1.21	.57

No factor 2 todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com a subescala. Os valores das correlações oscilaram entre .51 e .64 com uma média de .58. O factor 2 obteve uma média de 26.36 (DP=9.00) e um alfa de Cronbach de .88.

Tabela 20. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 3 - Sintomas comportamentais do stress - da ESS

Item	Descrição	Média	DP	r
24	Aumentava o consumo de álcool	1.25	0.72	.56
29	Fumava mais	1.48	1.05	.41
23	Tomava medicamentos para dormir e/ou para me acalmar	1.42	0.93	.46
27	Tinha diminuição do interesse sexual	1.55	0.98	.52
26	Pensava em mudar de profissão	1.53	0.97	.44
5	Ficava com irritações na pele	1.52	0.94	.38
22	Comia em excesso	1.73	1.06	.37

O terceiro factor obteve uma média de 10.47 (DP=4.13) e um alfa de Cronbach de .73. As correlações dos itens com o factor foram todas estatisticamente significativas variando as mesmas entre .37 e .56 com uma média de .45.

De seguida apresentamos, na Tabela 21, os valores da correlação entre os factores da ESS.

Tabela 21. Correlações entre os três factores da ESS

Sintomas do stress	Cognitivo-emocionais	Físicas	Comportamentais	Total
Cognitivo-emocionais	1			
Físicos	.743**	1		
Comportamentais	.588**	.549**	1	
Total	.951**	.893**	.713**	1

** Correlação significativa para .01 (bicaudal)

Existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os vários factores sendo que o aumento numa das subescalas se encontra associado a um aumento nas restantes. A matriz de correlações entre os vários factores indica uma correlação moderada a alta entre si, indicando desta forma que são sensíveis a aspectos diferentes do mesmo constructo.

Na Tabela 22, apresentamos as médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da ESS.

Tabela 22. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da ESS (35 itens)

Item	Descrição	Média	DP	r
1	Tinha dores de cabeça e/ou tonturas	2.43	1.15	.49
2	Sentia aumento da frequência cardíaca	2.90	1.18	.53
3	Tinha perturbações do sono (dificuldade em adormecer, insónias...)	2.83	1.30	.60
4	Ficava com uma respiração ofegante	1.80	1.02	.59
5	Ficava com irritações na pele	1.52	0.94	.42
6	Tinha aumento da frequência urinária	1.89	1.08	.50
7	Sentia dificuldade em respirar	1.53	0.88	.53
8	Sentia aumento da tensão muscular	2.40	1.20	.58
9	Ficava com as mãos suadas e húmidas e/ou transpirava muito	2.68	1.28	.50
10	Tinha dores de estômago	2.17	1.25	.60
11	Tinha perturbações da memória / esquecimento	2.39	1.21	.65
12	Tinha dificuldades de concentração	2.61	1.22	.69
13	Tinha pensamentos irracionais e negativos	2.17	1.24	.69
14	Ficava com humor deprimido / triste	2.55	1.25	.71
15	Ficava hipersensível às críticas	2.41	1.26	.71
16	Irritava-me com facilidade	2.33	1.22	.68
17	Tinha dificuldades na tomada de decisões	2.33	1.07	.67
18	Sentia uma ansiedade difusa e disfuncional	2.43	1.20	.71
19	Sentia uma grande apatia	1.89	1.07	.71
20	Chorava com facilidade	1.94	1.21	.68
21	Perdia o apetite	2.05	1.21	.58
22	Comia em excesso	1.73	1.06	.40
23	Tomava medicamentos para dormir e/ou para me acalmar	1.42	0.93	.44
24	Aumentava o consumo de álcool	1.25	0.72	.31
25	Isolava-me	1.67	1.04	.63
26	Pensava em mudar de profissão	1.53	0.97	.49
27	Tinha diminuição do interesse sexual	1.55	0.98	.52
29	Fumava mais	1.48	1.05	.27
30	Tinha diminuição do interesse, eficiência e rendimento profissionais	1.87	1.04	.67
31	Tinha náuseas e/ou diarreia	1.74	1.09	.55
32	Ficava com a boca seca	1.95	1.14	.54
34	Perdia a confiança em mim próprio	2.21	1.18	.71
35	Tudo requeria muito esforço	2.08	1.14	.70
36	Tinha dificuldades em me relacionar com os outros	1.73	1.01	.66
37	Sentia que não conseguia ultrapassar as dificuldades	2.08	1.13	.70

A Escala de Sintomas de *Stress* total obteve um alfa de Cronbach de .95 e as correlações corrigidas oscilaram entre .27 e .71, com uma média de .53.

Na tabela 23 sistematizam-se as propriedades psicométricas da ESS.

Tabela 23. Síntese das propriedades psicométricas da ESS

Factor	Nº de itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	alfa
Sintomas Cognitivo-Emocionais	16	16-80	16-78	34.69	13.85	.95
Sintomas Físicos	12	12-60	12-60	26.36	9.00	.88
Sintomas comportamentais	7	7-35	7-29	10.47	4.13	.73
Total	35	35-175	35-152	71.51	24.15	.95

6.4. Questionário de Estratégias de Coping

Com a finalidade de conhecer as estratégias de *coping* que os estudantes utilizam para lidarem com as situações indutoras de *stress* utilizou-se o Questionário de Estratégias de Coping (QEC), com base na versão adaptada por Pais-Ribeiro e Santos (2001) a partir do *Ways of Coping Questionnaire* (Folkman & Lazarus, 1988). Este instrumento tem como objectivo identificar pensamentos e acções a que os sujeitos recorrem para lidarem com acontecimentos geradores de *stress*, tendo subjacente a teoria transaccional do *stress*. O uso deste questionário permanece generalizado dado a sua fácil administração e análise, a sua aplicabilidade a uma diversidade de situações (traumáticas, pessoais e relacionadas com o trabalho) e a sua útil taxonomia do *coping* centrado nas emoções e centrado no problema (Brough, O’Driscoll & Kalliath, 2005; Chang *et al.*, 2007; Lequerica *et al.*, 2008)

O QEC é um questionário de auto-preenchimento composto por 48 questões. A escala original (Folkman & Lazarus, 1988) inclui 50 itens que se distribuem por oito dimensões, nomeadamente: *coping* confrontativo com 6 itens; *coping* de auto-controlo com 7 itens; procura de suporte social com 6 itens; assumir a responsabilidade com 4 itens na versão original e 3 na versão portuguesa utilizada; resolução planeada do problema com 6 itens; distanciamento com 6 itens na versão original e 5 na portuguesa; fuga-evitamento com 8 itens na versão original e 7 na utilizada neste estudo; reavaliação positiva com 7 itens. Estas oito dimensões podem agrupar-se em *coping* focado nas emoções e *coping* focado nos problemas.

Os itens do questionário foram concebidos para serem respondidos relativamente a um acontecimento de *stress* específico. Neste sentido, previamente à resposta a este questionário, solicitou-se aos estudantes que referissem a situação mais indutora de

stress que tinham vivenciado no último ECE e que descrevessem o que fizeram para lidar com a mesma. Estas questões tiveram como principais objectivos, por um lado, identificar a situação percebida pelos estudantes como mais indutora de *stress* em ECE e os esforços que empreenderam para lidarem com a mesma. Por outro lado, pretendeu-se ajudar o estudante a reconstruir o acontecimento stressante focado. A preocupação em assegurar que a resposta dada pelo estudante se referia a um acontecimento específico e não a uma condição generalizada esteve igualmente presente na formulação das instruções de preenchimento do questionário: “Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior *stress* que experienciou no último ensino clínico de enfermagem. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada/o pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma. A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de *stress*. Pensando na forma como lidou com a situação de *stress* que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala: 0 - Nunca usei; 1 - Usei de alguma forma; 2 - Usei algumas vezes; 3 - Usei muitas vezes”.

As respostas a cada um dos itens são somadas de modo a obter um score em cada uma dimensão, com pontuações mais elevadas indicando um uso mais frequente de determinada estratégia de *coping*.

6.4.1. Análise Psicométrica do Questionário de Estratégias de *Coping*

Em virtude de diferentes estudos de validação do QEC apresentarem estruturas e composições ligeiramente diferentes (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), e, à semelhança do efectuado para as escalas construídas, optou-se pela realização de uma análise factorial com rotação *varimax* e pela avaliação do índice de consistência interna, através do alfa de Cronbach.

Começou-se por tentar encontrar a estrutura de oito factores com que os autores trabalharam. Pais-Ribeiro e Santos (2001) não recorreram ao estudo da dimensionalidade porque o tamanho da sua amostra não o permitia. No presente estudo a amostra é adequada à factorização optando-se por efectuar a mesma.

O indicador de adequação da amostra foi excelente (KMO=.949) e o valor do *Bartlett's Test of Sphericity* foi significativo [$\chi^2(1128)=24044.670$, $p=.000$], de modo que prosseguimos com a factorização (Tabela 24). O rácio número de sujeitos/número de itens foi aproximadamente 27, contribuindo para a estabilidade da solução factorial.

Tabela 24. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização do QEC

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.949
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(1128)=24044.670$, $p=.000$

Da análise da Tabela 25, verifica-se que oito factores obtiveram valores próprios superiores a 1, explicando 52.66% da variância total dos dados.

Tabela 25. Valores próprios e variância explicada dos factores do QEC - 8 factores

Factor	Valor próprio	% Variância explicada	% Variância acumulada
1	12.44	25.92	25.92
2	4.76	9.92	35.83
3	1.93	4.02	39.86
4	1.52	3.16	43.02
5	1.30	2.70	45.72
6	1.20	2.49	48.21
7	1.11	2.30	50.52
8	1.03	2.14	52.66

A ACP com rotação *Varimax* forçada a 8 factores não convergiu. Tentámos a rotação *Oblimin* que também não convergiu. O passo seguinte foi reduzir de oito para sete o número de factores para dessa forma obter alguma informação acerca da distribuição dos itens. As comunalidades oscilaram entre .33 e .68 com uma média de .51. No entanto, a distribuição dos itens pelos sete factores não se revelou interpretável. Foram ainda tentadas, sem sucesso, ACP forçadas a 3, 4, 5 e 6 factores, com rotações *Varimax* e *Oblimin*. Tendo em conta a conceptualização teórica que fundamentou a construção do instrumento original, os factores encontrados nestas análises não foram considerados pertinentes.

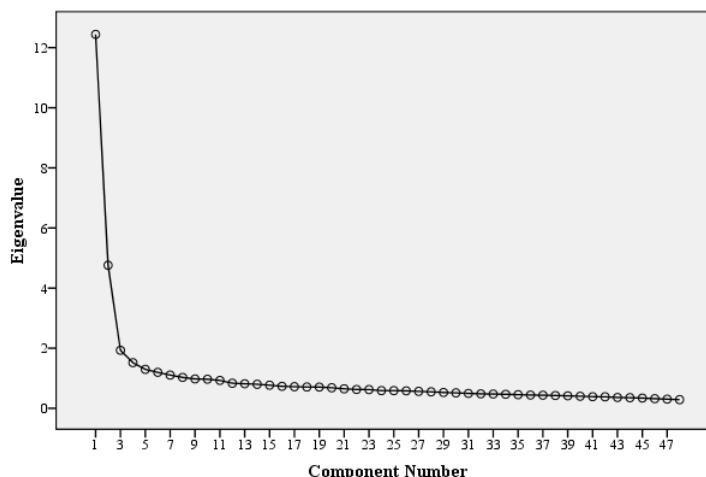


Gráfico 3. Scree Plot do QEC

Em virtude da análise do *scree plot* (Gráfico 3) permitir colocar a hipótese da existência de 2 factores, prosseguiram-se então os cálculos com uma ACP com rotação *Varimax* forçada a 2 factores. Dada a existência de alguns itens com saturações significativas em mais do que um factor foi tentada uma ACP com rotação *Oblimin*.

Tabela 26. Correlações entre as componentes do QEC

Factor	<i>Coping</i> centrado no problema	<i>Coping</i> centrado nas emoções
<i>Coping</i> centrado no problema	1.000	
<i>Coping</i> centrado nas emoções	.326	1.000

Na Tabela 26 apresentamos a matriz de correlação factorial (*factor correlation matrix*) que representa a correlação entre os factores extraídos, e que é importante para a decisão entre a rotação ortogonal e oblíqua. Neste caso verificamos uma correlação de aproximadamente .33 entre o 1º e o 2º factor, o que confirma a pertinência da opção pela rotação *oblmin*. Através deste tipo de rotação obtêm-se factores correlacionados, o que poderá parecer razoável na Psicologia face à percepção generalizada de que muitas das variáveis e dos factores subjacentes aos comportamentos se encontram mutuamente interdependentes. A distribuição dos itens revelou-se mais interpretável que a solução obtida com a rotação *Varimax*. Deste modo, optou-se pela ACP forçada a dois factores com rotação *Oblimin*.

As comunalidades oscilaram entre .14 e .53, com uma média de .36. Tendo em conta que o item 3 saturou de forma igualmente próxima nos dois factores, acabou por ser eliminado, uma vez que não se revelou discriminativo.

A distribuição dos itens pelos factores bem como as respectivas saturações factoriais e comunalidades encontram-se sistematizadas na Tabela 27.

Tabela 27. Distribuição dos itens pelos factores, saturações factoriais e comunalidades do QEC (2 factores ACP, rotação *oblimin* - 48 itens)

Item	Descrição	1	2	h2
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	.730	-.280	.48
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	.705	-.218	.44
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	.703	-.105	.46
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	.703	-.031	.48
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	.659	.089	.48
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	.649	.012	.43
47	Pensei para mim própria/o naquilo que iria dizer ou fazer	.626	.082	.43
18	Construí um plano de acção e segui-o	.624	-.041	.38
43	Mudei alguma coisa em mim própria/o	.621	.073	.42
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	.616	-.019	.37
19	Consegui mostrar o que sentia	.615	-.005	.38
27	Redescobri o que é importante na vida	.608	.124	.43
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	.604	.014	.37
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria/o	.595	-.085	.33
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	.586	-.059	.33
34	Falei com alguém sobre como me estava sentir	.583	-.014	.33
26	Encontrei nova esperança	.580	.141	.41
40	Prometi a mim própria/o que as coisas para a próxima seriam diferentes	.567	.168	.41
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	.565	-.083	.30
4	Falei com alguém para saber mais sobre a sua situação	.561	-.052	.30
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	.559	.129	.38
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado nas coisas	.543	.123	.35
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida/o em situações semelhantes	.513	.101	.31
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	.510	.137	.33
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	.503	-.002	.25
13	Eu estava inspirada/o em fazer algo criativo	.456	.119	.26
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	.446	.303	.38
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	.419	-.051	.16
15	Procurei ajuda de um profissional	.341	.069	.14
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	.337	.194	.19
24	Fiz algo muito arriscado	-.144	.744	.50

Item	Descrição	1	2	h2
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	-.041	.737	.53
7	Esperei que acontecesse um milagre	-.130	.703	.45
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	-.164	.696	.44
36	Passei o problema para os outros	-.049	.691	.46
29	Evitei estar com as pessoas em geral	-.066	.686	.45
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos...	-.105	.678	.42
14	Tentei esquecer tudo	.016	.560	.32
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	.157	.529	.36
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	.154	.523	.35
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	.170	.504	.34
9	Tentei guardar para mim própria/o o que estava a sentir	.031	.493	.25
46	Rezei	.174	.493	.33
44	Desejei que a situação desaparecesse ou de alguma forma terminasse	.229	.475	.35
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	.087	.444	.23
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	.244	.375	.26
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	.220	.372	.24
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	.289	.297	.23

A designação atribuída a cada factor procurou reflectir o conteúdo conceptual global dos itens que o compõem, bem como a taxonomia avançada pelos autores originais (Folkman & Lazarus, 1988).

O primeiro factor, aquele que melhor explica a variância dos resultados do QEC é saturado pelos itens referentes às estratégias de *coping* centradas no problema, tendo sido atribuída exactamente essa designação. Este factor apresenta um valor próprio de 12.44 e explica 25.92% da variância, sendo constituído por 30 itens.

O segundo factor é constituído por 17 itens que traduzem estratégias de *coping* centradas nas emoções, sendo designado como tal. Apresenta um valor próprio de 4.76, explicando 9.92% da variância.

Os dois factores no seu conjunto explicam 35.83% da variância dos resultados.

Nas tabelas 28, 29 e 30 apresentam-se as médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos factores e QEC total.

Tabela 28. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 – Coping Centrado no Problema – do QEC

Item	Descrição	Média	DP	r
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	1.99	0.93	.58
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	1.76	0.97	.58
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	1.74	0.91	.63
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	1.67	0.91	.65
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	1.47	0.89	.65
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	1.62	0.96	.61
47	Pensei para mim própria/o naquilo que iria dizer ou fazer	1.73	0.92	.61
18	Construí um plano de acção e segui-o	1.48	0.97	.57
43	Mudei alguma coisa em mim própria/o	1.58	0.92	.61
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	1.43	1.01	.58
19	Consegui mostrar o que sentia	1.52	0.91	.58
27	Redescobri o que é importante na vida	1.38	0.95	.62
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	1.65	0.96	.57
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria/o	2.04	0.92	.52
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	1.70	0.92	.53
34	Falei com alguém sobre como me estava sentir	1.62	0.98	.54
26	Encontrei nova esperança	1.28	0.91	.60
40	Prometi a mim própria/o que as coisas para a próxima seriam diferentes	1.64	0.97	.58
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	1.73	0.96	.50
4	Falei com alguém para saber mais sobre a sua situação	1.81	0.98	.50
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	1.44	0.93	.57
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado nas coisas	1.60	0.91	.55
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida/o em situações semelhantes	1.38	0.97	.52
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	1.58	1.03	.52
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	1.64	0.90	.47
13	Eu estava inspirada/o em fazer algo criativo	1.26	0.94	.47
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	1.26	1.01	.52
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	1.82	0.94	.35
15	Procurei ajuda de um profissional	1.14	1.11	.34
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	1.26	1.00	.38

No factor 1 - *Coping* Centrado no Problema - todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com a subescala. As correlações variaram entre .34 e .65 com uma média de .54. O factor 1 obteve uma média de 47.23 (DP=16.57) e um alfa de Cronbach de .93.

Tabela 29. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 – Coping Centrado nas Emoções – do QEC

Item	Descrição	Média	DP	r
24	Fiz algo muito arriscado	0.38	0.77	.58
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0.61	0.85	.64
7	Esperei que acontecesse um milagre	0.46	0.86	.56
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0.52	0.80	.55
36	Passei o problema para os outros	0.48	0.80	.58
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0.65	0.89	.58
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos...	0.50	0.86	.53
14	Tentei esquecer tudo	0.99	0.95	.51
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	1.11	0.92	.55
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	1.26	1.04	.54
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	1.03	0.90	.52
9	Tentei guardar para mim própria/o o que estava a sentir	1.12	0.99	.45
46	Rezei	0.96	1.04	.50
44	Desejei que a situação desaparecesse ou de alguma forma terminasse	1.38	1.02	.52
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0.82	0.88	.41
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	1.14	0.93	.42
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	1.00	0.89	.43

No factor 2 - *Coping* Centrado nas Emoções - todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com a subescala. Os valores da correlação oscilaram entre .41 e .64 com uma média de .52. O factor obteve uma média de 14.42 (DP=9.08) e um alfa de Cronbach de .88.

Tabela 30. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do QEC (47 itens)

Item	Descrição	Média	DP	r
1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	1.82	0.94	.32
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	1.00	0.89	.42
4	Falei com alguém para saber mais sobre a sua situação	1.81	0.98	.45
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria/o	2.04	0.92	.46
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	1.70	0.92	.47
7	Esperei que acontecesse um milagre	0.46	0.86	.33
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0.52	0.80	.30
9	Tentei guardar para mim própria/o o que estava a sentir	1.12	0.98	.34
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	1.64	0.90	.43
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0.82	0.88	.35
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	1.73	0.96	.44

13	Eu estava inspirada/o em fazer algo criativo	1.26	0.94	.47
14	Tentei esquecer tudo	0.99	0.95	.37
15	Procurei ajuda de um profissional	1.14	1.11	.33
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	1.99	0.93	.45
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	1.65	0.96	.53
18	Construí um plano de acção e segui-o	1.48	0.97	.51
19	Consegui mostrar o que sentia	1.52	0.90	.53
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	1.44	0.93	.57
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	1.76	0.97	.47
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	1.43	1.01	.52
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos...	0.50	0.86	.34
24	Fiz algo muito arriscado	0.38	0.77	.35
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	1.26	1.00	.41
26	Encontrei nova esperança	1.28	0.91	.59
27	Redescobri o que é importante na vida	1.38	0.94	.60
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	1.67	0.91	.59
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0.65	0.89	.38
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	1.14	0.93	.45
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	1.58	1.03	.53
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	1.11	0.92	.47
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	1.03	0.90	.47
34	Falei com alguém sobre como me estava sentir	1.62	0.97	.49
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	1.62	0.96	.57
36	Passei o problema para os outros	0.48	0.80	.39
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida/o em situações semelhantes	1.38	0.97	.50
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	1.74	0.91	.54
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0.61	0.85	.43
40	Prometi a mim própria/o que as coisas para a próxima seriam diferentes	1.64	0.97	.60
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	1.47	0.89	.63
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado nas coisas	1.60	0.91	.55
43	Mudei alguma coisa em mim própria/o	1.58	0.92	.58
44	Desejei que a situação desaparecesse ou de alguma forma terminasse	1.38	1.02	.50
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	1.26	1.04	.46
46	Rezei	0.96	1.04	.46
47	Pensei para mim própria/o naquilo que iria dizer ou fazer	1.73	0.92	.60
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	1.26	1.01	.58

Todos os itens do QEC obtiveram correlações positivas e estatisticamente significativas com a escala total, oscilando os valores da correlação entre .30 e .63, com uma média de .47. Para a escala total foi obtida uma média de 61.65 (DP=22.11) e um valor de alfa de Cronbach de .94.

A Tabela 31 sistematiza os valores da correlação entre as duas subescalas do QEC.

Tabela 31. Correlações entre as duas subescalas do QEC

	<i>Coping</i> centrado no problema	<i>Coping</i> centrado nas emoções	Total
<i>Coping</i> centrado no problema	1		
<i>Coping</i> centrado nas emoções	.438**	1	
Total	.929**	.739**	1

** Correlação significativa para .01 (bicaudal)

Existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as duas dimensões.

Na Tabela 32 sistematizam-se as características psicométricas do QEC.

Tabela 32. Propriedades psicométricas do QEC

Subescala	Nº de itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	alfa
<i>Coping</i> focado no problema	30	0-90	0-90	47.23	16.57	.93
<i>Coping</i> focado nas emoções	17	0-51	0-51	14.42	9.08	.88
QEC Total	47	0-141	0-141	61.65	22.11	.94

6.5. Escala de Satisfação com o Suporte Social

Com o objectivo de avaliar a satisfação dos estudantes com o seu suporte social utilizou-se a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro (1999).

Este instrumento tem como objectivo avaliar a satisfação com o suporte social percebido em adultos. Tratando-se de uma medida de percepção de suporte social, parte do pressuposto que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes. Esta escala tem por base a assunção de que as

medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível.

A ESSS é constituída por 15 afirmações, face às quais o indivíduo deve assinalar o seu grau de concordância com base numa escala tipo *Likert* com cinco posições de resposta: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A escala permite avaliar quatro factores ou dimensões: *Satisfação com amigos/amizades* (SA) – dimensão que mede a satisfação com as amizades/amigos e inclui 5 itens; o segundo factor designado *Intimidade* (IN), avalia a percepção da existência de suporte social íntimo, sendo constituído por 4 itens; o terceiro factor designado por *Satisfação com a família* (SF) mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui 3 itens; por fim, o último factor designado *Actividades sociais* (AS), avalia a satisfação com as actividades sociais que o indivíduo realiza, sendo constituído também por 3 itens.

A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens que a integram.

A escala permite ainda a obtenção de um resultado global (ESSS) resultante da soma da totalidade dos itens, podendo variar entre 15 e 75, correspondendo os valores mais altos a uma percepção de maior satisfação com o suporte social.

6.5.1. Análise psicométrica da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Para testar a dimensionalidade da ESSS na amostra em estudo, e à semelhança do descrito anteriormente relativamente às escalas já analisadas, efectuou-se uma Análise em Componentes Principais (ACP) forçada ao número de factores obtidos pelo autor (Pais-Ribeiro, 1999), ou seja, 4 factores.

Com o objectivo de aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a testar a validade da aplicação da análise factorial para as variáveis escolhidas, recorreu-se a dois procedimentos estatísticos: o *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de esfericidade de *Bartlett* (Tabela 33).

Tabela 33. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da ESSS

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.838
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(105)=8045.360, p=.000$

Na análise da Tabela 33 podemos observar que a medida de adequação da amostra à factorização, segundo o critério de Kaiser (1974), foi meritória (KMO=.838).

O *Bartlett's Test of Sphericity* foi significativo, pela análise do nível de significância que é inferior a .05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade [$\chi^2(105)=8045.360$, $p=.000$], evidenciando portanto que existe correlação entre as variáveis.

O número de sujeitos por item é cerca de 86, superando largamente o valor mínimo de 5 sujeitos por item (Bryman & Cramer, 2003), o que concorre para a estabilidade da solução factorial. Estes resultados vão no sentido da adequação do tamanho da amostra e da matriz e, por isso, permitem-nos prosseguir com os cálculos, garantindo a adequação do modelo factorial.

As comunalidades oscilaram entre .47 e .75, com uma média de .65.

Da análise da tabela 34, observamos que os quatro factores extraídos explicam no seu conjunto 65.24% da variância total dos dados. Porém o 4.º factor obteve um valor próprio inferior a 1, ainda que muito próximo.

Tabela 34. Valores próprios e variância explicada pelos factores da ESSS

Factor	Valor próprio	% da Variância explicada	% da Variância acumulada
1	5.05	33.67	33.67
2	2.20	14.66	48.33
3	1.63	10.86	59.19
4	0.91	6.05	65.24

Na distribuição dos itens pelos factores verificámos ter o factor satisfação com a família sido reproduzido, mas nos restantes, houve uma redistribuição dos itens que não se aproximava daquela que foi encontrada pelo autor. Ou seja, não se confirmou a estrutura conceptual de 4 factores apresentada pelo autor.

Sendo que alguns itens obtiveram saturações acima de .30 em mais do que 1 factor (itens: 15, 12, 9, 3, 2, 13, e 14), foi tentada uma rotação *oblimin*. A distribuição dos itens obtida com este procedimento não se afastou da que já tinha sido obtida na rotação *varimax*, havendo apenas a deslocação do item 3 do factor 3 para o factor 4.

Dada a não replicação da estrutura encontrada pelo autor e porque o factor quatro obteve um valor próprio inferior a um, foi efectuada nova ACP forçada a 3 factores com rotação *oblimin*, contudo não se verificando uma clarificação da estrutura factorial. Assim,

a solução factorial mais interpretável, a que mais se aproxima da interpretação pretendida para os factores, pareceu-nos ser a forçada a 4 factores com rotação *oblimin*.

Na Tabela 35 apresentamos a matriz de correlação factorial (*factor correlation matrix*) que representa a correlação entre os factores extraídos, e que é importante para a decisão entre a rotação ortogonal e oblíqua. Neste caso verificamos uma correlação de aproximadamente .25 entre o 1º e o 3º factor, idêntica correlação entre o 3º e o 4º factor e de -.29 entre o 2º e 4º factor, o que confirma a pertinência da opção pela rotação *oblimin*.

Tabela 35. Correlações entre componentes da ESSS

Factor	IN	AS	SF	SA
Intimidade (IN)	1.000			
Actividades Sociais (AS)	-.160	1.000		
Satisfação com a Família (SF)	.251	-.064	1.000	.
Satisfação com Amigos (SA)	.140	-.288	.250	1.000

Na Tabela 36 apresenta-se a distribuição dos itens pelos factores, saturações factoriais e comunalidades.

Tabela 36. Distribuição dos itens da ESSS pelos factores (ACP rotação *Oblimin* forçada a 4 factores)

	Item*	Descrição	F1 IN	F2 AS	F3 SF	F4 SA	h2
Intimidade	5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	.838	-.197	.166	.068	.71
	4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	.830	-.179	.104	.102	.70
	15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	.731	-.086	.479	.287	.65
	12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	.727	-.126	.562	.346	.71
Actividades Sociais	7	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	-.080	.765	-.183	-.443	.65
	6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	-.274	.719	-.056	-.040	.58
	8	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	.085	.668	-.164	-.259	.52
	1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	-.320	.633	-.060	-.308	.47
Satisfação com Família	11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	.319	-.168	.851	.229	.75
	10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	.031	-.144	.749	.341	.62
	9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	.528	-.122	.680	.007	.65
Satisfação com Amigos	2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	-.053	.516	-.052	-.776	.72
	13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	.227	-.125	.578	.745	.73
	14	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	.508	-.124	.589	.626	.71
	3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	-.416	.571	-.028	-.571	.62

* Itens ordenados pela magnitude da saturação factorial

A análise da Tabela 36 permite-nos concluir que a estrutura factorial da ESSS mantém uma distribuição igual à preconizada pelo autor apenas no que concerne ao factor 3 – Satisfação com a Família.

O item 3 deixa a subescala a que inicialmente pertencia (satisfação com amigos) para se associar aos itens que se referem à subescala actividades sociais.

O item 2 deixa a subescala a que inicialmente pertencia (actividades sociais) para se associar aos itens que se referem à subescala satisfação com amigos.

Os itens 1 e 6 deixam o factor intimidade para se associarem ao factor satisfação com as actividades sociais.

Os itens 12 e 15 deixam o factor a que inicialmente pertenciam (satisfação com amigos) para se associarem aos itens que se referem ao factor intimidade.

No entanto, todos os itens apresentam uma carga factorial elevada (superior a .50).

O factor 1 distribui entre os itens referentes à satisfação com amigos e intimidade. Porém, a análise e interpretação dos 4 itens que o compõem remete-nos para uma predominância da intimidade. Este factor apresenta um valor próprio de 5.05, explicando 33.67% de variância dos resultados.

O factor 2 distribui entre os itens referentes às actividades sociais e à intimidade. A análise dos 4 itens que o compõem remete-nos para a predominância da satisfação com as actividades sociais. Este factor apresenta um valor próprio de 2.20 e explica 14.66% da variância.

O factor 3 compreende 3 itens que nos remetem para a satisfação com a família. Este factor apresenta um valor próprio de 1.63 e explica 10.86% da variância dos resultados.

O quarto factor distribui entre 3 itens referentes à satisfação com amigos e um item referente à satisfação com actividades sociais. A análise dos mesmos remete para um predomínio da satisfação com amigos. O factor obteve um valor próprio de 0.91 e explica 6.05% da variância.

As Tabelas 37 a 41 revelam as estatísticas descritivas e as correlações corrigidas dos factores e da escala total da ESSS.

Tabela 37. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 1 – Intimidade - da ESSS

Item	Descrição	Média	DP	r
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	3.97	1.08	.68
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3.89	1.19	.65
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4.12	1.03	.63
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	3.94	1.08	.65

Todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com o factor 1 – Intimidade - que oscilaram entre .63 e .68, com uma média de .65. O factor obteve uma média de 15.91 (DP=3.56) e um alfa de Cronbach de .83.

Tabela 38. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 2 – Actividades Sociais - da ESSS

Item	Descrição	Média	DP	r
7	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	3.06	1.29	.59
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3.43	1.41	.44
8	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	2.80	1.29	.42
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3.56	1.34	.42

Todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com o factor 2 – Actividades Sociais - que variaram entre .42 e .59, com uma média de .47. Foi obtida uma média de 12.85 (DP=3.81) e obtido um alfa de Cronbach de .68.

Tabela 39. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 3 – Satisfação com a família – da ESSS

Item	Descrição	Média	DP	r
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3.67	1.14	.70
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3.21	1.25	.46
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4.09	1.12	.49

Todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com o factor 3 – Satisfação com a Família - com valores entre .46 e .70 e uma média de .55. O factor obteve uma média de 10.98 (DP=2.82) e um alfa de Cronbach de .72.

Tabela 40. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens do factor 4 – Satisfação com Amigos - da ESSS

Item	Descrição	Média	DP	r
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2.94	1.32	.52
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3.19	1.19	.54
14	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3.59	1.11	.53
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3.57	1.19	.47

Todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com o factor 4 – Satisfação com Amigos - com um mínimo de .47 e um máximo de .54, com uma média de .52. O factor obteve uma média de 13.29 (DP=3.56) e um alfa de Cronbach de .72.

Importa referir que em virtude de alguns itens estarem formulados no sentido negativo foi necessário proceder à sua inversão, procedimento que é essencial para poder ser feito o cálculo da consistência interna e homogeneidade dos itens. Foram recodificados os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, dado que a escala é interpretada no sentido da satisfação com o suporte social. Ou seja, uma maior pontuação corresponde a uma percepção de maior satisfação com o suporte social.

Tabela 41. Médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da ESSS

Item	Descrição	Média	DP	r
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3.56	1.34	.44
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	2.94	1.32	.43
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3.57	1.19	.55
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3.89	1.19	.44
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	3.97	1.08	.47
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3.43	1.41	.37
7	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	3.06	1.29	.49
8	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	2.80	1.29	.30
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4.09	1.12	.46
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3.21	1.25	.39
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3.67	1.14	.53
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	3.94	1.08	.62
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3.19	1.19	.54
14	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3.59	1.11	.63
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4.12	1.03	.56

Todos os itens obtiveram correlações significativas com a escala total, com um mínimo de .30 e um máximo de .63, com uma média de .48. Foi obtido um alfa de Cronbach para a escala total de .85, igual ao encontrado na validação original da ESSS, valores que traduzem uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999).

A média obtida na ESSS foi de 53.03 (DP=10.18).

A Tabela 42 sistematiza os valores da correlação entre as várias subescalas da ESSS.

Tabela 42. Correlações entre os vários factores da ESSS

ESSS	Intimidade	Actividades sociais	Satisfação com a família	Satisfação com amigos	Escala Total
Intimidade	1				
Actividades Sociais	.255**	1			
Satisfação com a família	.460**	.219**	1		
Satisfação com amigos	.461**	.521**	.456**	1	
Escala Total	.734**	.706**	.679**	.832**	1

** Correlação significativa para .01 (bicaudal)

Uma análise das inter-correlações entre os factores revelou que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os quatro factores da ESSS ($p < 0.01$), com valores de correlação oscilando entre .25 (Actividades sociais e intimidade) e .52 (satisfação com amigos e actividades sociais), sendo que as correlações mais fortes se situam entre subescalas cujos conteúdos se relacionam entre si. A existência de correlações moderadas e positivas entre todas as subescalas da ESSS, com valores de significância elevados ($p < 0.01$), reforça a validade interna da escala e revela uma boa relação entre as diferentes dimensões sendo, desta forma, validado o constructo teórico subjacente.

Na tabela 43, sistematizam-se as propriedades psicométricas da ESSS.

Tabela 43. Propriedades psicométricas da ESSS

Factor	Nº de itens	Amplitude teórica	Amplitude observada	Média	DP	alfa
Intimidade	4	4-20	4-20	15.91	3.56	.83
Actividades Sociais	4	4-20	4-20	12.85	3.81	.68
Satisfação com Família	3	3-15	3-15	10.98	2.82	.72
Satisfação com Amigos	4	4-20	4-20	13.29	3.56	.72
ESSS	15	15-75	16-75	53.03	10.18	.85

6.6. Escalas de Auto-estima e de Optimismo-Pessimismo

De modo a avaliar a auto-estima e o optimismo-pessimismo dos estudantes utilizámos uma versão traduzida e adaptada das seguintes escalas: *The Mehrabian Self-Esteem Scale (MSE)* and *Optimism-Pessimism Scale (MOP)* (Mehrabian, 1998).

The Mehrabian Self-Esteem (MSE) é uma medida unidimensional e de auto-resposta referente à auto-estima. Esta escala, constituída por 11 itens, é usualmente administrada em conjunto com a *Mehrabian Optimism-Pessimism Scale* (MOP) constituída por 8 itens. Tal prende-se com o facto das escalas estarem fortemente relacionadas, embora avaliem aspectos da personalidade distintos (Mehrabian, 1998). Ambas as escalas têm um formato de resposta tipo *Likert* de 9 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, segundo a qual os participantes terão de referir o seu grau de acordo ou desacordo face a cada um dos itens. O tempo estimado de resposta a estas duas escalas é aproximadamente de 5 minutos.

Os 11 itens que compõem a Escala de Auto-Estima estão dispostos de forma balanceada para evitar as respostas enviesadas. Neste sentido, 6 dos itens que a compõem estão formulados positivamente e os restantes 5 itens de forma negativa. O alfa de Cronbach obtido foi de .86.

Os 8 itens que compõem a Escala de Optimismo-Pessimismo estão também distribuídos de forma balanceada de forma a minimizar o efeito das respostas enviesadas, estando 4 itens formulados positivamente e os restantes 4 expressos na forma negativa. O alfa de Cronbach obtido foi de .86. Na análise de dados, os valores dos itens formulados de forma negativa deverão ser invertidos, para que quanto maior for a pontuação global do teste, maior seja o índice de optimismo.

Um dos objectivos do presente estudo foi traduzir e adaptar para língua portuguesa as referidas escalas. Todo este processo foi guiado pela preocupação em manter a equivalência linguística, conceptual e métrica entre as escalas originais e as escalas traduzidas.

De modo a garantir equivalência ao nível da tradução entre a versão inglesa e portuguesa das escalas, o processo da tradução e adaptação ao contexto português teve várias etapas. A primeira consistiu na tradução dos itens das escalas de auto-estima e optimismo-pessimismo para Português. Esta tradução foi realizada independentemente por duas pessoas portuguesas com conhecimentos específicos da língua inglesa, sendo uma professora de Português-Inglês e a outra tradutora profissional, com experiência ao nível da tradução de questionários.

As duas traduções foram analisadas pelas investigadoras tendo em conta, por um lado, a equivalência lexical (ou do conteúdo) e gramatical e, por outro, a equivalência conceptual e cultural. Com o mesmo objectivo, ou seja, verificar a tradução efectuada, foi realizada uma tradução da versão portuguesa do questionário para inglês. Esta

retroversão foi feita por uma tradutora profissional (que desconhecia o original em inglês) cuja língua mãe é a Língua Inglesa e cuja língua de educação é a Língua Portuguesa. O objectivo primordial era assegurar que os itens correspondessem exactamente ao pretendido e definido na sua versão original.

Posteriormente, procedeu-se à comparação da versão original das escalas (elaborada em inglês) com a versão inglesa resultante da retroversão. Constatou-se que as versões obtidas eram muito semelhantes, o que constituiu indicação da validade de conteúdo dos instrumentos traduzidos, podendo considerar-se como adequada a versão portuguesa. Depois da tradução, as escalas ficaram com o mesmo número de itens da versão original.

Numa outra etapa, as escalas foram administradas a 31 membros da população alvo (*cognitive debriefing*) para identificar a adequação e compreensão dos seus itens, bem como a pertinência das questões, facilidade e tempo de preenchimento. Não se registaram quaisquer dificuldades ao nível da resposta às escalas propostas, tendo todos os estudantes referido boa compreensão e aceitação dos itens apresentados. O tempo médio de realização foi de 5 minutos.

6.6.1. Análise Psicométrica da Escala de Auto-Estima

De modo a testar a dimensionalidade da Escala de Auto-Estima, procedemos à realização do procedimento estatístico *Kaiser-Meyer-Olkin* e do teste de esfericidade de Bartlett.

A medida de adequação da amostra à factorização foi boa. O coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* obteve um valor de .897 e o *Bartlett's Test of Sphericity* foi significativo, com um valor de $\chi^2(55)=3736.790$, $p=.000$. Estes resultados, apresentados na Tabela 44, apontam no sentido da adequação da matriz, permitindo-nos prosseguir com a factorização.

As comunalidades variaram entre .13 e .58 apresentando um valor médio de .36.

Tabela 44. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de Auto-Estima

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.879
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(55)=3736.790, p=.000$

Da leitura da Tabela 45 verifica-se que três factores obtiveram valores próprios superiores a 1, explicando, no seu conjunto, 56.80% da variância total.

O primeiro factor obteve um valor próprio de 4.17, explicando 37.87% da variância. O segundo factor apresentou um valor próprio de 1.05, explicando 9.59% da variância. O terceiro factor com um valor próprio de 1.03 explicava 9.34% da variância dos resultados.

