

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

Joana Carneiro Pinto¹✉, Patrícia Martins², Teresa Brum Pinheiro³, & Ana Cardoso Oliveira¹

¹ Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa, Portugal; ² Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, Portugal; ³ Psicólogos Associados, Lisboa, Portugal

RESUMO- A nível europeu, Portugal é um dos países com maior prevalência de perturbações mentais, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (Wang et al., 2011). Diversas investigações têm reforçado a forte relação entre as perturbações de ansiedade e as respostas de stresse, bem como uma forte comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e a depressão (e.g., Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Neste sentido, face aos vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento destas perturbações, bem como as suas consequências no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, torna-se pertinente estudar estes sintomas emocionais através de instrumentos adequados à população portuguesa. Este estudo avalia as qualidades psicométricas da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), e analisa diferenças nestes sintomas emocionais considerando variáveis sociodemográficas. Participaram 280 jovens adultos e adultos portugueses ($M = 37,34$ anos; $DP = 11,46$), tendo-lhes sido administrado o EADS-21, um instrumento de autorrelato constituído por 21 itens que incidem sobre a identificação de sintomas emocionais vivenciados na última semana. A análise de fiabilidade indicou valores de consistência interna de 0,831 para a ansiedade, 0,886 para a depressão e 0,859 para o stresse. A adequação do modelo foi avaliada através da análise fatorial confirmatória, sendo comprovada a sua qualidade no ajustamento aos dados empíricos ($X^2/df = 1,853$, $CFI = 0,942$, $GFI = 0,896$, $RMSEA = 0,055$). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stresse em função do sexo, idade, formação académica, e satisfação com a vida. Retiram-se implicações para o aprofundamento desta linha de investigação.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, stresse, adultos portugueses

ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS: A STUDY OF PORTUGUESE ADULTS

ABSTRACT- At a European level, Portugal is one of the countries with the highest prevalence of mental disorders, especially anxiety disorders and mood disorders (Wang et al., 2011). Several researches have reinforced the strong relationship between anxiety disorders and stress responses, as well as a strong comorbidity between anxiety disorders and depression (e.g., Pais-Ribeiro, Honorado & Leal, 2004). In this sense, given the many factors that can contribute to the development of these disorders and their consequences on the well-being and quality of life, it becomes pertinent to study these emotional symptoms through appropriate instruments to the Portuguese population. This study evaluates the psychometric properties of the Depression, Anxiety

✉ Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, 1649-023 Lisboa.

E-mail: joanacpinto@hotmail.com

and Stress Scale (DASS-21; Pais-Ribeiro, Honorado, & Leal, 2004), and analyzes differences in these emotional symptoms considering socio-demographic variables. Participated 280 Portuguese adults and young adults ($M = 37,34$ years, $SD = 11,46$), who were administered the DASS-21, a self-report instrument consisting of 21 items that focus on the identification of emotional symptoms experienced in last week. The reliability analysis indicated internal consistency values of 0,831 for anxiety, 0,886 for depression, and 0,859 for stress. The model fit was assessed by a confirmatory factor analysis, and proven its quality in fit to the empirical data ($X^2/df = 1.853$, $CFI = 0,942$, $GFI = 0,896$, $RMSEA = 0,055$). There were statistically significant differences in levels of anxiety, depression and stress by sex, age, academic background, and life satisfaction. Implications are drawn to the development of this research line.

Keywords: anxiety, depression, stress, Portuguese adults.

Recebido em 13 de Outubro de 2014/ Aceite em 13 de Junho de 2015

Em 2011 Portugal foi considerado um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (Wang et al., 2011). Mais recentemente, os dados publicados pela Direção Geral de Saúde em 2013 (DGS, 2013) indicaram resultados idênticos, demonstrando que Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, sobretudo perturbações de ansiedade (16.5%) e perturbações depressivas (7.9%).

Segundo Barlow (2002, cit. por Craske, Rauch & Ursano, 2009), a ansiedade é um estado de humor orientado para o futuro associado à preparação para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta de alarme ao perigo eminente ou presente, real ou percebido. A ansiedade pode também ser entendida como uma resposta adaptativa do organismo, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, que se traduzem num estado de ativação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica (Ruiz, Cuadrado & Rodriguez, 2001). No entanto, a ansiedade pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, isto é, quando o perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de ativação e duração são desproporcionais face à situação objetiva (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz et al., 2001).

Relativamente à depressão, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, esta pode ser entendida como uma perturbação caracterizada pela tristeza, perda de interesse e prazer, sentimentos de culpa e baixa autoestima, perturbações do sono e/ou de apetite, cansaço excessivo e baixa concentração. Para Del Porto (1999), esta pode ser entendida enquanto estado afetivo, sintoma e síndrome. Enquanto estado afetivo, a depressão representa a tristeza normal da vida psíquica que, quando em níveis muito elevados, constitui-se como um sinal de alerta para o desenvolvimento de estados depressivos. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir como uma manifestação secundária de outras perturbações físicas e/ou mentais. Por fim, enquanto síndrome, a depressão inclui alterações de humor, tais como, tristeza, irritabilidade, ausência de capacidade para sentir prazer, e apatia. Os estados depressivos são ainda caracterizados por sentimentos de vazio, redução do interesse pelo ambiente externo, e alterações psicomotoras e vegetativas, tais como sensação de fadiga e perda de energia, e lentificação dos movimentos.

