

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde  
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal  
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

## **ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE SOBRECARGA DE STRESSE – VERSÃO CURTA: ESTUDOS PSICOMÉTRICOS INICIAIS**

Bárbara Nazaré<sup>1,2</sup> (✉ [barbara.nazare@ucp.pt](mailto:barbara.nazare@ucp.pt))

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, Portugal

<sup>2</sup> CRC-W – Católica Research Center for Psychological, Family and Social Wellbeing, Portugal

As diferentes perspetivas teóricas sobre stresse atribuem a sua origem à conjugação de níveis elevados de exigências e baixos níveis de recursos, o que pode resultar em sobrecarga e, conseqüentemente, em doença. No entanto, este pressuposto não se reflete nas medidas de avaliação do stresse, que tendem a focar sintomas físicos ou acontecimentos indutores de stresse, excluindo os construtos acima referidos (Amirkhan, 2012).

Amirkhan (2012) desenvolveu uma medida composta por duas escalas, referentes às exigências e aos recursos, aplicável a populações com características demográficas diversas (e.g., idade, género, etnia). A Escala de Sobrecarga de Stresse partiu de um conjunto de mais de 500 itens, provenientes de outras medidas de stresse, grupos focais e outras fontes. Para chegar à versão final de 30 itens, a maior parte dos itens iniciais foi excluída com base no parecer de avaliadores independentes (que identificaram itens redundantes, pouco compreensíveis e/ou que referiam sintomas de doença física ou mental) e critérios psicométricos (e.g., foram excluídos itens com pesos fatoriais elevados em ambos os fatores).

Como a Escala de Sobrecarga de Stresse pode ser demasiado exigente para os respondentes, Amirkhan (2018) construiu uma versão mais curta da medida. Assim, com base em critérios psicométricos (e.g., pesos fatoriais, fiabilidade) e na compreensibilidade, selecionou os 10 melhores itens da versão longa. Embora a versão curta demonstre menor sensibilidade do que a longa na deteção de sintomas somáticos, é igualmente adequada do ponto

de vista da fiabilidade e da validade, e apresenta a mesma estrutura bifatorial.

O objetivo deste estudo foi avaliar a validade, sensibilidade, fiabilidade e capacidade de discriminação da versão portuguesa da Escala de Sobrecarga de Stresse – Versão Curta (ESS-VC).

## MÉTODO

### *Participantes*

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser adulto, ter nacionalidade portuguesa e dominar a língua portuguesa. Dos 303 respondentes que cumpriram estes critérios, foram selecionados aleatoriamente 200 participantes, dado que esta dimensão viabiliza as análises estatísticas realizadas (Meyers et al., 2017). A amostra incluiu 41 homens (20,5%) e 159 mulheres (79,5%), com idades entre 18 e 71 anos ( $M=32,17$ ,  $DP=4,96$ ). A maior parte estava numa relação conjugal ( $n=108$ , 54%) e empregada ( $n=108$ , 54%). As habilitações literárias foram do ensino básico ( $n=3$ , 1,5%) ao doutoramento ( $n=3$ , 1,5%), sendo a mais frequente a licenciatura ( $n=84$ , 42,2%). Cinquenta e duas pessoas (26%) referiram ter problemas psicológicos e 39 (20,5%) tinham acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

### *Material*

*Questionário sociodemográfico e clínico:* usado para recolher dados demográficos (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias) e clínicos (e.g., história médica).

*ESS-VC* (Amirkhan, 2018): composta por 10 itens que focam a intensidade (de 1 – *Nada* a 5 – *Muito*) de alguns sentimentos (e.g., desadequação, pressão para fazer as coisas depressa) na última semana. As pontuações variam entre 10 e 50, com valores mais elevados a indicar níveis superiores de sobrecarga de stresse.

*Índice de Bem-Estar da OMS WHO-5* (versão original: WHO Regional Office for Europe, 1998): composto por cinco itens com seis opções de resposta (de 0 – *Nunca* a 5 – *Todo o tempo*) sobre a experiência de bem-estar (e.g., energia, tranquilidade) nas duas semanas anteriores. Pontuações mais elevadas traduzem uma percepção de maior bem-estar, podendo variar de 0 a 25. A consistência interna nesta amostra foi de 0,89.

*Escala de Sintomas Somáticos* (versão original: Gierk et al., 2014; versão portuguesa: Gonçalves, 2017): composta por oito itens que avaliam o incómodo associado a diferentes sintomas (e.g., problemas de estômago ou intestinos, dores de cabeça) na última semana. Inclui uma escala de intensidade (de 0 – *Nenhum* a 4 – *Muitíssimo*), sendo que pontuações superiores significam maior sobrecarga associada aos sintomas somáticos. A pontuação total varia entre 0 e 32, com valores iguais ou superiores a 12 a representar níveis elevados de incómodo associado aos sintomas. Neste estudo, foi utilizado apenas o fator total, que apresentou uma consistência interna de 0,81.