Tabela 45. Valores próprios e variância explicada dos factores da Escala de Auto-Estima

Factor	Valor próprio	% Variância explicada	% Variância acumulada
1	4.17	37.87	37.87
2	1.05	9.59	47.46
3	1.03	9.34	56.80

Ao analisar-se o *Scree Plot* (Gráfico 4) verifica-se ser plausível a hipótese de unidimensionalidade proposta pelo autor. Apesar da determinação da unidimensionalidade de uma escala não se guiar por critérios empíricos consensuais é possível considerar alguns indicadores. Partindo do pressuposto que a unidimensionalidade é uma questão de grau (Pasquali, 2003), analisam-se vários critérios (Cuesta, 1996), um dos quais tem a ver com a diferença de variância explicada entre o 1º e o 2º factor. No nosso estudo, o primeiro factor explica cerca de 4 vezes mais variância que o segundo factor, e este apenas mais 0.25% que o terceiro. Por outro lado, todos os itens saturaram acima de .36 (item 1) no primeiro factor (sem este item, a saturação mais baixa é .49). Neste sentido, a escala pode ser considerada unidimensional.

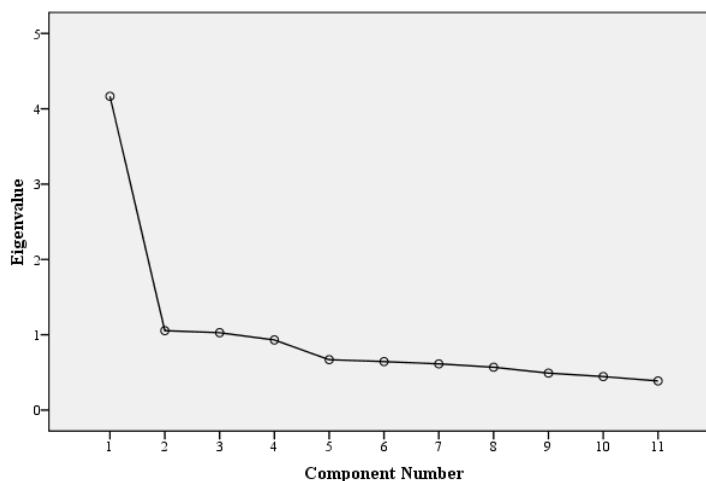


Gráfico 4. Scree Plot da escala de auto-estima

Na Tabela 46 sistematizam-se as saturações, comunalidades, medidas descritivas e correlações corrigidas dos itens da Escala de Auto-Estima.

Tabela 46. Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de Auto-Estima

Item	Descrição	Saturação	h2	Média	DP	r
1	Não sou tímido(a)	.360	.130	0.55	2.55	.25*
2	Os outros procuram a minha amizade	.492	.242	1.89	1.49	.33
3	Não gosto da minha aparência	-.633	.400	2.03	1.40	.44
4	Vou ter sucesso na vida	.550	.303	1.47	1.66	.40
5	Não sou inteligente	-.680	.462	2.41	1.39	.59
6	Quando decido fazer uma coisa difícil, consigo fazê-la	.591	.349	1.89	1.53	.45
7	Gostaria de ser uma pessoa completamente diferente	-.756	.571	2.41	1.55	.52
8	Falta-me confiança	-.622	.387	2.15	1.28	.29
9	Há muitas coisas que faço bem	.598	.357	2.51	1.33	.50
10	As pessoas evitam-me	-.620	.384	2.64	1.54	.51
11	Gosto de mim	.762	.581	2.41	1.67	.51

* Item excluído

Através da análise da Tabela 46, pode verificar-se que as correlações item-total corrigido variavam de .25 (item 1) a .59 (item 5), indicando que cada item está a medir parcialmente o mesmo constructo subjacente, apesar de não ser redundante com os demais itens, o que permite afirmar a homogeneidade dos itens constituintes da Escala de Auto-Estima. Relativamente à contribuição de cada item para o valor do alfa de Cronbach, verificou-se que a remoção do item 1 conduz ao aumento significativo do valor do coeficiente em causa referente à escala total. Assim, o item 1 foi excluído dado ter

obtido uma saturação inferior a .40 no factor encontrado (valor bastante inferior aos valores obtidos para os restantes itens), uma correlação corrigida com a escala de .25 (correlação baixa) e dado ser o único item cuja exclusão incrementa o alfa de Cronbach, mais concretamente de .76 para .78. Para além de se estar a aproximar o alfa de .80, ao aumentar a consistência interna aumenta-se o poder das provas inferenciais. Com a remoção do item 1 procurou-se contribuir para um aperfeiçoamento da Escala de Auto-Estima e para a melhoria das suas qualidades psicométricas e estruturais.

A escala obteve uma média de 21.82 (DP=8.67) e um alfa de Cronbach de .78.

6.6.2. Análise Psicométrica da Escala de Optimismo-Pessimismo

À semelhança do descrito anteriormente no que concerne à análise das propriedades psicométricas dos instrumentos de recolha de dados utilizados, de modo a prosseguir com a factorização testámos a adequação da matriz tendo-se constatado que o indicador de adequação da amostra foi adequado (KMO=.832) e o *Bartlett's Test of Sphericity* apresentou um valor significativo [$\chi^2(28)=3364.967$, $p=.000$], dados presentes na Tabela 47. Face a estes resultados prosseguimos com a realização da análise de componentes principais.

As comunalidades oscilaram entre .22 e .62 com uma média de .46.

Tabela 47. Indicadores de adequação da amostra e da matriz à factorização da Escala de Optimismo-Pessimismo

Indicadores	
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	.832
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	$\chi^2(28)=3364.967$, $p=.000$

Na Tabela 48 sistematizam-se os valores próprios e variância explicada dos três primeiros factores. Apenas um factor obteve o valor próprio superior a 1 (3.70), explicando 46.24% da variância total dos resultados. O segundo factor obteve um valor próprio de 0.95, explicando 11.86% da variância. O terceiro factor obteve um valor próprio de 0.87 explicando 10.86% dos resultados.

Tabela 48. Valores próprios e variância explicada dos factores da Escala de Optimismo-Pessimismo

Factor	Valor próprio	% Variância explicada	% Variância acumulada
1	3.70	46.24	46.24
2	0.95	11.86	58.10
3	0.87	10.86	68.96

Sendo que o autor defendeu a unidimensionalidade da escala, analisou-se essa hipótese, confirmada pelo *scree plot* (Gráfico 5).

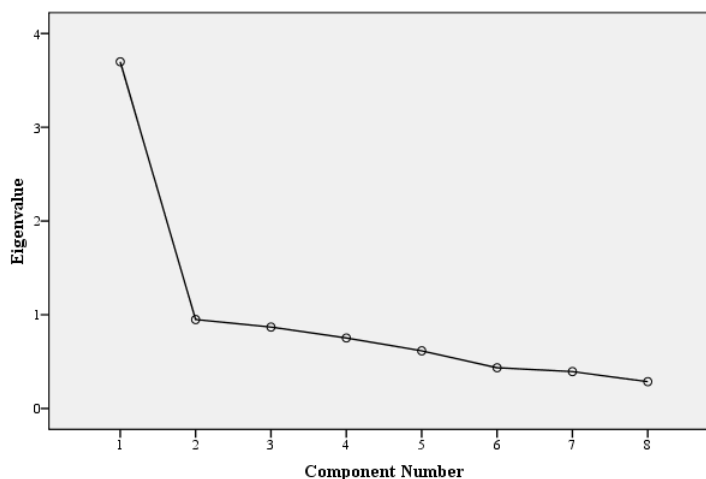


Gráfico 5. Scree Plot da Escala de Optimismo-Pessimismo

O 1º factor explica cerca de 4 vezes mais variância que o 2º factor, sendo a diferença entre o 2º e o 3º de 1%. Todos os itens da escala saturaram acima de .46 no primeiro factor (matriz não rodada). Pelo exposto, esta escala foi tratada como unidimensional.

Na Tabela 49 apresentam-se as saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de Optimismo-Pessimismo.

Tabela 49. Saturações factoriais, comunalidades, médias, desvios-padrão e correlações corrigidas dos itens da Escala de Optimismo-Pessimismo

Item	Descrição	Saturação	h2	Média	DP	r
1	Sou optimista em relação à minha carreira profissional	-.627	.393	1.43	2.01	.50
2	O azar persegue-me	.737	.543	1.46	2.35	.62
3	Geralmente vejo as coisas pela positiva	-.767	.589	1.48	2.05	.65
4	Evito as desilusões esperando sempre o pior	.581	.338	0.31	2.37	.46
5	Quando há a possibilidade de alguma coisa me correr mal, corre mesmo	.720	.518	0.65	2.05	.61
6	Acredito que há um benefício a tirar de cada contratempo	-.464	.215	2.07	1.64	.35
7	Por natureza sou mais optimista do que pessimista	-.784	.615	1.13	2.29	.67
8	O meu futuro parece-me sombrio	.699	.489	1.71	2.16	.58

Todos os itens obtiveram correlações corrigidas significativas com a escala, sendo que o valor das correlações oscilou entre .35 e .67, com uma média de .56.

A escala, constituída por oito itens, obteve uma média de 10.24 (DP=11.40) e um valor de alfa de Cronbach de .83.

7. Procedimentos

Após a apresentação dos instrumentos de recolha de dados apresentamos os procedimentos concretizados para a prossecução desta investigação.

Tendo em conta os aspectos éticos que presidem a qualquer investigação, após a selecção dos instrumentos de recolha de dados que julgámos adequados aos objectivos que nos propusemos, contactámos os respectivos autores no sentido de lhes solicitar autorização para a sua utilização. A autorização foi requerida via e-mail tendo a mesma obtido a anuência dos autores. No respeitante às escalas de Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo, o autor autorizou a sua adaptação à Língua Portuguesa, tendo enviado a versão original em Língua Inglesa, bem como o manual de cotação.

Face aos objectivos da investigação, operacionalizados com base na definição do problema e das hipóteses e variáveis que o delimitam, a fase seguinte envolveu a organização do processo de recolha de dados, tendo em vista a verificação das hipóteses.

Para proceder à recolha de dados importava, em primeiro lugar, seleccionar as escolas onde iríamos levar a cabo o nosso estudo. A decisão incidiu na Região Centro e, mais concretamente, nas Escolas Superiores de Saúde de Leiria, Aveiro, Castelo Branco, Guarda e Viseu e na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Esta última escola não foi posteriormente incluída no presente estudo em virtude do número reduzido de questionários preenchidos.

A etapa seguinte consistiu no pedido de autorização aos Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Saúde da Região Centro, para proceder à recolha de dados junto dos estudantes que concluiriam o ECE no ano em que se encontravam matriculados, ou seja, no final do ano lectivo de 2006/2007 (cf. Anexo 2).

Estabelecidos os contactos e obtido o consentimento dos Órgãos Directivos das Escolas solicitámos a colaboração dos estudantes no estudo, clarificando o seu âmbito, natureza e objectivos. Os estudantes foram ainda informados acerca do carácter anónimo e confidencial dos dados, bem como da sua participação voluntária.

O protocolo de investigação foi administrado de forma colectiva pelos responsáveis pelos ensinamentos clínicos, na respectiva reunião de avaliação, ou seja, após o término dos ECE, decorrendo o processo de recolha de dados entre os meses de Junho e Julho de 2007. A aplicação do instrumento de recolha de dados demorou em média 30 minutos.

Depois da recolha de dados, os questionários foram cotados de acordo com as indicações dos respectivos autores. O passo seguinte consistiu no tratamento e análise dos mesmos. Os dados de cariz quantitativo foram objecto de tratamento estatístico e os de natureza qualitativa foram trabalhados com recurso à análise de conteúdo.

8. Análise dos dados

Os dados de cariz quantitativo foram analisados estatisticamente. Os cálculos foram efectuados com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 16.0.

Os procedimentos estatísticos utilizados foram escolhidos de acordo com os objectivos e hipóteses a testar. Com a finalidade de caracterizar as variáveis em estudo procedemos ao cálculo das medidas de tendência central e de dispersão.

Para verificar o efeito diferencial das variáveis sócio-demográficas e de caracterização do ECE em cada variável estudada (*stress*, sintomas do *stress*, *coping*, suporte social, optimismo-pessimismo e auto-estima), realizaram-se comparações de médias. Para avaliar o significado estatístico das diferenças entre as médias obtidas para cada variável utilizou-se a análise de variância (ANOVA).

A análise de Variância (ANOVA) permite testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de uma variável contínua nos níveis de uma variável nominal (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1995).

Para o teste de associação entre duas variáveis procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson de modo a encontrar um índice que possibilitasse determinar se – e em que grau – duas variáveis se encontram relacionadas (Poeschl, 2006).

A correlação de Pearson é uma prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo porém uma relação de causalidade. Esta prova pode ser usada quando as variáveis em estudo têm uma distribuição tendencialmente normal, ou no caso de amostras grandes ($n \approx 100$), fazendo apelo ao teorema do limite central, quando a relação entre as variáveis é basicamente linear e as duas variáveis são medidas numa escala contínua. Para verificar a linearidade entre as variáveis foi calculado o *eta-square* ou *correlation ratio*, de onde se conferiu a linearidade para todos os pares de variáveis em estudo (Howell, 1982).

Para o tratamento das respostas às questões abertas que conferiam aos estudantes a oportunidade de descreverem e expressarem experiências decorrentes do ECE foi utilizado o método da análise de conteúdo. Este consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações que recorre a procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2004). Neste sentido, a análise de conteúdo revela-se apropriada para a classificação da informação veiculada pelos indivíduos nas suas respostas, de modo a tornar a informação disponível significativa e válida (Bardin, 2004).

Constituindo-se um conjunto de instrumentos metodológicos, a análise de conteúdo pressupõe a elaboração de procedimentos que permitam assegurar a sua fidelidade e validade. Tendo por base esta preocupação, e uma vez delimitados os objectivos e definido o quadro teórico subjacente, numa primeira fase, na fase de pré-análise, procedemos à organização do material a ser submetido à análise, transcrevendo-se na íntegra todas as respostas dadas pelos participantes. Posteriormente, foi realizada

uma leitura flutuante com o objectivo de estabelecer contacto com o material a analisar e de nos apropriarmos do conteúdo das respostas, orientando-nos na sua análise posterior (Bardin, 2004).

Com base na interacção entre os elementos emergentes das narrativas e os temas identificados na literatura da especialidade, as leituras sistemáticas permitiram-nos estabelecer um plano de categorias e subcategorias (por constatarmos que as categorias eram, em alguns casos, demasiado abrangentes), bem como as respectivas frequências absolutas. Uma vez efectuada a classificação foi atribuído um código a cada categoria e subcategoria de modo a permitir o tratamento estatístico, a fim de se evidenciarem as informações obtidas, tornando-as significativas e válidas.

Todo este processo foi regido pela preocupação de obedecer a critérios de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objectividade e adequação (Poeschl, 2006). Procurou-se assegurar estas qualidades através de processos intrapessoais de categorização, afastamento e recategorização do material e codificação e discussão dos procedimentos com as orientadoras deste trabalho. Por conseguinte, os resultados obtidos através da análise de conteúdo foram alvo de análise e validação por um júri constituído por três juizes.

Para efectuarmos os cálculos da ANOVA devem ser cumpridas duas assumções: a normalidade e a heterocedasticidade. Dado o tamanho da amostra, as distribuições dos instrumentos de recolha de dados foram considerados como tendencialmente normais fazendo apelo ao teorema do limite central (Reis, Melo, Andrade & Calapez, 1996). Outra atenuante prende-se com o facto de não se terem detectado *outliers* considerando o limite de $\pm 3DP$ adequado a amostras grandes.

Foi testada também a homocedasticidade com o teste de Levene. Para testar a homogeneidade das variâncias o teste de Levene é um dos mais potentes sendo um teste particularmente robusto a desvios da normalidade (Maroco, 2003). Nos casos em que se verificou heterocedasticidade, os resultados da ANOVA podem ter um grau variável de enviesamento e, por isso, foi incluído o resultado da prova estatística Brown-Forsythe, prova alternativa à ANOVA e robusta para a heterocedasticidade (Vallejo & Escudero, 2000).

Para os testes *post hoc* foi escolhido o *Sheffé test* quando existia homocedasticidade e a prova *Games-Howell* foi escolhida para as comparações *post hoc* por ser adequada a comparações não planeadas em caso de heterocedasticidade.

Nas diversas provas estatísticas utilizámos como padrão os seguintes níveis de significância (Streiner & Norman, 1989; Hill & Hill, 2000; Almeida & Freire, 2007): $p > 0.05$ (não significativo), $p \leq 0.05$ (significativo), $p \leq 0.01$ (muito significativo).

O capítulo seguinte incidirá na apresentação e análise dos resultados, sendo os mesmos discutidos no capítulo 5.

Capítulo IV - Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos no âmbito do estudo apresentado. Com o objectivo de facilitar a leitura e a compreensão dos resultados recorreremos à apresentação dos dados sob a forma de tabelas e gráficos.

1. Caracterização sócio-demográfica dos estudantes

Considerando os critérios de inclusão na amostra e o número de questionários respondidos, a amostra da presente investigação é constituída por 1283 estudantes distribuídos por 6 Escolas: 355 estudantes (27.7%) frequentavam a Escola Superior de Saúde de Leiria, 184 (14.3%) estudavam na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 128 (10%) eram estudantes da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, 379 (29.5%) frequentavam a Escola Superior de Saúde de Viseu e 237 (18.5%) a Escola Superior de Saúde da Guarda (Tabela 50).

Tabela 50. Distribuição da amostra pela Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde (ESS)	n	%
ESS de Leiria	355	27.7
ESS da Guarda	237	18.5
ESS Dr. Lopes Dias em Castelo Branco	128	10.0
ESS da Universidade de Aveiro	184	14.3
ESS de Viseu	379	29.5
Total	1283	100

Relativamente à opção do curso, e como se pode ver na Tabela 51, 1097 (85.6%) estudantes colocaram o curso de Enfermagem em 1.^a opção, 115 (9%) em 2.^a opção e 69 (5.4%) noutra opção. Dois estudantes foram omissos nesta informação.

Tabela 51. Distribuição da amostra pela opção do curso de Enfermagem

Opção	n	%
1. ^a opção	1097	85.6
2. ^a opção	115	9.00
Outra	69	5.4
Total*	1281	100

* Não responderam 2 participantes

Relativamente ao ano de frequência do curso de Enfermagem, verificou-se que 191 estudantes (14.9%) frequentavam o 1.^o ano, 369 eram estudantes do 2.^o ano (28.8%), 438 (34.1%) andavam no 3.^o ano e 285 (22.2%) encontravam-se no 4.^o ano. Na Tabela 52 apresenta-se a distribuição dos participantes por sexo e ano de frequência do curso.

Tabela 52. Distribuição da amostra por sexo e ano de frequência do curso

Ano	Masculino		Feminino		Amostra total	
	n	%	n	%	Não	%
1. ^o ano	43	3.35	148	11.54	191	14.89
2. ^o ano	59	4.60	310	24.16	369	28.76
3. ^o ano	88	6.86	350	27.28	438	34.14
4. ^o ano	49	3.82	236	18.39	285	22.21
Subtotal	239	18.63	1044	81.37	1283	100.00

Relativamente ao estatuto de trabalhador-estudante, a grande maioria dos participantes - 1196 (93.2%) encontrava-se só a estudar e 87 (6.8%) eram trabalhadores-estudantes (Tabela 53).

Tabela 53. Distribuição da amostra pelo estatuto de estudante

Estatuto	n	%
Estudante	1196	93.2
Trabalhador-Estudante	87	6.8
Total	1283	100

No que se refere à percepção do rendimento académico, 6 estudantes (0.5%) consideraram o seu rendimento escolar mau, 17 (1.3%) fraco, 506 (39.5%) avaliaram o

seu rendimento acadêmico como médio, 700 (54.6%) bom e 53 (4.1%) muito bom (Tabela 54).

Tabela 54. Distribuição da amostra pela percepção do rendimento acadêmico

Classificação do rendimento acadêmico	Mau		Fraco		Médio		Bom		Muito bom		M	DP
	n	%	Não	%	n	%	n	%	n	%		
	6	0.5	17	1.3	506	39.5	700	54.6	53	4.1	3.61	0.61
Total*	1282											

* Não respondeu 1 participante

Quanto ao estatuto de mobilidade, mais de metade dos estudantes da nossa amostra encontravam-se deslocados da sua residência original, como se pode verificar na Tabela 55. Para 788 estudantes (61.4%), o ingresso no ensino superior implicou a mudança do local de residência. Destes 788 estudantes, 154 (19.5%) foram residir para uma residência universitária, 32 (4.1%) ficaram numa casa/apartamento sozinhos, 567 (72%) foram morar para uma casa/apartamento com outros estudantes e 35 (4.4%) foram viver para uma casa/apartamento com familiares ou outras pessoas.

Por sua vez, a realização do ECE implicou a mudança de residência para 471 (36.7%) estudantes (Tabela 55).

Tabela 55. Distribuição da amostra pela mudança de residência

	n	%
Mudança de residência aquando do ingresso no curso		
Não	495	38.6
Sim	788	61.4
Total	1283	100
Novo local de residência		
Residência universitária	154	19.5
Casa / apartamento sozinho	32	4.1
Casa / apartamento com outros estudantes	567	72.0
Casa / apartamento com familiares ou outras pessoas	35	4.4
Total	788	100
Mudança de residência aquando do último ECE		
Não	812	63.3
Sim	471	36.7
Total	1283	100

Relativamente ao desempenho de funções académicas no contexto escolar, dados sistematizados na Tabela 56, 82 participantes (6.4%) eram membros da Associação de Estudantes, 90 (7%) integravam grupos académicos, 36 (2.8%) eram delegados de ano/curso e 27 (2.1%) eram representantes dos estudantes nos Órgãos de Gestão da Escola.

Tabela 56. Distribuição da amostra pelo desempenho de funções académicas

Funções académicas	n	%
Membro da Associação de Estudantes	82	6.4
Membro de Grupos Académicos	90	7.0
Delegado Ano/Curso	36	2.8
Representante dos estudantes	27	2.1

Relativamente ao envolvimento dos participantes em actividades extra-académicas e de acordo com os dados da Tabela 57, verifica-se que 176 (13.7%) participavam em actividades de carácter religioso, 168 (13.1%) em actividades recreativas, 251 (19.6%) em actividades desportivas, 150 (11.7%) em actividades culturais, 25 (1.9%) em actividades políticas, 105 (8.2%) em actividades de solidariedade social e 30 (2.3%) em actividades em associações humanitárias.

Tabela 57. Distribuição da amostra pela participação em actividades extra-académicas

Actividades extra-académicas	n	%
Actividades Religiosas	176	13.7
Actividades Recreativas	168	13.1
Actividades Desportivas	251	19.6
Actividades Culturais	150	11.7
Actividades Políticas	25	1.9
Actividades de Solidariedade social	105	8.2
Actividades em Associações Humanitárias	30	2.3

A percepção do estado de saúde geral dos estudantes foi avaliada com recurso a um item num formato tipo *Likert* de cinco pontos, variando entre o 1 (fraco) e o 5 (excelente). Os estudantes avaliaram o seu estado de saúde em dois momentos distintos, antes do ECE e depois do término do mesmo.

Relativamente à percepção do estado de saúde antes do início do ECE, 9 (0.7%) estudantes consideraram o seu estado de saúde fraco, 119 (9.3%) razoável, 531 (41.4%) bom, 472 (36.8%) muito bom e 152 (11.8%) excelente.

No respeitante à percepção do estado de saúde após a realização do ECE, 52 (4%) estudantes avaliaram o seu estado de saúde como fraco, 274 (21.4%) razoável, 532 (41.5%) bom, 332 (25.9%) muito bom e 93 (7.2%) excelente.

Na Tabela 58 apresenta-se a percepção do estado de saúde dos estudantes antes do início do ECE e após o término do mesmo.

Tabela 58. Percepção do estado de saúde dos estudantes antes e após o ECE

Percepção do estado de saúde	Fraco		Razoável		Bom		Muito bom		Excelente		M	DP
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Antes do ECE	9	0.7	119	9.3	531	41.4	472	36.8	152	11.8	3.50	0.85
Após o ECE	52	4.0	274	21.4	532	41.5	332	25.9	93	7.2	3.11	0.96

Com o objectivo de verificarmos se o estado de saúde dos estudantes se modificou com a realização do ECE correlacionámos, com recurso ao r de Pearson, a percepção do estado de saúde antes e depois do ensino clínico. Obtivemos um valor de .69, o que indica uma clara tendência para a manutenção do estado de saúde. Corroborando estes resultados, da leitura da Tabela 59 constata-se que para a maioria dos estudantes (63%) não se registaram mudanças na percepção do seu estado de saúde antes e após a realização do ECE. No entanto, importa referir que 26.9% dos estudantes avaliaram o seu estado de saúde após o ECE de um modo menos favorável comparativamente com a avaliação efectuada antes do ECE.

Tabela 59. Diferença entre a percepção de saúde antes e depois do ECE

Percepção de Saúde	Diferença Depois-Antes	n	%
Substantivamente pior	-4.00	2	0.2
	-3.00	14	1.1
	-2.00	74	5.8
Um pouco pior	-1.00	345	26.9
Não houve mudança	0.00	808	63.0
Um pouco melhor	1.00	37	2.9
Substantivamente melhor	2.00	2	0.2
	3.00	1	0.1
Total		1283	100.0

2. Caracterização do Ensino Clínico de Enfermagem

No que concerne à caracterização do ECE realizado e de acordo com os dados sistematizados na Tabela 60, dos 1210 estudantes que responderam a esta questão, 392 (32.4%) realizaram o ECE Médico-Cirúrgico, 216 (17.9%) concluíram o ECE de Saúde Comunitária, 108 (8.9%) terminaram o ECE de Saúde Materna e Obstétrica, 84 (6.9%) o ECE de Saúde Mental e Psiquiátrica, 118 (9.8%) dos respondentes tinham terminado o ECE de Saúde Infantil e Pediátrica, 162 (13.4%) concluíram o ECE de Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados e 130 (10.7%) realizaram o ensino clínico de Integração à vida profissional (Tabela 60).

Tabela 60. Distribuição da amostra pelo último ECE realizado

Ensino clínico	n	%
Médico-Cirúrgico	392	32.4
Enfermagem de Saúde Comunitária	216	17.9
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	8.9
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	6.9
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	118	9.8
Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	13.4
Integração à vida profissional	130	10.7
Total*	1210	100

* Não responderam 73 participantes

No Anexo 3 apresenta-se a caracterização dos ECE que constam do plano de estudos do curso de Enfermagem das escolas envolvidas. Esta descrição incide no ano e semestre em que decorre o ECE, duração e objectivos do respectivo ECE caracterizado.

Relativamente à instituição onde decorreu o ECE, dos 1281 estudantes que responderam à questão, 866 (67.6%) realizaram-no em instituição hospitalar, 281 (21.9%) em Centros de Saúde, 49 (3.8%) em hospital e centro de saúde, 38 (3%) realizaram o ensino clínico em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e 47 (3.7%), em IPSS, centros de saúde e hospitais.

No que se refere ao Serviço onde foi realizado o ECE, dos 1102 respondentes, 189 (17.1%) realizaram o ECE no Departamento de cirurgia e especialidades cirúrgicas, 206 (18.7%) no departamento de medicina e especialidades médicas, 98 (8.9%) no departamento pediátrico, 119 (10.8%) no departamento da saúde da mulher, 86 (7.8%) na urgência / emergência e unidade de cuidados intensivos, 87 (7.9%) no departamento

de saúde mental, 233 (21.1%) dos estudantes realizaram o ECE em Cuidados de Saúde Primários, 36 (3.3%) em lar e 48 (4.4%) no departamento de medicina e de cirurgia.

Na Tabela 61 apresenta-se a distribuição da amostra pela instituição e serviço onde decorreu o último ECE.

Tabela 61. Distribuição da amostra pela instituição e serviço onde decorreu o último ECE

Instituição / Serviço do ECE	n	%
Instituição		
Hospital	866	67.6
Centro de Saúde	281	21.9
Hospital + Centro de Saúde	49	3.8
IPSS	38	3.0
IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	3.7
Total*	1281	100
Serviço		
Cirurgia e especialidades cirúrgicas	189	17.1
Medicina e Especialidades Médicas	206	18.7
Pediatria	98	8.9
Saúde da Mulher	119	10.8
Urgência / Emergência e Unidade de Cuidados Intensivos	86	7.8
Saúde Mental	87	7.9
Cuidados de Saúde Primários	233	21.1
Lar	36	3.3
Medicina + Cirurgia	48	4.4
Total**	1102	100

* Não responderam 2 participantes

** Não responderam 181 participantes

Relativamente ao local de realização do ECE, a maioria dos estudantes da nossa amostra realizou-o nos distritos onde estavam sedeadas as Escolas Superiores de Saúde. Assim, dos 1262 estudantes que responderam a esta questão, 266 (21.1%) realizaram o ECE no distrito de Leiria, 145 (11.5%), em Aveiro, 168 (13.3%) na Guarda, 314 (24.9%) em Viseu e 148 (11.7%) em Castelo Branco. 21 (1.7%) realizaram o ECE em Castelo Branco e Guarda, 21 (1.7%) em Aveiro e Coimbra. 43 (3.4%) estudantes realizaram o ECE em Coimbra, 23 (1.8%) em Lisboa, 41 (3.2%) no Porto, 43 (3.4%) em Santarém, 6 (0.5%) em Braga, 22 (1.7%) no Funchal e 1 estudante (0.1%) realizou o ensino clínico em Helsínquia (Tabela 62).

Tabela 62. Distribuição da amostra pelo distrito de realização do último ECE

Distrito	n	%
Leiria	266	21.1
Coimbra	43	3.4
Aveiro	145	11.5
Guarda	168	13.3
Viseu	314	24.9
Castelo Branco	148	11.7
Lisboa	23	1.8
Porto	41	3.2
Santarém	43	3.4
Castelo Branco e Guarda	21	1.7
Braga	6	0.5
Funchal	22	1.7
Aveiro e Coimbra	21	1.7
Helsínquia	1	0.1
Total*	1262	100

* Não responderam 21 participantes

Para 401 (31.3%), o último ECE, dos estudantes decorreu no 1.º semestre e para os restantes 882 (68.7%) estudantes foi realizado no 2.º semestre do curso (Tabela 63).

Tabela 63. Distribuição da amostra pelo semestre em que decorreu o último ECE

Semestre	n	%
1.º semestre	401	31.3
2.º semestre	882	68.7
Total	1283	100

Relativamente ao supervisor do ECE (Tabela 64), 230 estudantes (17.9%) tiveram como supervisor o docente da escola, 816 (63.6%) o enfermeiro do local do ECE e 237 (18.5%) tiveram como supervisor um enfermeiro contratado pela escola.

Tabela 64. Distribuição da amostra pelo supervisor no local do ECE

Supervisor do ECE	n	%
Docente da escola	230	17.9
Enfermeiro do local do ECE	816	63.6
Enfermeiro contratado pela escola	237	18.5
Total	1283	100

Quando solicitados para referirem se consideravam ou não que o ECE tivesse sido stressante, dos 1278 estudantes que responderam, 697 (54.5%) consideraram que o ECE foi stressante. Para os restantes 581 (45.5%) o mesmo não foi considerado como indutor de *stress* (Tabela 65).

Tabela 65. Distribuição da amostra pela percepção de *stress* em ECE

Considera o ECE stressante	n	%
Sim	697	54.5
Não	581	45.5
Total*	1278	100

* Não responderam 5 participantes

Procurou-se conhecer também a percepção dos estudantes acerca do nível de *stress* a que se sentiram expostos durante o ECE. Dos 1278 respondentes, 200 (15.7%) afirmaram não ter experienciado nenhum *stress*, 302 (23.6%) referiram ter sido expostos a pouco *stress*, 384 (30%) referiram um nível moderado de *stress*, 303 (23.7%) bastante *stress* e 89 (7%) estudantes consideraram que durante o último ECE foram expostos a muito *stress*.

Procurámos ainda obter informação relativa à percepção dos estudantes acerca da correspondência entre o ECE e as expectativas que sustentavam face ao mesmo. Assim, e de acordo com os dados apresentados na Tabela 66, dos 1271 estudantes que responderam a este item, 18 (1.4%) referiram não registarem nenhuma correspondência, 87 (6.8%) referiram existir pouca correspondência entre o ECE e as suas expectativas, 359 (28.3%) apontaram para uma correspondência moderada, 603 (47.4%) expressaram a percepção de bastante correspondência e 204 (16.1%) revelaram sentir muita correspondência entre o ECE e as suas expectativas face ao mesmo.

Tabela 66. Distribuição da amostra pelo *stress* experienciado em ECE e pela correspondência entre ECE e as expectativas

	Nenhum(a)		Pouco(a)		Moderado(a)		Bastante		Muito(a)		M	DP
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>Stress</i> durante o ECE	200	15.7	302	23.6	384	30.0	303	23.7	89	7.0	2.83	1.16
Correspondência entre ECE e as expectativas	18	1.4	87	6.8	359	28.3	603	47.4	204	16.1	3.70	0.87

No que se refere às pessoas a quem os estudantes recorreram quando algo correu mal em ECE, pode-se verificar na Tabela 67, da análise das 1136 respostas abertas identificámos três categorias: Figuras de apoio formal (n=674), Figuras de apoio informal (n=295) e Ninguém (n=167). A categoria mais referida foi a referente às Figuras de Apoio formal tendo-se identificado quatro subcategorias, sendo as mais referidas Enfermeiro orientador do ECE e Enfermeiro orientador e/ou docente responsável pelo ECE.

A categoria Figuras de apoio informal compreende três subcategorias sendo a mais referida os colegas, amigos e namorado (n=193).

Tabela 67. Distribuição das respostas à questão “Quando algo correu mal no ensino clínico a quem recorreu?”

Categorias	Subcategorias	Frequência	% Acordo	% Kappa
Figuras de apoio formal	Enfermeiro orientador do ECE	262	100	100
	Enfermeiro orientador e/ou docente responsável ECE	180	100	100
	Enfermeiro orientador e outros profissionais do serviço	121	100	100
	Docente responsável ECE	111	100	100
	Sub-total	674		
Figuras de apoio informal	Colegas, Amigos e Namorado	193	100	100
	Família	40	100	100
	Família e colegas, amigos e namorado	62	100	100
	Sub-Total	295		
Ninguém		167	100	100
	Total	1136		

* Não responderam 147 sujeitos

Relativamente às razões subjacentes à escolha da figura de apoio, da análise das 477 respostas obtidas, emergiram três categorias (Tabela 68): apoio formal (n=477), apoio informal (n=238) e ausência de figuras de apoio (n=139).

Relativamente ao apoio formal identificámos quatro subcategorias: apoio emocional, apoio instrumental, apoio informativo e apoio perceptivo. A subcategoria, apoio emocional, foi a mais significativa (n=226), seguindo-se a subcategoria referente ao apoio instrumental (n=169).

Relativamente ao apoio informal, identificámos cinco subcategorias sendo a mais significativa a procura de apoio emocional (n=196). Na categoria ausência de figuras de apoio identificámos duas subcategorias sendo a mais significativa o facto de nada ter corrido mal (n=132).

Tabela 68. Distribuição das respostas referentes à razão da escolha da figura de apoio formal e informal

Categorias	Subcategorias	Frequência	% Acordo	% Kappa
Apoio formal	Apoio Emocional	226	100	100
	Apoio Instrumental	169	97	95
	Apoio Informativo	77	94	90
	Apoio Perceptivo	5	100	100
	Sub-total	477		
Figuras de apoio informal	Apoio Emocional	196	100	100
	Apoio Instrumental	12	100	100
	Apoio Informativo	9	100	100
	Apoio Perceptivo	10	100	100
	Indisponibilidade do	11	100	100
	Apoio Formal			
Sub-Total	238			
Ninguém	Nada correu mal	132	100	100
	Indisponibilidade do	7	100	100
	Apoio Formal			
	Sub-Total	139		
	Total	854		

* Não responderam 429 sujeitos

Procedendo a uma análise global em termos do tipo de suporte social mais solicitado pelos estudantes verifica-se ser o suporte emocional aquele que é mais procurado (n=422) (Tabela 69).

Tabela 69. Distribuição da amostra pelo tipo de suporte solicitado

Tipo de suporte	n	%
Apoio emocional	422	49.4
Apoio instrumental	181	21.2
Nada correu mal	132	15.4
Apoio informativo	86	10.1
Apoio perceptivo	15	1.8
Falta de compreensão / indisponibilidade de figuras de apoio	18	2.1
Total*	854	100

* Não responderam 429 participantes

Da análise do conteúdo das 1043 respostas obtidas relativamente à situação mais indutora de *stress* que vivenciaram no último ECE, foram identificadas seis categorias, cujos dados se encontram sistematizados na Tabela 70. As categorias mais expressivas que emergiram do discurso dos participantes dizem respeito a situações relacionadas com a organização e desenvolvimento do ECE (n=238) e a avaliação (n=237), seguindo-se a categoria referente a situações que envolvem aspectos pessoais (n=200), situações

específicas de Enfermagem (n=196) e situações referentes a aspectos relacionais (n=88); foi ainda referida a inexistência de qualquer situação indutora de *stress* em ECE (n=84) (Tabela 70).

Tabela 70. Distribuição das respostas referentes à questão “Refira qual a situação mais indutora de *stress* que vivenciou no último ECE”

Categorias	Subcategorias	N	Acordo %	Kappa %
Organização e desenvolvimento do ECE	Trabalhos solicitados durante o ECE	187	97	96
	Orientação em ECE	30	90	80
	Planeamento do ECE	21	85	71
	Sub-total	238		
Avaliação	Momentos de avaliação	219	92	85
	Injustiça na avaliação	18	88	78
	Sub-total	237		
Aspectos Pessoais	Insegurança	74	82	65
	Integração	67	86	73
	Ter cometido um erro	23	84	74
	Falta de conhecimentos	19	84	68
	Cansaço/doença	11	90	82
	Envolvimento emocional	6	100	100
	Sub-total	200		
Situações Específicas de Enfermagem	Dor e sofrimento dos utentes	92	100	100
	Morte dos utentes	45	100	100
	Prestação de cuidados específicos	34	91	82
	Elevado nº de tarefas a desempenhar	25	80	60
	Sub-total	196		
Aspectos Relacionais	Relação com profissionais de saúde	43	95	91
	Relação com colegas do ECE	20	95	90
	Relação com enfermeiros do ECE	19	100	100
	Relação com docente do ECE	6	100	100
	Sub-total	88		
Ausência de situações de <i>stress</i>		84	100	100
Total*		1043		

*Não responderam 240 participantes

No que se refere às estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a situação indutora de *stress*, e tendo em conta os dados da Tabela 71, das 928 respostas dos participantes identificaram-se cinco categorias: resolução do problema (n=319), autocontrolo (n=197), procura de suporte social (n=194), evitamento (n=171) e reavaliação positiva (n=47). Na categoria de procura de suporte social identificámos três subcategorias, sendo a mais significativa a referente ao apoio emocional (n=99).

Tabela 71. Distribuição das respostas referentes à questão “Descreva o que fez para lidar com a mesma” (situação indutora de stress)

Categorias	Subcategorias	N	% Acordo	% Kappa
Resolução do problema		319	93	87
Auto-controlo		197	96	93
Procura de suporte social	Apoio emocional	99	100	100
	Apoio Instrumental	50	100	100
	Apoio Informativo	45	100	100
		194		
Evitamento		171	95	92
Reavaliação positiva		47	89	79
Total*		928		

* Não responderam 355 estudantes

Relativamente às propostas ou actividades que a escola poderia desenvolver de forma a ajudar os estudantes a lidarem com as situações de *stress*, da análise das 886 respostas emergiram cinco categorias: intervenção ao nível da organização e desenvolvimento do ECE (n=456), realização de workshops sobre o *stress* e estratégias de *coping* (n=199), desenvolvimento de actividades desportivas e recreativas (n=114), existência de apoio psicológico (n=84); alguns alunos referiram que a escola nada poderá fazer para ajudar os estudantes a lidarem com o *stress* (n=33) (Tabela 72). A categoria mais expressiva foi a referente à organização e desenvolvimento do ECE tendo-se identificado cinco subcategorias, sendo que a mais representativa remete para o acompanhamento dos docentes da escola no ECE (n=211), seguida da gestão dos trabalhos solicitados durante o ECE (n=77).

Tabela 72. Distribuição das respostas referentes à questão “Que propostas/actividades é que a escola poderia desenvolver para ajudar os estudantes a lidarem com o stress?”.

Categorias	Subcategorias	N	% Acordo	% Kappa
Organização e desenvolvimento do ECE	Mais acompanhamento do docente da escola no ECE	211	98	97
	Gestão dos trabalhos solicitados durante o ECE	77	97	95
	Dar formação aos enfermeiros orientadores do ECE	69	100	100
	Melhor Planeamento do ECE	67	100	100
	Existência de aulas práticas	32	84	68
	Sub-total	456		
Workshops sobre <i>stress</i> e estratégias de <i>coping</i>		199	98	97
Actividades desportivas e recreativas		114	100	100
Apoio Psicológico		84	100	100

Nada	33	100	100
Total*	886		

*Não responderam 397 participantes

Tendo em conta a globalidade das respostas às questões abertas analisadas, constatou-se uma média de acordo intercodificadores de 96%, oscilando os referidos valores entre o mínimo de 82% e um máximo de 100%. No respeitante ao valor do kappa, a percentagem de acordo variou entre os 60% e os 100%, com uma média de 86%.