De acordo com Selye (1952, cit. por Lovibond & Lovibond, 1995), os acontecimentos de vida stressantes podem precipitar episódios de ansiedade e de depressão, bem como levar a respostas características de stresse. O stresse pode ser entendido como um processo complexo gerado por uma

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

resposta não específica do indivíduo a um stressor interno ou externo. A resposta de stresse produz alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, e depende da discrepância entre a forma como o indivíduo percebe o stressor e como percebe a sua capacidade para lidar com o mesmo (Lipp, 2006; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Ribeiro, 2005; Selye, 1951).

Selye (1951) descreveu a resposta orgânica aos stressores como Síndrome de Adaptação Geral, a qual possui três fases. A primeira - alerta - é considerada a fase na qual o indivíduo ganha energia devido à produção de adrenalina, assegurando a sobrevivência. A segunda - resistência - é a fase em que o indivíduo tenta lidar automaticamente com os stressores de forma a manter a homeostasia. E, a terceira fase - exaustão - ocorre quando os fatores de stresse persistem em frequência e intensidade, ocorrendo uma quebra da resistência. É nesta última fase que surgem frequentemente perturbações físicas e psicológicas, tais como enfarte, depressão, e ansiedade (Lipp, 2003; Selye, 1951).

Desta forma, pode-se afirmar que, em níveis moderados, o stresse capacita o indivíduo para lidar com situações de mudança e adversas; proporciona uma melhor percepção dessas situações e das suas consequências; permite um processamento mais rápido da informação e capacidade de resolução de problemas; e, aumenta a motivação, energia e produtividade. Em contrapartida, o stresse, quando em níveis elevados, tem consequências sérias no bem-estar dos indivíduos resultando, com frequência, em cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, crises de ansiedade e de humor, e doenças físicas devido à diminuição do funcionamento imunitário (Lipp, 2006; Lipp & Malagris, 2001; Margis et al., 2003).

Fenomenologicamente e conceitualmente, a ansiedade e a depressão são claramente distintas (Lovibond & Lovibond, 1995; Watson & Clark, 1995). Contudo, essa distinção é substancialmente difícil em termos clínicos e empíricos devido a diversos aspetos, tais como: (a) forte associação entre a ansiedade e os sintomas da depressão (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); (b) elevada comorbilidade (e.g., Brown et al., 2001, cit. por Holander-Gijsman et al., 2012; Clark & Watson, 1991); e, (c) sobreposição de sintomas-chave da ansiedade e da depressão, causando problemas ao nível dos instrumentos e tornando as suas medidas altamente correlacionadas e moderadamente discriminativas (Clark & Watson, 1991; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004; Watson & Clark, 1995). Na psicopatologia, a depressão e a ansiedade são constituintes de um vasto leque de perturbações mentais (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Na tentativa de ultrapassar estes problemas, Clark e Watson (1991) desenvolveram o Modelo Tripartido, no qual propõem a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática. O afeto negativo refere-se aos sintomas inespecíficos comuns à ansiedade e à depressão, que podem ajudar a compreender a comorbilidade, a sobreposição de sintomas, e a forte associação entre as medidas dos dois constructos (e.g., insónia, inquietação, irritabilidade e falta de concentração). O baixo afeto positivo abrange os sintomas de anedonia específicos da depressão, tais como a falta de entusiasmo, excitação e energia. Por fim, a excitação somática é a dimensão relativamente específica da ansiedade, que inclui sintomas como tensão e hiperexcitação (Holander-Gijsman, Beurs, Weem Rood & Zitman, 2010; Holander-Gijsman et al., 2012; Watson & Clark, 1995).

Com o intuito de operacionalizar o Modelo Tripartido, surgiram várias medidas, entre as quais a *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995). Os autores procuraram construir uma escala que abrangesse o máximo de sintomas de ansiedade e depressão, com a absoluta discriminação entre ambas e com elevados padrões psicométricos. Os itens da escala foram construídos com base na experiência clínica e foram posteriormente testados, dando origem a três fatores: depressão, ansiedade e stresse. A depressão caracteriza-se essencialmente pela perda de autoestima e iniciativa, e está associada à percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos

significativos para o indivíduo. A ansiedade enfatiza a ligação entre estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo. O stresse inclui itens menos discriminativos da ansiedade e depressão, referindo-se a estados persistentes de excitação e tensão, baixa tolerância à frustração, dificuldade em relaxar, irritabilidade e agitação.

Após o estudo da escala, os autores concluíram que a depressão, a ansiedade e o stresse podem ser diferenciados através da DASS-42, tendo esta demonstrado qualidades psicométricas satisfatórias.

Em 2004, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal procederam à adaptação portuguesa da versão reduzida da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), designada Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21). Os resultados obtidos no estudo demonstraram que a EADS-21 apresenta boas qualidades psicométricas e semelhantes à versão original, constituindo-se, portanto, como uma medida útil quer para a investigação quer para o uso clínico (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Face à elevada prevalência de perturbações de ansiedade e depressivas na população portuguesa, o principal objetivo do presente estudo é averiguar os níveis de ansiedade, depressão e stresse na amostra em estudo, através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004). Mais especificamente pretende-se avaliar as qualidades psicométricas da EADS-21, averiguar os níveis de ansiedade, depressão e stresse existentes numa amostra portuguesa, bem como se estes estão relacionados com as variáveis sociodemográficas em estudo.

