



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2012

**FILIPA CATARINA
CAETANO
CRISTOVÃO**

SOFRIMENTO EMOCIONAL, STRESS E DEPRESSÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e sob a co-orientação do Dr. Ricardo João Fernandes Teixeira, Especialista do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Artemisa Agostinha Monteiro da Rocha Does

Professora Adjunta da Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto - Instituto Politécnico do Porto

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Dr. Ricardo João Fernandes Teixeira

Especialista do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A Deus e à sua presença inequívoca

À orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira,
e ao co-orientador, Dr. Ricardo Teixeira pela disponibilidade,
apoio e incentivo constantes.

A todos os estudantes que, de forma voluntária, aceitaram participar neste estudo.

Aos elementos dos vários serviços de acompanhamento psicológico do ensino superior. Em particular ao Dr. João Chambel, Dr.^a Ana Botas, Dr.^a Susana Vasconcelos (SAP-IST); Dr.^a Teresa Santos Neves (ISCTE-IUL); Dr.^a Mónica Marques e D. Elisabete (SASUL); Dr.^a Catarina Duarte e Dr.^a Natália Reis (GAPE-FP/IE); Dr. Cláudio Fernandes (FCUL), e suas respetivas equipas por toda a disponibilidade demonstrada.

À minha família, pelo apoio, carinho e fé.

Ao Filipe Reis, Carolina Pereira, Isabel Gonçalves e Joana D'Arque pela ajuda preciosamente inspiradora e concretizadora

A todos quanto de alguma forma, se cruzaram no meu caminho e permitiram a realização deste empreendimento.

palavras-chave

Saúde mental, Sofrimento Emocional, Stress, Depressão, Estudantes do Ensino Superior

resumo

Os estudantes do ensino superior encontram-se vulneráveis a fatores de stress, devido à fase de desenvolvimento psicossocial e desafios inerentes à vivência universitária. Esta experiência poderá ser vivida como crise e/ou fator de desenvolvimento.

O presente estudo pretende caracterizar a saúde mental global, sofrimento emocional, stress e depressão nos alunos do ensino superior. Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 220 alunos do ensino superior com e sem acompanhamento psicológico. Como instrumentos de avaliação foram utilizados: Questionário de Caracterização Sócio demográfica; *Inventário do Stress em Estudantes Universitários* (ISEU); *Inventário de Saúde Mental* (MHI-5); *Termômetros Emocionais* (ET-5); e o *Questionário de Saúde do Paciente* (PHQ-9).

Os resultados revelam níveis elevados de depressão, stress e sofrimento emocional no ensino superior, com os alunos em acompanhamento psicológico a revelarem dificuldades mais acentuadas.

As variáveis saúde mental, depressão, stress e sofrimento emocional estão significativamente correlacionadas.

O presente estudo permitiu concluir que uma menor perceção de distress, menos sintomatologia depressiva e de stress, assim como uma menor perceção de necessidade de ajuda, traduzidos numa menor necessidade manifesta de acompanhamento psicológico, constituem-se como os principais promotores da saúde mental. Estes resultados têm implicações nas medidas de promoção da saúde mental no ensino superior.

Keywords

Mental Health, Emotional Distress, Stress, Depression, Higher Education Students

Abstract

Higher education students are vulnerable to stress factors due their psychosocial development stage and, particularly, university life challenges. These situations might be perceived by the students as a crisis and/ or development opportunity.

This study aims to characterize the global mental health of higher education students, in terms of emotional distress, stress and depression.

Accordingly, a cross-sectional study was conducted with samples of 220 university students receiving and not receiving professional psychological support. The instruments used were: Sociodemographic Form; *University Student Stress Inventory* (ISEU), *Mental Health Inventory* (MHI-5), *Emotional Thermometers* (ET-5), *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9).

The results reveal significant high levels of distress, depression and stress in higher education students, specially in students in psychological counselling. All the variables involved are significantly correlated.

This study concludes that, less distress, less symptoms of depression and stress, and a lower need of help perception, all of them representing less need of professional psychological support, constitute the fundamental promoters of mental health.

These findings have implications in the prevention policies for the promotion of mental health in higher education institutions.

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1.Introdução | 1 |
| 1.1 Aspectos psicossociais e normativos | 1 |
| 1.2 Transição para o Ensino Superior e desafios | 2 |
| 1.3 Saúde mental no Ensino Superior: Conceitos e contextualização..... | 2 |
| 1.3.1 Depressão..... | 3 |
| 1.3.2 Stress | 3 |
| 1.3.2.1 Stress: Níveis, fontes e consequências | 4 |
| 1.3.3 Distress | 5 |
| 1.3.4 Variáveis de Saúde Mental | 5 |
| 1.4 Os serviços de apoio psicológico..... | 6 |
| 2.Método | 8 |
| 2.1 Participantes | 8 |
| 2.2 Instrumentos..... | 10 |
| 2.3 Procedimentos | 13 |
| 2.3.1 Análise dos dados..... | 13 |
| 3.Resultados | 14 |
| 3.1 Caracterização e diferenciação da amostra relativamente à Saúde Mental, Sofrimento Emocional, Depressão e Stress | 14 |
| 3.2 Influência das características sócio-demográficas nas variáveis de Sofrimento Emocional, Depressão e Stress | 16 |
| 1.3.3 Género | 16 |
| 1.3.3 Situação de residência..... | 17 |
| 1.3.3 Área de curso | 17 |
| 3.3 Associação entre os níveis de Sofrimento Emocional, Depressão, Ansiedade, Revolta e Necessidade de Ajuda em alunos em acompanhamento psicológico, em função do tempo de acompanhamento psicológico | 18 |
| 3.4 Relação entre as variáveis de Sofrimento Emocional, Depressão e Stress | 19 |
| 3.5 Preditores da Saúde Mental..... | 19 |
| 4. Discussão..... | 20 |
| 5. Referências bibliográficas..... | 25 |

Anexos

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra..... | 9 |
| Tabela 2 - Diferenças entre a amostra de alunos acompanhados e alunos não acompanhados nas variáveis de saúde mental, sofrimento emocional, depressão e stress..... | 15 |
| Tabela 3 - Diferenças entre géneros nas variáveis em estudo..... | 16 |
| Tabela 4 - Diferenças entre frequência de áreas de saúde vs. outras áreas nas variáveis em estudo..... | 18 |
| Tabela 5 - Correlações entre as variáveis do estudo..... | 19 |
| Tabela 6 - Resultados da regressão linear múltipla hierárquica sobre os preditores da saúde mental em estudantes (modelo final)..... | 20 |

1. Introdução

A entrada no Ensino Superior, coincidente com a entrada na fase de jovem adulto, constitui um período com inúmeras situações de desafio que poderão provocar no aluno situações de stress, ansiedade e depressão, entre outras. A investigação tem demonstrado que o nível de problemas de saúde mental e complexidade dos mesmos no Ensino Superior têm vindo a aumentar (Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton, 2003). Os níveis de stress entre os estudantes parecem ter aumentado nos últimos anos, nomeadamente em Portugal (Pereira et al., 2009).

1.1 Aspetos psicossociais e normativos

Para melhor entender esta fase torna-se importante compreender os aspetos psicossociais característicos da faixa etária entre os 18 e os 25 anos de idade.

Arnett (2000) propôs uma teoria do desenvolvimento para um fenómeno típico das sociedades industrializadas, dos jovens sensivelmente entre os 18 e os 25 anos – a *adulthood emergente* (“*emerging adulthood*”). De acordo com esta teoria, a *adulthood emergente* é, então, uma nova fase no ciclo de vida distinta da adolescência e *adulthood*, sendo marcada por diferentes características como: sentimento “*in between*”, entre a adolescência e a *adulthood*; explorações da identidade; instabilidade; *autofocus*; e a perceção das possibilidades múltiplas.

Para além da fase de desenvolvimento, existem ainda condicionantes inerentes à frequência do Ensino Superior. Para Chickering e Reisser (1993), o ambiente do Ensino Superior pode afetar o desenvolvimento do estudante a nível emocional, social, físico e intelectual, em particular na formação da sua identidade. Este confronta-se com as seguintes tarefas desenvolvimentais, que são considerados os sete vetores do desenvolvimento: (i) tornar-se competente; (ii) gerir as emoções; (iii) desenvolver a autonomia e a interdependência; (iv) desenvolver relações interpessoais maduras; (v) estabelecer a identidade; (vi) definir objetivos de vida; e (vii) desenvolver a integridade. De acordo com esta teoria, a frequência do Ensino Superior pode contribuir significativamente para o desenvolvimento psicossocial, uma vez que pode facilitar mudanças e ter um papel importante na integração do jovem na sociedade, se não se restringir à promoção cognitiva e se exercer funções de desafio e de suporte (Chickering & Reisser, 1993).

Segundo Araújo, Almeida, e Paúl (2003) os alunos que entram no Ensino Superior encontram-se numa fase de desenvolvimento que se caracteriza pela: (i) consolidação do pensamento formal; (ii) construção da identidade e de um sentimento de controlo sobre a sua vida; (iii) desenvolvimento de novas competências intelectuais; (iv) construção de um sistema de valores; (v) construção de um projeto de vida que inclua a dimensão vocacional; e (vi) aquisição de conhecimentos, atitudes e capacidades necessárias à cidadania.

1.2 Transição para o Ensino Superior e desafios

A entrada no Ensino Superior confronta o estudante com múltiplos desafios face aos quais terá que desenvolver estratégias de resolução e de adaptação: a) ao nível pessoal, terá que desenvolver a sua autonomia, consolidar a identidade, definir valores, (re)definir o seu projeto vocacional e de vida, lidar com ansiedade/depressão, mobilizar ou desenvolver estratégias de coping; b) ao nível interpessoal, terá que se adaptar a um novo grupo, turma, pares e ainda lidar com a separação da família e amigos; c) ao nível institucional, necessitará de reconhecer um novo espaço físico (restrito e alargado), confrontar-se-á com uma nova organização do curso, diferente relacionamento com os professores, alterações no sistema de ensino, aprendizagem e avaliação, e ainda envolver-se e gerir novas atividades extracurriculares; e gerir aspetos como o desempenho, motivação, a identificação de objetivos académicos, a satisfação com o ambiente académico e vinculação institucional (Araújo, Almeida, & Paúl, 2003; Almeida et al., 2003).

A literatura sugere que é na transição para o Ensino Superior e de permanência na instituição, ao longo do primeiro ano, que se regista uma maior incidência de problemas de adaptação, assim como de rendimento académico (Baker, McNeil, & Syrik, 1985; Tinto, 1993). Contudo, se no primeiro ano as questões centrais incidem sobre a transição e a adaptação do estudante a vários níveis, nos anos seguintes surgem problemáticas como a permanência versus abandono académico e o (in)sucesso (Pereira et al., 2004).

Assim, a transição para o Ensino Superior assume-se como um período crítico que se pode constituir de crise e/ou de desenvolvimento a nível pessoal, social e académico (Bastos, Silva, & Gonçalves, 1996). Este período pode gerar uma crise adaptativa, ou promover níveis moderados de ansiedade, o que pode levar a uma saudável transição para a adultez, mas pode também interromper o normal desenrolar das tarefas normativas e educativas (Becker, 2002), desencadear um conjunto de perturbações psicológicas com alterações comportamentais, emocionais, insucesso e abandono escolar, assim como problemas somáticos (Dryfoos, 1997), podendo levar a uma redução ou perda total de funcionalidade por longos períodos (Stallman, 2010).

1.3 Saúde Mental no Ensino Superior: Conceitos e contextualização

Saúde foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946). A Organização Mundial de Saúde afirma que não há saúde sem saúde mental, pelo que as vertentes física e mental são indissociáveis (WHO, 2005). Saúde mental, por sua vez, é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza o seu potencial, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalhar produtivamente e é capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade (WHO, 2010).

A frequência do Ensino Superior, pelos desafios inerentes já expostos anteriormente, constitui uma fase crítica para o desenvolvimento/aparecimento de dificuldades psicológicas. A investigação tem vindo a apontar que os estudantes universitários parecem ser uma população de risco relativamente à saúde mental (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Benton et al., 2003). De acordo com os dados apresentados nas publicações da Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior

(RESAPES, 2002), os problemas mais frequentemente sentidos pelos jovens no Ensino Superior distribuem-se por três áreas, que se encontram interligadas: 1) problemas relacionados com as questões académicas, 2) desafios impostos por questões desenvolvimentais, e 3) desequilíbrios emocionais, que se enquadram em problemáticas clínicas. Mais especificamente, o motivo dos pedidos incide sobre o mal-estar psicológico, acontecimentos de vida traumáticos, perturbações psicológicas graves e perturbações de personalidade, ansiedade (incluindo a ansiedade às avaliações), depressão, tristeza, problemas interpessoais (incluindo os problemas de relacionamento amoroso), problemas académicos, problemas de orientação vocacional, indefinição de projeto de vida, dificuldades de adaptação à vida académica, stress, fobias, perturbações do sono, e perturbações do comportamento alimentar (RESAPES, 2002).

1.3.1 Depressão

De acordo com a American Psychiatric Association (2000), as perturbações depressivas caracterizam-se pela presença de humor depressivo indicado por relato subjetivo de tristeza ou sensação de “vazio”, acompanhado habitualmente de sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, e perda de interesse ou prazer nas atividades anteriormente apreciadas. A nível físico, podem surgir alterações no apetite, no sono e a nível do desejo sexual, agitação ou inibição psicomotora. O indivíduo deprimido pode apresentar mais sinais de fadiga, assim como, diminuição da capacidade de concentração, ou indecisão e pensamentos recorrentes acerca de morte. As várias perturbações depressivas, distinguem-se pela duração, severidade, número de sintomas depressivos, e existência ou não de alternância com períodos de euforia. Assim, dentro das perturbações depressivas incluem-se a perturbação depressiva major, a perturbação distímica e a perturbação depressiva sem outra especificação. Mais especificamente, a perturbação depressiva major sendo mais severa pode tornar-se recorrente ou crónica, enquanto a perturbação distímica ainda que habitualmente menos severa, conta com uma duração prolongada.