3. Situações geradoras de *Stress* em ECE

A Escala de *Stress* em ECE avalia 5 tipos de situações geradoras de *stress*, integrando itens relacionados com a orientação em ECE, situações específicas da profissão de Enfermagem, avaliação, factores pessoais e, por último, situações que envolvem a gestão do tempo e do trabalho.

Cada factor apresenta uma pontuação contínua, resultante da soma dos itens que o constituem. Uma vez que os vários factores não apresentarem o mesmo número de itens e para que se possam estabelecer, mais facilmente, comparações dos resultados, optou-se pelo cálculo da média reduzida. Esta consiste na divisão da pontuação obtida pelo sujeito no factor pelo número de itens do mesmo. Por conseguinte, as pontuações para a Escala de *Stress* em ECE e seus factores variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 5, representando os valores mais altos uma percepção mais elevada de situações de *stress* em cada um dos domínios considerados.

Na Tabela 73 apresentam-se os dados relativos à distribuição das respostas dos participantes na Escala de *Stress* em ECE total e nas cinco dimensões que a compõem.

Relativamente às situações que são percebidas pelos estudantes como sendo geradoras de *stress* em ECE podemos constatar, com base na Tabela 73, que são as situações relacionadas com a avaliação (M=3.25; DP=0.88) que são percebidas como indutoras de maior *stress*, seguindo-se as relacionadas com os aspectos pessoais (M=3.18; DP=0.84) e as questões relacionadas com a gestão do tempo e do trabalho (M=3.15 DP=0.84). Os aspectos específicos da profissão de Enfermagem (M=2.81; DP=0.75) e os factores relacionados com a orientação em ECE (M=2.78; DP=0.84) são

percebidos como induzindo menos *stress*, quando comparados com os factores anteriores.

Tabela 73. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos das situações de *stress* em ECE

Escala/ Factor	Situações de <i>stress</i>	n	Média	DP	Mínimo	Máximo
1	Orientação em ECE	1283	2.78	0.84	1.00	4.79
2	Situações específicas de Enfermagem	1283	2.81	0.75	1.00	4.92
3	Avaliação	1283	3.25	0.88	1.00	5.00
4	Aspectos Pessoais	1283	3.18	0.84	1.00	5.00
5	Gestão do tempo e do trabalho	1283	3.15	0.84	1.00	5.00
Total	Escala Total	1283	2.98	0.70	1.00	4.45

As situações indutoras de *stress*, avaliadas com recurso à Escala de *Stress* em ECE, e respectivos valores médios encontram-se representadas no Gráfico 6.

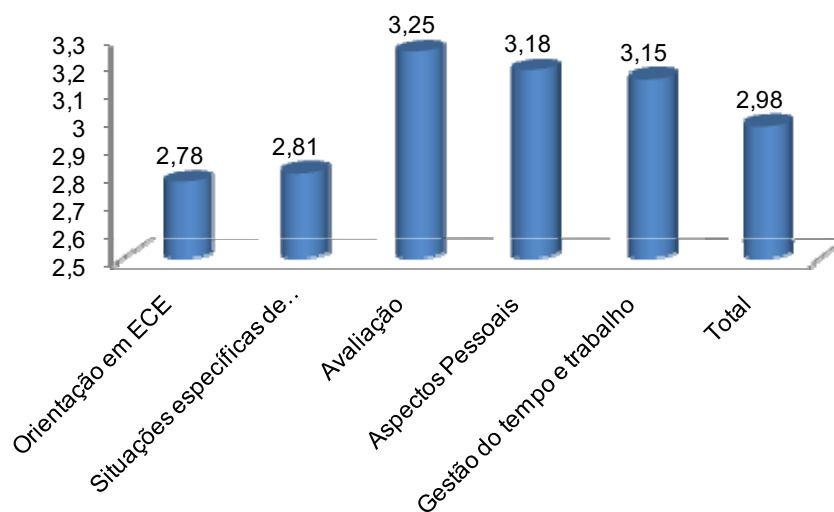


Gráfico 6. Representação dos valores médios obtidos nos cinco factores da Escala de *Stress* em ECE

Da análise da Tabela 74 podemos verificar que para cada um dos factores e para a Escala de *Stress* em ECE total, a maioria dos estudantes refere um nível moderado de percepção de situações indutoras de *stress* em ECE.

Tabela 74. Frequências absolutas e relativas do nível de percepção de situações de stress nos factores e escala total

Escala	Nível baixo		Nível médio		Nível alto	
	n	%	n	%	n	%
Orientação em ECE	380	29.62	534	41.62	369	28.76
Situações de Enfermagem	311	24.24	623	48.56	349	27.20
Avaliação	303	23.62	613	47.78	367	28.60
Aspectos pessoais	319	24.86	621	48.40	343	26.73
Gestão do tempo e do trabalho	331	25.80	559	43.57	393	30.63
Escala Total	301	23.46	642	50.04	340	26.50

Segundo o enunciado na Hipótese1, procurámos verificar se o sexo, o ano de frequência do curso e a opção no mesmo exerceriam um efeito diferencial na percepção de situações de stress em ECE. Para tal recorremos à análise de variância (ANOVA).

Da análise da Tabela 75, podemos verificar que, tanto em cada um dos factores, como na escala total, os estudantes do sexo feminino evidenciaram níveis médios de percepção de factores de stress significativamente superiores aos seus colegas rapazes.

Tabela 75. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA e teste de Levene das situações de stress em ECE em função do sexo

Escala	Sexo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Orientação em ECE	Masculino	239	2.55	0.82	1.00	4.71	0.348	.556	21.041	.000
	Feminino	1044	2.83	0.84	1.00	4.79				
	Total	1283	2.78	0.84	1.00	4.79				
Situações específicas de Enfermagem	Masculino	239	2.53	0.76	1.00	4.67	0.779	.378	42.171	.000
	Feminino	1044	2.88	0.73	1.00	4.92				
	Total	1283	2.81	0.75	1.00	4.92				
Avaliação	Masculino	239	2.96	0.91	1.00	4.78	1.535	.216	32.317	.000
	Feminino	1044	3.31	0.86	1.00	5.00				
	Total	1283	3.25	0.88	1.00	5.00				
Aspectos Pessoais	Masculino	239	2.85	0.85	1.00	5.00	0.380	.538	47.952	.000
	Feminino	1044	3.26	0.82	1.00	5.00				
	Total	1283	3.18	0.84	1.00	5.00				
Gestão do tempo e do trabalho	Masculino	239	2.88	0.86	1.00	5.00	0.883	.347	33.017	.000
	Feminino	1044	3.22	0.82	1.00	5.00				
	Total	1283	3.15	0.84	1.00	5.00				
Total	Masculino	239	2.71	0.72	1.00	4.35	1.822	.177	46.275	.000
	Feminino	1044	3.05	0.68	1.04	4.45				
	Total	1283	2.98	0.70	1.00	4.45				

No que se refere à existência de diferenças na percepção de situações de *stress* em função do ano de frequência do curso e de acordo com os dados da Tabela 76, constatou-se que tanto para cada um dos factores como para a escala total foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes dos diferentes anos do curso.

Relativamente às situações relacionadas com a “orientação em ECE”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas associadas ao ano de frequência do curso [F(3, 1054.030)=19.459, p=.000]. Os estudantes do 2.º ano (M=2.92; DP=0.77), do 3.º ano (M=2.84; DP=0.85) e do 4.º ano (M=2.76; DP=0.86) percebem mais situações de *stress* que os estudantes do 1.º ano (M=2.37; DP=0.84), sendo que os estudantes do 2.º ano apresentam médias mais elevadas de percepção de situações de *stress*.

No respeitante às “situações específicas de Enfermagem” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os anos de curso. Os estudantes do 2.º ano, continuam a apresentar associado ao ano de frequência do curso [F(3, 968.511)=7.389, p=.000] uma percepção significativamente mais elevada de situações de *stress* (M=2.97; DP=0.67), do que os seus colegas do 3.º (M=2.72; DP=0.74) e do 4.º ano (M=2.77; DP=0.79).

Analisando as situações relacionadas com a “avaliação” verificam-se também diferenças estatisticamente significativas associadas ao ano de frequência do curso [F(3, 976.766)=25.085, p=.000]. Os estudantes do 2.º ano (M=3.50; DP=0.75), 3.º ano (M=3.26; DP=0.87) e 4.º anos (M=3.18; DP=0.92) apresentaram uma percepção mais elevada de situações de *stress* do que os do 1.º ano (M=2.84; DP=0.93). Por sua vez, os estudantes do 2.º ano apresentaram uma percepção de situações de *stress* relacionadas com a avaliação maior do que os colegas dos restantes anos.

Relativamente às situações indutoras de *stress* relacionadas com “aspectos pessoais” também se verificaram diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o ano que os estudantes frequentavam [F(3, 1028.536)=22.525, p=.000]. Os estudantes do 2.º ano (M=3.48; DP=0.70) evidenciaram médias mais elevadas na percepção de situações de *stress* do que os seus colegas do 1.º (M=3.08; DP=0.84), 3.º (M=3.10; DP=.86) e 4.º anos (M=3.00; DP=0.87).

Tendo em conta o factor “gestão do tempo e do trabalho”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes dos quatro anos do curso [F(3, 963.633)=32.868, p=.000]. Os estudantes dos 2.º (M=3.35; DP=0.73), 3.º (M=3.15;

DP=0.81) e 4.º anos (M=3.24; DP=0.82) apresentaram uma percepção mais elevada de situações de *stress* que os seus colegas do 1.º (M=2.64; DP=0.89). Por sua vez, os estudantes do 2.º ano apresentaram uma percepção mais elevada de situações de *stress* do que os do 3.º ano.

No respeitante à escala total, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos factores de *stress* percebidos em função do ano de frequência do curso [F(3, 952.818)=20.435, p=.000]. Os estudantes do 2.º ano (M=3.18; DP=0.57), do 3.º ano (M=2.97; DP=0.70) e do 4.º ano (M=2.94; DP=0.74) evidenciaram uma percepção maior de situações indutoras de *stress* do que os seus colegas do 1.º ano (M=2.70; DP=0.75). De um modo geral, foram os estudantes do 2.º ano os que apresentaram uma percepção maior de situações de *stress* comparativamente com os colegas dos restantes anos.

Tabela 76. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e teste post-hoc das situações de *stress* em ECE em função do ano de frequência do curso

Situações de <i>stress</i>	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA			
						Levene	p	F	p	Post hoc ^{a)}	
Orientação em ECE	1.º ano	191	2.37	0.84	1.00	4.79	3.155	.024	19.626	.000	2ºA, 3ºA, 4ºA >1ºA; p=.000
	2.º ano	369	2.92	0.77	1.00	4.64					
	3.º ano	438	2.84	0.85	1.00	4.71					
	4.º ano	285	2.76	0.86	1.00	4.57					
	Total	1283	2.78	0.84	1.00	4.79					
Situações específicas de Enfermagem	1.º ano	191	2.80	0.82	1.00	4.67	5.162	.002	7.717	.000	2ºA>3º A; p=.000 2ºA>4º A; p=.004
	2.º ano	369	2.97	0.67	1.00	4.92					
	3.º ano	438	2.72	0.74	1.00	4.67					
	4.º ano	285	2.77	0.79	1.00	4.75					
	Total	1283	2.81	0.75	1.00	4.92					
Avaliação	1.º ano	191	2.84	0.93	1.00	4.89	7.404	.000	26.037	.000	2ºA>1º A, 3ºA, 4ºA; p=.000 3ºA>1.º A; p=.000 4.ºA>1ºA; p=.001
	2.º ano	369	3.50	0.75	1.11	5.00					
	3.º ano	438	3.26	0.87	1.00	5.00					
	4.º ano	285	3.18	0.92	1.00	4.89					
	Total	1283	3.25	0.88	1.00	5.00					
Aspectos Pessoais	1.º ano	191	3.08	0.84	1.14	5.00	7.923	.000	22.804	.000	2ºA >1ºA, 3ºA, 4ºA; p=.000
	2.º ano	369	3.48	0.70	1.14	5.00					
	3.º ano	438	3.10	0.86	1.00	4.86					
	4.º ano	285	3.00	0.87	1.00	4.71					
	Total	1283	3.18	0.84	1.00	5.00					

Gestão do tempo e do trabalho	1.º ano	191	2.64	0.89	1.00	4.71	5.928 .001	34.220	.000	<i>Brown-Forsythe</i> 2ºA, 3ºA, 4ºA>1º A; p=.000 2ºA>3º A; p=.002
	2.º ano	369	3.35	0.73	1.00	5.00				
	3.º ano	438	3.15	0.81	1.00	4.86	32.868 .000			
	4.º ano	285	3.24	0.82	1.00	5.00				
	Total	1283	3.15	0.84	1.00	5.00				
Total	1.º ano	191	2.70	0.75	1.10	4.35	12.792 .000	21.323	.000	<i>Brown-Forsythe</i> 2ºA>1º A, 3ºA; 4ºA; p=.000 3ºA>1ºA; p=.000 4ºA>1ºA; p=.003
	2.º ano	369	3.18	0.57	1.14	4.43				
	3.º ano	438	2.97	0.70	1.00	4.41	20.435 .000			
	4.º ano	285	2.94	0.74	1.08	4.45				
	Total	1283	2.98	0.70	1.00	4.45				

a) Teste de Games-Howell

Ainda no âmbito da Hipótese 1, com o objectivo de verificarmos a existência de diferenças na percepção de situações de *stress* em ECE em função do grau de opção do curso, com base nos resultados da ANOVA sistematizados na Tabela 77, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no que se refere à subescala aspectos pessoais [$F(1, 1281)=6.270, p=.012$], sendo que os estudantes que colocaram o curso de Enfermagem como primeira opção ($M=3.16; DP=0.84$) obtiveram médias mais baixas do que os colegas que escolheram o curso noutra opção ($M=3.33; DP=0.86$).

Tabela 77. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene das situações de stress em ECE em função da opção do curso de Enfermagem

Situações de stress	Opção	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Orientação em ECE	1ª Opção	1097	2.78	0.84	1.00	4.79	0.214	.644	0.185	.667
	Outra opção	186	2.75	0.87	1.00	4.64				
	Total	1283	2.78	0.84	1.00	4.79				
Situações específicas Enfermagem	1ª Opção	1097	2.80	0.75	1.00	4.75	0.011	.917	1.346	.246
	Outra opção	186	2.87	0.76	1.00	4.92				
	Total	1283	2.81	0.75	1.00	4.92				
Avaliação	1ª Opção	1097	3.24	0.87	1.00	5.00	0.666	.415	0.853	.356
	Outra opção	186	3.30	0.91	1.00	4.78				
	Total	1283	3.25	0.88	1.00	5.00				
Aspectos pessoais	1ª Opção	1097	3.16	0.84	1.00	5.00	0.403	.526	6.270	.012
	Outra opção	186	3.33	0.86	1.00	5.00				
	Total	1283	3.18	0.84	1.00	5.00				
Gestão do tempo e do trabalho	1ª Opção	1097	3.14	0.83	1.00	5.00	0.001	.970	0.868	.352
	Outra opção	186	3.20	0.84	1.00	4.86				
	Total	1283	3.15	0.84	1.00	5.00				

	1ª Opção	1097	2.98	0.70	1.00	4.45	0.453	.501	0.919	.338
Total	Outra opção	186	3.03	0.72	1.10	4.33				
	Total	1283	2.98	0.70	1.00	4.45				

De um modo geral, os dados expressos nas Tabelas 74 a 77 permitem confirmar a Hipótese 1, que previa a possibilidade de se registarem diferenças significativas na percepção de situações indutoras de *stress* em ECE em função do sexo e do ano de frequência do curso. Relativamente ao efeito do grau de opção do curso este apenas se verificou na subescala de *avaliação*.

Tendo em conta a Hipótese 2 e procurando verificar se existem diferenças significativas na percepção de situações de *stress* em ECE em função do ensino clínico realizado, procedemos à análise comparativa das médias das respostas dos estudantes para cada uma das subescalas e Escala de *Stress* Total.

A análise dos resultados sistematizados na Tabela 78 relativos às situações de *stress* relacionadas com a orientação em EC permitem concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas em função do EC realizado. Assim, os estudantes que realizaram o EC médico-cirúrgico (M=2.86; DP=0.76), Enfermagem de Saúde materna e obstétrica (M=3.02; DP=0.82), enfermagem de saúde infantil e pediátrica (M=2.95; DP=0.81) e Integração à vida profissional (M=2.85; DP=0.81) obtiveram médias superiores quando comparados com os colegas que realizaram o EC de enfermagem comunitária (M=2.57; DP=0.84) e Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=2.41; DP=0.86).

Tabela 78. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc do F1- Orientação em Ensino Clínico - em função do último ECE realizado

Ensino Clínico	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		Post hoc ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	2.86	0.76	1.00	4.64	2.881	.009	10.975	.000	1>2, 6;
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	2.57	0.84	1.00	4.21			Brown-Forsythe		p=.000
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	3.02	0.82	1.00	4.71			10.483	.000	3>2, 6; p=.000
4 Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica	84	2.73	0.92	1.00	4.50					5>2, p=.001
5 Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	118	2.95	0.81	1.00	4.57					5>6, p=.000
										7>2, p=.030
										7>6, p=.000

6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	2.41	0.86	1.00	4.79
7 Integração à vida profissional	130	2.85	0.81	1.00	4.57
Total	1210	2.76	0.84	1.00	4.79

^{a)} Teste de *Games-Howell*

Relativamente às situações específicas de Enfermagem (Tabela 78), verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias em função do ECE realizado. Os estudantes que realizaram o EC Médico-cirúrgico evidenciaram médias mais elevadas na percepção de situações de *stress* (M=2.95; DP=0.64) quando comparados com os colegas que realizaram o EC de Enfermagem de Saúde Comunitária (M=2.68; DP=0.82), de Enfermagem de Saúde materna e obstétrica (M=2.70; DP=0.70) e de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (M=2.64; DP=0.82).

Tabela 79. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* do F2 – Situações específicas de Enfermagem - em função do último ECE realizado

Ensino Clínico	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade ANOVA		F	p	<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p			
1 Médico-Cirúrgico	392	2.95	0.64	1.00	4.67	4.874	.000	4.872	.000	1>2,
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	2.68	0.82	1.00	4.92					Brown-Forsythe p=.001
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	2.70	0.70	1.00	4.33			4.615	.000	1>3, p=.015 1>4, p=.028
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	2.64	0.82	1.00	4.17					
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	2.78	0.71	1.00	4.33					
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	2.85	0.82	1.00	4.67					
7 Integração à vida profissional	130	2.77	0.74	1.00	4.33					
Total	1210	2.81	0.74	1.00	4.92					

^{a)} Teste de *Games-Howell*

No respeitante às situações de *stress* relacionadas com a “avaliação” da análise dos dados da Tabela 79 verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do EC realizado.

Os estudantes que realizaram o EC médico-cirúrgico (M=3.46; DP=0.76), Enfermagem de Saúde materna e obstétrica (M=2.96; DP=0.90), enfermagem de saúde infantil e pediátrica (M=3.33; DP=0.82) e Integração à vida profissional (M=3.31; DP=0.85) obtiveram médias superiores aos que realizaram o EC de enfermagem comunitária (M=2.96; DP=0.90) e Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=2.92; DP=0.85). Este padrão repete o que foi encontrado para a subescala referente à orientação em ECE.

No factor avaliação ainda se registou uma diferença estatisticamente significativa entre o EC médico-cirúrgico (M=3.46; DP=0.76) e o de Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (M=3.11; DP=0.98).

Tabela 80. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* do F3 – Avaliação - em função do último ECE realizado

Ensino Clínico	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade ANOVA		F	p	<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p			
1 Médico-Cirúrgico	392	3.46	0.76	1.00	5.00	5.522	.000	14.031	.000	1>2,6;
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	2.96	0.90	1.00	4.78			Brown-Forsythe		p=.000
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	3.44	0.86	1.00	4.89				13.153	.000
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	3.11	0.98	1.00	4.44					p=.000 5>2,6; p=.003 7>2, p=.006 7>6, p=.005
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	3.33	0.82	1.00	5.00					
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	2.92	0.94	1.00	4.89					
7 Integração à vida profissional	130	3.31	0.85	1.00	4.89					
Total	1210	3.24	0.88	1.00	5.00					

^{a)} Teste de *Games-Howell*

Relativamente às situações relacionadas com os “aspectos pessoais”, da análise da Tabela 80 verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, verificando-se uma vez mais que os estudantes que realizaram o EC médico-cirúrgico (M=3.45; DP=0.70) reportaram médias estatisticamente superiores aos estudantes que realizaram o EC de enfermagem de saúde comunitária (M=2.93; DP=0.90), enfermagem

de saúde mental e psiquiátrica (M=2.79; DP=0.96), integração à vida profissional (M=2.99; DP=0.84), enfermagem de saúde materna e obstétrica (M=3.22; DP=0.82) e desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=3.14; DP=0.85). Por sua vez, os estudantes que realizaram o EC de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (M=3.22; DP=0.82) obtiveram médias mais elevadas do que os estudantes que realizaram o EC de enfermagem de saúde comunitária (M=2.93; DP=0.90) e de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (M=2.79; DP=0.96).

Tabela 81. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* do F4 – Aspectos Pessoais - em função do último ECE realizado

Ensino Clínico	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	3.45	0.70	1.00	5.00	5.746	.000	14.869	.000	1>2, 4,
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	2.93	0.90	1.00	5.00			Brown-Forsythe		7;
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	3.16	0.84	1.00	4.86			13.671	.000	1>3, p=.026
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	2.79	0.96	1.00	4.57					1>6, p=.001
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	3.22	0.82	1.00	4.71					5>2, p=.045
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	3.14	0.85	1.29	5.00					5>4, p=.018
7 Integração à vida profissional	130	2.99	0.84	1.00	4.71					
Total	1210	3.17	0.84	1.00	5.00					

^{a)} Teste de *Games-Howell*

No que se refere à percepção de situações indutoras de *stress* relacionadas com a gestão do tempo e do trabalho, da análise da Tabela 81 verifica-se a existência de diferenças significativas nas médias em função do EC realizado. Os estudantes que realizaram o ECE médico-cirúrgico (M=3.36; DP=0.72), de enfermagem de saúde comunitária (M=3.03; DP=0.88), enfermagem de saúde materna e obstétrica (M=3.19; DP=0.80) e enfermagem de saúde infantil e pediátrica (M=3.20; DP=0.82) obtiveram médias estatisticamente superiores aos que realizaram o EC de desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=2.74; DP=0.90).

Os estudantes que realizaram o ECE médico-cirúrgico (M=3.36; DP=0.72) evidenciaram ainda médias estatisticamente superiores aos que realizaram o ECE em Saúde Comunitária (M=3.03; DP=0.88) e Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (M=3.03; DP=0.91).

Tabela 82. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* do F5 – Gestão do tempo e do trabalho - em função do último ECE realizado

Ensino Clínico	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	3.36	0.72	1.14	5.00	4.604	.000	12.675	.000	1>2, 6;
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	3.03	0.88	1.00	5.00			Brown-Forsythe		p=.000
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	3.19	0.80	1.00	4.71			11.904	.000	1>4, p=.038
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	3.03	0.91	1.29	4.86					2>6, p=.031
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	3.20	0.80	1.14	4.86					3>6, p=.001
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	2.74	0.90	1.00	4.71					5>6, p=.000
7 Integração à vida profissional	130	3.19	0.84	1.00	4.71					7>6, p=.000
Total	1210	3.15	0.84	1.00	5.00					

^{a)}Teste de *Games-Howell*

Os resultados da ANOVA, sistematizados na Tabela 82, realizada com o objectivo de explorar o impacto do último ensino realizado na percepção de situações de *stress*, permitiu concluir a existência de diferenças estatisticamente significativas na Escala total [F(6,801.250)=9.916, p=.000]. Os estudantes que realizaram o EC Médico-cirúrgico (M=3.15; DP=0.56) obtiveram, na escala total, médias significativamente superiores aos que realizaram o EC enfermagem de saúde comunitária (M=2.98;DP=0.74), enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (M=2.83; DP=0.79) e de desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=2.98;DP=0.69).

Os estudantes que realizaram o EC em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (M=3.06; DP=0.70) obtiveram médias significativamente superiores aos que realizaram o EC enfermagem de saúde comunitária (M=2.78;DP=0.74) e o EC de competências básicas na prática de cuidados (M=2.76; DP=0.76).

Os estudantes que realizaram o EC em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica (M=3.05; DP=0.68) obtiveram médias significativamente superiores aos que realizaram o EC enfermagem de saúde comunitária (M=2.78; DP=0.74) e no EC de desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=2.76; DP=0.76).

Tabela 83. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* da Escala total em função do último ECE realizado

Ensino Clínico	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	3.15	0.56	1.33	4.41	8.593	.000	10.928	.000	1>2, 6; p=.000 1>4, p=.013 3>2, p=.019 3>6, p=.020 5>2, p=.016 5>6, p=.018
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	2.78	0.74	1.04	4.33					
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	3.06	0.70	1.00	4.43					
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	2.83	0.79	1.14	4.20					
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	3.05	0.68	1.08	4.41					
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	2.76	0.76	1.10	4.35					
7 Integração à vida profissional	130	2.98	0.69	1.08	4.29					
Total	1210	2.97	0.70	1.00	4.43					

a) Teste de *Games-Howell*

Os estudantes que realizaram o EC médico-cirúrgico são aqueles que tendem a evidenciar uma maior percepção de situações indutoras de *stress* em ECE. Por outro lado, os estudantes que realizaram o EC de saúde comunitária e desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados são aqueles que percebem menos situações de *stress*.

Com o objectivo de verificar se se registam diferenças na percepção dos estudantes face a situações indutoras de *stress* em função do local de realização do ECE realizou-se uma ANOVA. As análises de comparações de médias, sistematizadas na Tabela 83, permitiram constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias da percepção de *stress* em cada factor e também na escala total.

Mais concretamente, no respeitante às situações relacionadas com a orientação em ECE [F(4, 1276)=4.533, p=.001], os estudantes cujo ECE decorreu em instituição hospitalar (M=2.82; DP=0.82) e instituição hospitalar e centro de saúde (M=3.04; DP=2.88) apresentaram médias estatisticamente superiores àqueles que realizaram o EC no centro de saúde (M=2.64 DP=0.86).

Relativamente à avaliação foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas [F(4, 220.489)=8.861, p=.000].

No que concerne aos aspectos pessoais também se verificaram diferenças estatisticamente significativas [F(4, 1276)=8.861, p=.000], sendo que os estudantes cujo EC decorreu no Hospital (M=3.27; DP=0.81) obtiveram médias superiores aos estudantes cujo EC teve lugar no centro de saúde (M=2.95; DP=0.89).

Analisando as médias referentes às situações relacionadas com a gestão do tempo e do trabalho também se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas [F(4, 1276)=9.107, p=.000]. Os estudantes que realizaram o ECE em contexto hospitalar (M=3.21; DP=0.80), em centro de saúde (M=3.02; DP=0.88), em hospital/ centro de saúde (M=3.36; DP=0.88) e numa instituição particular de solidariedade social (M=3.20; DP=0.90), obtiveram médias mais elevadas do que aqueles que realizaram o EC em IPSS/ Centro de Saúde/Hospital (M=2.59; DP=0.87).

Da análise da Tabela 84, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias da Escala de *Stress* em ECE em função do local onde se realizou o ECE [F(4, 216.578)=6.137, p=.000]. Os estudantes que realizaram o ECE em contexto hospitalar apresentam médias superiores (M=3.04; DP=0.66) aos colegas que realizaram o mesmo em centros de saúde (M=2.82; DP=0.74).

De um modo global, os estudantes que realizaram o ECE em instituição hospitalar evidenciaram uma percepção mais elevada de situações de *stress*.

Tabela 84. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc das situações de stress em ECE em função do local do ensino clínico

	Local	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		Post hoc
							Levene	p	F	p	
Orientação em ECE	1 Hospital	866	2.82	0.82	1.00	4.71	0.983	.416	4.533	.001 _{a)}	1>2, p=.044 3>2, p=.046
	2 Centro de Saúde	281	2.64	0.86	1.00	4.57					
	3 Hospital + Centro de Saúde	49	3.04	0.88	1.00	4.50					
	4 IPSS	38	2.69	0.91	1.07	4.79					
	5 IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	2.57	0.87	1.00	4.07					
	Total	1281	2.77	0.84	1.00	4.79					
Situações Específicas de Enfermagem	1 Hospital	866	2.84	0.72	1.00	4.67	1.988	.094	3.410	.009 _{a)}	^{c)}
	2 Centro de Saúde	281	2.69	0.80	1.00	4.92					
	3 Hospital + Centro de Saúde	49	2.82	0.73	1.00	4.25					
	4 IPSS	38	3.06	0.82	1.00	4.58					
	5 IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	2.79	0.89	1.00	4.67					
	Total	1281	2.81	0.75	1.00	4.92					
Avaliação	1 Hospital	866	3.34	0.84	1.00	5.00	2.741	.027	10.104	.000	1>2, p=.000 3>2, p=.018
	2 Centro de Saúde	281	3.01	0.91	1.00	4.89				Brown-Forsythe	
	3 Hospital + Centro de Saúde	49	3.43	0.85	1.11	4.89			8.861	.000 _{b)}	
	4 IPSS	38	3.17	0.91	1.11	4.89					
	5 IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	2.91	1.05	1.00	4.89					
	Total	1281	3.25	0.88	1.00	5.00					

Aspectos Pessoais	1 Hospital	866	3.27	0.81	1.00	5.00	1.909	.106	8.705	.000	1>2, a) p=.000
	2 Centro de Saúde	281	2.95	0.89	1.00	5.00					
	3 Hospital + Centro de Saúde	49	3.21	0.76	1.14	4.71					
	7 IPSS	38	3.24	0.87	1.29	5.00					
	5IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	2.94	0.93	1.29	4.71					
	Total	1281	3.18	0.84	1.00	5.00					
Gestão do Tempo e do Trabalho	1 Hospital	866	3.21	0.80	1.00	5.00	1.573	.179	9.107	.000	1>2, a) p=.025
	2 Centro de Saúde	281	3.02	0.88	1.00	5.00					1>5, p=.000
	3 Hospital + Centro de Saúde	49	3.36	0.85	1.00	4.86					2>5, p=.027
	4 IPSS	38	3.20	0.90	1.14	4.71					3>5, p=.000
	5 IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	2.59	0.87	1.00	4.43					4>5, p=.021
	Total	1281	3.15	0.84	1.00	5.00					
Escala Total	1 Hospital	866	3.04	0.66	1.00	4.45	3.895	.004	7.489	.000	1>2, b) p=.000
	2 Centro de Saúde	281	2.82	0.74	1.04	4.33					Brown-Forsythe
	3 Hospital + Centro de Saúde	49	3.13	0.72	1.14	4.43			6.137	.000	
	4 IPSS	38	3.02	0.78	1.20	4.35					
	5 IPSS + Centro de Saúde + Hospital	47	2.74	0.83	1.10	4.08					
	Total	1281	2.98	0.70	1.00	4.45					

a) Teste de Sheffé para as comparações *Post hoc* ; b) Teste de *Games-Howell* para as comparações *Post hoc*
 c) Os testes *Post hoc* não identificaram os pares de diferenças.

Considerando que na Hipótese 2 se postulava a existência de diferenças na percepção do *stress* em função do supervisor em ECE, realizámos uma outra ANOVA. Os resultados apresentados na Tabela 85, permitem constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias referentes às situações específicas de Enfermagem em função do supervisor [F(2, 705.228)= 5.112, p=.006]. Verifica-se que os estudantes que tiveram como supervisor o docente da escola apresentaram médias superiores (M=2.92; DP=0.74) aos que foram supervisionados pelo enfermeiro do local do ECE (M=2.77; DP=0.77).

No que se refere às situações relacionadas com a avaliação também se verificaram diferenças estatisticamente significativas [F(2, 1280)= 6.279, p=.002]. Os estudantes que tiveram como supervisor o enfermeiro contratado pela escola evidenciaram médias mais elevadas (M=3.41; DP=0.82) que os seus colegas que tiveram

como supervisor o enfermeiro do local de ECE (M=3.19; DP=0.89). Esta tendência de resposta verificou-se igualmente no respeitante aos factores pessoais, à gestão do tempo e do trabalho e à escala total. Ou seja, de um modo geral, os estudantes que tiveram como supervisor o enfermeiro contratado pela escola apresentaram níveis mais elevados de percepção de *stress*. Pelo contrário, os estudantes cujo supervisor foi o enfermeiro do local de EC tendem a evidenciar menor percepção de *stress*.

Tabela 85. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc das situações de *stress* em ECE em função do supervisor

	Supervisor	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		Post hoc
							Levene	p	F	p	
Orientação em ECE	1 Docente da escola	230	2.79	0.82	1.00	4.79	0.781	.458	2.423	.089	
	2 Enfermeiro do local de EC	816	2.74	0.85	1.00	4.71					
	3 Enfermeiro contratado pela escola	237	2.88	0.83	1.00	4.64					
	Total	1283	2.78	0.84	1.00	4.79					
Situações Específicas de Enfermagem	1 Docente da escola	230	2.92	0.74	1.00	4.67	4.372	.013	4.726	.009	1>2, p=.021
	2 Enfermeiro do local de EC	816	2.77	0.77	1.00	4.92					Brown-Forsythe
	3 Enfermeiro contratado pela escola	237	2.88	0.67	1.08	4.42			5.112	.006 _{b)}	
	Total	1283	2.81	0.75	1.00	4.92					
Avaliação	1 Docente da escola	230	3.30	0.89	1.00	4.89	2.481	.084	6.279	.002 _{a)}	3>2, p=.003
	2 Enfermeiro do local de EC	816	3.19	0.89	1.00	5.00					
	3 Enfermeiro contratado pela escola	237	3.41	0.82	1.00	5.00					
	Total	1283	3.25	0.88	1.00	5.00					
Aspectos Pessoais	1 Docente da escola	230	3.26	0.86	1.00	5.00	3.498	.031	9.015	.000	3>2, p=.000
	2 Enfermeiro do local de EC	816	3.11	0.85	1.00	5.00					Brown-Forsythe
	3 Enfermeiro contratado pela escola	237	3.36	0.76	1.14	5.00			9.377	.000 _{b)}	
	Total	1283	3.18	0.84	1.00	5.00					

Gestão do Tempo e do Trabalho	1 Docente da escola	230	3.22	0.82	1.00	4.71	3.630	.027	6.676	.001	3>2, p=.001
	2 Enfermeiro do local de EC	816	3.09	0.85	1.00	5.00					Brown-Forsythe
	3 Enfermeiro contratado pela escola	237	3.30	0.77	1.14	5.00				7.118	.001 _{b)}
	Total	1283	3.15	0.84	1.00	5.00					
Escala Total	1 Docente da escola	230	3.04	0.69	1.00	4.45	3.795	.023	6.625	.001	3>2, p=.001
	2 Enfermeiro do local de EC	816	2.93	0.72	1.04	4.41					Brown-Forsythe
	3 Enfermeiro contratado pela escola	237	3.10	0.63	1.20	4.43				7.117	.001 _{b)}
	Total	1283	2.98	0.70	1.00	4.45					

a) Teste de Sheffé para as comparações *Post hoc* ; b) Teste de Games-Howell para as comparações *Post hoc*

Tendo como finalidade verificar a Hipótese 2, no respeitante ao efeito diferencial do grau de correspondência entre as expectativas dos estudantes e o ECE na percepção de situações de *stress*, numa primeira fase procedemos à classificação do grau de correspondência em três níveis: baixo, moderado e alto, de acordo com os dados da Tabela 86.

Tabela 86. Base para a classificação do grau de correspondência entre as expectativas e o ECE

Grau de correspondência entre as expectativas e o ECE	n	%	Classificação	%
1 Nenhum	18	1.4	Baixo	8.2
2	87	6.8		
3	359	28.2	Médio	28.2
4	603	47.4	Alto	63.5
5 Muito	204	16.1		
Total	1271	100.0		

Relembramos que a maior parte dos estudantes da amostra assinalou entre 4 e 5 para o grau de correspondência do ensino clínico com as suas expectativas. A classificação em baixo, médio e alto grau de correspondência entre o ensino clínico e as expectativas foi feita considerando-se o 3 como ponto médio, a classificação de baixo grau de correspondência para a 1 e 2 e a classificação de alto para 4 e 5.

Passamos agora a cruzar esta classificação com as pontuações obtidas na Escala de *Stress* em ECE.

Da análise dos resultados sistematizados na Tabela 87 podemos constatar a existência de diferenças significativas em todas as subescalas e também na escala total em função da correspondência entre as expectativas dos estudantes e o ECE experienciado.

No que se refere às situações de *stress* relacionadas com a orientação em ECE verifica-se que os estudantes cujo grau de correspondência se situa em valores mais baixos (M=2.97; DP=0.83) e médios (M=2.96; DP=0.83) apresentam médias mais elevadas na percepção de situações de *stress* comparativamente aos colegas cujo grau de correspondência é alto (M=2.67; DP=0.83).

Relativamente às restantes subescalas e à escala total verificou-se que os estudantes que referiram um grau de correspondência médio obtiveram médias significativamente superiores na percepção de situações de *stress* quando comparados com os colegas que referiram um grau de correspondência alto.

Tabela 87. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe das situações de *stress* em ECE em função da correspondência entre as expectativas e o ECE

Escala	Grau de Correspondência	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i>
							Levene	p	F	p	
Orientação em ECE	Baixo (B)	105	2.97	0.83	1.00	4.57	.320	.726	18.520	.000 a)	B>A, p=.003 M>A, p=.000
	Médio (M)	359	2.96	0.83	1.00	4.79					
	Alto (A)	807	2.67	0.83	1.00	4.50					
	Total	1271	2.78	0.84	1.00	4.79					
Situações específicas Enfermage	Baixo (B)	105	2.87	0.75	1.00	4.75	2.396	.091	5.031	.007 a)	M>A, p=.009
	Médio (M)	359	2.91	0.71	1.00	4.92					
	Alto (A)	807	2.77	0.77	1.00	4.67					
	Total	1271	2.82	0.75	1.00	4.92					
Avaliação	Baixo (B)	105	3.37	0.91	1.00	4.89	8.644	.000	13.847	.000	M>A, p=.000 Brown-Forsythe
	Médio (M)	359	3.43	0.79	1.00	5.00					
	Alto (A)	807	3.15	0.90	1.00	5.00					
	Total	1271	3.25	0.88	1.00	5.00					
Aspectos pessoais	Baixo (B)	105	3.19	0.81	1.00	5.00	.569	.566	5.742	.003 a)	M>A, p=.003
	Médio (M)	359	3.31	0.84	1.00	5.00					
	Alto (A)	807	3.13	0.84	1.00	5.00					
	Total	1271	3.18	0.84	1.00	5.00					
Gestão do tempo e do trabalho	Baixo (B)	105	3.20	0.79	1.14	5.00	1.515	.220	6.239	.002 a)	M>A, p=.002
	Média (M)	359	3.28	0.81	1.00	5.00					
	Alta (A)	807	3.09	0.85	1.00	5.00					
	Total	1271	3.15	0.84	1.00	5.00					

Escala Total	Baixo (B)	105	3.08	0.69	1.04	4.29	1.858	.156	14.015	.000	M>A, a) p=.000
	Médio(M)	359	3.13	0.66	1.00	4.45					
	Alto (A)	807	2.91	0.71	1.08	4.41					
	Total	1271	2.99	0.70	1.00	4.45					

a) Teste de Sheffé para as comparações *Post hoc* ; b) Teste de Games-Howell para as comparações *Post hoc*

De um modo geral, as análises efectuadas permitem confirmar, na totalidade, a Hipótese 2 do nosso estudo, uma vez que se registaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de *stress* em todas as subescalas e Escala de *Stress* Total, em função do ECE, do local de realização do mesmo, do supervisor e do grau de correspondência entre as expectativas e o ECE.

Após a análise do efeito diferencial de algumas variáveis de caracterização sócio-demográfica e do ECE na percepção de situações de *stress* em ECE, iremos adoptar padrão semelhante relativamente à sintomatologia do *stress*.

4. Sintomas do *Stress*

A Escala de Sintomas do *Stress* avalia 3 tipos de sintomas: cognitivo-emocionais, físicos e comportamentais.

Cada factor apresenta uma pontuação contínua, resultante da soma dos itens que o constituem. Uma vez que os vários factores não apresentarem o mesmo número de itens e para que se possam estabelecer, mais facilmente, comparações dos resultados, optou-se pelo cálculo da média reduzida. Por conseguinte, as pontuações para a Escala de Sintomas do *Stress* e respectivos factores variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 5, representando os valores mais altos uma frequência mais elevada de sintomas do *stress*.

Na Tabela 88 sistematizam-se os dados relativos à distribuição das respostas dos participantes na Escala de Sintomas do *Stress* total e nas três dimensões que a compõem.