### *Procedimentos*

Este estudo teve um desenho quantitativo, transversal e não-experimental. A investigadora pediu autorização ao autor da versão original da ESS-VC para a traduzir e adaptar para português. Posteriormente, a escala foi traduzida para português, de forma independente, por duas psicólogas clínicas e da saúde experientes na adaptação de medidas. As versões daqui resultantes foram posteriormente comparadas e, após análise das diferenças existentes, chegou-se à versão final da medida.

O protocolo de avaliação descrito acima foi disponibilizado digitalmente, na plataforma Qualtrics, em conjunto com o consentimento informado (explicitando os objetivos do estudo, o papel e os direitos dos participantes e os deveres da investigadora). O *link* do protocolo de avaliação foi divulgado através de *email* pelos contactos da investigadora e partilhado através de redes sociais em abril e maio de 2022.

## RESULTADOS

*Validade fatorial*

O teste de esfericidade de Bartlett ( $p < 0,001$ ) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (0,92) sustentaram a adequação dos 10 itens da ESS-VC a uma análise fatorial (Meyers et al., 2017). Foi realizada uma análise de componentes principais com rotação Promax. O critério de Kaiser (valor próprio  $> 1$ ) e o gráfico de declividade indicaram uma solução de dois fatores, cuja variância total explicada foi de 71,74%. Ambos os fatores incluem cinco itens com pesos fatoriais adequados: Excesso de Exigências (itens pares; 58,07% da variância) e Percepção de Vulnerabilidade (itens ímpares; 13,66% da variância; cf. Tabela 1). Os fatores correlacionaram-se positivamente ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,001$ ).

Tabela 1

*Pesos fatoriais dos itens*

Item	F1	F2
2. Sentiu-se inundado/a de responsabilidades?	0,91	-0,13
10. Sentiu-se muito sobrecarregado/a?	0,88	0,02
4. Sentiu que não havia tempo suficiente para chegar a tudo?	0,88	-0,04
6. Sentiu-se pressionado/a a fazer as coisas depressa?	0,85	0,01
8. Sentiu que as coisas estavam a acumular-se?	0,74	0,18
1. Sentiu-se desadequado/a?	-0,26	0,93
9. Sentiu-se com vontade de desistir?	-0,01	0,87
5. Sentiu que nada corria bem?	0,11	0,79
7. Sentiu que não tinha saída?	0,17	0,72
3. Sentiu que o mais provável era não conseguir atingir os seus objetivos?	0,18	0,70

*Validade convergente*

A ESS-VC associou-se a medidas de construtos teoricamente relacionados: correlacionou-se positivamente com a Escala de Sintomas Somáticos ( $r = 0,53$ ,  $p < 0,001$ ) e negativamente com o WHO-5 ( $r = -0,57$ ,  $p < 0,001$ ).

*Sensibilidade*

O valor médio das respostas aos itens situou-se em torno da alternativa de resposta média (i.e., 3), variando de 2,07 a 3,43. Os valores do desvio-padrão rondaram 1,5. Em todos os itens, houve pelo menos um participante a selecionar as opções mais extremas da escala de resposta. Os valores de assimetria situaram-se no intervalo normal (-1 a 1; Meyers et al., 2017). Relativamente à curtose, o valor mais afastado deste intervalo foi -1,51 (cf. Tabela 2).

Tabela 2

*Características distribucionais e fiabilidade dos itens e da escala total*

Item	<i>M</i> (Min-Max)	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach (excluindo o item)	Correlação item-total corrigida
1	2,07 (1-5)	1,23	0,77	-0,63	0,92	0,50
2	3,40 (1-5)	1,39	-0,45	-1,08	0,91	0,64
3	2,87 (1-5)	1,50	0,06	-1,45	0,91	0,71
4	3,43 (1-5)	1,43	-0,42	-1,18	0,91	0,70
5	2,49 (1-5)	1,44	0,50	-1,15	0,91	0,73
6	2,98 (1-5)	1,47	-0,02	-1,38	0,91	0,71
7	2,13 (1-5)	1,44	0,95	-0,60	0,91	0,73
8	2,98 (1-5)	1,56	0,03	-1,51	0,91	0,77
9	2,26 (1-5)	1,57	0,74	-1,09	0,91	0,70
10	3,15 (1-5)	1,53	-0,21	-1,44	0,91	0,77
Total	27,74 (10-50)	11,11	0,22	-1,00	0,92	-

*Fiabilidade*

Os alfas de Cronbach das subescalas foram 0,88 (Percepção de Vulnerabilidade) e 0,91 (Excesso de Exigências). Todos os valores do alfa de Cronbach excluindo cada item corresponderam ou ficaram muito próximos do valor de alfa para a escala total (0,92), contribuindo para a elevada consistência interna do instrumento. As correlações item-total corrigidas excederam largamente o mínimo de 0,20, demonstrando a homogeneidade da escala (Streiner & Norman, 2015; cf. Tabela 2).