Um estudo de Eisenberg, Gollust, Golberstein, e Hefner (2007) com uma amostra de 2843 alunos, mostra uma prevalência de 15,6% de perturbação ansiosa e/ou depressiva em estudantes do Ensino Superior. Em Portugal, resultados semelhantes têm sido encontrados (Pereira, 2009; Santos, 2011). Mais recentemente, num estudo conduzido por Santos, Veiga, e Pereira (2012) com 666 alunos verificou-se que 15 % dos estudantes apresentavam depressão acima do normal sendo 11% ligeira e 4% moderada e severa. As consequências desta patologia na população estudantil do Ensino Superior são várias: dificulta a resolução das tarefas desenvolvimentais, provoca uma deterioração no desempenho académico (com consequente aumento da probabilidade de abandono escolar), aumenta o risco de ansiedade e de dificuldades interpessoais (Eisenberg et al., 2007).

1.3.2 Stress

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que o stress resulta de um desequilíbrio entre as exigências e os recursos para lidar com as exigências específicas, avaliadas como ultrapassando os seus recursos. Santos (2011) corrobora um modelo biopsicossocial do stress adaptado de Howard, Schiraldi, Pineda, e Campanella

(2006) e de Vaz Serra (2007) aplicado especificamente aos estudantes universitários. De acordo com o modelo, o aluno mediante circunstâncias indutoras de stress importantes, realiza uma avaliação subjetiva da ameaça, que vai determinar se a situação é importante para si e se percebe que tem ou não controlo sobre a mesma. Quando o aluno conclui que as exigências superam os seus recursos, então entra em situação de stress. Perante tal, surgem ao mesmo as respostas, que podem ser de índole emocional, cognitiva, comportamental ou biológica/fisiológica. Para tentar diminuir o stress, os indivíduos fazem uma avaliação dos recursos de que dispõem e selecionam uma ou várias estratégias de coping. Estas estratégias podem ser: 1) focadas no problema, ou seja, na resolução da situação indutora de stress; 2) nas emoções, ou seja, na diminuição da tensão emocional provocada pelo stress (Lazarus & Folkman, 1984); 3) na interação social, ou seja, no suporte social que possa receber (DeLongis & Newth, 1998). Assim, estratégias de coping eficazes ou adaptativas conduzirão à resolução do problema ou à diminuição do stress, enquanto estratégias ineficazes ou mal adaptativas manterão ou agravarão as respostas de stress.

1.3.2.1 Stress: Níveis, fontes e consequências

Os dados disponíveis indicam que os estudantes do Ensino Superior sofrem de níveis elevados de stress. Em Portugal as investigações apontam para percentagens entre 48% de estudantes com stress moderado e de 26% com nível elevado (Luz, Castro, Couto, Santos, & Pereira, 2009). No meio universitário são várias as fontes de stress que recaem sobre o estudante: o estabelecimento de novas relações, as tomadas de decisão, confrontos com o medo de falhar e a pressão familiar (Schafer, 1996), a ansiedade das avaliações, uma baixa autoestima, a ansiedade social e problemas socioeconómicos (Pereira et al., 2004), as alterações nos hábitos alimentares e de sono, novas responsabilidades e o aumento do volume de trabalho (Ross, Niebling, & Heckert, 1999), as dificuldades na gestão do tempo (Aherene, 2001) e as dificuldades financeiras (Bojuwoye, 2002).

O stress pode trazer várias consequências, nomeadamente: dificultar a adaptação do estudante ao Ensino Superior, em termos pessoais, emocionais e sociais (Gall, Evans, & Bellerose, 2000). Para além disso, afeta a autoestima, encontrando-se negativamente associado ao autoconceito do estudante em vários aspetos, inclusive nas competências escolares (Goldman & Wong, 1997; Hudd et al., 2000). Em particular, o stress tem sido indicado como um dos preditores do rendimento académico (Murff, 2005) e com interferência em situações de avaliação (Pereira et al., 2004). O stress pode trazer consequências negativas para a saúde e maiores sintomas psicossomáticos (Ramirez et al., 2009), ter um impacto negativo no bem-estar (Pereira et al., 2004), conduzir a problemas psicológicos (Chang, 2001) e aumentar as probabilidades de desenvolver comportamentos de risco (Hudd et al., 2000). Contudo, o stress pode ter também um impacto positivo nomeadamente na transformação pessoal e crescimento, e na motivação pela possibilidade do indivíduo considerar as experiências mais como desafios do que como ameaças (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998).

1.3.3 Distress ¹

Distress é um conceito frequentemente utilizado para definir a presença de sintomas psicológicos acima de um certo limiar, indicador de saúde mental pobre e/ou associado com a procura de ajuda psicológica (Korkeila et al., 2003). As experiências indutoras de grande stress estão geralmente relacionadas com uma emocionalidade predominantemente negativa, e esta tende a estar associada ao conceito de distress emocional.

Por conseguinte, o distress tendo associado um carácter idiossincrático, depende das perceções individuais acerca da situação de crise (Moscoso & Reheiser, 2010) e pode ser definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de índole psicológica, social e/ou espiritual, sendo marcado por sentimentos subjetivos que variam na sua intensidade no que respeita a estados de tristeza, incerteza, confusão, preocupação, aumento da vulnerabilidade percebida e medo e outros, de maior intensidade, como a expressão de raiva, a falta de esperança, o pânico, o isolamento, a ansiedade e a depressão (National Comprehensive Cancer Network, 2010). Desta forma, o distress parece localizar-se num contínuo, que sem uma intervenção atempada, pode aumentar o seu nível de intensidade e alcançar estados patológicos.

Estudos têm demonstrado uma considerável prevalência de distress no Ensino Superior (Verger et al., 2008). Bewick e colaboradores (2008), num estudo conduzido em Universidades do Reino Unido, constataram que 29% dos alunos descreveram sintomas de distress, sendo que 8% reportaram níveis moderados a severos e severos. O distress está associado a um aumento do risco de ansiedade, depressão, abuso de substâncias e desordens de personalidade (Verger et al., 2008), assim como com insucesso académico, dificuldades no emprego e outras implicações em fases seguintes da vida (Eisenberg et al., 2007).

1.3.4 Variáveis de Saúde Mental

De acordo com a investigação, existem fatores individuais, do meio e de recursos que podem influir no decurso do stress, ansiedade e depressão. A literatura sugere que as estudantes de género feminino estão em maior risco de desenvolver respostas de stress (Burriss, Brechting, Salsman, & Carlton, 2009; Luz et al., 2009; Velez et al., 2008), tendem a ter níveis mais baixos de perceção de controlo e autoestima do que os homens, embora as mulheres reportem níveis mais elevados de suporte social (Denton, Prus, & Walters, 2004). As estudantes do género feminino apresentam, também, uma maior propensão a apresentar sintomas de depressão, ansiedade e distúrbios alimentares (Eisenberg et al., 2007).

Relativamente à idade, vários estudos mostram padrões de prevalência de distress similares na população em geral comparativamente com estudantes de idades mais jovens, embora estes reportem uma maior incidência de problemas de saúde mental (Pereira, 2009). Kessler e Walters (1998) afirmam que as pessoas entre os 18 e os 25 anos apresentam uma incidência e prevalência cumulativas de perturbações depressivas. O stress também parece ter uma maior prevalência em alunos mais novos (Luz et al., 2009).

¹ Neste estudo considera-se a tradução realizada por Pereira e Teixeira (2010) de “*Distress*” como “*Sofrimento Emocional*”, pelo que os dois conceitos serão mencionados de forma indistinta.

Considerando o ano de frequência do Ensino Superior, vários estudos têm concluído a existência de níveis elevados de stress, sobretudo ao longo do primeiro ano (Luz et al., 2009; Pereira et al., 2004, 2009). Em alguns estudos, mostra-se ainda que nos anos seguintes à entrada na faculdade o nível de distress não retorna ao nível inicial. De acordo com Cooke e colaboradores (2006; cit in Stallman, 2010) os resultados podem indicar que o distress pode continuar ao longo da permanência na faculdade criando um efeito cumulativo. Por sua vez, alunos de pós-graduação têm níveis mais baixos de distress, o que pode representar uma seleção natural dos alunos que se adaptaram melhor nos anos anteriores, considerando o efeito da idade e de competências de coping aperfeiçoadas.

No que concerne à situação face à residência, verifica-se que estudantes que vivem em situações de maior relação e interconexão com os outros, vivendo em residência universitária ou com a família, apresentam níveis de distress mais baixos (Eisenberg et al., 2007). Por sua vez, os alunos deslocados apresentam maior vulnerabilidade à depressão (Baier & Welsh, 1992), assim como níveis superiores de stress (Pereira et al., 2009). Contudo, alguns estudos reportam dados onde não se encontram quaisquer diferenças entre alunos deslocados e não deslocados (e.g. Adlaf et al., 2001; Luz et al., 2009).

Interessantemente, os estudantes de cursos de saúde, e mais especificamente de cursos de medicina e enfermagem, parecem ter pior saúde mental do que a população geral, e comparativamente com colegas que não estudam nesta área (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006), assim como maiores níveis de stress (Helmers, Danoff, Steiner, Leyton, & Young, 1997).

Por outro lado, existem recursos e estratégias de coping que funcionam como fatores protetores da saúde mental dos estudantes. Para lidar com as exigências do Ensino Superior, os estudantes têm ao seu dispor vários recursos (Clare, 1995; cit in Santos, 2011): 1) fatores individuais a nível cognitivo-emocional, social, autoestima e estratégias de coping; 2) o grupo dos pares, relacionado com o envolvimento em atividades extracurriculares onde o estudante pode desenvolver e cultivar aptidões sociais, e adquirir suporte social; 3) os pais e restante família do estudante como fonte de suporte; 4) outros fatores, como o estabelecimento de uma relação amorosa privilegiada, a descoberta de um talento especial e um bom ambiente de trabalho. Em particular, a participação em atividades de lazer tem uma relação positiva com o estado de saúde na sua componente física e mental (Santos & Pais-Ribeiro, 2006); os valores para a saúde e religiosidade aparecem positivamente associados a maiores estados de saúde (maior bem-estar psicológico e menos distress) (Burriss et al., 2009); a experiência de vida e a experiência como estudante parecem estar associadas a uma maior resiliência, talvez devido a um aumento das capacidades de coping ou à seleção natural dos estudantes que têm estratégias de coping mais diversificadas (Stallman, 2010).

1.4 Os serviços de apoio psicológico

As instituições do Ensino Superior, preocupando-se com o bem-estar físico e psíquico dos seus alunos e reconhecendo o insucesso académico, têm procurado implementar estratégias para tentar inverter esta situação disponibilizando estruturas de apoio adequadas. Em Portugal, a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES) foi criada em 2000. O aconselhamento psicológico tem um papel importante na promoção do desenvolvimento pessoal e da saúde mental, dando aos estudantes uma

oportunidade para explorar os problemas que interferem com os estudos, o trabalho, as relações interpessoais, e apoiando os estudantes com sofrimento psicológico (Pereira et al., 2006). As consultas de psicologia constituem uma área essencial, não só para a identificação dos principais problemas dos estudantes universitários, como também para a intervenção nos problemas, quer os de desenvolvimento pessoal, quer os patológicos. Os motivos de maior procura dos serviços de aconselhamento universitário são os problemas relacionais, sejam eles problemas familiares, relacionais/parceiros e relacionais/amigos (RESAPES, 2002).

Estudos como os de Ninan e Berger (2001), assim como os de Gorman (1996), mostram a frequente comorbilidade entre os transtornos de ansiedade e depressão no Ensino Superior, as implicações para a avaliação e diagnóstico diferencial, assim como as complicações associadas à severidade e cronicidade dos transtornos.

Green, Lowry, e Kopta (2003) encontraram diferenças entre alunos universitários e alunos universitários em acompanhamento psicológico nos domínios da saúde mental global e bem-estar com os primeiros a apresentar níveis mais elevados de saúde mental. Segundo Rosenthal e Wilson (2008) existe uma relação linear entre o aumento de sintomas de distress e a procura de ajuda, com a tendência de alunos com níveis clinicamente mais significativos de distress, de usufruir mais dos serviços de acompanhamento psicológico. Um estudo de Santos (2011) sustenta que esta situação também se confirma em Portugal.

Vários estudos (Velez, Garzón, & Ortiz, 2008) concluem que a avaliação precoce de perturbações psicológicas como a depressão e ansiedade nos estudantes do Ensino Superior, não só reduz a possibilidade de insucesso académico, como também minimiza significativamente outras condutas de risco para a saúde.

Objetivos e Hipóteses

O presente estudo apresenta o seguinte **objetivo geral**:

- (1) Caracterizar uma amostra de estudantes do Ensino Superior relativamente a variáveis sociodemográficas (idade, género, situação de residência, estado civil, escolaridade, área de curso, nº de anos no Ensino Superior, atividade profissional, problemas de saúde física, frequência de acompanhamento psicológico) e dimensões de saúde mental (sofrimento emocional, stress, ansiedade e depressão); apresentar as relações entre as variáveis e identificar os preditores de saúde mental.