Tabela 88. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos dos sintomas do stress

Sintomas do stress	Mínimo	Máximo	Média	DP
Cognitivo-emocionais	1.00	4.88	2.17	0.87
Físicos	1.00	5.00	2.20	0.75
Comportamentais	1.00	4.14	1.49	0.59
Total	1.00	4.34	2.04	0.69

Relativamente aos sintomas do *stress* (Tabela 89), as médias mais elevadas são as respeitantes aos sintomas cognitivo-emocionais e físicos, apesar de não representarem, ainda assim, uma frequência muito elevada.

Tabela 89. Frequências absolutas e relativas das categorias baixo, médio e alto nos sintomas de stress

	Baixo		Médio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Cognitivo-emocionais	402	31.33	533	41.54	348	27.12
Físicos	392	30.55	570	44.43	321	25.02
Comportamentais	363	28.29	686	53.47	234	18.24
Total	394	30.71	548	42.71	341	26.58

Prevíamos na Hipótese 3 a existência de um efeito diferencial do sexo na percepção da sintomatologia do *stress*. Da análise da Tabela 90, que sistematiza os dados respeitantes à existência de diferenças em função do sexo, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos sintomas cognitivo-emocionais [$F(1, 1281)=17.197, p=.000$] sendo que os estudantes do sexo feminino apresentavam médias significativamente superiores ($M=2.22; DP=0.86$) aos do sexo masculino ($M=1.96; DP=0.85$). Verificam-se também diferenças significativas nos sintomas físicos [$F(1, 1281)=34.593, p=.000$], tendo apresentando novamente as raparigas médias mais elevadas ($M=2.25; DP=0.75$) que as dos rapazes ($M=1.94; DP=0.71$).

Relativamente aos sintomas de *stress* comportamentais não se verificaram diferenças estatisticamente significativas [$F(1, 305.734)=3.703, p=.055$].

Considerados os valores obtidos na escala total, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas [$F(1, 1281)=17.376, p=.000$], tendo as raparigas obtido médias significativamente mais altas ($M=2.08; DP=0.68$) que os rapazes ($M=1.88; DP=0.71$).

Tabela 90. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe dos sintomas do stress em função do sexo

Sintomas do stress	Sexo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Cognitivo-emocionais	Masculino	239	1.96	0.85	1.00	4.88	0.42	.837	17.197	.000
	Feminino	1044	2.22	0.86	1.00	4.88				
	Total	1283	2.17	0.87	1.00	4.88				
Físicos	Masculino	239	1.94	0.71	1.00	4.08	1.028	.311	34.593	.000
	Feminino	1044	2.25	0.75	1.00	5.00				
	Total	1283	2.20	0.75	1.00	5.00				
Comportamentais	Masculino	239	1.57	0.72	1.00	3.71	31.895	.000	5.118	.024
	Feminino	1044	1.48	0.55	1.00	4.14			Brown-Forsythe	
	Total	1283	1.49	0.59	1.00	4.14			3.703	.055
Total	Masculino	239	1.88	0.71	1.00	3.91	1.344	.246	17.376	.000
	Feminino	1044	2.08	0.68	1.00	4.34				
	Total	1283	2.04	0.69	1.00	4.34				

Com o objectivo de verificar se existiam diferenças nos sintomas do *stress* em função do ano de frequência do curso, realizou-se o procedimento ANOVA.

Da análise da Tabela 91, verifica-se que no que se refere aos sintomas cognitivo-emocionais os estudantes do 2.º ano ($M=2.41$; $DP=0.82$) apresentaram médias significativamente superiores aos colegas dos restantes anos. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes do 3.º ano ($M=2.16$; $DP=0.92$) e os do 1.º ano ($M=1.89$; $DP=0.82$), evidenciando os do 3.º ano médias significativamente superiores.

Nos sintomas físicos do *stress* os estudantes dos 2.º, 3.º e 4.º anos obtiveram médias significativamente superiores aos colegas do 1.º ano. Por sua vez, os estudantes do 2.º ano obtiveram médias significativamente superiores aos colegas do 4.º ano.

Nos sintomas comportamentais os estudantes do 2.º ano obtiveram médias significativamente superiores aos do 1.º e 4.º anos. Os estudantes do 3.º ano evidenciaram médias significativamente superiores aos do 1.º ano.

Considerada a totalidade dos sintomas do *stress*, repetiu-se o padrão dos estudantes do 1.º ano com pontuações inferiores a todos os outros e os do 2.º ano com pontuações superiores aos dos restantes anos.

Tabela 91. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes post-hoc dos sintomas do *stress* em função do ano de frequência do curso

Sintomas	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		Post hoc	
						Levene	p	F	p		
Cognitivo-emocionais	1.º ano	191	1.89	0.82	1.00	4.31	3.536	.014	18.937	.000	2º>1º, 3º, 4º; p=.000 3º>1º, p=.002
	2.º ano	369	2.41	0.82	1.00	4.81					
	3.º ano	438	2.16	0.92	1.00	4.88					
	4.º ano	285	2.05	0.79	1.00	4.88					
	Total	1283	2.17	0.87	1.00	4.88					
Físicos	1.º ano	191	1.90	0.70	1.00	4.00	2.135	.094	15.541	.000	2º, 3º>1º, p=.000 4º>1º, p=.004 2º>4º, p=.014
	2.º ano	369	2.35	0.74	1.00	5.00					
	3.º ano	438	2.22	0.77	1.00	4.67					
	4.º ano	285	2.16	0.71	1.00	4.58					
	Total	1283	2.20	0.75	1.00	5.00					
Comportamentais	1.º ano	191	1.34	0.44	1.00	3.43	10.719	.000	9.394	.000	2º, 3º >1º; p=.000 2º>4º, p=.002
	2.º ano	369	1.59	0.62	1.00	3.86					
	3.º ano	438	1.52	0.64	1.00	4.14					
	4.º ano	285	1.43	0.52	1.00	3.71					
	Total	1283	1.49	0.59	1.00	4.14					
Total	1.º ano	191	1.79	0.64	1.00	3.66	4.021	.007	19.695	.000	2º>1º, 4º p=.000 2º>3º, p=.002 3º>1º, p=.000 4º>1º, p=.015
	2.º ano	369	2.23	0.66	1.00	4.34					
	3.º ano	438	2.05	0.73	1.00	4.17					
	4.º ano	285	1.96	0.63	1.00	4.20					
	Total	1283	2.04	0.69	1.00	4.34					

a) Teste de Sheffé para as comparações *Post hoc* ; b) Teste de Games-Howell para as comparações *Post hoc*

Com o objectivo de verificar a existência de diferenças nos sintomas do *stress* em função da percepção de *stress* realizou-se outra análise univariada (ANOVA).

Tabela 92. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe dos sintomas do *stress* em função da percepção de *stress* em ECE

Sintomas do <i>stress</i>	Percepção de <i>stress</i>	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Cognitivo-emocionais	Sim	697	2.45	0.85	1.00	4.88	14.390	.000	181.438	.000
	Não	581	1.83	0.76	1.00	4.63				
	Total	1278	2.17	0.87	1.00	4.88				
Físicos	Sim	697	2.42	0.73	1.00	5.00	2.601	.107	157.029	.000
	Não	581	1.93	0.68	1.00	4.67				
	Total	1278	2.20	0.75	1.00	5.00				
Comportamentais	Sim	697	1.62	0.64	1.00	4.14	53.423	.000	72.137	.000
	Não	581	1.35	0.49	1.00	3.86				
	Total	1278	1.50	0.59	1.00	4.14				
Total	Sim	697	2.27	0.67	1.00	4.34	10.566	.001	196.332	.000
	Não	581	1.77	0.61	1.00	4.17				
	Total	1278	2.04	0.69	1.00	4.34				

Os resultados obtidos quer a nível das três subescalas, quer ao nível do resultado total da ESS, revelaram a existência de diferenças com significado estatístico entre os dois grupos de percepção de *stress*. Tais resultados, expressos na Tabela 92, permitem constatar que os estudantes que consideraram o ECE stressante apresentaram médias significativamente mais elevadas nos diversos sintomas do *stress* e na escala total quando comparados com os colegas que não perceberam o ECE como indutor de *stress*.

Os resultados permitem confirmar na íntegra a Hipótese 3 tendo-se verificado um efeito diferencial do sexo, do ano de frequência de curso e da percepção de *stress* em ECE nos sintomas do *stress*.

Com o objectivo de testar a Hipótese 4 que previa a existência de correlações significativas entre os sintomas de *stress* e a percepção do estado de saúde antes e depois do ECE e a percepção do nível de *stress* a que os estudantes se sentiram expostos no decurso da prática clínica, procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*.

A Tabela 93 evidencia os valores da correlação entre os sintomas do *stress* e a percepção do estado de saúde antes e depois do ECE e do nível de *stress* percebido na prática clínica. A sintomatologia do *stress* surgiu associada de forma negativa e

estatisticamente significativa à percepção do estado de saúde dos estudantes e de forma positiva à percepção de *stress* em ECE.

Tabela 93. Correlações entre os sintomas do *stress* e a percepção do estado de saúde antes e depois do ECE e Nível de *stress* em ECE

Variáveis	Sintomas do <i>Stress</i>	Cognitivo-emocionais	Físicos	Comportamentais	Total
Percepção do estado de saúde antes do ECE	r	-.251**	-.233**	-.153**	-.257**
	p	.000	.000	.000	.000
Percepção do estado de saúde depois do ECE	r	-.378**	-.374**	-.244**	-.398**
	p	.000	.000	.000	.000
Nível de <i>stress</i> percebido em ECE	r	.389**	.366**	.284**	.408**
	p	.000	.000	.000	.000

** Correlação significativa para .01 (bicaudal)

Da leitura da Tabela 94, confirmamos a Hipótese 4 verificando-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre a sintomatologia do *stress* e a percepção do estado de saúde antes e depois do ECE e o nível de *stress* em ECE.

5. Estratégias de *Coping*

Com o objectivo de avaliar as estratégias de *coping* a que os estudantes mais recorrem para lidarem com o *stress* recorremos ao Questionário de Estratégias de *Coping*. A solução factorial encontrada revelou a existência de dois factores. Cada factor apresenta uma pontuação contínua, resultante da soma dos itens que o constituem. À semelhança do efectuado para as escalas anteriores, e uma vez que os vários factores não apresentavam o mesmo número de itens e para que se possam estabelecer, mais facilmente, comparações dos resultados, optou-se pelo cálculo da média reduzida. Por conseguinte, as pontuações para o QEC total e factores variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 3, representando os valores mais altos uma maior frequência no uso de determinado tipo de estratégias de *coping*.

Na Tabela 94 sistematizam-se os dados relativos à distribuição das respostas dos participantes no QEC total e nas dimensões que o compõem.

Tabela 94. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos das estratégias de coping

Estratégias de coping	Média	DP	Mínimo	Máximo
Coping centrado no problema	1.57	0.55	0.00	3.00
Coping centrado na emoção	0.85	0.53	0.00	3.00
Total	1.31	0.47	0.00	3.00

No que se refere às estratégias de *coping* utilizadas, aquelas a que os estudantes mais recorrem, compreendem as estratégias de *coping* centradas no problema.

Tal como se previa na Hipótese 5 e de modo a verificar se a variável sexo exercia um efeito diferencial nas estratégias de *coping* utilizadas, realizámos o procedimento ANOVA. Os dados sistematizados na Tabela 95 permitem concluir que apenas se verificaram diferenças significativas em função do sexo no *coping* centrado no problema [$F(1, 381.728)=5.460, p=.020$], sendo que os rapazes obtiveram médias significativamente superiores ($M=1.65; DP=1.56$) às das raparigas ($M=1.56; DP=1.56$). No *coping* focado nas emoções e no *coping* total não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 95. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste de Brown-Forsythe das estratégias de coping em função do sexo

Estratégias de coping	Sexo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Coping centrado no problema	Masculino	239	1.65	0.51	0.00	2.80	8.469	.004	4.840	.028
	Feminino	1044	1.56	0.56	0.00	3.00				
	Total	1283	1.57	0.55	0.00	3.00				
Coping centrado na emoção	Masculino	239	0.85	0.51	0.00	2.59	0.014	.907	0.002	.965
	Feminino	1044	0.85	0.54	0.00	3.00				
	Total	1283	0.85	0.53	0.00	3.00				
Total	Masculino	239	1.36	0.44	0.00	2.64	3.501	.062	2.654	.104
	Feminino	1044	1.30	0.48	0.00	3.00				
	Total	1283	1.31	0.47	0.00	3.00				

Procurámos verificar ainda se os estudantes recorriam a estratégias de *coping* diferentes em função do ano de frequência do curso.

Os resultados obtidos com base na ANOVA (Tabela 96) permitiram constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos dois factores e no QEC total

em função do ano de frequência do curso. Mais especificamente, no que se refere às estratégias de *coping* centrado no problema os estudantes do 3.º ano apresentam médias significativamente superiores às dos restantes colegas [F(3, 1119.986)=26.019, p=.000].

Tendo em conta as estratégias de *coping* centradas nas emoções, os estudantes do 3.º ano apresentam médias significativamente superiores aos colegas dos 2.º e 4.º anos [F(3, 1198.500)=7.357, p=.020].

No respeitante ao QEC total [F(3, 1174.171)=24.532, p=.000] foram, uma vez mais, os estudantes do 3.º ano aqueles que apresentaram médias estatisticamente superiores aos colegas dos restantes anos.

Tabela 96. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e teste *Post hoc* das estratégias de *coping* em função do ano de frequência do curso

	Ano	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i>
							Levene	p	F	p	
Coping centrado no problema	1.º ano	191	1.53	.26	1.20	3.00	46.757	.000	22.971	.000	3º>1º,2º,3º,4º; p=.000
	2.º ano	369	1.48	.66	0.00	3.00					
	3.º ano	438	1.75	.52	0.70	2.83					
	4.º ano	285	1.46	.54	0.43	2.17					
	Total	1283	1.57	.55	0.00	3.00					
Coping centrado na emoção	1.º ano	191	.85	.47	0.00	2.82	4.882	.002	6.937	.000	3º>2º; p=.002 3º>4º; p=.000
	2.º ano	369	.80	.53	0.00	3.00					
	3.º ano	438	.94	.58	0.00	2.71					
	4.º ano	285	.78	.50	0.00	2.35					
	Total	1283	.85	.53	0.00	3.00					
QEC Total	1.º ano	191	1.28	.26	0.81	2.94	33.453	.000	21.883	.000	3º>1º,2º,3º,4º; p=.000
	2.º ano	369	1.23	.55	0.00	3.00					
	3.º ano	438	1.45	.45	0.51	2.70					
	4.º ano	285	1.21	.45	0.30	2.23					
	Total	1283	1.31	.47	0.00	3.00					

a) Teste de *Games-Howell* para as comparações *Post hoc*

Procurámos também verificar se se registava um efeito diferencial das estratégias de *coping* utilizadas em função do ECE realizado. Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas na subescala *coping* centrado no problema [F(6, 721.946)=16.130, p=.000]. Da análise da Tabela 97 podemos verificar que os estudantes que realizaram o ECE de saúde mental e psiquiátrica (M=2.05; DP=0.63) apresentaram médias superiores aos restantes colegas. Por seu lado, os estudantes que realizaram o ensino clínico de enfermagem materna e obstétrica (M=1.66; DP=0.42) evidenciaram

médias estatisticamente superiores aos que realizaram o ECE de saúde infantil e pediátrica (M=1.50; DP=0.38), desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados (M=1.47; DP=0.24) e integração à vida profissional (M=1.50; DP=0.33).

Tabela 97. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* do *Coping* centrado no problema em função do último ECE realizado

ECE	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> a)
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	1.51	0.65	0.00	2.27	47.120	.000	13.322	.000	4>1, 2,
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	1.61	0.70	0.43	2.70			Brown-Forsythe		3, 5, 6, 7; p=.000
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	1.66	0.42	0.70	3.00			16.130	.000	3>5, p=.038
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	2.05	0.63	0.73	2.83					3>6, p=.001
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	1.50	0.38	1.00	2.00					3>7, p=.025
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	1.47	0.24	1.20	3.00					
7 Integração à vida profissional	130	1.50	0.33	1.10	1.83					
Total	1210	1.57	0.57	0.00	3.00					

a) Teste de *Games-Howell* para as comparações *Post hoc*

Relativamente à subescala do *coping* focado nas emoções, a análise dos resultados da ANOVA (Tabela 98) permitem concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias da escala *coping* centrado nas emoções em função do ECE realizado [$F(6, 691.843)=2.867, p=.009$]. Os estudantes que realizaram o ECE de Saúde Mental e Psiquiátrica evidenciaram médias estatisticamente superiores (M=1.07; DP=0.71) aos estudantes que realizaram o EC Médico-Cirúrgico (M=0.82; DP=0.53), Enfermagem de Saúde Comunitária (M=0.81; DP=0.57) e integração à vida profissional (M=0.79; DP=0.47).

Tabela 98. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes Post do *Coping* centrado nas emoções em função do último ECE realizado

ECE	Não	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		Post hoc ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	0.82	0.53	0.00	2.25	5.710	.000	2.991	.007	4>1, p=.045
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	0.81	0.57	0.00	2.71			Brown-Forsythe		4>2, p=.049
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	0.87	0.55	0.00	3.00			2.867	.009	4>7, p=.030
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	1.07	0.71	0.00	2.59					
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	0.85	0.50	0.00	2.05					
6 Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	0.84	0.45	0.00	2.82					
7 Integração à vida profissional	130	0.79	0.47	0.06	2.24					
Total	1210	0.84	0.54	0.00	3.00					

a) Teste de *Games-Howell* para as comparações *Post hoc*

Atendendo à utilização de estratégias de *coping* em geral e tendo em conta os dados da Tabela 99, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias do QEC em função do ECE realizado [$F(6, 728.780)=13.180, p=.000$]. Os estudantes que realizaram o ECE de Saúde Mental e Psiquiátrica ($M=1.69$; $DP=0.56$) evidenciaram médias estatisticamente superiores no QEC comparativamente com os colegas que realizaram os restantes ECE. Por sua vez, os estudantes que concluíram o ECE de Saúde Materna e Obstétrica obtiveram médias estatisticamente superiores ($M=1.37$; $DP=0.40$) aos colegas que estiveram no EC de desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados ($M=1.24$; $DP=0.26$).

Os estudantes que realizaram o ensino clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foram os que evidenciaram um maior recurso a estratégias de *coping*, quer centradas no problema, quer centradas nas emoções, podendo tais resultados estarem relacionados com a especificidade do referido ECE.

Tabela 99. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA, teste de Levene, teste Brown-Forsythe e testes *Post hoc* do coping total em função do último ECE realizado

ECE	Não	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1 Médico-Cirúrgico	392	1.26	0.54	0.00	2.24	29.687	.000	11.472	.000	4>1, 2, 3, 5, 6, 7; p=.000
2 Enfermagem de Saúde Comunitária	216	1.32	0.57	0.30	2.66					
3 Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	108	1.37	0.40	0.51	3.00			13.180	.000	3>6, p=.044
4 Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	84	1.69	0.56	0.51	2.70					
5 Enfermagem saúde infantil e Pediátrica	118	1.26	0.35	0.66	2.00					
6Desenvolvimento de competências básicas na prática de cuidados	162	1.24	0.26	0.81	2.94					
7Integração à vida profissional	130	1.25	0.30	0.77	1.98					
Total	1210	1.31	0.48	0.00	3.00					

a) Teste de *Games-Howell* para as comparações *Post hoc*

Ainda no âmbito da Hipótese 5, procurámos analisar se a percepção de *stress* em ECE exercia um efeito diferencial nas estratégias de coping utilizadas pelos estudantes. Da análise da Tabela 100 podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas no *coping* centrado no problema [$F(1, 1263.417) = 5.706, p = .017$] e no QEC total [$F(1, 1276) = 4.776, p = .029$] em função da percepção de *stress* em ECE. Os estudantes que não perceberam os ECE como stressantes apresentaram médias mais altas comparativamente com os colegas que avaliaram o ECE como stressante.

Tabela 100. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste de Brown-Forsythe das estratégias de *coping* em função da percepção de *stress* em ECE

QEC	Percepção de <i>stress</i>	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
<i>Coping</i> centrado no problema	Sim	697	1.54	0.57	0.00	2.93	5.625	.018	5.622	.018
	Não	581	1.61	0.52	0.00	3.00				
	Total	1278	1.58	0.55	0.00	3.00				
<i>Coping</i> centrado na emoção	Sim	697	0.83	0.54	0.00	2.71	.955	.329	.967	.326
	Não	581	0.86	0.52	0.00	2.82				
	Total	1278	0.85	0.53	0.00	2.82				
Total	Sim	697	1.29	0.48	0.00	2.66	3.708	.054	4.776	.029
	Não	581	1.34	0.45	0.00	2.94				
	Total	1278	1.31	0.47	0.00	2.94				

Na amostra em estudo, o sexo constitui um factor preditivo apenas para o *coping* centrado no problema. O ano de frequência do curso e o ensino clínico realizado revelaram exercer um efeito diferencial nas estratégias de *coping* utilizadas. A percepção de *stress* em ECE exerceu um efeito diferencial no *coping* centrado no problema e no *coping* Total. Os resultados apresentados permitem confirmar desta forma, apenas parcialmente, a Hipótese 5.

6. Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é constituída por quatro factores. Cada factor apresenta uma pontuação contínua, resultante da soma dos itens que o constituem. Uma vez que os vários factores não apresentavam o mesmo número de itens e para que se pudessem estabelecer, mais facilmente, comparações dos resultados, optou-se pelo cálculo da média reduzida. Por conseguinte, as pontuações para a ESSS e respectivos factores variam entre o mínimo de 1 e o máximo de 5, representando os valores mais altos uma maior satisfação com o suporte social.

De modo a conhecermos a satisfação dos estudantes com o seu suporte social, obtida através da ESSS, calculámos a amplitude, bem como a média e o desvio-padrão nas diferentes dimensões e na escala global, conforme os dados apresentados na Tabela 101.

Tabela 101. Médias reduzidas, desvios-padrão, mínimos e máximos da satisfação com o suporte social (SSS)

Escala/ Factor	Descrição do factor	n	Média	DP	Mínimo	Máximo
1	Intimidade	1283	3.98	0.89	1.00	5.00
2	Actividades sociais	1283	3.21	0.95	1.00	5.00
3	Satisfação com a família	1283	3.66	0.94	1.00	5.00
4	Satisfação com amigos	1283	3.32	0.89	1.00	5.00
Total	Escala Total	1283	3.54	0.68	1.07	5.00

De acordo com a Hipótese 6 pretendíamos verificar se existiam diferenças na satisfação com o suporte social em função do sexo, do ano de frequência do curso, da mudança de residência e da percepção de *stress* em ECE.

Relativamente à variável sexo, da leitura da Tabela 102, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no factor satisfação com a intimidade [$F(1, 1281)=4.528, p=.034$], sendo que as raparigas estão mais satisfeitas com a intimidade ($M=4.00$; $DP=0.89$), que os rapazes ($M=3.87$; $DP=0.90$).

No que se refere ao factor satisfação com as actividades sociais também se verifica a existência de diferenças significativas [$F(1, 1281)=9.741, p=.002$] em função do sexo, apresentando os rapazes ($M=3.39$; $DP=0.94$) médias superiores às raparigas ($M=3,17$; $DP=0.95$).

Na escala satisfação com a família não se registam diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

Quanto à satisfação com os amigos constata-se a existência de diferenças significativas [$F(1, 382,929)=12.721, p=.000$], sendo que os rapazes ($M=3.50$; $DP=0.82$) apresentam médias superiores às das raparigas ($M=3.59$; $DP=0.90$).

Em termos da escala global não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social em função do sexo.

Tabela 102. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe da satisfação com o suporte social em função do sexo

SSS	Sexo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Intimidade	Masculino	239	3.87	0.90	1.00	5.00	1.713	.191	4.528	.034
	Feminino	1044	4.00	0.89	1.00	5.00				
	Total	1283	3.98	0.89	1.00	5.00				
Actividades sociais	Masculino	239	3.39	0.94	1.00	5.00	0.233	.629	9.741	.002
	Feminino	1044	3.17	0.95	1.00	5.00				
	Total	1283	3.21	0.95	1.00	5.00				
Satisfação com a família	Masculino	239	3.63	0.98	1.00	5.00	1.437	.231	.355	.551
	Feminino	1044	3.67	0.93	1.00	5.00				
	Total	1283	3.66	0.94	1.00	5.00				
Satisfação com amigos	Masculino	239	3.50	0.82	1.00	5.00	4.877	.027	11.220	.001
	Feminino	1044	3.28	0.90	1.00	5.00				
	Total	1283	3.32	0.89	1.00	5.00				
Total	Masculino	239	3.59	0.68	1.07	5.00	0.135	.713	2.027	.155
	Feminino	1044	3.52	0.68	1.13	5.00				
	Total	1283	3.54	0.68	1.07	5.00				

Procurámos também verificar se existiam diferenças na satisfação com o suporte social em função do ano de frequência do curso. Tendo em conta os dados sistematizados na Tabela 103, constata-se que não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas. O ano de frequência do curso não tem um efeito diferencial na percepção do suporte social.

Tabela 103. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA e teste de Levene da satisfação com o suporte social em função do ano de frequência do curso

SSS	Ano de curso	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Intimidade	1.º ano	191	4.03	0.91	1.00	5.00	1.316	.268	0.315	.814
	2.º ano	369	3.98	0.93	1.00	5.00				
	3.º ano	438	3.97	0.84	1.00	5.00				
	4.º ano	285	3.95	0.91	1.00	5.00				
	Total	1283	3.98	0.89	1.00	5.00				
Actividades sociais	1º ano	191	3.15	0.98	1.00	5.00	0.828	.479	1.981	.115
	2º ano	369	3.13	0.95	1.00	5.00				
	3º ano	438	3.26	0.93	1.00	5.00				
	4º ano	285	3.28	0.96	1.00	5.00				
	Total	1283	3.21	0.95	1.00	5.00				

Satisfação com a família	1º ano	191	3.78	0.93	1.00	5.00	1.405	.240	1.466	.222
	2º ano	369	3.63	0.95	1.00	5.00				
	3º ano	438	3.66	0.90	1.00	5.00				
	4º ano	285	3.61	0.98	1.00	5.00				
	Total	1283	3.66	0.94	1.00	5.00				
Satisfação com amigos	1º ano	191	3.47	0.92	1.00	5.00	1.050	.369	2.261	.080
	2º ano	369	3.27	0.87	1.00	5.00				
	3º ano	438	3.31	0.87	1.00	5.00				
	4º ano	285	3.32	0.93	1.00	5.00				
	Total	1283	3.32	0.89	1.00	5.00				
Satisfação total	1º ano	191	3.60	0.68	1.87	4.87	0.501	.681	0.936	.423
	2º ano	369	3.50	0.67	1.07	5.00				
	3º ano	438	3.54	0.66	1.60	5.00				
	4º ano	285	3.53	0.71	1.13	5.00				
	Total	1283	3.54	0.68	1.07	5.00				

Finalmente, na Hipótese 6, procurámos também analisar o efeito da mudança de residência aquando do ingresso no curso na satisfação com o suporte social.

Da análise da Tabela 104 verifica-se a existência de diferenças significativas nas médias de satisfação com as actividades sociais, satisfação com a família e com amigos e na ESSS Total em função da deslocação da residência habitual do estudante. Aqueles que não mudaram de residência aquando do ingresso no ensino superior apresentaram médias estatisticamente superiores aos colegas que estão deslocados do ambiente familiar. Isto é, os estudantes não deslocados estão mais satisfeitos com o seu suporte social.

Tabela 104. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste Brown-Forsythe da satisfação com o suporte social em função da mudança de residência aquando do ingresso no ensino superior

SSS	Mudança de residência	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
							Levene	p	F	p
Intimidade	Não	495	4.01	0.87	1.00	5.00	0.752	.386	1.274	.259
	Sim	788	3.96	0.90	1.00	5.00				
	Total	1283	3.98	0.89	1.00	5.00				
Actividades sociais	Não	495	3.29	0.96	1.00	5.00	0.072	.789	5.171	.023
	Sim	788	3.16	0.95	1.00	5.00				
	Total	1283	3.21	0.95	1.00	5.00				
Satisfação com a família	Não	495	3.84	0.95	1.00	5.00	0.661	.416	31.266	.000
	Sim	788	3.54	0.92	1.00	5.00				
	Total	1283	3.66	0.94	1.00	5.00				

Satisfação com amigos	Não	495	3.41	0.90	1.00	5.00	1.339	.247	7.272	.007
	Sim	788	3.27	0.88	1.00	5.00				
	Total	1283	3.32	0.89	1.00	5.00				
Total	Não	495	3.62	0.71	1.07	5.00	7.186	.007	13.944	.000
	Sim	788	3.48	0.66	1.13	5.00				Brown-Forsythe
	Total	1283	3.54	0.68	1.07	5.00			13.476	.000

No que se refere à satisfação com o suporte social em função da percepção de *stress* em ECE, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, tanto em cada um dos factores como na escala total, sendo que os estudantes que não consideram os ECE stressantes são aqueles que estão mais satisfeitos com o seu suporte social (Tabela 105).

Tabela 105. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA e teste de Levene e teste Brown-Forsythe da satisfação com o suporte social em função da percepção de *stress* em ECE

SSS	Percepção de stress						Homocedasticidade		ANOVA	
		n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Levene	p	F	p
Intimidade	Sim	697	3.93	0.92	1.00	5.00	4.393	.036	5.096	.024
	Não	581	4.04	0.85	1.00	5.00			Brown-Forsythe	
	Total	1278	3.98	0.89	1.00	5.00			5.169	.023
Actividades sociais	Sim	697	3.09	0.95	1.00	5.00	0.357	.550	25.677	.000
	Não	581	3.36	0.93	1.00	5.00				
	Total	1278	3.21	0.95	1.00	5.00				
Satisfação com a família	Sim	697	3.58	0.92	1.00	5.00	0.089	.765	10.889	.001
	Não	581	3.75	0.95	1.00	5.00				
	Total	1278	3.66	0.94	1.00	5.00				
Satisfação com amigos	Sim	697	3.19	0.87	1.00	5.00	1.125	.289	36.625	.000
	Não	581	3.49	0.89	1.00	5.00				
	Total	1278	3.32	0.89	1.00	5.00				
Satisfação total	Sim	697	3.44	0.66	1.13	5.00	0.750	.386	32.897	.000
	Não	581	3.65	0.68	1.07	5.00				
	Total	1278	3.54	0.68	1.07	5.00				

Os resultados obtidos permitem confirmar, em parte, a Hipótese 6, verificando-se a existência de diferenças significativas na subescala *satisfação com a intimidade*, as *actividades sociais* e os *amigos* em função do sexo dos estudantes. Por sua vez, o ano de frequência do curso não exerceu um efeito diferencial na satisfação com o suporte social. Com excepção do factor intimidade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social em função da mudança de residência,

aquando do ingresso no ensino superior. A percepção de *stress* em ECE exerceu um efeito diferencial na satisfação com o suporte social.

7. Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo

7.1. Auto-Estima

A auto-estima dos estudantes foi avaliada com uma versão traduzida e adaptada *The Self-Esteem Scale* Mehrabian (1998). Tendo em conta as normas (M=17; DP=14) apresentadas pelo autor, constata-se que os estudantes no geral ao nível da auto-estima situam-se acima da média (Tabela 106).

Tabela 106. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da auto-estima

n	Mínimo	Máximo	Média	DP
1283	-1.00	40.00	21.82	8.67

De acordo com a Hipótese 7 e com o objectivo de verificar a existência de diferenças na auto-estima em função do sexo dos estudantes, realizou-se a análise univariada (ANOVA).

Da análise da Tabela 107, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na auto-estima em função do sexo.

Tabela 107. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e Brown-Forsythe da auto-estima em função do sexo

Sexo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
						Levene	p	F	p
Masculino	239	21.95	9.48	-1	40	5.566	.018	0.059	.808
Feminino	1044	21.80	8.48	-1	40			Brown-Forsythe	
Total	1283	21.82	8.67	-1	40			0.052	.820

Ainda no que se refere à Hipótese 7, pretendíamos verificar se o ano de frequência do curso exercia um efeito diferencial na auto-estima. Na Tabela 108, encontramos os dados relativos à auto-estima em função do ano de frequência do curso verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas [(F3,

1279)=5.094, $p=.002$]. Os estudantes que se encontravam no 4.º ano ($M=23.11$; $DP=8.52$) apresentaram médias ao nível da auto-estima estatisticamente superiores comparativamente com os colegas do 1.º ($M=20.66$; $DP=9.13$) e do 2.º ano ($M=20.90$; $DP=8.30$).

Tabela 108. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste *Post hoc* da auto-estima em função do ano de frequência do curso

Ano	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> a)
						Levene	p	F	p	
1.º ano	191	20.66	9.13	-1	40	1.376	.249	5.094	.002	4º>1º, p=.027 4º>2º, p=.015
2.º ano	369	20.90	8.30	0	40					
3.º ano	438	22.28	8.75	-1	40					
4.º ano	285	23.11	8.52	0	40					
Total	1283	21.82	8.67	-1	40					

a) Teste de Sheffé para as comparações *Post hoc*

Para avaliar o efeito diferencial da percepção de *stress* em ECE na auto-estima apresentamos a ANOVA realizada (Tabela 109). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na auto-estima em função da percepção de *stress* em ECE [$F(1, 1276)=6.784$, $p=.009$]. Os estudantes que não avaliaram o ECE como stressante ($M=22.50$; $DP=8.54$) apresentaram médias estatisticamente superiores aos que percebem o ECE como stressante ($M=21.23$; $DP=8.76$).

Tabela 109. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene da auto-estima em função da percepção de *Stress* em ECE

Percepção de <i>Stress</i>	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
						Levene	p	F	p
Sim	697	21.23	8.76	-1	40	1.313	.252	6.784	.009
Não	581	22.50	8.54	0	40				
Total	1278	21.81	8.68	-1	40				

Os dados sistematizados nas Tabelas 107 a 109 permitem confirmar parcialmente a Hipótese 7, tendo-se verificado um efeito diferencial do ano de frequência do curso e da percepção de *stress* na auto-estima.

7.2. Optimismo-Pessimismo

Com o objectivo de avaliar o optimismo pessimismo dos estudantes recorreremos à versão traduzida e adaptada *The Optimism-Pessimism Scale* (Mehrabian, 1998). Tendo em conta as normas (M=10; DP=12) apresentadas pelo autor constata-se que os estudantes ao nível do optimismo situam-se em torno da média (Tabela 110).

Tabela 110. Mínimos, máximos, média e desvio-padrão do optimismo-pessimismo

n	Mínimo	Máximo	Média	DP
1283	-24.00	32.00	10.24	11.40

De acordo com a Hipótese 8, procurámos analisar o efeito diferencial do sexo dos estudantes no optimismo. Os resultados sistematizados na Tabela 111 evidenciam que o sexo não exerce um efeito estatisticamente significativo no nível de optimismo-pessimismo.

Tabela 111. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene do Optimismo-Pessimismo em função do sexo

Sexo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
						Levene	p	F	p
Masculino	239	11.14	11.15	-24	32	0.056	.813	1.814	.178
Feminino	1044	10.03	11.45	-24	32				
Total	1283	10.24	11.40	-24	32				

No respeitante às diferenças nas médias do optimismo em função do ano de frequência do curso, os resultados da ANOVA, presentes na Tabela 112, permitem constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do optimismo-pessimismo [$F(3, 1279)=4.654, p=.003$]. Constata-se que os estudantes do 4.º ano apresentaram médias estatisticamente superiores aos colegas dos 2.º e 3.º anos.

Tabela 112. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos, ANOVA, teste de Levene e teste *Post hoc* do optimismo-pessimismo em função do ano de frequência do curso

Ano	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA		<i>Post hoc</i> ^{a)}
						Levene	p	F	p	
1.º ano	191	10.76	11.97	-23	32	1.153	.326	4.654	.003	4º>2º, p=.006
2.º ano	369	9.04	11.31	-24	32					
3.º ano	438	9.75	11.53	-24	32					4º>3º, p=.044
4.º ano	285	12.21	10.69	-19	32					
Total	1283	10.24	11.40	-24	32					

a) Teste de Sheffé para as comparações *Post hoc*

Ainda na Hipótese 8 e procurando avaliar o efeito diferencial da percepção de *stress* realizou-se uma ANOVA. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no optimismo em função da percepção de *stress* em ECE [F(1, 1276)=23.696, p=.000]. Os estudantes que não consideram o ECE stressante (M=11.90, DP=11.28) apresentaram médias estatisticamente superiores aos colegas que o consideram stressante (M=8.81; DP=11.29) (Tabela 113).

Tabela 113. Médias, desvios-padrão, mínimo e máximo, ANOVA e teste de Levene do optimismo-pessimismo em função da percepção de *stress*

Percepção de <i>stress</i>	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	Homocedasticidade		ANOVA	
						Levene	p	F	p
Sim	697	8.81	11.29	-24	32	0.026	.873	23.696	.000
Não	581	11.90	11.28	-24	32				
Total	1278	10.21	11.39	-24	32				

A leitura das Tabelas 111 a 113, permitem confirmar apenas parcialmente a Hipótese 8, tendo-se verificado somente um efeito diferencial do ano de frequência do curso e da percepção de *stress* na auto-estima.

8. Stress, Sintomas do Stress, Coping, Suporte Social, Auto-Estima e Optimismo-Pessimismo: Suas relações

Para além do estudo diferencial das variáveis de natureza sócio-demográfica e do ECE nos constructos em estudo, procurámos analisar a correlação entre os mesmo.

Considerando a Hipótese 9 que postulava a existência de correlações significativas entre a percepção de situações de *stress* em ECE e os sintomas do *stress*, a satisfação com o suporte social, a auto-estima e o optimismo-pessimismo, procedemos ao cálculo das correlações de Pearson, valores sistematizados nas Tabelas seguintes.

A análise da matriz de correlações mostra associações estatisticamente positivas (baixas a moderadas) entre todas as dimensões da percepção de situações de *stress* em ECE e a sintomatologia do *stress*, sendo que quanto maior a percepção de situações de *stress* mais sintomas do *stress*. Tal resultado aponta para a especificidade das medidas (Tabela 114).

As estratégias que estão mais fortemente relacionadas com a percepção de situações de *stress* referem-se às relacionadas com o *coping* centrado no problema. No entanto, o valor das correlações é de baixa magnitude.

Tabela 114. Correlações entre situações de *stress* em ECE e sintomas do *stress* e estratégias de *coping*

		Situações de <i>stress</i> em ECE						
		Orientação em ECE	Situações específicas Enfermagem	Avaliação	Aspectos pessoais	Gestão tempo e trabalho	Total	
Sintomas do <i>Stress</i>	Cognitivo-emocionais	r	.388**	.385**	.364**	.417**	.444**	.486**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Físicos	r	.343**	.305**	.371**	.299**	.406**	.405**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Comportamentais	r	.248**	.173**	.186**	.139**	.234**	.238**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	ESS total	r	.393**	.364**	.426**	.375**	.446**	.470**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Estratégias de <i>coping</i>	<i>Coping</i> Centrado no problema	r	-.131**	-.148**	-.080**	-.075**	-.070*	-.127**
		p	.000	.000	.004	.007	.012	.000
	<i>Coping</i> centrado na emoção	r	-.058*	-.046	-.033	-.010	.001	-.042
		p	.037	.103	.231	.710	.982	.137
	Total	r	-.122**	-.130**	-.074**	-.060*	-.052	-.113**
		p	.000	.000	.008	.031	-.063	.000

** Correlação significativa a .01 (bicaudal)

Na Tabela 115 é apresentada a análise correlacional entre a percepção de situações de *stress* em ECE e a satisfação com o suporte social. Os resultados obtidos permitem confirmar a H9 que previa a existência de associação entre as referidas variáveis. Todavia, embora estatisticamente significativas, a magnitude das relações obtidas foi fraca ($r=-.152$ e $r=-.205$, $p=.000$). Os valores da correlação mais elevados

verificam-se entre a dimensão da satisfação com as actividades sociais e as diversas dimensões da Escala de *Stress*. Isto é, quanto mais satisfeitos com as actividades sociais menor a percepção de situações de *stress* em ECE.

Ainda no âmbito da relação entre as variáveis em estudo, pretendíamos verificar qual a relação entre percepção de situações de *stress* e auto-estima e optimismo-pessimismo, testando dessa forma a Hipótese 9. Da análise da Tabela 115 verifica-se a existência de correlações negativas e estatisticamente significativas entre a percepção de situações de *stress* e a auto-estima e o optimismo. Analisando os valores da correlação de Pearson verifica-se que os mesmos são mais elevados entre o *Stress* em ECE e o Optimismo-Pessimismo, ainda que de magnitude baixa.