*Capacidade de discriminação*

Os participantes foram classificados em quatro categorias de risco, de acordo com os seus valores nas subescalas Excesso de Exigências ( $M=15,93$ ,  $DP=6,33$ ) e Percepção de Vulnerabilidade ( $M=11,81$ ,  $DP=5,96$ ; Amirkhan, 2018): Risco Baixo (valores abaixo da média da amostra em ambas as subescalas;  $n=75$ , 37,5%), Situação de Desafio (valores acima da média da amostra em Excesso de Exigências e abaixo da média da amostra em Percepção de Vulnerabilidade;  $n=39$ , 19,5%), Situação de Fragilidade (valores abaixo da média da amostra em Excesso de Exigências e acima da média da amostra em Percepção de Vulnerabilidade;  $n=20$ , 10,0%) e Risco Elevado (valores acima da média da amostra em ambas as subescalas;  $n=66$ , 33,0%).

Para os sintomas somáticos, verificou-se um efeito principal, de magnitude grande, da categoria de risco ( $F=16,85$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2_p=0,21$ ). Nos testes *post-hoc* de Bonferroni, foram identificadas diferenças significativas entre o grupo Risco Elevado ( $M=14,71$ ,  $DP=6,17$ ) e os grupos Risco Baixo ( $M=7,80$ ,  $DP=5,34$ ,  $p<0,001$ ), Situação de Desafio ( $M=10,41$ ,  $DP=5,88$ ,  $p=0,002$ ) e Situação de Fragilidade ( $M=10,85$ ,  $DP=5,83$ ,  $p=0,057$ ).

Relativamente ao bem-estar, a magnitude do efeito principal da categoria de risco foi ainda mais acentuada ( $F=36,61$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2_p=0,36$ ). Ao comparar pares de grupos com testes de Bonferroni, verificaram-se quatro diferenças significativas: o grupo Risco Baixo ( $M=16,33$ ,  $DP=4,17$ ) apresentou valores superiores aos grupos Situação de Fragilidade ( $M=9,80$ ,  $DP=4,55$ ,  $p<0,001$ ) e Risco Elevado ( $M=9,21$ ,  $DP=4,79$ ,  $p<0,001$ ); também o grupo Situação de Desafio ( $M=14,87$ ,  $DP=4,01$ ) indicou maior bem-estar do que os grupos Situação de Fragilidade ( $p<0,001$ ) e Risco Elevado ( $p<0,001$ ).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliadas algumas características psicométricas da versão portuguesa da ESS-VC, que se revelaram adequadas. A estrutura bifatorial da medida traduz os dois construtos mais relevantes para a concetualização do stresse: a percepção de sobrecarga associada a responsabilidades e pressões externas (subescala Excesso de Exigências) e sentimentos de impotência e incapacidade (subescala Percepção de Vulnerabilidade; Amirkhan, 2012). Esta estrutura corresponde à da versão

original (Amirkhan, 2018) e à das adaptações chinesa (Mu & Duan, 2020) e setsuana (Wilson et al., 2018).

Relativamente à validade convergente, a associação positiva entre sobrecarga de stresse e sintomas somáticos vai ao encontro de investigações anteriores (Amirkhan, 2018; Amirkhan et al., 2022). Esta correlação tende a apresentar maior magnitude para queixas como ritmo cardíaco acelerado, alterações no apetite, corrimento nasal e fadiga (Amirkhan et al., 2018). Considerando categorias de sintomas (e.g., problemas respiratórios), Amirkhan et al. (2018) identificaram as queixas gastrointestinais como os sinais mais representativos de sobrecarga de stresse, podendo constituir respostas não imediatas a um nível de stresse patológico. De forma consistente, as pessoas com maior risco de sobrecarga de stresse, devido à presença simultânea de exigências externas e vulnerabilidade interna, apresentaram maior incómodo associado a sintomas somáticos, o que também se verificou previamente (Amirkhan, 2018; Amirkhan et al., 2015).

Relativamente ao bem-estar, a associação negativa com a sobrecarga de stresse que encontramos já tinha sido identificada em amostras da África do Sul (Wilson et al., 2018) e da China (Duan & Mu, 2018). No segundo estudo, o grupo Risco Elevado apresentou bem-estar significativamente inferior aos dos restantes três grupos; por seu lado, o grupo Risco Baixo apresentou mais bem-estar que todos os outros. Este padrão não é totalmente consistente com os resultados do presente estudo, em que não se verificaram diferenças entre os grupos Risco Elevado e Situação de Fragilidade. Adicionalmente, este último grupo diferenciou-se, de forma negativa, dos grupos Risco Baixo e Situação de Desafio. Estes resultados sugerem que a exposição a exigências externas não comporta uma ameaça para o bem-estar; no entanto, verifica-se o oposto para a perceção de vulnerabilidade.