MÉTODO

Participantes

Participam 280 jovens adultos e adultos portugueses, 212 (75,7%) mulheres e 68 (24,3%) homens, com uma média de idades de 37,74 anos ($DP = 11,46$; $Min = 18$; $Max = 95$). Estes participantes são, maioritariamente, solteiros ($n = 139$, 49,6%), e sem filhos ($n = 175$, 62,5%). Em termos académicos e profissionais são licenciados ($n = 132$, 47,1%), em ciências sociais, comércio e direito ($n = 127$, 45,40%), saúde e proteção social ($n = 27$, 9,6%), artes e humanidades ($n = 28$, 10,0%), educação ($n = 20$, 7,14%) engenharia, indústrias transformadoras, e construção ($n = 30$, 10,70%), ciências, matemática e informática ($n = 23$, 8,2%), serviços ($n = 15$, 5,4%), e agricultura ($n = 2$, 0,71%), estando atualmente a trabalhar a tempo inteiro ($n = 176$, 62,9%). De um modo geral, apresentam um nível médio de satisfação global com a vida ($M = 2,86$; $DP = 0,53$; $Min-Max = 2-4$).

Material

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21; Pais-Ribeiro, et al., 2004) pretende avaliar os sintomas associados à ansiedade, depressão e stresse em jovens adultos e adultos portugueses. É constituída por 21 itens, agrupados em três subescalas, constituídas por 7 itens cada. A subescala *Ansiedade* é constituída por (a) Excitação do Sistema Autónomo (itens 2, 4, 19), (b) Efeitos Músculos Esqueléticos (item 7), (c) Ansiedade Situacional (item 9) e, (d) Experiências Subjetivas de Ansiedade (itens 15, 20). A subescala *Depressão* é constituída por (e) Disforia (item 13), (f) Desânimo (item 10), (g) Desvalorização da Vida (item 21), (h) Auto depreciação (item 17), (i) Falta de interesse ou de envolvimento (item 16), (j) Anedonia (item 3), e, (k) Inércia (item 5). A subescala *Stresse* é constituída por (l) Dificuldade em Relaxar (itens 1 e 12), (m) Excitação Nervosa (item 8), (n) Facilmente Agitado/Chateado (item 18), (o) Irritação/Reação Exagerada (itens 6, 11) e, (p) Impaciência (item 14). Todos os itens são avaliados através de uma escala de resposta de tipo Likert, de 4 pontos, que reenviam para a severidade e frequência dos sintomas experimentados nos últimos 7 dias - “na semana passada” (0 - “não se aplicou nada a mim”, 1 - “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 - “aplicou-se a mim muitas vezes”, e 3 - “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). A cotação é dada

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

pela soma dos resultados dos 7 itens, obtendo-se uma nota para cada subescala com um resultado mínimo de 0 e máximo de 21. Desta forma, notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos. Relativamente à consistência interna, os resultados obtidos por Pais-Ribeiro et al. (2004) demonstram alfas de Cronbach elevados para as três subescalas (ansiedade = 0,74; depressão = 0,85; stresse = 0,81).

Procedimento

Este estudo integra o projeto “*Estilos de identidade, criatividade e sintomas emocionais: Estudo exploratório com adultos portugueses*” que está a ser desenvolvido pela P.A. - Psicólogos Associados. Pretende-se criar um contexto favorável ao aprofundamento dos conceitos identidade, criatividade e sintomas emocionais, e da sua relação, tendo em vista a criação de bases para o desenvolvimento de um futuro modelo teórico.

Os participantes foram convidados a responder a uma breve Ficha Sociodemográfica seguida de três instrumentos de avaliação: (a) *Inventário de Estilos de Identidade* (ISI5, Berzonsky, 2013; tradução de Pinto & Sousa, 2013), que estuda os estilos pessoais de processamento de informação, resolução de problemas e tomada de decisão, no âmbito da (re)construção da identidade; (b) *Escala de Estilos de Pensar e Criar* (Almeida & Nogueira, 2013), que analisa modos preferenciais através dos quais diferentes pessoas expressam a sua criatividade; e, (c) *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21; Pais-Ribeiro, et al., 2004), que incide sobre a identificação de sintomas emocionais vivenciados na última semana. Este projeto inclui ainda o envio de uma fotografia de uma gaveta que procura traduzir de forma operacional como a identidade e a criatividade se podem expressar no quotidiano.

Apenas os dados da EADS-21 foram utilizados para o desenvolvimento deste estudo, uma vez que se pretende analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento, bem como diferenças entre grupos sociodemográficos, antes de se proceder à sua relação com a identidade e a expressão criativa.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das respostas dos 280 participantes no estudo, bem como da consistência interna de cada uma das dimensões da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21*. A análise de fiabilidade dos itens de cada dimensão efetuou-se recorrendo ao alfa de Cronbach como coeficiente de consistência interna.

A avaliação da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21* foi efetuada com uma análise fatorial exploratória (AFE) com extração dos fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação varimax onde se retiveram os fatores com valor próprio superior a 1, e a percentagem de variância retida. A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett foram os métodos utilizados para avaliar a validade da AFE. Relativamente à estrutura fatorial do EADS-21, é esperada a identificação dos três fatores - Ansiedade, Depressão e Stresse - correspondentes ao Modelo Tripartido desenvolvido por Clark e Watson (1991) que sustenta a escala. Todos os fatores deverão apresentar níveis de consistência interna elevados, analisados através do alfa de Cronbach, à semelhança do que se verificou no estudo de adaptação portuguesa da versão *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) em 2004.

Por outro lado, é também esperada a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stresse em função do sexo, idade, área de formação académica, e satisfação global com a vida.

A estrutura da escala foi confirmada com recurso à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com o método de estimação de máxima verosimilhança, onde os respetivos itens da escala explicam cada uma das 3 dimensões Ansiedade, Depressão e Stresse, representadas como variáveis latentes no

modelo teórico. O ajustamento do modelo foi avaliado com recurso às medidas *ratio chi square statistics/degrees of freedom* (χ^2/df), *goodness of fit index* (*GFI*), *comparative fit index* (*CFI*) e *root mean square error of approximation* (*RMSEA*). Considerou-se o modelo com ajustamento aceitável com valores de $\chi^2/df \leq 3$, *RMSEA* < 0,08, e *GFI* e *CFI* $\geq 0,90$ (Hu & Bentler, 1999).

