



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2011

**Maria Luísa Rita Reis  
Santos**

**SAÚDE MENTAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO  
EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**





Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2011

**Maria Luísa Rita Reis  
Santos**

## **SAÚDE MENTAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e do Doutor Feliciano Henriques Veiga, Professor Associado com Agregação no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.

Apoio financeiro da FCT e do FSE no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio – Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/BD/30085/2006.



Aos meus pais, Isabel e António.



## **o júri**

presidente

**Prof. Doutor Paulo Jorge de Melo Matias Faria de Vila Real**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Feliciano Henriques Veiga**  
Professor Associado com Agregação do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa

**Prof. Doutora Maria Isabel Ferraz Festas**  
Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Maria do Céu Taveira de Castro Silva Brás da Cunha**  
Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho

**Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes**  
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu





## agradecimentos

Volvidos quatro anos desde o início desta investigação, não poderia deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para o seu desenvolvimento:

Em primeiro lugar, aos orientadores científicos

- Professora Doutora Anabela Sousa Pereira, por todo o seu apoio e amizade, e pelos inúmeros desafios lançados, incluindo esta investigação, que muito têm contribuído para o meu crescimento, não só académico, mas também pessoal

- Professor Doutor Feliciano Henriques Veiga, pela confiança que depositou em mim desde o início, assim como pela disponibilidade, apoio e incentivo constantes

Agradecimentos também:

Aos docentes que abdicaram de tempo precioso das suas aulas para a recolha de dados e aos estudantes que aceitaram expor aspectos pessoais, por vezes delicados, da sua vida, em prol deste estudo

Aos colegas do Departamento, em especial, àqueles com quem tive a oportunidade de conviver mais de perto, pela partilha de experiências, pelo espírito de entreaajuda e, sobretudo, pela amizade

Ao Departamento de Educação, aos seus docentes e não docentes, pelo apoio

À Professora Doutora Nigar Khawaja, pela amabilidade demonstrada, desde o primeiro contacto, e pelo acompanhamento durante a formação em Brisbane, Austrália, que se tornou uma experiência particularmente enriquecedora

À minha família, pelo carinho e compreensão incondicionais

Ao Orlando, por estar sempre comigo, mesmo quando não estava perto de mim

Finalmente, aos amigos, por me acompanharem neste e em tantos outros desafios da vida.



## palavras-chave

Saúde mental, depressão, stress, comportamentos de risco, álcool, estudantes do ensino superior.

## resumo

A saúde dos estudantes do ensino superior é uma importante questão de saúde pública, com impacto não só a nível pessoal e social, como também institucional. Nesse sentido, a presente investigação teve como objectivos: 1) caracterizar a saúde mental dos estudantes universitários, ao nível de sintomas depressivos, stress e bem-estar; 2) identificar os seus padrões de consumo de álcool, em termos de quantidade e frequência de consumo, ingestão esporádica excessiva e tipos de bebidas mais ingeridas; 3) conhecer a prevalência de dois comportamentos de risco ligados ao álcool, os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool; 4) analisar a relação entre saúde mental e consumo de álcool no ensino superior. Para esse efeito, realizou-se um estudo transversal com 666 alunos do 1º ciclo da Universidade de Aveiro. Os instrumentos utilizados foram: *Ficha de Caracterização Sociodemográfica e Académica*; *Medida de Saúde Comportamental-20*; *Inventário da Depressão em Estudantes Universitários*; *Inventário de Stress em Estudantes Universitários*; *Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. Os resultados mostraram que 32% dos estudantes se encontravam num patamar disfuncional quanto à sua saúde mental, 15% apresentavam sintomatologia depressiva e 26% sofriam de níveis elevados de stress, mas que apenas uma minoria destes alunos estava a receber apoio psicológico profissional. Os níveis de saúde mental foram inferiores nas mulheres, nos alunos do 1º e do 3º ano, da área de Saúde e de estatuto socioeconómico baixo. Para além disso, a maioria dos estudantes consumia álcool e 41% tiveram episódios de ingestão excessiva no último mês. Durante as festas académicas, um quarto dos estudantes ingeriu cinco ou mais bebidas por noite. O consumo de álcool foi superior nos homens, nos estudantes da área de Engenharias, de estatuto socioeconómico elevado e nos deslocados. Quanto a problemas ligados ao álcool, 13% dos estudantes sexualmente activos admitiram ter tido relações sexuais decorrentes do consumo de álcool, no último ano, e 29% praticaram condução sob o efeito de álcool no último mês. Estes comportamentos foram mais frequentes em estudantes do sexo masculino e naqueles que tiveram episódios de ingestão excessiva. Não se encontrou, de um modo geral, uma relação entre saúde mental e consumo de álcool, tendo sido detectadas apenas correlações, fracas, do stress e do bem-estar com o consumo de álcool. Ao contrário do que era esperado, verificou-se que à medida que o consumo de álcool aumentava, o stress diminuía e o bem-estar aumentava ligeiramente. Estes dados salientam a necessidade de as instituições do ensino superior reforçarem a identificação e o tratamento de problemas existentes e apostarem na prevenção, tanto através de estratégias dirigidas a toda a comunidade, no âmbito da educação para a saúde e da literacia em saúde mental, como através de iniciativas destinadas aos grupos de risco aqui identificados.



**keywords**

Mental health, depression, stress, risk behaviors, alcohol, higher education students.

**abstract**

The health of higher education students is an important public health issue, with impact, not only on personal and social, but also on institutional level. The goals of the present research were: 1) to characterize the mental of university students, in terms of depression, stress and well-being; 2) to identify their drinking patterns, in terms of quantity, frequency, binge drinking and type of drinks preferred; 3) to know the prevalence of two risk behaviors associated with alcohol, the sexual risk behaviors and drinking and driving; 4) to analyse the relation between mental health and alcohol consumption in higher education. For that purpose, a trans-sectional study with 666 students from the University of Aveiro was conducted. The instruments used were: *Sociodemographic and Academic Characterization Form*; *Portuguese version of Behavioral Health Measure-20*; *Portuguese version of University Student Depression Inventory*; *Inventário de Stress em Estudantes Universitários*; *Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. Results showed that 32% of students were at a dysfunctional level in terms of mental health, 15% had depressive symptoms and 26% suffered from high stress levels, however only a minority of those students was receiving professional psychological support. Mental health levels were lower in women, 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> years, health students, and low socioeconomic status individuals. In addition, most of the students consumed alcohol and 41% had binge drinking episodes in the last month. During the academic festivities, fourth of the students drank five or more drinks per night. Alcohol consumption was higher in men, Engineering students, those from a high socioeconomic status and those who moved away from home. With regard to alcohol problems, 13% of sexually active students admitted having sexual relations resulting from alcohol consumption, in the last year, and 29% drove under the influence of alcohol, last month. These behaviors were more common among male students and those who had binge drinking episodes. In general, no relationship was found between mental health and alcohol consumption. There were only weak correlations of both stress and well-being with alcohol consumption. Contrary to expectations, it was found that as alcohol consumption increased, stress decreased and well-being increased, slightly. These data underscore the need for higher education institutions to enhance identification and treatment of existing problems and to focus on prevention, both through strategies that address the entire community, based on health education and on mental health literacy, and through initiatives that target risk groups identified here.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
CAPÍTULO 1 – O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR.....	11
1. Perspectiva desenvolvimental .....	13
1.1. Teorias psicossociais.....	14
1.1.1. Teoria da Aduldez Emergente de Arnett.....	14
1.1.2. Teoria dos Sete Vectores de Chickering.....	18
1.2. Modelos do Impacto.....	21
1.2.1. Modelo do Envolvimento de Astin.....	21
1.2.2. Modelo do Abandono Académico de Tinto.....	22
1.2.3. Modelo Institucional de Pascarella.....	23
2. Desafios do ensino superior .....	23
2.1. Transição e adaptação.....	24
2.2. Permanência <i>versus</i> abandono e (in)sucesso académico.....	28
3. Síntese do capítulo .....	31
CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO ENSINO SUPERIOR.....	33
1. Saúde mental: conceptualização.....	35
1.1. Evolução do conceito de saúde mental .....	35
1.2. Saúde mental numa perspectiva positiva .....	37
1.2.1. Definição e operacionalização de saúde mental numa perspectiva positiva .....	37
1.2.2. Bem-estar subjectivo e psicológico.....	41
1.3. Promoção da saúde mental .....	43
2. A saúde mental dos estudantes .....	45
2.1. Caracterização geral.....	45
2.2. Relação com variáveis sociodemográficas e académicas.....	52
2.3. Problemas específicos .....	53
2.3.1. Depressão .....	54
2.3.2. Stress .....	62
2.4. A saúde mental dos estudantes: variações ao longo dos últimos anos .....	76
2.5. Respostas das instituições – os serviços de apoio psicológico .....	79
2.5.1. Adaptação a novos desafios.....	79
2.5.2. O caso Português .....	82
3. Síntese do capítulo .....	85
CAPÍTULO 3 – COMPORTAMENTOS DE RISCO LIGADOS AO ÁLCOOL NOS ESTUDANTES.....	87
1. Comportamentos de risco: conceptualização.....	89

1.1. Comportamentos de risco e comportamentos de saúde .....	89
1.2. Mudança de comportamento e promoção da saúde .....	91
2. Comportamentos de risco na universidade.....	93
2.1. O risco numa perspectiva desenvolvimental.....	93
2.2. Avaliação e caracterização geral dos comportamentos de risco .....	96
2.3. Consumo de álcool .....	98
2.3.1. Breve olhar sobre a história do álcool.....	99
2.3.2. Conceitos fundamentais.....	100
2.3.3. Dados epidemiológicos relativos a Portugal.....	106
2.3.4. O consumo de álcool no meio universitário.....	108
2.3.5. O álcool e as festas académicas .....	111
2.3.6. Relação com variáveis sociodemográficas .....	113
2.3.7. Relação com a saúde mental .....	116
2.3.8. Problemas ligados ao álcool ou comportamentos de risco a ele associados.....	121
2.3.9. Prevenção do consumo de álcool e dos problemas associados.....	127
3. Síntese do capítulo .....	130
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	133
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....	135
1. Objectivos do estudo.....	137
2. Hipóteses de investigação .....	138
3. Desenho e tipo de estudo .....	139
4. Amostra .....	139
4.1. Plano de amostragem.....	140
4.2. Recolha e refinamento.....	141
4.3. Caracterização.....	141
5. Instrumentos.....	143
5.1. Caracterização sociodemográfica e académica.....	144
5.2. Medida de Saúde Comportamental- 20 ou MSC-20 (Behavioral Health Measure).....	144
5.3. Inventário da Depressão em Estudantes Universitários ou IDEU (University Students Depression Inventory).....	145
5.4. Inventário de Stress em Estudantes Universitários – versão reduzida (ISEU).....	146
5.5. Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU) ..	146
6. Procedimento.....	147
6.1. Recolha dos dados .....	147
6.2. Procedimentos éticos e deontológicos .....	148
6.3. Análise estatística dos dados.....	150
7. Síntese do capítulo .....	152
CAPÍTULO 5 – ESTUDO PRELIMINAR: PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	153
1. Tradução e adaptação do <i>Behavioral Health Measure-20</i> (BHM-20).....	156



1.1. Método .....	157
1.2. Resultados.....	158
1.3. Comentário .....	160
2. Tradução e adaptação do <i>University Student Depression Inventory</i> (USDI).....	161
2.1. Método .....	162
2.2. Resultados.....	163
2.3. Comentário .....	165
3. Construção do Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU).....	165
3.1. Procedimento de construção do questionário .....	165
3.2. Descrição do instrumento.....	166
3.3. Comentário .....	167
4. Síntese do capítulo .....	168
<b>CAPÍTULO 6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>169</b>
1. Saúde mental global e bem-estar .....	171
1.1. Níveis de saúde mental global .....	171
1.2. Níveis de satisfação com a vida .....	172
1.3. Relação com variáveis sociodemográficas e académicas.....	173
2. Depressão .....	178
2.1. Níveis de depressão .....	179
2.2. Tipos de sintomas depressivos .....	180
2.3. Relação entre depressão e variáveis sociodemográficas e académicas .....	181
3. Stress .....	184
3.1. Níveis de Stress.....	184
3.2. Factores de Stress.....	185
3.3. Relação com variáveis sociodemográficas e académicas.....	186
4. Saúde mental dos estudantes que frequentam serviços de apoio psicológico.....	190
4.1. Caracterização sociodemográfica e académica destes estudantes.....	190
4.2. Comparação dos níveis de saúde mental entre estudantes com e sem apoio psicológico .....	192
4.3. Percentagem de alunos sinalizados pelos instrumentos como tendo níveis disfuncionais de saúde mental que estão a receber apoio psicológico.....	193
5. Relação entre as várias medidas de saúde mental.....	193
6. Padrões de consumo de álcool .....	194
6.1. Frequência do consumo de álcool.....	195
6.2. Ingestão excessiva de álcool.....	200
6.3. Bebidas mais consumidas.....	205
6.4. Consumo de bebidas alcoólicas em festas académicas .....	210
7. Problemas relacionados com o consumo de álcool .....	214

7.1. Comportamentos sexuais de risco .....	214
7.2. Condução sob o efeito de álcool .....	221
8. Relação entre consumo de álcool e saúde mental.....	228
8.1. Frequência de consumo de álcool e saúde mental .....	228
8.2. Consumo esporádico excessivo e saúde mental .....	229
8.3. Quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas e saúde mental.....	229
9. Síntese do capítulo .....	230
CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO .....	233
1. Saúde mental.....	235
1.1. Níveis de saúde mental e prevalência de sintomatologia.....	235
1.2. Saúde mental e variáveis sociodemográficas e académicas.....	239
2. Comportamentos de risco ligados ao álcool .....	244
2.1. Padrões de consumo de álcool .....	244
2.2. Consumo de álcool e variáveis sociodemográficas e académicas .....	246
2.3. Problemas ligados ao álcool .....	248
2.3.1. Comportamentos sexuais de risco.....	248
2.3.2. Condução sob o efeito de álcool.....	249
3. Relação entre consumo de álcool e saúde mental.....	250
4. Síntese do capítulo .....	252
CAPÍTULO 8 – CONCLUSÕES.....	253
1. Principais conclusões.....	255
2. Limitações .....	258
3. Implicações práticas .....	259
4. Sugestões para investigações futuras .....	268
REFERÊNCIAS .....	271
ANEXOS.....	325

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência de alguns sintomas psicológicos em 2010, retirados do National College Health Assessment (ACHA, 2010).....	48
Tabela 2	Critérios de dependência do álcool, segundo o DSM-IV-TR.....	104
Tabela 3	Critérios de abuso do álcool, segundo o DSM-IV-TR .....	105
Tabela 4	Potenciais consequências negativas do consumo de álcool em estudantes universitários.....	121
Tabela 5	Características sociodemográficas e académicas da amostra.....	142
Tabela 6	Comparação das médias e desvios-padrão da amostra portuguesa com a amostra americana (versão original) .....	159
Tabela 7	Consistência interna obtida na versão portuguesa e na versão original.....	159
Tabela 8	Correlações Pearson entre as sub-escalas do MSC-20 .....	160
Tabela 9	Comparação das médias e desvios-padrão da amostra portuguesa com a amostra australiana (versão original).....	163
Tabela 10	Comparação da consistência interna obtida na versão portuguesa e na versão original .....	163
Tabela 11	Correlações Pearson entre as sub-escalas do IDEU.....	164
Tabela 12	Médias obtidas nas escalas do MSC-20 .....	171
Tabela 13	Níveis de saúde mental global na amostra total e por género .....	172
Tabela 14	Comparação da saúde mental por género – MSC-20.....	173
Tabela 15	Comparação da saúde mental por ano frequentado.....	174
Tabela 16	Comparação da saúde mental por situação de residência .....	177
Tabela 17	Comparação da saúde mental por estatuto socioeconómico (ANOVA) .....	178
Tabela 18	Médias obtidas nas escalas do IDEU.....	179
Tabela 19	Níveis de depressão na amostra total e por género (frequências).....	180
Tabela 20	Médias obtidas nas escalas do IDEU na amostra total e por género .....	180
Tabela 21	Comparação da depressão por género.....	181
Tabela 22	Comparação da depressão por ano frequentado .....	182
Tabela 23	Comparação da depressão por curso frequentado.....	182
Tabela 24	Comparação da depressão por situação de residência .....	183
Tabela 25	Comparação da depressão por estatuto socioeconómico .....	183
Tabela 26	Níveis de stress na amostra total e por género .....	185
Tabela 27	Factores de stress (%) na amostra total e por género .....	185
Tabela 28	Comparação dos factores de stress por género.....	186
Tabela 29	Comparação de stress por ano frequentado .....	187
Tabela 30	Comparação de stress por curso frequentado.....	188
Tabela 31	Comparação de stress por situação de residência .....	188

Tabela 32	Comparação de stress por estatuto socioeconómico .....	189
Tabela 33	Caracterização sociodemográfica e académica dos alunos que frequentam apoio psicológico .....	191
Tabela 34	Comparação dos níveis de saúde mental dos alunos com apoio psicológico com os dos alunos sem apoio.....	192
Tabela 35	Percentagem de alunos sinalizados com níveis disfuncionais de saúde mental que estão a receber apoio psicológico.....	193
Tabela 36	Correlações entre as várias medidas de saúde mental .....	194
Tabela 37	Tipo de consumidor de álcool na amostra total e por género .....	200
Tabela 38	Frequências de actividade sexual no último ano (percentagens).....	215
Tabela 39	Frequências de relações sexuais decorrentes de consumo de álcool no último ano, na amostra total e por género.....	215
Tabela 40	Frequências de condução sob o efeito de álcool enquanto condutor.....	222
Tabela 41	Frequências de condução sob o efeito de álcool enquanto passageiro .....	222
Tabela 42	Frequências de ter tido ou não comportamento de risco associado à condução sob o efeito de álcool no último mês (como passageiro e/ou condutor) .....	222
Tabela 43	Correlações entre frequência de consumo de álcool e saúde mental .....	228
Tabela 44	Correlações entre frequência de consumo esporádico excessivo e saúde mental...	229
Tabela 45	Correlações entre número de bebidas ingeridas habitualmente em festas académicas e saúde mental.....	230

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo de saúde mental completa, de Keyes e Lopez (2002).....	40
Figura 2.	Modelo biopssicossocial do stress (adaptado de Howard, Schiraldi, Pineda & Campanella, 2006 e de Vaz Serra, 2007). .....	67
Figura 3.	Frequências dos níveis de satisfação com a vida (em percentagem) .....	173
Figura 4.	Saúde mental global por área de curso.....	175
Figura 5.	Bem-estar por área de curso .....	176
Figura 6.	Funcionamento por área de curso .....	176
Figura 7.	Sintomas por área de curso.....	177
Figura 8.	Frequência do consumo de álcool na amostra total .....	195
Figura 9.	Frequência de consumo de álcool por género.....	196
Figura 10.	Frequência de consumo de álcool por idade.....	197
Figura 11.	Frequência do consumo de álcool por ano frequentado .....	197
Figura 12.	Frequência do consumo de álcool por área de curso .....	198
Figura 13.	Frequência do consumo de álcool por situação de residência.....	199
Figura 14.	Frequência de consumo de álcool por estatuto socioeconómico .....	199
Figura 15.	Frequências de episódios de ingestão excessiva por género.....	201
Figura 16.	Frequências de episódios de ingestão excessiva por idade .....	202
Figura 17.	Frequências de episódios de ingestão excessiva por ano frequentado .....	202
Figura 18.	Frequências de episódios de ingestão excessiva por área de curso .....	203
Figura 19.	Frequências de episódios de ingestão excessiva por situação de residência .....	204
Figura 20.	Frequências de episódios de ingestão excessiva por estatuto socioeconómico.....	204
Figura 21.	Tipo de bebidas mais ingeridas na amostra total .....	206
Figura 22.	Tipo de bebidas mais ingeridas por género.....	207
Figura 23.	Tipo de bebidas mais ingeridas por idade.....	207
Figura 24.	Tipo de bebidas mais ingeridas por ano frequentado .....	208
Figura 25.	Tipo de bebidas mais ingeridas por área de curso .....	209
Figura 26.	Tipo de bebidas mais ingeridas por situação de residência.....	209
Figura 27.	Tipo de bebidas preferidas por estatuto socioeconómico .....	210
Figura 28.	Quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas na amostra total .....	211
Figura 29.	Quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas em cada género.....	211
Figura 30.	Bebidas mais ingeridas em festas académicas na amostra total .....	212
Figura 31.	Bebidas mais ingeridas em festas académicas em cada género.....	213
Figura 32.	Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool no último ano consoante a existência ou não de ingestão excessiva .....	216
Figura 33.	Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool por idade .....	217

Figura 34.	Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool por ano frequentado.....	218
Figura 35.	Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool por área de curso.....	218
Figura 36.	Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool consoante situação de residência.....	219
Figura 37.	Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool consoante estatuto socioeconómico .....	220
Figura 38.	Comparação da frequência da utilização do preservativo entre aqueles que tiveram relações sexuais decorrentes do consumo de álcool e aqueles que não tiveram.....	221
Figura 39.	Frequências de condução sob o efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) em alunos com e sem episódios de ingestão excessiva .....	223
Figura 40.	Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) por idade.....	224
Figura 41.	Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) por ano do curso .....	225
Figura 42.	Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) por área de curso .....	225
Figura 43.	Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) consoante situação de residência.....	226
Figura 44.	Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) consoante estatuto socioeconómico. ....	227

## **INTRODUÇÃO**





A saúde é actualmente encarada como um completo estado de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946). Para além de um direito humano fundamental e de uma dimensão importante da qualidade de vida, a saúde é também um factor decisivo para o desenvolvimento humano, social e económico (WHO, 1986). No entanto, embora seja um bem essencial, a saúde passa muitas vezes despercebida aos seres humanos que, não raras vezes, só lhe atribuem o devido valor depois de estar comprometida.

De facto, há uma multiplicidade de factores que influenciam a saúde e que a podem colocar em risco, como os problemas de saúde mental e os estilos de vida. No que diz respeito ao primeiro aspecto, a própria Organização Mundial de Saúde afirma que não há saúde sem saúde mental, pelo que as vertentes física e mental são indissociáveis (Prince et al., 2007; WHO, 2005). Na verdade, estudos epidemiológicos recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais (Ministério da Saúde, 2008a).

No que concerne ao segundo aspecto, também não restam dúvidas de que os estilos de vida de cada indivíduo desempenham um papel importante no seu estado de saúde. Com efeito, tem sido sugerido que 50% da mortalidade ligada às dez principais causas de morte se deve ao comportamento dos indivíduos (Ogden, 2004). São comportamentos de risco como o consumo de álcool, de tabaco, de drogas, alimentação desequilibrada, inactividade física ou práticas sexuais de risco, que contribuem de forma significativa para níveis elevados de morbilidade e mortalidade precoce.

Em Portugal, como noutros países, o Estado tem reconhecido o impacto dos problemas de saúde mental e dos comportamentos de risco, em especial o consumo de álcool, na população, considerando-os prioridades de saúde pública. Por isso, têm sido criados diversos planos e programas específicos, inseridos no Plano Nacional de Saúde, com o intuito de abordar e intervir de forma sistemática na saúde dos portugueses, de forma a promovê-la (Ministério da Saúde, 2004a).

O **Plano Nacional de Saúde Mental** para o período de 2007 a 2016 foi aprovado a 6 de Março de 2008 em Diário da República e tem como objectivos: melhorar a informação sobre doenças mentais; incentivar acções de luta contra a depressão; melhorar a capacidade de intervenção para prevenir o suicídio; desenvolver uma abordagem abrangente do stress (Ministério da Saúde, 2008a, 2008b). Tendo em conta a dimensão e as consequências da depressão, foi criado, em 2001, um programa específico para esta problemática: o **Programa Nacional de Luta contra a Depressão**.

O stress, por sua vez, é abordado no **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Este programa foi aprovado pelo Despacho n.º 1916/2004 (2ª série) e publicado no DR n.º 23 - II Série de 28 de Janeiro, tendo como principal objectivo: “combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida” (Ministério da Saúde, 2004b, p. 66), através da redução da prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e do aumento da prevalência de factores de protecção relacionados com os estilos de vida.

As áreas visadas por este plano são, para além do stress, o álcool, a alimentação, o tabaco e a actividade física. Tendo-se considerado que o álcool é uma área prioritária, criou-se, em 2000, o **Plano de Acção Contra o Alcoolismo**, mais tarde denominado **Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool**. Pretende-se com este plano reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde (Instituto Nacional da Droga e da Toxicodependência [IDT], 2009).

O Ministério da Saúde reconhece a importância da realização de investigação nestas áreas, considerando indispensável a execução de projectos de investigação e desenvolvimento (I & D), convicto de que os seus resultados irão apoiar o planeamento, a execução e a avaliação das diferentes componentes do Plano Nacional de Saúde (PNS). Neste contexto, algumas das áreas vistas como prioritárias para realização de projectos de investigação são as doenças mentais e os determinantes de saúde, como os estilos de vida ou as causas de acidentes (Ministério da Saúde, 2004a).

Dentro dos estilos de vida, a promoção de investigação sobre o álcool e a optimização dos sistemas de informação de rotina, com vista a caracterizar o consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências são tidos como objectivos prioritários. Neste âmbito, incentiva-se a realização de: inquéritos epidemiológicos; estudos sobre o consumo de álcool e condução; e estudos sobre as representações e motivações dos consumidores face aos consumos em vários grupos populacionais (IDT, 2009).

O Ministério acrescenta que, para cada uma destas áreas, é necessário apostar na sua caracterização epidemiológica, nomeadamente em termos de dimensão, diferenças por sexo, grupo etário, classe socioprofissional, regiões e tendências de evolução. Caracterização essa que não deverá, todavia, esquecer uma lógica de análise sistémica e holística, que permita compreender a ocorrência destes comportamentos numa perspectiva integrada de estilo de vida (Ministério da Saúde, 2004a).

De facto, os riscos comportamentais e os riscos psicossociais para a saúde devem ser investigados em conjunto, como base para a prevenção e promoção da saúde (Smith, Orleans, & Jenkins, 2004). Mais concretamente, deve apostar-se na compreensão da relação entre riscos comportamentais (e.g. consumo excessivo de álcool, consumo de tabaco, dieta pobre ou falta de exercício físico) e riscos psicossociais (e.g. depressão, stress, isolamento social, certos traços de personalidade) de uma perspectiva desenvolvimental. Note-se, aliás, que há várias evidências empíricas que indicam uma associação entre o consumo de álcool e psicopatologia, nomeadamente depressiva e ansiosa (e.g. Okoro et al., 2004; Swendsen & Merikangas, 2000).

Como os problemas de saúde mental e os comportamentos de risco parecem relacionar-se entre si e estão ambos associados a futura morbidade e a mortalidade precoce, pretendeu-se com este estudo analisá-los concomitantemente. A população alvo seleccionada foi a dos estudantes do ensino superior, por se considerar que constituem um grupo de risco que não tem sido suficientemente investigado. Na verdade, enquanto jovens adultos que são na sua maioria, situam-se numa fase de vida que tradicionalmente não tem recebido tanta atenção em termos de saúde, física e mental, por parte da comunidade científica e por parte dos governos, como outros períodos da vida. Esta situação talvez possa ser explicada, em parte, pelo facto de o início da vida adulta não se incluir nas etapas de vida habitualmente associadas a problemas de saúde ou a necessidade de cuidados específicos, como a infância, a adolescência ou a terceira idade.

Apesar disso, nos últimos anos, tem-se vindo a reunir um conjunto de dados preocupantes que colocam a descoberto a fragilidade da saúde dos jovens adultos e, em particular, dos estudantes universitários. Em primeiro lugar, a faixa etária em que se inserem os estudantes tradicionais, sensivelmente dos 18 aos 25 anos, coincide com a altura em que uma série de problemas de saúde mental, como a depressão, a esquizofrenia ou a perturbação bipolar costumam ter início (Kessler et al., 2005). Em segundo lugar, são variadas as fontes que indicam que a saúde mental dos estudantes é pior do que a da população geral (Monteiro, 2008; Roberts & Zelenyansky, 2002; Stewart-Brown et al., 2000).

A estes dados acresce o facto de que, nos últimos anos, vários directores de centros de apoio psicológico no ensino superior e investigadores têm concluído que a saúde mental dos estudantes tem vindo a piorar, registando-se um aumento da prevalência e da severidade dos problemas psicológicos apresentados (Association of University and College Counselling [AUCC], 2002; Furr, Westefeld, McConnel, & Jenkins,

2001; Kadison & DiGeronimo, 2004; O'Malley, Wheeler, Murphey, O'Connel, & Waldo, 1990). De facto, estima-se que entre 20% a 40% dos estudantes, hoje em dia, apresentem sintomatologia clinicamente significativa (Royal Colege of Psychiatrists, 2003; Sharkin, 2006). Neste campo, a depressão, o stress e a ansiedade são alguns dos motivos que mais levam os estudantes a procurar ajuda profissional (Pereira, 2007; RESAPES, 2002). Os problemas psicológicos afectam vários quadrantes da vida do estudante, desde o funcionamento físico, emocional, cognitivo, ao seu desempenho académico, passando pela área social, podendo mesmo conduzir ao suicídio (American College Health Association [ACHA], 2002; Andrews & Wilding, 2004; Schwartz, 2006b).

Assim como a saúde mental, o envolvimento em comportamentos de risco é um aspecto preocupante nos estudantes do ensino superior. Efectivamente, embora a prática de vários comportamentos de risco, como o consumo de álcool ou drogas, se inicie habitualmente na adolescência, o seu pico, em termos de prevalência, atinge-se na faixa etária dos 18 aos 25 anos (Arnett, 2005; Grant & Dawson, 1997). Dentro desta faixa etária, os estudantes universitários parecem ser também uma população de risco acrescido a este nível, com prevalências de certos comportamentos de risco, como o consumo de álcool, mais elevadas entre universitários do que entre os seus pares que não frequentam o ensino superior (O'Malley & Johnston, 2002; Kypri, Cronin & Wright, 2005; Slutske, 2005). Tal poderá dever-se a vários factores como as crescentes autonomia e liberdade acompanhadas de um baixo nível de responsabilidade e a própria "cultura de universidade", na qual certos comportamentos de risco são encarados como permitidos, naturais e mesmo desejáveis (Dworkin, 2005; Jackson, Sher, & Park, 2005).

De entre os vários comportamentos de risco, o consumo de álcool é, indubitavelmente, aquele com maior prevalência. Embora o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na União Europeia, a proporção de jovens e jovens adultos com padrões de consumo nocivos cresceu na última década em muitos dos estados-membros (IDT, 2009). Em Portugal, estima-se que cerca de 70% dos estudantes universitários consumam álcool (Calvário, Lizardo, Loureiro, & Santos, 1997; Delille & Ramos, 2004; Galhardo, Cardoso, & Marques, 2006; Pillon & Corradi-Webster, 2006).

Ora o consumo nocivo de álcool é responsável por mais de 60 doenças (Anderson, & Baumberg, 2006), e está associado a outros comportamentos de risco, como o comportamento sexual de risco (Sumnall, Beynon, Conchie, Riley & Cole, 2007) e a condução sob o efeito de álcool (Smart & Ogborne, 2000), estimando-se que seja responsável por 7.4% de todas as incapacidades prematuras na União Europeia (Madelin, 2008).

Assim, a frequência do ensino superior, apesar de ser inquestionavelmente uma experiência enriquecedora e potenciadora do desenvolvimento do estudante a vários níveis, parece ser também um período particularmente stressante que poderá exacerbar dificuldades psicológicas pré-existentes ou desencadear novas dificuldades, e um período propício à prática de comportamentos de risco, especialmente o consumo de álcool. Em Portugal, embora os dados sobre a saúde mental e os comportamentos de risco nos estudantes universitários tenham vindo a aumentar nos últimos anos, são ainda manifestamente escassos, havendo uma série de aspectos que carecem de aprofundamento, nomeadamente no que diz respeito à interligação destas duas problemáticas.

Neste contexto, acredita-se que esta investigação poderá ajudar a colmatar essa lacuna, dando um contributo útil ao desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção de saúde no ensino superior, ao procurar responder às seguintes questões de estudo: Como está a saúde mental dos estudantes do ensino superior? Qual a prevalência de comportamentos de risco ligados ao álcool nestes estudantes? Existe uma associação entre saúde mental e consumo de álcool nestes estudantes? Concretamente, esta investigação teve os seguintes objectivos: 1) caracterizar a saúde mental dos estudantes universitários, nomeadamente ao nível de sintomas depressivos, stress e bem-estar; 2) identificar os padrões de consumo de álcool dos estudantes universitários em termos de quantidade ingerida, frequência de consumo, existência de episódios de ingestão excessiva e tipos de bebidas mais ingeridas; 3) conhecer a prevalência dos comportamentos de risco ou problemas ligados ao consumo de álcool, em particular os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool; 4) analisar a relação entre saúde mental e consumo de álcool no ensino superior. Ao longo deste estudo, as variáveis analisadas são caracterizadas em função de dados sociodemográficos e académicos, como o género, a idade, o ano, a situação de residência e o estatuto socioeconómico.

Este trabalho é composto oito capítulos que se distribuem por duas partes distintas. A primeira parte, de enquadramento teórico, é constituída por três capítulos. O Capítulo 1 centra-se no estudante universitário em termos desenvolvimentais e em termos dos desafios que irá enfrentar na transição para o ensino superior e durante a sua frequência. O Capítulo 2 foca-se na saúde mental, começando por abordar aspectos conceptuais, direccionando-se depois para a caracterização da saúde mental dos estudantes, com foco particular na depressão e stress, terminando com os serviços de apoio psicológico no ensino superior. O Capítulo 3 focaliza-se nos comportamentos de

risco ligados ao álcool nos estudantes universitários, sendo constituído por uma componente de conceptualização, uma caracterização dos principais comportamentos de risco no ensino superior, uma descrição mais pormenorizada do consumo de álcool e de dois dos problemas e ele associados: o comportamento sexual de risco e a condução sob o efeito de álcool. Este capítulo termina com a enumeração de alguns programas de prevenção e intervenção sobre o consumo de álcool e problemas associados no contexto do ensino superior.

A segunda parte deste trabalho consiste no estudo empírico e contém cinco capítulos. O Capítulo 4 prende-se com a metodologia, apresentando os objectivos, o tipo de estudo, a amostra, os instrumentos e os procedimentos. O Capítulo 5 consiste num estudo preliminar de preparação dos instrumentos para o estudo principal. O Capítulo 6 é dedicado à apresentação dos resultados do estudo principal. No Capítulo 7 os resultados são discutidos à luz da literatura relevante. Finalmente, no Capítulo 8 são sumariadas as principais conclusões a retirar deste trabalho, são referidas algumas limitações, bem como implicações práticas e sugestões para investigações futuras, consideradas pertinentes.

## **PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





## **CAPÍTULO 1 – O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR**



Este primeiro capítulo é dedicado aos estudantes do ensino superior, que são uma população com características próprias e únicas, decorrentes quer da fase de vida em que se encontram, quer dos desafios que o ensino superior lhes proporciona desde a entrada até ao final do curso. Começa-se então por abordar as teorias psicossociais do desenvolvimento, com destaque para a Teoria da Adulter Emergente de Arnett e a Teoria dos Sete Vectores de Chickering. Depois, são referidos três modelos de impacto, o de Astin, o de Tinto e o de Pascarella, que analisam o modo como os contextos do ensino superior afectam a qualidade do desenvolvimento dos estudantes. Para terminar, a tónica é colocada nas mudanças e desafios que o ensino superior propicia ao estudante ao longo da sua formação académica, abordando primeiro os aspectos de transição e adaptação e seguidamente as questões da permanência ou abandono e sucesso académico.

## **1. Perspectiva desenvolvimental**

Muitos estudantes em Portugal ingressam no ensino superior com 18 anos e essa idade é marcante não apenas porque corresponde à entrada na maioridade, acompanhada da aquisição do direito de voto e da possibilidade de obter a carta de condução de um veículo automóvel, mas também porque acarreta mudanças a nível desenvolvimental.

Diversos investigadores na área do desenvolvimento têm procurado estudar esta fase de vida, oferecendo diferentes perspectivas. Erikson (1950, 1968) considerou que a identidade, definida como uma unidade que deriva do passado mas também inclui objectivos e planos futuros, é um aspecto desenvolvimental central para a faixa etária dos estudantes do ensino superior. Este autor propôs, ainda, que a adolescência prolongada é um fenómeno típico das sociedades industrializadas, nas quais é concedida uma moratória psicossocial aos jovens, ou seja, um período de experimentação livre que vai possibilitando ao jovem encontrar-se e encontrar o seu lugar na sociedade.

Outro autor que se debruçou sobre este assunto foi Levinson (1978) que entrevistou pessoas na meia-idade, pedindo-lhes que recordassem os seus tempos de juventude. Com base nos seus testemunhos, desenvolveu uma teoria para as idades sensivelmente entre os 17 e os 33 anos, denominando-a de fase de principiante do

desenvolvimento (“novice phase of development”), que tinha como objectivo principal a passagem para o mundo adulto e a construção de uma vida estável.

Finalmente, importa ainda referir Keniston (1971) e a sua teoria sobre a juventude (“youth”), conceptualizada como um período de experimentação entre a adolescência e a juventude, situado sensivelmente entre os 18 e os 25 anos, e que é caracterizado por mudanças estruturais nas áreas do desenvolvimento psicossocial, cognitivo, moral, ético e vocacional, bem como na área dos papéis sexuais e profissionais. A escolha deste termo parece não ter sido, no entanto, muito feliz, tendo em conta a sua ambiguidade e frequente associação à infância e adolescência. Partindo do contributo, mas também das limitações destes autores, Arnett (2000) propôs uma nova teoria do desenvolvimento para aquilo que descreve como um novo fenómeno, típico das sociedades industrializadas, dos jovens sensivelmente entre os 18 e os 25 anos – a *adulthood emergente* (“*emerging adulthood*”).

## **1.1. Teorias psicossociais**

As teorias psicossociais consideram habitualmente que o desenvolvimento ocorre através de uma sucessão de níveis de desenvolvimento, pelos quais os indivíduos vão passando, numa sequência hierárquica.

### **1.1.1. Teoria da Adulthood Emergente de Arnett**

As mudanças sociais ocorridas nos últimos cinquenta anos, nomeadamente o prolongamento na escolaridade e o aumento na idade média de casamento e da maternidade, causaram alterações a nível desenvolvimental nos jovens adolescentes e na casa dos vinte anos, oferecendo-lhes mais tempo para poderem explorar possíveis direcções para o rumo da sua vida. Segundo Arnett (2004, p.3) “for today’s young people, the road to adulthood is a long one”, ou seja, a idade adulta chega cada vez mais tarde e de uma forma gradual. Baseando-se nessa premissa, o mesmo autor (2000), criou uma nova teoria do desenvolvimento direccionada especialmente aos jovens entre os 18 e os 25 anos das sociedades industrializadas, propondo o conceito inovador de “*adulthood emergente*”.

Antes de continuar, esclarece-se que a utilização do termo “*adulthood*” para traduzir *adulthood* não é consensual, havendo autores que preferem a expressão “idade adulta”,

enquanto outros recorrem a “adulícia”. Apesar disso, tendo em conta que as publicações em Português sobre a teoria de Arnett têm, em geral, adoptado a expressão “adulter emergente” (e.g. Mendonça, Andrade, & Fontaine, 2009; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2009), à semelhança de algumas publicações em Espanhol (e.g. González, Cuéllar, Miguel, & Desfilis, 2009), decidiu-se utilizá-la no presente estudo.

Para Arnett, a adulter emergente é, então, uma nova fase no ciclo de vida que não corresponde à adolescência nem à idade adulta, pois é distinta de ambas, tanto teórica como empiricamente. No que diz respeito à adolescência, o seu início costuma ser marcado pela entrada na puberdade, no entanto, o seu final não é assinalado por factores biológicos, mas sim por mudanças sociais. Tendo em conta a evolução social ocorrida nas últimas décadas, Arnett acredita que faz sentido definir a adolescência aproximadamente dos 10 aos 18 anos. Nesta faixa etária, os indivíduos partilham várias características, tais como experienciar as mudanças inerentes à puberdade, viver habitualmente com os pais, e frequentar o ensino básico ou secundário. A partir dos 18 anos, nenhuma destas características é normativa. Além disso, a idade de 18 anos marca várias transições legais, tais como a possibilidade de votar e de assinar documentos legais, pelo que os anos seguintes não deveriam ser denominados como adolescência tardia.

Uma alternativa possível, utilizada frequentemente, seria denominar os indivíduos com mais de 18 anos como jovens adultos. Aliás, os estudantes universitários, que se incluem nessa faixa etária, são habitualmente tratados como tal, na literatura (e.g. Ferreira & Ferreira, 2005). Por esse motivo, se mantém a utilização do termo “jovens adultos” na referência aos estudantes universitários, ao longo desta investigação.

Note-se, no entanto, que Arnett considera esse termo inapropriado e insatisfatório, por implicar que a pessoa já atingiu a adulter, o que não coincide com a avaliação subjectiva dos indivíduos nesta faixa etária. Com efeito, estes indivíduos não se vêem a si próprios como adolescentes, mas também não se consideram inteiramente adultos, ou seja, sentem que já abandonaram a adolescência, mas que ainda não entraram completamente na adulter. Dados recentes vêm corroborar que, entre estudantes universitários com idades entre 18 e 25 anos, a maioria se identifica como adulto emergente (41%) ou indecisa (33%), e apenas cerca de 25% se declararam adultos (Blinn-Pike, Worthy, Jonkman, & Smith, 2008; Nelson & Barry, 2005).

Por conseguinte, o autor desta teoria acredita que o termo “emergentes” capta melhor a dinâmica, a mudança e a fluidez inerentes a este período. Argumenta, ainda, que “jovem adulter” é um termo mais adequado para quem está na casa dos 30 anos.

Por volta dessa idade as pessoas voltam a partilhar uma série de características, como ter uma carreira mais estável, estar casado, ter filhos, o que não acontece dos 18 aos 25 anos.