De acordo com os objetivos, as **hipóteses** que se pretendem investigar são as seguintes:

H1- Esperam-se níveis de saúde mental global mais baixos e níveis mais elevados de depressão, stress, e distress em alunos de género feminino, nos estudantes de cursos de áreas de saúde e nos estudantes deslocados;

H2- Esperam-se níveis de depressão e de distress mais elevados em alunos em acompanhamento psicológico em função do tempo de acompanhamento;

H3- Esperam-se associações positivas entre as diferentes variáveis em estudo: distress, depressão e stress;

H4- Esperam-se associações negativas entre a saúde mental e as variáveis distress, depressão e stress.

2. Método

Nesta secção procede-se à caracterização da amostra integrante deste estudo, dos instrumentos e procedimentos utilizados.

Trata-se de uma investigação do tipo exploratório, quantitativo, analítico e transversal (Almeida & Freire, 2007), pois avalia-se num único momento uma determinada amostra, pretendendo analisar correlações e associações entre as variáveis em estudo.

2.1. Participantes

Os participantes do estudo são alunos do Ensino Superior de várias faculdades da Universidade de Lisboa (Faculdade de Psicologia-FPUL, Faculdade de Ciências-FCUL, Faculdade de Farmácia-FFUL, Faculdade de Medicina-FMUL, Faculdade de Letras-FLUL, Faculdade de Direito-FDUL, Instituto de Educação-IEUL, Faculdade de Belas Artes de Lisboa-FBAL, e Instituto de Geografia e Ordenamento do Território-IGOTUL); da Universidade Técnica de Lisboa (Instituto Superior Técnico-IST, Faculdade de Medicina Veterinária-FMV, Instituto Superior de Agronomia-ISA); do Instituto Politécnico de Lisboa (Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa-ESTESL; Instituto Superior de Engenharia de Lisboa-ISEL); Universidade Aberta (UA); do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE/IUL); da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT) e Universidade Católica (UC).

Foram ainda constituídos participantes deste estudo, alunos que recorreram aos serviços de aconselhamento/accompanhamento psicológico da FCUL, FPUL, IEUL, IST-UTL, ISCTE-IUL e Centro de Saúde da Universidade de Lisboa.

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra é constituída por um total de 220 alunos, 154 (70%) alunos do género feminino e 66 (30%) do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos ($M=23,48$; $DP=6,06$), sendo que 101 (45,9%) estão em acompanhamento psicológico e 119 (54,1%) encontram-se sem acompanhamento. A situação de residência é definida por 149 (67,7%) alunos não deslocados e 71 (32,3%) alunos deslocados. A maioria dos alunos ($N=202$) apresenta o estado civil de solteiro (91,8%). Em termos de escolaridade, o número de alunos em licenciatura/mestrado integrado é de 197 (86,6%). Destes, 155 (89%), encontram-se no 1º ciclo e, em particular, 18 (8,2%), são do primeiro ano. Os alunos no 2º ciclo são 42 (19,1%). Participaram ainda 23 (10,5%) alunos em mestrado/pós graduação/doutoramento.

No que concerne à área de curso frequentado, 57 (25,9%) alunos frequentam cursos de ciências humanas e sociais; 46 (20,9%) alunos estudam ciências; 40 alunos (18,2%) frequentam cursos de saúde (medicina, medicina veterinária, anatomia patológica citológica e tanatológica); 37 (16,8%) alunos estudam engenharias; 17 (7,7%) alunos frequentam cursos de letras; 13 (5,9%) alunos estudam cursos de direito; 7 (3,2%) alunos estudam artes e 3 (1,4%) alunos frequentam cursos da área de gestão. O número de alunos trabalhadores-estudantes é de 52 (23%) e 17 (7,7%) alunos apresentam problemas de saúde física.

Relativamente aos motivos do acompanhamento psicológico, dos alunos que os referiram (N=100) verifica-se que 12 (12%) procuraram ajuda devido a problemas de rendimento académico, 10 (10%) devido a problemas relacionais, 20 (20%) devido a ansiedade, 16 (16%) devido a depressão, 12 (12%) devido a comorbilidade ansiedade/depressão, 23 (23%) devido a comorbilidades com rendimento académico, e 7 (7%) devido a outros problemas. O tempo de acompanhamento situa-se entre 1 mês e 7 anos (M=13.19; DP=15.45) e o número de sessões varia entre 1 e 190 (M=29.04; DP=34.57).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

| | Alunos acompanhados (N=101) | Alunos não acompanhados (N=119) | Amostra total (N=220) |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Idade | M (DP) | | |
| | 24.62 (6.53) | 22.28 (5.84) | 22.48 (6.06) |
| Género | N (%) | | |
| Masculino | 38 (37.4) | 28 (23) | 66 (30) |
| Feminino | 63 (62.4) | 91 (76.5) | 154 (70) |
| Estado civil | | | |
| Solteiro | 93 (92.1) | 109 (91.6) | 202 (91.8) |
| Casado/U. Facto | 6 (5.9) | 9 (7.6) | 15 (6.8) |
| Divorciado | 2 (2.0) | 1 (0.8) | 3 (1.4) |
| Situação de residência | | | |
| Deslocado | 30 (29.7) | 41 (34.5) | 71 (32.3) |
| Não deslocado | 71 (70.3) | 78 (65.5) | 149 (67.7) |
| Escolaridade | | | |
| 1º ciclo | 56 (55.4) | 99 (83.2) | 155 (70.4) |
| 2º ciclo | 29 (28.7) | 13 (10.9) | 42 (19.1) |
| 3º ciclo/mestrados/pós graduações | 16 (15.9) | 7 (5.9) | 23 (10.5) |
| Área de curso | | | |
| Saúde | 36 (30.3) | 4 (3.5) | 40 (18.2) |
| Outros | 65 (69.7) | 115 (96.5) | 180 (81.8) |
| Trabalhador-estudante | 32 (31.7) | 20 (16.8) | 52 (23) |
| Problemas de saúde física | 13 (12.9) | 4 (3.4) | 17 (7.7) |

2.2. Instrumentos

A bateria de avaliação psicológica foi constituída por quatro instrumentos: Termómetros Emocionais (ET-5; Mitchell, 2007; versão de investigação de Pereira & Teixeira, 2011); Inventário de Saúde Mental (MHI-5; Berwick et al., 1991; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2011); Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; versão de investigação de Torres, Pereira, & Monteiro, 2011); Inventário do Stress em Estudantes Universitários (ISEU; Pereira et al., 2004). Adicionalmente, os alunos preencheram um breve questionário de caracterização sociodemográfica (Anexo A). Seguidamente é descrito cada um dos instrumentos utilizados.

Questionário de Caracterização Sócio Demográfica - Foi elaborado com vista à recolha das características sociodemográficas, como o género, idade, estado civil, situação de residência, escolaridade, faculdade, curso, ano, número de anos no Ensino Superior, situação profissional, presença de problemas de saúde física. Procurou-se também obter informação acerca do acompanhamento psicológico, mais especificamente, o motivo do acompanhamento psicológico, número de sessões e tempo de acompanhamento. As respostas foram dadas em escalas de resposta do tipo dicotómico, escolha múltipla e resposta aberta.

Para avaliar o stress foi utilizado o **Inventário do Stress em Estudantes Universitários** (ISEU; Pereira et al., 2004) numa versão reduzida constituída por 24 itens, com respostas tipo Likert, numa escala de 1 (*discordo totalmente*) a 5 (*concordo totalmente*). Os itens procuram identificar vários fatores indutores de stress, estando organizados em 4 subescalas: Ansiedade de Avaliação, Autoestima e Bem-estar, Ansiedade Social e Problemas Socioeconómicos. Os dados também poderão ser analisados de acordo com a classificação dos níveis de stress. Tendo em conta o valor médio do stress global poderão agrupar-se os indivíduos em três tipos de grupos:

- Estudantes com elevado stress (muito stressados) - Média global do stress mais $2/3 X$ (vezes) desvio padrão;
- Estudantes com moderado stress (stressados) - Valores centrais entre o elevado e baixo stress;
- Estudantes com baixo stress (pouco stressados) - Média global do stress menos $2/3 X$ (vezes) desvio padrão.

Quanto ao grau de confiança, os estudos psicométricos de Pereira e colaboradores (2004) indicaram uma elevada consistência interna, com um valor alfa de Cronbach de .90, para a escala total, sendo igualmente de salientar valores elevados nos respetivos fatores: fator 1 (Ansiedade aos Exames), alfa= .89; fator 2 (Autoestima e Bem-estar), alfa=.85; fator 3 (Ansiedade Social), alfa=.80; e fator 4 (Problemas Socioeconómicos), alfa=.77. Os estudos psicométricos efetuados na presente amostra revelaram níveis adequados de consistência interna para a nota global ($\alpha=.92$), e para as 4 subescalas consideradas, com valores de alfa de Cronbach de .86 na subescala Ansiedade aos Exames, .81 para a subescala Autoestima e Bem-estar, .82 para a subescala Ansiedade Social, e .70 para a subescala Condições Socioeconómicas.

Para avaliar a saúde mental elegeu-se o **Inventário de Saúde Mental** (MHI-5; Berwick et al., 1991; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 2011), um questionário de autorresposta, numa versão reduzida de cinco

itens, que se propõe avaliar o mesmo construto do Inventário de Saúde Mental de 38 itens (MHI-38). Para além disso, o MHI-5 é uma das oito dimensões (designada por ‘saúde mental’) do SF-36 (*Short Form-36 Health Survey Questionnaire*), de Ware e colaboradores (1993). O MHI-5 foi desenvolvido para uso na população geral, e várias investigações têm mostrado que o mesmo pode funcionar como um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental (Veit & Ware, 1983). Berwick e colaboradores (1991) consideraram o MHI-5 como uma medida com grande capacidade discriminativa entre pessoas com e sem depressão, através da área sob a curva ROC (AUC=0.90). O instrumento inclui cinco questões acerca do humor no último mês, medindo assim a experiência de bem-estar e ausência de distress psicológico no último mês. Inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 do MHI-38, sendo que três itens pertencem à escala de distress e dois à escala de bem-estar positivo do MHI-38. Cada um dos itens requer uma resposta numa escala tipo Likert de 6 pontos. O valor total da variável ‘saúde mental’ é obtido através da soma dos 5 itens, conforme descrito acima, obtendo-se um resultado máximo de 30 e um mínimo de 5. Resultados mais elevados indicam maior saúde mental, experiência de bem-estar psicológico e a ausência de distress psicológico durante o último mês (Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2011).

Os cinco itens do MHI-5 têm, no estudo original, uma correlação de $r=0,95$ e de $r=0,92$, com a nota total da versão de 38 itens. A adaptação portuguesa mostra uma correlação de $r=0,95$ entre o MHI-5 e a versão de 38 itens. A consistência interna do MHI-5 varia entre .80 e .96 em variados estudos (Ware, Kosinski, & Keller 1994). O MHI-5, validado por Pais-Ribeiro (2001) para a população adulta portuguesa, reportou um alfa de Cronbach de .87. No presente estudo a consistência interna deste instrumento medida através do alfa de Cronbach foi de .90.

Para avaliar o distress, ansiedade, e depressão foi usado o instrumento **Termómetros Emocionais** (ET-5; Mitchell, 2007; versão de investigação de Pereira & Teixeira, 2011). O instrumento contém uma forma adaptada da versão inicial do Termómetro de Distress, associado a 5 escalas visuais analógicas na forma de 4 domínios de prevenção (Termómetros de Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão, Revolta) e um de resultado (Necessidade de Ajuda) (Mitchell, 2010). Cada domínio é cotado numa escala de Likert de 11 pontos no formato visual de um termómetro (0-10). Em comparação com a versão inicial, avalia de uma forma mais precisa a ansiedade, depressão e distress pois permite triar um maior número de pessoas que estão a enfrentar dificuldades emocionais, mas cujos instrumentos comuns poderiam não detetar. Mitchell, Baker-Glenn, Granger, e Symonds (2009) estudaram as propriedades psicométricas do instrumento. Usando um ponto de corte de 3v4 em todos os termómetros, comparando com a HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – ponto de corte 14v15), o Termómetro com melhores propriedades foi o da ‘revolta’ (sensibilidade de 61%; especificidade de 92%). Comparando com a escala de Ansiedade da HADS, o Termómetro da ‘ansiedade’ foi o melhor (sensibilidade 92%; especificidade 61%) e comparando com a escala de Depressão da HADS o Termómetro da ‘depressão’ foi o mais fiel (sensibilidade 60%; especificidade 78%). Em comparação com os critérios do DSM-IV para a depressão major, o Termómetro ótimo foi o da ‘depressão’ (sensibilidade 80%; especificidade 79%). Para avaliar a sensibilidade e especificidade foram realizadas as curvas ROC, sendo que o ajustamento dos pontos de corte da escala de Ansiedade para 5v6 (ROC=.867) e da Depressão para 4v5 (ROC=.751) permite obter melhores resultados na

deteção da ansiedade e depressão. A precisão dos ET-5 medida através do alfa de Cronbach é de .91 (Mitchell & Symonds, 2010).

A tradução portuguesa foi elaborada por Pereira e Teixeira (2011), da Universidade do Minho. Aos sujeitos é pedido que avaliem “o grau de alteração emocional que sentiram na última semana, incluindo o dia de hoje”. Nas quatro primeiras escalas existem 10 opções de resposta que vão do extremo 0 - “nenhum” a 10 - “extremo”. Na quinta escala (“Necessidade de Ajuda”) existem 10 opções de resposta que vão desde “desesperadamente” a “consigo resolver sozinho”. No presente estudo obteve-se um bom nível de consistência interna, medido através do alfa de Cronbach, nomeadamente de .92.