A análise comparativa entre os grupos das variáveis sociodemográficas sexo, idade, área de formação, e satisfação global com a vida com relação à *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* foi realizada com o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

A análise descritiva, análise de fiabilidade dos índices, AFE e os testes referidos foram efetuadas com o *software* SPSS, versão 22 para Windows (Nie, Hull & Bent, 1968), e a AFC com o programa AMOS, versão 22 para Windows (Arbuckle & Wothke, 1999).

RESULTADOS

Resultados descritivos do EADS

No que concerne a subescala *Ansiedade*, constata-se que os participantes obtiveram uma média total de 2,73, sendo que os resultados mínimo e máximo se situaram entre 0 e 14 pontos, face a uma amplitude teórica de 0-21 pontos. Assim, esta amostra de participantes possui níveis de ansiedade que são muito inferiores ao ponto médio da escala. Esta situação é confirmada quando se analisa a distribuição das frequências e percentagens de resposta pelos quatro pontos da escala Likert, existindo uma forte predominância das respostas em torno dos pontos mais baixos da escala, em particular do ponto 0 “não se aplicou nada a mim”. Relativamente à análise da consistência interna da subescala, o valor obtido é adequado ($\alpha = 0,83$), sendo que a eliminação de qualquer um dos 7 itens que a constitui provoca uma descida deste valor.

Relativamente à *Depressão*, verifica-se que os participantes obtiveram uma média total de 3,97, com uma amplitude de resultados entre 0 e 20 pontos, apontando para níveis de depressão que são muito inferiores ao ponto médio da escala. A leitura da distribuição das frequências e percentagens de resposta pelos quatro pontos da escala Likert, salienta uma forte predominância das respostas em torno dos pontos mais baixos da escala, com uma predominância do valor 1 “aplicou-se a mim algumas vezes” nos itens 5 e 13. Relativamente à análise da consistência interna da subescala, o valor obtido é adequado ($\alpha = 0,87$), sendo que a eliminação de qualquer um dos itens leva a uma descida deste valor.

Finalmente, no que se refere ao *Stresse*, verifica-se que os participantes obtiveram uma média de 6,61, com uma amplitude de resultados entre 0 e 20 pontos, apontando para níveis de stresse muito inferiores ao ponto médio da escala. A interpretação da distribuição das frequências e percentagens de resposta pelos quatro pontos da escala *Likert* salienta uma forte predominância das respostas de valor 1 “aplicou-se a mim algumas vezes”. Relativamente à análise da consistência interna da subescala, o valor obtido é adequado ($\alpha = 0,86$), sendo que a eliminação dos itens 14 e 16 favorece, respetivamente, uma manutenção ou ligeira subida ($\alpha = 0,86$) deste valor. É de salientar que, com base nestes resultados (cf. Quadro 1), o sintoma stresse parece ser o mais vivenciado por esta amostra de participantes, ainda que se afaste de forma significativa de valores considerados preocupantes do ponto de vista da saúde mental.

Análise fatorial exploratória

Os resultados da AFE realizada indicam uma estrutura fatorial com 3 fatores, *KMO* de 0,94, teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2 = 2851,99$ (210); $p < 0,001$ e variância total explicada de 56,07%, o que indica uma muito boa adequabilidade da AFE. Todos os itens da EADS-21 têm comunalidade

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

superior a 0,30 não existindo nenhum item com peso fatorial igual ou inferior a 0,40. Para confirmar esta estrutura fatorial, realizou-se uma AFC onde se verificou um bom ajustamento entre o modelo teórico e os dados ($\chi^2/df = 1,853$, $GFI = 0,90$, $CFI = 0,94$, $RMSEA = 0,06$). Todos os itens da escala tinham pesos estatisticamente significativos no modelo proposto. No quadro 2 apresentam-se os pesos fatoriais de cada item em cada dimensão (Ansiedade, Depressão e Stresse) a que pertencem, as comunalidades e os pesos fatoriais da AFC.

Quadro 1.
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress: Resultados descritivos (n=280)