Tabela 115. Correlações entre situações de *stress* em ECE, satisfação com o suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo

		Situações de <i>stress</i> em ECE						
		Orientação em ECE	Situações específicas Enfermagem	Avaliação	Aspectos pessoais	Gestão tempo e trabalho	Total	
Satisfação Suporte Social	Intimidade	r	-.058*	-.049	-.007	-.011	-.022	-.040
		p	.038	.081	.811	.685	.430	.152
	Actividades Sociais	r	-.230**	-.271**	-.262**	-.231**	-.183**	-.282**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Família	r	-.077**	-.039	-.071*	-.045	-.080**	-.074**
		p	.006	.167	.011	.111	.004	.008
	Amigos	r	-.146**	-.139**	-.196**	-.140**	-.176**	-.186**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Total	r	-.179**	-.178**	-.188**	-.152**	-.160**	-.205**
		p	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Auto-estima	r	-.090**	-.189**	-.098**	-.193**	-.044	-.144**
		p	.001	.000	.000	.000	.114	.000
Optimismo-Pessimismo	r	-.194**	-.221**	-.220**	-.252**	-.164**	-.247**	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

* Correlação significativa a .05 (bicaudal)

** Correlação significativa a .01 (bicaudal)

De acordo com a Hipótese 10 que previa a existência de correlações significativas entre os sintomas do *stress* e a satisfação com o suporte social, a auto-estima e o optimismo-pessimismo, procedemos ao cálculo dos valores da correlação de Pearson.

A análise correlacional sistematizada na Tabela 116 permite constatar a existência de uma associação inversa e estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social, nas diversas dimensões e total e a sintomatologia do *stress*. No entanto

trata-se de uma correlação moderada, oscilando os valores do coeficiente de Pearson entre $r=.107$ e $r=.354$. Verifica-se uma vez mais valores de correlação mais elevados entre a satisfação com as actividades sociais e as restantes dimensões. Isto é, os sujeitos que reportaram experienciar menos frequentemente sintomas de *stress* tendem a evidenciar uma maior satisfação com as actividades sociais.

Verificaram-se, ainda, correlações negativas e estatisticamente significativas entre os sintomas do *stress*, a auto-estima e o optimismo. Ou seja, níveis mais elevados de auto-estima e optimismo estão associados a uma menor frequência de sintomas do *stress*. Os valores da associação entre as variáveis são mais elevados relativamente ao optimismo, oscilando os valores da correlação de Pearson entre $r=-.275$ (sintomas físicos) e $r=-.429$ (sintomas cognitivo-emocionais) (Tabela 116).

Tabela 116. Correlações entre sintomas do *stress*, satisfação com o suporte social, auto-estima e optimismo-pessimismo

		Sintomas do <i>stress</i>				
		Cognitivo-emocionais	Físicos	Comportamentais	Total	
Satisfação Suporte Social	Intimidade	r	-.181**	-.107**	-.223**	-.182**
		p	.000	.000	.000	.000
	Actividades Sociais	r	-.354**	-.268**	-.234**	-.343**
		p	.000	.000	.000	.000
	Família	r	-.166**	-.145**	-.142**	-.173**
		p	.000	.000	.000	.000
	Amigos	r	-.292**	-.234**	-.208**	-.290**
		p	.000	.000	.000	.000
	Total	r	-.344**	-.260**	-.278**	-.342**
		p	.000	.000	.000	.000
Auto-estima	r	-.262**	-.177**	-.166**	-.244**	
	p	.000	.000	.000	.000	
Optimismo-Pessimismo	r	-.429**	-.275**	-.308**	-.408**	
	p	.000	.000	.000	.000	

**Correlação significativa a .01 (bicaudal)

Relativamente à relação entre as estratégias de coping e a satisfação com o suporte social (Tabela 125) não se verificaram associações estatisticamente significativas, com excepção do factor satisfação com a família e *coping* centrado no problema, contudo de magnitude negligenciável ($r=.064$, $p=.022$).

De acordo com a Hipótese 11, procurámos verificar se existiam correlações significativas entre a satisfação com o suporte social e a auto-estima e o optimismo-pessimismo, valores sistematizados na Tabela 117.

Podemos constatar a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a auto-estima e o optimismo-pessimismo. Uma vez mais, o factor satisfação com as actividades sociais é aquele que se associa de uma forma mais forte, quer com a auto-estima ($r=.363$, $p=.000$), quer com o optimismo-pessimismo ($r=.476$, $p=.000$).

Os resultados permitem confirmar na totalidade a hipótese 11 formulada.

Tabela 117. Correlações da satisfação com o suporte social e a auto-estima e o optimismo-pessimismo

		Intimidade	Actividades Sociais	Satisfação com a Família	Satisfação com Amigos	ESSS
Auto-estima	r	.310**	.363**	.195**	.296**	.402**
	p	.000	.000	.000	.000	.000
Optimismo-Pessimismo	r	.277**	.476**	.245**	.350**	.465**
	p	.000	.000	.000	.000	.000

**Correlação significativa a 0.01 (bicaudal)

Por último, no que se refere à correlação entre a auto-estima e o optimismo-pessimismo, prevista na Hipótese 12, os resultados foram ao encontro do esperado, tendo-se verificado uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($r=.595$, $p=.000$), confirmando-se desta forma a hipótese enunciada.

Finda a apresentação e análise dos resultados e pretendendo uma maior clarificação da informação apresentada sistematizamos na Tabela 118 as hipóteses indicando se as mesmas foram corroboradas ou não.

Tabela 118. Sistematização das hipóteses e respectiva análise

Hipóteses	Resultados
<p>H1 – Existem diferenças na percepção de situações de <i>stress</i> em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Ano de frequência do curso • Opção no curso 	<p>Hipótese confirmada no que se refere ao efeito diferencial do sexo e do ano de frequência do curso.</p> <p>A opção no curso exerceu em efeito diferencial na percepção de situações de <i>avaliação</i>.</p>

<p>H2 – Efeito diferencial na percepção de situações de <i>stress</i> em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECE realizado • Supervisor • Grau de correspondência das expectativas 	<p>Hipótese confirmada na totalidade.</p>
<p>H3 – Efeito diferencial na Sintomatologia do <i>stress</i> em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Ano de frequência do curso • Percepção de <i>stress</i> em ECE 	<p>Hipótese confirmada na totalidade.</p>
<p>H4 – Correlação entre sintomas do <i>stress</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepção de saúde antes do ECE • Percepção de saúde depois do ECE • Nível de <i>stress</i> percebido em ECE 	<p>Hipótese confirmada na totalidade.</p>
<p>H5 – Efeito diferencial nas estratégias de coping em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Ano de frequência do curso • ECE realizado • Percepção de <i>stress</i> em ECE 	<p>O sexo apenas exerceu um efeito diferencial no coping centrado no problema. Confirmou-se o efeito do ano e do ECE, na totalidade. A percepção de <i>stress</i> exerceu efeito diferencial no coping centrado na emoção e no total.</p>
<p>H6 – Existem diferenças na satisfação com o suporte social em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Ano de frequência do curso • Mudança de residência • Percepção de <i>stress</i> em ECE 	<p>Hipótese parcialmente confirmada. Com exceção do ano de frequência do curso, todas as variáveis têm um efeito diferencial na satisfação com o suporte social.</p>
<p>H7 – Efeito diferencial na Auto-estima em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Ano de frequência do curso • Percepção de <i>stress</i> em ECE 	<p>Hipótese confirmada apenas no que se refere ao efeito diferencial do ano e da percepção de <i>stress</i>.</p>
<p>H8 – Efeito diferencial no Optimismo-Pessimismo em função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Ano de frequência do curso • Percepção de <i>stress</i> em ECE 	<p>Hipótese confirmada apenas no que se refere ao efeito diferencial do ano e da percepção de <i>stress</i>.</p>
<p>H9 – Correlação entre percepção de situações de <i>stress</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas do <i>stress</i> • Satisfação com suporte social • Auto-estima • Optimismo-Pessimismo 	<p>Hipótese totalmente confirmada.</p>
<p>H10 – Correlação entre sintomas de <i>stress</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação com suporte social • Auto-Estima • Optimismo-Pessimismo 	<p>Hipótese totalmente confirmada.</p>

H11 – Correlação entre Satisfação com suporte: <ul style="list-style-type: none">• Auto-estima• Optimismo-Pessimismo	Hipótese totalmente confirmada.
H12 – Correlação entre auto-estima <ul style="list-style-type: none">• Optimismo-Pessimismo	Hipótese totalmente confirmada.

Capítulo V – Discussão dos Resultados

Este capítulo incidirá essencialmente sobre a discussão dos resultados, comparando-os com os dados encontrados por outros investigadores no âmbito da temática abordada. Teceremos ainda algumas considerações sobre as implicações que os resultados obtidos poderão ter no âmbito da formação em contexto clínico.

Os ensinamentos clínicos confrontam os estudantes com múltiplas e complexas tarefas que terão que resolver de forma bem sucedida para que possam progredir e desenvolver-se a nível pessoal, relacional, académico e profissional.

A percepção do que é ou não stressante depende da forma como cada um avalia as próprias situações e os recursos de que dispõe para fazer face às mesmas. Para a maioria dos respondentes, o ECE foi avaliado como stressante reflectindo uma avaliação pessoal do mesmo como tendo uma componente de ameaça/perigosidade para o seu bem-estar. Dos 1278 estudantes que referiam o nível de *stress* a que se sentiram expostos durante o ECE, 384 (30%) identificaram um nível moderado de *stress* e 303 (23.7%) estudantes apontaram bastante *stress*. Fizeram alusão à percepção de exposição a muito *stress* 89 estudantes (7%). Estes resultados são consistentes com os estudos que reconhecem e identificam os ECE como contextos de aprendizagem e desenvolvimento passíveis de induzirem *stress* nos estudantes (Oliveira, 1998a; Omigbodun, Onibokun, Yusuf, Odukogbe & Omigbodun, 2004; Tully, 2004).

Relativamente à figura de apoio a que os estudantes recorreram quando algo correu mal no ECE constatou-se que aqueles procuraram com mais frequência as figuras de apoio formal. De entre estas, o enfermeiro orientador surgiu como a principal figura de apoio dos estudantes, seguindo-se a categoria que se referia ao enfermeiro orientador e/ou docente responsável pelo ensino clínico (Myrick & Barrett, 1994; Alarcão, 1996; Paulino, 2007). Tal poderá estar relacionado com o momento e a natureza das situações de *stress* com as quais os estudantes se confrontam e, por outro lado, com o facto do orientador ser a pessoa que está mais próxima e que acompanha mais de perto o estudante na sua prática clínica sendo por isso percebido como a figura que poderá prestar o tipo de suporte social percebido como necessário. Estes resultados parecem também serem indicadores de que os estudantes sentiam confiança na relação que estabeleceram com o enfermeiro orientador do ECE.

Em termos informais, os colegas, amigos e namorados traduzem a categoria de figuras mais frequentemente referida para providenciar suporte quando algo correu mal em ECE.

Quando consideramos o motivo que esteve subjacente à escolha da figura de apoio, verificámos ser a procura de suporte emocional e instrumental a razão mais referida no caso das figuras de apoio formal (Myrick & Barrett, 1994; Alarcão, 1996; Paulino, 2007).

O orientador e o docente responsável pelo ECE parecem assim desempenhar um papel crucial no suporte que fornecem aos estudantes em termos de apoio emocional e em termos de ajuda concreta na resolução das situações com as quais os mesmos se deparam no decurso do ECE.

No ECE, contexto em que o estudante se encontra em processo de formação e aprendizagem, os sentimentos de segurança e confiança são imprescindíveis para dissipar a insegurança, o medo de falhar e a pressão para a realização das tarefas que se constituem como fontes de *stress*. Ao centrarem a sua atenção e disponibilidade no estudante, orientadores e professores, estarão a contribuir para a promoção de uma auto-estima positiva e da auto-confiança dos estudantes. Com efeito um dos objectivos da supervisão é o apoio emocional aos estudantes (Almeida, 2006). Vários tipos de suporte social são necessárias, evidenciando a investigação particular destaque para o suporte emocional (Hamaideh, Mrayyan, Mudallal, Faouri & Khasawneh, 2008).

Por outro lado, o suporte instrumental também assume particular importância no superar de algumas dificuldades e na potencialização e gestão das oportunidades de aprendizagem. Ao fornecerem suporte instrumental, orientadores e professores, estarão a contribuir para o desenvolvimento das competências, conhecimentos e atitudes do estudante (Ramos, 2003). Tal traduz a importância do suporte social para fazer face às situações com as quais os indivíduos se confrontam na sua prática clínica (Hamaideh *et al.*, 2008), criando condições para que os estudantes sejam co-participantes na sua própria formação e no seu processo de desenvolvimento.

Um dos objectivos a que nos propusemos foi procurar conhecer, na perspectiva do estudante, quais as situações mais indutoras de *stress* em ECE. A prossecução deste objectivo foi operacionalizada através de uma questão de resposta aberta e através da construção e validação de uma Escala de Situações de *Stress* em ECE.

Da análise de conteúdo das questões de resposta aberta verificámos que as situações mais indutoras de *stress* que os estudantes vivenciaram no último ensino clínico realizado incidiram na organização e desenvolvimento do ECE, nas questões da avaliação, nas situações relacionadas com os aspectos pessoais, seguidas das situações específicas de Enfermagem. Tais categorias de resposta vão ao encontro das dimensões e dos resultados obtidos através da Escala de Situações de *Stress* em ECE, contribuindo também para a sua validade.

Relativamente à Escala de *Stress* em ECE, com base nos resultados da análise factorial, a solução de cinco factores revelou-se a mais adequada. Os factores e os respectivos itens sugerem uma solução bastante satisfatória, interpretável e conceptualmente coerente. Consideramos que, de uma forma global, os itens satisfazem os critérios psicométricos exigidos, pelo que podemos afirmar que avaliam a dimensão a que pertencem. Os valores de correlação obtidos abonam em favor da homogeneidade dos itens incluídos, indicando que cada parte se subordina ao todo, isto é, que cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir. Dadas as fortes correlações entre cada item e as subescalas poder-se-á questionar se todos os itens em cada subescala serão necessários. Uma sugestão futura será a determinar a existência de itens redundantes na Escala de *Stress* em ECE, com vista ao desenvolvimento de um instrumento mais reduzido onde a validade e a fidelidade sejam igualmente asseguradas.

Todavia, após a análise das propriedades psicométricas da Escala de *Stress* em ECE construída, que conduziu à eliminação de alguns itens, podemos concluir que a mesma possui validade de conteúdo e objectividade. Por outro lado, a consistência interna, calculada através do coeficiente alfa de Cronbach, revelou valores bastante satisfatórios, apresentando a escala global um alfa de .96 e as subescalas valores de alfa oscilando entre .85 e .93.

Com base na totalidade da amostra foram determinados os valores médios da percepção dos estudantes acerca das situações de *stress*. Ao contrário de estudos que apontam no sentido dos ECE serem percebidos como indutores de níveis elevados de *stress* (Shipton, 2002; Timmins & Kaliszer, 2002), pudemos constatar que a maioria dos estudantes evidenciou um nível moderado de percepção de situações de *stress* em ECE. Este resultado contudo vai ao encontro de dados obtidos num estudo recente no âmbito do *stress* em ECE, evidenciando os estudantes também níveis moderados de *stress* (Chan *et al.*, 2009). Este nível de percepção de situações de *stress* poderá ser tradutor de que as situações com as quais os estudantes se deparam e, de um modo global, o próprio ensino clínico não são avaliados como constituindo uma ameaça, mas antes um desafio. Efectivamente, o ECE é perspectivado como um contexto fundamental de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências, sendo uma etapa formativa que é esperada com muitas expectativas pelos estudantes, podendo o mesmo ser avaliado sob a forma de desafio.

Este resultado poderá estar ainda relacionado com o facto dos estudantes da nossa amostra serem optimistas e terem um auto-estima positiva, o que poderá influenciar o processo de avaliação primária, evidenciando menos percepção de *stress* e/ou o processo de avaliação secundária, no sentido de uma percepção de disponibilidade de recursos para

fazer face às situações. Com efeito, a investigação tem salientado que os optimistas tendem a reportar níveis mais baixos de *stress* (Nes & Segerstrom, 2006; Ben-Zur, 2008). Por outro lado, os indivíduos com uma auto-estima positiva tendem a ser mais orientados por e para objectivos sendo mais produtivos e mais prováveis de se envolverem em actividades, podendo encarar as situações como menos ameaçadoras e indutoras de *stress* (Mcgee & Williams, 2000; Christie-Mizell *et al.*, 2008).

Uma das principais fontes de *stress* percebidas pelos estudantes em ECE refere-se às questões relacionadas com a avaliação. Este factor de *stress* tem sido igualmente encontrado em estudos desenvolvidos junto de estudantes de Enfermagem em ECE (Oliveira, 1998a; Oliveira, 1998b; Sheu *et al.*, 2002; Shipton, 2002; Timmins & Kaliszer, 2002; Tully, 2004; Rodrigues & Veiga, 2006).

A avaliação parece ser encarada como uma situação de ameaça. Situações que poderiam ser de aprendizagem podem, muitas vezes, ser percebidas pelos estudantes como situações de avaliação, condicionando o seu próprio desempenho. Para além das implicações de natureza académica decorrentes da avaliação, as questões da iniquidade neste processo podem igualmente acarretar prejuízos ao nível da relação que o estudante estabelece quer com o orientador, quer com os seus colegas podendo comprometer o processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Os estudantes necessitam de *feedback* positivo e de suporte dos orientadores, requisitos imprescindíveis a um contexto de aprendizagem positivo com contributos para o bem-estar dos mesmos e dos próprios utentes (Shipton, 2002).

Outra situação identificada como indutora de *stress* prende-se com os aspectos pessoais. Os dados encontrados são consistentes com resultados obtidos noutros estudos (Beck, 1993; Sheu *et al.*, 2002; Timmins & Kaliszer, 2002; Tully, 2004; Paulino, 2007; Chan *et al.*, 2009). Apesar do estudante estar em processo de aprendizagem e formação a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem prestados à pessoa são inquestionáveis. Por este motivo, a aprendizagem realizada em contexto prático reveste-se de particular importância, mas também de particular cuidado e responsabilidade. Com efeito, um erro pode ter graves implicações e consequências, podendo em último caso, culminar na morte de uma pessoa (Carvalho, 2003). Esta possibilidade pode ter repercussões não só nos estudantes, comprometendo a sua capacidade de autonomia e iniciativa sendo dominados pelo medo e falta de confiança nas suas capacidades, mas também nos orientadores que poderão adoptar uma postura de maior controlo sobre os mesmos.

Por outro lado, os conhecimentos adquiridos na escola podem ser considerados como insuficientes de modo a desenvolver competências e criar a auto-confiança necessária à prestação de cuidados.

No processo do cuidado, a pessoa é o centro de interesse, que necessita de ajuda e a solicita, sendo o estudante a pessoa que será (in)capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um acto mecânico, mas um acto humanístico (Amendoeira, 2000).

Perante a necessidade de executar determinado procedimento os estudantes, por vezes, ficam tão nervosos que falham a técnica e só com a repetição e promoção de auto-confiança é que conseguem ultrapassar este obstáculo (Simões *et al.*, 2008).

Para minimizar estes efeitos salienta-se, uma vez mais, o papel imprescindível de um profissional (mais experiente) que transmita confiança e suporte, assegurando que a prática do estudante detém uma qualidade e segurança semelhante à do enfermeiro, não interferindo com o bem-estar da pessoa.

Seria importante a criação de um espaço (físico, numa comunidade virtual...) e tempo que permitisse aos estudantes partilharem as suas preocupações, dúvidas, medos, receios e experiências clínicas funcionando como um contexto apoiante e securizante.

A gestão e organização do tempo e do trabalho, foi a terceira categoria de situações indutoras de *stress* identificadas em ECE. O *stress* imposto pelas exigências de conjugação das experiências de aprendizagem em contexto clínico com a carga de trabalho académico é frequente nos estudantes de Enfermagem (Gwele & Uys, 1998; Paulino, 2007).

Os estudantes parecem revelar dificuldades em gerir o trabalho, de natureza prática e/ou teórica, desenvolvida no âmbito do ECE, face ao tempo de que dispõem. Deste modo, os mesmos reportam a existência de pouco tempo disponível para o envolvimento em actividades de lazer, relegando por vezes, para segundo plano a vida social e familiar, propostas avançadas pelos mesmos como actividades a desenvolver. O tempo insuficiente para realizar trabalhos e a conciliação do estudo com a vida pessoal e familiar foram factores de *stress* também identificados por Cavanagh e Snape (1997).

Para os profissionais da área da saúde o tempo é especialmente precioso. Desse modo, é fundamental estabelecer prioridades e assegurar que aquilo que está a ser feito está a sê-lo do modo mais eficiente possível (Robert, 2006). A gestão do tempo e do trabalho também poderão ser temáticas sobre as quais importa intervir.

Por último, identificaram-se como fonte de *stress* as situações relacionadas com aspectos específicos da profissão de Enfermagem e os factores relacionadas com a orientação em ECE. Implica um planeamento cuidado do ECE, uma clarificação de objectivos, de papéis e de responsabilidades de todos os intervenientes (Ramos, 2003).

Considerando as hipóteses, no que concerne à diferenciação da percepção dos estudantes acerca das situações stressantes em ECE em função do sexo, verificou-se em todas as dimensões e na escala total diferenças estatisticamente significativas, resultando

em qualquer um dos casos numa percepção maior de situações indutoras de *stress* por parte das raparigas. Tais resultados são igualmente consistentes com os obtidos em estudos anteriores, realizados com estudantes do ensino superior, os quais de forma similar verificaram que, de um modo geral, as raparigas tendem a experienciar mais *stress* do que os rapazes (Oliveira, 1998a; Misra *et al.*, 2000; Baker, 2003; Oliveira, 2003a; Pau & Croucher, 2003; Faria *et al.*, 2004; Pires *et al.*, 2004; Tully, 2004; Almeida, 2006; Pau *et al.*, 2007; Gomes *et al.*, 2008). Em 2009, um estudo de Francisco reforçou a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo dos estudantes estagiários, evidenciando as raparigas médias mais elevadas de *stress* e de sintomas do *stress*.

A explicação para a percepção de mais situações de *stress* por parte das raparigas pode estar relacionado com as práticas de socialização, favorecendo as raparigas ao nível da expressividade das suas vivências.

Relativamente ao ano de frequência do curso verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a percepção de situações indutoras de *stress* em todos os factores e na escala total. De um modo geral, foram os estudantes do 1.º ano que evidenciaram uma percepção menor de situações indutoras de *stress* em ECE, comparativamente com os colegas dos outros anos (Supe, 1998). Tal poderá estar relacionado, quer com a duração do ECE (ECE de menor duração), quer com o tipo de instituição/serviço onde o mesmo decorreu, bem como os objectivos estipulados. Os primeiros ECE realizados pelos estudantes são, de um modo geral, fundamentalmente, dirigidos para o contacto com o indivíduo saudável nas diversas etapas da sua vida. Assim, ocorrem em Centros de Saúde, creches e/ou Jardins de Infância e em lares/residências para pessoas idosas, podendo por esta razão serem percepcionados como tendo menos situações de *stress*. O facto dos estudantes do 1.º ano evidenciarem uma menor percepção de situações indutoras de *stress* em comparação aos restantes colegas poderá estar relacionado com o facto de, ao longo do curso, os estudantes terem uma participação mais activa nos cuidados prestados, recaindo sobre eles uma maior exigência profissional, acarretando dessa forma também mais responsabilidade. Estes estudantes podem sustentar expectativas mais elevadas acerca do seu próprio desempenho à medida que progridem na sua formação académica (Tully, 2004).

Em geral, os estudantes do 3.º e 4.º anos evidenciaram uma percepção de situações indutoras de *stress* mais baixa que os seus colegas do 2.º ano. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores, que evidenciam que os estudantes do 1.º ano apresentam menos *stress* do que os dos restantes anos (Lo, 2002; Tully, 2004) e que os estudantes dos últimos anos apresentam menos *stress* do que os dos anos iniciais, mais concretamente dos que frequentam o 2.º ano (Baldwin *et al.*, 2003).

O 2.º ano pode ser visto como um período de transição no qual é requerido aos estudantes que despendam uma maior quantidade de tempo no ECE comparativamente com o 1.º ano (IP & Chan, 2005). Neste sentido, os estudantes do 2.º ano têm sido referidos como os que percebem as experiências em ECE como indutoras de mais *stress*. Tal poderá evidenciar a necessidade de melhor preparar os estudantes do 2.º ano para esta transição, garantindo-lhe igualmente o suporte social que necessitem.

Os estudantes dos 3.º e 4.º anos munidos de uma maior quantidade e profundidade de conhecimentos e competências na prática da enfermagem estarão mais cientes do ECE e de tudo o que o envolve e estarão melhor adaptados a essa realidade de aprendizagem e como tal estarão menos propensos a avaliar as situações como indutoras de *stress*.

Estes resultados poderão estar relacionado com o facto de que à medida que progredem no curso, com o domínio da actividade, com a experiência vem a transformação da competência, levando esta mudança a uma melhoria das actuações (Benner, 2005).

À medida que os estudantes progredem no seu percurso académico poderão igualmente desenvolver estratégias de *coping* mais adequadas para lidarem com as situações, ajustando as suas expectativas pessoais, académicas e profissionais aos dados da realidade, diminuindo a probabilidade da percepção de *stress*. Conforme Simões e colaboradores (2008), a formação dos estudantes ao longo do curso vai-lhes conferir uma maior responsabilidade e autonomia no sentido de intervir e dar resposta aos desafios e às situações com as quais se confrontam na prática clínica

É de pressupor que o estudante, paulatinamente, vá adquirindo um maior domínio das técnicas, dos procedimentos e dos conhecimentos e segurança no exercício da sua (futura) prática profissional e, tal o torne menos vulnerável ao *stress*.

Por outro lado, os resultados obtidos parecem evidenciar que as percepções dos estudantes acerca das mesmas situações sofrem alterações ao longo do tempo. Tal suporta a conceptualização transaccional do *stress* subjacente a este trabalho, salientando que não é somente o contexto que determina o *stress*, mas também a percepção subjectiva da situação. Ao longo do curso, os estudantes obtêm novas informações e competências que lhes permitem interpretar e avaliar de forma diferente as situações com as quais se deparam.

Os estudantes do último ano são, supostamente, detentores de maior capacidade de auto-regulação, autonomia e confiança nas suas próprias capacidades, com um sentido mais preciso de si próprio e dos projectos que pretendem concretizar no futuro (Caires, 2006). Por conseguinte, estes estudantes encontram-se mais estáveis no que diz respeito à vida académica e, como tal, “menos stressados”.

Os estudantes que viram concretizado o seu desejo e expectativa de ingresso no Curso de Enfermagem em 1.^a opção demonstraram uma menor percepção de situações de *stress* no que concerne aos aspectos pessoais. Este resultado pode traduzir, por um lado, a sua motivação e o seu investimento na prática do ECE e, por outro, uma maior confiança nas suas próprias capacidades para fazer face às situações com as quais se confrontam.

O facto de (não) estar no curso da primeira opção é uma variável a considerar dado que pode influenciar o (des)investimento no curso e a adopção de comportamentos e estratégias de *coping* menos eficazes para lidar com as situações de *stress*. No que se refere à trajectória escolar, a maioria dos estudantes entrou no curso alvo da sua primeira opção de candidatura. O não entrar no curso de primeira opção poderá constituir uma situação que conduz à frustração e ao desencanto, o que pode trazer dificuldades acrescidas no lidar com as dificuldades e exigências com as quais os estudantes se confrontam. Se um estudante entra num curso que não é a sua primeira preferência é concebível que o seu interesse no e pelo mesmo possa não ser tão elevado comparativamente com aquele que é disponibilizado por um estudante cujo curso que frequenta tenha sido a sua primeira opção (Mills, Heyworth, Rosenwax, Carr & Rosenberg, 2009).

Os resultados obtidos também permitiram concluir que os estudantes que referiram um grau de correspondência entre as suas expectativas e o ECE moderado obtiveram médias mais elevadas na percepção de situações de *stress* comparativamente com os colegas que referiram um grau de correspondência elevado.

Os estudantes do 2.^o ano, nomeadamente na área da prestação de cuidados diferenciados, nos serviços de Cirurgia e Medicina, são os que se confrontam com situações potencialmente agressivas, geradoras de grande *stress*, medos, incertezas e insegurança, que necessitam de ser geridas e ultrapassadas com o apoio dos supervisores (Fonseca, 2006). Consistente com estes dados, de um modo geral, os estudantes que realizaram o ECE médico-cirúrgico evidenciaram médias mais elevadas na percepção de situações de *stress*, seguindo-se os estudantes que realizaram o ECE de saúde infantil e pediátrica. Os estudantes no ECE saúde infantil e pediátrica podem experienciar uma maior insegurança, angústia, medos e dificuldades em lidar com as crianças e o seu sofrimento (Fonseca, 2006).

Globalmente, também se verificou que os estudantes cujo ECE decorreu no hospital evidenciaram uma percepção de situações de *stress* mais elevada.

O trabalho em qualquer tipo de unidade de cuidados de saúde e, mais especificamente em ambiente hospitalar, assume um carácter muito pesado, na medida em

que confronta o estudante com a doença e os doentes, com a dor, com o sofrimento, com a vida e a morte (Admi, 1997; Jones & Johnston, 1997).

Os estudantes que tiveram como supervisor o docente da escola apresentaram médias superiores aos que foram supervisionados pelo enfermeiro do local do ECE. Tal resultado poderá estar relacionado com o facto da figura do professor estar associada a uma função avaliativa. Por outro lado, em virtude da presença do docente ser menos efectiva pode contribuir para a não resolução imediata de situações que, eventualmente, possam surgir.

Os estudantes que tiveram como supervisor o enfermeiro contratado pela escola evidenciaram médias mais elevadas comparativamente com os estudantes supervisionados pelo enfermeiro do local de ECE nas dimensões referentes à avaliação, aspectos pessoais e gestão do tempo e do trabalho. Tal poderá estar relacionado com o facto do enfermeiro contratado não fazer parte da instituição onde decorria o ECE.

Oermann e Standfest (1997) não constataram a existência de variação de *stress* em função da supervisão nos locais de estágio ser feita por um professor do curso de enfermagem ou por um orientador do local de estágio.

Os estudantes que avaliaram o ECE como stressante obtiveram médias mais elevadas em todas as sub-escalas e Escala de *Stress* em ECE. Constatou-se ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de *stress* em ECE e a referida escala. Tais resultados concorrem para a validade da Escala de *Stress* em ECE.

Outro dos objectivos a que nos propusemos no âmbito deste trabalho foi a construção e validação da Escala de Sintomas do *Stress*, que demonstro ter propriedades psicométricas muito satisfatórias. O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach revelou bons níveis de consistência interna da escala total ($\alpha=.95$) e em cada um dos factores (oscilando os valores do α entre .73 e .95), sugerindo que cada um deles mede, individualmente, um único constructo. Num próximo estudo uma das sugestões vai no sentido de melhorar o factor 3, referente aos sintomas comportamentais do *stress*, procurando ser mais exaustivos na caracterização dos mesmos.

No que se refere aos sintomas do *stress*, verificámos que os estudantes referiram uma frequência mais elevada de sintomas cognitivo-emocionais e físicos, apesar de a mesma não ter sido muito elevada. Estes resultados são consistentes com os de estudos anteriores que evidenciaram como mais prevalentes as alterações a nível físico e psicológico em consequência do *stress* percebido pelos estudantes (Almeida, 2006; Seyedfatemi *et al.*, 2007; Pacheco, 2008; Francisco, 2009). Outros autores (Sheu *et al.*, 2002) verificaram ser os sintomas comportamentais que apresentam as implicações mais

frequentes decorrentes do *stress*. Tal, no entanto, não se verificou neste trabalho. Este facto, poderá ser explicado por os estudantes que constituem a nossa amostra frequentarem um curso da área da saúde estando por isso mais atentos e mais sensibilizados à adopção de comportamentos mais saudáveis, podendo receber ao longo do curso formação científica relacionada com a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis (Matos & Sousa-Albuquerque, 2006). Equacionando-se esta hipótese, as escolas constituem elas próprias um local promotor de saúde. Outro argumento para este resultado será que à medida que progredem no curso haverá, por parte dos estudantes, uma tendência para evidenciarem melhores comportamentos de saúde.

Com base nos resultados da Escala de Sintomas de *Stress*, procurámos verificar a hipótese que tinha em consideração o facto do sexo poder ser um factor preditivo dos sintomas do *stress*. Verificámos que as raparigas, de um modo global, evidenciaram mais sintomas do *stress* em comparação com os seus colegas. De uma forma mais específica, as raparigas apresentaram sintomas cognitivo-emocionais e físicos superiores aos rapazes. Tais resultados vão no sentido da investigação realizada ao nível das diferenças de sexo nos sintomas do *stress* em estudantes (Misra *et al.*, 2003; Nerdrum *et al.*, 2006; Francisco, 2009).

Estes resultados reflectem também o padrão identificado em estudos realizados junto de profissionais de Enfermagem, onde também se constatou uma maior tendência para as mulheres apresentarem mais problemas de saúde física do que os homens (Gomes *et al.*, 2008). De um modo geral, as mulheres tendem a ser mais afectadas pelo *stress* do que os homens (Santos *et al.*, 2004).

Tendo em conta o efeito do ano de frequência do curso verificou-se que os estudantes do 1.º ano foram aqueles que referiram uma menor frequência de sintomas do *stress* comparativamente com os colegas dos restantes anos. Pelo contrário, os estudantes do 2.º ano foram aqueles que referiram experienciar mais sintomas do *stress*. Tal contribui para a validade dos resultados obtidos com a Escala de *Stress* em ECE, ou seja, os estudantes que têm uma maior percepção de situações de *stress* são igualmente aqueles que experienciaram mais sintomas do *stress*.

No mesmo sentido vão os resultados obtidos quando analisámos a percepção do *stress*. Ou seja, os estudantes que têm a percepção do ECE ser stressante evidenciaram mais sintomas do *stress*.

Com o objectivo de conhecermos quais as estratégias de *coping* que os estudantes utilizam para lidarem com as situações de *stress* em ECE, foi solicitado aos estudantes o preenchimento de uma escala de estratégias de *coping* (QEC), constituído por subescalas do QEC. constatou-se que todos os itens apresentam correlações positivas e

estatisticamente significativas com as respectivas subescalas, o que nos remete para a homogeneidade dos constructos avaliados por cada uma das subescalas consideradas. Verifica-se ainda que cada item sustenta a sua inclusão na respectiva escala, não se confundindo com a outra, dado que a sua exclusão não faria aumentar o nível de consistência interna.

As duas subescalas apresentam níveis satisfatórios de fidelidade variando o valor do alfa de Cronbach entre .88 (*coping* focado nas emoções) e .93 (*coping* focado no problema), com um valor para o QEC total de .94. Tais valores são indicativos de que o QEC possui um nível de estabilidade considerado bastante satisfatório. Os dois factores encontrados são consistentes com a distinção teórica ao nível das estratégias de *coping*, traduzindo-se na taxonomia: *coping* centrado no problema e *coping* centrado nas emoções (Folkman & Moskowitz, 2004).

Os resultados do QEC permitiram constatar que as estratégias de *coping* a que os estudantes recorreram com mais frequência foram as estratégias centradas nos problemas sendo os resultados consistentes com os obtidos por outros estudos junto desta população (Kirkland, 1998; Mahat, 1998; Seyedfatemi *et al.*, 2007). A análise da correlação entre as sub-escalas indica que as estratégias de *coping* orientadas para as emoções e as estratégias orientadas para o problema surgem associadas de forma positiva e estatisticamente significativa. Os estudantes tendem a utilizar ambas as estratégias de *coping* para fazer face às situações (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus, 1993; Varela & Leal, 2007), o que parece indicar que no confronto com as situações de *stress* os estudantes têm de lidar, com as exigências da situação e com as emoções decorrentes das mesmas.

As raparigas não reportaram uma utilização mais frequente de estratégias de *coping* centradas nas emoções comparativamente com os rapazes, o que vai no sentido contrário ao verificado noutros estudos (Ptacek *et al.*, 1992; Washburn-Ormachea & Hillman, 2000). Por sua vez, os rapazes evidenciaram uma maior tendência para recorrerem a *coping* centrado no problema. Os dados obtidos são consistentes com os obtidos em estudos anteriores (Byrne, 2000; Swickert & Hittner, 2009). Tal poderá estar relacionado com a hipótese de socialização sendo os rapazes mais encorajados e estimulados a envolverem-se em métodos mais instrumentais e de resolução das situações de uma forma mais directa e racional (Ptacek *et al.*, 1992; Blalock & Joiner, 2000). Os homens em termos educativos tendem a ser encorajados no sentido de uma maior independência e a resolverem as questões de uma forma autónoma (Darling *et al.*, 2007).

Tendo em conta o ano de frequência do curso, os estudantes do 3.º ano foram aqueles que recorreram com mais frequência a uma maior diversidade de estratégias de

coping para lidarem com as situações de *stress*. Este dado poderá estar relacionado com a avaliação secundária, ou seja, com a percepção de terem recursos para lidarem com as situações com as quais se defrontam no ECE.

A existência de eventuais diferenças ao nível das estratégias de *coping* em função do ano de frequência do curso poderá dever-se ao facto dos estudantes irem gradualmente adquirindo estratégias mais eficazes para lidarem com as situações com as quais se deparam em ECE. À medida que progredem no curso e à medida que se vão confrontando com as situações da prática da Enfermagem, os estudantes poderão também ir diversificando e aumentando o seu repertório de estratégias de *coping* que vão seleccionado em função da interacção que estabelecem com o contexto.

Os estudantes que perceberam os ECE como stressantes apresentaram uma frequência menor no uso de estratégias de *coping* centradas no problema e estratégias de *coping* em geral, comparativamente com os colegas que não perceberam o ECE como stressante. Tendo por base o referencial teórico da perspectiva transaccional do *stress* estes resultados poderão estar relacionados com a avaliação que os estudantes fazem da disponibilidade dos recursos para fazer face às situações. O facto de poderem ter a percepção de não terem esta capacidade para lidar com a situação pode influenciar a percepção do ECE como stressante. Com efeito, as diferenças individuais nos níveis de *stress* são mediadas pelas estratégias pessoais de avaliação e de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Os estudantes que realizaram o ECE de saúde mental e psiquiátrica e de saúde materna e obstétrica referiram um uso mais frequente de estratégias de *coping* centradas nos problemas. Os estudantes do ECE de saúde mental e psiquiátrica referiram ainda um recurso mais frequente a estratégias de *coping* centradas nas emoções. Tal poderá estar relacionado com a especificidade das problemáticas a que se reporta o referido ECE.

Relativamente ao suporte social, reconhece-se a importância de factores de natureza psicossocial, nomeadamente o suporte social, na qualidade da adaptação dos estudantes aos desafios e exigências que lhes são colocados no seu processo de formação e o seu consequente impacto no desenvolvimento pessoal, social, académico e profissional dos estudantes (Diniz & Almeida, 2006).

A satisfação com o suporte social foi avaliada com recurso à Escala de Satisfação com o Suporte Social. A estrutura factorial obtida com recurso ao procedimento estatístico da análise factorial em componentes principais, com rotação *Varimax* e *Oblimin* para a escala global, não correspondeu aos factores encontrados pelo autor (Pais-Ribeiro, 1999). Não obstante, a solução factorial encontrada, tendo em conta aspectos como o *eigenvalue*, o nível de saturação dos itens nos factores, o valor da correlação corrigida, foi considerada

satisfatória, considerando-se os factores encontrados pertinentes tendo em conta a conceptualização teórica subjacente à ESSS. A existência de estruturas factoriais diferentes obtidas com base em diferentes amostras e situações evidencia a natureza contextual e a sensibilidade do suporte social (Pais-Ribeiro, 2007).

Os amigos podem ser considerados pessoas íntimas, o que pode sugerir que a amostra em estudo apresenta uma determinada tendência para associar os constructos intimidade e amizade, considerando-se que as amizades como relações que envolvem necessariamente um grau de intimidade. As relações de amizade que proporcionam companheirismo são provavelmente também por definição relações pautadas pela intimidade dado que implicam que a outra pessoa despenda de tempo para se dedicar ao outro. Os dados do nosso estudo revelaram que os estudantes demonstraram mais satisfação com a intimidade e com a família.

No que se refere à satisfação com o suporte social verificámos que o sexo exerce um efeito diferencial. Verificaram-se diferenças entre rapazes e raparigas no que diz respeito às sub-escalas de satisfação com a intimidade, com as actividades sociais e com os amigos. As raparigas evidenciaram uma maior satisfação com a intimidade enquanto que os rapazes revelaram-se mais satisfeitos com as actividades sociais e com os amigos. Estes resultados poderão estar relacionados com os valores associados aos papéis sexuais enfatizando e valorizando no caso das raparigas as relações de maior proximidade, cuidado e expressividade emocional e, desta forma, as relações de intimidade (van Well & Kolk, 2007).