Poder-se-ia, entretanto, pensar que aqueles marcos demográficos seriam considerados, pelos jovens, como condições essenciais, para alcançar plenamente a adultez. No entanto, quando confrontados com a questão “O que é ser adulto?”, a maioria dos sujeitos referiu antes aspectos mais psicológicos, especificamente, aceitar responsabilidade por si próprio e tomar decisões independentes, referindo também a independência financeira. Estes critérios, em direcção à auto-suficiência enquanto pessoa, são atingidos gradualmente e até lá os indivíduos terão oportunidades para a exploração da identidade nas áreas de amor, trabalho e visão do mundo, maiores do que em qualquer outro período da vida (Arnett, 1997).

Para além do sentimento “*in between*”, entre a adolescência e a adultez, há mais quatro características que tornam a adultez emergente um período distinto: é a idade das explorações da identidade, da instabilidade, de estar auto-focado, e a idade das possibilidades (Arnett, 2004). Todas estas características, especialmente a exploração da identidade, levam a um desejo de obter uma variedade de experiências de vida antes de se assentar no papel de adulto, com todas as responsabilidades que isso acarreta. De entre essas experiências, incluem-se os comportamentos de risco, como o comportamento sexual de risco, os consumos de drogas e condução perigosa, como o excesso de velocidade ou conduzir sob o efeito do álcool, que ao contrário do que se poderia esperar, atingem o seu pico na adultez emergente e não na adolescência (Arnett, 2005).

Embora alguns adultos emergentes se envolvam em comportamentos de risco e possam mesmo desenvolver problemas sérios de saúde mental como abuso de substâncias ou depressão, de um modo geral, regista-se um aumento dos níveis de bem-estar e auto-estima e uma diminuição de sintomas como a depressão ao longo deste período. Apesar da heterogeneidade de vivências verificada, a maioria dos adultos emergentes constrói gradualmente as bases para uma vida adulta, apresentando-se saudável e adaptado aos desafios desenvolvimentais deste período, embora possa experienciar alguma ansiedade no confronto com os desafios que enfrenta (Arnett, 2007a, 2007b).

De facto, a ansiedade é compreensível, dada a instabilidade caracterizadora desta fase. Os indivíduos passam por inúmeras mudanças na sua vida, desde a mudança de curso, de residência ou de namorado(a), que os obrigam a constantes reajustes no seu

plano de vida. Em nenhum outro período da vida, as pessoas se confrontam com tantas mudanças e decisões como na adultez emergente (Caspi, 2002). A maior parte das tarefas deste período relacionam-se, por um lado, com o afastamento dos pais e com ligações a pares e parceiros românticos e, por outro lado, com a obtenção de educação, trabalho e independência financeira. A resolução destes desafios levará a uma transição saudável para a adultez, enquanto falhas poderão conduzir mais tarde a atrasos desenvolvimentais e problemas. As múltiplas fontes de stress internas e externas da adultez emergente podem contribuir para mudanças significativas na saúde mental, quer para melhor, quer para pior (Schulenberg, Bryant, & O'Malley, 2004; Schulenberg, Sameroff, & Cicchetti, 2004).

Nesta fase, os indivíduos estão também muito centrados em si mesmos, auto-focados, pois têm ainda poucas obrigações e compromissos, o que lhes proporciona grande liberdade de escolhas e autonomia no que diz respeito, quer às pequenas, quer às grandes decisões (Arnett, 1998). O auto-focus desempenha aqui um papel essencial em direcção à auto-suficiência e, conseqüentemente, à adultez. Os jovens têm oportunidades de exercer o seu poder de escolha, pois muito poucos aspectos da sua vida estão decididos e há talvez mais possibilidades do que em qualquer outro período de vida. Os jovens vivenciam essas possibilidades de forma muito positiva, acreditando plenamente que atingirão os seus objectivos de vida, algum dia no futuro.

Segundo Arnett, a teoria da adultez emergente não é universal, aplicando-se apenas às sociedades industrializadas, que sofreram muitas mudanças demográficas nos últimos anos, atrasando a entrada na adultez e permitindo aos jovens um período de experimentação. Embora as suas investigações tenham sido realizadas principalmente nos Estados Unidos da América e na Dinamarca, a “adultez emergente” parece ser um fenómeno transversal, aplicando-se a diversos países na Europa, apesar das suas diferenças culturais (Arnett, 2006; Eccles, Templeton, Barber, & Stone, 2003). Apesar de Portugal carecer de estudos sobre este tema, as mudanças sociodemográficas, ocorridas nas últimas décadas, serão fortes indicadores de que o fenómeno da adultez emergente se aplica também aos jovens portugueses (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2009).

As teorias psicossociais de desenvolvimento humano como a de Erikson, e mais tarde a de Arnett, não estavam primeiramente direccionadas para o estudante universitário, mas o seu trabalho sobre identidade e desenvolvimento foi bem recebido entre investigadores e profissionais na área do ensino superior e criou um ambiente

teórico fértil onde outros autores puderam desenvolver modelos específicos para o estudante universitário (Renn, Dilley, & Prentice, 2003).

Segundo Terenzini (1987), há duas classes de teorias que têm sido aplicadas à compreensão do estudante universitário. Uma primeira classe é a das **teorias psicossociais**, dominada, embora não exclusivamente, por teorias de estádios, que postulam uma série de níveis de desenvolvimento através dos quais os indivíduos passam numa sequência hierárquica. Alguns exemplos são as teorias de Chickering (1969), Perry (1970) e Loevinger (1976).

Uma segunda classe de teorias é composta por modelos que analisam o estudante universitário, mas que, em vez de se centrarem no seu desenvolvimento individual, se focam nas origens ambientais do seu desenvolvimento, particularmente nas fontes de mudança que estão no exterior do indivíduo. Denominadas **teorias ou modelos do impacto**, identificam conjuntos de variáveis que presumivelmente exercem influência sobre um ou mais aspectos de mudança no estudante, variáveis essas que podem ser relacionadas com o estudante (e.g. rendimento académico prévio, estatuto socioeconómico), estruturais e organizacionais (e.g. selecção, tipo de controlo) e, ainda, ambientais (e.g. ambiente académico cultural e político criado pelos estudantes e outros membros da instituição). Os principais modelos nesta categoria são os de Astin (1984), Tinto (1975, 1987) e Pascarella (1985). Estes modelos de impacto consideram que o ensino superior, além de proporcionar conhecimento e sucesso académico, possibilita também uma vasta gama de oportunidades para o desenvolvimento de relações sociais e interpessoais. No primeiro grupo é dado destaque à Teoria de Chickering, enquanto no segundo grupo merece especial atenção a teoria de Astin.

### **1.1.2. Teoria dos Sete Vectores de Chickering**

Chickering propõe um modelo psicossocial do desenvolvimento do estudante, baseado no modelo de Erikson, que mostra como o ambiente do ensino superior pode afectar o desenvolvimento do estudante a nível emocional, social, físico e intelectual, em particular na formação da sua identidade (Chickering, 1969; Chickering & Reisser, 1993). Este modelo, inicialmente proposto em 1969 e revisto em 1993 com a colaboração de Reisser, não utiliza o termo tarefa desenvolvimental, mas sim vector, uma vez que os autores consideram que este tem implícita uma dada direcção e magnitude.

Cada vector constrói-se sob o vector anterior e consiste em diferentes características e sentimentos, emoções e tarefas que representam um maior



desenvolvimento num contínuo. Ao contrário de outras teorias psicossociais, esta não é composta por estádios nem é linear, mas mais parecida com uma espiral. Chickering notou que os estudantes se movem através desses vectores a ritmos diferentes, que os estudantes podem ter que lidar com questões de mais do que um vector ao mesmo tempo, que os vectores podem interagir uns com os outros e que os estudantes podem reexaminar questões associadas com vectores pelos quais já tinham passado.

Foram, então, sete os vectores apontados para os estudantes universitários: 1) tornar-se competente; 2) lidar com as emoções; 3) desenvolver a autonomia em direcção à interdependência; 4) desenvolver relações interpessoais maduras; 5) desenvolver a identidade; 6) desenvolver um sentido para a vida; 7) desenvolver a integridade.

O primeiro vector “tornar-se competente” diz respeito à articulação entre o desenvolvimento intelectual, físico e motor e a competência interpessoal. O sentimento de competência advém da confiança que o estudante vai construindo ao lidar com os acontecimentos de vida, ao gerir os problemas e ao conseguir alcançar êxito nas metas que se propõe atingir.

O segundo vector “lidar com as emoções” engloba a capacidade de reconhecer e aceitar as emoções, bem como expressá-las apropriadamente e controlá-las. Segundo Chickering, os estudantes só entram neste vector quando aprendem a utilizar canais apropriados para lidar com essas emoções, ou seja, nas suas palavras “for releasing irritations before they explode, dealing with fears before they immobilize, and healing emotional wounds before they infect other friendships” (Chickering & Reisser, 1993, p. 83).

O terceiro vector “desenvolver a autonomia em direcção à interdependência” refere-se a aprender a funcionar numa auto-suficiência relativa, para tomar responsabilidade em busca dos objectivos e para ser menos influenciado pelas opiniões dos outros. A interdependência resulta do equilíbrio entre a necessidade de ser independente e o desejo de inclusão. A auto-suficiência é o aspecto mais relevante neste vector.

O quarto vector “desenvolver relações interpessoais maduras” implica por um lado, tolerância e apreciação de diferenças e, por outro lado, capacidade de intimidade. A tolerância significa a capacidade de lidar com o desconforto gerado por algumas relações e de agir em conformidade com os direitos das pessoas. A capacidade de intimidade relaciona-se com a passagem de uma quantidade significativa de dependência face a outros para uma interdependência entre pessoas no seu ambiente.

O quinto vector diz respeito ao desenvolvimento da identidade e depende em parte dos vectores anteriores. Inclui os seguintes aspectos: conforto com o corpo e aparência; conforto com o género e orientação sexual; sentido de *self* num contexto social, histórico e cultural; clarificação do auto-conceito através de papéis e estilos de vida; sentido de *self* em resposta aos outros valorizados; auto-aceitação e auto-estima; estabilidade pessoal e integração.

O sexto vector relaciona-se com o desenvolvimento de um sentido para a vida. Esse sentido para a vida é definido como um aumento na capacidade de ser intencional, de avaliar interesses e opções, de clarificar objectivos, persistir perante obstáculos e fazer planos. Implica três grandes áreas do saber: 1) interesses não vocacionais recreativos; 2) planos e aspirações vocacionais; 3) adopção de um determinado estilo de vida.

O sétimo e último vector prende-se com o desenvolvimento da integridade, ao nível das crenças, valores e objectivos. Na universidade, os estudantes tendem a experienciar uma mudança no seu sistema de valores e a desenvolver os seus próprios valores e interesses, afastando-se das crenças dogmáticas com que possam ter crescido.

Segundo Evans e colaboradores (2010), as principais forças desta teoria são: o facto de haver algum suporte empírico para os vectores enquanto aspectos avaliadores do desenvolvimento dos estudantes na universidade; apontar para questões e preocupações que podem afectar os estudantes durante o seu percurso pela universidade; poder ter implicações práticas, ou seja, administradores e docentes podem a partir daqui tentar criar ambientes de ensino mais saudáveis e promotores de desenvolvimento.

Para facilitar a aplicação da sua teoria, Chickering desenvolveu sete princípios para a boa prática na educação. Uma boa prática deve: 1) encorajar o contacto entre estudantes e faculdade; 2) desenvolver a reciprocidade e a cooperação entre estudantes; 3) encorajar a aprendizagem activa; 4) fornecer *feedback* imediato; 5) enfatizar o tempo na tarefa; 6) comunicar expectativas elevadas; 7) respeitar diversos talentos e formas de aprendizagem (Chickering & Gamson, 1987). O poder e a responsabilidade para melhorar a educação reside não apenas nos professores e alunos, mas deve resultar também de um esforço concertado de quem está a dirigir as universidades, de associações e mesmo de políticos.

## **1.2. Modelos do Impacto**

Os modelos do impacto chamam a atenção para a interação das características dos estudantes com as características ambientais, num contexto organizacional, procurando avaliar de que modo os contextos do ensino superior afectam a qualidade do desenvolvimento experienciado pelos estudantes. As estruturas institucionais, as políticas educativas, os currículos e programas, os serviços, e também as atitudes, os valores e os comportamentos das pessoas que ocupam os ambientes institucionais, são percebidos como fontes potenciais de influência nas mudanças cognitivas e afectivas dos estudantes (Ferreira & Ferreira, 2005).

### **1.2.1. Modelo do Envolvimento de Astin**

Astin (1977, 1993) investigou a importância do envolvimento do estudante no ambiente do ensino superior e a forma como as ligações entre estudante e instituição o afectam. A teoria do envolvimento de Astin (1984) preocupa-se essencialmente com os factores que facilitam o desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento da identidade. O envolvimento é definido como a quantidade de energia física e psicológica que o estudante dedica à experiência académica. Por conseguinte, um estudante altamente envolvido será aquele que dedica energia considerável a estudar, passa muito tempo no campus, participa activamente em organizações de estudantes e interage frequentemente com membros da instituição de ensino bem como com outros colegas. Esta teoria tem cinco postulados: 1) o envolvimento refere-se ao investimento de energia física e psicológica em vários objectos; 2) independentemente do objecto, o envolvimento ocorre num contínuo, ou seja, diferentes estudantes podem manifestar graus diferentes de envolvimento face a um objecto e o mesmo estudante pode apresentar diferentes graus de envolvimento face a diferentes objectos; 3) o envolvimento tem componentes quantitativas e qualitativas; 4) a quantidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal associada a qualquer programa educacional é directamente proporcional à qualidade e quantidade do envolvimento do estudante nesse programa; 5) a eficácia de qualquer prática ou política educacional relaciona-se directamente com a sua capacidade de aumentar o envolvimento do estudante.

Enquanto outras teorias se ocupam primeiramente com os resultados desenvolvimentais, ou seja, aquilo que o estudante desenvolve, a teoria do envolvimento do estudante preocupa-se mais com os mecanismos ou processos comportamentais que facilitam o desenvolvimento do estudante, ou seja, como é que o desenvolvimento ocorre.

### **1.2.2. Modelo do Abandono Académico de Tinto**

O modelo de Tinto tenta explicar o abandono académico, encarando-o como um processo longitudinal que envolve uma série de interações sociopsicológicas complexas entre o estudante e o ambiente institucional. De acordo com Tinto (1975, 1987) existiam cinco factores específicos que contribuíam para a permanência do estudante: 1) atributos do estudante pré-entrada no ensino superior (passado académico e família); 2) objectivos e compromisso (aspirações individuais do estudante na instituição); 3) experiência na instituição (interacções com docentes, funcionários e pares); 4) compromissos externos na instituição; 5) integração quer a nível académico como social. Note-se que este conceito de integração utilizado por Tinto tem algumas semelhanças com o conceito de envolvimento de Astin.

Mais tarde, Tinto (1993) reviu o seu modelo, incluindo um sexto factor que pode ter influência no abandono dos estudantes: falha em negociar os ritos de passagem. Segundo o autor, os estudantes permaneceriam na instituição se fossem capazes de se separar da sua família e dos amigos do ensino secundário e de se empenharem em processos com os quais se identificassem e assimilassem os valores dos outros estudantes e da instituição de ensino, comprometendo-se a si próprios a perseguir esses valores e comportamentos.

Para além disso, tomou também consciência de que o seu modelo estava muito focado nos alunos do primeiro ano e que poderia precisar de adaptações para incluir alunos de outros anos. Concluiu, assim, que a permanência a longo termo, para além do primeiro ano, devia concentrar-se em três aspectos: dificuldades académicas, incapacidade de os indivíduos resolverem os seus objectivos educacionais e ocupacionais, e inaptidão em tornar-se ou permanecer incorporado na vida intelectual e social da instituição.

Segundo Terenzini e Pascarella (1980), que efectuaram vários estudos para avaliar a validade de construto do modelo de Tinto, este modelo fornece uma moldura conceptualmente útil para analisar o fenómeno do abandono académico, quer para os investigadores que pretendam desenvolver estudos futuros, quer para os administradores, que a partir dele podem accionar mecanismos para o combate ao abandono.

### **1.2.3. Modelo Institucional de Pascarella**

Pascarella reconheceu que a organização estrutural da instituição e o ambiente institucional também desempenham um papel no modelamento da aprendizagem e do desenvolvimento cognitivo dos estudantes. Ele integrou o conceito de envolvimento de Astin na sua variável “qualidade do esforço do estudante”. No seu modelo, o crescimento é definido como uma função do efeito directo e indirecto de cinco categorias de variáveis: 1) o passado do estudante ou traços pré-universidade; 2) a organização e estrutura da instituição; 3) ambientes institucionais; 4) interações com agentes de socialização; 5) qualidade do esforço do estudante (Pascarella & Terenzini, 2005). As características prévias do estudante e a estrutura e organização da instituição interagem para produzir os ambientes institucionais e estas três variáveis interagem para influenciar, por sua vez, as interações do estudante com os agentes de socialização. A qualidade do esforço é influenciada pelas características do estudante, ambiente institucional e interação com os agentes de socialização. Este modelo usa o primeiro e segundo conjunto de variáveis como independentes, o terceiro, quarto e quinto como variáveis de processo e a aprendizagem e desenvolvimento cognitivo como o resultado.

Em suma, os modelos desenvolvimentais possibilitam uma compreensão mais profunda das mudanças, a nível psicológico, social, cognitivo, em estruturas fundamentais e hierárquicas dos estudantes ao longo do seu percurso universitário, enquanto os modelos do impacto procuram identificar fontes dessas mudanças, sejam desenvolvimentais ou não, sobre as quais as instituições têm algum controlo (Terenzini, 1987). Quer seja implícita ou explicitamente, o propósito destes modelos é guiar a investigação no sentido de possibilitar aplicações a nível administrativo, para tornar o processo educativo mais eficaz.

## **2. Desafios do ensino superior**

A frequência do ensino superior é uma experiência enriquecedora que coloca inúmeros desafios aos estudantes, desde a sua entrada até à conclusão do curso. Deste modo, no primeiro ano, os principais desafios prendem-se com a transição e adaptação. Ao longo do curso, emergem outras questões relativas à permanência e ao sucesso académico. Todos estes aspectos são abordados de seguida.

## 2.1. Transição e adaptação

A entrada no ensino superior é um acontecimento importante para qualquer estudante, caracterizado por diversas mudanças e desafios que serão potenciadores do seu desenvolvimento, mas ao mesmo tempo de crises e obstáculos, gerando stress e ansiedade (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley, & Audin, 2006; Costa & Leal, 2004). O interesse científico pelo tema da transição e adaptação ao ensino superior surgiu apenas recentemente, há cerca de 20 anos, mas o número de estudos sobre esta temática tem vindo a crescer a bom ritmo, nomeadamente em Portugal (Almeida, 2001; Almeida & Ferreira, 1997; Diniz, 2001; Ferreira & Lourenço, 2004; Machado & Almeida, 2000; Nico, 2000; Pinheiro, 2004; Silva, 2003; Soares, 2003).

A primeira mudança é para muitos a saída de casa pela primeira vez, para ir morar numa residência de estudantes, num apartamento ou num quarto alugado noutra cidade, o que implica novas responsabilidades em tarefas quotidianas, impulsionando o desenvolvimento da autonomia (Teixeira, Dias, Wottrich, & Oliveira, 2008). Embora os primeiros meses sejam preenchidos com diversas actividades, nomeadamente as festas de recepção ao caloiro, o que é certo é que muitos estudantes são afectados pela separação da família e dos amigos que foram importantes fontes de suporte social ao longo das suas vidas (Ferraz & Pereira, 2002; Pancer, Hunsberger, Pratt, & Alisat, 2000).

*Homesickness*, ou saudades de casa, é o nome dado ao estado cognitivo-motivacional e emocional sentido após a saída de casa, caracterizado por emoções negativas, rumações sobre casa e sintomas somáticos, que tem afinidades com outros conceitos como nostalgia, ansiedade de separação, luto ou depressão (Van Tilburg, 2006). Em particular, a distinção do *homesickness* face à depressão tem-se revelado controversa, com alguns autores a considerarem que as saudades de casa são caracterizadas por sintomas depressivos, sendo predictoras de depressão (Hafen, Reisbig, White, & Rush, 2006), enquanto outros autores defendem que o *homesickness* é, em si mesmo, uma depressão reactiva à saída de casa (Baier & Welsh, 1992).

A família é uma importante fonte de suporte social, e terá influência na forma como se vai processar a integração do indivíduo no ensino superior e o seu desenvolvimento psicossocial, podendo actuar como promotora de ajustamento se os padrões de relacionamento se caracterizarem por laços afectivos, coesão e expressividade, suporte parental e facilitação do processo de separação/individuação, ou pelo contrário, como obstáculo quando é dominada pelo conflito, ausência de apoio e vinculação disfuncional (Silva & Ferreira, 2009). Aliás, a autonomia com que os alunos

ingressam na Universidade tem um impacto significativo na forma como enfrentam as pressões e desafios do ensino superior. As dimensões da autonomia que parecem ter um papel mais relevante são as que se relacionam com a capacidade de o jovem organizar e aproveitar o tempo de forma adequada, bem como gerir as relações com os colegas (Soares, Guisande, & Almeida, 2007).

Contudo, quando um aluno vai estudar para outra localidade, não é apenas dos pais que tem saudades. Os amigos são também importantes fontes de suporte social e o aluno tem também que aprender a lidar com o afastamento deles. O termo *friendsickness* foi criado para descrever as mudanças relacionais nos estudantes universitários que são induzidas pelo afastamento de uma rede social de amigos previamente estabelecida e que se relacionam com a preocupação e o receio de perda ou mudanças nas amizades pré-universidade. Paul e Brier (2001) relataram, no seu estudo, que cerca de metade dos estudantes sofria níveis moderados ou severos de *friendsickness* e que esses alunos se sentiam mais sozinhos, apresentavam menor auto-estima e pior adaptação à universidade.

De facto, dados nacionais mostram que aqueles que saem de casa podem sentir menos apoio e suporte social, psicológico e material por parte daqueles que lhes são significativos, o que poderá ter implicações negativas no seu bem-estar e processo de adaptação. Os alunos deslocados apresentam níveis de adaptação mais baixos no que concerne a aspectos pessoais, de estudo e institucionais do que aqueles que continuaram na sua “residência mãe”, apresentando, no entanto, valores mais elevados na dimensão interpessoal (Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005; Seco, Pereira, Dias, Pereira, Casimiro, & Custódio, 2007).

As relações interpessoais parecem ser muito valorizadas pelos alunos do primeiro ano, tanto que estes investem muito no relacionamento com os seus pares, especialmente no primeiro semestre (Diniz & Almeida, 2006). Aliás, as interações com outros estudantes, que inicialmente se revestem de um carácter meramente recreativo, podem promover a adaptação, ajudando os recém-chegados a familiarizar-se com a cultura académica, ao mesmo tempo que se identificam com o seu papel de estudante (Ferreira, 2003).

Um aspecto com o qual todos os estudantes se têm que confrontar diz respeito às exigências e mudanças a nível académico. Neste contexto, encontram-se os novos ritmos e formas de aprendizagem, novos métodos de ensino, formas de avaliação e professores com posturas diferentes. Não raras vezes, o estudante sente um menor controlo da sua presença nas aulas e um menor acompanhamento pelo professor daquilo

que ele aprende e sabe. O ensino é agora menos estruturado, eventualmente sem manuais e apenas com esquemas genéricos dos conteúdos programáticos e uma lista de bibliografia aconselhada. Estas condições exigem maior autonomia por parte do aluno na gestão do tempo, na descoberta de meios eficazes de aprendizagem e na definição de objectivos (Almeida, 2002, 2007).

Em suma, algumas das principais tarefas ou exigências que se colocam aos estudantes do ensino superior e que podem ser geradoras de stress são, segundo Clare (1995):

- 1) o estudante sai de casa dos seus pais pela primeira vez na sua vida;
- 2) o estudante tem de assumir, pela primeira vez, responsabilidades múltiplas decorrentes da gestão de um orçamento limitado, do aluguer de casa/quarto, respectiva limpeza e manutenção, da alimentação, manutenção das suas roupas;
- 3) o estudante entra em competição directa com pares aparentemente muito competentes do ponto de vista académico, sendo frequente a constatação de que se está a competir com “os melhores” e que “ser o melhor da sua classe do secundário” pode não garantir o sucesso neste novo grau de ensino;
- 4) o ensino secundário contém em si um conjunto de regras razoavelmente claras sobre os conteúdos alvo de avaliação, bem como sobre os limites de tempo para os adquirir; pelo contrário, no ensino superior, exige-se do estudante uma maior capacidade de escolha e uma maior selectividade na apreensão dos conteúdos, pois as regras são agora menos claras/organizadas e mais flexíveis;
- 5) a instituição de ensino superior pode levar a uma primeira experiência de decepção e insucesso pessoais, com todas as implicações desse insucesso face ao próprio, à família e à instituição;
- 6) nesta fase ocorrem também as mais importantes descobertas do estudante relativamente à sua sexualidade, com o estabelecimento de uma primeira relação mais duradoura; nos casos em que o aluno descobre em si uma orientação sexual diferente da que é típica ou esperada, o stress tende a aumentar.

A transição para a universidade é, então, uma situação que envolve vários stressores e que requer adaptação a vários níveis. Segundo Baker e Siryk (1989), há quatro importantes áreas que devem ser consideradas tanto individualmente como no



seu todo: 1) adaptação académica, que inclui, para além do desempenho aspectos como a motivação, a identificação de objectivos académicos, a satisfação com o ambiente académico; 2) adaptação social, que compreende as relações interpessoais, as redes de suporte social e a satisfação com a socialização; 3) adaptação pessoal e emocional, que diz respeito tanto ao bem-estar psicológico como físico; 4) vinculação institucional, que tem a ver com a forma como o estudante se sente em relação à instituição e quão ligado está a ela.

Quanto mais a transição do ensino secundário para o ensino superior modificar a vida do estudante, maiores adaptações irá exigir; contudo, isso não faz dela negativa ou positiva (Pinheiro & Ferreira, 2002). Os alunos podem encarar o processo de transição mais como um desafio ou mais como uma ameaça (Matheney et al., 2002; Straub, 2002). É, então, a percepção que os estudantes têm da situação e do stress por ela gerada que vai influenciar a sua adaptação (Kerr, Johnson, Gans, & Krumrine, 2004; Pritchard & Wilson, 2003).

Como armas para lidar com as exigências do ensino superior, os estudantes têm ao seu dispor recursos de natureza diversa, entre os quais se destacam (Clare, 1995):

- 1) factores individuais a nível cognitivo-emocional, social, auto-estima e estratégias de *coping*;
- 2) o grupo dos pares, relacionado com o envolvimento em actividades extracurriculares como o futebol, o teatro, a música ou a ginástica, nas quais o estudante pode desenvolver e cultivar aptidões sociais, bem como adquirir suportes sociais considerados indispensáveis para o seu bem-estar;
- 3) os pais e restante família do estudante constituem outra fonte importante de suporte, aconselhando, dando afecto, encorajando e constituindo-se como um refúgio importante para quando as coisas correm menos bem;
- 4) uma relação amorosa privilegiada, a descoberta de um talento especial e um bom ambiente de trabalho são também importantes factores de suporte.

Os estudantes mais bem adaptados ao ensino superior são, em geral, aqueles que se servem dos recursos mencionados e que apresentam estratégias de confronto, ou seja, de resolução activa dos stressores (Martins, 2001). As estratégias mais utilizadas pelos alunos portugueses na adaptação à vida académica parecem ser estratégias de controlo, que implicam o auto-controlo perante a situação e a coordenação de comportamentos, e as estratégias de suporte social, que abrangem o desejo,

necessidade ou pedido de ajuda em termos cognitivos, cooperativos ou afectivos (Costa & Leal, 2006).

Contudo, a escolha de estratégias eficazes para lidar com as mudanças da transição parece não ser fácil, pois mais de metade dos estudantes sentem dificuldades na adaptação, que transparecem através de alterações nos hábitos e estilos de vida e mesmo através do desenvolvimento ou agravamento de psicopatologia (Leitão & Paixão, 1999). No que diz respeito a diferenças entre os géneros, os estudos existentes, quer a nível internacional, quer nacional mostram que, em geral, são as mulheres que têm mais dificuldades na adaptação, exibindo mais problemas na adaptação pessoal e emocional (Gall, Evans & Bellerose, 2000; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2010; Santos, 2000; Soares, 2003).

Um processo de adaptação bem sucedido, especialmente no primeiro ano, é um preditor importante da persistência e do sucesso dos alunos ao longo do seu percurso académico, bem como do seu desenvolvimento e bem-estar (Almeida & Ferreira, 1997; Lent, Taveira, Sheu, & Singley, 2009). Por conseguinte, as instituições podem ter aqui um papel activo, ao desenvolverem estratégias de apoio psicossocial na transição para o ensino superior, promovendo a integração dos estudantes, com particular atenção aos alunos que vivenciam mais mudanças, como é o caso dos deslocados (Taveira et al., 2000).

## **2.2. Permanência *versus* abandono e (in)sucesso académico**

Embora muito se tenha escrito acerca do impacto de variados factores na adaptação dos estudantes ao ensino superior e passagem do primeiro para o segundo ano, existem lacunas consideráveis na compreensão da permanência do estudante na universidade após o primeiro ano. Este tema reveste-se de uma importância ainda maior ao constatar que grande parte dos estudantes no nosso país sente, em algum momento do seu percurso universitário, vontade de desistir e que cerca de 12% acaba mesmo por fazê-lo (Bento, 2008; Mendes et al., 2008).

Se há cerca de 40 anos, quando se começou a estudar a permanência no ensino superior, esta era vista somente como o reflexo de atributos individuais, competências e motivação do estudante, com o passar do tempo começou a ter-se em linha de conta o ambiente, em particular a instituição, na decisão do estudante permanecer ou abandonar os seus estudos (Tinto, 2006). Hoje em dia, sabe-se que alguns dos factores importantes

são questões financeiras, aspirações académicas, desempenho académico, boa integração e grau de envolvimento (Nora, Barlow, & Crisp, 2005; Tinto, 1987). Mais especificamente, factores como boas relações estabelecidas com colegas e professores, bom ambiente na faculdade e perspectivas profissionais futuras podem contribuir para que um estudante permaneça no curso, mesmo nem sendo a sua primeira opção.

Por outro lado, entre os factores que se relacionam com o abandono, estão problemas psicológicos como depressão, ansiedade, ou problemas de concentração e atenção, bem como problemas de relacionamento com os namorados, problemas económicos, dificuldades de adaptação à instituição, dificuldades por se encontrarem fora do agregado familiar, bem como dificuldades nos estudos (Albuquerque, 2008). É possível, então, concluir que os factores associados com o abandono têm uma natureza multi-causal e que se relacionam não apenas com variáveis pessoais e características académicas do estudante, mas igualmente com variáveis contextuais (Kim, Newton, Downey, & Benton, 2010).

Permanecer no ensino superior até concluir o curso é um desafio para o estudante. Um desafio ainda maior será o de percorrer o ensino superior com sucesso. Note-se que o sucesso pode ser encarado num duplo sentido. Num sentido mais restrito, corresponde ao sucesso académico, ao passo que num sentido mais amplo remete para o sucesso educativo. Enquanto o primeiro se limita mais às aprendizagens e rendimento curricular, o segundo engloba o desenvolvimento psicossocial do aluno e um conjunto mais amplo de competências transversais que podem e devem ser promovidas durante um curso de ensino superior (Almeida, 2002). Em concordância com o segundo sentido, Tavares e Huet (2001), afirmam que o sucesso académico:

Não poderá, na realidade, ser medido apenas pelo rendimento escolar atingido nas diferentes disciplinas do seu plano de estudos e pelo nível mais ou menos elevado das suas classificações. Hoje, conta, sobretudo, o seu desenvolvimento integrado pessoal e social, o seu equilíbrio, o bom senso e maturidade, a sua capacidade de criatividade e de desenvolver relações humanas entre pares e superiores hierárquicos e de ajudar a resolver tensões e conflitos em ambientes de trabalho [...]. Sucesso académico integra, por um lado, de alguma forma o sucesso familiar, escolar, educativo e, por outro, possibilita e potencializa o sucesso social, profissional, cultural, axiológico, numa palavra, humano (p.150).

Numa revisão de literatura, Kuh e colaboradores (2006) salientam alguns dos factores que influenciam o sucesso académico: 1) características e experiências pré-universidade, incluindo a qualidade da preparação académica no ensino secundário, o nível de educação da família, estatuto socioeconómico, nível financeiro; 2) comportamentos, actividades e experiências na universidade como expectativas, envolvimento nas práticas educacionais (e.g. relações entre estudante e universidade, interacções com os pares, contacto com diversidade, actividades curriculares, satisfação do estudante), e características do estudante (e.g. raça, estudantes internacionais, transferência de estudantes, atletas); 3) condições institucionais, nomeadamente políticas, programas, práticas e aspectos culturais.

Por sua vez, Martins (2004) considera que são quatro as grandes causas de insucesso académico, e que estas se encontram: 1) no aluno, que pode chegar à universidade sem suficiente preparação científica, académica e social; 2) na universidade, que considera o aluno não pelo que comporta quando nela entra mas por padrões idealizados; 3) na natureza das representações dos alunos e das suas práticas sociais e escolares; 4) nos processos de ensino-aprendizagem, o que inclui os professores. No que diz respeito aos alunos do primeiro ano, a preparação académica, consubstanciada na nota de acesso ao ensino superior parece ser um preditor mais forte do rendimento académico do que as competências de estudo ou estratégias de aprendizagem (Soares, Guisande, Almeida, & Páramo, 2008). Nos anos seguintes, outros factores podem ganhar mais relevância, como o compromisso com a área académica e a satisfação com as interacções com a instituição.

O insucesso e o abandono académico, embora constituindo-se como problemas distintos, parecem partilhar factores etiológicos, resultando na generalidade de um desajustamento entre factores individuais, centrados no aluno, e factores contextuais, como os docentes ou outros elementos da instituição, ou do próprio meio envolvente no qual está inserido o aluno (Vasconcelos, Almeida, & Monteiro, 2009). Por conseguinte, só será possível promover plenamente a permanência e o sucesso académico intervindo num contexto multidisciplinar (Martins & Jesus, 2007; Pereira et al., 2006).

As instituições do ensino superior deverão ter, neste âmbito, um papel activo, tomando medidas que podem passar pela aposta em: identificação de estudantes de risco; serviços de apoio psicológico; programas de mentorado e de aconselhamento de pares; comunidades de aprendizagem, isto é, pequenos grupos de estudantes que participem num ambiente que promova a coesão, objectivos partilhados, e um percurso integrado e contínuo de experiências dentro e fora das aulas; intervenções que

promovam a interacção entre pessoal das instituições e alunos e programas facilitadores da transição e adaptação em alunos do primeiro ano (McCarthy, 2004; Patton, Morelon, Whitehead, & Hossler, 2006; Taveira, 2001).

### **3. Síntese do capítulo**

Dedicou-se este capítulo ao estudante do ensino superior. Inicialmente procurou-se compreender os aspectos psicossociais característicos da faixa etária entre os 18 e os 25 anos, sensivelmente, e que justificam que este seja considerado um período desenvolvimental distinto da adolescência e da adultez, a adultez emergente. Ainda numa perspectiva psicossocial, abordou-se a teoria de Chickering, que mostra como o ambiente do ensino superior pode afectar o desenvolvimento do estudante a nível emocional, social, físico e intelectual, em particular na formação da sua identidade.

De seguida, abordaram-se os modelos de impacto, que valorizam a interacção das características dos estudantes com as características organizacionais e ambientais da instituição de ensino, procurando avaliar de que modo os contextos do ensino superior afectam a qualidade do desenvolvimento dos estudantes. Como exemplos destes modelos de impacto, foram referenciados os modelos de Astin, Tinto e Pascarella.

Este capítulo terminou com as principais experiências e mudanças que o ensino superior proporciona na vida do estudante, desde a entrada até ao final do curso. Se, no primeiro ano, as questões centrais se prendem com a transição e a adaptação do estudante a vários níveis, nos anos seguintes emergem problemáticas como a permanência versus abandono académico e o (in)sucesso. Todas estas questões podem ser vivenciadas ora como exigências, ora como desafios, o que poderá ser gerador de stress, mas também potenciador de crescimento a nível académico, pessoal e social.



**CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO ENSINO  
SUPERIOR**





O presente capítulo é composto por duas partes distintas. A primeira parte é destinada à problematização e delimitação de conceitos básicos relacionados com a saúde mental. Tem início com uma breve perspectiva histórica sobre a forma como o conceito de saúde mental tem sido encarado até aos dias de hoje. Depois, partindo da definição positiva proposta pela Organização Mundial de Saúde, debatem-se as diferentes perspectivas acerca da operacionalização, aplicabilidade e utilidade dos conceitos de saúde mental e de bem-estar. Finalmente, é debatida a importância da aposta na promoção da saúde mental.

A segunda parte do capítulo consiste essencialmente na caracterização do estado de saúde mental dos estudantes de hoje, primeiro sob uma perspectiva mais geral e depois focando mais ao pormenor dois dos problemas mais comuns nos estudantes, a depressão e o stress. Seguidamente acompanha-se a evolução da saúde mental dos estudantes ao longo dos últimos anos. Considerando o *status quo*, são investigadas as respostas que as instituições de ensino superior têm colocado à disposição dos seus estudantes, através de serviços de apoio psicológico, nomeadamente em Portugal.

## **1. Saúde mental: conceptualização**

A saúde mental é parte integrante da saúde, pelo que a forma como tem sido conceptualizada ao longo dos tempos reflecte o modo como a saúde, de um modo geral, tem sido encarada pelo homem. É feita, de seguida, uma breve incursão pela evolução do conceito de saúde mental.

### **1.1. Evolução do conceito de saúde mental**

A saúde e a doença têm acompanhado o Homem desde o início da sua existência, mas tal como o Homem, estes conceitos têm evoluído. Assim, o conceito de saúde tem variado consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a diversidade e variabilidade inerente à experiência humana, tornando-se, por esse motivo, difícil de delimitar (Pais Ribeiro, 1994).

Por exemplo, na Grécia antiga considerava-se que o bem-estar e a saúde eram fruto do equilíbrio entre aspectos ambientais, como o vento e a água e o comportamento

do indivíduo, incluindo os seus hábitos alimentares, trabalho ou recreação, denotando uma visão holística que se prolongou, de algum modo, até à Idade Média. Contudo, no Pós-Renascimento estas perspectivas foram sendo progressivamente abandonadas com a emergência do pensamento científico moderno, tendo sido substituídas pelo modelo biomédico.

Segundo este modelo, o homem é equiparado a uma máquina e, neste contexto, a doença é comparada a uma avaria temporária ou permanente no funcionamento de um componente ou na relação entre componentes. Se antes a ênfase era colocada no todo, agora passa a estar nas pequenas partes, que podem ser analisadas separadamente. Para além disso, o foco da atenção médica é deslocado do indivíduo com as suas especificidades, para as características universais de cada doença. A saúde e doença são, então, conceptualizadas como duas entidades qualitativamente diferentes, sem que haja uma continuidade entre elas, ou seja, uma pessoa é saudável ou doente (Ogden, 2004). Do mesmo modo, a saúde mental é vista como a ausência de doenças mentais. Por fim, há uma focalização no corpo e nos aspectos materiais em detrimento do ambiente, das emoções e aspectos morais, sociais e comportamentais (Pais Ribeiro, 2007a).

A primeira revolução da saúde caracterizou-se pela aplicação do modelo biomédico, na prevenção das doenças, tendo tido bastante sucesso e conduzido posteriormente ao aparecimento das medidas de saúde pública. Contudo, no século XX há uma crescente consciência de que os comportamentos podem contribuir significativamente para o aparecimento de doenças, pelo que o foco passou das doenças para a promoção da saúde, tendo dado origem à segunda revolução da saúde. É neste contexto que surge a insatisfação pelo modelo biomédico e a necessidade de criação de um modelo alternativo, o modelo biopsicossocial, que tem dois princípios: o diagnóstico deverá ter em conta a interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais; os tratamentos interagem uns com os outros, assim como o indivíduo com o seu meio ambiente. Pais Ribeiro (2007, p.56) sintetiza estas transformações afirmando que “o modelo biomédico se centrou na doença, a primeira revolução da saúde se centrou na prevenção das doenças, e que a segunda revolução da saúde se centrou na saúde”.

Embora durante muito tempo a saúde e a saúde mental tenham sido conceptualizadas no âmbito da patologia, à luz do modelo biomédico, em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou, na Conferência Internacional de Saúde em Nova Iorque, uma inovadora definição de saúde, com base no modelo biopsicossocial, que perdura até aos dias de hoje. Saúde foi então definida como um

estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization [WHO], 1946). Segundo esta definição, a saúde mental é parte integrante da saúde e esta não existe sem aquela (Prince et al., 2007). Saúde mental, por sua vez, é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalhar produtivamente e é capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade (WHO, 2007a).

## **1.2. Saúde mental numa perspectiva positiva**

Neste tópico são problematizados alguns aspectos pertinentes relativos à definição e operacionalização de saúde mental numa visão positiva, assim como relativos ao bem-estar.

### **1.2.1. Definição e operacionalização de saúde mental numa perspectiva positiva**

Embora a definição de saúde mental da OMS possa parecer, à primeira vista, simples e clara, depois de alguma reflexão ela surge como ambígua e vaga, pelo que tem sido alvo de diversas críticas e não tem conseguido reunir o consenso de profissionais de saúde nem investigadores, mantendo-se a controvérsia à volta deste tema.

Por um lado, apesar de aquela definição possuir uma vertente marcadamente positiva (Vaillant, 2003; WHO, 2001; 2004b), verifica-se que a ciência se tem preocupado mais com a doença mental, tendo relegado a saúde mental para um segundo plano, e encarando-a, por defeito, como a ausência de psicopatologia (Keyes, 2005). Esta tendência é visível na produção científica, mais concretamente no contraste entre a extensa literatura que se pode encontrar sobre prevenção de doença mental e os escassos textos sobre promoção da saúde mental (Secker, 1998). Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) puderam constatar esta discrepância numa busca que realizaram na *internet* de artigos publicados entre 1987 e 1999, em que encontraram 57 800 artigos sobre ansiedade e 70 856 sobre depressão, mas apenas 5701 que mencionassem satisfação com a vida e ainda menos, 851, que referissem alegria.