O **Questionário de Saúde do Paciente** (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; versão de investigação de Torres, Pereira, & Monteiro, 2011) foi escolhido para avaliar a depressão. É um instrumento usado para fazer avaliações de depressão com base nos 9 critérios do DSM-IV, sendo uma medida válida para avaliar a severidade de depressão, permitindo que se possam escolher os tratamentos adequados. O PHQ-9 é uma versão de autorregisto do PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), um instrumento de diagnóstico para as perturbações mentais comuns. O PHQ-9 é o módulo da depressão que mede os 9 critérios do DSM-IV numa escala de 0 - “nunca” a 3 - “quase todos os dias”. Possui uma questão adicional sobre o impacto de algum dos 9 problemas no trabalho, cuidar da casa ou socialização cuja resposta poderá variar entre “nenhuma dificuldade” e “extrema dificuldade”. O diagnóstico de depressão que implique tratamento ou mudança de terapêutica é indicado por pelo menos uma das respostas 1 ou 2 ser positiva, sendo indicativo que o sintoma esteve presente em mais de metade dos dias (pontuação 2 ou 3 na escala) e a questão sobre o impacto funcional deverá ser cotada com pelo menos “pouca dificuldade”. O grau de severidade da depressão é obtido pela soma dos itens (Kroenke et al., 2001), e de acordo com os seguintes intervalos: 0 = sem sintomas; 1 - 4 = sintomas mínimos; 5 - 9 = depressão leve; 10 - 14 = depressão moderada; 15 - 19 = depressão moderadamente severa; e ≥ 20 = depressão severa. Lowe e Spitzer (2004) sugerem que um ponto de corte no PHQ-9 de 11 pontos é suficientemente sensível para indicar depressão na população em geral, e um ponto de corte de 10 pontos para a população clínica (Wittkamp & Van Ravesteijn, 2009).

O estudo de Spitzer, Kroenke, e Williams (1999) mostra que o PHQ-9 tem uma boa validade comparativamente ao instrumento PRIME-MD, administrado por um clínico no diagnóstico de depressão major, sendo mais eficiente no seu uso. Weert (2007) concluiu que o PHQ-9 constitui um método válido para diagnosticar episódios depressivos major em subgrupos de pacientes em cuidados primários, com uma elevada prevalência de episódios de depressão major. Kroenke e colaboradores (2001) reportaram uma boa consistência interna medida através do alfa de Cronbach (.86) em pacientes dos cuidados primários. A adaptação do instrumento para Portugal está a ser realizada por Torres, Pereira e Monteiro (2011). Os resultados preliminares das autoras reportam correlações positivas ($r=.61$) com a escala de Ansiedade da HADS, $r=.59$ com a escala de Depressão da HADS, e $r=.85$ com o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A precisão da escala medida através do alfa de Cronbach foi de .86. No presente estudo, a consistência interna medida através do alfa de Cronbach foi igualmente de .86.

2.3. Procedimentos

A amostra foi recolhida junto das faculdades referidas e foi ainda solicitada, a colaboração dos serviços de acompanhamento psicológico. Cada participante recebeu um envelope com o protocolo de investigação e instrumentos (ET-5, MHI-5, PHQ-9, ISEU e questionário de caracterização sociodemográfica), incluindo uma breve explicação do projeto de investigação, assim como um formulário de consentimento informado. Cada participante foi desta forma informado dos objetivos da investigação, afirmando a sua vontade em participar na investigação através do preenchimento do consentimento informado (anexo A).

2.3.1 Análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; Versão 20). Foram determinadas estatísticas descritivas para organizar e comunicar observações numéricas (frequências, percentagens, médias e desvios-padrão) e inferenciais para, a partir dos dados da amostra, fazer estimativas acerca da população.

Neste trabalho foram utilizados testes paramétricos sempre que estavam reunidas as várias assunções necessárias à sua utilização (Marôco, 2011): 1) as variáveis eram medidas através de escalas de tipo intervalar ou de razão; 2) as variáveis dependentes possuíam distribuição normal; 3) existia homogeneidade de variâncias, no caso de se compararem as médias de duas ou mais populações; 4) verificava-se a independência dos dados provenientes de diferentes participantes. De um modo geral, assume-se que, para amostras de dimensão superior a 25-30, a distribuição média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Marôco, 2011). Quando as condições de aplicação dos testes t não se aplicavam, a escolha recaiu sobre os testes não paramétricos correspondentes, mais precisamente o de Mann-Whitney.

Para medir a associação entre duas variáveis quantitativas, utilizou-se a correlação. Mais especificamente, nos casos em que as variáveis eram intervalares ou de razão e as distribuições se aproximavam da normalidade, recorreu-se ao coeficiente de correlação *Pearson*. O resultado é um valor que varia entre -1 e 1, sendo que, quanto mais o valor (absoluto) se aproxima de 1, mais forte é a correlação. Embora haja a consciência de que a definição de patamares para avaliação da força da associação não é consensual, selecionaram-se os critérios de Cohen (1988) que são: .10 - .29, a correlação é considerada fraca; .30 - .49, a correlação é considerada moderada; .50 - 1, a correlação é considerada elevada.

Para prever o valor de uma variável dependente a partir de variáveis preditoras, utilizou-se a regressão linear simples e a regressão linear múltipla hierárquica.

3. Resultados

3.1 Caracterização e diferenciação da amostra relativamente à Saúde Mental, Sofrimento Emocional, Depressão e Stress

De forma a caracterizar a amostra total relativamente às variáveis procede-se ao cálculo das médias. A ‘saúde mental global’ foi medida através do MHI-5. Verificou-se que os níveis médios de ‘saúde mental global’ são de 19.93 (DP=4.57) sendo o valor mais baixo de 8 e o mais elevado de 30. Conforme referido na descrição da escala, quanto mais elevados os resultados, melhores os índices de saúde mental.

Relativamente ao TE-5, verificaram-se as seguintes médias e desvios-padrão para os diferentes termómetros: ‘sofrimento emocional’ (M=3.75; DP=2.99); ‘ansiedade’ (M=4.60; DP=2.97); ‘depressão’ (M=2.59; DP=2.54); ‘revolta’ (M=3.06; DP=2.86); ‘necessidade de ajuda’ (M=3.95; DP=3.19).

O stress foi avaliado através do Inventário de Stress para Estudantes Universitários (ISEU).

Os principais fatores de stress nos estudantes são (por ordem decrescente): a ‘ansiedade aos exames’ (55.35%); a ‘autoestima e bem-estar’ (43.62%), as ‘condições socioeconómicas’ (38.99%); e por último a ‘ansiedade social’ (36.29%).

Para categorizar os indivíduos segundo os seus níveis de stress, utilizaram-se as indicações fornecidas pelos autores do questionário para o efeito (Pereira et al., 2004), já referidos na descrição do instrumento. Relativamente aos níveis de stress, observou-se que 62 (28,3%) apresentam níveis de baixo stress; 95 (43, 4%) níveis de médio stress; e 62 (28, 3%) níveis elevados de stress.

A depressão medida através do PHQ-9 mostra que os valores médios para a amostra são 7.61 (DP=5.21). Os resultados mostram ainda que 68 (30,9%) apresentaram sintomas de depressão leve; 44 (20%) sintomas de depressão moderadamente severa e 22 (10%) depressão severa.

A avaliação do impacto funcional da depressão no quotidiano demonstra que, entre os participantes que assinalaram algum dos 9 itens, 36 (16.4%) revelaram *nenhuma dificuldade*, 108 (49.1%) *pouca dificuldade*, 62 (28.2%) *muita dificuldade*, e 12 (5.5%) apresentaram uma *extrema dificuldade*.

Com o objetivo de caracterizar a amostra relativamente ao acompanhamento psicológico, a partir da análise da Tabela 2 é possível constatar que são os participantes com acompanhamento psicológico aqueles que apresentam médias significativamente mais elevadas nas variáveis de ‘sofrimento emocional’, ‘ansiedade’ e ‘depressão’. O mesmo acontece relativamente à ‘média global de stress’ e seus fatores: ‘ansiedade aos exames’, ‘autoestima e bem-estar’, ‘ansiedade social’, ‘condições socioeconómicas’. Simultaneamente, observa-se que o mesmo grupo apresenta médias mais baixas na variável ‘saúde mental global’.

Através de testes t de Student para amostras independentes, verificou-se a existência de diferenças muito significativas ($p < .001$) entre os participantes com e sem acompanhamento, para todas as variáveis mencionadas.

Tabela 2. Diferenças entre a amostra de alunos acompanhados e alunos não acompanhados nas variáveis de Saúde Mental, Sofrimento Emocional, Depressão e Stress

| | Alunos em acompanhamento psicológico (N=101) | Alunos sem acompanhamento psicológico (N=119) | <i>t</i> |
|-----------------------------|---|--|------------|
| | (M; DP) | (M; DP) | |
| Saúde Mental (MHI-5) | 17.04 (3.73) | 22.39 (3.72) | 10.638*** |
| Sofrimento emocional (ET-5) | 5.49 (2.49) | 2.26 (2.54) | -9.48*** |
| Ansiedade (ET-5) | 6.43 (2.43) | 3.07 (2.47) | -10.11*** |
| Depressão (ET-5) | 4.08 (2.48) | 1.33 (1.79) | - 9.52*** |
| Revolta (ET-5) | 4.49 (3.05) | 1.84 (2.00) | - 7.72*** |
| Necessidade de ajuda (ET-5) | 6.29 (2.42) | 1.97 (2.30) | - 13.51*** |
| Depressão (PHQ-9) | 10.51 (5.18) | 5.15 (3.79) | - 8.85*** |
| Stress (ISEU Total) | 3.25 (0.72) | 2.54 (0.67) | - 7.59*** |
| ISEU- Fatores: | | | |
| Ansiedade aos exames | 62.67 (20.84) | 49.26 (20.81) | -4.68*** |
| Autoestima e bem-estar | 55.20 (20.98) | 33.71 (19.90) | -7.77*** |
| Ansiedade social | 45.60 (25.32) | 28.47 (19.44) | -5.63*** |
| Condições socioeconómicas | 47.92 (19.22) | 31.28 (19.97) | -6.42*** |

Nota. N=220. ***p <.001. MHI-5=Inventário de Saúde Mental. ET-5=Termómetros Emocionais. PHQ-9=Questionário de Saúde do Paciente. ISEU= Inventário de Stress em Estudantes do Ensino Superior.

Seguidamente, são apresentadas as diferenças relativas à severidade da depressão, avaliada através do PHQ-9, em alunos acompanhados e não acompanhados. Verifica-se, assim, que os alunos sem acompanhamento psicológico revelam, na sua maioria, não ter sintomas (N=55; 46.2%) ou apresentar sintomas mínimos (N=34; 37.7%) de depressão, depressão leve (N=17; 14,3%), depressão moderadamente severa, e depressão grave (N=1; 5,9%). Por sua vez, dos alunos em acompanhamento, 34 (37,7%) apresentaram depressão leve, 27 (26,7%) apresentaram depressão moderadamente severa, e 9 (8,9%) depressão severa (Anexo B). Relativamente à severidade de stress, medida através do ISEU, dos alunos sem acompanhamento, 47 (39,8%) apresentaram baixo stress, 58 (49,2%) apresentaram stress moderado, e 13 (11%) stress elevado. Por comparação, dos alunos em acompanhamento psicológico, 15 (14,9%) apresentaram baixo stress, 37 (36,6%) stress moderado, e 49 (48,5%) stress elevado.

3.2. Influência das características sociodemográficas nas variáveis de Sofrimento Emocional, Depressão e Stress.

3.2.1 Género

No que respeita à influência do género, verificou-se que apenas existem diferenças significativas entre géneros na dimensão ‘necessidade de ajuda’ dos termómetros emocionais ($p < .001$). Observando as médias, pode-se apreciar que são os participantes do género masculino aqueles que apresentam médias significativamente mais elevadas.

Relativamente ao stress nos estudantes, somente o fator ‘ansiedade aos exames’ apresenta diferenças significativas entre géneros ($p < .001$). Observando as médias podemos apreciar que são os participantes do género feminino aqueles que apresentam médias significativamente mais elevadas.

Tabela 3. Diferenças entre géneros nas variáveis em estudo

| | Homens (N=66) | Mulheres (N=154) | <i>t</i> |
|-----------------------------|------------------|---------------------|----------|
| | (M; DP) | (M; DP) | |
| Saúde Mental (MHI-5) | 19,55 (4.97) | 20,10 (4.40) | .408 |
| Sofrimento emocional (ET-5) | 4.21 (3.11) | 3.54 (2.92) | .130 |
| Ansiedade (ET-5) | 4.77 (3.07) | 4.54 (2.93) | .594 |
| Depressão (ET-5) | 2.88 (2.60) | 2.47 (2.50) | .271 |
| Revolta (ET-5) | 3.56 (2.84) | 2.98 (2.79) | .089 |
| Necessidade de ajuda (ET-5) | 4.60 (3.68) | 3.29 (3.12) | .047*** |
| Depressão (PHQ-9) | 8.38 (5.81) | 7.29 (4.92) | .155 |
| Stress (ISEU Total) | 2.75 (0.84) | 2.92 (0.75) | .255 |
| ISEU- Fatores: | | | |
| Ansiedade aos exames | 49.34 (27.76) | 57.94 (20.44) | .007*** |
| Autoestima e bem-estar | 41.19 (22.66) | 44.67 (23.16) | .306 |
| Ansiedade social | 37.05 (26.50) | 35.96 (22.68) | .759 |
| Condições socioeconómicas | 38.46 (22.85) | 39.22 (20.65) | .811 |

Nota. N=220. *** $p < .001$. MHI-5=Inventário de Saúde Mental. ET-5=Termómetros Emocionais. PHQ-9= Questionário de Saúde do Paciente. ISEU= Inventário de Stress em Estudantes do Ensino Superior.

3.2.2 Situação de residência

No que respeita à influência da situação de residência nas variáveis, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas a assinalar (Anexo C).