Além das boas características psicométricas, a ESS-VC caracteriza-se pela facilidade de aplicação e cotação. Estando disponível em diferentes idiomas (e.g., inglês, chinês), possibilita comparações entre estudos com participantes de nacionalidades diversas. Adicionalmente, a escala tem demonstrado ser fiável e válida em diferentes populações, incluindo grupos expostos a situações indutoras de stresse, como estudantes que são os primeiros na família a frequentar a universidade (Amirkhan et al., 2022). No

entanto, Amirkhan (2018) alerta para a vulnerabilidade da ESS-VC à desejabilidade social e à afetividade negativa.

Do ponto de vista clínico, salientamos duas implicações principais da utilização da ESS-VC. A primeira é o facto de permitir identificar pessoas com níveis acentuados de vulnerabilidade percebida, cujo bem-estar está em risco. A este respeito, a reestruturação cognitiva poderá ser utilizada para modificar pensamentos de desamparo, recorrendo a registos de pensamentos e experiências comportamentais para obter evidências (Mandel et al., 2021). Em segundo lugar, perante pessoas identificadas como tendo sobrecarga de stresse, as estratégias terapêuticas devem focar, além da modificação cognitiva, a diminuição dos sintomas somáticos, através de técnicas como psicoeducação, treino de gestão do stresse, ativação comportamental e técnicas de mudança do foco atencional (Hennemann et al., 2022).

Em conclusão, a ESS-VC pode ser usada para avaliar a sobrecarga de stresse em contextos de investigação e clínicos. Futuramente, é pertinente dar continuidade aos estudos psicométricos da versão portuguesa (e.g., estabilidade temporal, validade divergente).

## REFERÊNCIAS

- Amirkhan, J. H. (2012). Stress overload: A new approach to the assessment of stress. *American Journal of Community Psychology*, 49(1-2), 55-71. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9438-x>
- Amirkhan, J. H. (2018). A brief stress diagnostic tool: The Short Stress Overload Scale. *Assessment*, 25(8), 1001-1013. <https://doi.org/10.1177/1073191116673173>
- Amirkhan, J. H., Landra, I., & Huff, S. (2018). Seeking signs of stress overload: Symptoms and behaviors. *International Journal of Stress Management*, 25(3), 301-311. <https://doi.org/10.1037/str0000066>
- Amirkhan, J. H., Manalo, R., Jr., & Velasco, S. E. (2022). Stress overload in first-generation college students: Implications for intervention. *Psychological Services*, in press. <https://doi.org/10.1037/ser0000650>
- Amirkhan, J. H., Urizar, G. G., & Clark, S. (2015). Criterion validation of a stress measure: The Stress Overload Scale. *Psychological Assessment*, 27(3), 985-996. <https://doi.org/10.1037/pas0000081>

- Duan, W., & Mu, W. (2018). Validation of a Chinese version of the Stress Overload Scale-Short and its use as a screening tool for mental health status. *Quality of Life Research*, 27, 41-421. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1721-3>
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- Gonçalves, D. S. (2017). *Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiedade em pessoas idosas* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/7983/2/5690\\_12359.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/7983/2/5690_12359.pdf)
- Hennemann, S., Böhme, K., Kleinstäuber, M., Baumeister, H., Küchler, A.-M., Ebert, D. D., & Witthöft, M. (2022). Internet-based CBT for somatic symptom distress (iSOMA) in emerging adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(4), 353-365. <https://doi.org/10.1037/ccp0000707>
- Mandel, A. A., Jager-Hyman, S., & Brown, G. K. (2021). Suicide prevention. In A. Wenzel (Coord.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Vol. 2. Applications* (pp. 361-388). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000219-011>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2017). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3<sup>rd</sup> ed.). SAGE.
- Mu, W., & Duan, W. (2020). Evaluating the construct validity of Stress Overload Scale-Short using exploratory structural equation modeling. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 913-921. <https://doi.org/10.1177/1359105317738322>
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5<sup>th</sup> ed.). Oxford University Press.
- WHO Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/The DepCare Project: Report on a WHO meeting*. WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/130750/E60246.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf)
- Wilson, A., Wissing, M. P., & Schutte, L. (2018). Validation of the Stress Overload Scale and Stress Overload Scale-Short Form among a Setswana-speaking community in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 48(1), 21-31. <https://doi.org/10.1177/0081246317705241>