Dada a frequência do ES e muitas vezes dos ensinamentos clínicos implicarem a mudança da residência habitual procurámos igualmente estudar o efeito desta variável na satisfação com o suporte social. Verificámos que os estudantes que tiveram de se deslocar da residência habitual para ingressarem no ensino superior revelaram menos satisfação com o suporte social no que se refere à satisfação com as actividades sociais, família, com os amigos e na escala total. Com efeito, a mudança de residência pode ter implicado um afastamento da família e dos amigos e, conseqüentemente, uma diminuição do envolvimento em actividades sociais, diminuindo a satisfação com o suporte social em geral. Efectivamente, uma das tarefas associadas aos estudantes deslocados é o estabelecimento de novas relações, de novas amizades e contactos sociais (Stocker & Faria, 2008). Foi interessante verificar que não se registaram diferenças em termos das relações de intimidade.

Os estudantes que se afastam do ambiente familiar para ingressarem no ES demonstram maiores níveis de *homesickness*, estado cognitivo, emocional e motivacional, em que predomina o *stress* e prejuízo funcional provocado pelo afastamento real ou previsto de casa e da família (Pereira & Vagos, 2008).

Os estudantes que perceberam o ECE como stressante revelaram menos satisfação com o suporte social.

Um outro objectivo a que nos propusemos no âmbito deste trabalho foi traduzir e validar a Escala de Auto-Estima e a Escala de Optimismo-Pessimismo desenvolvidas por Mehrabian (1998).

Relativamente à Escala de Auto-Estima, a organização factorial obtida permitiu concluir que os itens desta escala se organizaram, na presente amostra, de forma coincidente com a encontrada pelo autor para a escala original (*ibidem*, 1998), ou seja, numa estrutura unidimensional.

A fidelidade da Escala de Auto-Estima foi aferida através do coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha=.78$) e confirmada através de análise factorial, a qual revelou uma solução considerada satisfatória e semelhante à do autor da escala, que se insere noutra contexto cultural.

Relativamente à Escala de Optimismo-Pessimismo, a solução factorial obtida pelo autor da escala evidencia que os itens da mesma constituem um único factor, uma dimensão única bipolar optimismo-pessimismo, sendo a mesma considerada também unidimensional. O alfa obtido neste estudo para esta escala foi de .83.

No nosso estudo, os estudantes revelaram uma auto-estima positiva e um nível de optimismo média.

Relativamente ao efeito diferencial do sexo na auto-estima, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na auto-estima em função do sexo dos estudantes, ao contrário do encontrado noutros estudos (Batista & Pereira, 2009). Porém, importa referir que Mehrabian (1998), autor da escala de auto-estima utilizada no presente estudo também não constatou a existência de diferenças entre homens e mulheres ao nível da auto-estima.

À semelhança do observado para a auto-estima também não se registaram diferenças estatisticamente significativas no optimismo-pessimismo em função do sexo. Este resultado suporta o encontrado por outras pesquisas no âmbito do optimismo disposicional onde não se verificaram diferenças significativas no nível de optimismo entre rapazes e raparigas do ensino secundário e superior (Peterson & Seligman, 2004; Huan *et al.*, 2006). Mehrabian (1998) autor da escala de optimismo-pessimismo também não constatou a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível do optimismo.

O ano de frequência do curso parece ser preditor da auto-estima dos estudantes. Os estudantes do 4.º ano apresentam médias mais elevadas aos dos seus colegas dos 1.º e 2.º anos. Este padrão repete-se ao nível do optimismo, continuando os estudantes do 4.º ano a apresentarem médias mais elevadas comparativamente aos dos 2.º e 3.º anos. Estes

resultados também poderão contribuir para a compreensão dos resultados ao nível da percepção de situações de *stress* e dos sintomas do *stress*, dado que os estudantes do 4.º ano evidenciaram médias mais baixas nestes dois aspectos estudados. Estas variáveis parecem desempenhar um efeito protector do *stress* (Peterson, 2000; Ben-Zur, 2003; Grote *et al.*, 2007; Ben-Zur, 2008).

Os estudantes que avaliam o ECE como stressante evidenciam médias mais baixas em termos de auto-estima e optimismo (Huan *et al.*, 2006; Gorbett & Kruczek, 2008).

No sentido de avaliar as tendências de relação entre as variáveis em estudo e consideradas as hipóteses enunciadas, procedemos ao cálculo dos valores da correlação de Pearson. A análise das correlações entre as variáveis evidencia uma associação significativa entre a percepção de *stress* e os sintomas do *stress*. Ou seja, quanto maior a percepção de situações de *stress* mais sintomas do *stress* são referidos pelos estudantes. Estes resultados, consistentes com a literatura, contribuem para a validade dos instrumentos de recolha de dados construídos no âmbito deste estudo.

Dado o *stress* estar intimamente ligado ao *coping*, seria de esperar que o uso das estratégias de *coping* estivesse relacionado com o *stress* percebido (Lequerica *et al.*, 2008). Porém, no presente estudo, apenas se verificou uma correlação negativa e estatisticamente significativa embora de baixa magnitude entre o *coping* focado no problema e a percepção de situações de *stress*. Os estudantes que referiram recorrer a estratégias de *coping* focadas nos problemas evidenciaram uma menor percepção de situações de *stress*.

Não se verificou uma associação significativa entre o *coping* focado nas emoções a percepção de situações indutoras de *stress* (Heiman & Kariv, 2004).

Os resultados deste estudo confirmam a correlação entre a percepção de situações de *stress* em ECE e a satisfação com o suporte social, indicando assim uma importante área de intervenção (aumento ou reforço das redes de apoio de forma directa ou indirecta).

De um modo geral, verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa mais forte entre a sub-escala satisfação com as actividades sociais e a satisfação com os amigos e as várias dimensões da Escala de *Stress* em ECE.

Quanto maior a satisfação com as actividades sociais e com os amigos, menor a percepção de situações de *stress* nas diversas subescalas e na Escala de *Stress* em ECE total. A satisfação com os amigos e com as actividades sociais poderá constituir uma fonte de informação, confiança, ajuda e estima podendo desta forma funcionar como um recurso de *coping* disponível em caso de necessidade (Stewart *et al.*, 2001; Pinheiro & Ferreira, 2002). O suporte social poderá também exercer influência na forma como o indivíduo encara as situações com as quais se depara e no modo como lida com as mesmas (Button, 2008).

De um modo geral, constatou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre optimismo e auto-estima e a percepção de situações de *stress* em ECE.

Os estudantes que obtiveram pontuações mais elevadas nas medidas de optimismo referiram significativamente menos percepção de situações de *stress* do que os colegas mais pessimistas. Estes resultados são consistentes com os obtidos noutros estudos que evidenciam que o optimismo influencia a experiência de *stress* (Scheier & Carver, 1992; Baldwin *et al.*, 2003).

O optimismo, conceptualizado em termos de diferenças individuais, pode influenciar o processo de avaliação cognitiva de um acontecimento stressante (Peterson, 2000).

O optimismo disposicional parece ajudar os estudantes a lidarem melhor com situações de *stress* fazendo com que eles usem os seus recursos de uma forma mais eficaz.

O nível de *stress* percepcionado no ensino clínico obteve uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o optimismo, sendo contudo de magnitude baixa ($r = -.175$, $p = .000$).

Os estudantes que obtiveram pontuações mais elevadas nas medidas de auto-estima e optimismo poderão avaliar-se a si próprios como mais capazes de lidarem com as situações com que se deparam, não as experienciando dessa forma como stressantes. Poderão, no entanto, avaliar as situações mais em termos de desafio do que de ameaça ou dano. Estes resultados revelam que os estudantes que são mais optimistas acerca do seu futuro tendem a referir menos *stress* percebido que os seus colegas pessimistas. Tais dados vão ao encontro da investigação que tende a evidenciar que quanto mais optimistas, menor a percepção de situações de *stress* (Chang, 2002; Ben-Zur, 2003; Huan *et al.*, 2006; Grote & Bledsoe, 2007; Grote *et al.*, 2007; Ben-Zur, 2008).

A auto-estima elevada tem também surgido associada a uma menor percepção de situações de *stress* (Gorbett & Kruczek, 2008), todavia, no âmbito deste trabalho, tal correlação embora significativa não foi muito forte.

Os estudantes com uma auto-estima e optimismo elevados tendem a incidir em aspectos positivos e agradáveis em vez de aspectos negativos e desagradáveis. Por outro lado, perspectivam-se a eles próprios como exercendo um maior controlo sobre as circunstâncias que os rodeiam (Mehrabian, 1998).

Quanto mais elevado for a auto-estima e o optimismo mais o indivíduo será capaz de lidar de uma forma adequada com as situações indutoras de *stress*. Tais indivíduos possuirão um sentimento de confiança que as questões irão ser resolvidas de forma bem sucedida o que conduzirá a uma menor probabilidade de experienciar *stress*. Esta confiança

também poderá facilitar o envolvimento em comportamentos promotores de saúde e evitamento de problemas de saúde.

Uma auto-estima elevada e um optimismo elevado facilitam a gestão do *stress* e a regulação emocional dado estarem associados a elevados traços de alegria e prazer e a baixos níveis de ansiedade e depressão (Mehrabian, 1998). Deste modo, aqueles que possuem auto-estima e optimismo mais elevados são mais capazes de lidar com o *stress* e regular as emoções devido ao facto de ser menos provável a focalização primeiramente nos elementos negativos associados a situações stressantes ou difíceis. Ao invés, há maior probabilidade de encontrarem particularidades positivas e benéficas em tais experiências e de lidarem com as dificuldades de modo confiante e optimista e, conseqüentemente, mais facilmente conseguem dominar as emoções negativas (Mehrabian, 1998).

As pessoas que apresentem uma auto-estima e optimismo elevados são pessoas com uma maior probabilidade de perspectivar o seu futuro de um modo positivo e esperançoso, de sentir confiança e optimismo acerca da realização dos seus objectivos e, por conseguinte, perseguir esses objectivos com persistência e resiliência suficiente.

Analisando a correlação entre os sintomas do *stress* e as estratégias de *coping*, apesar da investigação evidenciar uma associação significativa e positiva entre *coping* centrado nas emoções e sintomas cognitivo-emocionais, físicos e comportamentais, a mesma não se verificou no presente estudo. Tal poderá estar relacionado com o facto deste tipo de estratégias ter sido referido com pouca frequência pelos estudantes.

O recurso a estratégias de *coping* centradas no problema surge associado a uma menor frequência de sintomas cognitivo-emocionais, porém de uma magnitude negligenciável (Endler & Parker, 1994). Outros estudos não referem a existência de tais associações (Compas *et al.*, 2001; Folkman & Moskowitz, 2004).

Quando analisada a relação entre os sintomas do *stress* e a satisfação com o suporte social verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa, sendo que quanto maior a satisfação com o suporte social menor a experiência de sintomas do *stress*. A satisfação com as actividades sociais desenvolvidas e com os amigos parecem constituir um efeito positivo, quer ao nível da percepção de situações de *stress*, quer ao nível dos seus sintomas.

O suporte social parece ter um efeito protector do impacto do *stress* contribuindo desta forma para a redução dos sintomas do *stress* (Cohen & Wills, 1985; Sarason *et al.*, 1990; Lazarus, 1999; Coelho & Pais-Ribeiro, 2000; Gillespie *et al.*, 2001; Southwick *et al.*, 2005; Quick *et al.*, 2006; Ah *et al.*, 2007).

Estes resultados obtidos convergem no sentido de dados obtidos na literatura que referem associações entre o suporte social e a saúde dos indivíduos (Pais-Ribeiro, 1999; Schwarzer & Rieckmann, 2002; Östberg & Lennartsson, 2007).

A satisfação com o suporte social poderá estar relacionada com a percepção de disponibilidade de ajuda em caso de necessidade tornando desta forma os sujeitos menos vulneráveis ao *stress* e aos seus sintomas. As redes sociais desempenham um papel importante ao apoiarem os sujeitos durante as situações de *stress*.

Da análise da matriz de correlações entre os sintomas do *stress*, a auto-estima e o optimismo-pessimismo, verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa, sendo os valores de correlação mais fortes para a Escala do Optimismo-Pessimismo. Quanto mais elevada a auto-estima menos sintomatologia derivada do *stress* foi manifestada pelos estudantes (Mehrabian, 1998; Baumeister *et al.*, 2003; Christie-Mizell *et al.*, 2008; Gorbett & Kruczek, 2008; Brown *et al.*, 2009). Igual situação se verifica para o optimismo, sendo contudo a força de associação mais forte, neste caso (Mehrabian, 1998; Chang, 2002; Chang & Sanna, 2003; Kubzansky *et al.*, 2004; El-Anzi, 2005; Huan *et al.*, 2006; Martins & Paúl, 2006; Grote *et al.*, 2007; Armata & Baldwin, 2008; Ben-Zur, 2008; Fischer & Chalmers, 2008; Rasmussen *et al.*, 2009).

Os pessimistas referem um humor mais negativo e exibem mais perturbações do humor em resposta a diferentes stressores comparativamente com os optimistas (Scheier *et al.*, 1994).

Indivíduos com uma tendência mais optimista referem menos aborrecimentos diários, níveis de humor negativo mais baixos e melhor estado de saúde comparativamente com os indivíduos menos optimistas (Baker, 2007).

Relativamente à relação entre o Questionário de Estratégias de *Coping* e a auto-estima e o optimismo-pessimismo, no presente estudo a auto-estima surgiu correlacionada de modo positivo e estatisticamente significativo com o *coping* centrado no problema, contudo o valor da correlação é de magnitude negligenciável ($r=.075$, $p=.007$).

A investigação tem sugerido uma associação entre optimismo e *coping* centrado no problema (Chemers *et al.*, 2001), o que não se verificou no presente estudo.

Uma auto-estima elevada tende a estar associada a um *coping* activo e uma baixa auto-estima tende a estar associada ao evitamento (Tully, 2004).

O estudo revelou correlações positivas e significativas entre a satisfação com o suporte social e a auto-estima e o optimismo-pessimismo.

A auto-estima encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa com a intimidade. Os estudantes satisfeitos com a intimidade tendem a revelar uma auto-estima

mais elevada. A satisfação com as relações de intimidade estabelecidas poderão providenciar sentimentos de confiança e autonomia em relação a si próprios, reforçando o sentido da auto-estima.

A ESSS total apresenta uma correlação forte e positiva, quer com a auto-estima, quer com o optimismo. Isto é, quanto maior a satisfação com o suporte social, mais elevada a auto-estima e o optimismo. A pertença a redes de suporte social e a satisfação com a mesma parece estar relacionada com um sentido de identidade e uma valoração positiva de si próprio, um aumento de auto-confiança e uma perspectiva mais optimista.

Tais resultados reforçam dados obtidos noutros estudos que evidenciam que os indivíduos com uma auto-estima mais elevada e mais optimistas tendem a ter mais suporte social do que os pessimistas (Brisette *et al.*, 2002; McNicholas, 2002; Pinheiro & Ferreira, 2002; Dossey, 2006b; Wimberly *et al.*, 2008).

Fundamental para o sentido de valor pessoal, para a auto-estima é a crença de que o indivíduo é amado e aceite, ou seja, é a experiência de ser tratado com amor, cuidado e respeito (Miller & Daniel, 2007).

Por último, no que concerne à correlação entre auto-estima e optimismo-pessimismo, à semelhança de estudos anteriores, verificou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($r=.595$, $p=.000$), contribuindo este resultado para a validade das escalas traduzidas e adaptadas no âmbito deste estudo.

A investigação tem revelado que o optimismo-pessimismo tem surgido correlacionado de forma moderadamente forte e positiva com vários indicadores de bem-estar psicológico (auto-estima, auto-eficácia, controlo interno) e de forma moderadamente forte e negativa com várias medidas de desajustamento psicológico (ansiedade, neuroticismo, *stress* percebido, depressão, desânimo) (Scheier *et al.*, 1994; Mehrabian, 1998; El-Anzi, 2005).

Têm também sido referidas correlações moderadas e positivas entre a auto-estima e várias medidas de bem-estar psicológico e saúde (optimismo-pessimismo; felicidade, satisfação com a vida, popularidade) (Scheier *et al.*, 1994; Mehrabian, 1998). A auto-estima tem também estado correlacionada de forma moderada e negativa com vários indicadores de desajustamento psicológico (e.g., ansiedade, neuroticismo, irritabilidade, depressão, ressentimento e estados afectivos negativos) (Scheier *et al.*, 1994; Mehrabian, 1998).

Os estudos de Mehrabian (1998; Mehrabian, 2000) revelam a existência de uma correlação forte e positiva ($r= .69$) entre as duas escalas, tratando-se contudo de aspectos da personalidade distintos, sendo que o uso combinado destas duas escalas será profícuo para o aprofundar de relações com outras variáveis e medidas.

É do confronto e da análise das situações reais que os estudantes vão tomar consciência dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Franco, 2000). Tal pressupõe, para além dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, competências pessoais e relacionais (Dias & Pereira, 2005; Rodrigues *et al.*, 2005).

O estudante co-responsável pela sua formação vai adquirindo autonomia para intervir e dar resposta aos desafios e exigências colocadas pelo seu processo formativo e pela profissão de Enfermagem (Simões *et al.*, 2008).

Das propostas/actividades que os estudantes referiram que as escolas poderiam desenvolver de forma a ajudar os mesmos a lidar com o *stress*, as que foram mais frequentemente referidas incidiram na organização e desenvolvimento do ECE, na realização de workshops sobre *stress* e estratégias de *coping* e na promoção de actividades desportivas e recreativas. Estar envolvido e participar em actividades desportivas contribui para um modo de vida saudável dos jovens (Panachev, 2005).

Diversos estudos têm reforçado a necessidade de desenvolvimento e implementação de programas promotores do desenvolvimento pessoal e social, especificamente relacionados com o controlo do *stress* em contexto académico, dado que os estudantes com um melhor auto-controlo e com estratégias mais eficazes para lidarem com situações difíceis, têm revelado mais sucesso, quer em termos académicos, quer na sua vida pós-universitária (Carver & Scheier, 2002; Pereira, Motta, Pinto, Melo, Bernardino, Lopes, Ferreira, Mendes & Vaz, 2004).

Por conseguinte, os resultados deste estudo poderão ter implicações quer no âmbito do ensino, quer da prática da Enfermagem.

Ao nível da formação de enfermeiros, as instituições educativas deverão encorajar e criar condições para que os estudantes pratiquem em laboratório as suas competências de cuidados de enfermagem antes do início dos ECE. Simultaneamente, professores e orientadores de ECE deverão explicar claramente os objectivos e conteúdos deste processo de aprendizagem, de modo a que os estudantes tenham expectativas adequadas/realistas acerca do mesmo evitando assim *stress* desnecessário (Sheu *et al.*, 2002). A finalidade última será a adopção de abordagens, estratégias e concepções de ensino-aprendizagem e dos estudantes que sejam impulsionadoras de uma formação de sucesso.

Com efeito, a aprendizagem de estratégias mais adequadas para lidar com o *stress* encerra em si uma dupla mais-valia, acarretando benefícios no decurso do percurso académico e, posteriormente, aquando do exercício profissional (Mendes, 2002).

A escola deve desempenhar um papel importante ao nível da promoção de estratégias de intervenção, nomeadamente a nível das estratégias de prevenção e controlo do *stress*, de modo a melhorar o desempenho dos estudantes e proporcionar níveis de saúde e bem-estar dos mesmos. Como refere Vaz-Serra (2002) a prevenção do *stress* não tem como objectivo a sua erradicação, na medida em que este fenómeno tem também consequências positivas e é adaptativo. A prevenção do *stress* deve contrariar as consequências negativas, potenciando as positivas. Para isso é imprescindível a capacitação dos indivíduos de modo a lidarem eficazmente com as situações indutoras de *stress* com que se confrontam.

Capítulo VI - Conclusão

Concluído este trabalho, importa reflectir sobre o seu processo de realização, centrando-nos no ponto de chegada mas, simultaneamente, procurando vislumbrar novos pontos de partida.

Neste capítulo sistematizaremos as principais conclusões obtidas em função dos objectivos e hipóteses inicialmente delineados. Faremos alusão a algumas implicações decorrentes da realização deste estudo e a algumas limitações com as quais nos fomos confrontando, deixando pistas para investigações futuras.

Na sequência dos resultados previamente apresentados e discutidos, iremos expor as **principais conclusões** decorrentes do nosso estudo, o qual incidiu fundamentalmente na componente prática da formação em Enfermagem.

Os ECE são um contexto de aprendizagem de fulcral importância na formação dos estudantes capacitando-os para o exercício do seu futuro papel profissional. A prática clínica reveste-se de uma miríade de experiências enriquecedoras que permitem implementar na prática os conhecimentos, habilidades, atitudes e competências que os estudantes foram desenvolvendo e (re)construindo ao longo do seu percurso de formação pessoal, social e académico.

No processo de ensino-aprendizagem, a relação interpessoal é fundamental sendo proporcionadora (ou não) de segurança aos estudantes. O orientador e o professor responsável pelo ECE constituíram para os estudantes da nossa amostra as principais figuras de apoio em ECE. Uma relação interpessoal positiva entre orientador/supervisor e estudante será promotora do desenvolvimento a nível pessoal e profissional, nos domínios cognitivo, afectivo, relacional e social. A manutenção de uma comunicação aberta e autêntica entre os diversos intervenientes promoverá um clima de aprendizagem apoiante e securizante.

De modo a potenciar, otimizar e a confluir os esforços desenvolvidos por cada um dos actores, em termos de intervenção importa privilegiar a relação entre os diversos contextos, nomeadamente o escolar e os contextos de saúde. Importa, igualmente, clarificar os papéis atribuídos a cada participante no ECE, salientando a importância de todos e de cada um. Cientes da importância do papel do orientador, os estudantes salientaram a necessidade da formação específica em supervisão para os enfermeiros que na prática irão assumir e desempenhar essa função.

Com vista ao desenvolvimento de competências dos estudantes do Ensino Superior, as instituições escolares e as instituições de saúde devem estabelecer canais de

comunicação e colaboração eficazes que reforcem a colaboração interinstitucional. Para tal, é fulcral que enfermeiros e docentes clarifiquem valores e conceptualizações subjacentes às suas práticas formativas e de prestação de cuidados. Desta forma, é construindo um espaço no qual competências e saberes teóricos e práticos têm o seu valor, respeitando-se e reconhecendo saberes mútuos (Longarito, 2002).

Os ECE constituem um espaço e um tempo repleto de desafios e de situações susceptíveis de induzirem *stress* nos estudantes. Neste sentido, importa que sejam pensadas e operacionalizadas condições para que os mesmos sejam percebidos e vivenciados, mais sob a forma de desafio e de benefício e não tanto sob a forma de ameaça.

Não se podendo realizar inferências para a totalidade da população portuguesa, dado o não respeito dos critérios de representatividade da amostragem, estabeleceu-se com base numa amostra de 1283 estudantes a fidelidade e a validade da Escala de *Stress* em ECE e da Escala de Sintomas do *Stress*. A fidelidade das mesmas foi aferida através do coeficiente alfa de Cronbach e a validade confirmada através de análise factorial, a qual revelou uma solução considerada bastante satisfatória, para ambas as escalas.

Relativamente à Escala de *Stress* em ECE, de um modo geral, ao nível da consistência interna, os valores do alfa de Cronbach obtidos foram muito positivos, quer para a totalidade das subescalas, quer para a escala total, variando os mesmos entre .85 e .93 (subescalas), apresentando a escala total um alfa de Cronbach de .96.

As análises estatísticas conduzidas sugerem que a Escala de *Stress* em ECE, composta por 49 itens, pode constituir-se um instrumento válido e de grande utilidade para o estudo da temática em questão.

Relativamente à Escala de Sintomas do *Stress*, composta por 35 itens, os resultados obtidos evidenciaram também propriedades psicométricas bastante satisfatórias, variando os valores do alfa de Cronbach entre .73 e .95, para as subescalas. A ESS total obteve um alfa de .95. Apesar dos resultados preliminares obtidos neste estudo serem bastante optimistas, para uma melhor compreensão dos mesmos consideramos que novas análises no âmbito da validação da Escala de *Stress* em ECE e da Escala de Sintomas do *Stress* poderão ser realizadas com vista ao seu aperfeiçoamento.

No que diz respeito às Escalas de Auto-Estima e de Optimismo-Pessimismo, após o processo de tradução para português e tendo posteriormente sido avaliadas as suas propriedades psicométricas, foi evidenciada a estrutura factorial original (Mehrabian, 1998). As duas escalas mostraram ter características psicométricas idênticas à versão original,

traduzindo assim a transculturalidade e aplicabilidade das mesmas no contexto cultural português.

As análises estatísticas conduzidas, ao nível da consistência interna, bem como da sua estrutura factorial (validade interna), revelaram bons índices psicométricos, indicando que a Escala de Auto-Estima ($\alpha=.78$) e a Escala de Optimismo-Pessimismo ($\alpha=.83$) podem constituir-se instrumentos válidos e de grande utilidade para a avaliação das variáveis em questão.

Os resultados satisfatórios deste processo de validação reforçam a importância da continuidade do mesmo possibilitando vislumbrar implicações práticas, quer em contextos educativos, quer em contextos clínicos.

As situações que foram percebidas pelos estudantes da nossa amostra como sendo indutoras de mais *stress* foram referentes à avaliação, aos aspectos pessoais e à gestão e organização do tempo e do trabalho. Estes dados são consistentes com resultados encontrados noutros estudos (Sheu *et al.*, 2002; Timmins & Kaliszer, 2002).

Ao nível dos sintomas do *stress*, aqueles que os estudantes referiram experienciar mais frequentemente foram os cognitivo-emocionais e físicos. O presente estudo permite concluir que o ECE pode causar impactos significativos nos estudantes, emergindo como uma etapa exigente no seu percurso de formação.

A análise do efeito da variável sexo sobre a percepção de situações indutoras de *stress* em ECE revela que as raparigas se diferenciam significativamente dos rapazes nas cinco dimensões e na escala total. Aquelas tendem a atribuir uma maior importância às situações indutoras de *stress* em ECE, comparativamente com os rapazes, conclusões também obtidas noutros estudos realizados com estudantes do ensino superior (Oliveira, 1998a; Misra *et al.*, 2000; Faria *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2004; Tully, 2004).

Com efeito, as raparigas parecem também ser mais vulneráveis aos sintomas do *stress* reportando, de um modo geral, significativamente mais sintomas que os rapazes. Relativamente à natureza dos mesmos, as raparigas evidenciaram mais sintomas físicos e cognitivo-emocionais, enquanto os seus colegas rapazes evidenciaram um maior domínio de sintomas comportamentais.

No que concerne às estratégias de *coping* os estudantes, aquando do confronto com uma situação stressante, referiram recorrer com mais frequência a estratégias centradas nos problemas. Tendo em conta o sexo verificou-se que os rapazes referiram usar com mais frequência as estratégias de *coping* centradas nos problemas do que as raparigas. O aprofundar da razão e do modo como homens e mulheres diferem nas suas formas de *coping* poderá promover a compreensão do processo de *coping* em geral.

O ano de frequência do curso constituiu-se como um factor preditivo em termos da percepção de situações indutoras de *stress* em ECE e dos sintomas do *stress*. De um modo geral, foram os estudantes do 1.º ano os que evidenciaram uma percepção menor de situações indutoras de *stress* em ECE, comparativamente com os colegas dos outros anos. Tal poderá estar relacionado, quer com a duração do ECE, quer com o tipo de instituição/serviço onde o mesmo decorre. Por sua vez, os estudantes do 2.º ano evidenciaram uma percepção de situações indutoras de *stress* mais elevada que os seus colegas dos 3.º e 4.º anos.

Os estudantes que frequentavam o 2.º ano do curso foram igualmente aqueles que evidenciaram, globalmente, mais sintomas de *stress*.

Em termos de estratégias de *coping* foram os estudantes do 3.º ano que referiram um maior e mais diversificado uso de estratégias. Tais resultados poderão estar relacionados com o facto de à medida que progredem no curso, os estudantes desenvolvem e consolidam um repertório de estratégias mais eficazes para lidar com as situações geradoras de *stress*, ajustando as suas expectativas académicas e profissionais aos dados da realidade.

Ao nível da satisfação com o suporte social os resultados permitiram concluir que quanto maior a mesma menor a percepção de situações e de sintomas do *stress*. Com efeito, relações interpessoais significativas, securizantes e apoiantes parecem desempenhar um papel importante na avaliação das situações de *stress* e na sua sintomatologia.

Verificou-se um padrão semelhante no que respeita à auto-estima e ao optimismo-pessimismo, revelando que tais variáveis diminuem a percepção de situações como sendo stressantes e protegem o indivíduo do impacto negativo do *stress* (Peterson, 2000; Ben-Zur, 2008; Gorbett & Kruczek, 2008).

Consideramos que a identificação das situações indutoras de *stress* em ECE, a avaliação dos efeitos do *stress* na saúde dos estudantes e a compreensão dos mecanismos de *coping* podem contribuir para o desenvolvimento de programas de gestão e controlo do *stress* que os capacitem para transformar os desafios em potenciais situações de desenvolvimento pessoal, social, académico e profissional.

Os principais resultados encontrados e oportunamente discutidos conduziram-nos a algumas **implicações práticas** que passaremos a apresentar.

As intervenções no sentido de melhorar a forma como a pessoa lida com as situações de *stress* requerem programas multidimensionais, envolvendo todos os intervenientes deste processo: docentes, estudantes e instituições e contextos formativos. Só desta forma se pode abranger a complexidade de que se reveste esta problemática e,

particularmente, as necessidades individuais de cada um, nas suas formas únicas de pensar, sentir e se relacionar com as situações potencialmente desencadeadoras de *stress*.

O *stress* é um factor que tem impacto negativo ao nível da saúde e bem-estar dos estudantes, sendo necessário intervir preventivamente junto daqueles que apresentam maior vulnerabilidade ao mesmo, e promover o uso de estratégias de *coping* adequadas (Pereira *et al.*, 2009).

A intervenção ao nível da prevenção do *stress* pode ser pensada em duas vias: actuando sobre os stressores ou desenvolvendo estratégias de *coping*. Para otimizar a intervenção importa integrar estas duas dimensões, pois se há stressores que podem ser erradicados, outros há que persistirão, por não estarem sobre o controlo do indivíduo, pelo que as estratégias de *coping* assumem um papel fundamental.

Consideramos que os dados oriundos deste estudo possam contribuir para a planificação e implementação de um conjunto de actividades de prevenção e de intervenção ao nível dos diferentes tipos de “vulnerabilidades” académica, social, emocional ou cognitiva que os estudantes possam demonstrar. Poderão ainda contribuir para o avançar de propostas de mudança e de melhoramento dos ECE e para a capacitação (*empowerment*) dos estudantes no sentido de lidarem com as situações de uma forma mais eficaz, potenciando dessa forma a sua realização e sucesso académico.

Tais estratégias interventivas poderão revestir a forma de acções de formação de curta duração sobre o *stress* e seus efeitos e de workshops sobre estratégias de *coping* e estilos de vida saudáveis. Poderão também traduzir-se na integração nos planos de estudo de unidades curriculares de opção que vão ao encontro das necessidades dos estudantes, de modo a lidarem com as situações de vida, em geral, e com as exigências dos ECE, em particular.

Acreditamos que a implementação de estratégias e de programas para lidar com o *stress* não deve apenas ser contemplada nos cursos de formação inicial mas também nos planos de formação contínua dos enfermeiros, de modo a exercerem a sua profissão com um sentimento de bem-estar e realização pessoal e profissional.

Parece igualmente importante e desejável que os estudantes adquiram controlo sobre as suas próprias vidas e acções e sejam criadas oportunidades para intervirem activamente nos contextos em que participam, otimizando, desta forma, os recursos pessoais e rentabilizando os institucionais.

Os resultados desta investigação poderão contribuir com informação para o desenvolvimento de programas de intervenção (ênfase no apoio pelos pares) que promovam a prática de estratégias e a adopção de atitudes essenciais que permitam aos

estudantes lidarem com as situações de *stress* de uma forma mais eficaz. Criar condições para as práticas de vida saudável no sentido de modificar ou de minimizar os efeitos negativos na saúde, será uma outra implicação. Neste sentido, os resultados poderão ter impacto quer no âmbito do ensino, quer da prática da Enfermagem.

A existência de laboratórios onde os estudantes possam praticar as suas competências e onde o *feedback* das suas actuações esteja presente será uma forma de contribuir para a identificação de competências e comportamentos que precisam de ser (ainda) mais trabalhados e potenciados. Tal prática contribuirá não só para a redução do *stress* mas também para o reforço do seu sentido de mestria pessoal, de auto-confiança, auto-estima e optimismo.

A existência de *feedback* construtivo numa base contínua deverá ser uma constante de modo a assegurar o domínio das capacidades desejadas. Tal procedimento permitirá a transformação dos momentos que podem ser, eventualmente, percebidos como de avaliação em momentos de aprendizagem.

Os futuros enfermeiros precisam de praticar as competências que são chamados a desempenhar de uma forma repetida. Só assim as capacidades se tornam uma parte confortável do seu repertório comportamental. Desta forma, aquando do ECE, sentir-se-ão mais seguros e confiantes na realização da multiplicidade de tarefas que lhes são exigidas.

Importa capacitar os estudantes para se assumirem como profissionais autónomos, reflexivos, competentes, responsáveis pelas suas práticas e pelo seu processo de formação e desenvolvimento profissional, através de um processo de *empowerment*, que os habilite a responder as desafios dos exigentes contextos actuais de trabalho.

Para facilitar e potenciar as vivências dos estudantes em ECE parece fundamental a promoção de competências sociais no sentido de ajudar os mesmos a estabelecerem e manterem redes de suporte social estáveis e satisfatórias, quer de companheirismo, quer de intimidade. Parece também relevante e premente a criação de oportunidades e espaços (físicos e/ou virtuais) que fomentem e possibilitem o encontro, a partilha de experiências, quer nas instituições escolares, quer nas instituições onde decorrem os ECE.

Fomentar a expressão emocional escrita pode ser também uma ferramenta a ser usada para reduzir o *stress* percebido pelos estudantes de Enfermagem em ECE (Nandagopal, 2008).

As instituições de ensino superior e, mais concretamente, as escolas superiores de saúde devem valorizar a promoção e educação para a saúde e bem-estar dos estudantes e assegurar a existência e a articulação com as estruturas de apoio psicológico para aqueles que manifestam maiores dificuldades em lidar com as situações de *stress* em ECE.

O foco da intervenção não deverá apenas incidir na diminuição do impacto negativo do *stress*, mas sobretudo promover o fortalecimento de aspectos positivos, tais como a auto-estima e o optimismo, variáveis promotoras não só para o bem-estar pessoal, mas também para o sucesso académico, social e profissional.

Ter de lidar com as situações indutoras de *stress* implica a adopção de estratégias promotoras de resiliência e a necessidade de se ter uma visão mais optimista das situações (Jardim & Pereira, 2006). Consequentemente, manter um contexto de aprendizagem em ECE positivo reveste-se de extrema importância para assegurar um ambiente de ensino-aprendizagem óptimo (Vizcaya Moreno *et al.*, 2005). Deste modo, assegura-se a redução do *stress* ao criar contextos de relação do próprio consigo mesmo e com os outros e climas emocionais escolares mais positivos, desdramatizados e esperançados (Neto & Marujo, 2007).

A facilitação e a prática incidindo na (re)descoberta das forças e potencialidades das pessoas e dos sistemas e a criação de contextos de vida facilitadores de experiências óptimas e positivas devem assumir-se como expoentes de novas linhas de investigação e de intervenção psicológica (Neto & Marujo, 2007).

Dado que o optimismo pode ser adquirido e desenvolvido através da aprendizagem social (Seligman, 1998), importa também que os professores e os orientadores se tornem modelos, ensinando e encorajando os estudantes a desenvolverem uma perspectiva mais optimista acerca de si próprios e da sua própria vida.

O optimismo parece constituir um ingrediente fundamental para o bem-estar e para fazer face às situações com as quais os indivíduos se confrontam no seu dia-a-dia. A educação e promoção ao nível da auto-estima e do optimismo poderá ajudar quer estudantes, quer profissionais de Enfermagem e professores a lidarem mais eficazmente com as exigências colocadas pelo seu percurso pessoal, social, académico e profissional.

As emoções positivas, o optimismo, bem como o suporte social e as estratégias de *coping* activas têm sido apontadas como factores psicossociais de resiliência (Abel, 2002; Southwick *et al.*, 2005), que importa promover.

É igualmente fundamental continuar a apostar na formação no âmbito da supervisão/orientação, nomeadamente a formação específica dos supervisores (diagnosticar necessidades, desenvolvimento da capacidade de observação, iniciação à investigação), bem como um maior acompanhamento/apoio do estudante em ensino clínico (Pereira & Francisco, 2004), com vista à qualificação dos indivíduos para que possam contribuir positivamente nos contextos profissionais em que estão inseridos.

Importa incentivar a criação de equipas de investigação e de ensino/aprendizagem capazes de concertarem esforços e trabalharem cooperativamente de forma a capacitarem os estudantes para lidarem com as situações de desafio, de várias ordens, com que se deparam no seu percurso académico.

Reforçar a colaboração escola/organizações de saúde promovendo a integração dos enfermeiros no planeamento do ECE e a inclusão dos professores na abordagem e desenvolvimento de investigações em conjunto, relacionadas, quer com a prestação de cuidados, quer com a formação de enfermeiros, reveste-se de particular importância (Carvalho, 2003).

É importante articular e integrar de uma forma coerente e harmoniosa as necessidades, interesses e valores dos estudantes e os recursos, funcionamento, clima organizacional, propostas formativas e oportunidades oferecidas pelas instituições escolares e de saúde. Deste modo, é imprescindível que as instituições envolvidas incluam e contemplem nas suas estratégias de intervenção, objectivos claros e consistentes e se constituam como campos de actuação e de suporte aos seus intervenientes (Seco *et al.*, 2007). Tal pressupõe o desenvolvimento de redes de suporte entre professores, orientadores e estudantes e estudantes entre si e a organização de actividades formais e informais que potenciem sentimentos de pertença e de identidade de grupo. Neste âmbito os serviços de apoio aos estudantes, através dos seus programas de *peer counseling* (apoio entre pares), mentorado (apoio assegurado pelos estudantes mais velhos aos colegas do 1.º ano) e de tutorado (apoio, a nível académico, pessoal e social, prestado por um professor a um grupo de estudantes) desempenham também um papel crucial que não deve ser descurado.

Em suma, espera-se que o presente trabalho constitua um contributo para aumentar a compreensão acerca das fontes de *stress* a que os estudantes estão sujeitos durante o período de ensino clínico. Tal poderá contribuir para o desenvolvimento de competências para enfrentar as situações de *stress* no contexto da formação inicial para que, aquando do ingresso no mundo do trabalho, possam lidar com essas situações de forma (mais) adequada.

Procurámos contextualizar as principais situações indutoras de *stress* em ECE, de modo a contribuirmos para o delinear de estratégias de prevenção, de controlo do *stress* e de modificação dos próprios ambientes académicos e profissionalizantes.

Face ao exposto reconhece-se a importância e a necessidade de se desenvolverem estratégias e competências de modo a que os estudantes em ECE, os docentes,

supervisores e orientadores compreendam e lidem eficazmente com as situações stressantes com as quais se confrontam na sua prática académica e profissional.

Uma aposta na qualidade de ensino e no desenvolvimento saudável e harmonioso das competências do estudante de Enfermagem, potencia o alcance do sucesso e de um futuro profissional promissor, onde terá a oportunidade de implementar e desenvolver os conhecimentos científicos, técnicos, pedagógicos, relacionais e pessoais que adquiriu e (re)construiu ao longo do seu percurso académico.

Sistematizando, os resultados enquadram-se na revisão da literatura efectuada sugerindo implicações específicas na formação em Enfermagem, mais concretamente ao nível dos ECE e remetendo para a continuidade de estudos no âmbito desta temática.

Dada a complexidade de que se reveste a formação em ECE, estamos cientes de que apenas abordámos uma parte dessa ampla realidade que implica vários factores e diversos actores, sendo que identificámos algumas **limitações do estudo e pistas de investigações futuras**.

Uma das limitações prende-se com o facto dos resultados se limitarem ao ponto de vista dos estudantes. Apesar da nossa opção ter recaído sobre a perspectiva daqueles, temos consciência de que a inclusão das percepções de outros actores acerca do processo de ensino-aprendizagem em ECE, nomeadamente dos respectivos orientadores e supervisores, proporcionaria um espectro mais amplo que completaria e enriqueceria este quadro fundamental, mas ainda assim parcial. Por conseguinte, poderia ser importante e interessante a ampliação deste projecto de investigação, com a finalidade de realizar um estudo comparativo que incluísse as percepções dos profissionais de Enfermagem, dos docentes responsáveis pelos ECE e dos estudantes acerca da formação em contexto clínico.