3.2.3 Área de curso

Para comparar os níveis de sofrimento emocional, ansiedade, depressão e stress, consoante a área de curso, recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney (o pressuposto de homogeneidade de variâncias não foi verificado, ficando excluída a possibilidade de uso de testes paramétricos).

Foi verificado que são os participantes que não estão em cursos da área de saúde que apresentam médias significativamente mais elevadas em todos os termómetros emocionais ($p < .001$) e resultados mais elevados em depressão ($p < .001$), sendo as diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente aos sintomas de stress, as únicas diferenças significativas encontradas observam-se no fator ‘autoestima e bem-estar’, onde se apresentam diferenças significativas entre os participantes que frequentam ou não um curso da área de saúde ($p < .001$). Observando as médias podemos apreciar que são os participantes que não frequentam um curso da área de saúde que apresentam médias significativamente mais elevadas.

Quanto aos resultados de saúde mental, verificaram-se diferenças significativas entre os participantes que frequentam ou não um curso da área de saúde ($p < .001$). Da análise das médias podemos constatar que são os participantes que estão num curso da área de saúde que apresentam médias significativamente mais elevadas.

Tabela 4. Diferenças entre frequência de áreas de saúde vs. outras áreas, nas variáveis em estudo

| | Alunos de cursos de áreas de não Saúde (N=180) | Alunos de cursos de Saúde (N=40) | <i>U</i> |
|-----------------------------|---|--|-----------|
| | (M; DP) | (M; DP) | |
| Saúde Mental (MHI-5) | 19.39 (4.60) | 22.40 (3.56) | 2175.50** |
| Sofrimento emocional (TE-5) | 4.14 (3.01) | 1.98 (2.15) | 2120.50** |
| Ansiedade (ET-5) | 5.07 (2.89) | 2.55 (2.40) | 1859.00** |
| Depressão (ET-5) | 2.91 (2.62) | 1.15 (1.42) | 2220.00** |
| Revolta (ET-5) | 3.33 (2.95) | 1.83 (2.05) | 2557.50* |
| Necessidade de ajuda (ET-5) | 4.34 (3.19) | 2.00 (2.41) | 2048.50** |
| Depressão (PHQ-9) | 8.28 (5.33) | 4.60 (3.29) | 2120.00** |
| Stress (ISEU Total) | 2.92 (0.80) | 2.64 (0.65) | 2884.00 |
| ISEU- Fatores: | | | |
| Ansiedade aos exames | 55.89 (22.33) | 52.98 (19.32) | 3249.50 |
| Autoestima e bem-estar | 45.20 (23.01) | 36.56 (21.90) | 2831.00* |
| Ansiedade social | 37.91 (24.57) | 29.13 (19.01) | 2846.00 |
| Condições socioeconômicas | 40.26 (21.82) | 33.33 (17.80) | 2893.50 |

Nota. N=220. *p< .005 **p<.001. MHI-5=Inventário de Saúde Mental. ET-5=Termômetros Emocionais. PHQ-9= Questionário de Saúde do Paciente. ISEU= Inventário de Stress em Estudantes do Ensino Superior

3.3 Associação entre os níveis de Sofrimento Emocional, Depressão, Ansiedade, Revolta e Necessidade de Ajuda em alunos em acompanhamento psicológico em função do tempo de acompanhamento psicológico

Através de um conjunto de regressões lineares simples, verificou-se que o tempo de acompanhamento psicológico não é um preditor significativo de nenhuma das variáveis estudadas, nomeadamente da ‘depressão’ (PHQ-9) ($\beta=-.182$; $p=0.74$), do ‘sofrimento emocional’ ($\beta=-.146$; $p=.155$), do resultado de ‘depressão’ (TE-5) ($\beta=-0.38$; $p=.70$), da ‘ansiedade’ (TE-5) ($\beta=-.111$; $p=.28$) da ‘revolta’ (TE-5) ($\beta=0.14$; $p=.89$), nem da ‘necessidade de ajuda’ (TE-5) ($\beta=-.141$; $p=.167$).

3.4 Relação entre as variáveis de Sofrimento Emocional, Depressão, e Stress

Na Tabela 5 são apresentados os resultados referentes à relação entre as variáveis sofrimento emocional, depressão e stress. Através de correlações de Pearson, verificam-se associações positivas e significativas entre todas as variáveis.

De entre os resultados, destaca-se uma correlação positiva e altamente significativa de magnitude forte entre o score de ‘sofrimento emocional’ e o score de ‘depressão’ ($r=.670$; $p<.001$); entre o score de ‘sofrimento emocional’ e o score de ‘necessidade de ajuda’ ($r=.803$; $p<.001$); entre o score de ‘sofrimento emocional’ e a ‘saúde mental’ ($r=-.718$; $p<.001$). Através da correlação de Pearson, verificou-se também que existe uma correlação positiva entre a depressão e todos os fatores de stress, nomeadamente: ‘ansiedade aos exames’ ($r=.506$; $p<.001$), ‘autoestima e bem-estar’ ($r=.606$ $p<.001$), ‘ansiedade social’ ($r=.526$; $p<.001$), e ‘condições socioeconómicas’ ($r=.510$; $p<.001$). De igual forma, foi verificada a existência de correlações positivas entre o ‘sofrimento emocional’ e todos os fatores de stress: ‘ansiedade aos exames’ ($r=.324$; $p<.001$), ‘autoestima e bem-estar’ ($r=.504$ $p<.001$), ‘ansiedade social’ ($r=.372$; $p<.001$), e ‘condições socioeconómicas’ ($r=.439$; $p<.001$). Existe ainda uma correlação negativa e altamente significativa, de magnitude razoável, entre o fator de stress ‘ansiedade social’ e a ‘saúde mental’ ($r=-.484$; $p<.001$). Estes resultados sugerem que quanto maior a ‘ansiedade social’ e o ‘sofrimento emocional’, menor a ‘saúde mental’ e vice-versa.

Em termos globais, estes resultados parecem sugerir que quanto mais elevadas forem as pontuações nas escalas de ‘depressão’, mais elevadas serão as pontuações nos domínios do ‘stress’ e do ‘sofrimento emocional’.

Tabela 5. Correlações entre as variáveis do estudo

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1.TExD | - | | | | | | | | | | |
| 2.TExAns | ,725** | - | | | | | | | | | |
| 3.TExDep | ,790** | ,683** | - | | | | | | | | |
| 4.TExR | ,597** | ,594** | ,611** | - | | | | | | | |
| 5.TExNa | ,803** | ,767** | ,733** | ,633** | - | | | | | | |
| 6.PHQ9 | ,670** | ,699** | ,685** | ,594** | ,710** | - | | | | | |
| 7.ISEU total | ,490** | ,603** | ,493** | ,441** | ,558** | ,649** | - | | | | |
| 8. ISEU1 | ,324** | ,489** | ,348** | ,371** | ,401** | ,506** | ,873** | - | | | |
| 9. ISEU2 | ,504** | ,570** | ,477** | ,399** | ,554** | ,606** | -.551** | ,669** | - | | |
| 10.ISEU3 | ,372** | ,451** | ,433** | ,328** | ,430** | ,526** | ,790** | ,581** | ,615** | - | |
| 11.ISEU4 | ,439** | ,461** | ,384** | ,357** | ,470** | ,510** | ,690** | ,508** | ,551** | ,428** | - |
| 12.MHI-5 | -.718 | -.680** | -.747** | -.575** | -.761** | -.791** | -.619** | -.437** | -.604** | -.484** | -.551** |

Nota. N=220. ** $p<.001$. MHI-5=Inventário de Saúde Mental. TExD=Termómetro do Distress, TExAns=Termómetro da Ansiedade, TExDep=Termómetro da Depressão, TExR=Termómetro da Revolta, TExNa=Termómetro da Necessidade de Ajuda. PHQ-9=Questionário de Saúde do Paciente. ISEU=Inventário de Stress em Estudantes do Ensino Superior.

3.5 Preditores da Saúde Mental

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla hierárquica, que permitiu investigar os principais preditores da saúde mental na amostra total. As variáveis acompanhamento

psicológico, género, idade, situação de residência e tipo de curso, foram inseridas no Bloco 1 (variáveis controlo). As variáveis ‘distress’, ‘ansiedade’, ‘revolta’, ‘necessidade de ajuda’, ‘depressão’ e ‘stress’, foram inseridas no Bloco 2. A análise gerou um modelo geral significativo [$F(11,218)=51.409$, $p<.001$], sendo que os preditores significativos contribuíram para 73% da variância da ‘saúde mental’, avaliada através do MHI-5.

Em termos de significância, os resultados da análise revelaram que as variáveis acompanhamento psicológico ($\beta=-.107$; $p<.05$), ‘distress’ ($\beta=-1.95$; $p<.05$), ‘necessidade de ajuda’ ($\beta=-.207$; $p<.001$), ‘depressão’ ($\beta =-.411$; $p<.001$) e ‘stress’ ($\beta=-.101$; $p=.052$), constituem preditores significativos da saúde mental em estudantes. Por outro lado, as seguintes variáveis não contribuíram significativamente para o modelo: género, idade, situação de residência, tipo de curso, ‘ansiedade’ e ‘revolta’.

Tabela 6. Resultados da regressão linear múltipla hierárquica sobre os preditores da Saúde Mental em estudantes (modelo final)

| <i>Variáveis</i> | <i>B</i> | <i>R</i> ² | <i>F</i> | <i>ΔR</i> ² | <i>ΔF</i> |
|----------------------------|--------------------|-----------------------|----------|------------------------|-----------|
| Bloco 1 | | | | | |
| Acompanhamento psicológico | -.107* | | | | |
| Género | -.035 | | | | |
| Idade | .043 | .352 | 23.102** | .352 | 23.102** |
| Situação de residência | .017 | | | | |
| Curso da área de saúde | .003 | | | | |
| Bloco 2 | | | | | |
| TExD | -.195* | | | | |
| TExAns | .033 | | | | |
| TExR | -.022 | .732 | 51.409** | .380 | 48.978** |
| TExNa | -.207** | | | | |
| PHQ-9 | -.411** | | | | |
| ISEU | -.101 ⁺ | | | | |

Nota. N=220. * $p<.05$. ** $p<.001$. ⁺ $p<.06$. TExD=Termómetro de Sofrimento emocional. TExAns=Termómetro de Ansiedade. TExR=Termómetro da Revolta. TExNa=Termómetro da Necessidade de ajuda. PHQ-9=Questionário de Saúde Mental do Paciente. ISEU=Inventário de Stress em Estudantes do Ensino Superior

4. Discussão

A investigação tem vindo a apontar que os estudantes do Ensino Superior parecem ser uma população de risco relativamente à saúde mental (Benton et al., 2003), sendo importante perceber as relações entre as variáveis implicadas.

Os resultados obtidos com o Inventário de Saúde Mental ($M=19.93$) sugerem que a média se aproxima dos resultados encontrados por Pais-Ribeiro (2001), num estudo de adaptação do instrumento para a população portuguesa, com uma amostra de 600 participantes, de idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos ($M=19.83$) (Marques et al., 2011). Contudo, o MHI-5 apesar de fácil aplicação e usado globalmente, carece do estabelecimento de pontos de corte, que ajudem a diferenciar entre indivíduos com e sem saúde mental (Hoeymans, Garssen, Westert, & Verhaak, 2004).

Relativamente à depressão, os resultados demonstram que 20% dos alunos apresentam uma depressão moderadamente severa, e 10 % apresentam depressão severa. Estes dados vão ao encontro dos

estudos de Eisenberg e colaboradores (2007), onde a prevalência de depressão e ansiedade para alunos do 1º ciclo foi, de 15,6% e do 2º ciclo de 13%.

Comparando com a realidade portuguesa, estes resultados estão acima dos dados obtidos por Santos, Veiga, e Pereira (2012) e Santos (2011). Contudo, são necessárias precauções na análise dos resultados, uma vez que essas diferenças se poderão dever a questões metodológicas, pois nesses estudos o instrumento utilizado para avaliar a depressão foi o Inventário de Depressão em Estudantes Universitários (IDEU) (Santos, Pereira, & Veiga, 2008) versão portuguesa do University Student Depression Inventory (USDI; Khawaja & Bryden, 2006). É ainda de salientar que 33% dos alunos considera que os sintomas depressivos têm muito ou extremo impacto na sua vivência quotidiana. Este fator é de extrema importância, e Stallman (2010) encontrou resultados semelhantes, assim como uma relação entre a incapacidade funcional e o aumento do distress e dos pedidos de ajuda. Esta incapacidade funcional pode ter impacto em várias áreas, inclusivamente na deterioração do rendimento académico (Field, 2001).

Através dos valores encontrados com a aplicação dos Termómetros Emocionais, verifica-se que usando um ponto de corte de 3v4, os valores de ‘distress’, ‘ansiedade’, ‘revolta’ e ‘necessidade de ajuda’ são significativos, o que vai ao encontro do que a literatura tem vindo a apontar (Verger et al., 2008; Berwick et al., 2008).

A(s) vivência(s) do Ensino Superior implica(m) um conjunto de desafios que geram mudança e adaptação (Araújo, Almeida, & Paúl, 2003; Almeida et al., 2003) podendo ser, por isso, vivenciados como indutores de stress. Os resultados obtidos no presente estudo indicam uma percentagem considerável de alunos com nível elevado de stress, superior a um quarto dos estudantes (28,3%). Este valor é ligeiramente superior ao obtido por Luz e colaboradores (2009), e Santos (2011), assim como num estudo conduzido por Pereira e colaboradores (2009), com a versão extensa de 50 itens do mesmo instrumento (ISEU), e aproxima-se das percentagens encontradas em estudos internacionais (Wong et al., 2006). O principal fator de stress nos estudantes parece ser a ‘ansiedade aos exames’, seguido da diminuição da ‘autoestima e bem-estar’, de alterações nas ‘condições socioeconómicas’ e, em último lugar, da ‘ansiedade social’. Os fatores referidos foram também as principais fontes de stress reportados em estudos prévios (Pereira et al., 2009; Luz et al., 2009; Santos, 2011).