Dimensões	Itens	Frequências (%)				Média (DP)	Min-Max	α Cronbach se item eliminado
		0	1	2	3			
Ansiedade (M=2,73; DP=3,25; Min-Max=0-14; α=0,831)	2. Senti a minha boca seca	171 (61,07)	77 (27,50)	24 (8,57)	8 (2,86)	0,53 (0,77)	0 - 3	0,804
	4. Senti dificuldades em respirar	206 (73,57)	54 (19,29)	16 (5,71)	4 (1,43)	0,35 (0,66)	0 - 3	0,802
	7. Senti tremores (por ex. nas mãos)	217 (77,50)	51 (18,21)	11 (3,93)	1 (0,36)	0,27 (0,55)	0 - 3	0,823
	9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	198 (70,71)	57 (20,36)	21 (7,50)	4 (1,43)	0,4 (0,69)	0 - 3	0,819
	15. Senti-me quase a entrar em pânico	209 (74,64)	57 (20,36)	13 (4,64)	1 (0,36)	0,31 (0,57)	0 - 3	0,796
	19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	173 (61,79)	82 (29,29)	20 (7,14)	5 (1,79)	0,49 (0,71)	0 - 3	0,811
	20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	193 (68,93)	69 (24,64)	15 (5,36)	3 (1,07)	0,39 (0,64)	0 - 3	0,802
Depressão (M=3,97; DP=3,93; Min-Max=0-20; α=0,886)	3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	161 (57,50)	101 (36,07)	12 (4,29)	6 (2,14)	0,51 (0,68)	0 - 3	0,868
	5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	115 (41,07)	135 (48,21)	21 (7,50)	9 (3,21)	0,73 (0,74)	0 - 3	0,882
	10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	184 (65,71)	70 (25,00)	18 (6,43)	8 (2,86)	0,46 (0,74)	0 - 3	0,867
	13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	75 (26,79)	152 (54,29)	36 (12,86)	17 (6,07)	0,98 (0,80)	0 - 3	0,873
	16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	178 (63,57)	79 (28,21)	15 (5,36)	8 (2,86)	0,48 (0,73)	0 - 3	0,856
	17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	183 (65,36)	73 (26,07)	19 (6,79)	5 (1,79)	0,45 (0,70)	0 - 3	0,872
	21. Senti que a vida não tinha sentido	206 (73,57)	53 (18,93)	14 (5,00)	7 (2,50)	0,36 (0,70)	0 - 3	0,869
Stresse (M=6,61; DP=3,91; Min-Max=0-20; α=0,859)	1. Tive dificuldades em me acalmar	86 (30,71)	136 (48,57)	46 (16,43)	12 (4,29)	0,94 (0,80)	0 - 3	0,825
	6. Tive tendência para reagir em demasia em determinadas situações	84 (30,00)	140 (50,00)	47 (16,79)	9 (3,21)	0,93 (0,77)	0 - 3	0,843
	8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	105 (37,50)	135 (48,21)	29 (10,36)	11 (3,93)	0,81 (0,78)	0 - 3	0,825
	11. Dei por mim a ficar agitado(a)	84 (30,00)	146 (52,14)	45 (16,07)	5 (1,79)	0,9 (0,72)	0 - 3	0,823
	12. Senti dificuldade em me relaxar	72 (25,71)	143 (51,07)	52 (18,57)	13 (4,64)	1,02 (0,79)	0 - 3	0,836
	14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	110 (39,29)	137 (48,93)	31 (11,07)	2 (0,71)	0,73 (0,68)	0 - 3	0,859
	18. Senti que por vezes estava sensível	37 (13,21)	144 (51,43)	83 (29,64)	16 (5,71)	1,28 (0,76)	0 - 3	0,860

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

Quadro 2.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress: Análise fatorial exploratória com rotação varimax (n=280) e Análise Fatorial Confirmatória

	Fatores			Comunalidades	Alfa de Cronbach se item eliminado superior ao índice	ACP
	Depressão	Stress	Ansiedade			
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,807	0,193	0,222	0,738	0,856	0,836
21 Senti que a vida não tinha sentido	0,751	0,191	0,138	0,619	0,869	0,732
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,719	0,081	0,288	0,607	0,872	0,709
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,709	0,302	0,158	0,619	0,867	0,756
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,708	0,195	0,244	0,598	0,868	0,742
13 Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	0,652	0,367	0,146	0,582	0,873	0,702
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,637	0,149	0,206	0,471	0,882	0,625
11 Dei por mim a ficar agitado(a)	0,148	0,793	0,287	0,732	0,823	0,808
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,241	0,751	0,267	0,693	0,825	0,800
1 Tive dificuldades em me acalmar	0,141	0,708	0,401	0,682	0,825	0,795
6 Tive tendência para reagir em demasia em determinadas situações	0,122	0,679	0,220	0,525	0,843	0,634
12 Senti dificuldade em me relaxar	0,341	0,599	0,301	0,566	0,836	0,73
18 Senti que por vezes estava sensível	0,389	0,517	0,053	0,422	0,86	0,523
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,297	0,479	0,133	0,336	0,859	0,498
4 Senti dificuldades em respirar	0,169	0,182	0,717	0,576	0,802	0,657
2 Senti a minha boca seca	0,191	0,211	0,683	0,548	0,804	0,659
7 Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,099	0,083	0,653	0,443	0,823	0,499
15 Senti-me quase a entrar em pânico	0,275	0,330	0,642	0,597	0,796	0,749
9 Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,256	0,246	0,564	0,445	0,819	0,610
20 Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso	0,292	0,380	0,545	0,526	0,802	0,712
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,200	0,345	0,538	0,448	0,811	0,633

Nota: Valores a negrito indicam os pesos fatoriais mais elevados para cada item; ** (p<.001).

Análises de diferenças

Os resultados da análise de diferenças entre o sexo feminino e masculino com relação à EADS realizada com o teste de Mann-Whitney, para os itens da escala e as dimensões *Ansiedade*, *Depressão* e *Stresse*, indicam não haver diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em nenhuma das questões da escala nem nas três dimensões em análise.

Quadro 3.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress: diferenças em função do sexo

Dimensões	Sexo	M (DP)	U	z	p
Ansiedade	F	2,78 (3,23)	6784,5	-0,744	0,457
	M	2,59 (3,34)			
Depressão	F	3,81 (3,85)	6401,5	-1,398	0,162
	M	4,5 (4,14)			
Stress	F	6,79 (3,84)	6278	-1,606	0,108
	M	6,06 (4,11)			