Zikmund (2003) tenta explicar esta predilecção da ciência pela doença, alegando que a saúde não chama a atenção do homem, pois é entendida como algo natural. Pelo contrário, os distúrbios da saúde são notados, pois representam sofrimento, perigo ou

ameaça de vida. Logo, talvez seja por esse motivo que existem descrições de centenas de sintomas e sinais de distúrbios de saúde, mas apenas descrições gerais ou vagas de saúde, como se esta não tivesse uma identidade própria, ao contrário das doenças.

De facto, definir e operacionalizar saúde mental de forma positiva não são tarefas fáceis. Por isso, Vaillant (2003) afirma que antes de qualquer tentativa nesse sentido, é essencial ter em consideração vários aspectos. Em primeiro lugar, é necessário ter em conta que o valor médio, ou o centro de uma distribuição normal, pode não ser sinónimo de saudável. Depois, o que é considerado saudável, por vezes depende da geografia, cultura, e momento histórico. Em terceiro lugar, é necessário esclarecer o que está em causa quando se fala de saúde: um estado ou um traço? Por fim, convém estar atento ao perigo da contaminação de valores, ou seja, por um lado deve atender-se à diversidade antropológica de comportamentos ao longo das várias culturas, contudo, ao mesmo tempo, deve ter-se em mente que nem todos os comportamentos possíveis ou aceitáveis, são os desejáveis, devendo, por isso, prevalecer o bom senso.

Um aspecto que dificulta a definição de saúde mental é o facto de esta implicar, para além de um componente objectivo, comportamental, manifestações de aspectos subjectivos da vida que formam o mundo interno de cada pessoa, como sejam os processos psicológicos do pensamento, emoções, sentimentos e necessidades (Zikmund, 2001). Assim, mesmo considerando a saúde mental numa perspectiva positiva, esta tem sido conceptualizada em termos de diversos componentes, como a resolução de problemas, a competência social ou a autonomia, o que pode ser de algum modo reducionista e não se coaduna com uma visão holística (Secker, 1998).

Das inúmeras abordagens positivas de saúde mental que têm surgido nos últimos anos, Vaillant (2003), destaca seis modelos que têm reunido, recentemente, alguns dados empíricos, alertando para o facto de cada um deles descrever apenas parte do que é a saúde mental. Primeiro, a saúde mental pode ser conceptualizada como um estado mental, objectivamente desejável, que se situa acima do normal. Entram nesta categoria a capacidade de amar, trabalhar e agir, a resolução eficaz de problemas, o investimento na vida e a autonomia. Em segundo lugar, a saúde mental pode ser encarada como ideal, à luz da psicologia positiva, estando associada a princípios ou valores como o amor, a temperança, a sabedoria e o conhecimento, a coragem, a justiça e a transcendência. Em terceiro lugar, a saúde mental pode ser encarada como maturidade, sendo visível na capacidade de amar, na ausência de padrões de resolução de problemas estereotipados e estéreis, na aceitação realista dos condicionalismos impostos pelo tempo e lugar em que se está no mundo, expectativas apropriadas e objectivos para si próprio e

capacidade de ter esperança. Em quarto lugar, pode ser equiparada à inteligência sócio-emocional, que consiste em: percepção e monitorização precisa das próprias emoções; modificação das emoções de modo que a sua expressão seja adequada; reconhecimento e resposta adequadas às emoções dos outros; capacidade de negociar relações próximas com os outros; motivação ou capacidade de focar as emoções num objectivo desejado. Em quinto lugar, saúde mental pode ser entendida como resiliência, aparecendo neste caso associada à adaptação bem sucedida e ao conceito de homeostase. Por fim, pode ser conceptualizada como bem-estar subjectivo – um estado mental que é subjectivamente experienciado como alegre, satisfeito e desejado.

Independentemente da inclinação por um ou por outro destes modelos, tem-se verificado algum ceticismo quanto à aplicabilidade da medição e classificação dos indivíduos em termos de saúde mental numa perspectiva positiva, havendo mesmo alguns autores que, apesar de considerarem este conceito interessante, acreditam que não é muito útil para a tarefa de classificar diferentes pessoas, grupos ou populações (Mechanic, 1999). Contudo, o que é certo é que a maioria da população não sofre de nenhuma doença mental, ainda assim muitos indivíduos sem doenças mentais não se sentem saudáveis nem funcionam bem, o que vai contra a visão tradicional de saúde mental como ausência de psicopatologia, que se baseia na assunção, ainda pouco testada, de que doença e saúde mental formam uma única dimensão bipolar. Neste contexto, o modelo do bem-estar parece encontrar algumas respostas para esta situação, com base em dados empíricos, tendo, por isso, vindo a conquistar terreno nos últimos anos.

De facto, os dados existentes mostram claramente que as medidas de bem-estar subjectivo, conceptualizadas como indicadores de saúde mental, são factorialmente distintas mas correlacionadas com as medidas de sintomas de distúrbios mentais. Uma análise factorial confirmatória de uma amostra de mais de 3000 sujeitos americanos, mostrou precisamente que os factores latentes da saúde mental e da doença mental se correlacionam a 0.53, indicando que apenas um quarto da variância entre as medidas de saúde e doença mental são partilhadas (Keyes, 2005). Aliás, parece haver um gradiente entre os dois construtos, registando-se um aumento da prevalência de doença mental à medida que o nível de saúde mental diminui, verificou-se numa investigação em que se analisou a relação entre saúde mental e psicopatologia (episódio depressivo major, distúrbio de pânico, ansiedade generalizada e dependência do álcool) (Keyes, 2005). Deste modo, não é muito provável que uma pessoa esteja satisfeita com a vida e deprimida ao mesmo tempo (Headey, Kelley, & Wearing, 1993).

A hipótese de que saúde mental e doença mental não são extremos opostos numa dimensão bipolar, mas sim dois factores distintos e correlacionados tem vindo a ser consolidada por diversos estudos, nomeadamente num estudo envolvendo marcadores biológicos (Ryff et al., 2006) e estudos com diferentes faixas etárias, desde crianças (Suldo & Shaffer, 2008) a jovens adultos e idosos (Westerhof & Keyes, 2010). O facto de se avaliar apenas a psicopatologia, isoladamente, pode levar a uma sub ou sobre-estimação do funcionamento em importantes áreas de vida. Por exemplo, a ausência de problemas de saúde mental pode não ser suficiente para ter rendimento académico, relações sociais ou saúde física a níveis óptimos.

Por conseguinte, os indicadores de bem-estar devem complementar, e não substituir, os tradicionais índices negativos. Nesse sentido, a saúde mental implica a presença de bem-estar, mas não se reduz a ele, devendo ser efectivamente encarada como um estado completo (Keyes, 2005, 2006). Segundo Keyes (2002, 2007), o estado de saúde mental de uma pessoa resulta da conjugação do grau de bem-estar com os níveis de sintomatologia, como se pode conferir na Figura 1, que constitui uma esquematização do seu “modelo de saúde mental completa”.

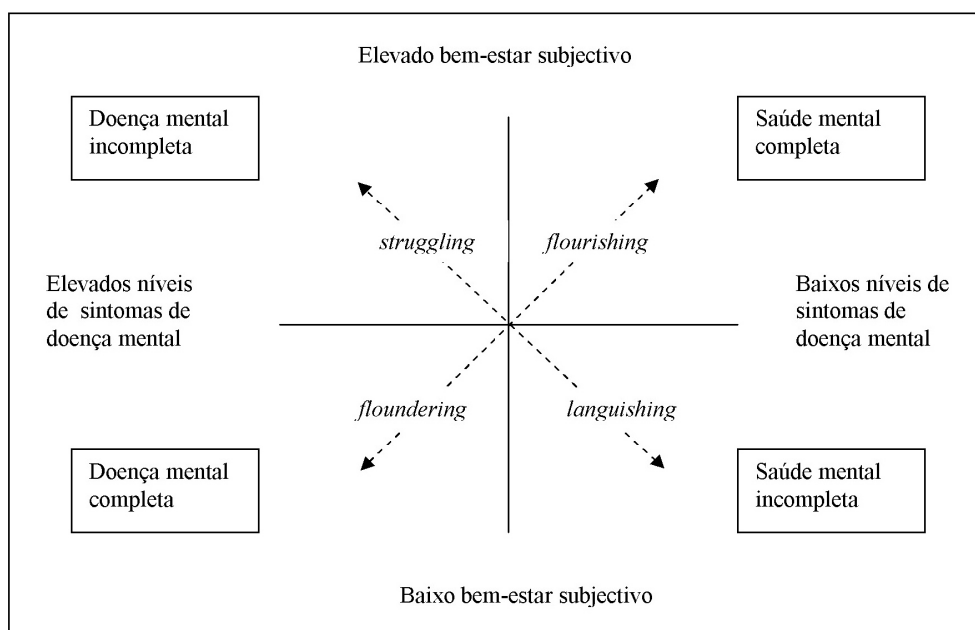


Figura 1. Modelo de saúde mental completa (adaptado de Keyes & Lopez, 2002)

O modelo de Keyes representa, assim, a existência de duas variáveis distintas: a sintomatologia psicopatológica e o bem-estar. Da conjugação destas duas variáveis surgem quatro cenários possíveis. Elevados níveis de sintomatologia juntamente com baixos níveis de bem-estar correspondem ao estado de doença mental completa. Quando há elevados sintomas psicopatológicos, mas elevado bem-estar, o resultado é doença mental completa. Por sua vez, quando se verifica a ausência de sintomas, mas baixo bem-estar, essa situação corresponde a saúde mental incompleta. Finalmente, o estado de saúde mental completo só é possível na ausência de sintomas psicopatológicos e na presença de elevados níveis de bem-estar, o que vai ao encontro da perspectiva da Organização Mundial de Saúde.

### **1.2.2. Bem-estar subjectivo e psicológico**

A Organização Mundial de Saúde encara o bem-estar como um componente fulcral da saúde mental (WHO, 2007a). Mas o que é afinal o bem-estar? Ao longo da história, tem sido caracterizado como um conceito abrangente e difuso (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Não obstante, começaram a delinear-se na segunda metade do século passado duas linhas de pensamento distintas no estudo do bem-estar: 1) o bem-estar subjectivo que lida com a felicidade (perspectiva do hedonismo); 2) o bem-estar psicológico que lida com o potencial humano (perspectiva do eudemonismo).

A primeira, que diz respeito ao bem-estar subjectivo, surgiu nos anos na década de 1950, e caracteriza-se pelo julgamento de felicidade geral e pelas emoções positivas (Diener, Lucas, & Oishi, 2002). Mais concretamente, o bem-estar subjectivo é encarado como abarcando três componentes: a satisfação com a vida, o afecto positivo e o afecto negativo (Diener, 2000; McCullough, Heubner, & Laughlin, 2000; Sirgy, 2002). A satisfação com a vida refere-se ao reconhecimento cognitivo de felicidade, tanto a um nível global, como em diversos domínios, como a família, escola, trabalho ou tempo livre. Por sua vez, o afecto positivo refere-se a emoções e humores agradáveis, enquanto o afecto negativo, está relacionado com emoções como a depressão, o stress e a raiva. Uma pessoa com elevado bem-estar será então aquela que apresente um elevado grau de satisfação com a vida, elevados níveis de afecto positivo e baixos níveis de afecto negativo.

Nesta perspectiva, o conceito de bem-estar subjectivo encontra-se intimamente relacionado com os de felicidade e qualidade de vida. Aliás, surgiu aquando de uma procura de indicadores úteis para medir a qualidade de vida. Assim, embora ambos os

constructos digam respeito à satisfação de necessidades materiais, biológicas, psicológicas, sociais e culturais e exigências de um indivíduo que são necessárias para a satisfação com a sua vida, no termo bem-estar incluem-se os estados experimentados imediatamente, enquanto no termo qualidade de vida estão pressupostas condições mais complexas que permitam a satisfação com a vida, são de maior duração e perspectiva positiva (Zikmund, 2001; 2003). O bem-estar constitui então uma condição necessária, mas não suficiente, para a qualidade de vida.

Qualidade de vida pode, então, ser vista como uma satisfação com a vida em geral e sentimentos de bem-estar pessoal (Shumaker, Anderson, & Cjzkowski, 1990). Segundo o grupo da WHOQoL, trata-se de um conceito complexo que é afectado pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência e relações com aspectos salientes do meio ambiente, podendo ser entendido como a percepção de um indivíduo quanto à sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores no qual vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQoL group, 1993).

Embora os estudos sobre bem-estar subjectivo tenham proliferado, na década de 1980 surgiu uma segunda perspectiva do bem-estar, que considera que o bem-estar não é apenas um resultado ou fim, mas sim um processo de realização do potencial de um indivíduo. Denominado bem-estar psicológico, este conceito tem por base as teorias da psicologia desenvolvimental do adulto que sublinham o potencial do indivíduo para uma vida com sentido e auto-realização. O bem-estar psicológico pode ser operacionalizado em seis dimensões que se relacionam com diferentes desafios que o indivíduo encontra à medida que se esforça por funcionar de forma positiva (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008):

- 1) auto-aceitação - as pessoas tentam sentir-se bem consigo próprias mesmo estando cientes das suas limitações;
- 2) relações positivas com os outros - tentam desenvolver e manter relações interpessoais baseadas na confiança;
- 3) mestria do ambiente - tentam modelar o ambiente para ir ao encontro das suas necessidades e desejos;
- 4) autonomia - ao manterem a sua individualidade num contexto social mais abrangente, as pessoas procuram um sentido de autodeterminação e autoridade pessoal;



5) sentido para a vida - tentam encontrar um significado para os seus esforços e desafios;

6) crescimento pessoal – tentam tirar o maior proveito dos seus talentos e capacidades.

Um estudo de Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) que recorreu a uma análise factorial confirma a hipótese de que bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico são dois factores correlacionados, ainda que cada um represente uma faceta distinta do bem-estar geral. São os factores fortemente existenciais do bem-estar psicológico, nomeadamente o sentido da vida e o crescimento pessoal, que mais o distinguem das avaliações afectivas e da satisfação com a vida do bem-estar subjectivo.

Em resumo, estas duas abordagens, embora se sobreponham nalgumas áreas, tendem a levantar questões diferentes e, por conseguinte, a complementar-se, fornecendo em conjunto uma visão mais ampla da pessoa, do contexto e dos factores culturais que se relacionam com a natureza e promoção do bem-estar e, de uma forma mais geral, da saúde mental (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001). Paraphraseando Keyes (2006), a chave para o desenvolvimento das capacidades humanas não reside meramente na promoção da felicidade humana (bem-estar subjectivo), mas também nos esforços concertados para permitir às populações que desenvolvam plenamente as suas competências e alcancem o seu potencial (bem-estar psicológico).

### **1.3. Promoção da saúde mental**

Habitualmente associa-se a prevenção ao evitamento das doenças mentais, e a promoção da saúde mental ao aumento da qualidade de vida e potencial para a saúde e bem-estar, e não tanto à diminuição de sintomas ou défices (Secker, 1998). Neste contexto, a promoção da saúde mental só faz sentido se houver uma perspectiva positiva de saúde mental. Ao identificar os aspectos positivos da saúde mental, é possível salientar ou definir as áreas para promover e os objectivos a serem atingidos.

Apesar disso, é importante atingir não apenas os aspectos positivos da saúde mental, mas também os de doença, pelo que os elementos preventivos e promocionais devem ser complementares, podendo até ser apresentados num mesmo programa (WHO, 2002). Aliás, há mesmo autores que consideram que a promoção da saúde

mental engloba a promoção da saúde mental positiva, a prevenção e detecção precoce de doença mental e a promoção da saúde em pessoas com doenças mentais (Barry, 2001).

Será que os indivíduos com perturbações mentais beneficiam de estratégias de promoção da saúde mental? Os dados disponíveis indicam que ganhos na saúde mental parecem prever diminuições na doença mental, e perdas na saúde mental parecem prever o aumento de doença mental, o que não só vem adicionar suporte à hipótese de que doença e saúde mental são dois factores correlacionados, como vem sublinhar a necessidade de se apostar na promoção de saúde mental mesmo naqueles que sofrem de problemas mentais (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010). A título de exemplo, Fava (1996) implementou uma intervenção de promoção do bem-estar, que consistia em manter o foco na experiência positiva e aprender a elaborar e saborear essa experiência em doentes deprimidos e constatou que os efeitos desta intervenção estavam associados a um aumento na remissão da depressão, sendo que as melhorias permaneceram visíveis no *follow-up* de 6 anos.

Para além disso, dados recentes mostram que o impacto da promoção da saúde mental não ocorre somente ao nível psicológico, mas também ao nível físico, do funcionamento biológico dos indivíduos. Uma extensa revisão de literatura efectuada em 2005 reúne evidências da ligação entre afecto positivo (felicidade, alegria, contentamento e entusiasmo) e menor morbidade, aumento de longevidade e redução de sintomas físicos (Pressman & Cohen, 2005). Outra revisão, ainda mais recente, conclui que um maior bem-estar se encontra associado a uma redução da mortalidade, quer em pessoas saudáveis, quer em pessoas com problemas físicos de saúde, como insuficiência renal e infecção por VIH – vírus da imunodeficiência humana (Chida & Steptoe, 2008).

Maiores níveis de bem-estar enquanto crescimento pessoal, auto-desenvolvimento e sentido para a vida relacionaram-se também com uma série de marcadores biológicos como menores níveis de cortisol salivar, citocinas pró-inflamatórias e risco cardiovascular, e maior duração de sono REM (Ryff, Singer, & Love, 2004). Não só existem interacções complexas entre saúde física e mental, como ambas partilham muitos dos mesmos determinantes sociais, ambientais e económicos (Raphael, Schmolke, & Wooding, 2005). Por esses motivos, a promoção da saúde mental terá um impacto positivo na saúde física.

Quando se fala em determinantes refere-se a características específicas e caminhos pelos quais as condições sociais afectam a saúde e que podem ser alterados pela acção informada (Primm et al., 2010). Alguns exemplos são as experiências

precoces, o nível educacional, o rendimento, o suporte social, discriminação e exclusão social. Neste sentido, a promoção da saúde mental deve considerar os factores sociais que podem interagir com os determinantes biológicos da saúde e doença mental (Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020, 2008).

Tendo em conta a interligação entre saúde mental, saúde física e condições sociais, as tentativas para compreender as doenças, desenvolver intervenções e desenhar estratégias de promoção da saúde serão mais eficazes se forem baseadas num modelo psicossocial dinâmico e complexo de doença e saúde (Manderscheid et al., 2010). Assim, as intervenções de promoção da saúde mental deverão combinar a construção de competências pessoais com a criação de ambientes que potenciem os factores protectores nos contextos em que as pessoas passam mais tempo (Pollet, 2007). Dito de outro modo, a promoção da saúde mental deve abordada na óptica da saúde pública e as intervenções deverão ser pensadas a vários níveis, abarcando um conjunto de sectores, políticas, programas, contextos e ambientes (Keleher & Armstrong, 2006; Sturgeon, 2006).

## **2. A saúde mental dos estudantes**

Uma vez apresentados alguns conceitos fundamentais na área da saúde mental, estes são agora aplicados ao contexto do ensino superior. É assim realizada uma caracterização do estado actual da saúde mental dos estudantes universitários, a nível de sintomatologia psicopatológica e também de bem-estar.

### **2.1. Caracterização geral**

A frequência do ensino superior é, inquestionavelmente, um período de potencial desenvolvimento pessoal e social para o estudante (Tavares et al., 2007). Não obstante, é também um período de stress acrescido, pois o jovem adulto é confrontado com uma série de desafios relacionados com: as tarefas desenvolvimentais, como a formação da identidade, autonomia crescente e o estabelecimento de relações íntimas; pressões do

meio académico e pressões parentais para tirar boas notas, preocupações financeiras e ansiedades sociais (Kadison & DiGeronimo, 2004).

Ir para a universidade é assim um marco desenvolvimental que é superado de uma forma saudável por muitos estudantes, que dão provas da sua resiliência, mas que pode exacerbar dificuldades psicológicas pré-existentes ou desencadear o surgimento de novas dificuldades noutros estudantes. Na verdade, estima-se que 51% dos estudantes com problemas mentais no ensino superior, já apresentassem esses problemas antes de ingressar e que os restantes tenham desenvolvido esses problemas durante a sua frequência (Megivern, Pellerito, & Mowbray, 2003).

Os estudantes universitários parecem ser uma população de risco, tanto que são várias as investigações que têm indicado que os seus níveis de saúde mental são inferiores aos da população geral, o que tem levado a uma preocupação crescente da comunidade científica por este tema (e.g. Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Monteiro, 2008; Roberts & Zelenyansky, 2002; Stewart-Brown et al., 2000). Apesar disso, a compreensão do estado de saúde mental dos estudantes universitários é ainda limitada. Até há poucos anos atrás, a maioria dos dados disponíveis provinha dos centros de aconselhamento, o que quer dizer que apenas se conhecia o estado daqueles alunos que procuravam ajuda psicológica.

Dados internacionais mostram que os principais motivos para procura de ajuda junto dos serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior são a ansiedade, depressão, comportamento suicida, auto-mutilação, abuso de substâncias, distúrbios alimentares e comportamento psicótico (Kadison & DiGeronimo, 2004; Sharkin 2006). A nível nacional, a situação parece ser semelhante, como reporta a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES, 2002).

Dados provenientes das consultas de Psicologia Clínica e da Saúde dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra indicam que as perturbações mais frequentes dos alunos são as de ansiedade (38%), sendo 12.6% ansiedade social generalizada, 13.5% ansiedade aos exames e 10% casos de perturbações de pânico, seguidas das perturbações de humor, em especial a depressão major (20.6%). No que diz respeito aos géneros, são as mulheres aquelas que mais recorrem a ajuda profissional (68.2%) (Melo et al., 2010).

Por sua vez, dados provenientes da Consulta de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA), relativos ao ano lectivo 2008/2009 e ao primeiro semestre do ano 2009/2010 indicam que a maioria (58%) dos problemas apresentados pelos alunos se enquadram nalgum quadro clínico presente no DSM-IV TR

(APA, 2000). O diagnóstico mais frequente é a depressão (11,6%), seguida de ataques de pânico (10,5%), ansiedade generalizada (7,4%), perturbações alimentares – anorexia e bulimia (5,3%) e perturbação da adaptação (5,3%). Para além disso, estão também representados a ansiedade social, fobias específicas (a agulhas/injecções e viagens de avião), perturbação bipolar II, dificuldades de aprendizagem (dislexia), perturbações da comunicação/fala (gaguez), stress pós-traumático, perturbações do sono (insónia) e perturbações sexuais (disfunção sexual – perturbação de baixo desejo sexual). Os restantes casos (42%) apresentam problemas diversos, como dificuldades escolares/hábitos e métodos de estudo; problemas em relações amorosas; conflitos familiares (e.g. divórcio dos pais, dificuldades económicas, violência doméstica); conflitos académicos (e.g. competitividade entre colegas e dúvidas no percurso vocacional); acontecimentos geradores de sintomas depressivos (e.g. luto e doença crónica); e dificuldades de relacionamento interpessoal (Oliveira, 2010).

Embora muitos estudantes recorram aos serviços de apoio psicológico, muitos outros não o fazem, mesmo apresentando sintomatologia significativa. A título de exemplo, um estudo de 2007 em que se perguntava aos estudantes se no último ano tinham experienciado humor ansioso ou deprimido ou algum problema mental ou emocional, 72% responderam afirmativamente. Desses, 31% não procuraram qualquer ajuda e dos que procuraram, 28% recorreram aos amigos e apenas 4% se dirigiram a serviços especializados, como os centros de aconselhamento (Turner, Hammond, Gilchrist, & Barlow, 2007).

É imprescindível estudar também os alunos que não vão aos centros de aconselhamento e analisar as similaridades e diferenças entre estes e aqueles que estão a ser acompanhados (Sharkin & Coulter, 2005). Neste contexto, o *National College Health Assessment* pode ser visto como um primeiro passo em direcção a uma maior compreensão do actual estado de saúde mental de todos os estudantes e não apenas da população clínica (Soet, & Sevig, 2006). Este projecto foi criado há 10 anos pela *American College Health Association (ACHA)* e consiste num inquérito realizado anualmente nos Estados Unidos da América para coleccionar dados sobre aspectos diversos de saúde, incluindo uma secção sobre saúde mental.

Ao longo destes anos, os resultados têm mostrado consistentemente prevalências elevadas na sintomatologia avaliada, nomeadamente depressiva e ansiosa. Nos resultados mais recentes, relativos a 2010, que estão patentes na Tabela 1, é possível verificar que, durante o último ano, cerca de um quarto dos estudantes se sentiu muito triste, e cerca de um quinto se sentiu esmagado pelo que tinha para fazer, apresentando

uma ansiedade devastadora. Ao considerar todos aqueles que sentiram pelo menos uma vez, algum destes sintomas, as percentagens sobem vertiginosamente (American College Health Association [ACHA], 2010).

Tabela 1 *Prevalência de alguns sintomas psicológicos em 2010, retirados do National College Health Assessment (ACHA, 2010)*

Sintoma	Ao longo dos últimos 12 meses (%)	Pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (%)
Sentir que não havia esperança	22	45.6
Sentir-se esmagado pelo que tinha para fazer	20.5	85.2
Sentir-se esgotado (sem ser devido a exercício físico)	17.8	80.1
Sentir-se muito sozinho	22.6	56.4
Sentir-se muito triste	25.1	60.7
Sentir-se tão deprimido que era difícil funcionar	15.6	30.7
Sentir uma ansiedade devastadora	19.9	48.4
Sentir uma raiva devastadora	18.4	38.2
Pensar em suicidar-se	3.9	6.2
Tentar suicidar-se	0.8	1.3

No Reino Unido, sensivelmente na mesma altura em que foi criado o *National College Health Assessment*, conduziu-se, na Universidade de Leicester, um estudo abrangente para compreender melhor os problemas de saúde mental dos estudantes. Um dos instrumentos utilizados foi o *Brief Symptom Inventory (BSI)*, um inventário de 53 itens que compreendem diversos sintomas psicológicos, possibilitando uma avaliação inicial de um leque variado de problemas de saúde mental (Derogatis, 1993; Derogatis & Melisaratos, 1983). Os resultados foram agrupados em 6 factores de acordo com as indicações de Heyes (1997): depressão, somatização, hostilidade, conforto social, obsessão-compulsão, ansiedade fóbica. Utilizando a pontuação 2 como ponto de corte para indicar sintomatologia moderada, os dados indicam que 14% dos estudantes parecem estar moderadamente deprimidos, 13% com sintomas obsessivo-compulsivos, 12% com desconforto social, 9% com sintomas de hostilidade, 3.5% de somatização e 3% de ansiedade fóbica (Grant, 2002).

A partir daí, surgiram mais estudos não só no Reino Unido (Bewick, Gill, Mulhern, Barkham, & Hill, 2008; Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley & Audin, 2006), mas um pouco por todo o mundo. Países como a Noruega (Nerdrum, Rustoen, & Ronnestad, 2006),

Turquia (Bayram, & Bilgel, 2008), Canadá (Afdlaf, Gliksman, Demers, & Newton.Taylor, 2001), Japão (Watanabe, 1999) ou a China (Wong, Cheung, Chan, Ma, & Tang, 2006) deram-nos a conhecer um pouco mais acerca da saúde mental dos seus estudantes. Quanto a Portugal, os dados existentes são francamente insuficientes.

O que todos aqueles estudos têm em comum é a elevada percentagem de alunos com níveis significativos de sintomatologia psicopatológica. Embora não seja possível uma comparação directa, já que os instrumentos utilizados foram diversos, os resultados obtidos apontam para valores entre cerca de 20% e 40% de estudantes com sintomatologia clinicamente significativa. Entre os principais problemas referidos por estes e outros estudos na área, destacam-se: perturbações de humor, perturbações de ansiedade, distúrbios alimentares, perturbações ligadas ao uso e abuso de álcool e substâncias, esquizofrenia e auto-mutilação (Royal Colege of Psychiatrics, 2003, Sharkin, 2006).

Embora já se reúnam alguns dados acerca da sintomatologia dos estudantes, existe ainda uma lacuna considerável quanto a variáveis positivas, como o bem-estar. Contudo, estas variáveis também são importantes pois, mesmo na ausência de psicopatologia, os sujeitos com baixos níveis de bem-estar não são tão produtivos e podem não funcionar tão bem com aqueles com níveis elevados de bem-estar, podendo mesmo ser tão disfuncionais como indivíduos com doenças mentais (Keyes, 2005, 2006). Investigações na área da educação indicam que, do mesmo modo, os estudantes com boa saúde mental são mais bem sucedidos em termos académicos e que intervenções que fortaleçam as capacidades sociais, emocionais e de tomada de decisão afectam também positivamente o desempenho académico. Por conseguinte, é necessário alargar as variáveis de estudo, para começar a incluir aspectos positivos como o bem-estar.

Os escassos estudos que têm abordado o bem-estar dos estudantes têm-no feito essencialmente sob duas perspectivas: uma centra-se na comparação entre estudantes e a população geral e a outra na caracterização dos níveis dos estudantes, estabelecendo comparações entre diferentes grupos. Quanto à primeira, os resultados têm indicado que os níveis de bem-estar dos estudantes são inferiores aos da população em geral (e.g. Roberts & Zelenyanski, 2002; Roberts et al., 1999; Stewart-Brown et al., 2000), nomeadamente no que concerne à satisfação com a vida (Cummins, 2003; Vaez, Kristenson, & Laflamme, 2004). Quanto à segunda têm-se caracterizado os níveis de bem-estar e comparado o bem-estar de estudantes com base em diferenças nas características sociodemográficas, como a área de residência (urbana ou rural), o género, e a área de estudo (Ren, 2009). Dados relativos a Portugal mostram que os estudantes

parecem estar satisfeitos com a sua vida, nomeadamente com a sua família, área romântica e saúde, apresentando apenas algumas dificuldades em lidar com a área académica (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Para os profissionais de saúde que trabalham nas instituições do ensino superior, os efeitos negativos de certos aspectos da saúde mental são claros. Por exemplo, a depressão severa não tratada pode diminuir o funcionamento cognitivo (Haines, Norris, & Kashi, 1996). Por seu turno, a ansiedade pode dificultar a evocação de informação que o estudante tenha aprendido na noite anterior (Spence, Duric, & Roeder, 1996).

Eisenberg, Golberstein e Hunt (2009) conduziram um estudo longitudinal pioneiro sobre a forma como os problemas de saúde mental predizem o sucesso académico em estudantes universitários. Como esperado, os resultados indicaram que a depressão é um preditor significativo da média das notas e do abandono da universidade. Para além disso, a associação entre depressão e notas torna-se mais forte em estudantes que tenham também uma perturbação de ansiedade.

Para além dos profissionais de saúde, também os professores (Backels & Wheeler, 2001) e os próprios alunos parecem reconhecer que os aspectos relativos à saúde mental têm um impacto importante no funcionamento académico. Nos Estados Unidos da América fez-se um levantamento, junto de 28 000 estudantes, para averiguar quais os factores que estes consideravam estar a afectar o seu desempenho académico. Em primeiro lugar, surgiu o stress (29%) e, excepto o segundo lugar que tinha a ver com questões físicas (ter uma constipação ou dores de garganta - 22%), os factores apontados relacionaram-se com questões psicológicas: perturbações de sono (21%), preocupação com um membro da família ou amigo com problemas (16%), dificuldades relacionais (15%), depressão e ansiedade (11%) e uso de álcool (10%) (ACHA, 2002).

Uma consequência dos problemas de saúde mental é a utilização crescente de psicofármacos. Face às crescentes exigências académicas, alguns estudantes recorrem aos estimulantes para melhorar a concentração, a focalização e a capacidade de estar alerta, sendo particularmente utilizados para ficar acordado até mais tarde ou estudar mais nas vésperas dos exames. Outros, por não conseguirem lidar eficazmente com o stress, ou para diminuírem a sensação de tristeza ou sintomas depressivos, tomam anti-depressivos (Kadison, 2005). Os estudantes de hoje cresceram numa cultura em que a medicação para problemas psicológicos é comum e é mais aceite socialmente do que no passado. É com rapidez e facilidade que são medicados, mesmo para lidar com os problemas normais do dia-a-dia, o que é preocupante (Carter & Wiseman, 2003). Para



além disso, alguns estudantes podem encarar a medicação como uma resposta fácil e alternativa ao aconselhamento. Este fenómeno está tão generalizado, que Jeffrey Young utiliza a expressão “Prozac Campus” para o descrever (Young, 2003).

Quando o estudante considera que as pressões da vida universitária são demasiadas e não consegue lidar com elas, sentindo-se impotente e sem esperança, pode pensar, tentar ou mesmo executar o suicídio. Nos últimos anos, assistiu-se à mediatização de alguns casos de suicídio, o que chamou ainda mais a atenção para esta problemática (Sontag, 2002; Tavernise, 2003). Embora a taxa de suicídios seja baixa nesta população, entre 6.5 e 7.5 em cada 100.000 alunos (nos Estados Unidos), a verdade é que constitui a segunda causa de morte entre os estudantes do ensino superior (King, Vidourek & Strader, 2008; Schwartz, 2006b). Em Portugal, embora não se conheça ao certo a prevalência do suicídio no ensino superior, sabe-se que as taxas de suicídio em indivíduos entre os 15 e os 24 anos têm vindo a decrescer desde os anos 80, sendo que entre 1990 e 1998 variaram entre os 5.40 e os 2.26 por 100.000 habitantes (Sampaio, 2002).

As consequências dos problemas de saúde mental são diversas e podem ter maior ou menor gravidade, mas manifestam-se a vários níveis, não apenas individual, afectando o funcionamento físico, emocional, cognitivo e académico (Andrews & Wilding, 2004; Vaez & Laflamme, 2008), mas também a um nível interpessoal e mesmo institucional, porque as universidades e outras instituições são confrontadas com novos desafios, como a promoção do sucesso académico e o combate ao abandono escolar, aos quais devem responder adequadamente (Stanley & Manthorpe, 2001). Note-se que aproximadamente 86% dos estudantes diagnosticados com um problema mental abandonam o ensino superior antes de se graduarem (Kessler, Foster, Saunders, & Stang, 1995).

Apesar dos dados existentes, parece persistir ainda um grande caminho a percorrer para a compreensão da real dimensão dos problemas de saúde mental no ensino superior. Esta lacuna é ainda maior ao pensar em Portugal, cujos dados sobre a prevalência de vários problemas de saúde mental e sobre os níveis de bem-estar são ainda escassos.

## **2.2. Relação com variáveis sociodemográficas e académicas**

Para investigar a relação das variáveis sociodemográficas e académicas com a saúde mental e o bem-estar, procuraram-se artigos que analisassem constructos como a saúde mental, o *distress*, o bem-estar ou sintomatologia (nos casos em que abrangia várias áreas e não se limitava a um só tipo de sintomas).

### **Género**

A literatura mostra que as mulheres tendem a apresentar níveis inferiores de saúde mental, acompanhados de maior sofrimento psicológico e sintomatologia do que os homens. Estas diferenças de género são consistentes ao longo de vários países, como, por exemplo, o Canadá (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001), a Noruega (Nerdrum, Rustoen, & Ronnestad, 2006) a Turquia (Üner, Özcebe, Telatar & Tezcan, 2008) ou Portugal (Costa, 2005; Santos, Pereira, & Veiga, 2009b).

### **Idade**

Estudos com adultos emergentes sugerem que o bem-estar vai aumentando gradualmente desde os 18 anos até aos 25-26 anos (Schulenberg & Zarrett, 2006). No entanto, não foram encontrados dados referentes à relação entre idade e saúde mental especificamente em estudantes do ensino superior.

### **Ano**

O *Royal College of Psychiatrists* (2003) alerta para o facto de haver uma lacuna na compreensão da evolução do bem-estar ao longo do curso de ensino superior. Ainda assim, os poucos estudos disponíveis parecem indicar um decréscimo dos níveis de saúde mental e bem-estar ao longo do curso em estudantes do 1º ciclo (até ao 3º ano) (Adlaf et al, 2001; Bewick, Koutsopoulou, Miles, Slaa, & Barkham, 2010).

### **Área de Curso**

Parece haver uma escassez de dados relativamente à relação entre área de curso e saúde mental nos estudantes do ensino superior. Apesar disso, os estudantes da área de saúde, em especial alunos de cursos de medicina e enfermagem são os que têm sido alvo de mais estudos sobre a sua saúde mental (e.g. Claudino & Cordeiro, 2006; Dahlin, Joneborg, & Runeson, 2005). Na verdade, têm-se reunido algumas evidências de que os estudantes de saúde parecem ter pior saúde mental do que a população geral e do que

colegas que não estudam nessa área (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006). Para além disso, os estudantes de artes têm também sido identificados como tendo níveis baixos de saúde mental comparativamente com outros estudantes (Cooke, Bewick, Berkham, Bradley, & Audin, 2006). Do lado oposto, os cursos de Engenharias têm-se destacado como sendo os que têm melhores níveis de saúde mental (Turner, Hammond, Gilchrist, & Barlow, 2007).

### **Situação face à residência**

Os dados relativos ao papel da situação de residência na saúde mental global e bem-estar dos estudantes parecem ser parcos e contraditórios. Assim, enquanto algumas investigações sugerem que os estudantes que permanecem na sua “residência-mãe” apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico e de equilíbrio emocional (Seco et al., 2007), outros não encontram quaisquer diferenças entre deslocados e não deslocados (Adlaf et al., 2001).

### **Estatuto socioeconómico**

Em geral, os dados demonstram que o estatuto socioeconómico tem uma relação positiva com a saúde mental, ou seja, à medida que aquele aumenta, melhoram os níveis de saúde mental (Hudson, 2005). Os estudantes de estatutos sociais mais baixos tendem a ter níveis mais baixos de saúde mental e mais sintomas ou sofrimento do que os estudantes de níveis mais elevados (Nerdrum, Rustoen, & Ronnestad, 2006).

Resumindo, os dados empíricos parecem indicar que as mulheres, os alunos do 3º ano, os alunos de saúde e aqueles com estatuto socioeconómico mais baixo apresentam níveis mais baixos de saúde mental. Os papéis da idade e da situação de residência não ficaram esclarecidos, pois os dados relativos a estas variáveis são escassos ou contraditórios.

## **2.3. Problemas específicos**

Depois da apresentação do panorama geral da saúde mental do ensino superior, segue-se o destaque de duas das mais frequentes problemáticas dos estudantes: a depressão e o stress.

### 2.3.1. Depressão

A depressão é uma perturbação do humor que se caracteriza pela presença de afecto negativo, como tristeza, e/ou perda de interesse nas actividades que eram anteriormente apreciadas, acompanhadas habitualmente de um profundo pessimismo e crenças negativas acerca de si. O indivíduo deprimido pode apresentar menos energia do que o normal, envolver-se em menos actividades e ser menos produtivo. A nível vegetativo, pode sofrer de alterações no apetite, no sono e a nível do desejo sexual. Apesar destas características comuns, é preciso considerar que o termo depressão engloba várias perturbações, que se distinguem pela duração, severidade, número de sintomas depressivos, e existência ou não de alternância com períodos de euforia.

Assim, dentro das perturbações de humor é possível encontrar as perturbações depressivas, que envolvem unicamente depressão, também denominadas como depressão unipolar, que incluem a Perturbação Depressiva Major, a Distímia e a Perturbação Depressiva sem outra Especificação. A Perturbação Depressiva Major é mais severa e pode tornar-se recorrente ou crónica. A Distímia é habitualmente menos severa, mas com uma duração de pelo menos dois anos. A Perturbação Depressiva sem outra Especificação, não se enquadra em nenhuma das situações anteriores. Para além disso, existem as perturbações bipolares que, para além da depressão se distinguem pela presença de um ou mais episódios de mania (American Psychiatric Association [APA], 2000).

A depressão é um dos distúrbios mentais mais prevalentes e com consequências mais devastadoras, acarretando elevados custos a vários níveis, inclusive a nível económico. Neste momento, constitui a quarta causa de incapacidade em todo o mundo, estimando-se que no ano 2020 alcance o segundo lugar (Murray & Lopez, 1996; 1997). A sintomatologia afecta de forma negativa e significativa todos os domínios da qualidade de vida, especialmente o psicológico, o fisiológico e o de relações sociais (Gameiro et al., 2008). Para além disso, surge frequentemente associada a outras perturbações psicológicas, a comportamentos de risco e mesmo ao suicídio (Nemeroff, Compton & Berger, 2001).

Embora esta patologia afecte pessoas de todas as idades e estratos sociais, deve dar-se particular atenção os jovens adultos, pois entre os 18 e os 25 anos, a incidência e prevalência cumulativas de distúrbios depressivos são mais elevadas do que em qualquer outro grupo etário (Blazer & Kessler, 1994; Kessler & Walters, 1998). Para além disso, estudos na população indicam que um terço das pessoas que preencheram os critérios para Depressão Major nalgum momento das suas vidas, afirmaram que o seu

primeiro episódio ocorreu antes dos 21 anos (Andrews, 2001; Andrews, Szabo & Burns, 2002). Aliás, a idade do primeiro episódio parece ter diminuído nos últimos anos. De facto, experienciar depressão na transição para a idade adulta parece estar associado a morbilidade a longo termo e a maior risco de persistência ou recorrência na vida adulta (Rao, Ryan, Birmaher, & Dahl, 1995). Um estudo longitudinal mostrou que aqueles que entraram na idade adulta emergente com elevados níveis de sintomatologia depressiva, mantiveram ou aumentaram esses níveis no início da idade adulta (Salmela-Aro, Aunola, & Nurmi, 2008).