Os alunos que frequentam apoio psicológico, indicam motivos de pedido de ajuda de acordo com o descrito na literatura (problemas de rendimento académico; problemas relacionais; ansiedade; depressão e algumas comorbidades entre os problemas de rendimento e sintomatologia) (RESAPES, 2002; Benton et al., 2003). No presente estudo, apresentam níveis inferiores de saúde mental, mais sintomas depressivos e stress, mais sofrimento emocional, quando comparados com colegas que não frequentam este tipo de serviços. Estes resultados vão ao encontro de estudos internacionais que mostram que estudantes que estavam a receber apoio exibiam problemas psicológicos mais graves e com maior duração do que os outros colegas (Erdur-Baker, Aberson, Drapper, & Barrow 2006; Green, Lowry, & Kopta, 2003). Em Portugal, a comparação com a investigação proeminente realizada neste âmbito (Santos, Pereira, & Veiga, 2008; cit in Santos, 2011), revela a mesma tendência. Estes resultados são suportados por Green e colaboradores (2003) assim como Rosenthal e Wilson (2008) que evidenciam que a severidade dos sintomas e o nível de bem-estar

podem ser fatores decisivos na procura de ajuda, sendo que os alunos com níveis clinicamente mais significativos de distress tendem a procurar e usufruir mais dos serviços de acompanhamento psicológico.

No que diz respeito à relação da saúde mental com variáveis sociodemográficas e académicas foi formulada uma hipótese: “*H1-esperam-se níveis de saúde mental global mais baixos e níveis mais elevados de depressão, stress, e sofrimento emocional em alunos de sexo feminino, nos estudantes de áreas de cursos de áreas de saúde e nos estudantes deslocados*”. Os resultados mostram que a hipótese é parcialmente concretizada.

Relativamente ao género, não se observaram diferenças significativas nas dimensões acima mencionadas, contrariamente aos resultados de estudos prévios (e.g. Luz et al., 2009; Velez et al., 2008), sendo que Misra, Crist, e Burant (2003) também não encontraram diferenças significativas entre géneros relativamente ao stress. Contudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão ‘necessidade de ajuda’ dos Termómetros Emocionais, onde os alunos do sexo masculino apresentam resultados mais elevados do que os alunos de sexo feminino. Considerando que tipicamente os homens procuram menos o apoio psicológico (Rabasquinho, & Pereira, 2007) (o que também aconteceu neste estudo) devido a vários factores, nomeadamente a aderência a normas sociais ligadas à formação da identidade caracterizadas pela instrumentalidade, agressividade, competitividade, força, não aceitação da vulnerabilidade, inexpressão emocional, que são entraves à procura de ajuda (Courtenay, 2000), assim como terem maior estigma face à mesma (Chang, 2007; Deane, 1996), coloca-se a hipótese de os alunos de sexo masculino percecionarem mais a necessidade de apoio.

Em relação ao stress, as diferenças significativas acontecem apenas no fator ‘ansiedade aos exames’, onde as mulheres demonstraram índices mais elevados do que os homens. As diferenças relativamente ao género neste fator têm vindo a ser realçadas pela investigação (Pereira, 2004, 2009).

No que respeita à variável situação de residência, era esperado que os estudantes deslocados apresentassem mais sintomas depressivos, stress e sofrimento emocional de acordo com a investigação que maioritariamente aponta nesse sentido (e.g. Baier e Welsh, 1992; Pereira et al, 2009). No entanto, não se registaram diferenças com base na situação de residência, dados que corroboram os resultados de outras investigações (Adlaf et al., 2001; Luz et al., 2009; Santos, Pereira, & Veiga, 2008; cit in Santos, 2011). Alguns estudos mostram que os estudantes deslocados apresentam uma vertente interpessoal mais acentuada do que os não deslocados, possivelmente devido a uma maior necessidade e disponibilidade para criarem novas relações, como forma de promover a sua integração social (Seco et al., 2007). Este estabelecimento de relações pode constituir uma fonte de suporte social, considerado um fator protetor para a saúde mental (Pais-Ribeiro, 1999).

No que concerne à área de curso, era esperado que os alunos de cursos de saúde apresentassem mais sintomas depressivos e stress, assim como menores níveis de saúde mental global, o que poderia dever-se, essencialmente, ao facto de os cursos de saúde serem habitualmente considerados muito exigentes, competitivos e indutores de stress, como tem sido apresentado em vários estudos (Helmets et al., 1997). Contudo, no presente caso, os alunos de cursos de saúde apresentaram índices de saúde mental global mais elevados, e índices mais baixos de sofrimento emocional, ansiedade e depressão, quando comparados com os estudantes que frequentam cursos não ligados à saúde. Relativamente ao stress, as únicas diferenças

significativas observadas encontram-se no fator ‘autoestima e bem-estar’, onde participantes que não frequentam um curso da área de saúde apresentam médias significativamente mais elevadas. Tais diferenças poderão dever-se a questões metodológicas relativas à definição da variável curso de saúde. Neste estudo, a amostra de alunos em cursos de saúde era constituída maioritariamente por alunos de anatomia patológica citológica e tanatológica, enquanto que noutras investigações tem-se incidido essencialmente em amostras de estudantes de enfermagem (e.g. Custódio, 2010), e de medicina (e.g. Roberto & Almeida, 2011). Por outro lado, é preciso atender à influência das diferenças de género. Os cursos de saúde são mais escolhidos por mulheres (Saavedra, Taveira, & Silva, 2010), o que também se verificou no presente estudo. Portanto, as discrepâncias poderão, efetivamente, dever-se também a diferenças de género e não só às características dos cursos em questão.

No sentido de avaliar as tendências de associação entre as variáveis em estudo, foi considerada uma hipótese que postulava a existência de correlações significativas positivas entre a sintomatologia de depressão, sofrimento emocional e stress, sendo que a mesma foi concretizada. Mais especificamente, foi encontrada uma associação forte entre o sofrimento emocional e a depressão, indicando que os alunos que apresentaram maiores valores numa dimensão, apresentaram também na outra. Foram igualmente encontradas correlações positivas entre todas as subescalas do ISEU e o ‘sofrimento emocional’ e ‘depressão’. Estes resultados revelam que os estudantes que apresentam sintomatologia depressiva, tendem a apresentar também sintomatologia de stress e de sofrimento emocional. Tais dados vão ao encontro da investigação psicossocial (Eisenberg, 2007; Verger et al., 2008), assim como da investigação que demonstra uma ligação biológica entre stress, depressão e ansiedade (Magalhães et al., 2010).

Relativamente à hipótese que postulava a existência de correlações significativas negativas entre o nível de saúde mental e a sintomatologia de depressão, sofrimento emocional e stress, verificou-se que a mesma se concretiza. Mais especificamente, verificou-se uma associação negativa forte entre a ‘depressão’ e o índice de ‘saúde mental’, significando que quanto maiores os níveis de depressão, mais baixos serão os níveis de saúde mental. Estes resultados demonstram como estes conceitos estão intimamente ligados, reafirmando a ausência de depressão como um forte indicativo de saúde mental.

A Hipótese “*Os níveis de depressão, e distress são mais elevados em alunos em acompanhamento psicológico em função do tempo de acompanhamento*” não foi confirmada, pois foi verificado que o tempo de acompanhamento não é um preditor significativo da depressão, nem de nenhum dos scores medidos pelos Termómetros Emocionais. Estes resultados vêm contrariar dados que afirmam que os níveis de distress são maiores no início do acompanhamento psicológico (Todd, Dean, & McKenna, 1997). Contudo, os níveis elevados de sofrimento emocional no início do acompanhamento, podem não necessariamente refletir sobre os problemas dos clientes nem sobre a severidade dos sintomas manifestados no decorrer da terapia (Benton, 2003). Howard, Kopta, Krause, e Orlinsky (1996) verificaram que 76% dos clientes apresentavam melhorias significativas ao fim de 26 sessões, sendo que os ganhos tendem a estabilizar-se a partir daí. Neste estudo, a média das sessões aproxima-se desse valor, o que ajudaria a explicar este resultado. Contudo, esta relação carece de uma avaliação mais cuidada.

Relativamente à hipótese sobre os preditores da saúde mental nos estudantes, pode concluir-se que uma menor perceção de distress, menos sintomatologia depressiva e de stress, assim como uma menor

percepção de necessidade de ajuda, traduzidos numa menor necessidade manifesta de acompanhamento psicológico, constituem os principais promotores da saúde mental. Estes resultados estão em concordância com vários estudos efetuados em torno das variáveis de saúde mental no Ensino Superior (Eisenberg et al., 2007; Verger et al., 2008; Green et al., 2007).

De forma global foi caracterizada e refletida a saúde mental dos estudantes do Ensino Superior. Os níveis de distress, depressão e stress são elevados na população estudada, o que demonstra que a frequência do ensino superior é um período de especial vulnerabilidade ao stress e à psicopatologia (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007) sendo de realçar os níveis mais baixos de saúde mental nos alunos em acompanhamento psicológico.

As implicações práticas deste estudo apontam para a necessidade de se investir em boas práticas de promoção da saúde mental (Royal College of Psychiatrists, 2011), que possam intervir eficazmente em patologias frequentes no Ensino Superior como é o caso da depressão, mas também em alunos que não apresentando critérios de diagnóstico clínico, vivenciem níveis elevados de stress e sofrimento emocional, disponibilizando não apenas serviços de aconselhamento, mas também outras iniciativas de suporte que colmatem a necessidade de ajuda como o *peer counselling* (Myrick, Highland, & Sabella, 1995). É ainda sugerida a inclusão de intervenções preventivas que incidam sobre os fatores preditores do desenvolvimento de problemas de saúde mental, nomeadamente através de programas de gestão do stress. Paralelamente, seria importante a possibilidade de deteção precoce de perturbações mentais através da realização de um rastreio anual aos alunos, utilizando um instrumento rápido e eficaz como os Termómetros Emocionais.

Este estudo não é isento de limitações. O facto dos instrumentos utilizados serem de autorrelato, há que ter em conta a influência de fatores que afetam a validade das informações dadas. Com efeito, é importante considerar aspetos como a deseabilidade social, a falsificação e também questões de memória (Moreira, 2004). Em relação ao procedimento, os dados foram recolhidos no final do ano letivo, e início do ano seguinte, podendo não constituir os momentos mais circunstanciais de indução do stress. Uma limitação adicional tem que ver com o carácter transversal da recolha dos dados, o que dificulta o estabelecimento de relações causais. Relativamente às limitações metodológicas, no futuro será de considerar a aplicação de instrumentos de autorresposta online. Este meio tem vantagens não só a nível económico, mas também de tempo, comodidade, assim como na redução da possibilidade de erro na inserção dos dados em programas de tratamento dos mesmos.

Futuramente, para complementar os resultados deste estudo seria necessário investigar mais aprofundadamente outras variáveis relativas à saúde mental (e.g. idade, ciclo de estudos frequentado, entre outras), assim como discriminar entre as duas dimensões do Inventário de Saúde Mental (distress psicológico vs bem-estar). Seria ainda pertinente investigar mais aprofundadamente as relações entre o tempo de acompanhamento psicológico e a saúde mental de maneira a poder apontar estratégias de intervenção ao nível da promoção da saúde mental dos indivíduos desta população específica, uma vez que os modelos terapêuticos mais comuns nestes serviços têm sido os de breve duração (Benton et al., 2003; Dias, 1988; RESAPES, 2002),

Em conclusão, espera-se que os resultados desta investigação possam contribuir para uma maior identificação dos principais fatores promotores de saúde mental na vida académica e quotidiana dos

estudantes universitários, bem como de uma maior fundamentação científica acerca do conhecimento desta temática.

5. Referências bibliográficas

Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 50(2), 67-72. doi: 10.1080/07448480109596009.

Aherene, D. (2001). Understanding student stress: a qualitative approach. *The Irish Journal of Psychology*, 22 (3-4), 176-187. doi:10.1080/03033910.2001.10558278.

Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Lusografe.

Almeida, L., Gonçalves, A., Salgueira, A., Soares, A., Machado, C., Fernandes, ... Vasconcelos, R. (2003). Expectativas de envolvimento académico à entrada na universidade: estudo com alunos da Universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(1) 3-15.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Ed. Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Araújo, B., Almeida, L.S., & Paúl, M.C. (2003). Transição e adaptação académica dos estudantes à escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 56-64.

Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 468-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469

Baier, M., & Welch, M. (1992). An analysis of the concept of homesickness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(1), 54-60. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90055-N](http://dx.doi.org/10.1016/0883-9417(92)90055-N).

Baker, R.W., McNeil, O.V., & Syrik, B. (1985). Expectations and reality in freshman adjustment to college. *Journal of Counselling Psychology*, 32, 94-103.

Bastos, A.M., Silva, C.E., & Gonçalves, O.F. (1996). Intervenção psicológica no ensino superior: construção, implementação e avaliação de um programa de desenvolvimento pessoal. *Intervenção psicológica: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 195- 206.

Becker, M., Martin, L., Wajeeh, E., Ward, J., & Shern, D. (2002). Students with mental illness in a university setting: faculty and student attitudes, beliefs, knowledge, and experiences. *Psychiatry Rehabilitation Journal*, 25(4), 359-368.