Relativamente à classe etária, os resultados do teste de Kruskal-Wallis indicaram que, em algumas questões da escala, a um nível de significância de 0,05, existe evidência suficiente para se rejeitar a hipótese de igual distribuição nos diversos escalões etários. Na dimensão *Ansiedade* no item 4 “*Senti dificuldades em respirar*” ($\chi^2(3) = 8,12; p < 0,05$) o escalão etário “>45 anos” tem menor média de resposta ($M = 0,16$). Nos itens da *Depressão*, também foram os mais velhos que no item 13 “*Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)*” ($\chi^2(3) = 10,89; p < 0,05$) indicaram uma média de resposta mais baixa ($M = 0,73$) relativamente aos restantes escalões etários. No item 17 “*Senti que não tinha muito valor como pessoa*” o escalão etário mais novo dos 18 aos 29 anos ($M = 0,37$) e os mais velhos “> 45 anos” ($M = 0,32$) têm uma média de resposta inferior aos outros escalões etários. Para o *Stresse*, as diferenças entre escalões ocorrem nos itens 11 “*Dei por mim a ficar agitado(a)*” e 14 “*Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer*”. No item 11 o escalão etário “> 45 anos”, tem média de respostas mais baixa ($M = 0,63$) relativamente aos outros escalões e no item 14 os escalão dos mais novos tem a média mais baixa ($M = 0,59$) e o escalão etário dos 30 aos 34 anos a maior média ($M = 1,05$). Nas dimensões *Ansiedade*, *Depressão* e *Stresse* não existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes classes etárias.

Quadro 4.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress: diferenças em função da classe etária

Dimensões	Classe Etária	M (DP)	$\chi^2(3)$	p
Ansiedade	18-29	2,98 (3,52)	3,29	0,35
	30-34	3,02 (3,34)		
	35-44	2,9 (3,43)		
	> 45	1,95 (2,38)		
Depressão	18-29	3,96 (4,5)	4,03	0,26
	30-34	4,47 (3,54)		
	35-44	4,06 (3,8)		
	> 45	3,52 (3,59)		

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

	18-29	6,69 (4,55)		
Stress	30-34	7,3 (3,83)	4,49	0,21
	35-44	6,81 (3,61)		
	> 45	5,73 (3,41)		

A análise de diferenças nas áreas de formação consideradas no estudo com relação à EADS-21 e aos diferentes itens da escala mostraram que apenas no item 7 “*Senti tremores (por ex. nas mãos)*” da dimensão *Ansiedade*, se rejeita a hipótese de igual distribuição nas respostas em todas as áreas de formação, a um nível de significância de 5% ($\chi^2(8) = 16,68; p < 0,05$). A área de formação “Engenharia, indústrias transformadoras e construção” tem média ($M = 0,31$) inferior de resposta às restantes áreas, e a “Agricultura” tem média superior ($M = 1,5$). Para as três dimensões as diferenças existentes não são estatisticamente significativas.

Quadro 5.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress: diferenças em função da área de formação

Dimensões	Área Formação	Média (DP)	$\chi^2(8)$	p
Ansiedade	Programas Gerais	0 (0)	10,789	0,214
	Educação	4,05 (3,49)		
	Artes	2,89 (3,49)		
	Ciências sociais, comércio e direito	2,48 (3,2)		
	Ciências, matemática e informática	2,83 (3,27)		
	Engenharia, indústrias transformadoras e construção	1,77 (2,06)		
	Agricultura	2,5 (2,12)		
	Saúde e proteção social	2,59 (3,28)		
	Servicos	3,67 (3,62)		
	Desconhecido ou não especificado	5 (4,54)		
Depressão	Programas Gerais	0 (0)	5,852	0,664
	Educação	4,4 (4,02)		
	Artes	4,5 (4,42)		
	Ciências sociais, comércio e direito	3,74 (3,71)		
	Ciências, matemática e informática	4 (4,37)		
	Engenharia, indústrias transformadoras e construção	4 (3,05)		
	Agricultura	1 (1,41)		
	Saúde e proteção social	3,78 (4,05)		
	Servicos	5,6 (5,26)		
	Desconhecido ou não especificado	3 (4,57)		
Stress	Programas Gerais	0 (0)	7,487	0,485
	Educação	8,05 (4,31)		
	Artes	7,11 (3,36)		
	Ciências sociais, comércio e direito	6,35 (4,15)		
	Ciências, matemática e informática	6,13 (3,57)		
	Engenharia, indústrias transformadoras e construção	5,7 (3,28)		
	Agricultura	6 (0)		
	Saúde e proteção social	6,7 (3,28)		

Servicos	7,13 (3,34)
Desconhecido ou não especificado	9 (6,32)

É na satisfação global com a vida nas dimensões *Depressão* ($\chi^2(1) = 25,24$; $p < 0,001$) e *Stresse* ($\chi^2(1) = 25247,11$; $p < 0,05$), bem como na maioria dos seu itens, que a não igualdade entre os diversos graus de satisfação se verifica mais. Na *Depressão* são os respondentes que se manifestaram insatisfeitos que têm a maior média de respostas ($M = 6,68$). Em todos os itens da dimensão *Depressão*, a hipótese de igualdade entre os diferentes graus de satisfação global com a vida é rejeitada, sendo os insatisfeitos o grupo com a maior média de resposta, seguindo os resultados da dimensão correspondente a estes itens. Na dimensão *Stresse*, nos itens 1 “*Tive dificuldades em me acalmar*” ($\chi^2(1) = 4,02$; $p < 0,05$), 8 “*Senti que estava a utilizar muita energia nervosa*” ($\chi^2(1) = 4,10$; $p < 0,05$), 12 “*Senti dificuldade em me relaxar*” ($\chi^2(1) = 10,86$; $p < 0,001$) e 18 “*Senti que por vezes estava sensível*” ($\chi^2(1) = 15,58$; $p < 0,001$) existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos, sendo o grupo dos insatisfeitos o que tem a maior média de respostas.