A depressão nos jovens adultos resulta da interacção de um vasto leque de factores biológicos, psicossociais e sociais. Por um lado, os dados disponíveis apontam para a existência de factores biológicos de vulnerabilidade, nomeadamente genéticos ou hereditários (Levinson, 2006) e neuroquímicos, ou seja, alterações em neurotransmissores, mais especificamente no funcionamento de serotonina, norepinefrina e dopamina (Baldwin & Birtwistle, 2002). Por outro lado, apesar de haver algum substrato a apoiar a relevância de factores biológicos, não se deve subestimar o papel dos factores psicossociais. A adversidade na infância, seja sob a forma de abuso físico, emocional ou sexual, e eventos negativos ao longo da vida, podem também ser factores importantes de vulnerabilidade para psicopatologia. No entanto, muitas pessoas têm eventos negativos ao longo da sua vida e não desenvolvem depressão. Os dados sugerem que a depressão ocorre no contexto não só de stressores, mas também de pressões mais crónicas e de recursos diminuídos para lidar com elas, nomeadamente falta de suporte social (Paykel, 1994). Outro factor que deve ser referido é o consumo de álcool e drogas na adolescência (Fergusson, Boden, & Horwood, 2009; Smith & Blackwood, 2004).

Para além disso, devem ser tidas em conta características psicológicas do indivíduo como o neuroticismo ou o pensamento negativo. O neuroticismo, que é um traço de personalidade hereditário que se caracteriza por uma emocionalidade ou instabilidade emocional e vulnerabilidade ao stress, tem sido associado à depressão, nomeadamente ao seu início, a níveis mais elevados de depressão e a piores prognósticos (Mulder, 2002; Roberts & Kendler, 1999; Song et al., 2008). Outra característica é o pensamento negativo. Muitas teorias explicativas da depressão incorporam crenças sobre o falhanço pessoal, sentimentos de perda e falta de esperança (e.g. Beck, 1976).

De entre os jovens adultos, os estudantes universitários apresentam um risco acrescido de desenvolver psicopatologia, pois para além de se situarem nessa fase desenvolvimental de transição entre a adolescência e a idade adulta (Arnett, 2000), têm que

lidar com os desafios inerentes à frequência do ensino superior, tais como a mudança de casa, de colegas e círculo de amigos, ou o confronto com novos métodos de ensino e aprendizagem, que exigem capacidade de adaptação (Dyson, & Renk, 2006).

### **2.3.1.1. Avaliação**

Avaliar e compreender a verdadeira dimensão do flagelo da depressão no ensino superior tem-se revelado uma tarefa difícil, não só porque os investigadores utilizam medidas e critérios variados, mas também porque são escassas as investigações que tenham em consideração as especificidades da manifestação deste distúrbio na população estudantil. Nalguns estudos, o estudante é considerado deprimido se apresentar alguns sintomas depressivos, embora não preencha os critérios diagnósticos clínicos para depressão, enquanto noutros casos, menos frequentes, é exigido o preenchimento desses mesmos critérios (Andrews, Hejdenberg, & Wilding, 2006). Como consequência, algumas estimativas de depressão nos estudantes universitários representam apenas a presença de sintomas depressivos enquanto noutros casos correspondem à depressão clínica, habitualmente definida pelo preenchimento dos critérios para Episódio Depressivo Major (APA, 2000).

Certo é que a maioria dos instrumentos de auto-relato utilizados não cobre todos os sintomas depressivos contidos no DSM-IV. Por exemplo, o BDI avalia sintomas depressivos, mas não produz um diagnóstico clínico (The National Center on Addiction and Substance Use at Columbia University, 2003). Não obstante, é prática comum aplicarem-se escalas de depressão como o BDI ou o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Spitzer, Kroenke, Williams, 1999) aos estudantes universitários, considerando aqueles com pontuações elevadas, isto é, acima de um determinado ponto de corte, como uma amostra análoga relativamente à depressão clínica. Esta metodologia assenta no pressuposto de que as formas análogas e clínicas de depressão fazem parte de um contínuo, logo que as diferenças entre elas são apenas de natureza quantitativa e não qualitativa. Neste tipo de estudo, não são tidos em conta os aspectos idiossincráticos dos estudantes universitários, sendo que estes são utilizados como mera amostra de conveniência.

Embora os dados recentes corroborem esta hipótese da “continuidade fenomenológica”, mostrando que, de facto, a depressão nos estudantes é qualitativamente semelhante à depressão clínica da população em geral (Cox et al.,

1999; Cox, Enns & Larsen, 2001; Enns, Cox & Borger, 2000), há algumas diferenças quanto à severidade e manifestação dos sintomas. A título de exemplo, a depressão nos estudantes manifesta-se mais a nível cognitivo, o que se traduz em dificuldades de concentração, pessimismo e auto-culpabilização (Cox et al., 1999). Por outro lado, alguns dos principais sintomas da depressão na população geral, como as alterações no apetite e no sono, não se revelam indicadores úteis de depressão nos estudantes, pois neste caso são muitas vezes causados por outros factores, tais como os horários académicos (Kitamura et al, 2004; Smith, Rosenstein, & Graanas, 2001). Além disso, as escalas clínicas medem apenas os principais sintomas de depressão, a nível emocional, cognitivo e fisiológico, deixando de fora um outro componente muito importante nos estudantes, já que tem impacto directo sobre o seu sucesso: a motivação.

Nesse sentido, os instrumentos tradicionais de avaliação da depressão como o *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer & Brown, 1996) ou a *Escala de Zung* (Zung & Durham, 1965), apesar das suas excelentes qualidades psicométricas, não têm em consideração as idiosincrasias da depressão no ensino superior, uma vez que foram concebidos para populações clínicas. Os instrumentos desenvolvidos por centros de aconselhamento seriam uma boa alternativa, se não fosse o facto de muitos deles não terem sido submetidos a avaliações psicométricas ou de revelarem fracas qualidades a esse nível (Benton et al., 2003; Campbell & Pritchard, 2000).

Apercebendo-se de que havia uma lacuna nesta área, ou seja, de que havia a necessidade de um instrumento que medisse adequadamente a depressão no estudante do ensino superior e apresentasse, ao mesmo tempo, boas características ao nível de validade e fidelidade, Khawaja e Bryden (2006), dois investigadores da Universidade de Queensland (Brisbane) na Austrália, desenvolveram o *University Student Depression Inventory* (USDI), que para além de avaliar os sintomas cognitivo-emocionais e de letargia, avalia a motivação académica.

Embora a depressão nos estudantes universitários tenha sido avaliada essencialmente com recurso a auto-relatos, por meio de questionários, essa não é, naturalmente, a única alternativa. Numa tentativa de conseguir uma melhor compreensão sobre a forma como os estudantes universitários experienciam a depressão, dois investigadores de uma universidade americana utilizaram uma metodologia alternativa, o *concept mapping*, que combina métodos qualitativos e quantitativos (Daughtry & Kunkel, 1993).

Os resultados indicaram que a depressão é uma experiência multifacetada, envolvendo estados afectivos internos, cognições aversivas e relações disfuncionais, sendo composta por vários constructos fenomenológicos consistentes com formulações teóricas variadas. Mais especificamente, o papel do desânimo aprendido e das distorções cognitivas corrobora os modelos cognitivos da depressão. Para além disso, todas as dimensões expressas no DSM-III (APA, 1980), com excepção para a diminuição do desejo sexual foram expressas pelos estudantes. No entanto, a experiência da depressão nos estudantes não se limita às formulações teóricas ou diagnósticas, possuindo características particulares com a ênfase na hostilidade, caos interno e ineficácia.

### **2.3.1.2. Prevalência**

Por ser tão prevalente e incapacitante, a depressão constitui um dos principais motivos de procura de ajuda psicológica entre os estudantes (RESAPES, 2002). Ainda assim, estima-se que muitos outros estudantes sofram em silêncio sem procurar ajuda. Diversos estudos têm, por isso, procurado avaliar a prevalência da depressão nos estudantes universitários, utilizando diferentes metodologias. Os resultados têm sugerido percentagens de depressão clínica que variam entre 15% a 21% e de sintomas depressivos entre 30% a 35% (Peden, Hall, Rayes & Beebe, 2000; Silverman, 2004; Wong, Cheung, Chan, Ma, & Tang, 2006).

Num estudo que analisou a percepção dos estudantes acerca da depressão verificou-se que 90% dos sujeitos consideravam que já tinham estado deprimidos desde que entraram no ensino superior. A depressão era habitualmente moderada e de curta duração, ou seja, durando menos do que um mês. As principais fontes de depressão apontadas eram problemas nos relacionamentos românticos, ajustamento social e as notas. Para tentar ultrapassar os seus sintomas, os estudantes recorriam a amigos, a si próprios, a pais e namorados(as), exercício, álcool e drogas e também aos serviços de aconselhamento (Oswalt & Finkelber, 1995). Noutro estudo 83% dos estudantes da sua amostra relataram a existência de humor depressivo, mas apenas 3.3% afirmavam ter consultado um técnico de saúde mental no último ano. Estes resultados levam as autoras a considerar que o humor depressivo poderá ser de algum modo entendido como natural nesta faixa etária (Dias & Fontaine, 1996).

Em Portugal, as investigações nesta área são ainda escassas e os verdadeiros níveis de depressão no ensino superior permanecem desconhecidos. Um dos poucos estudos existentes aponta para uma percentagem de 9% de estudantes disfóricos ou



deprimidos (Campos & Gonçalves, 2004). Outro estudo também com recurso também ao BDI, mas desta feita com estudantes do ensino secundário e superior, chegou à mesma percentagem (9%). Considerando apenas os casos sinalizados pertencentes ao ensino superior, prevaleceram os casos de disforia (59%) sobre os de depressão (Santana & Negreiros, 2008).

### **2.3.1.3. Relação com variáveis sociodemográficas**

Apesar de a depressão ser um problema transversal à sociedade, sabe-se que há determinadas características sociodemográficas que poderão constituir factores de vulnerabilidade acrescida. De seguida, são analisadas algumas dessas características.

#### **Género**

No que diz respeito ao género, os estudos epidemiológicos dão conta de maior prevalência de depressão nas mulheres do que nos homens. Essa diferença tem sido referida em variados locais do globo, baseando-se numa multiplicidade de métodos diagnósticos (Kessler, 2003). No entanto, as comparações quanto ao género nos sintomas depressivos nos jovens adultos têm proporcionado resultados inconsistentes. Enquanto alguns estudos mostram que os níveis de depressão chegam a ser o dobro nas mulheres em relação aos homens, outros não indicam quaisquer diferenças (Salmela-Aro, Aunola, & Nurmi, 2008). Por exemplo, numa investigação em que participaram estudantes universitários de quatro países europeus (Alemanha, Dinamarca, Polónia e Bulgária) as mulheres apresentaram mais sintomas do que os homens (Mikolajczyk et al., 2008). Em Portugal, a maioria dos estudos mostra maiores níveis depressivos por parte das mulheres, quer em adolescentes (Coelho, Martins, & Barros, 2002; Santana & Negreiros, 2008), quer em universitários (Campos & Gonçalves, 2004). Mesmo assim, alguns estudos não encontram diferenças. É o caso de uma investigação com 316 alunos do 1º ano, em que foi utilizado o *Brief Symptom Inventory* (Monteiro, Tavares, & Pereira, 2008).

#### **Idade**

Considera-se que a idade apresenta uma relação em forma de U com a depressão (Newman, 1989). Os poucos estudos que se focaram na experiência da depressão ao longo da idade emergente mostram que estes anos constituem um período de risco em termos de sintomatologia depressiva (Salmela-Aro, Aunola, & Nurmi,

2008). Kessler e Walters (1998) afirmam mesmo que as pessoas entre os 18 e os 25 anos apresentam uma incidência e prevalência cumulativas de perturbações depressivas mais elevadas do que em qualquer outro período da vida. Não obstante, algumas investigações com estudantes universitários não mostram qualquer relação entre depressão e idade (Lester, 1990; Oliver & Burkham, 1979).

### **Ano**

Alguns estudos indicam que os alunos do 1º ano estão em maior risco (Adlaf, Gliksman, Demers, Newton-Taylor, 2001). Por outro lado, outros estudos indicam que a depressão parece aumentar ao longo dos anos (Christensson, Runeson, Dickman, & Vaez, 2010), atingindo o pico no 4º ano (Bostanci et al., 2005) e outros ainda não encontram quaisquer diferenças entre os diversos anos (início, meio e final do curso) (Cavestro & Rocha, 2006). Este é, então, um tópico inconclusivo.

### **Curso frequentado**

As investigações têm apontado para as áreas de Saúde, Ciências Sociais e Ciências Naturais como aquelas que parecem apresentar maiores prevalências de depressão. Os cursos que apresentam menores prevalências são geralmente os de Engenharias e de Economia (Turner, Hammond, Gilchrist, & Barlow, 2007).

### **Situação face à residência**

Os estudantes que têm que se afastar da sua casa habitual parecem apresentar maior vulnerabilidade à depressão. Este facto pode ser explicado pelo conceito de *homesickness* que está relacionado com depressão, seja encarado como preditor da depressão ou como depressão reactiva a saída de casa (Baier & Welsh, 1992; Hafen, Reisbig, White, & Rush, 2006).

### **Estatuto socioeconómico**

As relações da depressão com o estatuto socioeconómico parecem ser bem mais consensuais do que com outras variáveis. Mais especificamente, parece haver uma correlação negativa entre depressão e estatuto socioeconómico. Uma meta-análise mostrou que o estatuto socioeconómico baixo aumenta ligeiramente o risco de episódio inicial de depressão e moderadamente o risco da sua persistência. Tais associações não se limitam ao fundo do grupo de baixo estatuto socioeconómico mas persistem ao longo de todo esse estrato social (Lorant et al., 2003). Embora o rendimento económico seja

um preditor válido de depressão, outras variáveis como o estado de emprego actual ou as pressões financeiras são preditores mais robustos (Zimmerman & Katon, 2005).

Estudos com estudantes universitários também indicam que os sintomas depressivos aumentam à medida que o estatuto socioeconómico baixa (Bostanci et al., 2005). A título de exemplo, num estudo que compara estudantes universitários de 23 países incluindo Portugal, os sintomas depressivos foram mais prevalentes entre estudantes provenientes de meios menos favorecidos. De facto, estes alunos tinham uma probabilidade 42% maior de apresentar níveis de depressão acima dos pontos de corte do que os indivíduos mais ricos, tendo as outras variáveis controladas. Este efeito era consistente ao longo de quase todos os países e indica que mesmo quando o nível educacional é mantido constante, baixo nível socioeconómico está associado a depressão (Stephoe, Tsuda, Tanaka, & Wardle, 2007).

Em suma, os dados existentes sugerem que os estudantes do sexo feminino, deslocados e com baixo estatuto socioeconómico poderão ter um risco acrescido de desenvolver depressão.

#### **2.3.1.4. Consequências**

As consequências desta patologia na população estudantil do ensino superior são dramáticas. Em primeiro lugar, a depressão pode dificultar a resolução das tarefas desenvolvimentais, nomeadamente no que concerne a terminar a educação, lidar com fontes de rendimento e estabelecer e manter a intimidade. Os próprios sujeitos com depressão reconhecem que os sintomas depressivos são um impedimento importante na obtenção dos objectivos de vida valorizados (Kuwabara, Van Voorches, Gollan, & Alexander, 2007).

Em segundo lugar, tem consequências na área académica, podendo conduzir a dificuldades de concentração (Lyubomirsky, Kasri, & Zehm, 2003), ao *burnout*, a sentimentos de exaustão perante as exigências do estudo, a sentimentos de incompetência como estudante (Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova, & Bakker, 2002) e a deterioração no desempenho académico (Andrews & Wilding, 2004; Field, 2001; Haines, Norris, & Kashy, 1996). Com efeito, o desempenho cognitivo e académico são das primeiras áreas a serem afectadas quando os jovens estão deprimidos (Coelho et al., 2002; Kovacs, Akiskal, Gatsonis, & Parrone, 1994).

Há evidências que mostram que os estudantes com menor rendimento acadêmico têm significativamente mais sintomas depressivos do que aqueles que apresentam rendimento acadêmico elevado (Ceyhan, Ceyhan, & Kurtyilmaz, 2009). Contudo note-se que a relação entre depressão e rendimento acadêmico pode ter duas direções. Nalguns casos, o baixo rendimento pode não ser consequência, mas sim um predisponente para a depressão. Elevados níveis de fracasso acadêmico podem levar os estudantes universitários a maiores níveis de depressão do que aqueles que têm apenas níveis ligeiros ou ausência de fracasso (Herrera & Maldonado, 2002).

A área social fica também comprometida, registando-se uma diminuição da qualidade de vida, não só a curto, mas a médio prazo (Salmela-Aro, Aunola, & Nurmi, 2008), bem como um aumento do risco de suicídio (Garlow et al., 2008). Num estudo que analisou casos de suicídios de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, concluiu-se que em 70% dos casos os indivíduos sofriam de uma doença mental e que a depressão era o diagnóstico mais frequente, estando presente em mais de metade dos casos (Houston, Hawton, & Shepperd, 2001).

Para além da depressão, outro problema frequente nos estudantes do ensino superior são os elevados níveis de stress, que podem também ser altamente incapacitantes. De seguida, são abordadas várias questões relacionadas com o stress como a sua caracterização, prevalência e consequências.

### **2.3.2. Stress**

O stress é um conceito amplamente utilizado pela população em geral no seu quotidiano. Na comunidade científica, tem suscitado muitos trabalhos, tendo sido abordado sob várias perspectivas diferentes. Segundo Le Moal (2007) “the bases of modern views of stress come from three ‘old masters’” (p. S4). O autor refere-se, naturalmente, a Claude Bernard, Walter Cannon e Hans Selye. Bernard (1813-1878) afirmou que as ameaças físicas à integridade do organismo suscitam respostas por parte deste que vêm contrariar a ameaça, restabelecendo assim o equilíbrio através da compensação. O segundo contributo, de Cannon (1871-1945), na linha do primeiro, prende-se com o conceito de homeostase, que se refere à capacidade de o organismo manter estável o seu ambiente interno aquando de modificações no ambiente externo. A estabilidade só era possível graças a sensores que reconhecem as discrepâncias entre o sentido e os valores aceitáveis e que empreendem esforços para reduzir essas

discrepâncias. Se estes dois autores se focaram na construção da fisiologia regulatória e na adaptação, Selye (1907-1982) preocupou-se mais com a maladaptação ou o lado patológico do stress. Para Selye (1974) o stress é uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência sobre ele. Para lidar com o stress, o organismo desenvolve o Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que é composto por três fases: 1) uma reacção inicial de alarme; 2) uma fase de adaptação associada à resistência ao stressor; 3) um estágio de exaustão. Quando o stress é reconhecido cognitivamente pelo organismo como uma condição que é aversiva, desagradável ou perigosa, que provoca a tentativa de evitamento ou fuga dessa mesma condição, surge o *distress*. O que estes três autores tiveram em comum foi o facto de tentarem compreender a resposta do organismo perante as agressões externas.

Por seu turno, Holmes e Rahe (1967) focaram-se, não nas respostas do organismo, mas nas circunstâncias, ou estímulos, que provocam stress. Estes autores afirmaram que os acontecimentos do meio ambiente podem funcionar como estímulos que exercem forças sobre o sujeito, gerando stress. Nesse sentido, fizeram um levantamento de uma série de acontecimentos de vida importantes que causam mudanças na vida dos indivíduos, e por isso, exigem ajustamentos significativos, que podem passar por modificações nos hábitos, padrões de actividade e relações sociais.

Esses acontecimentos foram listados numa escala que desenvolveram – a Escala de Reajustamento Social (Social Readjustment Rating Scale; Holmes & Rahe, 1967). Essa escala é composta por 43 itens, correspondentes a acontecimentos, que estão colocados por ordem decrescente consoante a adaptação que exijam. Se no topo da escala está a morte do cônjuge, no fundo encontram-se violações menores da lei. O contributo destes autores foi importante ao mostrar que há acontecimentos que têm maior probabilidade de evocar stress do que outros. Para além disso, acentuaram o carácter cumulativo dos vários stressores. No entanto, estes autores receberam também algumas críticas por não considerarem a variabilidade individual no impacto que cada acontecimento tem na vida das pessoas.

Efectivamente, as diferenças entre indivíduos mostram que uma situação pode ser indutora de stress para uma pessoa e não para outra (Omura, 2007). Por conseguinte, não há nenhuma situação que, em absoluto, possa ser considerada indutora de stress. O que torna uma situação indutora ou não de stress é a avaliação cognitiva que o indivíduo dela faz. A avaliação cognitiva pode ser entendida como "a process through which the person evaluates whether a particular encounter with the environment is relevant to his or

her well-being, and if so, in what ways" (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986, p. 992).

Lazarus e Folkman (1984) salientaram que a avaliação cognitiva e os significados por ela gerados são sempre relacionais, pois têm simultaneamente em consideração os factores pessoais e as exigências, constrangimentos ou oportunidades ambientais. A avaliação cognitiva terá três processos: 1) a avaliação primária, na qual o indivíduo procura o significado da situação e as consequências que esta pode ter para si, classificando-a como irrelevante, positiva ou ameaçadora; 2) avaliação secundária, através da qual o indivíduo analisa os recursos de que dispõe para lidar com a situação, caso esta tenha sido considerada ameaçadora; 3) reavaliação, que consiste num balanço que se estabelece entre as exigências criadas pela situação e os recursos disponíveis. É o resultado deste balanço que vai ditar se o indivíduo se sente ou não em stress e quais as estratégias que irá utilizar. Efectivamente, é quando um indivíduo considera que não possui aptidões ou recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que uma dada circunstância lhe estabelece, e que é importante para si, que sente stress. Dito de uma forma mais simples, o stress resulta de um desequilíbrio entre as exigências e os recursos (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984).

Para lidar com as exigências específicas avaliadas como ultrapassando os seus recursos, ou seja, para lidar com o stress, o indivíduo vai realizar esforços cognitivos e comportamentais, denominados estratégias de *coping*. Lazarus e Folkman (1984) consideram que as estratégias de *coping* se dividem em estratégias focadas no problema, em que se fazem tentativas de alterar activamente a situação problemática e em estratégias focadas nas emoções, em que se tenta lidar com as respostas emocionais à situação problemática.

Segundo Vaz Serra (2007), as abordagens científicas sobre o stress podem agrupar-se em três grandes categorias: 1) a resposta biológica que determina (incluindo aspectos dos sistema nervoso central, repercussões a nível vegetativo, endócrino, emocional, imunitário e comportamento em geral); 2) os acontecimentos que o desencadeiam; 3) a transacção que se estabelece entre o indivíduo e o meio ambiente. É possível enquadrar todos os autores referidos nalguma destas categorias. A perspectiva de Lazarus e Folkman é considerada transaccional ou interaccionista, pela importância que atribui à relação entre o meio e o indivíduo. Pelo seu contributo na compreensão do fenómeno do stress é hoje em dia uma das concepções mais aceites na comunidade científica.

## Modelo Biopsicossocial do stress em estudantes do ensino superior

Como se constatou, tem havido várias tentativas de compreender o stress, os seus determinantes e consequências. Algumas delas têm em consideração o contributo e a interação dos sistemas biológico, psicológico e social e podem por isso enquadrar-se num modelo biopsicossocial, como é o caso do modelo de Lazarus e Folkman (1984). Inspirado nele, Vaz Serra (2007) propõe um modelo compreensivo do stress e Howard, Schiraldi, Pineda e Campanela (2006) apresentam um modelo semelhante, mas aplicado especificamente aos estudantes universitários.

Assim, com base em todos esses contributos, é apresentado, na Figura 2, um esquema que representa o modelo biopsicossocial do stress. De seguida é fornecida uma breve explicação, complementada com exemplos aplicados aos estudantes, sempre que possível.

Como se pode constatar, não há stress sem circunstâncias desencadeadoras. Essas circunstâncias, que podem ser externas ou internas, físicas, psicológicas ou sociais, têm que ser importantes para o indivíduo e criar um grau de exigência para o qual este sinta não ter aptidões. Ross, Neibling e Heckert (1999) dividiram as situações indutoras de stress no estudante do ensino superior em quatro categorias: 1) intrapessoais (e.g. mudança nos hábitos de sono e alimentares); 2) interpessoais (e.g. conflito com companheiro com quem divide casa); 3) académicas (e.g. aumento de tarefas, realização de exames); 4) ambientais (e.g. avaria do computador).

Outro elemento essencial é a avaliação subjectiva da ameaça, que vai determinar se a situação é importante para si e se percebe que tem ou não controlo sobre a situação. Quando o indivíduo conclui que as exigências superam os seus recursos, então entra em stress. Quando tal acontece, ocorre uma série de respostas do indivíduo, que podem ser categorizadas em quatro grupos. No estudante universitário, como na população geral, as respostas poderão manifestar-se de forma: 1) emocional (e.g. sentimentos de medo, ansiedade, raiva, depressão); 2) cognitiva (e.g. pensamentos acerca das situações stressantes); 3) comportamental (fumar ou beber mais); 4) biológica ou fisiológica (e.g. tremores, dores de cabeça, perda ou ganho de peso) (Misra & McKean, 2000).

Para tentar diminuir o stress, os indivíduos fazem uma avaliação dos recursos de que dispõem e seleccionam 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; 3) na interacção social, ou seja, no apoio ou suporte social que possa receber. Note-se que embora Folkman e Lazarus (1984) tenham apenas identificado os dois primeiros tipos de estratégias, posteriormente DeLongis e Newth (1998) acrescentaram um novo, de natureza interpessoal, que se relaciona com a forma como a pessoa lida e mantém as relações com as outras pessoas perante situações de stress.

Embora não haja consenso acerca do que são estratégias de *coping* eficazes, Zeidner e Saklofske (1996) propuseram uma série de critérios, aceites por muitos investigadores. Assim, uma estratégia de *coping* pode ser considerada eficaz quando: 1) fornece uma solução perante o stressor; 2) reduz a activação física; 3) reduz o sofrimento emocional; 4) é normal perante o contexto social; 5) permite que o indivíduo regresse às suas actividades de rotina; 6) promove o bem-estar do próprio e dos outros; 7) promove a auto-estima; 8) é percebida pelo indivíduo como tendo ajudado. Note-se, no entanto, que uma estratégia, para ser eficaz, não tem que obedecer a todos estes critérios.

Assim, estratégias de *coping* eficazes ou adaptativas conduzirão à resolução do problema ou à diminuição do stress, enquanto estratégias ineficazes ou maladaptativas manterão ou agravarão as respostas de stress. Como exemplos de estratégias maladaptativas salientam-se os comportamentos de risco, especialmente aqueles associados aos consumos. Alguns estudantes começam a fumar e a consumir mais álcool, como forma de lidarem com as emoções negativas provenientes de estados de stress. Vários estudos indicam uma associação do stress com consumo problemático de álcool e consumo de tabaco, para além de outros comportamentos como hábitos alimentares (e.g. Ham & Hope, 2003; Piasecki, Richardson, & Smith, 2007).



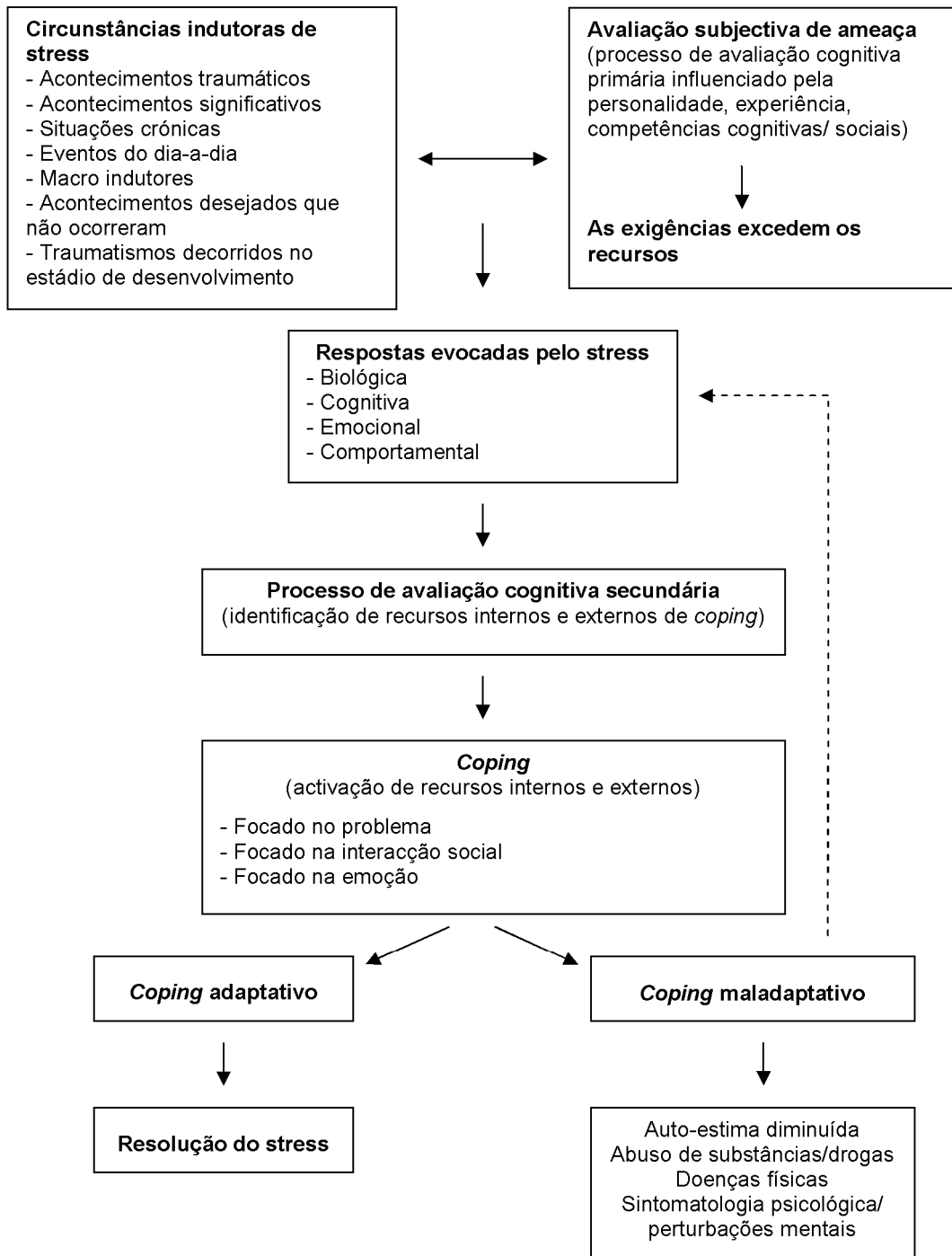


Figura 2. Modelo biopsicossocial do stress (adaptado de Howard, Schiraldi, Pineda & Campanella, 2006 e de Vaz Serra, 2007).

Depois de se ter uma noção de como o modelo biopsicossocial do stress se aplica aos estudantes do ensino superior, serão analisados um pouco mais detalhadamente alguns aspectos neste contexto, como sejam a avaliação, os principais factores de stress,

os níveis de stress, os seus efeitos adversos e a relação do stress com variáveis sociodemográficas.

### 2.3.2.1. Avaliação

Tal como a depressão, o stress nos estudantes universitários tem sido avaliado essencialmente de um modo quantitativo, com recurso a instrumentos de auto-relato, sob a forma de inventários ou questionários. Robotham (2008), numa revisão de literatura, enumerou alguns dos instrumentos mais utilizados para o efeito, que são descritos sucintamente:

- *Life Experience Survey* (Sarason, Johnson & Siegel, 1978) – o objectivo deste instrumento é obter um relato dos eventos positivos e negativos experienciados ao longo do último ano e do stress percebido associado a esses mesmos eventos. A versão original conta com 60 itens divididos em duas secções: uma contém 50 mudanças de vida que são comuns a todos os indivíduos e outra contém 10 itens apenas para estudantes;

- *Hassles Scale* (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981) – esta escala mede as experiências das pessoas com eventos do dia-a-dia desagradáveis ou potencialmente danosos. O instrumento é composto por 117 destas situações, desde “pequenos erros” a dificuldades maiores como “não ter dinheiro suficiente para comer”. Os sujeitos devem indicar quais as situações que ocorreram no mês passado e cotar o grau de severidade de cada uma;

- *Hassles Assessment Scale for Students in College* (Sarafino & Ewing, 1999) – foi desenvolvida com base na *Hassles Scale* e é constituída por 60 itens. Para cada um deles, os respondentes devem indicar a frequência no último mês, o desagrado (*unpleasantness*) e o tempo durante o qual foram afectados pelo evento, quando este já não estava presente;

- *Student Life Stress Inventory* (Gadzella, 1991) é um questionário composto por 51 itens sobre os stressores e as reacções de stress dos estudantes. As questões sobre stressores estão divididas em nove categorias: objectivos e frustrações sociais, conflitos, pressões, mudanças de vida, características pessoais, sintomas físicos, sintomas emocionais, *coping* maladaptativo, e *coping* adaptativo. Os participantes cotam a frequência da sua experiência de emoções ou acções numa escala *Likert* de 5 pontos;

- *College Chronic Life Stress Survey* (Towbes & Cohen, 1996) tem 54 itens foca-se na frequência do stress crónico na vida dos estudantes;
- *Student Stress Scale* (Insel & Roth, 1985) é uma adaptação da *Social Readjustment Rating Scale* de Holmes e Rahe (1967) para estudantes universitários e foca-se em eventos que possam ocorrer na vida do estudante e ser stressantes. As unidades de mudança na vida medem o grau em que a pessoa teve que se adaptar a essa mudança;
- *Perceived Stress Scale* (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1989). Esta escala tem catorze itens que medem a quantidade de stress experienciada no último mês.

Em Portugal, tem-se avaliado o stress sobretudo com recurso a traduções e adaptações de algumas das escalas referidas. Apesar disso, Pereira e colaboradores (2004) sentiram a necessidade de construir um instrumento que reflectisse as especificidades da realidade Portuguesa. Denominado Inventário do Stress em Estudante Universitários (ISEU), está disponível numa versão mais longa e noutra mais curta, sendo que em ambas os itens procuram identificar vários factores indutores de stress, estando organizados em quatro sub-escalas: Ansiedade de Avaliação; Auto-Estima e Bem-Estar; Ansiedade Social e Problemas Socioeconómicos.

Em suma, o stress no ensino superior tem sido avaliado, em geral, através de questionários de auto-resposta, uns destinados à população geral, outros dirigidos particularmente aos estudantes do ensino superior. Os objectivos destes instrumentos têm sido a identificação de stressores, sejam minor ou major, únicos ou crónicos, medição da sua frequência e a avaliação da resposta de stress.

### **2.3.2.2. Factores de stress**

A frequência do ensino superior é um período importante na vida do estudante que implica geralmente grandes mudanças, pelo que pode ser vivenciada, em si mesma, como stressante, especialmente para os alunos do primeiro ano (Bayram & Bilgel, 2008; Lu, 1994; Pereira, 2007). Com efeito, estudos realizados nos Estados Unidos da América indicam que entre 16 a 30% dos alunos do primeiro ano sofrem de stress (Arehart-Treichel, 2002). Entre as principais causas de stress dos alunos do primeiro ano encontram-se dificuldades financeiras, exigências do ambiente universitário e o processo administrativo da universidade (Bojuwoye, 2002). Para além disso, uma fonte de stress,

que atinge principalmente os alunos deslocados é a necessidade de construção de novas amizades e relações (Radcliffe & Lester., 2003).

Outras fontes de stress, transversais a todos os anos, são: alterações nos hábitos alimentares e de sono, conhecer novas pessoas, o conteúdo dos cursos, aumento da carga de trabalho, gestão do tempo, novas responsabilidades, tomar decisões de carreira, falta de motivação e falta de confiança, medo de falhar e pressão por parte dos pais (Aherne, 2001; Lo, 2002; Misra & McKean, 2000; Monk, 2004; Monk & Mahmood, 1999; Ross, Niebling, & Heckert, 1999; Schafer, 1996).

Na Universidade de Leicester, Reino Unido, realizou-se um grande estudo, entre 1998 e 2001, no qual se procurou saber quais as principais fontes de preocupação e stress para os estudantes universitários, tendo sido abrangidas diversas áreas de vida. No que diz respeito à área académica, os inquiridos apontaram os seguintes problemas como tendo um impacto crucial ou muito importante nos seus níveis de stress: a capacidade de clarificar e de preencher os requisitos académicos e/ou de carreira, a capacidade de gerir e completar os trabalhos do curso, a capacidade de estabelecer prioridades, de tomar decisões e de gerir o tempo, concentração, de ultrapassar os medos de fazer exames e competências de estudo.

Quanto à carreira, destacaram-se a dificuldade em lidar com os problemas de preparação para uma carreira e de ultrapassar medos específicos de encontrar um emprego/carreira. No que concerne ao ajustamento à vida de estudante, a principal preocupação foi lidar com grandes dificuldades financeiras. Na área das relações, o maior factor de stress foi desenvolver confiança nas amizades. Todas estas fontes de stress foram apontadas por uma grande percentagem de estudantes, 50% ou mais, como tendo grande influência nos seus níveis de stress. As questões de saúde geral e psicossocial e desenvolvimento pessoal, embora não tenham atingido metade dos estudantes, estiveram muito próximo, principalmente as dificuldades de lidar com a tristeza, depressão ou mudanças de humor, e os desafios de ser mais assertivo e melhorar a auto-confiança e auto-estima (Educational Development and Support Centre [EDSC], 2002; Grant, 2002).

Em Portugal, um estudo recente realizado com o Inventário do Stress em Estudantes Universitários (Pereira et al., 2004) revelou que o principal factor de stress é a ansiedade aos exames (25%), seguido da auto-estima e bem-estar (22%), ansiedade social (13%) e, finalmente, as condições socioeconómicas (8%) (Veríssimo, Costa, Gonçalves, & Araújo, 2010).

As revisões de literatura sobre esta temática têm procurado agrupar os inúmeros factores de stress em grandes domínios. Por conseguinte, com base em três revisões recentes, pode concluir-se que os principais factores de stress nos estudantes são: a transição para o ensino superior, exames, stressores académicos ou relacionados com o estudo, dificuldades financeiras, as relações interpessoais, as pressões ligadas a papéis sociais, dinâmicas transculturais (que afectam minorias e estudantes internacionais), clima de violência e macro indutores (Howard et al., 2006; Robotham, 2008; Robotham & Julian, 2006).

### **2.3.2.3. Níveis de stress**

Os dados disponíveis indicam que os estudantes do ensino superior sofrem de níveis elevados de stress. Por exemplo, um estudo nos Estados Unidos indicou que mais de metade dos estudantes se sentiam sempre, quase sempre ou frequentemente stressados (Hudd et al., 2000). Apesar disso, noutros estudos as percentagens não são tão elevadas, mas rondam os 30% de estudantes com níveis moderados ou elevados (e.g. Bayram & Biegel, 2008; Wong et al., 2006).

Portugal parece não fugir muito ao panorama geral. As investigações apontam para percentagens entre 48% e 65% de estudantes com stress moderado e de 19% a 26% com nível elevado (Luz et al., 2009; Pereira et al., 2009). No entanto, aconselha-se cautela na interpretação destes dados, visto que os instrumentos utilizados e respectivos pontos de corte variam consideravelmente. Num dos poucos estudos transculturais disponíveis, Pereira e colaboradores (2009) compararam os níveis de stress em alunos do ensino superior em Portugal e no Brasil, tendo-se constatado que os primeiros apresentavam níveis mais elevados. Embora os valores apresentados sejam apenas indicadores, sugerem a presença de níveis elevados de stress no ensino superior, nomeadamente em Portugal.

### **2.3.2.4. Relação com variáveis sociodemográficas**

São agora analisadas as relações do stress com várias características sociodemográficas, com vista à identificação de factores de vulnerabilidade na população estudantil.

## **Género**

Na população geral, parecem ser as mulheres que têm níveis mais elevados de stress, quando comparadas com os homens. Estas diferenças encontram-se também presentes nos estudantes universitários e parecem ser consistentes ao longo de vários países como os Estados Unidos (Pierceall & Keim, 2007), África do Sul (Bojuwoye, 2002), Brasil (Calais, Andrade, & Lipp, 2003) e Portugal (Luz et al., 2009). Mesmo nalguns casos em que não houve diferenças significativas entre os géneros, foram as mulheres que apresentaram médias mais elevadas em questionários de stress (Garret, 2001). Para além disso, parece também haver diferenças na utilização de estratégias de *coping*. As mulheres parecem usar mais estratégias focadas nas emoções, enquanto os homens estratégias focadas no problema (Brougham, Zail, Mendonza, & Miller, 2009; Santos & Alves Júnior, 2007).

## **Idade**

No que diz respeito à idade algumas investigações indicam que os estudantes mais novos apresentam níveis mais elevados de stress (Luz et al., 2009), enquanto outras não encontram quaisquer diferenças (Sayiner, 2006), pelo que esta relação é inconclusiva.

## **Ano**

O 1º ano do ensino superior é habitualmente visto como um período de stress acrescido. Ao considerar todas as mudanças inerentes à entrada na universidade e toda a adaptação que ela exige, não é surpreendente que o jovem adulto se sinta ansioso e stressado (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley, & Audin, 2006). Vários estudos têm concluído que há níveis elevados de stress no 1º ano e que esses níveis são, nalguns casos, superiores aos dos outros anos. Esta tendência tem sido observada tanto em estudos internacionais (e.g. Bojuwye, 2002; Misra & McKean, 2000; Sher, Wood e Gotham, 1996), como nacionais (e.g. Luz et al., 2009; Pereira et al., 2004, 2009).

Por exemplo, num estudo com alunos de Enfermagem, desta vez em Portugal, verificou-se que os alunos do 1º e do 3º ano apresentaram níveis mais elevados de ansiedade do que os do 2º e do 4º. Os autores acreditam que a causa para tais valores pode estar relacionada com dois aspectos. Por um lado, os alunos do 1º ano podem deparar-se com dificuldades de adaptação, tanto ao meio social como às exigências do ensino superior, o que se relaciona não só com as capacidades cognitivas, mas também com o aumento da carga horária quando comparada com o ensino secundário. Por outro

lado, o aumento no 3º ano poderá ter a ver com o maior número das disciplinas (Claudino & Cordeiro, 2006).

No entanto, nem sempre os estudantes do 1º ano apresentam níveis mais elevados de stress. Num dos raros estudos longitudinais realizados, analisaram-se os níveis de stress de estudantes de Enfermagem ao longo de três anos e verificou-se que os estudantes do 1º ano experienciaram significativamente menos stress transitório ou passageiro do que os do 2º ano, mas não houve diferenças no que concerne ao stress crónico (Lo, 2002).