Benton, S., Robertson, J., Tseng, W., Newton, F., & Benton, S. L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72. doi: 10.1037/0735-7028.34.1.66

Berwick, D.M., Murphy, J.M., Goldman, P.A., Ware, J.E., Barsky, A.J., & Weinstein, M.C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29, 169-176. doi:10.1097/00005650-199102000-00008

- Berwick, B.M., Gill, J., & Mulhern, B. (2008). Using electronic surveying to assess psychological distress within the UK university student population: a multi-site pilot investigation. *E-Journal of Applied Psychology*, 4, 1-5.
- Bojuwoye, O. (2002). Stressful experiences of first-year students of selected universities in South Africa. *Counseling Psychology Quarterly*, 15(3), 277-290. doi:10.1080/09515070210143480
- Burris, J., Brechting, E., Salsman, J., & Carlson, C. (2009). Factors associated with the psychological well-being and distress of University students. *Journal of American College Health*, 5(5), 536-543. doi:10.3200/JACH.57.5.536-544
- Chang, E.C. (2001). Life stress and depressed mood among adolescents: examining a cognitive-affective mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 416-429. doi:10.1521/jscp.20.3.416.22301
- Chang, H. (2007). Psychological distress and help-seeking among Taiwanese college students: role of gender and student status. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(3), 347-355. doi:10.1080/2F03069880701418789
- Chickering, A.W. & Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. (2nd edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385-1401. doi:10.1016/S0277-9536(99)00390-1
- Custódio, S. (2010). *Stress, suporte social, otimismo e saúde em estudantes de Enfermagem em ensino clínico*. Tese de doutoramento (não publicada). Universidade de Aveiro.
- Deane, F.P., & Todd, D.M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 45-59. doi:10.1300/J035v10n04_06
- DeLongis, A., & Newth, S. (1998). Coping with stress. In H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (vol. I) (pp. 583-593). San Diego, CA: Academic Press.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58, 2585-2600. doi:10.1016/j.socscimed.2003.09.008.
- Dias, G. F. (1988). Psicoterapia breve a estudantes universitários. *Psicologia*, 6, 29-46.
- Dryfoos, J. (1997). *Adolescents at risk: Prevalence and Prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (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. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. doi:10.1037/0002-9432.77.4.534

- Erdur-Baker, Ö., Aberson, C., Drapper, M., & Barrow J. (2006). Nature and severity of college students' psychological concerns: a comparison of clinical and non-clinical national samples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(3), 317-323.
- Field, T. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36, 491-498.
- Gall, T.L., Evans, D.R., & Bellerose, S. (2000). Transition to first-year university: patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 544-567. doi: 10.1521/jscp.2000.19.4.544
- Goldman, C., & Wong, E. (1997). Stress and the college student. *Education*, 117 (4), 604-611.
- Gorman, J. (1996). Comorbidity depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4(4), 160-168. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:4<160::AID-DA2>3.0.CO;2-J
- Green, J., Lowry, J., & Kopta, S. M. (2003). College students versus college counseling center clients: what are the differences? *Journal of College Student Psychotherapy*, 17(4), 25-37. doi: 10.1300/J035v17n04_05
- Helmets, K.F., Danoff, D., Steiner, Y., Leyton, M., & Young, S. (1997). Stress and depressed mood in medical students, law students and graduate students at McGill University. *Academic Medicine*, 72, 708-714. doi:10.1097/00001888-199708000-00018
- Hoeymans, N., Garssen, A., Westert, G., & Verhaak, P. (2004). Measuring mental health of Dutch Population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(23), 1-6.
- Howard, K, Kopta, I., Krause, S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose effect relationship in psychotherapy. *American psychologist*, 41(2), 159-164. doi:10.1037/0003-066X.41.2.159
- Hudd, S.S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N., & Yokozuka, N. (2000). Stress at college: Effects on health habits, health status, and self-esteem. *College Student Journal*, 34, 217-227.
- Kadison, R.D. (2006). College psychiatry 2006: challenges and opportunities. *Journal of American College Health*, 54(6), 338-340. doi:10.3200/JACH.54.6.338-340
- Kessler, R.C., & Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:1<3::AID-DA2>3.0.CO;2-F
- Khawaja, N., & Bryden, K. (2006). The development and psychometric investigation of the University Student Depression Inventory. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 21-29. doi:10.1016/j.jad.2006.05.007
- Korkeila, J., Lehtinen, V., Bijl, R., Dalgard, O., Kovess, V., Morgan, A., & Salize, H. (2003). Establishing a set of Mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 451-459. doi: 10.1080/14034940210165208
- Kroenke, K., Spitzer R.L., Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Löwe, B., & Spitzer, R. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 131-140. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00237-9

Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 4663-4669). Braga: Universidade do Minho.

Magalhães, A., Holmes, K., Dale, L., Comps-Agrar, L., Lee, D., Yadav, P., ... Ferguson, S. (2010). CRF receptor 1 regulates anxiety behavior via sensitization of 5-HT₂ receptor signaling. *Nature Neuroscience*, 13, 622-629. doi:10.1038/nn.2529

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro: Editora Report Number.

Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. (2011). Use of the Mental Health Inventory-5 with Portuguese 10-15 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 478-485. doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.43

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. doi: 10.1037/1072-5245.10.2.137

Mitchell, A.J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorder. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4670-4681. doi:10.1200/JCO.2006.10.0438

Mitchell, A., Baker-Glenn, Granger, L., & Symonds, P. (2009). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology*, 19(2), 125-133. doi: 10.1002/pon.1523

Mitchell, A.J., & Symonds, P. (2010). Reliability of the Emotion Thermometers Screening tool: principal component and Cronbach alpha results from the first 700 Cases. Abstracts of the IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology, 25-29 May 2010, Quebec City, QC, Canada. *Psycho-Oncology*, 19(S1-S325). doi: 10.1002/pon.1776

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Moscoso, M., & Reheiser, E. (2010). Construct validity of the Emotional Distress Inventory in patients with Cancer. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 83-94.

Murff, S.H. (2005). The impact of stress on academic success in college students. *The ABNF Journal*, 16(5), 102-104.

Myrick, R.D., Highland, W.H., & Sabella, R.A. (1995). Peer helpers and perceived effectiveness. *Elementary School Guidance & Counseling*, 29(4), 278-290.

National Comprehensive Cancer Network (2010). Clinical practice guidelines in oncology: distress management. Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

Ninan, P., & Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 14(2), 79-85. doi: 10.1002/da.1049

Pais-Ribeiro, J.L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

Pais-Ribeiro, J.L. (2001). Inventário de Saúde Mental: Um estudo de adaptação para a população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.

Pereira, A.C. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Pereira, A.S., Vaz, A., Medeiros, J., Lopes, P., Melo, A., Ataíde, R., ... Ferreira, J. (2004). Características psicométricas do inventário do stresse em estudantes universitários – estudo exploratório. In C. Machado *et al.* (Orgs.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 326-329). Braga: Psiquilíbrios.

Pereira, A.S. (2006). Aconselhamento psicológico no ensino superior. In M.C.T. Simões, M.T.S. Machado, M.L.V. Dias, & L.I.N. Lima (Eds.), *Psicologia do desenvolvimento: temas de investigação* (pp. 159-183). Coimbra: Edições Almedina.

Pereira, A.S., Vagos, P., Chaves, C., Carrinho, P., Gomes, R., Andreucci, L., & Oliveira, P. (2009). Stress do aluno: um estudo comparativo entre Portugal e o Brasil. In I. Leal (Org.), *Actas do I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde: Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde* (pp. 829-839). Faro: Portugal.

Pereira, M.G. & Teixeira, R.J. (2011). *Termómetros Emocionais - 5 itens*. Tradução e Versão de Investigação, Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Universidade do Minho.

Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454.

Ramirez, M.T., Landero R.H., & Garcia-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 25(2), 141-145. doi: 10.1590/S1020-49892009000200007

Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior [RESAPES] (2002). *A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal* (vol. 1 e 2). Lisboa: RESAPES.

Ribeiro, J. (2001) Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.

Roberto, A., & Almeida, A. (2011). A saúde mental de estudantes de medicina. Estudo exploratório na Universidade da Beira interior. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 279-284.

Rosenthal, B., & Wilson, C. (2008). Mental Health Services: use and disparity among diverse college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 61-67. doi:10.3200/JACH.57.1.61-68

Ross, S.E., Niebling, B.C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among students. *College Student Journal*, 33(2), 312-317.

Royal College of Psychiatrists (2011). Mental Health of Students in Higher Education. *College Report* 166. September 2011. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk>

- Saavedra, L., Taveira, M.C., & Silva, A. D. (2010). A subrepresentatividade das mulheres em áreas tipicamente masculinas: factores explicativos e pistas para a intervenção. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(1), 49-59.
- Santos, M.L. (2011). Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. Tese de doutoramento (não publicada). Universidade de Aveiro.
- Santos, L. & Almeida, L. (2001). Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano. *Análise Psicológica*, 2(19), 205-217.
- Santos, L., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estilos de lazer, Saúde e estratégias de coping. In: B. Pereira & G. Carvalho (Coords.), *Actividade física, Saúde e lazer: A infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 63-70) Lisboa: Editora Lidel.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008). Depression in higher education: psychometric investigation and preliminary findings with the Portuguese version of the University Student Depression Inventory [Resumo]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamental*, 14(2), 104.
- Santos, L., Veiga, F., & Pereira. (2012). A sintomatologia depressiva e percepção do rendimento académico no estudante do ensino superior. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. Silva, & V. Monteiro (Eds.), *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação – Educação Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática* (pp. 1656- 1666). Lisboa: ISPA.
- Schafer, W. (1996). *Stress management for wellness*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Seco, G., Pereira, M.I., Dias, M.I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2007). *Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida ao ensino superior: implicações práticas de um estudo*. Comunicação apresentada no Congresso Da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação IX, Madeira. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/18>
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999) Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD-The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744. doi: 10.1001/jama.282.18.1737.
- Stallman, H.M. (2010). Psychological distress in university students: a comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4): 249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A.A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic growth*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Tinto, V. (1993). *Leaving College: Rethinking the Causes and Cures of Student Attrition (2nd)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Todd, D.M., Deane, F.P., & McKenna, P.A. (1997). Appropriateness of SCL-90-R adolescent and adult norms for outpatient and non-patient college students. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 294-301
- Veit, C.T., & Ware, J.E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742. doi:10.1037/0022-006X.51.5.730

Velez, D., Garzón, C., & Ortíz, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, *1*(1), 34-39.

Verger, P., Combes, J-B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Combes, J-B., Guagliardo, V., ... Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, *44*, 643–650. doi: 10.1007/s00127-008-0486-y

Ware, J.E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1994). *SF-36 physical and Mental health summary scores: a user's manual*. Boston, MA: Health Institute, New England Medical Center.

Wittkamp, K., van Ravesteijn, H., Baas, K., van de Hoogen, H., Schene, A., Bindels, P., ... van Weert, H. (2009). The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *General Hospital Psychiatry*, *31*(5), 451-459. doi:10.1016/j.genhospsych.2009.06.001

Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong-Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 777-782.

World Health Organization [WHO] (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved from http://www.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

World Health Organization [WHO] (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions* (Report from the WHO European Ministerial Conference). Retrieved from <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/02/decl-helsinki.pdf>

World Health Organization [WHO] (2010). *Mental health: strengthening Mental health promotion* (Fact Sheet No. 220). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Anexos A - Instrumentos de avaliação

Como terá sido informado(a), venho convidá-lo (a) a participar num estudo sobre distress e saúde mental em estudantes do ensino superior. Este projecto de investigação insere-se no contexto da realização da tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, sob orientação da Professora Doutora Anabela Pereira e co-orientação do Doutor Ricardo Teixeira.

Espera-se que os resultados desta investigação possam contribuir para uma maior identificação dos principais factores indutores de stress na vida académica e quotidiana, bem como de uma maior fundamentação científica acerca do conhecimento desta temática, visando apontar estratégias de intervenção ao nível da promoção e da saúde mental dos alunos. Considerando preciosa a sua disponibilidade para colaborar, procurei reduzir, simplificar e clarificar ao máximo o material que segue neste envelope. Caso decida colaborar, dispensando cerca de 10 min do seu tempo, por favor PREENCHA TUDO aquilo que lhe é pedido no caderno contido neste envelope.

Quero assegurar-lhe que todos os dados são confidenciais. A sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento. Se estiver a preencher este questionário no âmbito dos serviços de acompanhamento psicológico universitários ou (a) seu (sua) terapeuta não terá acesso às suas respostas. Os resultados servirão directamente objectivos científicos, ainda que possam indirectamente vir a contribuir para a qualidade da psicoterapia.

Ao longo do caderno vai encontrar vários questionários. Tenha atenção ao facto de cada um deles se iniciar por instruções específicas e possuir escalas de avaliação diferentes entre si. É muito importante que não deixe nenhuma pergunta por responder. Um vez preenchido o material, coloque-o de novo no envelope e entregue-o FECHADO ao(à) seu(sua) terapeuta (se estiver a preencher este questionário no âmbito dos serviços universitários de acompanhamento psicológico) ou investigadora.

Disponibilizo-me desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Filipa Cristovão Telemóvel: 965778073

Email: filipa.cristovao@gmail.com

Obrigada pela participação
Filipa C. Cristovão
Prof. Dra. Anabela Pereira
Dr. Ricardo Teixeira
Universidade de Aveiro

Declaração de participação voluntária, livre e esclarecida (Consentimento informado)

Eu, abaixo assinado(a),

Entendi a explicação que me foi fornecida pela investigadora **Filipa Cristóvão** sobre o estudo que pretende realizar, tendo-me sido dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Foi-me prestada informação e foram-me explicados os objectivos e métodos do estudo e a relevância pública dos dados a obter através deste questionário. Foi-me comunicado que a minha participação é voluntária e que tenho o direito de me recusar a participar ou a desistir deste estudo em qualquer das suas fases.