Dado que este estudo é de natureza transversal, limita-se a um momento temporal, condicionando assim a análise dos resultados, impossibilitando o estabelecimento da trajectória individual do estudante ao longo da sua formação em Enfermagem. Uma sugestão, poderia ser a realização de uma investigação longitudinal de modo a estudar as percepções e as fontes de *stress* dos estudantes de Enfermagem, os sintomas do *stress*, os mecanismos de *coping* utilizados e o optimismo/pessimismo e a auto-estima ao longo dos 4 anos da licenciatura em Enfermagem. Seria interessante avaliar os estudantes ao longo dos 4 anos do curso de modo a explorar o padrão de estabilidade/mudança na sua percepção de *stress* em ECE e na forma como lidam com o mesmo. Tal possibilitaria também clarificar a estabilidade temporal das dimensões psicológicas avaliadas, bem como a homogeneidade e refinamento contínuo dos instrumentos utilizados no âmbito deste estudo.

O alargamento do estudo a todas as escolas do país seria uma outra sugestão no sentido de obter uma compreensão mais alargada da temática em estudo. Uma outra pista de investigação futura seria a realização de um estudo comparativo com outros países e outras realidades que integrem na sua formação o estágio clínico, como por exemplo os médicos.

Uma outra limitação prendeu-se com a avaliação do estado de saúde dos estudantes. A mesma foi avaliada com a Escala de Sintomas do *Stress* em que tivemos a preocupação de incidir nas vertentes físicas e psicológicas e com recurso a um item que procurava avaliar a percepção dos estudantes acerca do seu estado de saúde antes e depois do ECE. A utilização de apenas um item para avaliar a percepção de saúde geral dos estudantes pode constituir uma limitação, no entanto parece-nos razoável sugerir que este item parece capturar a essência do conceito em questão, à semelhança do realizado noutros estudos para avaliar o estado de saúde global (Baker, 2007). Estamos cientes de que o recurso a um instrumento de avaliação mais exaustivo poderia contribuir para um conhecimento mais aprofundado do estado de saúde dos estudantes. Porém, a opção pela não inclusão de um instrumento desta natureza prendeu-se com a preocupação de não tornar o protocolo de recolha de dados demasiado exaustivo e, por conseguinte, moroso.

O tipo de instrumento de recolha de dados, pode também ser um dos factores que introduz algumas limitações. As escalas tipo *Likert* utilizadas são bastante úteis na medida em que permitem descrições multidimensionais de situações de *stress*, manifestações de *stress* e estratégias de *coping* cognitivas e comportamentais relacionadas com situações específicas que as pessoas podem descrever (Folkman & Moskowitz, 2004). Todavia estas escalas podem acarretar algumas limitações, sendo a mais proeminente, o problema do relato retrospectivo e a fidelidade de memória acerca dos aspectos avaliados. Por outro lado, estas escalas podem ser potencialmente extensas e, conseqüentemente, morosas quanto ao seu preenchimento.

Ainda no respeitante à recolha de dados não se utilizou uma medida de desiderabilidade social, que permitisse aferir a tendência eventual dos sujeitos para fornecerem respostas socialmente desejáveis e convenientes. Com efeito, os instrumentos de auto-resposta utilizados podem comportar um certo risco dos inquiridos responderem de modo socialmente desejável.

À laia de conclusão, podemos afirmar que é, de todo, impossível eliminar as situações de *stress* do contexto em que decorre o ECE, mas os diversos agentes educativos podem e devem continuar a preparar e capacitar os estudantes com recursos e ferramentas mais apropriadas e com atitudes mais confiantes e mais optimistas para lidarem com estas

questões. Um estudante que seja capaz de estabelecer uma perspectiva positiva acerca do futuro e que é encorajado a fazê-lo, poderá reduzir a percepção de *stress* e os sintomas associadas ao mesmo.

Tendo o ECE como objectivo primordial que o estudante aprenda a cuidar... para que isso ocorra, importa também cuidarmos da pessoa que é o estudante.

Referências Bibliográficas

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15(4), 365-381.
- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parceria para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (estudos multicaseos)*. Lisboa: Educa e Formasau.
- Ah, D. V., Kang, D.-H. & Carpenter, J. S. (2007). Stress, optimism, and social support: Impact on immune responses in breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 30, 72-83.
- Alarcão, I. (2002). Escola Reflexiva e desenvolvimento institucional. Que novas funções supervisivas? In I. Oliveira-Formosinho (Ed.), *A supervisão na formação de professores* (pp. 217-236). Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Albuquerque, C. M. S. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde dos estudantes do ensino superior*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Albuquerque, C. M. S. & Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e doença: Significações e perspectivas em mudança [Electronic Version]. *Millenium - Revista do ISPV*, 25, retirado de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm, acedido em 20/05/2007.
- Aldridge, A. A. & Roesch, S. C. (2008). Coping with daily stressors: Modeling intraethnic variation in mexican american adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30(3), 340-356.
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4.^a ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, T. M. (2006). *Contributo da supervisão na gestão do stresse dos alunos em ensino clínico*. Unpublished Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Amaral, J. & Pereira, A. (2004). O stresse dos profissionais do INEM. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 707-711). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de Enfermagem - Que sentido(s)? In M. A. Costa, M. G. Mestrinho & M. J. Sampaio (Eds.), *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação - Balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Amirkhan, J. & Auyeung, B. (2007). Coping with stress across the lifespan: Absolute vs. relative changes in strategy. *Journal of Applied Developmental Psychology* 28, 298-317.
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the life orientation test. *Personality & Individual Differences*, 21(5), 719-725.
- Armata, P. M. & Baldwin, D. R. (2008). Stress, optimism, resiliency, and cortisol with relation to digestive symptoms or diagnosis. *Individual Differences Research* 6(2), 123-138.
- Armor, D. A. & Taylor, S. E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. *Advances in experimental social psychology*, 30, 309-379.

- Arnett, J. J. (2007a). Afterword: Aging out of care - Toward realizing the possibilities of emerging adulthood. *New Directions for Youth Development*, 113, 151-161.
- Arnett, J. J. (2007b). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? *Child Development perspectives*, 1(2), 68-73.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arslan, C., Dilmaç, B. & Hamarta, E. (2009). Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: A study with turkish university students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(6), 791-800.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417-436.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.
- Atienza, A. A., Stephens, M. A. P. & Townsend, A. L. (2002). Dispositional optimism, role-specific stress, and the well-being of adult daughter caregivers. *Research on Aging*, 24(2), 193-217.
- Azevedo, A. S. & Faria, L. (2003). Transição para o ensino superior: estudo preliminar de um questionário de experiências de transição académica [Electronic Version]. *Fases @n-Line*, 2, (pp.6), retirado de <http://www.ualg/fchs/ceduc/fases>, acedido em 15/04/2007.
- Badoux, A. (2000). Social support in healthy and psychologically distressed French populations. *Psychology, Health & Medicine*, 5(2), 142 - 153.
- Baker, S. (2007). Dispositional optimism and health status, symptoms and behaviours: Assessing idiographic relationships using a prospective daily diary approach. *Psychology and Health*, 22(4), 431-455.
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 569-591.
- Baldwin, D., Chambliss, L. & Towler, K. (2003). Optimism and stress: An african-american college student perspective. *College Student Journal*, 37(2), 276-285.
- Bancila, D. (2006). The association of interpersonal stress with psychological distress in Romania. *European Psychologist* 11(1), 39-49.
- Barroso, I., Vilela, I., Rainho, C., Correia, T. & Antunes, C. (2008). Adaptação para a Língua Portuguesa do questionário Kezkak: instrumento de medida dos factores de stresse dos estudantes de enfermagem na prática clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17, 34-40.
- Batista, P. & Pereira, H. (2009). Comportamentos de saúde em estudantes do ensino superior: Implicações para a prevenção e promoção da saúde. In F. Simões, M. L. Branco & E. P. Oliveira (Eds.), *Abstracts and papers of icPed'09 - International Conference of Psychology and Education: Practices, Training and Research*. Covilhã: Department of Psychology and Education, University of Beira Interior.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Bayram, N. & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672.

- Beck, C. T. (1993). Nursing students' initial clinical experience: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 30(6), 489.
- Beck, D. & Srivastava, R. (1991). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30(127-133).
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (A. A. Queirós & B. Lourenço, Trans. 2 ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ben-Zur, H. (2008). Personal resources of mastery-optimism, and communal support beliefs, as predictors of posttraumatic stress in uprooted Israelis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(3), 295-307.
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 67-79.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events *Journal of Behavioral Medicine* 4(2), 139-157.
- Blalock, J. A. & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Brannen, C. & Petite, K. (2008). An Alternative Framework for Understanding Women's Caregiving Stress: A Qualitative Application of the Ways of Coping Model. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 355-365.
- Brissette, I., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.
- Brough, P., O'Driscoll, M. & Kalliath, T. (2005). Confirmatory factor analysis of the cybernetic coping scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 53-61.
- Brown, J. D., Huajian, C., Oakes, M. A. & Ciping, D. (2009). Cultural similarities in self-esteem functioning: East is east and west is west, but sometimes the twain do meet. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(1), 140-157.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C. & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H. & Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(6), 810-816.
- Burke, K. L., Joyner, A. B., Czech, D. R. & Wilson, M. J. (2000). An investigation of concurrent validity between two optimism/pessimism questionnaires: The Life Orientation Test-Revised and the Optimism/Pessimism Scale. *Current Psychology*, 19, 129.
- Burnard, P., Edwardsa, D., Bennetta, K., Thaibahb, H., Tothovac, V., Baldacchinod, D., Barae, P. & Mytevellii, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28(2), 134.
- Button, L. A. (2008). Effect of social support and coping strategies on the relationship between health care-related occupational stress and health. *Journal of Research in Nursing*, 13(6), 498-524.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35(137), 201.

- Caires, S. (2006). Vivências e percepções do estágio pedagógico: Contributos para a compreensão da vertente fenomenológica do "Tornar-se professor". *Análise Psicológica*, 1(XIV), 87-98.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspectivas dos autores*. Camarate: Lusociência.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2005). Optimism. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. E. (2002). Optimism. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1999). Optimism. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works* (pp. 182-204). Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. E. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C. S., Pozokaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of womens adjustment to early-stage breast-cancer. *Cancer*, 73(4), 1213-1220.
- 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.
- Cavanagh, S. & Snape, J. (1997). Educational sources of stress in midwifery studentes. *Nurse Education Today*, 17, 128-134.
- Chan, D. S. (2001). Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 447-459.
- Chan, D. S. (2004). Nursing students' perceptions of hospital learning environments - An australian perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 1(4).
- Chan, C., So, W. & Fong, D. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 307-313.
- Chang, E. C. (2002). Optimism-Pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 675-690.
- Chang, E. (2001). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Chang, E. C. (1998a). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109-1120.
- Chang, E. C. (1998b). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being?: A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 233-240.
- Chang, E. M. L., Chang, E. M. L., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1354.

- Chang, E. C. & Sanna, L. J. (2003). Experience of life hassles and psychological adjustment among adolescents: does it make a difference if one is optimistic or pessimistic? *Personality and Individual Differences*, 34(5), 867-879.
- Chemers, M. M., Hu, L. & Garcia, B. F. (2001). Academic self-efficacy and first-year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93(1), 55-64.
- Christie-Mizell, C. A., Kimura Ida, A. & Keith, V. M. (2008). African americans and physical health: The consequences of self-esteem and happiness. *Journal of Black Studies*, 0021934708325457.
- Claudino, J. & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre [Electronic Version]. *Millenium - Revista do ISPV*, 32. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/15.pdf>, acessado em 11/07/2007.
- Coelho, M. & Pais-Ribeiro, J. L. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Cooke, M. (1996). Nursing students' perceptions of difficult or challenging clinical situations. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1281-1287.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficiente alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-344.
- Crosno, J. L., Rinaldo, S. B., Black, H. G. & Kelley, S. W. (2009). Half Full or Half Empty: The Role of Optimism in Boundary-Spanning Positions. *Journal of Service Research*, 11(3), 295-309.
- Cruz, J., Gomes, A. & Melo, B. (2000). *Stresse e burnout nos psicólogos portugueses*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Cuesta, M. (1996). Unidimensionalidade. In J. Muñiz (Ed.), *Psicometria*. Madrid: Editorial Universitas.
- Darling, C., McWey, L., Howard, S. & Olmstead, S. (2007). College student stress: the influence of interpersonal relationships on sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 215-229.
- Daukantaite, D. & Bergman, L. R. (2005). Childhood roots of women's subjective well being The role of optimism. *European Psychologist*, 10(4), 287-297.
- Dias, I. & Pereira, A. S. P. (2005). Promoção do desenvolvimento e aprendizagem no ensino superior. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior: Investigação e intervenção*. Actas do congresso nacional (pp. 387-394). Coimbra: SASUC Edições.
- Diniz, A. M. & Almeida, L. S. (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1(XXIV), 29-38.
- Dossey, L. (2006a). *The Extraordinary Healing Power of Ordinary Things: Fourteen Natural Steps to Health and Happiness*. Westminster, MD, USA: Crown Publishing Group.

- Dossey, L. (2006b). Optimism. *Explore*, 2(2), 89-96.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S. & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: The importance of social support and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(2), 223-245.
- Duckworth, A., Steen, T. & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.
- Dunkley, D. M. & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy & Research*, 24(6), 713-730.
- Dunn, S. V. & Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1299-1306.
- Dutta, A. P., Pyles, M. A. & Miederhoff, P. A. (2005). Stress in health professions students: myth or reality? A review of the existing literature. *Journal of National Nurses Association*, 16(1), 63-68.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
- El-Anzi, F. O. (2005). Academic achievement and its relationship with anxiety, self-esteem, optimism, and pessimism in kuwaiti students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 33(1), 95-103.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.
- Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136-153.
- Faria, M. C., Carvalho, S. & Chamorro, C. (2004). Saúde e comportamentos aditivos no ensino superior. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 183-189). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferraz, M. F. & Pereira, A. S. P. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 149-164.
- Ferreira, M. A. G. (2003). O olhar dos enfermeiros sobre a profissão: Um estudo de representações sociais. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2003(8), 17-26.
- Fischer, R. & Chalmers, A. (2008). Is optimism universal? A meta-analytical investigation of optimism levels across 22 nations. *Personality and Individual Differences* 45, 378-382.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). *Ways of coping questionnaire sampler set manual, test booklet, scoring key*: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1991). Coping and Emotion. In A. Monat & R. Lazarus (Eds.), *Stresse and Coping, an Antology*. New York: Colombia University Press.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2000a). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 115-118.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000b). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Fonseca, M. J. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem. Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.
- Fontaine, K., Manstead, A. & Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, 7, 267-281.
- Fram, E. H. & Bonvillian, G. (2001). Employees as part-time students: Is stress threatening the quality of their business education? *Advanced Management Journal*, 66(3), 30-35.
- Francisco, C. M. (2009). Pedagogic training: A student health problem? In F. Simões, M. L. Branco & E. P. Oliveira (Eds.), *Abstracts and papers of icPed'09 - International Conference of Psychology and Education: Practices, Training and Research* Covilhã: Department of Psychology and Education, University of Beira Interior.
- Franco, J. J. S. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 32-50.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Retrieved from <http://mylibrary.com/Browse/open.asp?ID=31130&loc=1> at 15/09/2006.
- Galego, C. & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.
- Garrido, A. F. S. & Simões, J. F. (2007). Supervisão de alunos em ensino clínico: Uma reflexão. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 218, 7-11.
- Garrido, A. F. S. (2005). Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.
- Geers, A., Reilley, S. & Dember, W. (1998). Optimism, pessimism, and friendship. *Current Psychology*, 17(1), 3-19.
- Gillespie, N., Walsh, M., Winefields, A., Dua, J. & Stough, C. (2001). Occupational stress in universities: Staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. *Work & Stress*, 15(1), 53-72.
- Gold, R. (2008). Unrealistic optimism and event threat. *Psychology, Health & Medicine*, 13(2), 193-201.
- Gomes, A. , Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). Stresse, "burnout", saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde : análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. G. Pereira, C. Simões & T. McIntyre (Eds.), *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde (2.ª ed.)* (Vol. IV, pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. & Cruz, J. (2004). A experiência de stresse e "burnout" em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 9, 193-212.
- Gomes, A. , Silva, M. , Mourisco, S., Silva, S., Mota, A. & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, "burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19(1), 67-93.

- Gonçalves, A., Paiva, C., Leal, A. & Gomes, L. (2004). Suporte social e relacionamento íntimo como moderador do mal-estar emocional e qualidade de vida após doença cardíaca isquémica. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 465-471). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gorbett, K. & Kruczek, T. (2008). Family factors predicting social self-esteem in young adults. *The Family Journal*, 16(1), 58-65.
- Grote, N. K. & Bledsoe, S. E. (2007). Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: The role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health & Social Work*, 32(2), 107-118.
- Grote, N. K., Bledsoe, S. E., Larkin, J., Lemay, E. P. & Brown, C. (2007). Stress exposure and depression in disadvantaged women: The protective effects of optimism and perceived control. *Social Work Research*, 31(1), 19-33.
- Guerra, M. P., Lencastre, L., Lemos, M. S. & Pereira, D. C. (2002). Problemas psicossociais dos estudantes do 1.º ano da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 321-333.
- Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). The Neurobiology of Stress and Development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 145-173.
- Gwele, N. S. & Uys, L. R. (1998). Levels of stress and academic performance in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 37(9), 404-407.
- Hair, J. F., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1995). *Multivariate data: Analysis with readings*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hamaideh, S. H., Mrayyan, M. T., Mudallal, R., Faouri, I. G. & Khasawneh, N. A. (2008). Jordanian nurses' job stressors and social support. *International Nursing Review*, 55(1), 40-47.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Han, K., Burns, G. N., Weed, N. C., Hatchett, G. T. & Kurokawa, N. K. S. (2009). Evaluation of an observer form of the coping inventory for stressful situations. *Educational and Psychological Measurement*, 69(4), 675-695.
- Hatcher, J. (2007). The state of measurement of self-esteem of african american women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(3), 224-232.
- Heiman, T. & Kariv, D. (2004). Coping experience among students in higher education. *Educational Studies*, 30(4), 441-455.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hirsch, J. K., Conner, K. R. & Duberstein, P. R. (2007). Optimism and suicide ideation among young adult college students. *Archives of Suicide Research*, 11, 177-185.
- Huan, V. S., Yeo, L. S., Ang, R. P. & Chong, W. H. (2006). The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41(163), 533-546.
- Huntsinger, E. T. & Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: The mediational role of self-esteem. *Psychology & Health*, 19(4), 515 - 526.
- IP, W. Y. & Chan, D. S. (2005). Hong Kong nursing students' perception of the clinical environment: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 665-672.
- Jones, M. C. & Johnston, D. W. (1999). The derivation of a brief Student Nurse Stress Index. *Work & Stress*, 13(2), 162-181.

- Juth, V., Smyth, J. M. & Santuzzi, A. M. (2008). How do you feel?: Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 884-894.
- Karademas, E. C., Karvelis, S. & Argyropoulou, K. (2007). Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(3), 161.
- Kirkland, M. L. S. (1998). Stressors and coping strategies among successful female African American baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 37(1), 5-12.
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manoux, A. & Pentti, J. (2005). Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology* 24(4), 413-421.
- Klauer, T. & Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner & al. (Eds.), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender* (pp. 223-234): IOS Press.
- Kort-Butler, L. A. (2009). Coping styles and sex differences in depressive symptoms and delinquent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(1), 122-136.
- Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E. & Maseko, J. (2004). Optimism and Pessimism in the Context of Health: Bipolar Opposites or Separate Constructs? *Pers Soc Psychol Bull*, 30(8), 943-956.
- Lage, I. (2005). Cuidar em Enfermagem: Percepções dos Alunos. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 35-39.
- Lai, J. C. L. & Yue, X. (2000). Measuring optimism in Hong Kong and mainland Chinese with the revised Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 28(781-796).
- Lazarus, R. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Contrasting the Hassles Scale and the Perceived Stress Scale - Whos Really Measuring Appraised Stress - Reply. *American Psychologist*, 41(6), 718-719.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lequerica, A. H., Forschheimer, M., Tate, D. G., Roller, S. & Toussaint, L. (2008). Ways of coping and perceived stress in women with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 348-354.
- Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: An Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 119-126.
- Longarito, C. S. (2002). O ensino clínico: A importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 26-33.
- Luquette, J. (2007). Stress, Compassion Fatigue, and Burnout: Effective Self-Care Techniques for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 490.
- Luthans, F. & Jensen, S. M. (2002). Hope: A New Positive Strength for Human Resource Development. *Human Resource Development Review*, 1(3), 304-322.

- Magaya, L., Asner-Self, K. & Schreiber, J. (2005). Stresse and coping strategies among Zimbabwean adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 661-671.
- Mahat, G. (1998). Stress and coping: Junior baccalaureate nursing students in clinical settings. *Nursing Forum*, 33(1), 11-19.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372.
- Martins, F. & Paúl, C. (2006). Avaliação dos níveis de optimismo numa população sénior. In N. Santos, M. L. Lima, M. Melo, A. Candeias, M. L. Grécio & A. Calado (Eds.), *Actas do VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (Vol. XVIII, pp. 107-115). Évora: Departamento de Psicologia: Universidade de Évora [disponível em CD-ROM].
- Matos, A. P. S. & Sousa-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.
- Mcgee, R. & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569-582.
- McKenna, L. & Wellard, S. (2009). Mothering: an unacknowledged aspect of undergraduate clinical teachers' work in nursing. *Advances in Health Sciences Education*, 14, 275-285.
- McNicholas, S. L. (2002). Social support and positive health practices. *Western Journal of Nursing Research*, 24(7), 772-787.
- Mehrabian, A. (1998). Manual for the Self Esteem and Optimism-Pessimism Scales. University of California. Available from Albert Mehrabian, 1130 Alta Mesa Road, Monterey, CA, USA 93940.
- Mehrabian, A. (2000). Beyond IQ: Broad-based measurement of individual success potential or "emotional intelligence". *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 126(2), 133-239.
- Melo, B., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Mendes, A. (2002). *Stress e imunidade: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau.
- Michaels, M. L., Barr, A., Roosa, M. W. & Knight, G. P. (2007). Self-esteem: Assessing measurement equivalence in a multiethnic sample of youth. *The Journal of Early Adolescence*, 27(3), 269-295.
- Miller, D. & Daniel, B. (2007). Competent to cope, worthy of happiness?: How the duality of self-esteem can inform a resilience-based classroom environment. *School Psychology International*, 28(5), 605-622.
- Mills, C., Heyworth, J., Rosenwax, L., Carr, S. & Rosenberg, M. (2009). Factors associated with the academic success of first year Health Science students. *Advances in Health Sciences Education*, 14(205-217).
- Misra, R., Crist, M. & Burant, C. J. (2003). Relationships Among Life Stress, Social Support, Academic Stressors, and Reactions to Stressors of International Students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 137-157.
- Misra, R., McKean, M., West, S. & Russo, T. (2000). Academic stress of college students: Comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*, 34(2), 236-245.

- Monteiro, S., Pereira, A. M. S., Gomes, A., Tavares, J. & Gomes, A. (2005). Promoção da Saúde e Bem-Estar no Ensino Superior (PSBEES). In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional*. (Vol. 299-303). Coimbra: SASUC Edições.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Moreira, J. M. (2000). *Stress e coping em estudantes de enfermagem: Influência do apoio social e do estilo de vinculação*. Paper presented at the V Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia. Retirado de http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/moreira/moreira.htm, acedido em 10 de Julho de 2008.
- Mosher, C., Prelow, H., Chen, W. & Yackel, M. (2006). Coping and social support as mediators of the relation of optimism to depressive symptoms among black college students. *Journal of Black Psychology*, 32(1), 72-86.
- Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Pereira, A., Ferreira, J., Rodrigues, M. & Pereira, A. (2005). A importância do suporte social na integração na universidade. In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção - Actas do Congresso Nacional* (pp. 87-96). Coimbra: SASUC Edições.
- Myrick, F. & Barrett, C. (1994). Selecting clinical preceptors for basic baccalaureate nursing students: a critical issue in clinical teaching. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 194-198.
- Nandagopal, S. (2008). The Use of Written Expression of Emotion Paradigm as a Tool to Reduce Stress among Indian International Students. *Psychology Developing Societies*, 20(2), 165-181.
- Nerdrum, P., Rustoen, T. & Ronnestad, M. H. (2006). Student psychological distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 95 - 109.
- Nes, L. S. & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality & Social Psychology Review*, 10, 235-251.
- Neto, L. M. & Marujo, H. A. (2007). Propostas estratégicas da Psicologia Positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 4(XXV), 585-593.
- Nunnally, G. C. (1978). *Psychometric theory* (2.^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oermann, M. & Standfest, K. (1997). Differences in stress and challenge in clinical practice among AND and BSN students in varying clinical courses. *Journal of Nursing Education*, 5(36), 228-233.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio & F. Anderson, Trans.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, A. S. S. (2003a). Estudo da influência de alguns factores de stress em profissionais das viaturas médicas de emergência e reanimação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 8-16.
- Oliveira, C. (2003b). O stress e coping: e a formação em enfermagem? *Servir*, 46(6), 288-296.
- Oliveira, C. (1998a). *O stress e o coping nos estágios. A experiência dos alunos e a relação com o cliente*. Unpublished Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.

- Oliveira, C. (1998b). Stress e coping e a formação em enfermagem. *Servir*, 46(6), 288-296.
- Omigbodun, O. O., Odukogbe, A.-T. A., Omigbodun, A. O., Yusuf, O. B., Bella, T. T. & Olayemi, O. (2006). Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 41(5), 415-421.
- Omigbodun, O. O., Onibokun, A. C., Yusuf, B. O., Odukogbe, A. A. & Omigbodun, A. O. (2004). Stressors and counseling needs of undergraduate nursing students in Ibadan, Nigeria. *Journal of Nursing Education*, 43(9), 412-415.
- Östberg, V. & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 197 - 204.
- Pacheco, S. (2008). Stress e mecanismos de coping nos estudantes de Enfermagem. *Revista Referência, II Série*(7), 89-95.
- Pacheco, J. & Jesus, S. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 32-41.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças* 5(1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 491-502.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Panachev, V. (2005). Research on the factors of college students' healthy way of life. *Russian Education and Society*, 47(8), 76-79.
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R. & Blank, T. O. (2008). Positive and negative health behavior changes in cancer survivors: A stress and coping perspective. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1198-1206.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pau, A. & Croucher, R. (2003). Emotional Intelligence and Perceived Stress in Dental Undergraduates. *Journal of Dental Education*, 67(9), 1023-1028.
- Pau, A., Rowland, M. L., Naidoo, S., AbdulKadir, R., Makrynika, E., Moraru, R., Huang, B. & Croucher, R. (2007). Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates: A multinational survey. *Journal of Dental Education*, 71(2), 197-204.
- Paulino, M. (2007). Vivências e percepções do estágio nos estudantes de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 24-31.
- Peden, A. R., Hall, L. A., Rayens, M. K. & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research* 49(4), 201-207.
- Penley, J., Tomaka, J. & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- Pereira, A. & Vagos, P. (2008). Escala de Homesickness: Análise Psicométrica em Alunos do Ensino Superior. In C. M. A. P. Noronha, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.) (Ed.), *Actas da XIII Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos"*. Braga: Universidade do Minho.

- Pereira, A. M. & Francisco, C. M. (2004). Desenvolvimento Pessoal: Profissionalidade e Docência no Ano de Estágio [Electronic Version]. *d@es - docência e aprendizagem no ensino superior*, retirado de http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_artigos.htm, consultado em 15/07/2008.
- Pereira, A. M. S., Motta, E., Pinto, C., Melo, A., Bernardino, O., Lopes, P., Ferreira, J., Mendes, R. & Vaz, A. (2004). Aplicação de um programa de controlo do stress e ansiedade na universidade. In J. R. I. Leal (Ed.), *Actas do 5.º Congresso de psicologia da saúde* (pp. 127-132). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISPA edições.
- Pereira, A. M., Monteiro, S., Gomes, A. & Tavares, J. (2005). Educação para a Saúde e Bem-Estar: avaliação de um programa de intervenção no Ensino Superior [Electronic Version]. *d@es-docência e aprendizagem no ensino superior*, retirado de http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_artigos.htm, consultado em 15/07/2008.
- Pereira, A. M., Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C., Ferreira, J., Rodrigues, M. J., Medeiros, A. & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1(XIV), 51-59.
- Pereira, A., Monteiro, F. & Melo, A. (2009). University student stress: Vulnerability factors. In F. Simões, M. L. Branco & E. P. Oliveira (Eds.), *Abstracts and papers of icPed'09 - International Conference of Psychology and Education: Practices, Training and Research*. Covilhã: Department of Psychology and Education, University of Beira Interior.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-235.
- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psicologica*, 30, 315-333.
- Pinheiro, M. R. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Unpublished Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pinquart, M., Fröhlich, C. & Silbereisen, R. (2007). Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 421-432.
- Pinto, A. & Silva, A. C. (2005). *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação*. Lisboa: Climepsi.
- Pires, R., Sardo, D., Morais, E., Santos, M., Koch, M. & Machado, P. (2004). Supervisão clínica de alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 54.
- Ponciano, E. & Pereira, A. (2005). *Estudante: Vamos conhecer a depressão*. Coimbra: SASUC Edições.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E. & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60(4), 747-770.
- Queirós, P. (2005a). *Burnout no trabalho conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 3-15.

- Queirós, P. (2005b). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Quick, J., Saleh, K., Sime, W. & Martin, W. (2006). Stress management skills for strong leadership: Is it worth dying for? *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 88-A(1), 217-225.
- Ramos, M. F. (2003). A preceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 7(1), 3-12.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256.
- RESAPES. (2002). *Situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal*: Edição da RESAPES.
- Robert, J. W. (2006). *Overcoming stress in medical and nursing practice: A guide to professional resilience and personal well-being*. New York: Oxford University Press.
- Rocha, A. P. & Oliveira, H. (2004). Vivências... Reflexão em ensino clínico [Electronic Version]. *Millenium - Revista do ISPV*, 30. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/9.pdf>, em 30/07/2007.
- Rodrigues, C. & Veiga, F. (2006). Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente. In J. Tavares, A. Pereira, C. Fernandes & S. Monteiro (Eds.), *Activação do desenvolvimento psicológico. Actas do simpósio internacional* (pp. 353-359). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In M. A. Costa, M. G. Mestrinho & M. J. Sampaio (Eds.), *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação - Balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Santos, C. S., Pais-Ribeiro, J. L. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação como Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, R., Fonseca, M., Vasconcelos, M. L. & Tap, P. (2004). Análise do stress em função da situação sócio-económica, do sexo e da idade. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 73-79). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sarason, B., Sarason, I. & Pierce, G. (1990). Traditional views of social support and their impact of assessment. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Eds.), *Social support: An international view* (pp. 5-25). New York: John Wiley & Sons.
- Sawatzky, J. (1998). Understanding nursing students' stress: A proposed framework. *Nurse Education Today*, 18, 108-115.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2003). Self-regulatory processes and responses to health threats: Effects of optimism on well-being. *Social Psychological Foundation of Health and Illness*, 395-428.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being - The Influence of Generalized Outcome Expectancies On Health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.

- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063-1078.
- Scheier, M. F., Magovern, G. J., Abbott, R. A., Matthews, K. A., Owens, J. F., Lefebvre, R. C. & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary-artery bypass-surgery: The beneficial-effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1024-1040.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1257-1264.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Schneiderman, N., Ironson, G. & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 607-628.
- Schwarzer, R. (1998). Optimism, goals, and threats: how to conceptualize self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Psychology and Health 13*, 759-766.
- Schwarzer, R. & Gutiérrez-Doña, B. (2005). More spousal support for men than for women: A comparison of sources and types of support. *Sex Roles, 52*(7), 523-532.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*(4), 243 - 252.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In A. M. Nezu, C. M. Nezu & P. A. Geller (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology* (Vol. 9). New York: Wiley.
- Schwarzer, R. & Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. In G. Weidner & al. (Eds.), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender* (pp. 185-196): IOS Press.
- Seco, G. (2005). A satisfação dos professores: algumas implicações práticas para os modelos de desenvolvimento profissional docente. *Educação & Comunicação: Revista da Escola Superior de Educação de Leiria, 8*, 73-92.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M. & Custódio, S. (2006). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões*: POLITÉCNICA - Associação dos Institutos Politécnicos do Centro. Coleção Ensino Superior e Ciência, n.º 3.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M. & Custódio, S. (2005). Para uma Abordagem Psicológica da Transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: Pontes e Alçapões. *Cadernos do Ensino Superior, 4*, Instituto Politécnico de Leiria.
- Seco, G., Pereira, M. I., Dias, M. I., Casimiro, M. & Custódio, S. (2007). Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida no ensino superior: Implicações práticas de um estudo. In *Actas do IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação: Educação para o Sucesso: Políticas e Actores* (Vol. 2, pp. 531-541). Funchal: Universidade da Madeira.

- Seligman, M. (2005). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp. 1-9). Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. (1998). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology - An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sepúlveda, A. R., Carrobes, J. A., Gandarillas, A. & Almendros, C. (2002). Mental health in a university population by age and gender. In I. Leal, T. Botelho & J. L. Pais-Ribeiro (Eds.), *Proceedings of the 16th Conference of the European Health Psychology Society*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Seyedfatemi, N., Tafreshi, M. & Hagani, H. (2007). Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nursing*, 6(11).
- Sheu, S., Lin, H. & Hwang, S. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 39(165-175).
- Shipton, S. P. (2002). The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing Education*, 41(6), 243-256.
- Silva, D. M. & Silva, E. M. (2004). O ensino clínico na formação em Enfermagem [Electronic Version]. *Millenium - Revista do ISPV*, 30, 103-118. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>, consultado em 30/01/2007.
- Silva, E. R. (2005). Stresse e estratégias de coping em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 46-53.
- Simão, A. M. (2002). *Teaching, training and learning strategies in today's school. Developing reflective practices*. Paper presented at the European Conference on Educational Research. Lisboa, 11-14 September.
- Simões, J. F., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de Enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência, II.ª Série*(6), 91-108.
- Simões, J. F., Belo, A. P., Fonseca, M. J., Alarcão, I. & Costa, N. (2006). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Três Olhares Cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 3 -15.
- Smedley, A. (2007). The self-directed learning readiness of first year bachelor of nursing students. *Journal of Research in Nursing*, 12(4), 373-385.
- Smith, N., Young, A. & Lee, C. (2004). Optimism, Health-related Hardiness and Well-being among Older Australian Women. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 741-752.
- Soares, A. P., Almeida, L. S., Diniz, A. & Guisande, M. A. (2006). Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 1(XXIV), 15-27.
- Solberg, V. S. & Viliarreal, P. (1997). Examination of self-efficacy, social support, and stress as predictors of psychological and physical distress among hispanic college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19(2), 182-201.

- Southwick, S. M., Vythilingam, M. & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
- Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (1994). *Psicologia educacional: Uma abordagem desenvolvimentista* (S. B. e. al., Trans.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K. & Alexander, S. (2001). Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18, 54-63.
- Stocker, J. & Faria, L. (2008). Questionário de Experiências de Transição Académica (QETA): Validação com estudantes do 1º ano da Universidade do Porto In C. M. A. P. Noronha, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coord.) (Ed.), *Actas da XIII Conferência Internacional "Avaliação Psicológica: Formas e Contextos"*. Braga: Universidade do Minho.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (1989). *Health measurement scales: A practical guide to development and use*. London: Oxford Medical Publications.
- Supe, A. N. (1998). A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *Journal of Postgraduate Medicine*, 44, 1-6.
- Swickert, R. & Hittner, J. (2009). Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 387-393.
- Szalma, J., Hancock, P., Dember, W. & Warm, J. (2006). Training for vigilance: The effect of knowledge of results format and dispositional optimism and pessimism on performance and stress. *British Journal of Psychology*, 97, 115-135.
- Tamres, L. K., Janicki, D. & Helgeson, V. S. (Writer) (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping [Article], *Personality & Social Psychology Review (Lawrence Erlbaum Associates)*: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tavares, J. (2005). Docência, aprendizagem e sucesso académico [Electronic Version]. *d@es - docência e aprendizagem no ensino superior*. Retirado de http://www.dce.ua.pt/leies/daes/daes_artigos.htm, consultado em 25/09/2008.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Special Number*, 53-79.
- Timmins, F. & Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students - fact-finding sample survey. *Nurse Education Today*, 22, 203-211.
- Tinsley, H. E. & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 414-424.
- Trunzo, J. J. P., Bernardine M. . (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(4), 805.
- Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 43-47.
- Umana-Taylor, A. J., Vargas-Chanes, D., Garcia, C. D. & Gonzales-Backen, M. (2008). A longitudinal examination of latino adolescents' ethnic identity, coping with discrimination, and self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 28(1), 16-50.
- van Well, S. & Kolk, A. M. (2007). Social support and cardiovascular responding to laboratory stress: Moderating effects of gender role identification, sex, and type of support. *Psychology & Health*, 99999(1), 1-21.

- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 479-488.
- Vaz-Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz-Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2.^a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vizcaya Moreno, M. F., Juan Herrero, J. & Pérez Cañaveras, R. M. (2005). El clima social: Valoración del entorno de aprendizaje clínico desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería. In CIDE (Ed.), *Premios nacionales de investigación educativa 2004* (Vol. 170, pp. 292-310). Madrid: Secretaría General Técnica.
- Wang, H. & Yeh, M. (2005). Stress, coping and psychological health of vocational high school nursing students associated with a competitive entrance exam. *Journal of Nursing Research*, 13(2), 106-115.
- Washburn-Ormachea, J. M. & Hillman, S. B. (2000). The Influence of gender, sex-role orientation, and self-esteem. *Poster session presented at the 108th Annual Convention of the American Psychological Association at Washington, D.C., August 4-8, 2000*, 19.
- Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89.
- Wicks, R. J. (2005). *Overcoming Stress in Medical and Nursing Practice: A Guide to Professional Resilience and Personal Well-Being*. Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Wimberly, S., Carver, C. & Antoni, M. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 23(1), 57-72.
- Wongchai, L. (2000). Stress and Ways of Coping among Third Year Nursing Student Faculty of Nursing Chiang Mai University [Electronic Version]. Retrived from <http://www.grad.cmu.ac.th/abstract/1999/nur/abstract/nur990032.html>, accessed at 25/09/2008.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R. & Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-1508.
- Wrzesniewski, K. & Chylinska, J. (2007). Assessment of coping styles and strategies with school-related stress. *School Psychology International*, 28(2), 179-194.

Legislação Portuguesa

- Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. Diário da República, n.º 206/99 I Série A. Ministério da Educação. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República, n.º 205 I Série A. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho conjunto n.º 291/2003. Diário da República n.º 73/27-03-2003 II Série. Lisboa: Ministérios da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde.
- Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro. Diário da República n.º 219/99 - I Série B. Lisboa. Ministério da Educação.
- Portaria n.º 195/90 de 17 de Março. Diário da República n.º 64/90 - I Série. Lisboa. Ministérios da Educação e da Saúde.

Regulamento n.º 517/2008. Diário da República, 2.ª série - N.º 185 - 24 de Setembro de 2008.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2002. Diário da República I - Série B.

ANEXO 1: Protocolo de Investigação

O presente questionário pretende identificar os factores indutores de *stress* percebidos pelos estudantes de enfermagem no contexto específico dos ensinos clínicos e as implicações do *stress*. Para tal o seu contributo é imprescindível.

Neste questionário não há respostas certas ou erradas, apenas procuramos conhecer a sua percepção face ao ensino clínico, daí ser fundamental a autenticidade das suas respostas.

Responda, por favor, a todas as questões, pois tal é muito importante para a validade desta investigação. O questionário é anónimo e confidencial.

Obrigada pela sua colaboração.