### **Curso frequentado**

Os cursos ligados à saúde, como Medicina ou Enfermagem, são considerados, por natureza, stressantes. Com efeito, alguns estudos indicam que há elevados níveis de stress nos estudantes desta área, que podem rondar uma prevalência de 58% de níveis clínicos de stress (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008) e que os estudantes de Saúde apresentam maiores níveis de stress do que os de outras áreas (e.g. Helmers, Danoff, Steiner, Leyton, & Young, 1997).

### **Situação face à residência**

A mudança de residência, habitualmente acompanhada pela mudança de cidade, abandono da casa dos pais, afastamento dos amigos e aumento de responsabilidades é uma fonte de stress bem identificada pelos estudantes. Portanto, não só pelas mudanças que acarreta, mas também por poder implicar menor apoio social (que é considerado mediador dos efeitos do stress) nesta fase, espera-se que os alunos deslocados apresentem maiores níveis de stress do que aqueles que se mantêm na mesma residência (Fisher, 1994). Alguns estudos em Portugal, mostram precisamente essas diferenças (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008; Pereira et al., 2009). Outros, no entanto, não encontraram diferenças nos níveis de ansiedade e stress entre estes dois grupos (e.g. Luz et al., 2009; Santos et al., 2009b).

### **Estatuto socioeconómico**

O estatuto socioeconómico, seja medido em termos de rendimento económico, educação ou ocupação, tem-se mostrado negativamente associado a uma série de problemas de saúde física e mental e o stress parece não ser excepção (Almeida, Neupert, Banks, & Serido, 2005; Hudson, 2005). Com efeito, as pessoas de estatutos socioeconómicos mais baixos, parecem não apenas ter maior percepção de stress, como

apresentam alterações a nível biológico correspondente. Um estudo de 2006 concluiu que as pessoas de estatuto inferior apresentavam níveis mais elevados de cortisol e catecolaminas (hormonas presentes na resposta ao stress) e que este facto era independente da raça, idade, género e índice de massa corporal. À medida que o estatuto aumentava, a presença destas substâncias diminuía (Cohen, Doyle, & Baum, 2006).

Como se pôde constatar, o stress é uma problemática transversal a toda a população estudantil. Ainda assim, há certos factores de vulnerabilidade acrescida como ser do sexo feminino, do 1º ano, deslocado, da área de saúde e pertencer a um estatuto socioeconómico baixo.

#### **2.3.2.5. Efeitos adversos**

O stress pode dificultar a adaptação do estudante ao ensino superior, em termos pessoais e emocionais e sociais (Freidlander et al., 2007; Gall, Evans, & Bellerose, 2000). Para além disso, afecta a auto-estima, encontrando-se negativamente associado à percepção que o estudante tem de si a vários níveis, inclusive nas competências escolares (Goldman, & Wong, 1997; Hudd et al., 2000). Mais especificamente, o stress tendo sido apontado como um dos preditores do rendimento académico (Linn & Zeppa, 1984; Murff, 2005; Pritchard & Wilson, 2003; Struthers, Perry, & Menec, 2000; Vaez & Laflamme, 2008; Van Heyningen, 1997).

Embora o stress, em níveis moderados, possa constituir um impulso para o aluno estudar, resolver problemas, melhorar o seu funcionamento e aptidões e tomar decisões, em níveis elevados acarreta diversas consequências negativas para a saúde (Straub, 2002). No que respeita à saúde física, pode constituir um factor precipitante de doenças cardiovasculares, respiratórias, fragilizar o sistema imunitário e, em última instância, levar mesmo à morte (Vaz Serra, 1999, 2000). Não se julgue, todavia, que as manifestações fisiológicas do stress aparecem apenas em idades mais tardias. Newton (1998) esclarece que “stress and physiological symptoms, such as headaches, insomnia, gastrointestinal problems, and weakened immune systems, were once thought to be manifestations of middle-aged corporate world but are now the most prevalent complaints of students seeking service in our counseling center” (p.6).

Para além disso, o stress pode igualmente conduzir a manifestações psicopatológicas, constituindo uma causa directa ou, pelo menos, um factor contribuinte



para o surgimento de distúrbios psiquiátricos (Chang, 2001; Morrison & O'Connor, 2005). Num estudo que pretendia analisar o efeito do stress na saúde mental dos adolescentes, concluiu-se que o stress afectava o bem-estar psicológico, interferindo na ansiedade, depressão, função social e energia (Siddique & D'Arcy, 1984).

Note-se que não são só os níveis de stress que vão influenciar as consequências sobre o indivíduo. Também os diversos tipos de circunstâncias indutoras de stress conduzem a consequências negativas diferentes. A título exemplificativo, os pequenos acontecimentos incomodativos do dia-a-dia têm tendência a dar origem principalmente a estados de ansiedade, enquanto os traumas ocorridos na infância tendem a determinar a longo prazo estados de depressão. Por sua vez, os indutores crónicos de stress relacionam-se tanto com a ansiedade como com a depressão, embora tenham maior tendência a originar quadros de depressão (Vaz Serra, 1999).

Com base na literatura, parece evidente que stress e depressão estão relacionados (Roberts & Ciesla, 2000). No entanto, a natureza dessas relações não é tão simples, havendo mesmo indícios de que pode haver vários tipos de mecanismos a ligá-los, senão veja-se: por um lado, estudos indicam que os acontecimentos de vida stressantes tendem a actuar como precipitantes para sintomas depressivos, podendo apresentar uma relação causal com o início de episódios depressivos major (Hammen, 2005; Rubin, 2000); por outro lado, há evidências consideráveis de que as pessoas deprimidas experienciam muitos stressores, mas que muitos deles ocorrem devido às suas próprias acções (Hammen, 2006; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999).

Para além das situações indutoras de stress e dos níveis de stress, também a forma como a pessoa lida com essas situações tem implicações. Por exemplo, a dificuldade em suportar as emoções desagradáveis que acompanham o stress pode conduzir a estratégias de *coping* inadequadas como o aumento de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas. Com efeito, os indivíduos com elevados níveis de stress têm maior tendência para desenvolver comportamentos de risco (Hudd et al., 2000).

De uma forma geral, é possível afirmar que os indivíduos com boa saúde mental se diferenciam dos que têm má saúde mental, porque, usualmente, adoptam uma atitude de confronto e resolução activa dos problemas, tendem a sentir que a resolução destes depende de si e têm um controlo adequado das emoções (Vaz Serra, 1999).

A situação actual da saúde mental dos estudantes parece ser preocupante. Mas será que sempre foi assim ou estará pior? Segue-se uma análise crítica da literatura científica publicada nos últimos anos, com o intuito de responder a essa questão.

#### **2.4. A saúde mental dos estudantes: variações ao longo dos últimos anos**

A saúde mental dos estudantes do ensino superior é um assunto que tem preocupado cada vez mais a comunidade científica, em parte devido à divulgação de dados dos serviços de aconselhamento, que apontam para um aumento da prevalência e severidade dos problemas psicológicos dos alunos que procuram ajuda, a partir dos anos 80 (Association of University and College Counselling [AUCC], 2002; Furr, Westefeld, McConnel, & Jenkins, 2001; O'Malley, Wheeler, Murphey, O'Connel, & Waldo, 1990; Stone & Archer, 1990).

Com efeito, desde 1981 realiza-se, anualmente, o *National Survey of Counseling Center Directors*, ou seja, um inquérito nacional aos directores dos centros de aconselhamento de instituições do ensino superior dos Estados Unidos da América e do Canadá. Este inquérito tem como objectivos monitorizar as tendências dos centros de aconselhamento e fornecer aos directores dos vários centros, o acesso a opiniões e soluções de colegas a problemas e desafios nesse campo. As áreas abrangidas incluem questões administrativas, éticas e clínicas.

Ora, grande parte dos directores desses centros têm vindo a referir sucessivamente aumentos no número de clientes com problemas psicológicos graves, sendo que, em 2004, 86% dos directores acreditavam nesse aumento e em 2009 a percentagem era ainda maior, atingindo 93.4%. De entre os problemas que parecem ter aumentado, os directores destacam questões relacionadas com medicação psiquiátrica, crises, dificuldades de aprendizagem, auto-mutilações, uso de drogas, abuso de álcool, perturbações alimentares e abuso sexual (Gallagher & Taylor, 2009; Gallagher, Zhang, & Taylor, 2004).

Não restam dúvidas de que as pessoas à frente de serviços de aconselhamento têm a percepção de aumento dos problemas de saúde mental, mas saber até que ponto essas percepções são acompanhadas de dados objectivos é uma questão difícil de perceber (Arehart-Treichel, 2002; Gallagher, 2003; Sharkin, 1997). Para responder à crítica da falta de objectividade, Benton e colaboradores analisaram, em 2003, as

tendências nos problemas dos clientes de centros de aconselhamento, na perspectiva do terapeuta no final da terapia, tendo recorrido aos arquivos de 13 anos (1988-2001) de uma universidade americana, o que correspondeu aos ficheiros de mais de 13 mil alunos. Os seus resultados mostraram que os estudantes que frequentaram o aconselhamento em períodos mais recentes apresentam problemas mais complexos, tanto desenvolvimentais como problemas mais sérios, incluindo sintomas depressivos, ansiosos, ideação suicida, violação e perturbações de personalidade. Mais concretamente, o número de alunos com depressões duplicou e o número de estudantes com ideação suicida triplicou.

Apesar disso, este tema continuou a gerar controvérsia (Soet & Sevig, 2006) e têm sido tecidas várias críticas aos estudos realizados, nomeadamente limitações metodológicas que poderão contaminar os resultados (Sharkin, 2004; Sharkin & Coulter, 2005). Os estudos referidos, mesmo o de Benton e colaboradores que foi uma tentativa de aumentar a objectividade, baseavam-se nos dados do pessoal dos centros de aconselhamento, mas era necessário obter auto-relatos dos clientes dos centros, ou seja, dos estudantes. Dois estudos atenderam a essa necessidade, tendo analisado a percepção de sofrimento dos clientes ao chegar aos serviços de aconselhamento, através de medidas estandardizadas. Ambos examinaram as possíveis mudanças num espaço de 6 anos, mas não encontraram qualquer aumento durante este período (Cornish, Kominars, Riva, McIntosh, & Henderson, 2000; Pledge, Lapan, Heppner, Kivlighan, & Roehlke, 1998). Estes resultados foram corroborados por outro estudo mais recente que, apesar de indicar estabilidade nos problemas dos alunos, reporta um aumento no consumo de medicação (Schwartz, 2006a).

De qualquer modo, todos os estudos apresentados continuavam a ter uma limitação: ou se focavam exclusivamente na percepção do psicólogo ou somente na percepção do cliente acerca da sua psicopatologia, em vez de cruzarem dados mais objectivos e multidimensionais de ambos os grupos. O estudo de Kettman e colaboradores (2007) conseguiu superar essa limitação, pois reuniu auto-relatos de clientes e avaliações de psicólogos, e analisou um período de 7 anos (1999-2005) com recurso a variadas medidas, tendo concluído que não havia aumentos significativos na severidade da psicopatologia na população estudantil. Não obstante, os autores manifestam algumas reservas quanto à generalização dos seus resultados, nomeadamente o facto de terem analisado apenas uma instituição do ensino superior, o que poderá não ser representativo e o facto de o período de tempo analisado poder ser insuficiente para concluir acerca de uma tendência.

Após analisar criticamente as evidências empíricas, Sharkin (2006) conclui que os estudantes de hoje apresentam, de facto, pior saúde mental que os de há uns anos atrás, mas que é preciso alguma cautela, pois grande parte dos dados provêm de percepções subjectivas dos psicólogos. Estas percepções poderão dever-se a uma melhoria nas suas capacidades de avaliação e diagnóstico, que levam os psicólogos a detectar mais facilmente a psicopatologia. Para além disso, é possível que, em parte, os dados existentes traduzam uma mudança de mentalidade através da diminuição do estigma associado ao apoio psicológico, ou seja, talvez os estudantes dos dias de hoje se sintam mais confortáveis para procurar ajuda e expor as suas dificuldades do que há uns anos atrás (Erdur-Baker, Aberson, Drapper, & Barrow, 2006).

Excluindo possíveis enviesamentos, como se pode explicar este agravamento de problemas nos estudantes? Há autores que defendem que este agravamento poderá estar relacionado com o aumento do número de jovens a frequentar o ensino superior, nomeadamente aqueles com problemas mentais sérios, que graças aos avanços da medicina, conseguem agora prosseguir os seus estudos com o auxílio de medicação, o que não era possível no passado (Gallagher, Gill, & Sysko, 2000). Depois, uma série de perturbações como a depressão, a esquizofrenia ou a perturbação bipolar costumam ter o seu início no final da adolescência ou no início da idade adulta, logo tendo em conta que os estudantes se encontram nessa faixa etária, é natural que reflectam esse fenómeno. Para além disso, é ainda necessário esclarecer se os problemas mentais já existiam, ou não, antes da entrada na universidade, o que só é possível através de estudos longitudinais.

Embora estes estudos sejam escassos, existem pelo menos dois que nos proporcionam algumas informações. O primeiro, realizado há mais de 20 anos, mostrou aumentos significativos no sofrimento psicológico nos indivíduos entre dois meses antes de ingressarem no ensino superior e seis semanas depois de estarem no curso (Fisher & Hood, 1987). Noutro estudo longitudinal mais recente, os resultados foram mais complexos, sendo que embora 29% dos alunos sem sintomas antes tenham desenvolvido ansiedade ou depressão depois de estarem no curso, 36% dos que tinham sintomatologia parecerem ter recuperado durante o curso (Andrews & Wilding, 2004).

Para outros autores, o agravamento da saúde mental dos estudantes espelha o acréscimo de problemas na população em geral (Royal College of Psychiatrists, 2003). Com efeito, a prevalência de todas as perturbações severas aumentou 20% de 1992 para 2002 na população geral (Kessler et al., 2006). Apesar disso, a saúde mental dos estudantes não parece ser um fiel retrato da população, uma vez que há dados que indicam que a saúde dos estudantes é pior e que os níveis de bem-estar são inferiores

aos da população geral (Roberts, Golding, Towell, & Weinreb, 1999; Roberts & Zelenyanski, 2002; Stewart-Brown et al., 2000).

Os dados apresentados sugerem fortemente que a saúde mental dos estudantes do ensino superior tem vindo a piorar nos últimos anos, o que vem criar novos desafios às instituições do ensino superior (Benton et al., 2003).

Partindo desses desafios, procura-se reflectir acerca das respostas que as instituições têm oferecido ou poderiam oferecer através dos serviços de apoio psicológico.

## **2.5. Respostas das instituições – os serviços de apoio psicológico**

Neste tópico aborda-se a forma como os serviços de apoio psicológico no ensino superior se têm adaptado aos novos desafios criados pela evolução da saúde mental dos estudantes, sendo referidas algumas sugestões para melhoria do seu funcionamento. Depois, é feito um ponto de situação acerca do funcionamento deste tipo de serviços em Portugal.

### **2.5.1. Adaptação a novos desafios**

Com um agravamento na saúde mental dos estudantes, acompanhado da crescente consciência de que o aconselhamento e psicoterapia podem ajudar, a procura dos serviços de apoio psicológico tem tendência para aumentar. Todavia, verifica-se que os recursos disponíveis são ainda limitados, gerando muitas vezes listas de espera morosas, pelo que deverão ser feitos alguns ajustamentos no funcionamento destes serviços (Archer & Cooper, 1998).

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 familiares e com os amigos, e apoiando os estudantes com sofrimento psicológico (Pereira, 2006). Assim, a intervenção psicológica deve dar ênfase aos aspectos preventivos e de promoção do desenvolvimento dos jovens, mas não pode descurar a intervenção dirigida àqueles indivíduos identificados como estando em risco particular de vir a desenvolver problemas de saúde (Roswell, 1997; RESAPES, 2002).

Segundo Gonçalves e Cruz (1988), o apoio psicológico no ensino superior desdobra-se em três tipos de serviços prestados:

1) serviços remediativos - Consistem essencialmente na psicoterapia ou no apoio terapêutico dirigidos a estudantes com problemas significativos de ajustamento e que careçam de atenção profissional imediata. As intervenções devem ser rápidas para evitar situações de ruptura total, como a depressão, o abandono escolar ou o suicídio. Poderão incluir a oferta de unidades de emergência como, por exemplo, as linhas de crise.

2) serviços preventivos – Destiam-se à diminuição da incidência de determinados problemas, através da identificação e do controlo dos factores de risco. Nesse sentido, deverá investir-se na criação de programas para os momentos de transição, como a entrada na universidade ou a transição para o mundo do trabalho, através de: grupos de desenvolvimento pessoal; dinamização de actividades pessoais; constituição de uma rede de aconselhamento de colegas; programas de recepção e acolhimento aos novos alunos; programas de desenvolvimento de competências de procura de emprego; apoio à selecção de locais de estágio e estudos pós-graduados.

3) serviços de desenvolvimento pessoal - Pretendem ir para além da identificação dos factores de risco, orientando a intervenção para a promoção e optimização do desenvolvimento psicológico, de forma a auxiliar os estudantes a alcançarem o seu potencial máximo de desenvolvimento psicológico. A intervenção poderá incluir: programas de desenvolvimento de competências de estudo, de desenvolvimento de relações sociais, de treino de competências cognitivas e comportamentais e aconselhamento de tempos livres.

Os autores salientam ainda a necessidade de realizar actividades de investigação sobre serviços prestados, para aumentar a sua eficácia e também para contribuir para o avanço do conhecimento acerca dos mecanismos envolvidos nos processos de transformação e desenvolvimento humano. A investigação poderá tomar a forma de três tipos de estudos distintos: estudos epidemiológicos; estudos comparativos e de resultados; estudos de processo e de caso.

Também Kadison (2004) sugere alguns aspectos que as instituições deverão ter em conta para responder mais eficazmente aos problemas de saúde mental dos estudantes. Em primeiro lugar, deverão aproveitar as oportunidades que os estudantes lhes proporcionam, ou seja, as alturas em que estão com problemas e procuram ajuda.

Para isso, deverão oferecer rápido acesso ao apoio psicológico, evitando as listas de espera, que podem diminuir a probabilidade de comparência destes nos centros de aconselhamento.

Em segundo lugar, deverão apostar na prevenção. Em vez de se focarem apenas naqueles que já apresentam problemas, deverão promover programas de gestão do stress e de bem-estar e organizar *workshops* sobre reconhecimento de sinais de alarme de problemas mentais. Em terceiro lugar, é importante coordenar os serviços das instituições de ensino a nível interno, por exemplo quando a consulta de psicologia está separada dos demais serviços de saúde, e também coordená-las com outras entidades, como hospitais, ou as famílias dos estudantes.

Em quarto lugar, as instituições deverão envolver sempre os estudantes, através de actividades como o *peer counselling*, pois os estudantes vêem os seus colegas como mais credíveis e acessíveis. Em quinto lugar, tendo em conta que os estudantes são hoje em dia *digital natives* e passam muito tempo a navegar na *internet*, há todo o benefício em disponibilizar recursos na *internet*, nomeadamente testes sobre problemas de saúde mental comuns e informações acerca de serviços de aconselhamento. Em sexto lugar, seria positivo constituir comités que integrassem elementos das diferentes partes envolvidas neste tema, desde psicólogos a administradores, passando pelos estudantes, para discutir assuntos e preparar iniciativas. Por fim, dever-se-ia estabelecer políticas claras acerca do funcionamento dos serviços de apoio psicológico, esclarecendo aspectos como a confidencialidade, medicação e encaminhamento de casos.

Há autores que defendem a aposta em medidas de despistagem de problemas de saúde mental sérios, que seriam passadas a todos os alunos dentro de uma instituição. Essa medida deveria ser estandardizada, para que fosse possível estabelecer comparações entre diferentes períodos temporais e entre diferentes instituições no que concerne ao estado de saúde mental dos seus estudantes (Sharkin & Coulter, 2005). Esse levantamento permitiria não apenas conhecer mais profundamente a saúde mental dos estudantes como poderia ser ao mesmo tempo uma estratégia preventiva ou remediativa. Com efeito, a partir dos resultados, os serviços de aconselhamento poderiam abordar apenas os alunos que apresentassem resultados mais preocupantes, pedindo-lhes para realizarem mais testes ou entrevistas clínicas que poderiam resultar, se necessário, na prestação de apoio psicológico (Koltko-Rivera, 2007).

Não há dúvidas de que os serviços de apoio psicológico terão que se adaptar às novas necessidades. Embora não seja fácil colocar em prática muitas destas sugestões, nomeadamente por questões económicas, as instituições do ensino superior não deverão

subestimar o facto de que o investimento na saúde mental dos estudantes é muito vantajoso na em termos de custos/benefícios, tanto para as instituições como para a sociedade em geral (Archer & Cooper, 1998).

### **2.5.2. O caso Português**

Nos anos 90, alguns dos principais problemas dos serviços de aconselhamento em Portugal eram a insuficiência de recursos humanos face à população estudantil que deviam apoiar, a definição do seu estatuto institucional e o vínculo precário que muitos dos trabalhadores desses serviços tinham às instituições. Para tentar dar resposta a estas e outras problemáticas, alguns responsáveis de serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior resolveram criar, em Novembro de 2000, a Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior, hoje denominada Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES).

Os principais objectivos da RESAPES eram: a troca de experiências, colaboração, inter-ajuda e apoio mútuo, cooperação na formação e cooperação científica; empréstimo de técnicos com valências específicas; promoção conjunta do apoio psicológico no ensino superior, junto do Conselho de Reitores, Ministério da Ciência e do Ensino Superior e da Associação de Estudantes; actuação conjunta para definição de formas de financiamento e de quadros em função do número de estudantes; a construção de uma identidade/linguagem/filosofia comum, nomeadamente através da criação de um código deontológico comum a estes serviços (RESAPES, 2002).

Ao longo dos seus anos de existência, os objectivos têm passado por: apoio à comunidade académica ao nível da promoção do bem-estar físico e psicológico; promoção do desenvolvimento pessoal e social dos alunos; promoção da saúde da comunidade académica, em particular dos estudantes; promoção do rendimento académico e da melhoria do ensino-aprendizagem; suporte na transição para a vida profissional; e apoio aos serviços da Instituição (RESAPES, 2006).

O principal papel dos profissionais que trabalham no ensino superior é, então, o apoio psicológico, que pode compreender a vertente de psicoterapia, visto que pode não ser fácil aos estudantes alcançar este tipo de serviços fora das instituições de ensino. As tarefas desempenhadas podem ir desde o aconselhamento psicológico, à psicoterapia individual ou em grupo, à aplicação de testes psicológicos, treino de desenvolvimento pessoal, treinos para melhorar a aprendizagem e as competências sociais.



O enquadramento institucional dos vários serviços de aconselhamento é bastante heterogéneo, sendo que uns estão ligados às faculdades, institutos ou escolas, aos departamentos de psicologia das respectivas instituições de ensino superior, outros à estrutura central das instituições (Reitoria e Serviços Académicos) e outros ainda aos serviços de acção social. A própria designação dos serviços também tem variado entre Gabinete, Centro, Serviço, Clínica, entre outros, associada a especificidades de intervenção como apoio psicológico ou psicopedagógico, integração académica e profissional, consulta de psicologia, acção social, entre outros. As equipas que constituem os serviços possuem um número variável de profissionais, desde um a onze técnicos, na sua maioria psicólogos, ainda que em muitos casos haja também outros especialistas, nomeadamente assistentes sociais e profissionais de saúde.

Embora tenha havido esforços no sentido de melhorar, a nível quantitativo e qualitativo, as equipas nos serviços de apoio, verifica-se que os recursos disponíveis são ainda limitados face às necessidades actuais. Segundo dados do Fórum *Européen d'Orientation Académique* (FEDORA) de 2007, embora houvesse 97 Universidades em Portugal, havia apenas cerca de 40 centros de aconselhamento psicológico a estudantes com cerca de 10 a 15 psicólogos a trabalharem em tempo inteiro. Portanto, ainda não se atingiu o objectivo da existência de pelo menos um serviço por instituição (Aastrup, Katzensteiner, Ferrer-Sama, & Rott, 2007). Segundo a actual presidente da RESAPES-AP, Anabela Pereira, os serviços em Portugal “confrontam-se com dificuldades, não só de apoio económico e institucional, como de recursos humanos, sendo ainda condicionados pela ausência de regulamentação própria que permita o enquadramento formal dos serviços de apoio aos estudantes no ensino superior” (Pereira, 2010, p. 15).

Apesar de não possuírem as condições ideais, os vários gabinetes de apoio psicológico ao estudante do país têm desenvolvido inúmeras iniciativas para melhorar a saúde mental dos seus estudantes. Por exemplo, para fazer frente às dificuldades que os alunos podem sentir na transição para o ensino superior, o Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico dos Serviços dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra (GAP-SASUC) elaborou em 2008 um CD-ROM. Esse CD intitula-se “Plano de apoio à transição: programas de intervenção” e está inserido no projecto “Plano de apoio à transição do ensino secundário para o ensino superior – melhor adaptação, mais resiliência, mais sucesso” (POCI/C/04.01.02/0143/0001/2006), promovido pela Reitoria da Universidade de Coimbra. É composto por três programas de intervenção: Programa de Gestão e Controlo de Stress no Ensino Superior, Programa de Métodos de Estudo e Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais, Sociais e Académicas, que

visam a promoção do sucesso académico através do desenvolvimento de competências transversais (Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra [GAP-SASUC], 2008).

A Universidade de Aveiro (UA) tem demonstrado, nos últimos anos, uma preocupação crescente com a saúde mental dos seus estudantes, notória nas diversas actividades, algumas das quais pioneiras, que tem desenvolvido. A UA foi a primeira instituição do ensino superior em Portugal a criar uma linha telefónica de apoio ao aluno por outro aluno, denominada LUA – Linha da Universidade de Aveiro. Criada em 1994/1995, voltou ao funcionamento em 2009/2010, depois de ter estado inactiva durante uns anos, tendo, nesse intervalo de tempo, realizado ainda uma experiência no ambiente virtual *Second Life* (Pereira, 2005; Pereira et al., 2008).

A LUA *Nightline* baseia-se num modelo de aconselhamento de pares ou *peer counseling*, isto é, num processo através do qual estudantes treinados e supervisionados ajudam outros estudantes com problemas pessoais e académicos, oferecendo relações de apoio, clarificando os pensamentos e sentimentos, explorando opções e alternativas e ajudando os outros estudantes a encontrar as suas soluções (Myrick, Highland, & Sabella, 1995).

Quando um voluntário (*peer counsellor*) percebe que as dificuldades ou problemas do colega que ligou para a LUA excedem o seu campo de actuação e exigem intervenção psicológica sistematizada, pode marcar uma consulta na LUA *Face-to-Face*. Este serviço, em funcionamento desde 2009, presta apoio psicológico profissional aos alunos encaminhados pela LUA *Nightline*, dando resposta aos casos mais urgentes, num curto espaço de tempo, isto é, em cerca de dois dias úteis no máximo. Além da LUA, os Serviços de Acção Social desta Universidade (SASUA-UA) têm em funcionamento consultas de psicologia e de psiquiatria, dirigidas a toda a comunidade universitária, inseridas no Centro de Saúde Universitário (Castanheira, 2010).

Uma vez que o stress é um factor preditor do sucesso académico, a Universidade de Aveiro tem ainda vindo a realizar, desde 2005/2006, vários *workshops* com o objectivo de ajudar os alunos a reconhecer os sintomas de stress e a geri-los. Esses *workshops* têm sido sucessivamente avaliados de forma positiva pelos participantes, que relatam um aumento do bem-estar no seu final (Pereira, Monteiro, Santos & Vagos, 2007, 2008; Vagos et al., 2009).

A lista de iniciativas realizadas pelos vários gabinetes espalhados pelo país poderia continuar mas, neste contexto, interessa apenas deixar a ideia de que o apoio psicológico em Portugal está activo e tem vindo a melhorar, apesar das adversidades que

encontra. Ainda assim, há muitos passos que poderá dar para se aproximar das necessidades efectivas dos estudantes e lhes poder dar uma resposta mais célere e eficaz.

### **3. Síntese do capítulo**

Este capítulo centrou-se na saúde mental e é composto por duas partes distintas. A primeira parte teve como objectivo apresentar e debater alguns conceitos fundamentais nesta área, principalmente o conceito de saúde mental, cuja conceptualização tem vindo a evoluir ao longo do tempo, até ser encarado numa perspectiva positiva. Só a partir dessa perspectiva é que fazem sentido outros conceitos como bem-estar ou promoção da saúde.

A segunda parte centrou-se na saúde mental dos estudantes. Começou com uma caracterização geral do *status quo* a nível internacional e nacional, à qual se seguiu uma análise mais detalhada de duas das mais frequentes e devastadoras problemáticas no ensino superior: a depressão e o stress. Seguidamente, com base numa reflexão sobre a literatura existente, procurou-se analisar as variações na saúde mental dos estudantes ao longo dos últimos anos, um assunto que tanta polémica tem gerado. Uma vez que os dados disponíveis apontam para uma deterioração da sua saúde mental, averiguou-se a forma como têm funcionado os serviços de apoio psicológico nas instituições de ensino superior, nomeadamente no nosso país, tendo sempre em vista possíveis melhoramentos.

A partir deste capítulo pode concluir-se que é necessário continuar a apostar na investigação para compreender melhor as causas da deterioração da saúde mental dos estudantes e, ao mesmo tempo, que é imprescindível ajustar o funcionamento das instituições do ensino superior para responder da melhor forma possível às necessidades actuais dos estudantes, promovendo o seu desenvolvimento psicológico e o seu sucesso académico.



**CAPÍTULO 3 – COMPORTAMENTOS DE RISCO LIGADOS AO  
ÁLCOOL NOS ESTUDANTES**



O presente capítulo aborda os comportamentos de risco, em especial, aqueles relacionados com o consumo de álcool. Nesse sentido, primeiro é realizado um enquadramento acerca do que são comportamentos de risco e da importância da mudança de comportamentos para a promoção da saúde. Em segundo lugar, é debatida a relação entre risco e questões desenvolvimentais nos estudantes do ensino superior e são enumerados os principais comportamentos de risco apresentados por esta população. Dos vários comportamentos possíveis, foi seleccionado o álcool para um maior aprofundamento, dada a sua elevada prevalência e variedade de problemas associados. É relatada brevemente a história do álcool e são clarificados alguns conceitos com ele relacionados. Posteriormente, são referidos dados epidemiológicos sobre o consumo de álcool em Portugal e é caracterizado o consumo nos estudantes, nomeadamente nas festas académicas. Depois, analisa-se a relação do álcool com variáveis sociodemográficas e com a saúde mental. São ainda abordados dois problemas ligados ao álcool: a condução sob o seu efeito e os comportamentos sexuais de risco. Para terminar, é feita uma incursão por alguns dos programas de prevenção e de redução de danos do álcool, em contexto do ensino superior.

## **1. Comportamentos de risco: conceptualização**

Este primeiro ponto é dedicado à compreensão e delimitação dos conceitos “comportamento de risco”, “comportamento de saúde” e “promoção da saúde”.

### **1.1. Comportamentos de risco e comportamentos de saúde**

A tentativa de compreender a saúde, a doença e os aspectos ou condições que as influenciam tem sido uma constante para o homem ao longo do tempo, embora a sua visão vá sofrendo alterações que acompanham as diferentes épocas. A noção de “factor de risco” remonta à primeira revolução da saúde, espelhando os princípios do modelo biomédico. Factor de risco pode ser definido como “a probabilidade de ocorrência de um acontecimento, no decurso de um dado período de tempo ou idade” (Pais Ribeiro, 2007a, p.133). Esta definição pressupõe uma ideia de causalidade e de relação linear entre um

elemento e uma doença. No entanto, é preciso cautela na utilização da expressão “factor de risco para a saúde”, visto que não é possível estabelecer uma relação linear entre um factor e saúde, pois esta é o fruto de relações sistémicas entre múltiplos aspectos inerentes ao indivíduo, tanto estruturais como dependentes da sua acção, e aspectos inerentes ao meio ambiente. Na verdade, os factores de risco são, na sua generalidade, “um resultado matemático de relações entre variáveis consideradas num ou em vários estudos, fornecendo alguma informação da probabilidade de se adquirir uma determinada doença”, mas não se pode afirmar que causam a doença (Pais Ribeiro, 2007a, p. 137).

A partir da segunda metade do século XX, aquando da segunda revolução de saúde, as ligações entre comportamento, saúde e doenças começaram a ganhar notoriedade, pelo que o comportamento humano passou a ser identificado, pelos estudos epidemiológicos, como um importante factor de risco (não no sentido determinista, mas no sentido de aumentar a predisposição para problemas de saúde). Desde então, a relação entre comportamento e estado de saúde tem sido analisada por vários investigadores. Numa revisão de alguns estudos, Ogden (2004) conclui que há uma série de comportamentos que parecem ser importantes para predizer a taxa de mortalidade e a longevidade dos indivíduos. Mais concretamente, tem sido sugerido que 50% da mortalidade ligada às dez principais causas de morte se devia a comportamentos dos indivíduos, o que resultaria num efeito potencialmente negativo a nível de longevidade. A título de exemplo, estima-se que 75% das mortes devidas a cancro estejam relacionadas com comportamentos (como tabagismo, consumo de álcool e regimes dietéticos). Por outro lado, a boa saúde e a longevidade parecem ser potenciadas por aspectos comportamentais como: dormir 7-8 horas por dia; tomar o pequeno-almoço todos os dias; não fumar; comer raramente entre as refeições; ter peso ideal ou próximo disso; ter um consumo moderado ou nulo de álcool e fazer exercício regularmente.

Os comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo podem denominar-se comportamentos de saúde, segundo Ogden (2004). Ora, é possível afirmar que quase todos os comportamentos ou actividades realizadas por um indivíduo têm impacto no seu estado de saúde. Torna-se então necessário delimitar mais claramente este conceito. Kasl e Cobb (1966) propõem uma definição mais restrita, considerando que comportamentos de saúde são acções praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com a finalidade de impedir o aparecimento de mal-estar ou doença (por exemplo, ter uma dieta saudável). Por sua vez, Nutbeam (1998) propõe que um comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde real ou percebido, com intuito o de



promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja ou não realmente eficaz na obtenção desse objectivo.

Neste contexto, Nutbeam adverte para a utilidade de distinguir entre comportamentos que são propositadamente adoptados para promover ou proteger a saúde daqueles que são adoptados independentemente das suas consequências para a saúde. Na mesma linha de pensamento, Matarazzo (1984) propôs a distinção entre “comportamentos imunogénicos” que podem ter um efeito positivo, de protecção da saúde (por exemplo: lavar os dentes, usar cinto de segurança, realizar *check-ups* regulares, dormir um número adequado de horas por noite) e “comportamentos patogénicos”, que têm um efeito prejudicial para a saúde (por exemplo: fumar, beber grandes quantidades de álcool ou fazer uma alimentação rica em gorduras). Esta última categoria de comportamentos é também denominada “comportamentos de risco”, designação que se aplica às formas específicas de comportamento que estão associadas a um aumento da susceptibilidade para uma doença específica (Nutbeam, 1998), ou, noutras palavras, qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal que conduza a um acréscimo de risco de doença ou acidente (Stephoe & Wardle, 1996).

Assim, é possível encarar comportamentos de saúde e comportamentos de risco como duas faces da mesma moeda, sendo estes frequentemente agrupados em *clusters*, num padrão organizado e mais complexo, de comportamentos inter-relacionados denominado estilo de vida (Nutbeam, 1998). Estilo de vida consiste, então, no modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamentos que são determinados pela interacção entre as características pessoais de um indivíduo, as relações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais (WHO, 1998). Estes padrões de comportamento são interpretados e testados continuamente em diferentes situações sociais, de modo que não são fixos, estando sujeitos a mudança.

## **1.2. Mudança de comportamento e promoção da saúde**

Se os comportamentos em que as pessoas se envolvem e as circunstâncias em que vivem têm impacto na sua saúde, então a mudança de comportamento pode ser um meio eficaz na melhoria do estado de saúde (Bennett & Murphy, 1999). Ao investigar os mecanismos envolvidos na mudança de comportamento, quer na prevenção ou redução

de comportamentos de risco, quer no desenvolvimento de hábitos saudáveis, a psicologia pode dar um contributo privilegiado para os cuidados de saúde e a saúde pública. Note-se que para compreender os comportamentos e promover a sua mudança, é necessário recorrer a modelos complexos de análise de saúde e doença, nomeadamente modelos ecológicos ou biopsicossociais, isto é, que incluam processos de pensamentos e processos sociais, para além dos processos biológicos (Pais Ribeiro, 2007a). De facto, a saúde é influenciada por uma multiplicidade de factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, pelo que ter saúde não depende apenas da escolha individual em adoptar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente no qual os indivíduos estão envolvidos e na capacidade deste meio ambiente permitir escolhas saudáveis.

A promoção da saúde foca-se em todos os factores modificáveis que possam afectar a saúde, de modo a capacitar as populações para aumentarem o controlo sobre a saúde e melhorá-la (WHO, 1986). A promoção da saúde pretende obter equidade na saúde, visando reduzir as diferenças no estado actual de saúde e assegurando igualdade de oportunidades e de meios para possibilitar, a todas as pessoas, atingir o seu potencial máximo de saúde. Promover a saúde tem a ver com a melhoria da acessibilidade a estilos de vida saudáveis, em detrimento de outros mais associados ao risco e à doença. Consequentemente, devem ser implementadas medidas que tornem mais fácil e atractiva a opção por estilos de vida saudáveis, reduzindo as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam escolhas de saúde (Matos, Simões, Carvalhosa, & Canha, 2001).

Importa, no entanto, sublinhar que não existe um “estilo de vida optimal” que possa ser prescrito a todas as pessoas, até porque os significados de “saúde” e “bem-estar” também variam de grupo para grupo e de cultura para cultura. São factores como a própria cultura, a idade, o rendimento, a estrutura familiar, a capacidade física e o ambiente no trabalho que tornam certas condições de vida mais atractivas, praticáveis e apropriadas para determinada pessoa (Nutbeam, 1998). Assim, quando se pretendem implementar estratégias e programas de promoção da saúde, deve-se atender às especificidades a nível social, cultural e económico da população alvo.

A promoção da saúde desdobra-se em cinco grandes áreas de acção: 1) construção de políticas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) fortalecimento da acção das comunidades; 4) desenvolvimento de competências pessoais; 5) reorientação dos serviços de saúde. Esta abordagem sublinha aspectos como a participação activa dos indivíduos no processo de decisão e implementação de medidas que visem melhorar a sua saúde e a da comunidade.

Não obstante, a promoção da saúde não é apenas da responsabilidade dos indivíduos e das comunidades, mas também dos governos, dos sectores da saúde, económico, social, de organizações não governamentais, de voluntários, de autoridades locais, da indústria e dos meios de comunicação. Para este processo ser bem sucedido é necessário que todas estas partes tomem consciência do seu papel e reúnam esforços no sentido de construir uma visão partilhada do que são envolvimento saudáveis, e de seleccionarem objectivos prioritários, para posteriormente desenvolverem, implementarem e avaliarem planos de acção.

Nesse sentido, o sector da educação não poderá ficar fora deste ambicioso projecto, pois o campus universitário enquanto centro de aprendizagem e desenvolvimento profissional, pessoal e social e local onde os alunos passam grande parte do seu tempo, deverá ser um espaço privilegiado para a promoção da saúde. As Universidades deverão ter cada vez mais a preocupação em se tornarem Universidades Saudáveis.

## **2. Comportamentos de risco na universidade**

Este segundo ponto destina-se à compreensão dos comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior. Inicialmente, tendo em conta a fase de vida em que os estudantes se encontram, são exploradas possíveis funções desenvolvimentais dos comportamentos de risco. Seguidamente, são apresentados alguns dados acerca da prevalência de vários comportamentos nos estudantes. Finalmente, de entre os vários comportamentos, é dado maior destaque ao consumo de álcool, pela elevada prevalência que possui nesta população e por estar associado a diversos problemas que colocam em risco a saúde física e mental de quem consome, bem como a de outras pessoas.

### **2.1. O risco numa perspectiva desenvolvimental**

“There’s a time and place for everything and it is called college” (desconhecido)

Embora os comportamentos de risco tenham, em geral, o seu início na adolescência, o pico de muitos deles é atingido durante a idade adulta emergente, tendo

depois tendência a diminuir na idade adulta. Aliás, os comportamentos de risco parecem relacionar-se com questões desenvolvimentais. Um estudo realizado com estudantes do ensino superior com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, mostrou que aqueles que se consideravam adultos emergentes, ou seja, que por um lado sentiam que já não eram adolescentes, mas ao mesmo tempo não se percepcionavam completamente como adultos, apresentavam maior consumo de álcool, mais episódios de consumo esporádico excessivo e maior consumo de tabaco do que aqueles que já se consideravam adultos (Blinn-Pike et al., 2008). Estes dados não são surpreendentes ao ter em conta que a adultez emergente é um estágio de vida caracterizado precisamente pelo risco e pelo teste dos limites que poderão desempenhar um papel importante na construção da identidade (Arnett, 2000).

No caso dos estudantes do ensino superior, para além das questões desenvolvimentais, não se devem ignorar as particularidades do meio universitário. Embora os dados disponíveis mostrem que os indivíduos que já apresentavam mais comportamentos de risco no ensino secundário sejam os que apresentam também mais comportamentos no primeiro ano da universidade, regista-se um aumento em alguns comportamentos de risco como o número de parceiros sexuais, e a frequência de consumo de álcool e marijuana (Fromme, Corbin, & Kruse, 2008). A prática de comportamentos de risco no ensino superior parece ser normativa, tanto que uma investigação com estudantes alemães que avaliou quatro comportamentos de risco concluiu que apenas 2% dos estudantes não tinham qualquer comportamento de risco, ao passo que 10.5% apresentavam um, 34.5% dois, 34.8% três e 18.2% os quatro (Keller, Maddock, Hannöver, Thyran, & Basler, 2008).