Quadro 6.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress: diferenças em função da satisfação global com a vida

Dimensões	Satisfação	Média (DP)	$\chi^2(1)$	p
Ansiedade	Muito insatisfeito	0 (0)	2,087	0,149
	Insatisfeito	3,55 (3,9)		
	Satisfeito	2,52 (2,99)		
	Muito satisfeito	2,35 (3,26)		
Depressão	Muito insatisfeito	0 (0)	25,244	0
	Insatisfeito	6,68 (4,96)		
	Satisfeito	3,33 (3,21)		
	Muito satisfeito	2,13 (2,88)		
Stress	Muito insatisfeito	0 (0)	7,106	0,008
	Insatisfeito	8,05 (4,17)		
	Satisfeito	6,37 (3,72)		
	Muito satisfeito	4,78 (3,69)		

DISCUSSÃO

Este estudo visou avaliar as qualidades psicométricas da EADS-21, averiguar os níveis de ansiedade, depressão e stresse existentes numa amostra portuguesa, e se estes estão relacionados com as variáveis sociodemográficas em estudo. No que respeita os resultados descritivos em termos dos níveis de ansiedade, stresse e depressão desta amostra de jovens adultos e adultos portugueses, verifica-se que estes são reduzidos, em particular no que respeita a ansiedade e a depressão. Neste sentido, estes participantes não parecem apresentar respostas desadaptativas face ao meio. Isto é, não apresentam reduzida autoestima, tristeza, perda de interesse ou de prazer, sentimentos de culpa, perturbações de sono ou do apetite, ou excessiva ativação face a situações de perigo real ou percebido (Lipp & Malagris, 2001; Margiset al., 2003). O sintoma stresse parece ser o mais vivenciado por esta amostra de participantes. Neste sentido, alguns dos participantes que integram

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS E ADULTOS PORTUGUESES

esta amostra parecem evidenciar sintomas como cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória de trabalho, bem como algumas doenças físicas decorrentes de um estado de ativação constante. No entanto, é de salientar que os resultados obtidos afastam-se, de forma significativa, de valores considerados preocupantes do ponto de vista da saúde mental.

No que respeita o estudo psicométrico da EADS-21, realizado a partir das análises fatoriais exploratória e confirmatória, verifica-se que ambas apontam no sentido de um bom ajustamento do modelo aos dados teóricos, tendo sido identificados 3 fatores, cujos itens que os constituem correspondem ao esperado em termos teóricos. Além disso, os fatores apresentam níveis adequados de consistência interna. Os resultados obtidos neste estudo fatorial são muito próximos dos obtidos em estudos prévios. A título de exemplo salienta-se o estudo de Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), desenvolvido com um total de 101 jovens, adultos e idosos de uma consulta externa de psiquiatria (63,37% mulheres), com uma idade média de 17-80 anos ($M = 45,41$; $DP = 12,57$), com diferentes níveis de escolaridade (52,48% com 4 anos de escolaridade, e 11,88% mais de 12 anos de escolaridade). Nesse estudo foram identificados 3 fatores de explicam 58,55% da variância total dos itens, com níveis de consistência interna na ordem dos 0,90 para a depressão, 0,86 para a ansiedade, 0,88 para o stresse. Também o estudo de Pais-Ribeiro, et al. (2004), desenvolvido com 200 participantes (162 mulheres) estudantes do 1º ciclo de estudos em Psicologia, com uma média de idades de 19.79 anos ($DP = 1,11$; 18-23 anos), permitiu a identificação de 3 fatores que explicam 50,35% da variância, com níveis de consistência interna de 0,85 para a depressão, 0,74 para a ansiedade e 0,81 para o stresse. É de salientar, no entanto, que nesse estudo o 3º fator consistia em itens correspondentes ao sintoma ansiedade, mas juntamente com uma mescla de itens pertencentes aos outros dois sintomas emocionais, e que os níveis de fiabilidade alcançados eram inferiores aos aqui identificados.

A respeito do estudo das diferenças no sintomas emocionais a partir das variáveis sociodemográficas dos participantes, é importante esclarecer que, neste estudo, não se identificaram diferenças na depressão, stresse e ansiedade em função do sexo, idade, ou formação académica. No entanto, parecem existir diferenças nestes sintomas em função da perceção de satisfação global com a vida. Estes resultados apresentam alguma incongruência face aos obtidos em estudos prévios.

Por exemplo, no que respeita o sexo, no estudo de Apóstolo, Tanner e Arfken (2012), desenvolvido com 1297 (66,7% mulheres) participantes pacientes externos de centros de saúde em Portugal, com uma idade média de 48,57 anos ($DP = 19,98$) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas dimensões depressão ($t = 2,69$, $p = 0,007$), ansiedade ($t = 2,63$, $p = 0,009$), e stresse ($t = 3,40$, $p = 0,001$), sempre com resultados superiores para as mulheres. Os estudos de Apóstolo, Figueiredo, Mendes e Rodrigues (2011), Apóstolo, et al., (2011), e Rebelo-Pinto, Amaral, Silva, Silva, Leal e Paiva (2012) identificaram também resultados superiores para as mulheres em todas as subescalas da EADS-21. No entanto, o estudo de Melo, Leal e Faria (2006), com 121 homens e 80 mulheres identificou resultados superiores para as mulheres apenas na subescala referente aos níveis de ansiedade, e o estudo de Veigas e Gonçalves (2009) desenvolvido com 207 participantes (105 mulheres), com idades compreendidas entre os 20 e os 55 anos ($M = 34,11$) apontou para a inexistência de diferenças nos sintomas emocionais em função do sexo.