Parte I – Caracterização sócio-demográfica dos estudantes da amostra

1. Sexo: M F 2. Idade ____ Anos
3. Estado marital: Solteiro Casado/União de facto Outro _____
4. Escola onde se encontra matriculado(a) _____
5. O curso de enfermagem foi a sua: 1.ª opção 2.ª opção 3.ª opção Outra
6. Ano do curso que se encontra a frequentar: 1.º ano 2.º ano 3.º ano 4.º ano
7. Actualmente encontra-se: Só a estudar A estudar e a trabalhar
8. Considera o seu rendimento escolar: Mau Fraco Médio Bom Muito Bom
9. O ingresso no Ensino Superior implicou a mudança do seu local de residência?
Não Sim Se sim, actualmente está a viver:
 Numa Residência Universitária
 Numa casa/apartamento sozinho(a)
 Numa casa/apartamento com outros estudantes
 Numa casa/apartamento com familiares
 Outro local (especifique) _____
10. O ingresso no último ensino clínico implicou a mudança de residência? Não Sim
11. Indique que funções académicas desempenha na escola que frequenta:
Membro da Associação de Estudantes Membro de Grupos Académicos (Tunas, Desporto, Teatro...)
Delegado(a) de Ano ou Curso Representante dos Estudantes nos Órgãos de Gestão da Escola
Outra _____ Nenhuma
12. Indique o tipo de actividade em que se encontra envolvido/a fora da Escola:
Religiosa Recreativa Desportiva Cultural Política De solidariedade social
Outra (especifique) _____ Nenhuma
13. Como descreveria o seu estado de saúde antes de iniciar o último ensino clínico que realizou?
Fraco Razoável Bom Muito Bom Excelente
14. Como descreveria o seu estado de saúde depois de terminar o último ensino clínico que realizou?
Fraco Razoável Bom Muito Bom Excelente

Parte II - Caracterização do Ensino clínico de Enfermagem

1. Indique qual o último ensino clínico que realizou: _____

2. Refira a Instituição e o Serviço onde realizou o último Ensino clínico de enfermagem.

3. O último ensino clínico decorreu no: 1.º semestre 2.º semestre

4. O supervisor no local de ensino clínico foi:

Docente da escola

Enfermeiro do local de ensino clínico Orientador de ensino clínico contratado pela escola

5. Considera que o ensino clínico foi stressante? Sim Não

6. Assinale o nível de *stress* a que se sentiu exposto durante o último ensino clínico:

(Nenhum) 1 2 3 4 5 (Muito)

7. Assinale o nível de correspondência entre o ensino clínico e as suas expectativas face ao mesmo:

(Nenhum) 1 2 3 4 5 (Muito)

8. Quando algo correu mal no ensino clínico a quem recorreu? Porquê?

9. Refira qual a situação mais indutora de *stress* que vivenciou no último ensino clínico.

9.1. Descreva o que fez para lidar com a mesma.

10. Na sua opinião, que propostas/actividades é que a escola poderia desenvolver para ajudar os alunos a lidarem com o *stress*?

Parte III – Escala de Situações Indutoras de Stress em ensino clínico de enfermagem

As afirmações abaixo transcritas são frequentemente referidas como traduzindo situações indutoras de *stress* no ensino clínico de enfermagem (ECE). Gostaríamos de saber em que medida elas também o foram para si. Para cada afirmação escolha a opção com que mais se identificar: 1 – discordo totalmente; 2- discordo; 3 - nem discordo nem concordo; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente. Por favor, coloque um círculo à volta do número que melhor traduza a sua situação.

No ensino clínico de enfermagem, as situações que me causaram tensão e mal-estar/stress foram...

1	A integração no serviço	1	2	3	4	5
2	O medo de chumbar	1	2	3	4	5
3	O facto de ser o único aluno em ECE	1	2	3	4	5
4	A realização de um procedimento técnico pela primeira vez	1	2	3	4	5
5	A competição existente entre alunos	1	2	3	4	5
6	A exposição ao sofrimento dos doentes	1	2	3	4	5
7	A incapacidade de gestão do tempo	1	2	3	4	5
8	O estar em ensino clínico com um professor que desconheço ou conheço mal	1	2	3	4	5
9	A falta de auto-confiança / Insegurança	1	2	3	4	5
10	A sobrecarga de tarefas a realizar	1	2	3	4	5
11	A existência de mais do que um orientador no serviço	1	2	3	4	5
12	O sentir que estou a ser observado	1	2	3	4	5
13	As condições físicas do serviço	1	2	3	4	5
14	O cansaço psicológico derivado do ensino clínico	1	2	3	4	5
15	O ter de lidar com os sentimentos dos doentes	1	2	3	4	5
16	A comunicação com os professores	1	2	3	4	5
17	A minha inexperiência	1	2	3	4	5
18	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente à filosofia de formação da Escola	1	2	3	4	5
19	A falta de feedback por parte dos orientadores do local de ensino clínico	1	2	3	4	5
20	O desconhecimento da organização e funcionamento do serviço	1	2	3	4	5
21	A utilização de equipamento especializado	1	2	3	4	5
22	A comunicação com os doentes/utentes	1	2	3	4	5
23	A pressão em termos de tempo para realizar determinada actividade	1	2	3	4	5
24	O estar em ensino clínico com um grupo de colegas com o qual não tenho afinidades	1	2	3	4	5
25	O possuir pouca destreza técnica	1	2	3	4	5
26	O número excessivo de alunos em ECE no mesmo serviço	1	2	3	4	5
27	A falta de recursos materiais no serviço	1	2	3	4	5
28	O excesso de horas de trabalho	1	2	3	4	5
29	A percepção de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o doente e a família	1	2	3	4	5
30	A falta de orientação dos professores	1	2	3	4	5
31	O ter de executar procedimentos dolorosos aos doentes	1	2	3	4	5
32	A subcarga de tarefas a realizar	1	2	3	4	5
33	A articulação entre orientador e professor deficiente	1	2	3	4	5
34	A ausência de remuneração	1	2	3	4	5
35	A falta de conhecimentos técnicos	1	2	3	4	5
36	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao currículo do curso	1	2	3	4	5
37	O medo de cometer erros	1	2	3	4	5
38	A falta de recursos humanos no serviço	1	2	3	4	5
39	O ter de reflectir sobre a prática desenvolvida em ensino clínico	1	2	3	4	5
40	As experiências clínicas de curta duração	1	2	3	4	5
41	O sentir dúvidas sobre se a profissão de Enfermagem é a que desejo para mim	1	2	3	4	5
42	A pouca disponibilidade por parte dos orientadores do local de ensino clínico	1	2	3	4	5
43	A exposição à morte dos doentes	1	2	3	4	5
44	A imprevisibilidade do trabalho	1	2	3	4	5
45	O cansaço físico derivado do ensino clínico	1	2	3	4	5

46	O ter de prestar cuidados a áreas íntimas dos doentes/utentes	1	2	3	4	5
47	O receber orientações contraditórias entre orientador do ensino clínico e professor	1	2	3	4	5
48	O medo de não conseguir resolver uma situação imprevista que possa ocorrer	1	2	3	4	5
49	O aumento das despesas	1	2	3	4	5
50	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente ao nível de conhecimentos dos alunos	1	2	3	4	5
51	A falta de recursos físicos no serviço	1	2	3	4	5
52	O ter de tomar decisões no momento	1	2	3	4	5
53	O ter de lidar com os sentimentos dos familiares dos doentes/utentes	1	2	3	4	5
54	A comunicação com os orientadores do serviço	1	2	3	4	5
55	O medo do desconhecido (doenças, doentes, equipas, contexto)	1	2	3	4	5
56	O desconhecimento por parte dos orientadores do local de ensino clínico relativamente aos objectivos do ensino clínico	1	2	3	4	5
57	O facto de ser chamado à atenção / criticado na presença de terceiros	1	2	3	4	5
58	A presença de estagiários de outras escolas no mesmo serviço	1	2	3	4	5
59	As mudanças frequentes de serviços	1	2	3	4	5
60	A responsabilidade por outras pessoas	1	2	3	4	5
61	A falta de apoio dos orientadores do local de estágio	1	2	3	4	5
62	A falta de conhecimentos teóricos	1	2	3	4	5
63	As reuniões de estágio entre alunos, orientadores e professores	1	2	3	4	5
64	O tipo de serviço de ensino clínico	1	2	3	4	5
65	O número de horas de trabalho por semana no ensino clínico	1	2	3	4	5
66	A percepção de injustiça relativamente à avaliação	1	2	3	4	5
67	O ter de prestar cuidados a doentes em fase terminal	1	2	3	4	5
68	A falta de orientação dos orientadores do local de estágio	1	2	3	4	5
69	O ter de assumir responsabilidades	1	2	3	4	5
70	O ser alvo de críticas negativas	1	2	3	4	5
71	O estar num serviço onde se sente que os alunos não são bem acolhidos	1	2	3	4	5
72	A pouca disponibilidade por parte dos professores	1	2	3	4	5
73	A não-aceitação por parte dos doentes dos cuidados por mim ministrados	1	2	3	4	5
74	O não me identificar com a prestação dos cuidados realizada no serviço	1	2	3	4	5
75	A ausência de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos no serviço	1	2	3	4	5
76	O grau de exigência dos orientadores do local de ensino clínico	1	2	3	4	5
77	O ter de mudar de casa para realizar o ensino clínico	1	2	3	4	5
78	O não saber até que ponto posso tomar iniciativas	1	2	3	4	5
79	A comunicação com outros profissionais	1	2	3	4	5
80	A comunicação com a família dos doentes/utentes	1	2	3	4	5
81	O desconhecimento dos orientadores do local de ensino clínico relativamente às normas de avaliação	1	2	3	4	5
82	A realização de trabalhos para além do horário do ensino clínico	1	2	3	4	5
83	A comunicação com os colegas de estágio	1	2	3	4	5
84	O grau de exigência dos professores	1	2	3	4	5
85	A falta de apoio dos professores	1	2	3	4	5
86	Não conseguir estabelecer uma relação de empatia com os doentes	1	2	3	4	5
87	O ter de lidar com situações de urgência	1	2	3	4	5
88	A falta de feedback por parte dos professores	1	2	3	4	5
89	O confronto com o agravamento da situação clínica dos doentes	1	2	3	4	5
90	O tipo de horário no ensino clínico (fixo, rotativo, trabalho por turnos)	1	2	3	4	5
91	A discrepância entre a formação adquirida na Escola e a realidade da prática profissional	1	2	3	4	5
92	A falta de objectividade na avaliação do ensino clínico	1	2	3	4	5
93	A percepção de que poderia ter tido um melhor desempenho	1	2	3	4	5

Parte IV – Escala de Sintomas do Stress

Tendo como referência o seu último ensino clínico de enfermagem, refira com que frequência experienciou cada consequência do *stress* abaixo referida, colocando um círculo no algarismo que melhor corresponda à sua situação: 1 – nunca; 2 - poucas vezes; 3 - algumas vezes; 4 – muitas vezes; 5 - sempre.

Quando me sentia com *stress*...

1	Tinha dores de cabeça e/ou tonturas	1	2	3	4	5
2	Sentia aumento da frequência cardíaca	1	2	3	4	5
3	Tinha perturbações do sono (dificuldade em adormecer, insónias...)	1	2	3	4	5
4	Ficava com uma respiração ofegante	1	2	3	4	5
5	Ficava com irritações na pele	1	2	3	4	5
6	Tinha aumento da frequência urinária	1	2	3	4	5
7	Sentia dificuldade em respirar	1	2	3	4	5
8	Sentia aumento da tensão muscular	1	2	3	4	5
9	Ficava com as mãos suadas e húmidas e/ou transpirava muito	1	2	3	4	5
10	Tinha dores de estômago	1	2	3	4	5
11	Tinha perturbações da memória / esquecimento	1	2	3	4	5
12	Tinha dificuldades de concentração	1	2	3	4	5
13	Tinha pensamentos irracionais e negativos	1	2	3	4	5
14	Ficava com humor deprimido / triste	1	2	3	4	5
15	Ficava hipersensível às críticas	1	2	3	4	5
16	Irritava-me com facilidade	1	2	3	4	5
17	Tinha dificuldades na tomada de decisões	1	2	3	4	5
18	Sentia uma ansiedade difusa e disfuncional	1	2	3	4	5
19	Sentia uma grande apatia	1	2	3	4	5
20	Chorava com facilidade	1	2	3	4	5
21	Perdia o apetite	1	2	3	4	5
22	Comia em excesso	1	2	3	4	5
23	Tomava medicamentos para dormir e/ou para me acalmar	1	2	3	4	5
24	Aumentava o consumo de álcool	1	2	3	4	5
25	Isolava-me	1	2	3	4	5
26	Pensava em mudar de profissão	1	2	3	4	5
27	Tinha diminuição do interesse sexual	1	2	3	4	5
28	Tinha inquietação motora (não conseguia estar quieto)	1	2	3	4	5
29	Fumava mais	1	2	3	4	5
30	Tinha diminuição do interesse, eficiência e rendimento profissionais	1	2	3	4	5
31	Tinha náuseas e/ou diarreia	1	2	3	4	5
32	Ficava com a boca seca	1	2	3	4	5
33	Não fazia coisas que me divertem	1	2	3	4	5
34	Perdia a confiança em mim próprio	1	2	3	4	5
35	Tudo requeria muito esforço	1	2	3	4	5
36	Tinha dificuldades em me relacionar com os outros	1	2	3	4	5
37	Sentia que não conseguia ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5

Parte V - Questionário de Estratégias de Coping – Ribeiro & Santos

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior *stress* que experienciou no último ensino clínico de enfermagem. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada/o pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de *stress*. Pensando na forma como lidou com a situação de *stress* que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 - Nunca usei; 1 - Usei de alguma forma; 2 - Usei algumas vezes; 3 - Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a sua situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria/o	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim própria/o o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirada/o em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos...	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30	Não deixei que a situação me afectasse; recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passsei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida/o em situações semelhantes	0	1	2	3
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim própria/o que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado nas coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim própria/o	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim própria/o naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

Parte VI – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) - Pais-Ribeiro

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**. Cada uma das letras significa o seguinte: **A concordo totalmente; B concordo na maior parte; C não concordo nem discordo; D discordo na maior parte; E discordo totalmente.**

1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8	Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Parte VII- AS ESCALAS DE AUTO-ESTIMA E DE OPTIMISMO-PESSIMISMO DE MEHRABIAN

Utilize, por favor, a seguinte escala para indicar até que ponto concorda ou discorda com cada uma das afirmações apresentadas. Escreva o número que escolher para cada uma das afirmações no espaço que aparece antes de cada frase. Tente descrever-se de modo exacto e de forma a reflectir a maneira como em geral se considera (isto é, a sua maneira real de ser na maioria das situações, e não em situações específicas ou a maneira como gostaria de ser).

- +4 = concordo totalmente
- +3 = concordo bastante
- +2 = concordo moderadamente
- +1 = concordo um pouco
- 0 = não concordo nem discordo
- 1 = discordo um pouco
- 2 = discordo moderadamente
- 3 = discordo bastante
- 4 = discordo totalmente

- _____ 1. Não sou tímido(a).
- _____ 2. Os outros procuram a minha amizade.
- _____ 3. Não gosto da minha aparência.
- _____ 4. Vou ter sucesso na vida.
- _____ 5. Não sou inteligente.
- _____ 6. Quando decido fazer uma coisa difícil, consigo fazê-la.
- _____ 7. Gostaria de ser uma pessoa completamente diferente.
- _____ 8. Falta-me confiança.
- _____ 9. Há muitas coisas que faço bem.
- _____ 10. As pessoas evitam-me.
- _____ 11. Gosto de mim.

- _____ 1. Sou optimista em relação à minha carreira profissional.
- _____ 2. O azar persegue-me.
- _____ 3. Geralmente vejo as coisas pela positiva.
- _____ 4. Evito as desilusões esperando sempre o pior.
- _____ 5. Quando há a possibilidade de alguma coisa me correr mal, corre mesmo.
- _____ 6. Acredito que há um benefício a tirar de cada contratempo.
- _____ 7. Por natureza sou mais optimista do que pessimista.
- _____ 8. O meu futuro parece-me sombrio.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 2: Pedido de Autorização para Recolha dos Dados

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Directivo
Escola Superior de Saúde

Aveiro, 07 de Maio de 2007

Somos uma equipa de investigadores que se encontra a desenvolver na Universidade de Aveiro um estudo intitulado *Stresse, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico*.

Este estudo visa compreender as situações indutoras de stresse nos estudantes de enfermagem em ensino clínico e os seus efeitos na saúde e bem-estar dos mesmos. Pretende igualmente contribuir para o desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção e de intervenção junto dos alunos com vista a lidarem com o stresse e com vista à promoção do seu bem-estar físico e mental.

Neste sentido vimos por este meio solicitar autorização para proceder à recolha de dados junto dos alunos dos diversos anos que frequentam a escola que Vossa Excelência dirige.

De acordo com os requisitos éticos da investigação, a participação dos alunos no estudo é voluntária e todos os dados obtidos são confidenciais e anónimos.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontramos-nos ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente, bem como para informar a escola dos resultados obtidos no âmbito desta investigação.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

Pela Equipa de Investigação,

(Susana Custódio)

Equipa de Investigação

Mestre Susana Margarida Rodrigues Custódio - Equiparada a Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Leiria/Instituto Politécnico de Leiria

Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira – Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Graça Maria Batista Seco - Professora-Adjunta da Escola Superior de Educação de Leiria/Instituto Politécnico de Leiria

Contacto: Susana Custódio – susana.custodio@esslei.ipleiria.pt

Rua do Alto Vieiro, n.º 28 – 1.º - Parceiros – 2400-441 Leiria

ANEXO 3: Caracterização dos Ensinos Clínicos de Enfermagem

Como referido no capítulo I, no âmbito da Formação inicial em Enfermagem, os ensinamentos clínicos constituem-se como uma das principais preocupações da profissão, referidas quer por enfermeiros, quer pelos docentes, atribuindo a este contexto um espaço privilegiado de integração de conhecimentos e de saberes técnicos e processuais. Os ensinamentos clínicos visam garantir aos estudantes a possibilidade de concretizarem, através da prática de enfermagem, o perfil de competências, pessoais/relacionais, metodológicas, técnico-científicas, educativas e pedagógicas e de adaptação, desenvolvidas ao longo do curso.

As Escolas Superiores de Saúde/de Enfermagem detêm autonomia científica e pedagógica para a elaboração dos seus planos de estudos, desde que salvaguardem alguns princípios, como atribuir ao ensino clínico, metade do número total de horas do plano de estudos.

No que se refere à componente de ensino clínico, nos currículos escolares das escolas onde procedemos à recolha dos dados para o nosso estudo, constatamos em algumas escolas a atribuição de designações diferentes: numas ensinamentos clínicos, noutras estágios. Independentemente da designação adoptada, verifica-se que a componente de ensino clínico se encontra articulada com a componente teórica que a antecede ao longo de todo o curso.

De modo a ter uma ideia sobre os ECE realizados nas diversas escolas que colaboraram no nosso estudo, iremos proceder a uma breve caracterização de cada um dos ECE que compõem o plano curricular do curso de licenciatura em Enfermagem. Esta caracterização irá incidir fundamentalmente na carga horária/duração, objectivos do ECE e instituições onde o mesmo decorre.

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Ensino Clínico I – Desenvolvimento de Competências Básicas na Prática de Cuidados. Este EC integra-se no 1º ano / 2º Semestre tendo uma carga horária de 210 horas. Este EC é realizado em Instituições Hospitalares (em Cuidados de Saúde Diferenciados) e em Lares de 3.ª Idade.

O Ensino Clínico I tem como objectivos ao nível dos Cuidados de Saúde Diferenciados (Instituições Hospitalares):

- Desenvolver competências básicas do Cuidar ao nível da satisfação das necessidades da pessoa internada em instituições hospitalares;
- Aperceber-se do impacto da doença como situação de mudança e crise, na vida do indivíduo e na dinâmica familiar;
- Integrar-se na equipa prestadora de cuidados, desenvolvendo uma relação de empatia com a mesma.

Ao nível dos Lares de 3ª Idade, tem como objectivo:

- Conhecer as condições e o funcionamento de algumas Respostas Sociais dirigidas à pessoa Idosa;
- Analisar os efeitos institucionais mais importantes que diminuem a qualidade de vida dos idosos;
- Observar no Idoso o processo de Envelhecimento, o grau de dependência e a satisfação das necessidades humanas básicas;
- Ajudar o Idoso a adaptar-se às mudanças decorrentes do processo de Envelhecimento;
- Desenvolver aptidões e capacidades técnicas promotoras da Saúde do idoso;
- Promover actividades lúdico/ocupacionais que visem a interacção entre os idosos e a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas.

Ensino Clínico II – Médico-cirúrgico I faz parte do plano de estudos do 2.º ano, 1.º semestre, com uma carga horária de 350 horas. Este EC é realizado em hospitais tendo como objectivos:

- Identificar no Indivíduo as alterações das necessidades Humanas básicas resultantes de processos fisiopatológicos e suas implicações no cuidar;
- Mobilizar os conhecimentos numa perspectiva de diagnóstico de Enfermagem;
- Estabelecer um plano de acção de Enfermagem com vista à satisfação/ minimização das necessidades Humanas básicas afectadas;
- Avaliar a intervenção de Enfermagem na perspectiva de continuidade do cuidado;
- Compreender o processo do cuidar no contexto da gestão de Cuidados de Enfermagem.

Ensino Clínico III – Médico-cirúrgico II decorre no 2.º ano, durante o 2.º semestre, com uma duração de 350 horas. Este EC decorre em contexto hospitalar e tem como objectivos:

- Reconhecer os processos desencadeantes da alteração das necessidades humanas básicas nos doentes com patologias médico-cirúrgicas (situações de Urgência / Emergência e Ortopédicas);
- Identificar as necessidades humanas básicas que estão afectadas num doente com patologias médico cirúrgicas (situações de Urgência / Emergência e Ortopédicas);

- Elaborar um plano de acção de Enfermagem a fim de responder às necessidades do doente e família;
- Executar o plano de cuidados tendo em atenção as prioridades actuando como membro integrado na equipa de saúde;
- Avaliar os resultados obtidos para poder melhorar a sua futura actuação;
- Orientar o doente e família em relação aos procedimentos a seguir, resultantes da sua doença, utilizando os recursos disponíveis, tanto a nível hospitalar como da comunidade.

O *Ensino Clínico IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* – faz parte integrante do 3.º ano e decorre no 1.º semestre, com uma carga horária de 175 horas. Este EC é realizado em Instituições de Saúde (hospitais e centros de saúde) nas áreas da Vigilância Pré-Natal e Planeamento Familiar, Puerpério, Bloco de Partos e Ginecologia, tendo como objectivos:

- Prestar cuidados à mulher grávida e família, visando a satisfação das suas necessidades;
- Desenvolver competências na área da Educação para a Saúde na gravidez;
- Prestar cuidados de Enfermagem à mulher parturiente e Puerpera, visando a satisfação das suas necessidades;
- Prestar cuidados ao Recém-Nascido saudável, visando a satisfação das suas necessidades;
- Prestar cuidados de enfermagem específicos à mulher e família durante o ciclo de fertilidade, em situação de saúde e doença.

O *Ensino Clínico V – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* – decorre no 3.º ano, 1.º semestre, e tem uma duração de 175 horas. Este EC é realizado em Hospitais, Cooperativas de Ensino e Reabilitação de Crianças Inadaptadas e Centros de Atendimento a Toxicodependentes e tem como objectivos:

- Desenvolver uma relação de ajuda com o doente e família, que lhe permita identificar as necessidades de saúde, planear as intervenções e actuar como elemento facilitador de saúde mental;
- Participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de Cuidados de Enfermagem ao doente, família e comunidade utilizando a metodologia científica;

- Analisar as repercussões da doença mental no contexto familiar e sociocultural.

O *Ensino Clínico VI – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* – integra o plano de estudos do 3.º ano e decorre no 2.º semestre, com uma duração de 280 horas. Este EC é realizado em Cuidados de Saúde Primários no âmbito da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil, Vacinação, Saúde Escolar e Consulta de Atendimento ao Jovem e Cuidados Diferenciados nos Serviços de Urgência Pediátrica, unidades de neonatologia e Serviços de Pediatria. Este EC tem como objectivo geral desenvolver no estudante aptidões que lhe permitam intervir integrado na equipa de Saúde, no planeamento execução e avaliação de Cuidados de Enfermagem à Criança, Jovem e Família aos diferentes níveis de prevenção, utilizando uma metodologia científica.

O *Ensino Clínico VII – Enfermagem de saúde comunitária* integra o plano de estudos de enfermagem do 4.º ano, 1.º semestre, com uma carga horária de 210 horas. Este EC decorre em Centros de Saúde, extensões de saúde e Unidades de Saúde Familiares e tem subjacente os seguintes objectivos:

- Compreender a Saúde Multidimensional como a principal finalidade da Enfermagem na promoção da Saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade.
- Identificar as necessidades do indivíduo, família e comunidade com vista à sua autonomia e avaliar a forma de satisfazer essas mesmas necessidades.
- Prestar cuidados de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade no âmbito dos cuidados de Saúde Primários.

O *Ensino Clínico VIII – Intervenção em Situações de Risco*, realiza-se no 4.º ano, 2.º semestre, em instituições hospitalares, com uma duração de 525 horas. Este EC tem como objectivos:

- Aprofundar saberes e competências ao nível do cuidar, nas diferentes áreas de intervenção do Enfermeiro.
- Participar integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados ao utente e família, aos diferentes níveis de prevenção, utilizando metodologia científica;
- Promover a articulação e continuidade de cuidados de saúde numa perspectiva de *continuum* de vida;
- Identificar Situações de Risco para a saúde da família / jovem / adulto e idoso;
- Colaborar com outros técnicos na promoção e resolução de problemas de Saúde

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

O *Ensino Clínico I* é um EC de observação, que decorre no 1.º ano / 2.º semestre tendo uma carga horária de 72 horas.

O *Ensino Clínico II* decorre no 2.º ano / 1.º semestre tendo uma carga horária de 261 horas. Este EC é realizado em Maternidades e tem como objectivo colaborar na prestação de cuidados de enfermagem, à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem.

O *Ensino Clínico III* decorre no 2.º ano / 2.º semestre num total de 237 horas. Este EC é realizado em centros de saúde e tem como objectivo colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, com e sem necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em Centros de Saúde, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem.

O *Ensino Clínico IV* insere-se no plano de estudos de enfermagem no 3.º ano / 1.º semestre, num total de 312 horas. Este EC é realizado em instituições hospitalares, em serviços de Medicina. Tem como objectivo desenvolver competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Medicina, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo jovem, adulto e idoso, em contexto de doença de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem.

O *Ensino Clínico V* é realizado no 3.º ano / 2º semestre em contexto hospitalar, mais concretamente em serviços de Cirurgia e de Ortopedia, tendo uma carga horária de 312 horas. Este EC tem como objectivo desenvolver competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Cirurgia, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo jovem, adulto e idoso, em contexto de doença de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem.

O *Ensino Clínico VI* decorre no 4.º ano / 1.º semestre tendo uma carga horária de 492 horas. Este EC é realizado no serviço de *Pediatria* tendo como objectivo desenvolver competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto hospitalar – Serviços de Pediatria, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família, no seu processo de adaptação à vida, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem.

Este EC decorre também no serviço de *Psiquiatria* tendo como objectivo desenvolver competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contextos institucionais do foro psiquiátrico, colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com problemas relacionados com a saúde mental e sua família, de acordo com a metodologia científica do processo de enfermagem.

O *Ensino Clínico VII* decorre no 4.º ano / 2.º semestre com uma carga horária de 630 horas. Este EC é realizado nos serviços de urgência, em unidades de cuidados continuados, em serviços de opção e em centros de saúde. Tem como objectivo desenvolver competências

cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, em contexto Hospitalar, ou em Centros de Saúde ou em Unidades de Cuidados Continuados colaborando na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família, abordando de forma holística e singular a criança e o indivíduo jovem, adulto e idoso, em contextos de saúde e doença.

Escola Superior de Saúde da Guarda

O *Estágio I – Pedagogia* – decorre no 1.º ano / 1.º semestre e tem a duração de 210 horas e tem como objectivos gerais: fornecer aos alunos um espaço de aprendizagem, visando o desenvolvimento das suas capacidades cognitivas, afectivas, motoras, criativas, comunicativas através de actividades individuais e colectivas, destinadas a adquirir e ampliar conhecimentos, aptidões e habilidades para o ensino; e desenvolver a arte de “saber-fazer”, dentro dos princípios científicos que regem o exercício da enfermagem.

O *Estágio II – Saúde Comunitária* – tem uma carga horária de 175 horas e decorre no 1.º ano / 2.º semestre em Centros de Saúde. Este estágio tem como objectivos:

- Desenvolver destreza manual e habilidades técnicas; promover a interiorização de conhecimentos técnico-científicos adquiridos;
- Conhecer a estrutura física, orgânico-funcional do Centro de saúde onde se realiza o estágio;
- Observar e colaborar com a equipa nas diferentes actividades do Centro de Saúde de acordo com os conhecimentos adquiridos até à data;
- Percepcionar os recursos existentes na área geodemográfica do Centro de saúde e sua articulação;
- Compreender a importância do trabalho em equipa no atendimento ao utente, família, grupos e comunidade.

O *Estágio III – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* - decorre no 2.º ano / 1.º semestre em hospitais e centros de saúde, tendo uma carga horária de 385 horas. Este estágio tem como objectivos:

- Colaborar na vigilância de saúde materna e obstétrica; colaborar no planeamento familiar; colaborar na vigilância de saúde infantil;
- Aplicar cuidados de enfermagem no atendimento à grávida, parturiente, puerpera, recém-nascido e família;
- Conhecer a resposta dada pela instituição e/ou serviço às necessidades da grávida, parturiente, puerpera, recém-nascido e família.

O *Estágio IV – Enfermagem Médica* – decorre no 2.º ano / 2.º semestre, num total de 310 horas e é realizado em hospitais. Este estágio tem como objectivos que o aluno seja capaz de:

- Conhecer as actividades desenvolvidas pela Instituição Hospitalar enquanto estabelecimento integrado no sistema de saúde do país;
- Compreender os princípios orientadores dos cuidados de saúde diferenciados na resolução dos problemas de saúde;
- Responder aos problemas de saúde dos utentes pela análise de cuidados progressivos e estruturas orgânico-funcionais disponíveis;
- Conhecer os canais de comunicação utilizados pela equipa de saúde;
- Compreender a problemática da integração familiar e social do utente após a alta.

O *Estágio V – Enfermagem Cirúrgica* – integra o plano de estudos do 3.º ano / 1.º semestre, com uma carga horária de 310 horas e decorre em contexto hospitalar. Tem como objectivos gerais que o aluno seja capaz de:

- Conhecer as actividades desenvolvidas pela instituição hospitalar enquanto estabelecimento integrado no Sistema de Saúde do país;
- Compreender os princípios orientadores dos cuidados de saúde diferenciados na resolução dos problemas de saúde;
- Responder aos problemas de saúde dos utentes pela análise de cuidados progressivos e estruturas orgânico-funcionais disponíveis;
- Conhecer os canais de comunicação utilizados pela equipa de saúde;
- Compreender a problemática da integração familiar e social do utente após a alta.

O *Estágio VI – Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica / Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* – realiza-se no 3.º ano / 2.º semestre e tem uma carga horária de 385 horas. Este estágio pretende que o estudante seja capaz de:

- Conhecer a estrutura física e orgânico-funcional das diferentes unidades de saúde onde se realiza o estágio;
- Conhecer a resposta dada pela instituição e/ou serviço às necessidades do utente e família;
- Identificar as situações de crise e o indivíduo em risco, actuando de acordo com cada situação;

- Identificar as patologias mais frequentes no utente mental e pediátrico, das instituições/serviços onde estagia;
- Compreender a farmacocinética e a farmacodinâmica da terapêutica mais utilizada na patologia psiquiátrica e pediátrica;
- Estabelecer com o(s) utente(s) uma relação de ajuda, como meio de intervenção e capacitação do doente e família;
- Colaborar nos diferentes tipos de intervenções terapêuticas e ocupação de doentes;
- Acompanhar a equipa de saúde nas visitas comunitárias abordando o utente no seio da comunidade/família, visando promover a sua (re)inserção;
- Promover acções de educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade;
- Contribuir para a promoção e manutenção da saúde do indivíduo ao longo do ciclo vital;
- Contribuir para a dinamização dos efeitos da hospitalização no desenvolvimento psicomotor da criança;
- Identificar os recursos existentes na área geodemográfica das estruturas assistenciais onde se desenvolve o estágio;
- Utilizar os resultados da investigação na prestação de cuidados aos utentes;
- Conhecer os recursos da comunidade, na promoção e manutenção da saúde, tratamento e recuperação do indivíduo;
- Compreender a importância do trabalho de equipa no atendimento ao utente, família, grupos e comunidade.

O estágio VII – *Administração de Serviços de Enfermagem* – decorre no 4.º ano / 1.º semestre e tem uma carga horária de 210 horas. Tem como objectivos:

- Compreender a organização e funcionamento de uma unidade de cuidados; participar na gestão de uma unidade de cuidados;
- Colaborar na coordenação das actividades de recursos humanos de enfermagem, tendo em vista a sua eficácia; participar na orientação e supervisão dos enfermeiros e outros a nível da unidade;
- Conhecer o processo de avaliação dos enfermeiros;

- Colaborar na avaliação das necessidades de formação em serviços dos enfermeiros de uma unidade de cuidados;
- Participar na realização de estudos da gestão dos cuidados ou do próprio serviço.

O *Estágio VIII – Integração à Vida Profissional* - decorre no 4.º ano / 2.º semestre tendo uma carga horária de 345 horas. Este estágio decorre em centros de saúde e hospitais e tem como objectivos:

- Identificar problemas de saúde na comunidade, actuando de acordo com a situação;
- Prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo e família, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Contribuir para a capacitação do indivíduo, família e/ou grupos, tendo em vista a melhoria do nível de saúde e da qualidade de vida.

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu (Plano de estudos adaptado a Bolonha)

O Ensino Clínico I – *Medicina* – tem uma carga horária de 405 horas e decorre no 2.º ano / 3.º semestre em instituições hospitalares. Este EC tem como objectivo proporcionar experiências clínicas de aprendizagem que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas de enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Ensino Clínico II – *Cirurgia* – decorre no 2.º ano / 4.º semestre tendo uma carga horária de 405 horas. Este EC é realizado em hospitais e clínicas de hemodiálise e tem como objectivo proporcionar experiências clínicas de aprendizagem que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas de enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Ensino Clínico III – *Obstetrícia* – decorre no 3.º ano / 5.º semestre, num total de 225 horas. É realizado em instituição hospitalar e tem como objectivo proporcionar experiências clínicas que permitam ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem na área de saúde materna obstétrica e ginecológica.

O Ensino Clínico IV – *Pediatria* – decorre no 3.º ano / 5.º semestre, com uma carga horária total de 225 horas. Este EC é realizado em hospitais e tem como objectivo proporcionar experiências clínicas que permitam aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem na área de saúde infantil e pediátrica.

O Ensino Clínico V – *Psiquiatria* – decorre no 3.º ano / 6.º semestre, com uma carga horária de 225 horas. Este EC decorre em instituições hospitalares e em Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) e tem como objectivo proporcionar ao estudante um conjunto de experiências clínicas na área da Saúde Mental e Psiquiatria, que lhe possibilitem o treino e aquisição de competências para o exercício da profissão.

O Ensino Clínico VI – *Saúde Comunitária* – decorre no 3.º ano / 6.º semestre e tem uma carga horária de 225 horas. Este EC decorre em Centros de Saúde e tem como objectivo proporcionar ao estudante um conjunto de experiências clínicas na área da Saúde Comunitária, que lhe possibilitem o desenvolvimento de capacidades para o exercício da profissão.

O Ensino Clínico VII – *Saúde Comunitária* – decorre no 4.º ano / 7.º semestre, com um total de 225 horas. Este EC decorre em Centros de Saúde e tem como objectivo proporcionar ao estudante um conjunto de experiências clínicas na área da Saúde Comunitária, que lhe possibilitem o desenvolvimento de capacidades para o exercício da profissão.

O Ensino Clínico VIII – *Médico-Cirúrgica (Internamento)* – decorre no 4.º ano / 7.º semestre e tem um total de 210 horas. É realizado em instituições hospitalares e tem como objectivo proporcionar experiências clínicas de aprendizagem que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas de enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto do doente de médio e alto risco.

O Ensino Clínico IX – *Saúde Comunitária* – decorre no 4.º ano / 8.º semestre e tem uma carga horária de 330 horas. Este EC decorre em Centros de Saúde e Unidades de Saúde e tem como objectivo proporcionar ao estudante um conjunto de experiências clínicas na área da Saúde Comunitária, que lhe possibilitem o desenvolvimento de capacidades para o exercício da profissão.

O Ensino Clínico X – *Médico-Cirúrgica (Urgência)* – decorre no 4.º ano / 8.º semestre, num total de 330 horas. Este EC é realizado em Instituições Hospitalares e tem como objectivo proporcionar experiências clínicas de aprendizagem que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas de enfermagem na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto da Urgência e Cuidados Intensivos.

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Estágio de Enfermagem – decorre no 1.º ano, 2.º semestre, num total de 250 horas, sendo que 40h decorrem em Laboratório de práticas clínicas (ESALD) e 210 horas em instituições hospitalares. Este EC tem como objectivos:

- Conhecer a orgânica funcional do serviço onde realiza o estágio de enfermagem.
- Integrar-se na equipa de saúde do serviço onde desenvolve a sua aprendizagem.
- Compreender a importância da Enfermagem na assistência à pessoa internada bem como à sua família.
- Identificar as funções dos Enfermeiros na unidade/serviço onde está a estagiar.

- Participar na admissão e acolhimento do doente que vai ser internado no respectivo serviço.
- Desenvolver capacidades de comunicação com o doente, família e membros da equipa de saúde.
- Identificar Necessidades Humanas Básicas ou Actividades da Vida Diária afectadas do doente e família.
- Planear, executar e avaliar intervenções de Enfermagem (gerais), utilizando a metodologia científica do Processo de Enfermagem.

Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Reabilitação (EMCR) – decorre no 2.º ano / 2.º semestre com uma carga horária de 720 horas. Este EC é realizado em instituições hospitalares e na Santa Casa da Misericórdia e tem como objectivos:

- Integrar-se nas equipas de saúde dos serviços/unidades onde se desenvolve o ensino clínico;
- Conhecer os protocolos, dinâmica e tarefas específicas dos serviços utilizados para o ensino clínico;
- Aplicar conhecimentos à prática de modo a impedir a transmissão das doenças infecciosas;
- Desenvolver atitudes/ princípios de trabalho tendo em vista a promoção da *Higiene Hospitalar* no seu todo;
- Participar na admissão e no acolhimento do doente na unidade de internamento, valorizando-o como um ser biopsicossocial e cultural;
- Criar um ambiente terapêutico que permita aos doentes e às suas famílias expressarem as suas necessidades e verem essas mesmas necessidades satisfeitas de forma culturalmente sensível;
- Prestar cuidados centrados no doente, valorizando e tratando as múltiplas dimensões: física, psicológica, cultural, espiritual e o seu contexto familiar e social mais vasto;
- Desenvolver capacidades de comunicação eficaz e empatia com o doente, a família e a equipa de cuidados;
- Executar com destreza as diversas técnicas de Enfermagem (explicitadas nas actividades a desenvolver);

- Prestar *Cuidados de Enfermagem* a doentes do foro médico, cirúrgico e de especialidades, utilizando os instrumentos básicos e a metodologia do *Processo de Enfermagem*;
- Participar activamente na preparação do doente e respectiva família para a alta hospitalar.

Estágio de Obstetrícia – decorre no 3.º ano / 2.º semestre com uma carga horária de 210 horas. Este estágio é realizado em instituições hospitalares e em Centros de Saúde e tem como objectivo geral participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido actuando aos diferentes níveis de prevenção, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.

Estágio de Pediatria – decorre no 3.º ano / 2.º semestre com uma carga horária de 210 horas. Este estágio é realizado em instituições hospitalares e em Centros de Saúde e tem como objectivo geral participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem à criança doente/família, actuando aos diferentes níveis de prevenção, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.

Estágio de Psiquiatria – decorre no 3.º ano / 2.º semestre com uma carga horária de 210 horas. Este estágio é realizado em instituições hospitalares e em Centros de Saúde e tem como objectivo geral prestar cuidados de enfermagem globais e específicos ao indivíduo portador de doença mental, assim como à família e comunidade, na perspectiva da promoção da saúde e da reintegração social do doente mental.

Estágio de Enfermagem de Saúde comunitária – decorre no 3.º ano / 2.º semestre com uma carga horária de 210 horas. Este estágio é realizado em Centros de Saúde e extensões e tem como objectivo geral prestar cuidados de enfermagem globais à pessoa ao longo do ciclo vital, a famílias e a comunidades, numa perspectiva de promoção da saúde e da vida.

Estágio de Desenvolvimento profissional, decorre no 4.º ano / 2.º semestre e inclui um estágio em contexto hospitalar, com uma duração de 320 horas que decorre em instituições hospitalares; e um estágio em contexto de saúde na comunidade - 320 horas (decorre em centros de saúde e extensões, escolas, serviços prisionais, instituições para idosos, etc.). O Estágio de desenvolvimento profissional tem como objectivos:

- Utilizar conhecimentos subsidiários das ciências de enfermagem, sociais e do comportamento, que lhes permitam intervir para a promoção da saúde, bem-estar e auto-cuidado, para prevenir complicações, readaptação funcional dos indivíduos/famílias e organização dos serviços de enfermagem.
- Utilizar o juízo clínico e crítico, tomando as decisões segundo um processo reflexivo, indo ao encontro dos problemas reais e potenciais das pessoas, famílias e grupos da comunidade.
- Demonstrar competências técnicas, científicas, éticas, estéticas e relacionais, no âmbito dos cuidados de enfermagem, primários e diferenciados.
- Desenvolver a prática de enfermagem utilizando com eficiência e eficácia os recursos das instituições de saúde e da comunidade.
- Aplicar os conhecimentos de investigação na elaboração de um projecto numa área temática relacionada com o seu projecto profissional.