Com efeito, parece haver algo na universidade que incita ou facilita a experimentação de um modo que outros contextos não o fazem. Hoje em dia, a universidade parece criar um ambiente que encoraja um período de experimentação mais longo do que o vivenciado pelas gerações anteriores e talvez mais longo do que o experienciado pelos adultos emergentes que não a frequentam. Numa investigação que usou métodos qualitativos para explorar o significado pessoal dos comportamentos de experimentação e do seu paradoxo em adultos emergentes na universidade, notou-se que muitos estudantes recorreram espontaneamente à expressão “cultura da universidade” (Dworkin, 2005). Esta cultura caracteriza-se por lhes fornecer a oportunidade de experimentação num contexto de independência dos pais, o que pode incluir mesmo o questionamento dos valores que os pais lhes tinham inculcido.

Os estudantes atribuíram os seus níveis elevados de experimentação a duas transições primárias: a transição do secundário para a universidade e transição para maior independência. A primeira transição implica principalmente uma mudança de ambiente. Os dados indicam que a intensidade da experiência varia consoante tenham ou não saído de casa, a distância para onde foram e quão diferente o novo ambiente é. Com efeito, os estudantes não deslocados descrevem manter muito mais contacto com as suas famílias e, por isso, estão mais influenciados pelas crenças dos seus pais ou, pelo menos, sentem-se obrigados a respeitar mais as crenças dos seus pais, enquanto morarem com eles. A segunda transição descrita foi o aumento da independência, que foi vivenciada pelos estudantes de uma forma geral. Independentemente de ainda viverem ou não com os pais, o que é certo é que começaram a passar menos tempo com eles.

Para além disso, a maior parte dos estudantes admitiu ter poucas responsabilidades do mundo real (e.g. financeiras). Na universidade eles são responsáveis por tomar as suas próprias decisões, relativamente livres das responsabilidades do mundo real, e encontram-se rodeados por outros jovens a tomarem as mesmas decisões. A crescente autonomia e o poder de decisão nas suas escolhas parecem ser dois factores relevantes na compreensão dos estilos de vida dos universitários (Dinger & Waigandt, 1997). Os estudantes parecem ter a consciência da sua liberdade e da ausência de responsabilidades no presente, prevendo, no entanto, que mais tarde não terão oportunidade de realizar uma série de acções. É sob o lema “só se é novo uma vez”, que experimentam alguns comportamentos como o consumo de álcool, tabaco e drogas (Ravert, 2009).

Note-se que, apesar de habitualmente se conotar a experimentação de uma forma negativa, esta pode desempenhar algumas funções desenvolvimentais. Há dados que mostram que os jovens que experimentam, de uma forma controlada, os comportamentos de risco, apresentam resultados desenvolvimentais mais positivos. Por exemplo, o uso de substâncias parece facilitar a relação entre pares nos adolescentes, promovendo a aceitação e o envolvimento, enquanto o álcool pode propiciar oportunidades para a aprendizagem e crescimento (Maggs & Hurrelmann, 1998; Schulenberg, Maggs & Hurrelmann, 1997). Apesar disso, a fronteira entre a experimentação saudável e o perigo de participar em comportamentos que podem ter consequências muito negativas, como a condução sob o efeito de álcool e a actividade sexual desprotegida, é deveras ténue e ambígua.

Os universitários parecem encarar os comportamentos de experimentação e o risco como oportunidades de aprendizagem e crescimento, considerando-os por isso

importantes, mesmo que possam ter consequências negativas (Dworkin, 2005). Aliás, muitos estudantes consideram que há poucas consequências dos seus comportamentos, o que é consistente com a literatura que indica que muitos jovens não experienciam, de facto, consequências negativas da participação em comportamentos de risco (Arnett, 1991).

Tendo em conta que os estudantes com mais recursos desenvolvimentais terão menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, como a violência, o abuso de álcool e outras drogas, ou a actividade sexual de risco, os investigadores do *Search Institute* procuraram identificar quais os factores protectores (Search Institute, 2007). Concluíram que, quer factores externos como o suporte familiar, influências positivas dos pais, elevadas expectativas dos pais e uso construtivo do tempo, quer factores internos como o envolvimento no meio académico, competências sociais, valores positivos e elevada auto-estima, podem ter um papel protector em relação ao risco.

## **2.2. Avaliação e caracterização geral dos comportamentos de risco**

Dado que muitos dos comportamentos que compõem os estilos de vida dos jovens podem influenciar directa ou indirectamente a sua saúde a curto ou longo prazo, um vasto leque de variáveis comportamentais, incluindo tanto comportamentos promotores de saúde como comportamentos de risco, deve ser medido (Currie, 2000; Smith, Orleans, & Jenkins, 2004). No âmbito da investigação dos comportamentos de saúde das camadas mais jovens, o *Health Behaviour in School Aged Children Study* (HBSC) é considerado ímpar, na medida em que, para além de monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde dos adolescentes ao longo do tempo em vários países, incluindo Portugal, procura compreender quais os factores que moldam e influenciam a sua saúde e comportamentos de saúde (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). Embora a importância deste estudo seja inegável, centra-se apenas em crianças e adolescentes em idade escolar, deixando de fora os alunos do ensino superior. De facto, esta lacuna parece ainda não ter sido preenchida por outros estudos comparáveis ao HBSC, sendo que, pelo menos em Portugal, as investigações sobre saúde e comportamentos de saúde em populações universitárias são manifestamente escassas.

Nos Estados Unidos da América, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) criou um sistema de vigilância para monitorizar os comportamentos de risco entre

os adolescentes e jovens adultos, que se desdobra em dois programas. O primeiro é o *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) e consiste num inquérito nacional, estadual e local que monitoriza os comportamentos de saúde dos jovens do ensino secundário e num inquérito que monitoriza os comportamentos dos jovens entre os 12 e os 21 anos, quer estejam ou não na escola (Brener et al., 2004). O segundo denomina-se *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS) e foi criado pelo CDC para examinar os comportamentos de saúde em alunos do ensino superior (CDC, 1997).

O questionário do YRBS baseou-se numa revisão das principais causas de morte entre adolescentes, enquanto o do NCHRBS se focou nas principais causa de morte, doença e problemas sociais entre os jovens adultos nos Estados Unidos (Brenner, Collins, Kann, Warren, & Williams, 1995). Uma vez que há vários tópicos em comum, muitas das questões incluídas no YRBS também foram incluídas no NCHRBS. O questionário padrão para estudantes do ensino superior consiste em 96 perguntas com respostas de escolha múltipla, que avaliam 6 tipos de comportamentos: 1) comportamentos que levem a ferimento intencional ou não intencional; 2) uso de tabaco; 3) consumo de álcool e outras drogas; 4) comportamentos sexuais de risco; 5) comportamentos dietéticos; 6) inactividade física.

Embora em Portugal não haja dados nacionais relativamente aos estudantes do ensino superior, existem dados concernentes aos indivíduos na faixa etária dos estudantes, o que pode fornecer pistas úteis. No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é possível observar dados provenientes da Direcção Geral de Saúde, alguns referentes ao ano de 2001 e outros aos anos 1997/1998, que indicam que a percentagem de indivíduos entre os 15 e os 24 anos que fuma diariamente é de 25.8% para os homens e 10.5% para as mulheres. Por sua vez, 12.9% dos indivíduos consumiram álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses. No que diz respeito à actividade física, 45.5% dos homens e 64.4% das mulheres afirmam ter preenchido a maior parte do seu tempo livre nos últimos 12 meses com actividades sedentárias. Dados relativos a indivíduos dos 18 aos 24 anos mostram que 6.8% dos homens e 4.6% das mulheres têm excesso de peso e 3.2% e 2.2% respectivamente sofrem mesmo de obesidade (Ministério da Saúde, 2004a).

Além dos dados a nível nacional, têm surgido investigações que versam especificamente os comportamentos de risco dos estudantes de várias instituições do ensino superior em Portugal (e.g. Loureiro, 2006). A título de exemplo, uma investigação com estudantes de Medicina revelou que 47% dos estudantes apresentam comportamentos de risco para a saúde, sendo as áreas de maior preocupação os hábitos

alimentares (ex. toma do pequeno almoço, consumo de frutas e vegetais e consumo de café), o consumo de álcool e tabaco, o sedentarismo e ainda a insatisfação com a imagem corporal (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008).

Embora alguns estudos incidam sobre vários comportamentos de risco ao mesmo tempo, fornecendo dados acerca dos estilos de vida dos estudantes, outros focam-se em áreas específicas como: o sono (Gomes, 2005), o consumo de bebidas alcoólicas (Cabral, 2007), o consumo de tabaco (Precioso, 2004b) ou os comportamentos sexuais de risco (Chaves, 2010; Ribeiro & Fernandes, 2009). De entre os vários comportamentos, o consumo de álcool destaca-se pela sua elevada prevalência no ensino superior. Efectivamente, estima-se que cerca de 70% dos estudantes consumam álcool, sendo a percentagem maior nos homens do que nas mulheres (Delille & Ramos, 2004). Calcula-se que a taxa varie entre 76 e 85% nos estudantes do sexo masculino e entre 56 e 65% nos estudantes do sexo feminino (Calvário, Lizardo, Loureiro, & Santos, 1997; Galhardo, Cardoso, & Marques, 2006).

Embora o número de estudos sobre os comportamentos de risco nos jovens adultos, e em particular nos estudantes do ensino superior, tenha aumentado consideravelmente nos últimos anos, é importante continuar a monitorizar as tendências ao longo do tempo e em diversas instituições, tentando perceber quais os factores que as influenciam, pois só a partir daí é possível reforçar as práticas saudáveis e combater os comportamentos de risco eficazmente, com vista à promoção da saúde (Matos & Gaspar, 2005; Roswell, 1997).

### **2.3. Consumo de álcool**

Várias investigações realizadas no ensino superior indicam que o álcool é a substância mais consumida pelos estudantes (e.g. Pillon & Corradi-Webster, 2006). Por esse motivo, este foi o comportamento de risco seleccionado para merecer maior aprofundamento.



### 2.3.1. Breve olhar sobre a história do álcool

“Alcohol is the oldest and still probably the most widely used drug today” (Hajar, 2000, p. 341).

Embora não se saiba ao certo quando é que o álcool começou a ser produzido, não restam dúvidas de que na Idade da Pedra já existiam bebidas fermentadas propositadamente. Mais tarde, na civilização Egípcia as bebidas alcoólicas como a cerveja e o vinho tinham várias funcionalidades desde o prazer, a nutrição, a medicina, rituais, remunerações e mesmo motivos fúnebres (Hanson, 1995). Ao longo do tempo e em diversas culturas, o álcool tem estado intimamente ligado à religião. Prova disso é que tanto na Grécia como na Roma antiga, caracterizadas pelo politeísmo, existia um Deus do vinho, das festas, e do lazer, denominado Baco e Dionísio respectivamente.

Na Bíblia há também várias passagens com referência ao álcool, em particular ao vinho. A título de exemplo, no Velho Testamento está descrito um episódio de embriaguez de Noé e no Novo Testamento, o primeiro milagre de Jesus consiste na transformação de água em vinho. A divinização do vinho está também patente na Última Ceia, quando Jesus elege o vinho como símbolo do seu sangue. Este acto consolidou o elo entre o Homem e Deus através do vinho, sendo este ainda hoje usado na eucaristia, no ritual da comunhão (Henriques, Gomes, & Roque, 2003).

Na Idade Média a produção de aguardentes e vinhos terá proliferado um pouco por toda a Europa e o álcool era visto como um néctar intimamente associado à saúde e bem-estar, sendo mesmo classificado como *aqua vitae*. Mais tarde, com a revolução industrial, verificou-se um crescimento acentuado na produção e comercialização de álcool destilado, tanto que nos finais do século XVIII e inícios do século XIX, o consumo de álcool atingiu níveis até então desconhecidos. De sagradas, as bebidas passam a ter um carácter mundano e quotidiano, sendo ingeridas nas mais variadas ocasiões (Breda, 1994). A par com o aumento de consumidores, aumentou também o número de pessoas que apresentavam problemas sociais associados ao uso excessivo do álcool. Terá sido nessa altura que a ideia de alcoolismo enquanto doença surgiu, com a criação de casas ou asilos para tratar os alcoólicos em muitos países Europeus (Gigliotti & Bessa, 2004).

Actualmente, a generalização do consumo de álcool nas sociedades ocidentais tem sido acompanhada de uma preocupação crescente com as questões sociais, os problemas de saúde e os custos económicos associados ao uso nocivo de álcool. Na verdade, hoje sabe-se que o álcool é responsável por cerca de 60 doenças, incluindo problemas cardiovasculares, gastro-intestinais (Anderson & Baumberg, 2006) e está

associado a variadas psicopatologias, como a depressão (Jané-Llopis & Matytsina, 2006) e o distúrbio de ansiedade generalizada (Cranford, Eisenberg, & Serras, 2009). Estima-se que o álcool seja responsável por 7.4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia (Madelin, 2008).

Note-se que os efeitos do álcool não se limitam às questões de saúde física e mental individual, mas abrangem também problemas de relacionamento, violência, familiar, absentismo e acidentes, que afectam outras pessoas que não o consumidor (WHO, 2004a). A consciência de que as consequências negativas do consumo nocivo são elevadíssimas têm conduzido não só da Organização Mundial de Saúde, mas vários organismos da União Europeia, a tomarem medidas no sentido de reduzir o consumo do álcool e problemas associados.

### **2.3.2. Conceitos fundamentais**

De seguida, é apresentada a terminologia ligada ao consumo de álcool. Mais concretamente, são esclarecidos conceitos relativos aos tipos de bebidas existentes, bem como conceitos referentes à quantidade, frequência e padrões do consumo. Há lugar ainda para a caracterização das perturbações relacionadas com o consumo de álcool, com destaque para o abuso e a dependência.

#### **2.3.2.1. Tipos de bebidas**

Bebidas alcoólicas são bebidas que contém na sua composição álcool etílico ou etanol. Habitualmente, costumam dividir-se as bebidas alcoólicas em dois grupos: 1) bebidas fermentadas, obtidas pela fermentação alcoólica dos sumos açucarados, através da acção das leveduras; 2) bebidas destiladas, que resultam da destilação (evaporação, seguida de condensação pelo frio) do álcool que foi produzido pela fermentação. No primeiro grupo inclui-se o vinho (obtido por fermentação do sumo de uva), a cerveja (obtida por fermentação de cereais e aromatizada pelo lúpulo), a sidra (a partir da maçã) e a água-pé (obtida da mistura de água e mosto já espremido). No segundo grupo, incluem-se, por um lado, as aguardentes, como o whisky, conhaque, gin, vodka, rum e por outro, os aperitivos/licores (bebidas à base de vinho ou da mistura de vinhos com álcool, açúcar e aromas). As bebidas do segundo grupo, ou seja, as destiladas apresentam maior teor de álcool do que as fermentadas (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

A partir das bebidas fermentadas, destiladas e outras sem álcool, como refrigerantes ou bebidas energéticas, é possível criar diferentes bebidas. Nos últimos

anos, o consumo de bebidas alcoólicas tem sofrido várias alterações, sendo uma delas o consumo de “novas bebidas” como os *shots* e os *alcopops*. Os primeiros são bebidas curtas, geralmente compostas por uma ou várias bebidas destiladas, consumidas com o intuito de facilitar a intoxicação rapidamente, omitindo o prazer da degustação. Os segundos são bebidas alcoólicas açucaradas, com sabor a fruta e com uma percentagem de álcool que varia entre 4 a 6%. Devido ao sabor açucarado, são apelativas para os jovens que não apreciem muito o sabor ardente do álcool (IAS, 2010).

### **2.3.2.2. Quantidade, frequência e padrões de consumo**

A expressão “consumo de álcool” é um termo relativamente lato, que pode referir-se tanto à frequência na qual o álcool é consumido, como à quantidade consumida num determinado tempo. Por sua vez, a frequência diz respeito ao número de dias ou ocasiões em que alguém consumiu bebidas alcoólicas durante um intervalo específico, como uma semana, mês ou ano. Quantidade refere-se ao número ou quantia consumida em dada ocasião. Geralmente, o consumo é avaliado através do número de bebidas padrão (*standard drinks*). Em Portugal, considera-se que uma unidade de bebida (seja de vinho, cerveja, aperitivos ou destiladas) varia entre 8 a 12 gramas. A quantidade e frequência podem ser combinadas num quociente quantidade/frequência, que estima o volume total consumido num período de tempo especificado (Jackson, Sher, & Park, 2005).

O consumo moderado é, por definição, aquele que não acarreta riscos para a saúde. A aparente simplicidade desta definição encerra, porém, um elevado nível de subjectividade e incerteza, não existindo consenso acerca da sua operacionalização (Dufour, 1999). Em Portugal, as directrizes disponíveis indicam que, para ter um consumo moderado, um homem adulto saudável não deve beber mais do que 3 bebidas com álcool (24 gramas de álcool) por dia, de preferência distribuídas pelas duas principais refeições (almoço e jantar), e que uma mulher adulta saudável, e que não esteja grávida ou a amamentar, não deve beber mais do que 2 bebidas alcoólicas (16 gramas) por dia (CRAS, n.d.).

Considera-se consumo de risco aquele que “corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir; e que aumenta a probabilidade de sofrer doenças, acidentes, lesões, transtornos mentais ou de comportamentos” (IDT, 2010, p. 8). Segundo o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (2005) os homens estão em risco de problemas ligados ao álcool se o seu consumo excede catorze

bebidas padrão por semana ou quatro por dia e as mulheres, sete bebidas por semana ou três por dia.

Por sua vez, o consumo nocivo é definido como “um padrão que provoca danos à saúde tanto física como mental, mas que não satisfaz os critérios de dependência” (IDT, 2008, p. 9). A Organização Mundial de Saúde esclarece que este padrão não implica necessariamente beber demasiado álcool ou beber todos os dias. Este padrão pode estar relacionado com as circunstâncias em que se consome o álcool, como por exemplo conduzir sob o efeito de álcool, ter episódios de *binge drinking*, ou, no caso das mulheres, beber durante a gravidez (WHO, 2006).

Para identificar as pessoas com padrões nocivos e perigosos de consumo de álcool, a OMS desenvolveu o AUDIT – *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). O AUDIT é um método simples de triagem para o consumo excessivo de álcool, constituído por dez questões em que o valor total varia entre zero e quarenta pontos, sendo que de zero a sete pontos é considerado um uso de baixo risco, de oito a quinze pontos um uso de risco, de dezasseis a dezanove pontos um uso nocivo e a provável dependência é caracterizada a partir dos vinte pontos (Pillon & Corradi-Webster, 2006).

Outro termo frequentemente utilizado na caracterização do consumo de álcool é o *binge drinking*. Este termo era inicialmente utilizado por médicos para se referirem ao consumo de álcool na fase crónica de alcoolismo. Entretanto, em 1992, Wechsler e Isaac aplicaram esse termo na descrição do consumo de álcool em estudantes universitários, aplicação essa que ganhou popularidade em 1994, com o surgimento do *The Harvard School of Public Health College Alcohol Study*, um vasto estudo com o intuito de caracterizar os padrões de consumo de álcool nos universitários dos Estados Unidos da América.

Nessa altura, *binge drinking* foi definido como o consumo de uma quantidade suficientemente grande de álcool para colocar, tanto o consumidor, como terceiros, em risco acrescido de experienciarem problemas relacionados com o álcool ou de sofrerem consequências indirectas (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994). Naquele estudo o termo foi operacionalizado como o consumo de cinco (quatro para as mulheres) ou mais bebidas numa única ocasião. A partir dessa altura, a utilização do termo disseminou-se entre o meio científico, passando também para os meios de comunicação, para designar, de um modo mais geral, o elevado consumo de álcool numa única ocasião, que pode conduzir a problemas sérios (Wechsler & Nelson, 2001).

Em 2004, para tentar pôr termo à subjectividade que envolvia o termo, o NIAA aprovou oficialmente uma definição de *binge drinking*: “a pattern of drinking alcohol that brings blood alcohol concentration to 0.08 gram percent or above. For the typical adult, this pattern corresponds to consuming 5 or more drinks (male), or 4 or more drinks (female), in about 2 hours” (NIAAA, 2004, p. 3). Reiterou ainda o facto de o *binge drinking* ser claramente perigoso quer para o consumidor, quer para a sociedade.

Esta medida tem demonstrado ser bastante útil e pertinente, sendo que vários dados mostram que estudantes que têm episódios de consumo excessivo têm maior probabilidade de sofrerem danos decorrentes do álcool do que aqueles que não têm e que o risco de experienciarem consequências negativas aumenta com a frequência desses mesmos episódios (Wechsler et al., 2000).

Apesar de não ter pretensões de ser um indicador clínico, o *binge drinking* parece ter alguma correlação com perturbações diagnosticáveis no DSM-IV. Com efeito, entre os *binge drinkers*, um em cada dois parece preencher os critérios para diagnóstico de abuso de álcool e quatro em cada cinco, os critérios de dependência segundo aquele manual. Mesmo entre *binge drinkers* ocasionais, essas proporções são de um em cada três e um em cada dois respectivamente (Knight et al., 2002). Assim, este ponto de corte do *binge drinking* pode ser utilizado como uma triagem para identificar estudantes que possam necessitar de avaliação clínica adicional para detectar o cumprimento ou não de critérios de abuso ou dependência de álcool segundo o DSM-IV (Wechsler & Nelson, 2006).

Este conceito é também importante, pois outras medidas como o consumo médio de álcool num dado período de tempo, como uma semana, não permitiam distinguir por exemplo, alguém que bebe uma a duas bebidas por dia, de alguém que bebe sete a catorze bebidas numa única ocasião.

Em Portugal, o *binge drinking* tem sido traduzido por consumo ou ingestão esporádica excessiva de álcool. Não se deve confundir este termo com intoxicação ou embriaguez, que pode ser definida como uma condição que se segue à ingestão de álcool e que resulta em perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, julgamento, afecto, comportamento ou outras funções e respostas psicofisiológicas (WHO, 1994).

### 2.3.2.3. Perturbações relacionadas com o álcool

O consumo de risco, nomeadamente o consumo esporádico excessivo, está associado ao aparecimento de perturbações relacionadas com o álcool. De acordo com o DSM IV-TR (APA, 2000) existem perturbações pela utilização do álcool e perturbações induzidas pelo álcool. Na primeira categoria inserem-se: 1) dependência do álcool; 2) abuso do álcool. Estas perturbações seguem os mesmos critérios gerais que outras perturbações pela utilização de substâncias. Nas Tabelas 2 e 3, é possível observar os critérios de diagnóstico, patentes no DSM, aplicados ao caso do álcool.

Tabela 2 *Crítérios de dependência do álcool, segundo o DSM-IV-TR*

<b>Dependência do álcool</b>
<p>Padrão desadaptativo de utilização do álcool levando a défices ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por <u>três (ou mais)</u> dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Tolerância definida por qualquer um dos seguintes:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Necessidade de quantidades crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;</li><li>b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de álcool;</li></ol></li><li>2) Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Síndrome de abstinência característica do álcool (critérios A e B);</li><li>b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência;</li></ol></li><li>3) O álcool é frequentemente consumido em quantidades superiores ou por um período mais longo do que o que se pretendia;</li><li>4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização do álcool;</li><li>5) É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização do álcool e à recuperação dos seus efeitos;</li><li>6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização de álcool;</li><li>7) A utilização do álcool é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização do álcool (ex. manutenção do consumo apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).</li></ol>

Nota. Adaptado de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, por APA, 2000, p. 197.

Tabela 3 *Critérios de abuso do álcool, segundo o DSM-IV-TR*

<b>Abuso do álcool</b>	
A)	Padrão desadaptativo de utilização de álcool levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifesto por <u>um (ou mais)</u> dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:  1) Utilização recorrente do álcool resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de álcool, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com o álcool; negligência de crianças ou deveres domésticos);  2) Utilização recorrente do álcool em situações em que este se torna fisicamente perigoso (condução, trabalho com máquinas);  3) Problemas legais recorrentes relacionados com a substância (ex. prisões por comportamentos desordeiros relacionados com o álcool);  4) Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo efeito do álcool (ex. discussões conjugais sobre as consequências da intoxicação, lutas físicas);
B)	Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência do Álcool.

Nota. Adaptado de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR, por APA, 2000, p. 199.

Como se pode constatar, ambas as perturbações têm a mesma moldura temporal, o espaço de um ano, no entanto, a dependência exige o cumprimento de mais critérios do que o abuso. A dependência corresponde ao que tradicionalmente se entendia por alcoolismo, termo este que caiu em desuso por ser considerado difuso, não constituindo, por isso, uma entidade nosológica definida actualmente.

Para além das perturbações da utilização do álcool, o DSM-IV TR prevê a existência de perturbações induzidas pelo álcool. Nesta categoria incluem-se, entre outras, a intoxicação pelo álcool e a abstinência do álcool. A primeira, também denominada embriaguez, caracteriza-se pela presença de alterações psicológicas ou desadaptativas, clinicamente significativas que se desenvolvem logo após a ingestão de álcool, como comportamento sexual ou agressivo desadequado, instabilidade de humor e perturbações da capacidade de discernimento. A segunda tem como aspecto fundamental a síndrome de abstinência, que se desenvolve após a paragem ou redução da utilização prolongada e maciça de álcool e que se caracteriza por sintomas como

aumento do tremor das mãos, insónia, agitação psicomotora, náuseas, vômitos e alucinações (APA, 2000).

### 2.3.3. Dados epidemiológicos relativos a Portugal

Portugal, como praticamente todos os países do Mediterrâneo, tem uma longa tradição vitivinícola, sendo um grande produtor e exportador de bebidas alcoólicas, principalmente vinho, mas também um grande consumidor. De acordo com dados do *World Drink Trends*, ocupava o 8º lugar a nível mundial em 2003, com um consumo de 9.6 litros de etanol *per capita* (World Advertising Research Center, 2005). A nível Europeu, Portugal ocupa o 2º lugar, sendo que mais de 70% dos jovens com mais de 16 anos admitem consumir bebidas alcoólicas regularmente (Fernandes, 2002). Os portugueses começam a consumir álcool, em geral, na adolescência ou no início da idade adulta. Mais especificamente, a maioria dos consumidores em Portugal (86%) inicia o consumo de álcool entre os 12 e os 20 anos (Balsa, 2008).

A verdadeira prevalência do consumo de álcool em adolescentes e jovens adultos em Portugal permanece desconhecida. Ainda assim, têm surgido nos últimos anos vários estudos que fornecem algumas pistas importantes acerca da situação actual. Num estudo comparativo, publicado em 2000, sobre o consumo de álcool em estudantes do ensino secundário, em 18 países, maioritariamente europeus, Portugal, apesar de se situar sensivelmente a meio da tabela, em termos de frequência de consumo, com 11% de alunos a beberem álcool seis ou mais vezes no último mês, teve a percentagem mais baixa de alunos com episódios de consumo excessivo no último mês (14%) (Smart & Ogborne, 2000). Por seu turno, o II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral de Portugal, em 2007, revelou que 11,2% dos jovens dos 15 -19 anos dizem ter-se embriagado no último mês (Balsa, 2008).

Entretanto, o último estudo do *ESPAD-European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas), datado de 2007, apresenta valores mais preocupantes. Efectivamente, este estudo indica que os episódios de embriaguez e de *binge drinking* nos últimos 30 dias, entre os jovens de 16 anos, terão aumentado de 25% em 2003 para 56% em 2007 em Portugal. A bebida de eleição parece ser a cerveja, representando cerca de 40% da quantidade consumida (em 100% de bebidas alcoólicas) no último dia de consumo, seguida de 30% de bebidas espirituosas e de 13% de vinho (Hibell et al., 2007). Apesar de não haver um consenso quanto à prevalência do consumo em adolescentes, são



vários os estudos que dão conta de uma tendência para o aumento da frequência de embriaguez e do consumo esporádico excessivo em alunos do ensino básico e secundário nos últimos anos (Ferreira, Matos, & Diniz, 2008).

No que concerne ao ensino superior, num estudo comparativo entre estudantes de 21 países, datado de 2006, Portugal aparece no meio da tabela de consumo de álcool. As percentagens de consumidores de álcool foram 65% para os homens e 29% para as mulheres. No que diz respeito aos consumidores excessivos, que foram definidos como aqueles que tiveram pelo menos um episódio de ingestão excessiva nas duas últimas semanas, as percentagens foram de 18 e 9% respectivamente (Dantzer, Wardle, Fuller, Pampalone, & Steptoe, 2006). Noutro estudo, realizado com estudantes do ensino superior em Coimbra, concluiu-se que 28.4% dos alunos eram abstémios (IC: 24.52-32.28) e os restantes 71.6% (IC: 67.72-75.48) consumiam álcool. Cerca de um terço dos estudantes (30.7%) afirmou beber álcool uma ou duas vezes por mês. As outras categorias de resposta mais frequentes foram “duas vezes por semana” (27.2%) e “só ao fim de semana” (26.7%) (Galhardo & Marques, 2004). Noutro estudo ainda, apurou-se que, entre os estudantes consumidores de álcool, 11% tinham episódios de consumo excessivo pelo menos duas vezes por semana (Santos, Pereira, & Veiga, 2009a).

Os custos associados ao uso nocivo de álcool são muito elevados, a vários níveis. Uma investigação procurou analisar esses custos relativos ao abuso de álcool no ano de 2005 em Portugal, tendo concluído que estes perfizeram um total de 434 milhões de euros, o que corresponde a 0.6% do Produto Interno Bruto, ou, dito de outra forma, a um custo *per capita* de 52 euros. Os principais custos são a perda de produtividade por motivo de doença ou morte prematura, custos com a saúde e com a justiça criminal (Lima & Esquerdo, 2003).

Os padrões nocivos de consumo têm, de facto, consequências significativas a nível de saúde pública, gerando custos elevados no sector de saúde e afectando negativamente o desenvolvimento económico em Portugal. Por esse motivo, foi elaborado o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, sendo a última versão relativa aos anos 2010-2012. Os seus objectivos primordiais são “reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde” (IDT, 2010, p.3). O Plano alerta ainda para a necessidade de serem efectuados estudos para identificar e caracterizar o consumo de álcool na população e nos vários grupos de risco (IDT, 2009). Dado que os estudantes universitários em Portugal, pela sua faixa etária e pelas características do próprio meio do ensino superior, podem ser considerados um grupo de risco, é

importante não só aumentar os conhecimentos acerca dos seus padrões de consumo, como também tentar compreender quais os factores que os influenciam.

#### **2.3.4. O consumo de álcool no meio universitário**

“College attendance is a situational risk factor for heavy drinking” (Jackson, Sher, & Park, 2005, p. 87).

Tal como acontece com outros comportamentos de risco, também o consumo de álcool é mais elevado no jovem adulto do que em qualquer outro período do ciclo de vida (Grant & Dawson, 1997). A frequência do ensino superior parece aumentar ainda mais o risco de consumo para os jovens adultos. Em primeiro lugar, a transição do ensino secundário para o ensino superior é comumente marcada por um incremento na frequência de oportunidades para a interacção de pares, o que por sua vez poderá levar a um aumento na importância das normas percebidas relativamente ao consumo de álcool (Read, Wood, Kahler, Maddock, & Palfai, 2003; Schulenberg & Maggs, 2002). Com efeito, ingerir bebidas alcoólicas na universidade é percebido como um acto que aumenta a socialização, aproxima as pessoas e as torna mais desinibidas.

Acresce ainda o facto de a universidade ser caracterizada por um nível elevado de liberdade e baixo nível de responsabilidade, o que pode ser entendido como uma pausa no “mundo real”. Neste contexto, o consumo excessivo de álcool é permitido e encarado como algo natural, um componente integrante do seu meio social (Colby, Colby, & Raymond, 2009; Engineer, Phillips, Thompson, & Nicholls, 2003). Aliás, estima-se que dois em cada cinco estudantes, ou seja, cerca de 44% tenham episódios de ingestão excessiva de álcool (Wechsler et al., 2002). A aceitação do consumo de álcool nas universidades e o aumento da sua disponibilidade são também factores que podem conduzir a um aumento no consumo (White & Jackson, 2004).

Por conseguinte, não admira que aqueles jovens que entram na universidade registem um aumento mais acentuado no consumo (Reifman, Ro, Barnes, & Feng, 2010), apresentem taxas mais elevadas de consumo excessivo de álcool e estejam mais susceptíveis a receber um diagnóstico de abuso de álcool do que os seus pares que não frequentam o ensino superior (Kypri, Cronin & Wright, 2005; O'Malley & Johnston, 2002; Slutske, 2005). Um estudo inovador, que analisou uma série de perturbações do eixo I e do eixo II do DSM-IV, numa amostra representativa a nível nacional nos Estados Unidos, de estudantes universitários e de pares não universitários, concluiu que as perturbações

mais frequentes nos estudantes eram as associadas ao uso de álcool e que os estudantes tinham uma probabilidade maior de ter uma perturbação de uso de álcool nos últimos 12 meses do que os não estudantes (Blanco et al., 2008).

De facto, estima-se que as perturbações de consumo de álcool sejam prevalentes entre os estudantes. Mais especificamente, um estudo de 2002 apontou para 31% de estudantes universitários a preencherem critérios para abuso de álcool e 6% os critérios de dependência de álcool, sendo que mais de 40% preenchiam pelo menos um sintoma de abuso ou dependência (Knight et al., 2002). Importa também referir que terço dos estudantes que procuram tratamento em serviços de saúde mental apresenta consumos problemáticos de álcool, com base nos resultados do AUDIT. Estes estudantes manifestam algumas dificuldades na utilização desses mesmos serviços, nomeadamente em termos de assiduidade (Seigers & Carey, 2010).

Para além disso, o álcool surge também frequentemente associado a outros comportamentos de risco, tais como beber e conduzir (Smart & Ogborne, 2000; Steptoe et al., 2004), violência (Giancola, 2002; Ferreira, 2008; Sommers & Sommers, 2006) e comportamento sexual de risco (Castilla, Barrio, Belza, & Fuente, 1999; Cooper, 2002; Sumnall, Beynon, Conchie, Riley, & Cole, 2007), que podem ter como consequências a morbidade e mesmo a mortalidade, não apenas daqueles que bebem, mas também de terceiros (Hingston, Heeren, Winter, & Wechsler, 2005; Lown, Greenfield, & Rogers, 2007; Perkins, 2002; Weitzman & Nelson, 2004). Aos problemas mais imediatos do uso nocivo de álcool, juntam-se problemas futuros, a médio e longo prazo. Não só o consumo problemático no ensino superior prediz significativamente o consumo de álcool posterior, passados dez anos, constituindo um risco para a dependência, como também está relacionado com piores condições de emprego, uma década depois (Jennison, 2004; O'Neill, Parra, & Sher, 2001).

Se o álcool tem tantos efeitos negativos, o que leva os estudantes a beber? Os estudantes universitários podem beber por motivos “positivos” ou celebrativos ou para lidar com emoções negativas (Read et al., 2003). Alguns dos motivos “positivos” mais frequentes são o prazer, o aumento da confiança e do bem-estar, a diversão ou a convivialidade e a facilitação da interacção social (Baer, 2002; Webb, Ashton, & Kamali, 1996). Esses motivos ou objectivos parecem ser alcançados com o álcool.

Com efeito, parece haver uma associação entre o consumo de álcool e aspectos interpessoais. Por um lado, as ocasiões e os locais onde ocorrem os consumos são eminentemente sociais. Um estudo em Portugal mostrou que os momentos preferidos

para o consumo de bebidas eram os dias de festa e encontros com amigos ou colegas e que os locais privilegiados eram os bares, as discotecas, os cafés e a própria casa (Cabral, 2007). Por outro lado, os estudantes que consomem álcool parecem apresentar percepções mais elevadas quanto às relações estabelecidas com o grupo de pares, ao envolvimento em relações de amizade e intimidade e às actividades extracurriculares de cariz social ou associativo (Rodrigues, Farate, & Pereira, 2010).

No caso em que os estudantes bebem para lidar com emoções negativas, como a ansiedade ou o stress, o seu consumo caracteriza-se por ser muitas vezes excessivo e por estar fortemente associado a problemas ligados ao álcool (Cooper, Agocha, & Sheldon, 2000; Labouvie & Bates, 2002). Os dados disponíveis indicam que a maioria consome álcool por motivos sociais e apenas uma pequena percentagem por motivos de *coping* (Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2005; Read et al., 2003). Um estudo Português de 2010 vem precisamente confirmar esta tendência, ao demonstrar que os principais motivos para consumo de álcool são, por ordem decrescente: o prazer (25.7%), para ficar alegre (24%), para desinibir (18.7%), para esquecer os problemas do dia-a-dia (13.3%), para se relacionar com os outros que também bebem (7.9%), para se acalmar (7.4%), porque tem saudades da família e amigos (6.8%) e para esquecer problemas/raiva face a namorado(a) ou amigos (5.9%) (Albuquerque, Ferreira, Pereira, & Oliveira, 2010).

Um estudo que comparou as consequências positivas e negativas do álcool para os estudantes revelou que o divertimento/socialização e a capacidade de se expressar parecem ser as consequências mais importantes para os estudantes. Concluiu ainda que as consequências positivas são mais extremas e frequentes do que as consequências negativas, sendo também mais significativas para os estudantes e mais influentes na decisão de continuar ou não a beber do que as consequências negativas (Park, 2004). De facto, quanto maiores as expectativas acerca dos efeitos positivos do álcool, mais elevado o seu consumo (Amaral, Lourenço, & Ronzani, 2006; Zamboanga, 2005).

A universidade é, por diversos motivos, um ambiente propício ao consumo de álcool, incluindo o consumo excessivo. Os estudantes vêem no álcool um meio acessível e barato para se divertirem, conviverem, festejarem e desinibirem. Embora estes objectivos sejam, no seu entender, alcançados, o preço a pagar pode ser muito caro, não apenas a curto, mas também a médio e longo prazo.

### **2.3.5. O álcool e as festas académicas**

As festas académicas são momentos de celebração dos estudantes do ensino superior. Habitualmente há duas festas académicas por ano lectivo em Portugal: uma no princípio do ano, para dar as boas-vindas aos alunos que iniciam os seus estudos no ensino superior e outra no final do ano lectivo, que comemora a passagem de ano. A primeira costuma realizar-se em Setembro ou Outubro e costuma designar-se “Recepção ao Caloiro”, sendo denominada “Festa das Latas” ou simplesmente “Latada” em Coimbra. A segunda efectua-se habitualmente em Maio e apresenta nomes variados como “Queima das Fitas” em Coimbra, Porto e Évora, “Enterro” em Aveiro, “Enterro da Gata” na Universidade do Minho, e apenas “Semana Académica” noutras instituições. Apesar dos diferentes nomes, todas estas festas têm em comum o facto de serem momentos de comemoração, convívio e mesmo euforia. Como tal, surgem como contextos propícios à adopção de comportamentos de risco, nomeadamente no que diz respeito aos consumos de substâncias.

O álcool destaca-se por ser a substância mais consumida nestas ocasiões, encontrando-se intimamente ligado à cultura das festas académicas, nas quais o seu consumo, mesmo excessivo, é incentivado e visto como normativo. Aliás, as referências ao seu consumo são inúmeras e começam na publicidade às próprias festas. Um estudo que analisou a presença de estímulos relacionados com o consumo de álcool em cartazes de festas académicas no Brasil apurou que em 80% dos cartazes, esses estímulos estavam presentes. As referências ao uso e abuso de álcool apareciam em elementos como os nomes ou o tema da festa, a disponibilização de bebidas, imagens alusivas ao álcool ou mesmo logótipos de marcas de bebida. A maioria dos cartazes (73.2%) tinha dois ou mais destes elementos (Musse, 2008).

O facto de o álcool ser uma substância lícita, relativamente barata, associada à diversão e entretenimento, contribui para que seja a substância de eleição durante as festas. Efectivamente, a maioria dos estudantes participa nas festas académicas para se divertir e concorda que “beber é uma das formas mais agradáveis de festejar”. Ainda assim, há quem frequente as festas especificamente “para beber” (Homem, Brito, Santos, Simões, & Mendes, 2010). Seja o álcool um meio ou um fim em si mesmo, os dados disponíveis indicam que cerca de metade dos estudantes aumenta o seu consumo de álcool durante as festas (Cabral, 2007).

No que diz respeito ao padrão do consumo nas festas académicas, o projecto “Antes que te queimes”, realizado em Coimbra, revelou alguns resultados interessantes (Homem et al., 2010). A maior parte dos estudantes (65%) referiu “beber antes e durante

a festa”, enquanto 5,9% bebiam “depois do almoço até ao deitar” e 5,9% dos jovens bebiam “desde o levantar até ao deitar”, sendo muitas vezes o acordar coincidente com a hora do almoço, na altura das festas académicas. A bebida preferida era a cerveja, seguida das bebidas destiladas. Os homens eram os que mais bebidas ingeriam e que mais experienciavam a embriaguez. Com efeito, a média de Unidades de Bebida Padrão (UBP) consumidas pelos participantes foi de  $9,94 \pm 7,54$  para os indivíduos do sexo masculino e de  $6,02 \pm 5,40$  para os do sexo feminino, sendo que 82,2% dos homens e 70,8% das mulheres afirmaram ter-se embriagado em festas anteriores. Destes, 41% dos homens e 27,6% afirmavam tê-lo feito todas as noites em que foram a essas festas.

Num estudo que comparou o consumo de álcool nas festas académicas de Aveiro, Leiria e Coimbra, concluiu-se que era em Aveiro que a taxa de alcoolemia era mais elevada e que os estudantes desta universidade eram os que apresentavam também valores médios mais elevados no AUDIT. Os resultados deste estudo permitem concluir que, nas três cidades estudadas, consumir álcool abusivamente faz parte das tradições académicas, sendo que o contexto de tradição oferece maior estímulo ao consumo e aos problemas relacionados com o consumo abusivo (Agante, Brito, & Rodrigues, 2010).