Também no que respeita a idade, os resultados aqui obtidos não têm reflexo nos estudos prévios, sendo que no estudo de Veigas e Gonçalves (2009), se verificou a existência de diferenças entre grupos etários, na dimensão ansiedade, com resultados mais desfavoráveis para os participantes até aos 20 anos de idade. Também no estudo de Rebelo-Pinto, Amaral, Silva, Silva, Leal e Paiva (2012), no qual participaram 1613 jovens entre os 12 e os 18 anos de idade ($M = 14,23$; $DP = 1,75$) foram registadas diferenças entre os alunos do 3º ciclo e os alunos do ensino secundário, com resultados mais favoráveis aos alunos mais novos ($t = 4,09$, $p < 0,0001$).

No que respeita a área de formação académica, e a satisfação global com a vida, são mais escassos os estudos que abordam as diferenças na ansiedade, no stresse e na depressão. As habilitações académicas são um fator mais analisado do que a área de formação académica, sendo que neste âmbito os estudos têm apontado para resultados incongruentes acerca da (in)existência de diferenças entre pessoas com níveis de escolaridade distintos (cf. Rebelo-Pinto et al., 2012; Veigas & Gonçalves, 2009). Quanto à satisfação global com a vida, os resultados obtidos neste estudo indicam que as pessoas insatisfeitas com a sua vida, no que respeita as atuais condições económicas, de saúde, de vida académica/profissional, familiar, social/ de lazer, e/ ou de participação na comunidade, são as que apresentam níveis mais elevados de depressão e stresse. A literatura tem apontado que estes sintomas estão geralmente associados a uma incapacidade geral da pessoa para a vida (Vaz Serra, 1994), associada à ideia de reduzido controlo sobre a mesma. Assim, estas pessoas tendem a caracterizar-se por baixa autoestima, baixo locus de controlo interno, baixa tolerância à frustração, e perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos significativos (Lovibond & Lovibond, 1995).

Em conclusão, a realização deste estudo permitiu confirmar as propriedades psicométricas da presente versão da EADS-21, de acordo com o modelo tripartido (Ansiedade, Stresse, Depressão) desenvolvido por Clark e Watson (1991). Assim, existem evidências empíricas em como esta escala se constitui como um instrumento rápido e seguro na deteção de estados emocionais negativos nos cuidados de saúde primários. Reforça-se a necessidade de aprofundamento desta linha de investigação com populações diversificadas em função de outras características sociodemográficas.

REFERÊNCIAS

- Apóstolo, J.L.A., Figueiredo, M.H., Mendes, A.C., & Rodrigues, M.A. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 348-353. doi: 10.1590/S0104-11692011000200017.
- Apóstolo, J.L.A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 863-871. doi: 10.1590/S0104-11692006000600006
- Apóstolo, J.L.A., Mendes, A.C., Antunes, M.T.C., Rodrigues, M.A., Figueiredo, M.H. & Lopes, M. C.F.G. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*, 3, 67-74. Recuperado em 13 de outubro de 2014, de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100007&lng=pt&tlng=pt
- Apóstolo, J.L.A., Tanner, B.A., & Arfken, C.L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 1-7. doi: [org/10.1590/S0104-11692012000300022](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300022)
- Arbuckle, J.L. & Wothke, W. (1999). *Amos 4.0 User's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc. and SmallWaters Corporation.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 20-23. doi: 10.1590/S1516-44462000000600006
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi: [10.1037/0021-843X.100.3.316](http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316)
- Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an Anxiety Disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085. doi: 10.1002/da.20633.

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE: UM ESTUDO COM JOVENS ADULTOS
E ADULTOS PORTUGUESES

- Del Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Depressão*, 21, 6-11. Doi: 10.1590/S1516-44461999000500003
- DGS - Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2013*.
- Holander-Gijsman, M., Beurs, E., Wee, N., Rood, Y., & Zitman, F. (2010). Distinguishing between depression and anxiety: A proposal for an extension of the tripartite model. *European Psychiatry*, 25, 197-205. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.09.005
- Holander-Gijsman, M., Wardenaar, K., Beurs, E., Wee, N., Mooijaart, A., Buuren, S., & Zitman, F. (2012). Distinguishing symptom dimensions of depression and anxiety: An integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, 136, 693-701. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.005
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Lipp, M. E. (2003). *Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI, 3, 82-93.
- Lipp, M. E., & Malagris, L. E. N. (2001). O estresse emocional e seu tratamento. Em: B. Range (Org.) *Terapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-489). São Paulo: Artmed.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS*, 25, 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008
- Nie, N. H., Hull, C. H. & Bent, D. H. (1968). *Statistic package for social sciences – SPSS (Version 12.0 for Windows®)* [Programa estatístico para computador]. Chicago: SPSS.
- Melo, V., Leal, I., & Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. In I. Leal, J.P. Ribeiro, S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241-246). Faro: Universidade do Algarve. Recuperado em 7 de julho de 2015, de http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/depressao_sujeitos_inferteis.pdf
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contributos para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239.
- Ribeiro, J. P. L. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From Normal Fear to Pathological Anxiety. *Psychological Review*, 105, 325-350. Doi: 10.1037/0033-295X.105.2.325
- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson.
- Rebelo-Pinto, T., Amaral, C., Silva, V. N., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stress: que relação? In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J.C. Silva, & V. Monteiro (Eds.), *12.º Colóquio Psicologia Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação e da Prática* (pp. 990-1006). Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Selye, H. (1951). The General Adaptation Syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2, 327-342. doi: 10.1146/annurev.me.02.020151.001551
- Vaz Serra, S. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

- Veiga, J. & Gonçalves, M. (2009). *A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. Recuperado em Outubro, 10, 2014, em www.psicologia.com.pt
- Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Kessler, R. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & R. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 50-66). New York: Oxford University Press.
- Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3.