A confidencialidade dos dados será assegurada de acordo com a Lei Portuguesa nº 67/98, de 26 de Outubro (Lei da Protecção de Dados).

Declaro que autorizo a divulgação dos meus dados, **de forma anónima**, para este registo e para futuras publicações científicas.

Assinaturas:

Do participante voluntário:.....

Da investigadora.....

Local:.....

Data: de de 20

Questionário 1

DADOS INDIVIDUAIS

Código _____

1. Sexo: Masculino Feminino 2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Local de residência (Concelho): _____

4. Local de residência em tempo de aulas (Concelho): _____

5. Estado Civil: Solteiro Casado / U.Facto Viúvo Divorciado /Separado

6. Faculdade _____ 7. Curso _____

8. Licenciatura Mestrado integrado Mestrado Pós-graduação Doutoramento

9. Ano : _____ 10. Nº de Anos no Ensino Superior _____

11. Trabalhador estudante Não Sim

12. Problema(s) de saúde física? Não Sim Quais: _____

13. Desde a entrada no Ensino Superior alguma vez procurou acompanhamento psicológico?

Não Sim: Serviço universitário de acompanhamento psicológico Hospital/ Consultório privado/outro)
Nº sessões _____

14. Motivos do acompanhamento psicológico: Dificuldades no rendimento académico Problemas relacionais

Ansiedade Depressão Outros _____

15. Atualmente encontra-se em acompanhamento psicológico Não Sim:

Serviço universitário de acompanhamento psicológico Hospital/ Consultório privado/outro)

16. Motivos do acompanhamento psicológico : Dificuldades no rendimento académico Problemas relacionais Ansiedade Depressão Outros _____

17. Data de início do Acompanhamento Psicológico _____

18. Nº de Sessões _____

Questionário 2

Termómetros Emocionais (ET-5)

(Alex J. Mitchell, 2007; Versão de investigação: Pereira e Teixeira, 2011)

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

| | 1. Sofrimento Emocional | 2. Ansiedade | 3. Depressão | 4. Revolta | 5. Necessidade de Ajuda | |
|------------|-------------------------|--------------|--------------|------------|-------------------------|--|
| Extremo(a) | | | | | | Desesperadamente preciso de ajuda |
| | | | | | | De momento, não estou a saber lidar com a situação |
| | | | | | | Preciso muito de ajuda |
| | | | | | | De facto, preciso de ajuda |
| | | | | | | Qualquer ajuda é bem-vinda |
| | | | | | | Gostaria de conversar mais sobre como pedir ajuda |
| | | | | | | Estou a considerar pedir ajuda |
| | | | | | | Pergunte-me novamente se preciso de ajuda, noutra altura |
| | | | | | | De momento, não necessito de ajuda |
| Nenhum(a) | | | | | | Estou a lidar bem com a situação |
| | | | | | | Estou a lidar muito bem com a situação |

Questionário 3

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

(José Luís Pais Ribeiro, 2011)

Instruções: Abaixo vais encontrar um conjunto de questões acerca do modo como te sentes no dia a dia. Responde a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a ti.

1. Durante quanto tempo, no mês passado te sentiste muito nervoso?

| | | | | | |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|
| sempre | quase sempre | a maior parte do tempo | durante algum tempo | quase nunca | Nunca |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|

2. Durante quanto tempo, no mês que passou, te sentiste calmo e em paz?

| | | | | | |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|
| sempre | quase sempre | a maior parte do tempo | durante algum tempo | quase nunca | Nunca |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|

3. Durante quanto tempo, no mês que passou, te sentiste triste e em baixo?

| | | | | | |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|
| sempre | quase sempre | a maior parte do tempo | durante algum tempo | quase nunca | Nunca |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|

4. Durante quanto tempo, no mês que passou, te sentiste triste e em baixo, de tal modo que nada te conseguia animar?

| | | | | | |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|
| sempre | quase sempre | a maior parte do tempo | durante algum tempo | quase nunca | Nunca |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|

5. No último mês durante quanto tempo te sentiste uma pessoa feliz?

| | | | | | |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|
| sempre | quase sempre | a maior parte do tempo | durante algum tempo | quase nunca | Nunca |
|--------|--------------|------------------------|---------------------|-------------|-------|

Questionário 4

Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9

(Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Versão de investigação: Torres, Pereira & Monteiro, 2011)

Preencha, com uma caneta ou lápis, as caixas correspondentes às suas respostas.

A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?

| | Nunca 0 | Vários Dias 1 | A maioria dos dias 2 | Quase todos os dias 3 |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Diminuição ou aumento de apetite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler um jornal ou ver televisão. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mexer-se ou falar tão devagar que outras já devem ter reparado. Ou o contrário, estar tão inquieto ou agitado que se move muito mais do que o habitual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cotação Total = ____ + ____ + ____ + ____

B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima, responda por favor à seguinte questão:

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

Nenhuma Dificuldade Pouca Dificuldade Muita Dificuldade Extrema Dificuldade

Questionário 5

INVENTÁRIO DO STRESSE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS-ISEU (Anabela Pereira e Equipa do GAP_SASUC, 2004)

- a. O curso que frequentas corresponde à tua opção vocacional? Sim Não
- b. O curso que frequentas corresponde às tuas expectativas? Sim Não
- c. Média das notas obtidas no ano lectivo passado: _____

Por favor, assinala com um X o valor que consideras mais adequado. *1. Mínimo* *5. Máximo*

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Habitualmente ando muito stressado(a). | | | | | |
| 2 | Fico muito ansioso(a) quando tenho provas de avaliação (testes, exames). | | | | | |
| 3 | As orais enervam-me muitíssimo. | | | | | |
| 4 | Fico muito ansioso(a) com as minhas notas/classificações. | | | | | |
| 5 | Quando tenho de me relacionar com os meus colegas /amigos sinto-me muito ansioso(a). | | | | | |
| 6 | Se não tenho boas condições de estudo sinto-me abalado(a). | | | | | |
| 7 | Fico perdido(a) se não tenho material para estudar/trabalhar. | | | | | |
| 8 | Os problemas da minha família provocam-me tensão. | | | | | |
| 9 | Os problemas económicos agastam-me muitíssimo. | | | | | |
| 10 | Quando tenho de falar para um grupo de colegas/professores sinto-me muito inseguro(a). | | | | | |
| 11 | Deixar tudo para a última hora deixa-me enervadíssimo(a). | | | | | |
| 12 | A falta da prática de desporto faz-me andar irritado(a). | | | | | |
| 13 | Os problemas de natureza psicológica são para mim uma fonte de mal-estar. | | | | | |
| 14 | Os problemas de saúde física influenciam o meu ritmo de vida universitária. | | | | | |
| 15 | A falta de tempo para estudar põe-me nervoso(a). | | | | | |
| 16 | Fico inibido(a) perante pessoas que conheço mal. | | | | | |
| 17 | As situações inesperadas põem-me nervoso(a). | | | | | |
| 18 | Sinto-me mal quando estou sozinho(a) em locais públicos. | | | | | |
| 19 | A situação política ou económica provoca-me instabilidade. | | | | | |
| 20 | Não ter um horário pessoal de estudo, devidamente organizado, provoca-me stress. | | | | | |
| 21 | Ter uma auto-estima baixa faz-me sentir muito inseguro(a). | | | | | |
| 22 | Não gostar do meu corpo provoca-me mal-estar. | | | | | |
| 23 | Não ter amigos faz-me sentir muito infeliz. | | | | | |
| 24 | A minha falta de motivação para estudar preocupa-me muito. | | | | | |

Solicitação de autorização

Inbox

x



Filipa Cristovao <filipa.cristovao@gmail.com> Oct 10

to jlpr

Exmo. Senhor Prof. Doutor José Luís Pais-Ribeiro,
Encontro-me a realizar o projeto de investigação no âmbito da minha tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Universidade de Aveiro. Os meus orientadores são a Prof.^a Doutora Anabela Pereira e o Dr. Ricardo Teixeira. A dissertação trata da identificação e caracterização de fatores de distress e saúde mental em alunos do ensino superior. Como medida de saúde mental, gostaria de usar o MHI-5.

Desta forma, venho, por este meio, solicitar autorização para o uso da tradução e adaptação Portuguesa do Mental Health Inventory (5 itens), apenas para o propósito desta investigação.

Grata pela atenção. Fico a aguardar uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Filipa Cristovão

Com os melhores cumprimentos,
Filipa Cristovão
Reply Forward

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt> Oct 11

to me

autorizo a utilização do questionário.

José Luís Pais Ribeiro

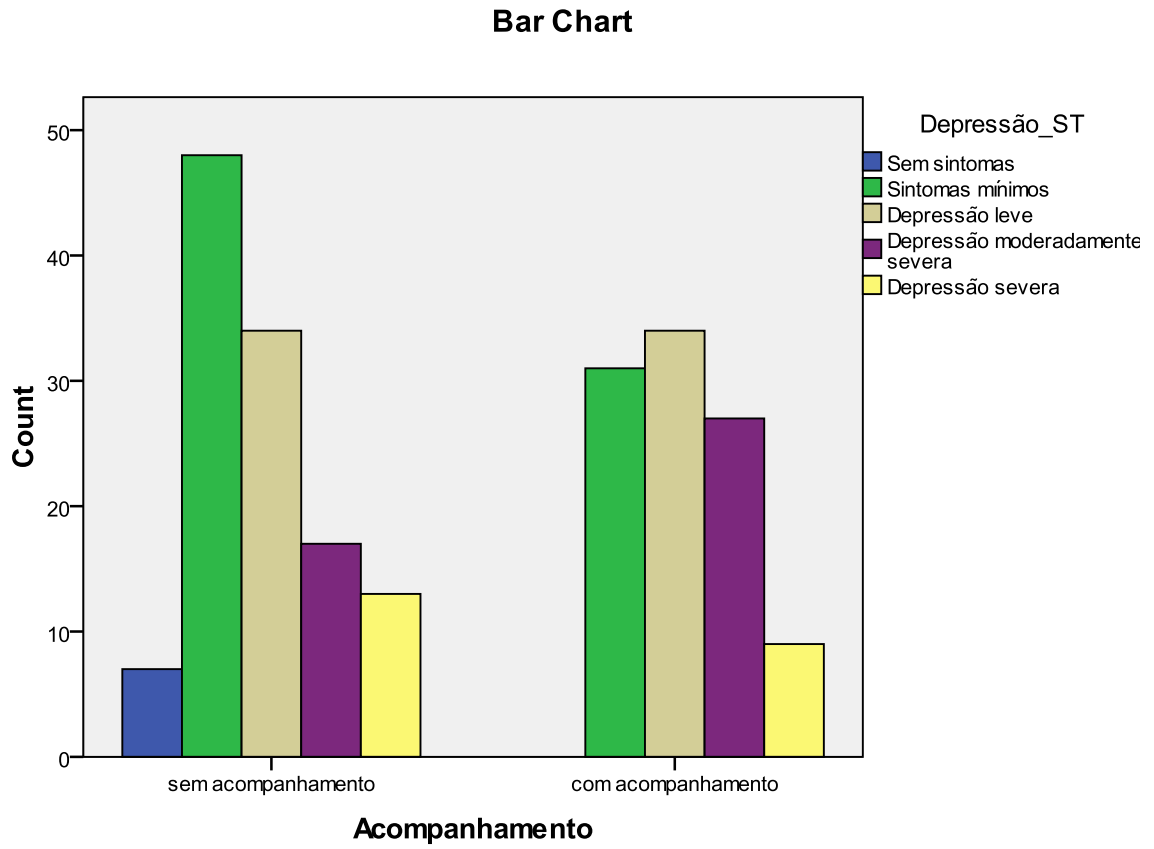
jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

Anexo B

Níveis de depressão em alunos em acompanhamento psicológico e sem acompanhamento psicológico



Anexo C

Diferenças entre a amostra de alunos deslocados e alunos não deslocados nas variáveis de saúde mental, sofrimento emocional, depressão e stress

| | Alunos deslocados (N=71) | Alunos não deslocados (N=149) | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| | (M; DP) | (M; DP) | | |
| Saúde mental (MHI-5) | 20.42 (4.40) | 19.70 (4.65) | -1.09 | .278 n.s |
| Sofrimento emocional (ET-5) | 3.28 (2.73) | 3.97 (3.09) | 1.60 | .112 n.s |
| Ansiedade (ET-5) | 4.20 (3.20) | 4.81(2.90) | 1.42 | .156 n.s |
| Depressão (ET-5) | 2.31(2.31) | 2.72 (2.63) | 1.14 | .258 n.s |
| Revolta (ET-5) | 3.20 (2.96) | 2.99 (2.82) | -.493 | .622 n.s |
| Necessidade de ajuda (ET-5) | 3.56 (3.10) | 4.14 (3.23) | 1.26 | .210 n.s |
| Depressão (PHQ-9) | 7.18 (5.20) | 7.82 (5.22) | .845 | .399 n.s |
| Stress (ISEU Total) | 2.86 (.79) | 2.87 (.77) | .082 | .903 n.s |
| ISEU- Fatores: | | | | |
| Ansiedade aos exames | 54.53(22.64) | 55.74 (21.45) | .3.84 | .700 n.s |
| Autoestima e bem estar | 42.39 (23.33) | 44.21 (22.90) | .550 | .583 n.s |
| Ansiedade social | 38.31 (24.64) | 35.31 (23.48) | -.869 | .386 n.s |
| Condições socioeconómicas | 40 (20.84) | 38.50 (21.54) | -.486 | .628 n.s |

Nota. N=220. MHI-5=Inventário de Saúde Mental. ET-5=Termómetros Emocionais. PHQ-9= Questionário de Saúde do Paciente. ISEU= Inventário de Stress em Estudantes do Ensino Superior