Se é verdade que o álcool se encontra frequentemente associado a problemas e a comportamentos de risco, nas festas académicas esta associação é ainda mais visível. Por exemplo, a embriaguez neste contexto encontra-se associada ao consumo de tabaco e de drogas, aos comportamentos violentos, condução sob o efeito de álcool e comportamentos sexuais de risco (Azevedo et al., 2010; Homem et al., 2010). Dados do projecto “Antes que te queimes” revelam que, dos 3350 participantes, 53,9% já conduziram sob o efeito do álcool e 64,6% já foram conduzidos por alguém sob o efeito do álcool. Para além disso, 44,5% dos jovens referiram que nos últimos seis meses fizeram sexo sob o efeito do álcool, pelo menos uma vez.

Em todos estes comportamentos, a percentagem foi maior para os homens do que para as mulheres. Este estudo conclui ainda que os estudantes que mais bebiam eram os que mais frequentavam as festas, tinham mais parceiros e faziam mais sexo desprotegido sob o efeito do álcool (Ferreira, Homem, & Brito, 2010). Uma investigação realizada no Enterro da Gata de 2009, na Universidade do Minho, revelou que 20% conduziram com fadiga, entre 5 a 8% dos estudantes envolveram-se em actos de violência e cerca de um terço dos estudantes teve dificuldade em recordar momentos da noite anterior (Azevedo, Elias, Ferreira, Samorinha, & Maia, 2010).

Os dados apresentados indicam que o consumo de álcool é indissociável das festas académicas, sendo encarado como parte integrante destas, por muitos estudantes. Embora os principais motivos para o consumo sejam a diversão, a comemoração e o convívio, o consumo saudável é frequentemente ultrapassado, dando lugar ao consumo excessivo e à embriaguez. Como consequência, um grande número de estudantes acaba por experienciar problemas associados ao álcool e por se envolver noutros comportamentos de risco como a condução sob o efeito de álcool, os comportamentos sexuais de risco ou a violência, que colocam em risco não apenas a sua saúde e integridade física, como de terceiros.

### **2.3.6. Relação com variáveis sociodemográficas**

Os hábitos de consumo de álcool dos estudantes universitários são uma combinação de factores pessoais e ambientais. Entre os factores pessoais relevantes, podem incluir-se influências familiares, personalidade, expectativas acerca dos efeitos do álcool e susceptibilidade biológica ou genética ao abuso de álcool (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2002; Sher, Grekin, & Williams, 2005). De seguida, analisa-se o consumo de álcool consoante algumas variáveis sociodemográficas (género, idade, ano de curso, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico), o que poderá auxiliar a identificação de grupos de risco.

#### **Género**

Os padrões de consumo de álcool nos estudantes universitários parecem variar de acordo com o género do mesmo modo que na população geral (O'Malley & Johnston, 2002). Os jovens adultos do sexo masculino reportam maior consumo de álcool que as mulheres e isso é particularmente visível nos estudantes universitários (Engs & Hansen, 1990). Estas diferenças são notórias ao nível do número de abstémios, da frequência de consumo, dos episódios de consumo excessivo, problemas relacionados com o álcool, beber para ficar embriagado e beber para lidar com as situações (estratégia de *coping*) (Harrel & Karim, 2008). Estes resultados têm-se verificado um pouco por todo o mundo, desde os Estados Unidos da América, a diversos países da Europa (Wicki, Kuntsche, & Gmel, 2010), incluindo Portugal (Fernandes-Machado, Araújo-Soares, Sniehotta, & Soares, 2009; Ferreira, Pereira, & Albuquerque, 2008; Galhardo & Marques, 2004).

### **Idade**

Num estudo que analisou o consumo de álcool em alunos do 1º ano, dos 18 até mais de 30 anos, concluiu-se que, nos homens, eram os estudantes dos 24-25 anos que apresentavam maiores pontuações totais no AUDIT, bem como nos domínios de dependência e uso nocivo. O consumo teve o seu máximo na categoria 22-23 anos. Nas mulheres, tanto o total como as várias dimensões do AUDIT atingiram pontuações mais elevadas aos 20-21 anos (Andersson, Johnsson, Berglund, & Öjehagen, 2007). Noutro estudo que analisou o *binge drinking* nos anos de 1993, 1997 e 1999 e 2001, verificou-se que, ao longo do tempo, foi sempre na faixa etária dos 21-23 anos que a prevalência deste tipo de consumo foi mais elevada, por comparação com os alunos com menos de 21 anos e com 24 ou mais anos (Wechsler et al., 2002). Com base nestes dados, o maior consumo e o *binge drinking* parecem ocorrer entre os 21 e os 25 anos, embora possa haver nuances se os géneros forem considerados separadamente.

### **Ano**

Até ao momento, são escassos os estudos que abordam o consumo de álcool ao longo do curso numa perspectiva longitudinal. Numa investigação que comparou estudantes de medicina com estudantes de medicina dentária, apenas os primeiros apresentaram mudanças na média do consumo de álcool, tendo aumentado do 2º para o 3º ano (Newbury-Birch, Lowry, & Kamali, 2002). Noutro estudo mais recente com alunos de diferentes áreas de curso, os resultados indicaram um decréscimo significativo no número de bebidas consumidas por semana, ao longo dos três anos de curso (Bewick et al., 2008). Num estudo com estudantes Brasileiros, não houve diferenças entre o 1º e 4º ano de curso, nem entre diferentes áreas de estudo, no que diz respeito aos episódios de ingestão excessiva (Amaral, Lourenço, & Ronzani, 2006). Concluindo, os dados acerca da evolução do consumo de álcool ao longo do curso são contraditórios.

### **Área de curso**

Num estudo realizado com alunos de várias instituições portuguesas, incluindo a Universidade de Aveiro, constatou-se que os estudantes que apresentavam maior consumo de álcool eram, por ordem decrescente: os alunos de Engenharias, Humanidades e Ciências Sociais e por fim Saúde (Ferreira, 2008; Ferreira et al., 2008). Noutro estudo, concluiu-se que, no sexo masculino, eram os estudantes do curso de Engenharia Mecânica e de Enfermagem que mais consumiam álcool e, no sexo feminino, eram as estudantes de Enfermagem e de Educação de Infância as maiores



consumidoras (Cabral, 2007). Num estudo que comparou estudantes de Engenharia com estudantes de Pedagogia, no Brasil, verificou-se que, nos primeiros, a percentagem de indivíduos que consumia álcool semanalmente era muito maior do que no segundo (63.16% versus 19.56%). (Bevilaqua, Braga, Leonel, & Bem, 2006). Estes dados sugerem que são os estudantes de Engenharias aqueles que apresentam maior consumo, o que poderá ser explicado pela elevada percentagem de estudantes do sexo masculino nesta área.

### **Situação de residência**

Os estudantes deslocados parecem ter maior probabilidade de consumir e de consumir excessivamente álcool, do que os pares que vivem na sua residência habitual, com os pais. Estes resultados foram verificados em vários estudos, mesmo depois de controlar outras variáveis como a idade, género ou raça (Ferreira et al., 2008; Gfroerer, Greenblatt, & Wright, 1997). A título exemplificativo, num estudo que analisou 21 países, incluindo Portugal, a probabilidade de ser ter episódios de ingestão excessiva foi 1.63 maior nos deslocados do que naqueles que se mantiveram na sua residência habitual (Dantzer et al., 2006).

### **Estatuto socioeconómico**

O estatuto socioeconómico das famílias, avaliado subjectivamente, tem-se correlacionado com o consumo de álcool, sendo que os estudantes de estatuto mais elevado têm maior probabilidade de apresentar consumo mais elevado e ingestão excessiva de álcool (Guallar-Castillón et al., 2001; Oksus & Malham, 2005; Wicki, Kuntsche, & Gmel, 2010). Num estudo realizado com estudantes de Instituições do ensino superior de Aveiro, Coimbra e Leiria verificou-se que, no sexo feminino, quanto maior era o nível socioeconómico maiores eram as médias do AUDIT, ou seja, maiores as probabilidades de surgirem problemas por consumo de álcool (Agante et al., 2010).

Os dados aqui reunidos sugerem que são os homens, os estudantes deslocados, de Engenharia e os de estatuto socioeconómico elevado que estão em maior risco de consumir, e em quantidades mais elevadas, álcool.

### **2.3.7. Relação com a saúde mental**

Nos últimos anos têm-se reunido evidências empíricas acerca da existência de relações entre álcool e psicopatologia. A maior parte dos dados disponíveis provém de estudos de comorbilidade que reportam uma elevada co-ocorrência de perturbações de uso de álcool e perturbações do humor e da ansiedade em populações clínicas (e.g. Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000; Swendsen & Merikangas, 2000), mas tem também sido observada uma associação positiva do uso de álcool com sintomatologia psicopatológica em populações não clínicas (Okoro et al., 2004).

Há autores que colocam a hipótese de a relação entre álcool e depressão e ansiedade não ser linear, mas sim em forma de U ou J, na qual o consumo ligeiro ou moderado de álcool teria benefícios para a saúde mental, face à abstinência ou consumo elevado. Esta hipótese tem sido corroborada por alguns estudos (Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2001; Skogen, Harvey, Henderson, Stordal, & Mykletun, 2009; Stranges et al., 2006). Ainda assim, não é possível perceber a direccionalidade da relação, ou seja, se é o consumo moderado que estimula a saúde mental ou se são aqueles que têm boa saúde mental que consomem álcool moderadamente. Algumas explicações possíveis para a maior prevalência de sintomas psicopatológicos nos abstémios do que nos consumidores ligeiros ou moderados de álcool são: 1) a presença de antigos consumidores elevados nesse grupo; 2) os abstémios apresentam relações sociais mais pobres do que os consumidores ligeiros e moderados.

Corroborando a primeira explicação possível, um estudo que analisou a relação entre consumo esporádico excessivo e depressão (medida através do BDI) na população geral notou que os ex-consumidores de álcool e aqueles que têm episódios de consumo esporádico excessivo tinham mais frequentemente pontuações elevadas no BDI, correspondentes a 10 pontos ou mais, quando comparados com os que sempre foram abstémios ou aqueles que nunca tiveram episódios de ingestão excessiva (Manninen, Poikolainen, Vartianinen, & Laatikainen, 2006). Note-se que esta explicação se aplica principalmente quando a faixa etária é mais alargada, não sendo talvez, tão pertinente quando se analisam os estudantes universitários (Lucas, Windsor, Caldwell, & Rodgers, 2010).

A segunda explicação possível sugere que os abstémios têm uma série de características socioeconómicas, sociais e de personalidade que diferem das dos consumidores moderados e que estão também associadas a ansiedade, depressão e outras dificuldades ao nível da saúde, pelo que estes factores podem contribuir para que tenham mais sintomas. Exemplos de algumas destas características dos abstémios são:

dificuldades financeiras, suporte social pobre, eventos de vida stressantes, fraca extroversão e pouca procura de sensações (Rodgers et al., 2000).

A hipótese da relação em U ou J entre álcool e depressão/ansiedade tem, no entanto, sido infirmada por outras investigações. Por exemplo, num estudo que comparou a existência de perturbações de humor e ansiedade em três grupos de pessoas, abstémios, consumidores moderados de álcool e consumidores problemáticos (definidos como aqueles que já tiveram ao longo da vida abuso, dependência ou níveis consumo nefastos de álcool, de acordo com o DSM-III-R) concluiu-se que, embora o abuso de álcool estivesse associado tanto às perturbações de humor como de ansiedade, os abstémios não tinham níveis mais significativos destas perturbações quando comparados com os consumidores moderados. Estes resultados vão contra a hipótese de que há uma relação de U entre o consumo de álcool e estas perturbações (Sareen, McWilliams, Cox, & Stein, 2004).

Nos estudantes universitários, os dados disponíveis são também contraditórios. Por um lado, vários estudos relatam uma correlação positiva entre consumo de álcool e sintomas depressivos e ansiosos, nomeadamente em Portugal (Pauley & Hesse, 2009; Santana & Negreiros, 2008; Seigers & Carey, 2010). Por outro lado, há estudos que sugerem que nem a depressão nem a ansiedade estão associados com frequência, número médio de bebidas consumidas ou ingestão excessiva (Wicki et al., 2010). Noutros estudos ainda, a relação parece depender do género (e.g. Harrell & Karim, 2008). Por exemplo, Adewuya, Ola e Aloba (2006) concluíram que existe uma relação não linear em forma de J para os estudantes universitários do sexo masculino, enquanto que nas estudantes do sexo feminino a relação é linear, ou seja, quanto maior o consumo de álcool, maior a ansiedade. Finalmente, há ainda casos em que o consumo de álcool parece estar relacionado com melhor saúde mental ou, pelo menos, com uma percepção mais positiva acerca da sua saúde mental (Santos et al., 2009a).

Em todo o caso, a associação entre perturbações de humor ou ansiedade e uso de álcool em estudantes universitários (excepto naqueles diagnosticados com dependência de álcool) é menos frequente do que na população geral. Esta ausência de psicopatologia associada aos consumidores de álcool não dependentes pode ter várias interpretações. Uma hipótese é que as ocasiões em que há consumo excessivo são uma parte integrante do meio em que os universitários se movem, logo o consumo excessivo é menos selectivo de pessoas com perturbações na população universitária do que noutras populações.

Outra hipótese é que a falta de associação pode representar um efeito de selecção. Talvez a ausência de perturbações mentais tenha sido um factor que tenha possibilitado a estes indivíduos o desejo e a capacidade de ingressar no ensino superior. Por outro lado, a associação poderá ser mais fraca em estudantes do que em não estudantes, porque os estudantes podem ter maior facilidade de acesso a tratamento para problemas psicológicos, já que os serviços de aconselhamento das instituições de ensino superior costumam ser mais baratos, numa localização mais conveniente e mais aceites em termos sociais do que outras opções de tratamento disponíveis para não estudantes.

É importante ter também em consideração que os estudantes têm menor probabilidade de beber para reduzir o sofrimento psicológico, do que os outros jovens adultos (Dawson, Grant, Stinson, & Chou, 2005). Com efeito, os motivos para beber parecem estar relacionados com a saúde mental. Os dados disponíveis apontam no sentido de que as pessoas que bebem primeiramente para aumentar o afecto positivo, tendem a beber mais do que aqueles que bebem para regular o afecto negativo, mas apresentam menos problemas sérios relacionados com o consumo (Peele & Brodsky, 2000). Os estudantes consomem álcool, em geral, por motivos positivos, relacionados com o convívio e a diversão. Aqueles que estão deprimidos, por sua vez, têm menor probabilidade de beber num contexto de facilitação social, mas maior probabilidade de consumir álcool sozinhos ou apenas com um parceiro, para aliviar sintomas emocionais negativos (Beck et al., 2008).

A existência de resultados contraditórios na análise da relação entre álcool e saúde mental, nomeadamente depressão, poderá dever-se, em parte, a questões metodológicas, mais concretamente, a disparidades na forma como as variáveis são avaliadas nos vários estudos. No que concerne aos sintomas depressivos, diferenças na duração do intervalo de tempo avaliado (e.g. os últimos doze meses versus as últimas duas semanas) poderão conduzir a resultados diferentes no diz respeito à sua ligação com o consumo de álcool, quer em termos de força e direcionalidade da associação, quer em termos de mecanismos envolvidos.

Em princípio, estados recentes de humor deprimido estarão associados ao consumo recente de álcool, seja o consumo de álcool causa ou consequência desses estados de humor. Pelo contrário, a relação entre consumo de álcool e sintomas mais duradouros de Depressão Major pode estar relacionada com outros factores como por exemplo, a depressão dever-se a um estado de saúde negativo e a consequências sociais do consumo excessivo ou a características individuais que tornam a pessoa mais

vulnerável a experienciar depressão e, ao mesmo tempo, a consumir mais álcool. Assim sendo, a possibilidade de haver diferentes processos envolvidos faz com que haja resultados inconsistentes entre estudos que utilizam diferentes medidas da depressão.

A própria forma como o consumo de álcool é medida, também pode ter importância. A literatura tem sugerido uma relação entre sintomas depressivos e quantidade de álcool consumida, uma possível relação entre sintomas e volume de álcool e nenhuma relação entre frequência do consumo e depressão. Quanto ao consumo esporádico excessivo, os dados disponíveis apontam para uma associação, quer com sintomas depressivos, quer com o diagnóstico de depressão. Não obstante, há dados contraditórios e alguns que estão dependentes do género.

Para colmatar a lacuna existente de estudos que utilizem os dois tipos de medidas de depressão, na mesma amostra, Graham, Massak, Demers e Rehm (2007) realizaram uma investigação inovadora, que mostra como a relação entre álcool e depressão pode variar consoante a forma como esta última é medida. Estes autores aplicaram quatro medidas de consumo de álcool (frequência, quantidade habitual e máxima por ocasião, volume e consumo esporádico excessivo) na última semana e no último ano e duas medidas de depressão (cumprimento dos critérios para diagnóstico clínico de Depressão Major e humor deprimido recente). Os resultados indicaram que a natureza da relação entre depressão e consumo de álcool não variou consoante o género ou o tipo de depressão considerada, mas sim consoante a medida do consumo de álcool. As relações mais fortes ocorreram entre depressão e consumo esporádico excessivo e depressão e elevada quantidade por ocasião. Houve ainda alguns indícios de uma relação em forma de J, verificando-se maiores níveis de depressão nos abstémios do que naqueles que normalmente bebem uma bebida e nunca bebem cinco numa ocasião, nos casos em que a depressão era medida com base em sintomas recentes.

Como é possível verificar, grande parte da literatura nesta área discute a co-existência de consumo de álcool com problemas de saúde mental, mas não examina a ligação temporal ou causal entre eles. Com efeito, as relações entre álcool e saúde mental podem ser, pelo menos, de três tipos, como alerta o *Institute of Alcohol Studies* (2007): 1) os problemas de saúde mental podem ser uma causa de consumo problemático de álcool; 2) o consumo problemático de álcool pode ser uma causa de problemas de saúde mental; 3) pode haver um factor comum, nos genes ou no ambiente familiar dos primeiros anos de vida, que contribua tanto para problemas de saúde mental como de consumo de álcool. Neste contexto, estudos longitudinais poderão ajudar a clarificar a natureza destas relações.

Expressões como “beber para esquecer” mostram que há no senso comum a noção de que o consumo de álcool pode ser uma consequência de depressão ou outras dificuldades emocionais, no entanto a relação inversa também é possível. Um estudo longitudinal encontrou uma relação positiva entre o consumo esporádico excessivo medido num primeiro momento e sintomas depressivos cinco anos depois, independentemente do consumo médio semanal. Estes resultados levaram os autores a ponderar a hipótese de que o consumo excessivo, principalmente aquele que envolve ressaca, pode produzir sintomas depressivos na população geral (Paljärvi et al., 2009). Uma possível explicação para esta relação é que o álcool, em particular o alcoolismo, pode ser uma fonte de stress e de toxinas que actuam a nível biológico, podendo gerar depressão e afecto negativo. Mais especificamente, o alcoolismo pode comprometer seriamente os domínios social, de saúde e ocupacional, sendo que dificuldades nestes domínios têm sido consistentemente implicados na etiologia da depressão (Swendsen & Merikangas, 2000).

Outro estudo longitudinal avaliou a evolução dos problemas relacionados com álcool e sintomas depressivos desde a adolescência à adultez emergente, tendo concluído que há uma relação bidireccional entre estas duas variáveis, ainda que mediada pelo género e pela idade. Mais especificamente, níveis elevados de sintomas depressivos na adultez emergente estavam associados a níveis mais elevados de problemas de álcool na adolescência, especialmente nas mulheres, bem como a aumentos mais rápidos de problemas de álcool ao longo do tempo, nos homens. Por outro lado, níveis elevados de problemas de álcool na adultez emergente estavam associados a níveis mais elevados de sintomas depressivos na adolescência, especialmente nas mulheres (Marmorstein, 2009).

Enfim, os dados disponíveis provenientes quer de estudos correlacionais, quer de estudos longitudinais, apontam para a existência de uma associação positiva e bidireccional entre álcool e problemas de saúde mental, em especial depressão e ansiedade. Essa relação é mais consensual ao nível da população clínica, mas menos clara na população não clínica, e em particular nos estudantes universitários. As diferenças nas metodologias utilizadas para avaliar tanto o consumo de álcool como a ansiedade e depressão, nos vários estudos existentes, poderão contribuir para explicar os resultados contraditórios.

### 2.3.8. Problemas ligados ao álcool ou comportamentos de risco a ele associados

Os problemas ligados ao álcool referem-se a uma variedade de eventos de vida negativos e circunstâncias adversas que acompanham o consumo de álcool. Note-se que o termo “ligados” não implica necessariamente causalidade. Podem incluir-se nesta categoria problemas de saúde, sociais, legais, educacionais ou outros, que afectem tanto o consumidor, como outras pessoas, ao nível individual e colectivo (Jackson et al., 2005; WHO, 2007b). Na Tabela 4 consta um resumo das principais consequências do consumo de álcool entre os estudantes do ensino superior.

Tabela 4 *Potenciais consequências negativas do consumo de álcool em estudantes universitários*

Danos para o próprio	Danos para outras pessoas	Custos institucionais
Deterioração do desempenho académico	Danos a propriedades e vandalismo	Dano a propriedades Reprovação de estudantes
Desempenho atlético prejudicado	Lutas e violência interpessoal	Perda de rigor académico
Perda de consciência	Violência sexual	percebido
Lesões pessoais e morte	Incidentes relacionados com o ódio	Relações pobres entre comunidade académica e não académica
Doenças físicas a curto, médio ou longo prazo	Distúrbios relacionados com barulho	Exigências a nível de tempo e desgaste emocional para o pessoal
Actividade sexual não intencional e desprotegida	Danos a propriedades e vandalismo	Costos legais
Coerção sexual/ vitimização de violação	Lutas e violência interpessoal	Dano a propriedades Reprovação de estudantes
Condução afectada		
Repercussões legais		
Suicídio		

*Nota.* Adaptado de “Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations” por H. Perkins, 2002, *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, p. 92.

Por serem dois problemas que colocam seriamente em risco, não apenas a saúde do consumidor de álcool, mas também de terceiros, a actividade sexual de risco e a condução sob o efeito de álcool são aprofundados seguidamente.

#### 2.3.8.1. Comportamentos sexuais de risco

Um comportamento sexual de risco pode ser definido como qualquer comportamento que aumenta a probabilidade de consequências negativas associadas ao contacto sexual, como a SIDA, outras doenças sexualmente transmissíveis (também

conhecidas por DSTs) e gravidez não desejada. Enquadram-se aqui duas categorias de comportamentos: 1) comportamentos indiscriminados, como ter múltiplos parceiros, ter parceiros desconhecidos ou casuais, não discutir tópicos relacionados com o risco antes da actividade sexual; 2) ausência de medidas protectoras como o uso de preservativo ou contraceptivos (Cooper, 2002). Os dados disponíveis mostram que o álcool está associado a estas duas categorias de comportamentos de risco através de vários mecanismos, embora a relação com a segunda categoria seja mais controversa.

Numa revisão de literatura acerca dos jovens e estudantes universitários, Cooper (2002) concluiu que o nível de consumo de álcool prediz o nível de envolvimento sexual, sendo que beber numa situação potencialmente sexual está associado ao aumento da probabilidade de envolvimento em actividade sexual. Assim, o consumo de álcool antes de relações sexuais está relacionado com escolha de parceiro arriscada, com a existência de múltiplos parceiros, bem como com diminuição de conversa acerca do risco nessa ocasião (Baskin-Sommers & Sommers, 2006; Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008).

Pelo contrário, os resultados sobre a relação entre consumo de álcool próximo de uma relação sexual e diminuição de comportamentos de protecção, como o uso de preservativo ou contraceptivos orais, revelam elos mais frágeis, sendo que vários estudos não encontraram relações significativas e pelo menos um indicou maior utilização de preservativo por parte dos que tinham bebido. Cooper (2002) adianta ainda duas possíveis explicações para não haver, aparentemente, uma segura associação entre consumo de álcool e comportamentos protectores. Na verdade, estes comportamentos fazem parte de uma rede de relações multivariadas mais ampla, na qual estas duas variáveis estão apenas ligadas indirectamente, ou na qual quaisquer relações directas que tenham, são obscurecidas por um processo contrário. Segundo a primeira hipótese o consumo de álcool afecta directamente a probabilidade de ter um parceiro casual e de discutir tópicos relativos ao risco, e estes comportamentos, por sua vez, afectam a probabilidade de tomar medidas protectoras. De acordo com a segunda hipótese, pode haver uma variável (nível de intimidade) que altere a relação entre consumo de álcool e protecção, porque as pessoas têm maior probabilidade de consumir álcool e utilizar preservativo com um parceiro casual do que com um parceiro estável.

Kiene e colaboradores (2009) vêm corroborar a segunda hipótese, segundo a qual a relação entre álcool e comportamento sexual de risco está dependente do tipo de parceiro. No entanto, ao contrário de Cooper, o seu estudo indicou que o consumo de álcool próximo das relações sexuais aumentava a probabilidade de sexo desprotegido



com parceiros casuais, mas não habituais. Mais concretamente, no caso das mulheres, o número de bebidas associava-se positivamente com uma maior probabilidade de sexo desprotegido com parceiros casuais, mas negativa com parceiros habituais. Uma das possíveis consequências do sexo desprotegido com parceiros casuais é a gravidez não planeada. Os dados disponíveis indicam que nas mulheres que tiveram gravidezes não planeadas a probabilidade de terem tido episódios de ingestão excessiva antes da concepção é maior do que nas mulheres que tiveram gravidezes planeadas (Naimi, Lipscomb, Brewer, & Gilbert, 2003).

O álcool parece também relacionar-se com a agressão sexual (*sexual assault*), que abrange um leque de actos sexuais forçados como o toque, os beijos, relações sexuais coagidas verbalmente, e penetração vaginal, oral ou anal forçada fisicamente. Na verdade, mais de metade de todas as agressões sexuais são cometidas por homens que consumiram álcool e aproximadamente 50% das vítimas também admitiram ter consumido álcool na altura da agressão (Abbey, Zawacki, Buck, Clinton, & McAuslan, 2001). Um estudo recente com estudantes universitários mostrou que um em cada sete alunos afirmou já ter tido alguma experiência de agressão sexual relacionada com álcool, sendo as vítimas na sua maioria mulheres (Howard, Griffin, & Boekeloo, 2008).

Embora não restem dúvidas de que há uma associação entre álcool e agressão sexual, ainda não se conhecem inteiramente os mecanismos por detrás desta associação, nem se pode garantir que haja causalidade. Numa revisão de literatura, Abbey (2002) conclui que as ligações incluem crenças acerca do álcool, défices no processamento cognitivo de ordem superior e comprometimento motor induzidos pelo álcool e normas grupais que encorajam o consumo elevado de álcool e as relações sexuais forçadas. Na verdade, parece haver uma relação de sinergia entre os traços de personalidade dos homens (e.g. impulsividade), atitudes (e.g. crença de que o sexo forçado é aceitável) e os efeitos do álcool. Embora estes actos possam ser praticados sobriamente, o álcool torna-os mais fáceis de executar, devido à diminuição da ansiedade ou inibição e também devido à “miopia do álcool” que faz com que se foquem somente no seu desejo em detrimento dos sinais de recusa ou dor da vítima (Stoner, Georde, Peter, & Norris, 2007).

Nos Estados Unidos, uma investigação indicou que um quarto dos estudantes admitia praticar actividade sexual não intencional ou desprotegida pelo menos uma vez durante o ano académico como resultado de ter consumido álcool, sendo que 15% dos homens e 10% das mulheres reportaram múltiplas ocorrências (Perkins, 1992). Ao considerar apenas estudantes que tivessem tido episódios de *binge drinking* nos últimos

três meses, a percentagem daqueles que se envolveram em actividades sexuais não planeadas em resultado do consumo de álcool, no último ano, foi de 42% (49.1% dos homens e 36.1% das mulheres) (Vik, Tate, Carrillo, & Field, 2000).

Em Portugal, já é possível conhecer alguns dados acerca da prevalência dos comportamentos sexuais de risco sob o efeito do álcool. Um estudo recente mostrou que 31.4% dos sexualmente activos já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, sendo a percentagem entre os homens (57.5%) significativamente maior do que entre as mulheres (20.6%) (Reis, Ramiro, & Matos, 2009). Noutro estudo, com alunos de instituições do ensino superior em Coimbra, 12% dos estudantes afirmavam já ter tido relações sexuais desprotegidas sob o efeito do álcool e 10.2% admitiam já se terem envolvido sexualmente com um desconhecido sob o efeito do álcool (Galhardo & Marques, 2004). Numa investigação com estudantes de Bragança concluiu-se que entre os sexualmente activos, 40% já tinham tido relações sexuais sob o efeito de álcool. Para além disso, 48.8% já tinham tido relações sexuais sem estarem protegidos e 3.6% admitiam que nunca utilizavam preservativo. Mais de metade, 64.5% nunca tinham realizado um teste à DST, nomeadamente o VIH. As principais razões para a não utilização do preservativo eram: confiarem no parceiro ou só terem um companheiro (54.5%); não terem, no momento da relação, preservativos disponíveis (24.4%); não quererem ou não gostarem de usar (24.3%); estarem demasiado excitados (10%); esquecerem-se de usar (7.9%). O facto de estarem sob o efeito de álcool ou drogas foi um motivo também mencionado por 4.3% dos estudantes (Ribeiro & Fernandes, 2009).

Em suma, o álcool está associado a diversos comportamentos sexuais de risco, como o envolvimento com parceiros casuais, múltiplos parceiros e não utilização de preservativo. Para além disso, pode facilitar a execução de actos que de outra forma mais dificilmente seriam colocados em prática, como a agressão sexual. Todos estes comportamentos podem ter consequências negativas, não só a nível psicológico, mas também físico, como o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis ou de gravidezes indesejadas. Apesar dos continuados esforços no contexto da saúde pública para combater os comportamentos sexuais de risco realizados nos últimos anos, os estudantes do ensino superior, nomeadamente os portugueses, continuam a apresentar prevalências alarmantes.

### 2.3.8.2. Condução sob o efeito do álcool

O álcool encontra-se fortemente associado aos acidentes de viação, constituindo a causa directa e principal em 40 a 50% dos acidentes mortais e uma das causas associadas em 25 a 30% dos acidentes que envolvem feridos (Mello et al., 2001). Na Europa, mais do que um em cada três acidentes fatais ocorrem devido ao álcool e em Portugal morrem 750 pessoas por ano em acidentes de viação atribuíveis a essa mesma substância (Anderson & Baumberg, 2006; Ministério da Saúde, 2004b). Uma parte significativa das vítimas mortais é constituída por jovens. Com efeito, os acidentes de viação são a principal causa de morte em crianças e jovens adultos na Europa e nos Estados Unidos (CDC, 2001).

No entanto, convém frisar que não são necessárias elevadas quantidades de álcool para colocar a condução em risco. Uma revisão de 112 estudos trouxe fortes evidências de que a capacidade de condução começa a ser afectada desde que a concentração de álcool no sangue seja diferente de 0. Mesmo uma concentração de 0.2 g/l a 0.49g/l significa uma probabilidade três vezes maior de morrer num único acidente de viação, do que a não ingestão de álcool (Moskowitz & Fiorentino, 2000).

São variadas as formas como o álcool compromete a condução. Depois de beber, o cérebro funciona de forma menos eficiente, demorando mais tempo a receber mensagens do olho, a processar informações e a transmitir as instruções aos músculos. O álcool pode aumentar entre 10 a 30% o tempo de reacção. Outras consequências incluem: redução da apetência para realizar duas ou mais tarefas ao mesmo tempo; diminuição da capacidade de visão de objectos distantes, perda parcial de visão periférica, visão dupla. Em termos psicológicos, o álcool pode criar uma sensação de sobreconfiança, resultando numa maior predisposição para tomar riscos (IAS, 2009).

A maior parte dos acidentes que envolvem condução sob o efeito de álcool são causados por condutores com menos de 34 anos, em particular entre os 20 e 24 anos. Aliás, o que não é surpreendente ao considerar que a maioria das pessoas que conduz sob o efeito de álcool ou que anda num veículo conduzido por alguém que tenha bebido álcool tem precisamente entre 18 e 24 anos, o que corresponde, grosso modo, à faixa etária dos estudantes do ensino superior (Shults, Kresnow, & Lee, 2009).

Com efeito, a prevalência de condução sob o efeito de álcool é elevada entre os estudantes do ensino superior em muitos países. Nos Estados Unidos da América, resultados do *National College Health Risk Behavior Survey* de 1995 mostraram que mais de um terço dos estudantes universitários (35.1%) tinha estado num veículo cujo condutor tinha consumido álcool e 27.4% dos estudantes tinham eles próprios conduzido

após ter bebido, nos 30 dias que precederam o inquérito (CDC, 1997). Outro estudo no mesmo país revelou que, aos 19 anos, 17% dos estudantes guiaram um veículo intoxicados, 42% conduziram depois de ter consumido álcool, e 38% estiveram num veículo conduzido por alguém que estava intoxicado. A prevalência destes três comportamentos aumentou significativamente aos 21 anos (Beck et al., 2010).

Quanto a Portugal, parece ocupar os lugares cimeiros em termos de taxas de condução sob o efeito do álcool em estudantes universitários, quando comparado com outros 22 países da Europa, América, África e Ásia. Mais especificamente, em Portugal, 26% dos condutores do sexo masculino e 13% dos condutores do sexo feminino afirmam ter tido este comportamento de risco no último ano, o que corresponde ao 7º lugar ao nível dos homens e ao 3º lugar no que concerne às mulheres neste *ranking* (Steptoe et al., 2004). Dados relativos a estudantes da Universidade de Coimbra não fogem muito a este panorama, ao indicarem que 23.9% dos estudantes já conduziram sob o efeito do álcool (Galhardo & Marques, 2004).

Os estudos são consensuais ao apontar o sexo masculino como aquele que apresenta mais este comportamento de risco (e.g. Beck et al., 2010; CDC, 1997). Há dados que sugerem que a proporção de homens que têm este comportamento de risco é o dobro em relação às mulheres (Shults et al., 2009). A maior prevalência de condução sob o efeito de álcool nos homens do que nas mulheres poderá ser explicada pelos papéis de género, mais concretamente, tal facto poderá suceder porque os homens se sentem mais competentes na condução sob circunstâncias de risco do que as mulheres e tendem a utilizar o automóvel como uma forma de aumentar a sua auto-eficácia (Farrow, 1990).

Para além da questão do género, há outros factores de risco para a condução sob o efeito de álcool, como os motivos para beber ou os padrões de consumo. Estudantes que bebem no contexto da facilitação social têm maior probabilidade de ter estado num veículo cujo condutor tivesse consumido álcool ou de eles próprios conduzirem sob o efeito de álcool (Beck et al., 2008). Do mesmo modo, os consumidores excessivos (*binge drinkers*) têm maior probabilidade de conduzir embriagados (56% de homens e 43% de mulheres) do que os consumidores ligeiros ou moderados (17% de homens e 10% de mulheres) (Engs, Diebold, & Hanson, 1996).

De um modo geral, os estudantes identificam mais desvantagens na condução sob o efeito de álcool do que vantagens, o que mostra que estão conscientes das possíveis consequências negativas. Enquanto as principais vantagens percebidas são a nível pessoal, nomeadamente a poupança de dinheiro, ou a maior rapidez para

chegar ao destino, as maiores contrapartidas são acidentes, ferimentos/mortes, e sanções (Dhami, Mandel, & Garcia-Retamero, 2010). Ainda assim, a consciência dos possíveis efeitos adversos parece não ser suficiente para coibir muitos estudantes de praticarem este comportamento de risco.

### **2.3.9. Prevenção do consumo de álcool e dos problemas associados**

O consumo de álcool no ensino superior é, sem dúvida, uma questão de saúde pública. Por conseguinte, é necessário desenvolver estratégias que visem diminuir os elevados níveis de consumo e as consequências negativas associadas. O *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* identifica as seguintes estratégias como sendo eficazes no combate ao álcool em estudantes universitários: abordar conjuntamente as atitudes e os comportamentos relacionados com o álcool (e.g. refutar crenças falsas em relação ao álcool enquanto se ensina aos estudantes como lidar com o stress sem recorrer ao álcool); recorrer a inquéritos para perceber quais as percepções erradas dos estudantes acerca dos consumos dos seus colegas e das suas atitudes face ao consumo excessivo; aumentar a motivação dos estudantes para mudar os seus hábitos de consumo, fornecendo conselhos sem juízos de valor e monitorizando o seu progresso (NIAAA, 2002).

De facto, as crenças e percepções sobre o álcool são importantes e podem influenciar o seu uso e abuso por parte dos estudantes. Quanto mais fortes são as barreiras percebidas à abstinência ou limitação da bebida (e.g. “a abstinência limita a vida social no campus”), menor a probabilidade de os estudantes se absterem ou limitarem o consumo de álcool. A auto-eficácia e confiança na capacidade de limitar e controlar o consumo estão também relacionadas com o uso e abuso. Para além disso, a influência social é também um preditor significativo do uso de álcool, indicando que amigos e o clima geral do campo afectam o consumo e abuso de álcool.

Em termos de prevenção, estes dados sugerem que os programas de intervenção deverão contemplar os seguintes aspectos: 1) ultrapassar as barreiras que eles entendem que controlam o seu consumo de álcool (i.e. “Não vou ser aceite se não beber”); 2) desenvolver a confiança para desempenhar comportamentos preventivos (i.e. recusar demasiadas bebidas); 3) ultrapassar a influência social negativa (i.e. “vá lá, só mais uma bebida”) (Sands, Archer, & Puleo, 1998).

Revisões de literatura e meta-análises recentes têm mostrado que, no contexto dos estudantes universitários, as intervenções breves, com grupos pequenos, lideradas

por pares, parecem ser eficazes. As metodologias participativas, nomeadamente através do *role playing*, que contemplem o desenvolvimento de competências cognitivas, pessoais e sociais, e de estratégias de resolução de problemas necessárias à mudança de valores, atitudes e comportamentos mostram-se benéficas. Sempre que possível, a inclusão de entrevistas motivacionais e *feedback* normativo personalizado são mais-valias (Carey, Scott-Sheldon, Carey, & DeMartini, 2007; Forte, 2010; Larimer & Crouse, 2007).

Outras medidas aplicadas na população geral, mas que poderão também ser úteis ao contexto do ensino superior são: aplicar e reforçar as leis relativas à idade mínima para consumo; implementar, reforçar e publicitar outras leis para reduzir a condução sob o efeito de álcool, como leis tolerância zero; aumentar os preços ou taxas das bebidas alcoólicas e sensibilizar os estabelecimentos que servem álcool para não o fornecerem a pessoas embriagadas. O *Institute of Alcohol Studies* (IAS, 2010) considera que se deve apostar na Educação para a Saúde, através da promoção de alternativas: às bebidas alcoólicas, aos locais de venda das bebidas alcoólicas como pontos de encontro e socialização; ao consumo de álcool como meio de ocupação de tempos livre. Para além disso, aconselha a redução dos incentivos ao consumo de álcool, através do controlo da publicidade e promoção do álcool.

Em Portugal, têm-se multiplicado, nos últimos anos, as iniciativas de prevenção e combate ao consumo excessivo de álcool, muitas das quais se têm focalizado nos estudantes do ensino superior. O projecto “Descobre Outros Prazeres”, é um exemplo de prevenção primária do álcool e de outras toxicodependências, dirigido à comunidade estudantil do ensino superior e secundário de Coimbra (Galhardo & Marques, 2004). Este projecto desdobrou-se em quatro acções: 1) “Tu decides”, que tinha por objectivo divulgar o projecto, educar e sensibilizar os estudantes em relação ao consumo de substâncias, à tomada de decisões racionais, oferecendo alternativas de consumos saudáveis; 2) “Investigar para prevenir”, que englobou actividades de formação, como *workshops*, para informar e desenvolver competências para o desenvolvimento pessoal dos estudantes, e actividades de investigação para analisar os padrões de consumo na população universitária; 3) “Prazeres alternativos”, que proporcionou a descoberta ou redescoberta de actividades indutoras de prazer, alternativas ao consumo de drogas, tais como equitação, yoga, música, cinema, conversa e teatro; 4) “Desporto e Lazer”, que se dirigiu particularmente aos alunos do Ensino Secundário.

Na Universidade do Minho têm sido levadas acções focadas nos comportamentos de risco adoptados durante o Enterro da Gata (a festa académica equivalente à Queima

das Fitas). No ano lectivo 2009/2010, na semana anterior ao início das festividades, foram divulgadas mensagens através de *email* sob o lema “Enterra-te em Segurança”, que abordavam a importância do consumo moderado de álcool e da utilização do preservativo, através do fornecimento de informações factuais sobre aspectos da edição anterior (por exemplo, número de testes de alcoolemia realizados) e da apresentação de alternativas concretas favoráveis à adopção de comportamentos saudáveis (Azevedo, Elias, Ferreira, Samorinha, & Maia, 2010).

Enquanto alguns projectos utilizam metodologias mais informativas, outros recorrem a metodologias mais participativas, envolvendo activamente elementos da população estudantil, nomeadamente por meio da educação pelos pares. A educação pelos pares é o processo através do qual pessoas bem treinadas e motivadas se envolvem em actividades educacionais informais ou organizadas com os seus pares (aquelas pessoas que pertencem ao mesmo grupo social, em termos de idade, sexo, ocupação, estatuto socioeconómico, entre outros) durante um certo período de tempo, com o intuito de desenvolver os seus conhecimentos, atitudes, crenças e competências, bem como de permitir que sejam responsáveis pela sua saúde e que a protejam (United Nations Population Fund [UNFPA], 2005).

Exemplos de dois programas de educação pelos pares são o “Não abuses” e o “Antes que te queimes”. O primeiro está a ser desenvolvido no ISMAT – Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes, em Portimão, com o objectivo de diminuir o consumo de álcool e os danos associados ao mesmo, na vivência académica. Para isso, será realizada uma formação com oito sessões, com a finalidade de levar os estudantes a analisar e compreender a natureza das influências sociais, bem como ensinar-lhes estratégias para resistir às pressões para consumo de álcool a que estão sujeitos no meio universitário. Os alunos, depois de frequentarem a formação, serão eles próprios formadores dos colegas, colocando em prática a Educação pelos Pares. Como o projecto é muito recente, ainda não há dados disponíveis acerca da sua eficácia (Conceição, Calado, & Ponte, 2010).

O projecto "Antes que te Queimes" tem estado presente em todas as “Festas das Latas” e “Queimas das Fitas” de Coimbra, desde 2006, tendo como objectivos promover a diversão sem risco, reduzir o consumo abusivo e prevenir os danos associados ao consumo excessivo de álcool nos contextos das festas académicas. As principais actividades deste projecto de educação para a saúde são: 1) sensibilização das comunidades estudantis; 2) sensibilização dos empresários dos estabelecimentos de restauração e recreação nocturna para os riscos do consumo abusivo de álcool; 3)

aconselhamento aos estudantes durante as noites da Queima das Fitas das 22 às 03h; 4) prestação de primeiros socorros a indivíduos em situação crítica, durante as noites da Queima das Fitas; 5) apoio ao transporte seguro durante as noites da Queima das Fitas.

As instituições do ensino superior em Portugal têm plena consciência de que é necessário intervir para prevenir e reduzir o consumo excessivo e os problemas associados ao álcool, bem como para promover estilos de vida saudáveis (Pereira & Ramos, 2000). Nesse sentido, têm emergido, nos últimos anos, várias iniciativas de prevenção do consumo de álcool, em particular nas festas académicas, através de metodologias variadas que incluem a educação pelos pares. No entanto, apesar de serem projectos promissores, como muitos deles estão actualmente em curso, escasseiam ainda os dados acerca da sua eficácia.

### **3. Síntese do capítulo**

Este capítulo foi dedicado aos comportamentos de risco ligados ao álcool. Começou com uma discussão acerca do conceito de comportamento de risco e do papel que a mudança de comportamentos pode ter para a promoção da saúde. Os comportamentos de risco são actividades que podem ser prejudiciais, estando associadas a um acréscimo do risco de doença ou acidente. Se os comportamentos têm influência no estado de saúde, então a mudança de comportamento, através da adopção de comportamentos saudáveis, em detrimento daqueles associados à doença e ao risco, poderá ser uma forma viável de promover a saúde.

Seguidamente, abordaram-se os comportamentos de risco no contexto do ensino superior, numa perspectiva desenvolvimental e numa perspectiva epidemiológica. Neste contexto, o álcool destacou-se por ser a substância mais utilizada no ensino superior, apresentando elevadas prevalências e por estar associado a muitos problemas de ordem diversa. Por conseguinte, foi o comportamento de risco seleccionado para um maior aprofundamento. Foi abordada a história do álcool, a sua terminologia e a sua epidemiologia em Portugal. Depois, procurou-se compreender o enquadramento do consumo de álcool no meio universitário. Concluiu-se, a este respeito, que o consumo de álcool é mais elevado nos estudantes do que nos pares que não frequentam o ensino superior e que parece haver diversos factores no meio académico que não só tornam o consumo de álcool permissível, como incentivam esse mesmo consumo. Os estudantes



parecem beber álcool essencialmente por motivos positivos, sociais e celebrativos. Por conseguinte, as festas académicas enquanto eventos de convívio e de celebração por excelência, são indissociáveis do álcool, constituindo oportunidades privilegiadas para o consumo de risco, excessivo.

Posteriormente, explorou-se a relação do álcool com variáveis socioeconómicas e com a saúde mental, no sentido de identificar grupos mais vulneráveis. No que diz respeito às características sociodemográficas, parecem ser os estudantes do sexo masculino, de Engenharia, os deslocados e os pertencentes a estatuto socioeconómico mais elevados, aqueles que apresentam maiores consumos. Quanto à relação do álcool com saúde mental, os dados disponíveis indicam que as conexões que os unem poderão ter um carácter bidireccional, ou seja, tanto estados depressivos e ansiosos poderão levar a uma aumento no consumo, como por seu turno, o álcool poderá conduzir a um acréscimo de sintomas depressivos e ansiosos.

Os problemas ligados ao álcool são inúmeros, pelo que foram apenas seleccionados dois para uma abordagem mais profunda: os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool. Os dados disponíveis mostram que os estudantes estão conscientes dos perigos que correm ao praticar estes actos. No entanto, esse conhecimento parece não ser suficiente para diminuir o consumo e travar estes comportamentos. Por conseguinte, as instituições do ensino superior têm sentido a necessidade de intensificar esforços no sentido da prevenção e da redução de danos ligados ao consumo de álcool. A revisão de algumas iniciativas realizadas, ou ainda em curso em Portugal, foi o último assunto abordado.



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA**



A investigação científica pode ser vista como um processo de resolução de problemas. Na resolução de problemas, a tarefa principal é transformar um estado inicial num estado final qualitativamente diferente, através da aplicação de uma série de passos que levam a uma solução. Do mesmo modo, no contexto da investigação em Psicologia, o estado inicial consiste habitualmente numa teoria existente ou em dados empíricos disponíveis sobre o tema em questão. O estado final é geralmente a expansão do conhecimento científico, com base nos dados da nova investigação. Desse ponto de vista, a capacidade de um investigador atingir as suas metas ou objectivos depende da selecção e aplicação do conjunto apropriado de técnicas ou ferramentas (Leong & Austin, 2006). A metodologia é, então, o conjunto de métodos e técnicas que guiam o processo de investigação científica. Neste capítulo são descritos os métodos utilizados na presente investigação, sendo por isso abordados os objectivos, o desenho e tipo de estudo, a amostra, os instrumentos e os procedimentos.

## **1. Objectivos do estudo**

O presente trabalho é composto por dois estudos. O primeiro estudo, preliminar, tem como objectivos a análise psicométrica e a preparação dos instrumentos para o segundo estudo, pelo que é tratado num capítulo separado. O segundo estudo, que é o principal, tem como objectivos:

- 1) caracterizar a saúde mental dos estudantes universitários, nomeadamente ao nível de sintomas depressivos, stress e bem-estar;
- 2) identificar os padrões de consumo de álcool dos estudantes universitários em termos de quantidade ingerida, frequência de consumo, existência de episódios de ingestão excessiva e tipos de bebidas mais ingeridas;
- 3) conhecer a prevalência dos comportamentos de risco ou problemas ligados ao consumo de álcool, em particular os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool;
- 4) analisar a relação entre saúde mental e consumo de álcool no ensino superior.

## 2. Hipóteses de investigação

Tendo em conta os objectivos estipulados e a revisão da literatura efectuada, foi possível estabelecer algumas hipóteses de investigação:

H1 – os níveis de saúde mental global e de bem-estar são mais baixos nas mulheres, nos alunos do 3º ano, nos estudantes de saúde e nos indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo;

H2 – os níveis de depressão são mais elevados nas mulheres, nos alunos de saúde, nos estudantes deslocados e nos que pertencem ao estatuto socioeconómico mais baixo;

H3 – os níveis de stress são mais elevados nas mulheres, nos alunos do 1º ano, nos cursos de saúde, nos deslocados, e nos alunos de estatuto socioeconómico mais baixo;

H4 – há maior frequência, maior quantidade de consumo e mais episódios de ingestão excessiva nos homens, nos estudantes de Engenharia, nos deslocados e nos estudantes de estatuto socioeconómico elevado;

H5 – as prevalências de comportamentos sexuais de risco e de condução sob o efeito de álcool são mais elevadas nos homens e nos alunos com episódios de consumo excessivo de álcool;

H6 – quanto maior é o consumo de álcool, menores são os níveis de saúde mental global e maiores os níveis de depressão e stress.

As relações de algumas variáveis sociodemográficas e académicas como a idade ou o ano frequentado com a saúde mental, o consumo de álcool e os comportamentos de risco associados não estão suficientemente exploradas na literatura ou são inconclusivas, pelo que essas variáveis não estão incluídas em algumas das hipóteses. Importa ainda referir que, para além das hipóteses formuladas, são explorados outros dados considerados relevantes na secção dos resultados.



### **3. Desenho e tipo de estudo**

Qualquer investigação científica tem o intuito de esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou procurar soluções para um dado problema (Almeida & Freire, 2007). Para atingir esse fim, podem ser percorridos diversos caminhos e ser utilizados diferentes métodos. No que diz respeito à metodologia das investigações empíricas em Ciências Sociais e Humanas, é possível estabelecer diversas tipologias, com base em variados critérios.

No que diz respeito à manipulação ou variação sistemática das variáveis independentes e ao controlo dos factores que podem concorrer com as variáveis independentes na determinação dos efeitos medidos, este estudo é não-experimental, pois o investigador não exerce qualquer manipulação sobre as variáveis em questão (Gray, 2009). Se, por outro lado, se considerar a dimensão tempo, pode dizer-se que este estudo é transversal, já que cada indivíduo é avaliado apenas num único momento e são comparados grupos de pessoas com base nas suas características.

Por outro lado ainda, atendendo às técnicas inerentes, podem considerar-se as investigações como qualitativas ou quantitativas. A investigação quantitativa caracteriza-se, essencialmente, pelo recurso a técnicas rigorosas de recolha de dados, muitas das quais estandardizadas, que garantam a validade e a fidelidade dos dados recolhidos. Esta investigação recorre a técnicas quantitativas na medida em que recorre a meios para sumariar, de forma numérica, grandes quantidades de informação, com vista à obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas, com recurso a métodos variados (Coolican, 2004).

### **4. Amostra**

Em investigação denomina-se população ao conjunto de todos os elementos que constituem um dado grupo que se pretende estudar. Uma vez que as populações, em psicologia, tendem a ser muito grandes, o que impossibilita o estudo de todos os elementos, é prática habitual recorrer-se a amostras, ou seja, a grupos de elementos que são retirados da população de interesse e que se espera que partilhem das mesmas características (Coolican, 2004). A selecção da amostra pode ser feita por vários processos, podendo orientar-se por princípios probabilísticos ou não probabilísticos.

Embora as amostragens probabilísticas sejam mais desejáveis, pois todos os elementos da população têm uma probabilidade conhecida de integrar a amostra, a amostragem não probabilística parece ser o processo mais utilizado em Psicologia (Gravetter & Forzano, 2009).

#### **4.1. Plano de amostragem**

No caso do presente estudo, a população seria composta por todos os estudantes de formação inicial (licenciatura) do ensino superior em Portugal. Uma vez que não era exequível passar os instrumentos a todos eles, seleccionou-se uma amostra da Universidade de Aveiro, não probabilística, mais concretamente, uma amostra por conveniência. Este tipo de amostragem consiste na selecção de unidades da amostra que são acessíveis ao investigador (Lewis-Beck, Bryman, & Liao, 2004).

O processo de recolha da amostra coincidiu com uma fase de transição dos planos de estudo pré-Bolonha para os planos de Bolonha, o que implicou alterações significativas nos currículos e na estrutura dos vários ciclos de ensino. Enquanto nos planos pré-Bolonha as licenciaturas tinham habitualmente a duração de 4 ou 5 anos, segundo Bolonha, depois do 3º ano os alunos já se encontram muitas vezes no 2º ciclo, ou seja, em mestrado. Esse 2º ciclo acarreta aspectos diferentes do 1º ciclo, quer a nível de características académicas da sua formação, quer a nível de mobilidade, pois os alunos podem optar por frequentar o 2º ciclo numa instituição diferente daquela onde realizaram a sua formação inicial. Assim, frequentar o 4º ano de um plano pré-Bolonha é diferente de frequentar o 1º ano do 2º ciclo de Bolonha.

Consequentemente, em busca de maior homogeneidade, optou-se por excluir os alunos do 2º ciclo de Bolonha, bem como os alunos do 4º e 5º ano de licenciaturas de planos pré-Bolonha, cingindo a amostra a alunos do 1º ao 3º ano, independentemente de frequentarem um plano de estudos pré ou Bolonha. Ainda assim, acredita-se que a amostra permitirá abarcar uma grande diversidade de experiências, possibilitando a análise e comparação de alunos em plena fase de transição e adaptação à universidade (do 1º ano), com alunos do 2º ano, que se encontram em plena vida universitária e alunos do 3º que estarão à porta de uma transição para um nível de estudos mais avançado.

Apostou-se na diversidade em termos de cursos, à semelhança da população da Universidade de Aveiro, integrando na investigação estudantes de variadas áreas do

ensino, tanto universitário como politécnico, desta universidade. Para além disso, pretendia-se também alcançar um leque diversificado de idades e de anos frequentados. Os critérios que conduziram a selecção da amostra foram: a) frequentar o 1º, o 2º ou o 3º ano de licenciatura pré-Bolonha ou de formação inicial de Bolonha na Universidade de Aveiro; b) desejo de participar voluntariamente na investigação.

#### **4.2. Recolha e refinamento**

Foram recolhidos dados de 767 sujeitos no total, mas nem todos estes sujeitos foram analisados. Com efeito, foram considerados inválidos 101 pelos seguintes motivos: 49 não correspondiam a alunos do 1º, 2º ou 3º ano (embora os dados tenham sido recolhidos em aulas daqueles anos, havia alunos com disciplinas em atraso que também preencheram questionários); 9 não identificaram o ano que frequentavam; 43 apresentavam um ou mais itens por preencher nos questionários.

#### **4.3. Caracterização**

A amostra ficou constituída por 666 alunos da Universidade de Aveiro, dos quais 306 (45.9%) são do sexo masculino e 360 (54.1%) do sexo feminino. As idades variaram entre os 18 e os 48 anos, situando-se a média em 20.34 anos (DP=2.80). Como se pode verificar na Tabela 5, a maioria dos alunos frequentava o ensino universitário (75.8%) e apenas 24.2% dos alunos frequentavam as escolas politécnicas, neste caso a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA). Os alunos distribuíram-se por 4 grandes áreas de estudos: as Engenharias (40.2%), a Saúde (24.2%), as Ciências Sociais e Humanas (22.8%) e as Ciências e Tecnologias (12.8%).

Mais de metade dos estudantes são deslocados, ou seja, saíram de casa para frequentar o ensino superior (59.2%). No que concerne ao estado civil, a esmagadora maioria dos alunos é solteira (97.4%), sendo 1.1% casada e os restantes 1.5% em união de facto, separados, divorciados ou com outro estado civil. Quanto ao estatuto, 95% afirmaram serem estudantes ordinários, enquanto apenas 5% afirmaram ser trabalhadores-estudantes. Quando questionados sobre a frequência, naquele momento, de algum tipo de apoio psicológico, fosse ele aconselhamento ou psicoterapia, apenas

2.3% responderam afirmativamente, contra 97.4% que responderam negativamente e 0.3% que não forneceram este dado.

Tabela 5 *Características sociodemográficas e académicas da amostra*

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n= 666	
	n= 306	(45.9%)	n= 360	(54.1%)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Idade</b>						
18-25	294	(96.4%)	341	(95%)	635	(95.6%)
>25	11	(3.6%)	18	(5%)	29	(4.4%)
<b>Ano</b>						
1º	83	(27.1%)	174	(48.3%)	257	(38.6%)
2º	155	(50.7%)	103	(28.6%)	258	38.7%)
3º	68	(22.2%)	83	(23.1%)	151	(22.7%)
<b>Tipo de ensino</b>						
Universitário	275	(89%)	230	(63.9%)	505	(75.8%)
Politécnico	31	(10.1%)	130	(36.1%)	161	(24.2%)
<b>Área de estudo</b>						
Engenharias	236	(77.1%)	32	(8.9%)	268	(40.2%)
Ciências e Tecnologias	33	(10.8%)	52	(14.1%)	85	(12.8%)
C. Sociais e Humanas	6	(2%)	146	(40.6%)	152	(22.8%)
Saúde	31	(10.1%)	130	(36.1%)	161	(24.2%)
<b>Situação de residência</b>						
Deslocado	191	(62.8%)	201	(56.1%)	392	(59.2%)
Não deslocado	113	(37.2%)	157	(43.9%)	270	(40.8%)
<b>Estatuto de Estudante</b>						
Ordinário	285	(94.7%)	339	(95.2%)	624	(95%)
Trabalhador-estudante	16	(5.3%)	17	(4.8%)	33	(5%)
<b>Estatuto Socioeconómico</b>						
Baixo	60	(20.7%)	104	(29.8%)	164	(25.7%)
Médio	119	(41.0%)	159	(45.6%)	278	(43.5%)
Elevado	111	(38.3%)	86	(24.6%)	197	(30.8%)
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	295	(96.4%)	354	(98.3%)	649	(97.4%)
Casado	5	(1.6%)	2	(0.6%)	7	(1.1%)
União de facto	1	(0.3%)	3	(0.8%)	4	(0.6%)
Divorciado ou separado	1	(0.3%)	1	(0.3%)	2	(0.3%)
Outro	4	(1.3%)	0	(0%)	4	(0.6%)

Nota: As percentagens apresentadas são as percentagens válidas.

É preciso ter em conta dois aspectos nas amostras utilizadas nas investigações: 1) a sua significância, que diz respeito ao seu tamanho; 2) a representatividade, que tem a ver com a sua qualidade, ou seja, até que ponto a população se encontra reflectida na amostra, em termos de características.

Como afirmam Almeida e Freire (2007, p. 121) “não é fácil nas Ciências Sociais e Humanas definir quantos sujeitos deve possuir uma amostra para que a mesma seja significativa”. Alguns aspectos que devem ser atendidos são o tamanho da população, os objectivos do estudo, o número de variáveis analisadas e o tipo de análises estatísticas que se pretende efectuar. De um modo geral, recomendam-se valores acima de 300 participantes, havendo autores que consideram que, no âmbito da análise multivariada, amostras com 500 sujeitos são muito boas. A amostra deste estudo, ao ter 666 estudantes, parece satisfazer os critérios de significância.

Em termos de representatividade, houve a preocupação em que a amostra deste estudo preservasse algumas características sociodemográficas da população. Assim, por exemplo, apostou-se na diversidade de cursos, estando representados vários departamentos e escolas diferentes da Universidade de Aveiro. Para além disso, no que diz respeito ao género, dados do *Eurostudent* relativos ao período 2005-2008 apontam para cerca 55.3% de mulheres no ensino superior em Portugal, o que se aproxima muito da percentagem na presente amostra (54.1%). Noutros indicadores, contudo, houve maior desfasamento, como na média de idades para o 1º ciclo, que os dados apontam para 22.3 e neste caso foi 20.3, bem como na percentagem de solteiros, que foi maior na presente amostra (97%) do que os dados indicam para a população (93%) (Eurostudent, 2008). Estas diferenças poderão ter a ver com o facto de a amostra ter sido recolhida em sala de aula, pelo que alguns estudantes nomeadamente os trabalhadores-estudantes que frequentem menos as aulas, poderão estar sub-representados.

## 5. Instrumentos

A investigação quantitativa caracteriza-se pela utilização de técnicas rigorosas de recolha de dados, que passam, muitas vezes, pela utilização de instrumentos estandardizados que permitem assegurar a validade e a fidelidade dos resultados. Quando as variáveis que o investigador deseja estudar envolvem dimensões afectivas do comportamento, como as atitudes, os valores, as crenças, os interesses ou o auto-

conceito, é comum a utilização do questionário. Este tipo de instrumento consiste num conjunto de questões ou itens, que, por qualquer razão, se decidiu apresentar associados numa mesma folha ou caderno (Moreira, 2004). Na presente investigação foi utilizada uma ficha de caracterização sociodemográfica e académica e quatro questionários para avaliarem a saúde mental global, a depressão, o stress e os comportamentos de risco. De seguida, é apresentado, sucintamente, cada um destes instrumentos.

### **5.1. Caracterização sociodemográfica e académica**

As informações sociodemográficas recolhidas disseram respeito ao sexo, idade, situação de residência (enquanto aluno deslocado ou não), estado civil e profissões dos pais. Este último dado foi utilizado para determinar o estatuto socioeconómico do aluno. Para isso, as profissões de cada ascendente foram primeiro agrupadas em dez categorias, segundo a Classificação Nacional de Profissões, versão 1994 (Instituto Nacional de Estatística, 1994). Posteriormente foram divididas em 3 grupos: estatuto baixo (categorias 9, 8 e 7), estatuto médio (categorias 6, 5, 4 e 3) e estatuto elevado (categorias 2, 1 e 0). Finalmente adoptou-se como estatuto socioeconómico do estudante o estatuto do pai ou da mãe, consoante o que fosse mais elevado.

As informações de índole académica incluíram o ano frequentado (1º, 2º ou 3º), o tipo de ensino (universitário ou politécnico), o curso e o estatuto de estudante (ordinário ou trabalhador-estudante). Os cursos foram posteriormente agrupados em quatro áreas de ensino: as Engenharias, Saúde, as Ciências Sociais e Humanas e as Ciências e Tecnologias.

### **5.2. Medida de Saúde Comportamental- 20 ou MSC-20 (Behavioral Health Measure)**

Pretendia-se avaliar a saúde mental, de uma forma global, que incluísse não apenas sintomatologia psicopatologia, mas também aspectos positivos como o bem-estar. Para concretizar este objectivo poder-se-ia ter optado pela utilização do *Mental Health Inventory* (Brook et al., 1979), que já se encontra adaptado para a população portuguesa (Pais Ribeiro, 2001). No entanto, o *Behavioral Health Measure-20* (anteriormente designado *Behavioral Health Questionnaire-20*), mostrou-se uma opção

mais atractiva por ser um instrumento mais recente, com boas características psicométricas, que está pensado para várias populações, normais e clínicas, e que está inclusivamente a ser utilizado por vários serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior nos Estados Unidos da América, entre os quais a Johns Hopkins University. Este instrumento foi desenvolvido por Kopta e Lowry (2002) e é um questionário de auto-resposta composto por 20 itens que fornece um Índice de Saúde Mental Global (20 itens), bem como indicadores de Bem-estar (3 itens), Sintomas Psicológicos (13 itens) e Funcionamento (4 itens). Uma vez que ainda não existia uma versão Portuguesa deste instrumento, foi necessário proceder à sua tradução, adaptação e estudo psicométrico.

### **5.3. Inventário da Depressão em Estudantes Universitários ou IDEU (University Students Depression Inventory)**

No que diz respeito à medição da depressão, sabia-se da existência de instrumentos que possuem excelentes qualidades psicométricas, como é o caso do *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer & Brown, 1996) ou da *Escala de Zung* (Zung & Durham, 1965). No entanto, apesar de serem frequentemente utilizados em amostras de estudantes, estes instrumentos não têm em consideração as idiosincrasias da depressão no ensino superior. Nesse sentido, o *University Student Depression Inventory* (USDI; Khawaja & Bryden, 2006), afigurou-se como instrumento mais indicado para este estudo, por ter sido desenvolvido especificamente para os estudantes, contendo uma escala de motivação académica, e por mostrar boas características psicométricas, a nível de validade e fidelidade. Este questionário é composto por 30 itens, incluindo para além da escala de motivação académica, uma escala de letargia e outra de sintomas cognitivo-emocionais. Também neste caso, foi necessário proceder à sua tradução, adaptação e estudo das características psicométricas.

#### **5.4. Inventário de Stress em Estudantes Universitários – versão reduzida (ISEU)**

Para avaliar o stress foi seleccionado o Inventário do Stress em Estudantes Universitários (ISEU; Pereira et al., 2004), por ser um instrumento desenvolvido em Portugal que se foca nos principais stressores para os estudantes do ensino superior e por demonstrar boas características psicométricas. Na sua versão reduzida, é constituído por vinte e quatro itens, com resposta tipo *Likert*, numa escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os itens procuram identificar vários factores indutores de stress, estando organizados em quatro sub-escalas, tal como na versão maior: Ansiedade de Avaliação; Auto-Estima e Bem-Estar; Ansiedade Social e Problemas Socioeconómicos. Os estudos psicométricos de Pereira et al. (2004) indicaram uma elevada consistência interna, com um valor alfa de Cronbach de .90, para a escala total.

#### **5.5. Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU)**

Para fazer um levantamento dos comportamentos de risco mais comuns nos estudantes universitários foi construído o Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (Santos, Pereira, & Veiga, 2007). Este instrumento é composto por 24 itens, alguns dos quais têm por base o *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS; CDC, 1997). Tal como no NCHRBS, são avaliadas seis categorias de comportamentos: 1) uso de tabaco; 2) consumo de álcool e outras drogas; 3) comportamentos sexuais de risco; 4) hábitos alimentares; 5) inactividade física; 6) condução de risco. Na secção do álcool foram incluídas questões relativas aos padrões de consumo durante as festas académicas. Para os objectivos delineados para esta investigação foram tidos em conta apenas os itens relativos ao consumo de álcool e os itens relativos a problemas ligados ao álcool: comportamentos sexuais de risco e a condução de risco sob o efeito de álcool.

Importa referir que os instrumentos que tiveram que ser traduzidos e adaptados ou construídos, ou seja, todos, à excepção do Inventário do Stress em Estudantes Universitários, foram sujeitos a estudo prévio, que teve como objectivos a sua preparação e a investigação das suas propriedades psicométricas.



## 6. Procedimento

Neste ponto são abordadas questões relativas à recolha e análise de dados, bem como aos aspectos éticos que guiam esta investigação.

### 6.1. Recolha dos dados

A altura escolhida para aplicação dos questionários foi o 2º semestre, perto do final do ano lectivo, em Maio, pois nessa altura os alunos do primeiro ano já teriam tido tempo de se adaptarem à universidade e os alunos de todos os anos estariam mais próximos da realização dos exames, que, sendo uma das suas principais fontes de stress, pretendia-se avaliar, com recurso ao Inventário de Stress em Estudantes Universitários. Por outro lado, interessava avaliar os comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool, nas festas académicas, e como as maiores festas são, geralmente, as do final do ano lectivo, fazia todo o sentido recolher os dados por essa altura.

A recolha de dados foi realizada em dois momentos: no final do ano lectivo 2007/2008 e no final do ano lectivo 2008/2009. Importa aqui referir que cada aluno respondeu apenas uma vez aos questionários, pelo que este estudo não tem um carácter longitudinal, mas sim transversal. A opção pelos dois anos lectivos foi motivada pelas dificuldades encontradas na obtenção da amostra, derivadas do momento estabelecido para a recolha dos dados. Alguns docentes declinaram o pedido de autorização para passar questionários nas suas aulas, explicando que as semanas antes dos exames são muito importantes para se concluir o ensino da matéria programada, pelo que não poderiam prescindir de tempo de aula. Para além disso, a taxa de docentes que não responderam ao apelo ou que o fizeram tardiamente foi mais elevada do que o esperado.

Ao longo dos anos lectivos em questão, 2007/2008 e 2008/2009 contactaram-se, via *email*, via correio ou pessoalmente, vários docentes, ou os respectivos directores dos cursos, de disciplinas do 1º ao 3º ano de diversos cursos de formação inicial da Universidade de Aveiro. O contacto incluiu sempre a apresentação dos investigadores, uma explicação breve dos objectivos da investigação e a solicitação de colaboração na recolha dos dados. Foi esclarecido que, se fosse do interesse dos docentes, no final da

investigação, seria fornecido um resumo dos principais resultados a nível global (nunca a nível individual).

A colaboração dos docentes consistiria na dispensa de cerca de 15 minutos, no início ou no final de uma aula, para se poder passar a bateria de questionários aos seus alunos. A preferência recaiu pelo final das aulas, pela consciência de que o tempo médio de preenchimento da bateria de questionários era cerca de 20-25 minutos, mas havia alunos que chegavam a demorar 40 minutos, logo se a passagem fosse realizada no final, os alunos poderiam utilizar o intervalo para terminar o preenchimento, sem perturbar muito a duração da aula.

Nos casos em que os docentes aceitaram colaborar, a investigadora principal procurou estar presente durante a recolha dos dados, para esclarecer eventuais dúvidas. Nas ocasiões em que tal não foi possível, foi substituída por alunos do 3º ano da formação inicial em Psicologia que estavam a par da investigação. Antes de se distribuírem os questionários aos alunos, foram fornecidas oralmente algumas indicações relevantes, nomeadamente acerca dos objectivos do estudo, do carácter voluntário da participação e da garantia de anonimato e confidencialidade das respostas. Os alunos interessados deram o seu consentimento informado verbalmente, ao aceitarem participar.

## **6.2. Procedimentos éticos e deontológicos**

Na investigação em Psicologia a questão ética central passa pelo equilíbrio entres dois sistemas de valores: de um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma, do outro, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito à privacidade. Mais concretamente, alguns dos principais aspectos éticos que devem nortear a investigação são (Almeida & Freire, 2007; Pais Ribeiro, 2007b):

consentimento informado – os potenciais participantes devem ser informados de antemão acerca natureza, objectivos e procedimentos da investigação, bem como dos seus direitos e responsabilidades. Um aspecto essencial é a clarificação do seu direito a recusar a participação ou a desistir em qualquer momento. Só com base nestes dados estão em condições para decidirem sobre o seu desejo de se envolverem na investigação;

salvaguarda da integridade física, mental e moral dos participantes – devem evitar-se investigações que provoquem danos ou coloquem a segurança dos participantes em perigo;

confidencialidade acerca dos dados obtidos – deve respeitar-se o direito à privacidade dos participantes;

responsabilidade e competência – conduzir a investigação de modo competente, realizando apenas tarefas para as quais se está devidamente preparado e treinado.

No presente estudo procurou-se respeitar estes princípios ao longo de todo o processo, desde a recolha dos dados, passando pela sua análise até à sua divulgação. Aquando da recolha dos dados, foram explicados aos alunos os objectivos da investigação, tendo sido enfatizado o carácter voluntário da sua participação e a sua liberdade de escolha. Posto isto, o consentimento informado dos alunos foi dado verbalmente ao aceitarem participar, o que vai ao encontro de vários códigos de ética que não consideram essencial a assinatura do participante neste processo (Pais Ribeiro, 2002).

A existência de dúvidas, por parte dos sujeitos, acerca da confidencialidade dos seus dados, poderia colocar em causa a sua decisão de participar na investigação ou comprometer a veracidade das informações fornecidas, colocando em risco a validade dos seus relatos e, em última instância, a validade da própria investigação. Por conseguinte, explicou-se, de forma clara, que a confidencialidade dos dados, bem como o anonimato dos participantes, seriam assegurados, o que neste caso se dotou de extrema importância, pois eram pedidas, aos alunos, informações sobre questões que poderão ser consideradas sensíveis e íntimas no âmbito da sua saúde mental e dos seus comportamentos de risco. Em particular, clarificou-se que a profissão dos pais só era pedida para determinar o estatuto socioeconómico e que, tal como os outros dados sociodemográficos, nunca seriam utilizados para identificar nenhum aluno.

A recolha de dados e o seu tratamento foram sempre realizados de modo a não causarem qualquer dano nos participantes e a manter uma postura responsável e competente. Com efeito, a escolha dos instrumentos, a sua aplicação, correcção e interpretação foram sempre fundamentadas teoricamente, procurando seguir as indicações disponíveis na literatura, nomeadamente as Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes (CEGOC, 2003).

### 6.3. Análise estatística dos dados

A análise dos dados foi executada com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Sempre que o objectivo era organizar, resumir e comunicar um grupo de observações numéricas, recorreu-se a estatísticas descritivas como médias, medianas, desvios-padrão e frequências. Quando o intuito era partir dos dados da amostra para fazer estimativa acerca da população, utilizaram-se estatísticas inferenciais, com recurso a testes paramétricos e não-paramétricos (Nolan & Heinzen, 2008).

Neste trabalho foram utilizados testes paramétricos sempre que estavam reunidas as várias assunções necessárias à sua utilização: 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 (Field, 2005; Maroco, 2007). Considerou-se uma distribuição normal quando a média dos resultados se aproximava da mediana e da moda e os coeficientes de assimetria e curtose não se afastavam de zero, ou pelo menos, não ultrapassavam a unidade (Almeida & Freire, 2007).

Para além disso, e tendo em conta que alguns testes paramétricos são relativamente resistentes a pequenos desvios da normalidade, utilizaram-se testes paramétricos, mesmo em casos em que a curtose era superior a 1, desde que a distribuição fosse simétrica. Certos testes paramétricos de comparações de grupos, nomeadamente a ANOVA, são também resistentes a violações da assunção de homogeneidade de variância, desde que o tamanho das amostras seja semelhante, pelo que se utilizaram testes paramétricos para comparação de grupos quando: 1) apesar de não haver homogeneidade de variâncias, as dimensões dos grupos eram similares, isto é, o quociente entre o grupo maior e o grupo menor não ultrapassava 1.5 (Pestana & Gageiro, 2000); 2) as variâncias eram homogéneas, mesmo que os tamanhos dos grupos fossem diferentes.

No que diz respeito aos testes de comparações de grupos, utilizou-se o T de Student quando se comparavam apenas dois grupos e a ANOVA quando havia três ou mais grupos. Nos casos em que se utilizam ANOVAs para comparar múltiplas médias e os resultados indicam diferenças significativas, há habitualmente a necessidade de se recorrer a testes *post hoc* para detectar quais os grupos que diferem entre si. Embora haja vários testes *post hoc*, o Bonferroni e o Tukey são dois dos mais utilizados. Tanto

um como outro controlam bem o erro de tipo I, mas são testes conservadores. Dos dois, o Bonferroni tem mais poder quando o número de comparações é pequeno, ao passo que o Tukey é mais poderoso a comparar grandes números de médias (Field, 2005). Assim, nos casos em que houve até cinco comparações recorreu-se ao Bonferroni, dando preferência ao Tukey em caso de haver seis ou mais grupos.

Quando as condições de aplicação dos testes T e ANOVAs não se verificavam e importantes assunções tinham sido violadas, a escolha recaiu sobre os testes não-paramétricos correspondentes, mais concretamente sobre o U de Mann-Whitney quando havia dois grupos e o Kruscal-Wallis quando havia três ou mais grupos. Nas situações em que este último teste indicou diferenças estatisticamente significativas e se pretendia conhecer especificamente onde residiam as diferenças, foi aplicado o teste de Mann-Whitney para fazer comparações de dois grupos de cada vez. No entanto, uma vez que, quanto maior o número de comparações com este teste, maior a probabilidade de cometer o erro de tipo I, seleccionaram-se criteriosamente as comparações a fazer, com base nas informações dadas pelas estatísticas descritivas e utilizou-se a correcção de *Bonferroni*, que consiste em dividir o valor crítico de significância (.05) pelo número de testes a realizar. Os níveis de significância obtidos foram então comparados com este novo valor crítico, para tomar a decisão de rejeitar ou não H<sub>0</sub>.

Sempre que o objectivo era 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 *Pearson*; nos outros casos, em que as variáveis eram ordinais ou as distribuições se afastavam da normalidade, empregou-se o coeficiente de *Spearman* (Pallant, 2007). Em ambos os casos, 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, seleccionaram-se os critérios de Cohen (1988) que são: de .10 a .29, a correlação é considerada fraca; de .30 a .49, moderada; de .50 a 1, elevada.

Quando se pretendeu analisar a relação entre duas variáveis categoriais, o teste eleito foi o Qui quadrado. No entanto, este só foi utilizado quando estavam reunidas as condições necessárias: 1) N maior que 20; 2) todas as frequências esperadas eram maiores que 1; 3) pelo menos 80% das frequências esperadas eram superiores ou iguais a 5 (Maroco, 2007). Quando os resultados foram estatisticamente significativos, a força da associação entre as duas variáveis foi medida através de Phi, quando cada uma das duas variáveis categoriais tinha apenas duas condições, e através do V de Cramer,

quando alguma das variáveis continha mais do que duas condições (Field, 2005). Quer através do Phi, quer através do V de Cramer, a força da associação entre variáveis foi interpretada tal como o coeficiente de correlação, ou seja, como fraca, moderada ou forte.

Importa também referir que, para cada questionário, foi possível definir diferentes níveis de sintomatologia, com base nas indicações dadas pelos respectivos autores, que ora apresentavam valores críticos, ora fórmulas para os definir com base na presente amostra. Tendo em conta a variabilidade de métodos para obtenção dos pontos de corte em cada questionário, este assunto é desenvolvido no Capítulo 6: Resultados.

## **7. Síntese do capítulo**

Neste capítulo foi descrita, de forma sucinta, a metodologia desta investigação, cujos principais objectivos são caracterizar a saúde mental dos estudantes do ensino superior, conhecer a prevalência de comportamentos de risco ligados ao álcool e analisar a relação entre saúde mental e esses comportamentos de risco. Para isso, recorreu-se a um estudo não-experimental, transversal, que utilizou como instrumentos uma ficha de dados sociodemográficos e académicos e quatro questionários de auto-relato. Estas medidas foram aplicadas em contexto de sala de aula, no final do 2º semestre, a uma amostra de 666 estudantes do 1º ciclo do ensino superior na Universidade de Aveiro. Os dados foram posteriormente analisados de forma quantitativa, com recurso a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Ao longo de todo o percurso desta investigação, foram tidos em conta vários aspectos éticos que devem guiar este tipo de trabalho.

**CAPÍTULO 5 – ESTUDO PRELIMINAR: PREPARAÇÃO DOS  
INSTRUMENTOS**





Este capítulo tem como objectivo apresentar os procedimentos e os resultados do estudo preliminar que consistiu na preparação dos instrumentos que foram utilizados no estudo principal. Para esse efeito, são descritos os processos de tradução e adaptação de dois instrumentos, Behavioral Health Measure-20 (BHM-20; Kopta & Lowry, 2002) e University Student Depression Inventory (USDI; Khawaja & Bryden, 2006), bem como o processo de construção do Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. São ainda analisadas as propriedades psicométricas destes instrumentos. O Inventário de Stress em Estudantes Universitários (Pereira et al., 2004) não foi incluído neste estudo, pois foi construído especificamente para estudantes portugueses, pelo que não foi necessário submetê-lo a nenhum destes processos.

Um dos aspectos éticos da investigação em psicologia passa pelo dever de o investigador se preparar devidamente, tendo em vista o uso correcto dos instrumentos que utiliza, bem como o dever de estar informado se tais instrumentos se encontram devidamente estudados para os objectivos e as populações a observar. Quando tal não acontece, é necessário proceder à sua adaptação e, posteriormente, averiguar até que ponto a nova versão possui boas características psicométricas.

As duas principais características psicométricas analisadas nos instrumentos psicológicos são a fidelidade e a validade. De uma forma sintética, pode afirmar-se que a fidelidade diz respeito ao grau de confiança ou de exactidão que se pode ter na informação obtida. Neste contexto, isso pode significar que o teste avalia o mesmo quando aplicado em dois momentos diferentes aos mesmos sujeitos (estabilidade teste-reteste) e que os itens que compõem o instrumento se apresentam como um todo homogéneo (consistência interna). Por sua vez, a validade diz-nos em que medida os resultados do instrumento estão a medir aquilo que efectivamente se pretende medir (Almeida & Freire, 2007; Pais Ribeiro, 2007).

Apresentam-se, de seguida, os estudos de adaptação do *Behavioral Health Measure-20* (BHM-20; Kopta & Lowry, 2002) e do *University Student Depression Inventory* (USDI; Khawaja & Bryden, 2006).

## 1. Tradução e adaptação do *Behavioral Health Measure-20* (BHM-20)

Apesar da definição de saúde mental proposta pela Organização Mundial de Saúde ser marcadamente positiva, a ciência tem-na considerado, por defeito, como a ausência de psicopatologia, o que é visível nalguns instrumentos ainda hoje utilizados. Por exemplo, o *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1977) é um questionário de auto-resposta que tem sido utilizado como medida de saúde mental, mas dá conta apenas de sintomas de *distress* psicológico. Inclui três índices globais de *distress* e nove dimensões de sintomas.

Outros instrumentos, contudo, têm tentado ultrapassar aquela visão, como é o caso de:

- *Mental Health Inventory* (MHI; Brook et al., 1979), que inclui itens para medir tanto o *distress* psicológico como o bem-estar psicológico, que estão organizados em cinco escalas: ansiedade; depressão; perda de controlo emocional/comportamental; afecto positivo; laços emocionais (Pais Ribeiro, 2001);
- Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF; Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976), incluída posteriormente no DSM-III-R (APA, 1987), para medir o eixo V, ou seja, o funcionamento psicológico, social e ocupacional. A pontuação máxima (90-100 numa escala de 0 a 100), corresponde não apenas à ausência de sintomatologia, mas também a um funcionamento superior num largo espectro de actividades, no qual os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução e o sujeito é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas;
- *General Health Questionnaire* (GHQ; Goldberg & Hillier, 1979), denominado Questionário de Saúde Geral na versão portuguesa (Pais Ribeiro & Antunes, 2003), apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico, sendo utilizada para identificar, quer a incapacidade para realizar as actividades que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos.

Apesar de os instrumentos referidos estarem já adaptados para a população portuguesa, pretendia-se, neste trabalho, caso fosse possível, utilizar instrumentos direccionados especificamente para os estudantes do ensino superior, de modo que tivessem em consideração as suas especificidades. Assim, ao tomar contacto com o *Behavioral Health Measure-20*, da autoria de Kopta e Lowry (2002), este afigurou-se como o instrumento mais adequado aos propósitos do presente trabalho. Com efeito,

este questionário avalia, de uma forma rápida, a saúde mental numa perspectiva positiva. Embora não se destine exclusivamente a estudantes, é feito também a pensar neles, sendo utilizado em várias instituições do ensino superior nos Estados Unidos.

De seguida, é apresentado o estudo para investigação das características psicométricas do BHM-20, com vista à sua adaptação para população portuguesa.

## 1.1. Método

### Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 321 estudantes do 1º ao 5º ano de licenciatura pré-Bolonha das seguintes instituições: Universidade de Aveiro, Universidade de Coimbra, Instituto Politécnico de Viseu e Instituto Superior Técnico de Lisboa. As suas idades variaram entre os 18 e os 44 anos ( $M=21$ ;  $DP=3.06$ ). Destes estudantes, 61.1% eram do sexo feminino ( $n=196$ ) e os restantes 38.9% ( $n=125$ ) do sexo masculino. Os cursos frequentados inseriam-se nas áreas de Humanidades (38.9%), Engenharias (34.6%) e Ciências Naturais (26.5%). No que diz respeito à sua residência, 34.7% dos sujeitos mantinham a sua morada habitual, enquanto 61.7% estavam deslocados e 4% foram omissos nesta informação.

### Descrição do instrumento

O *Behavioral Health Measure-20* (anteriormente designado *Behavioral Health Questionnaire-20*) (Kopta & Lowry, 2002) é um questionário de auto-resposta, composto por 20 itens, que avalia a saúde mental através das seguintes escalas: Bem-estar (3 itens), Sintomas Psicológicos (13 itens) e Funcionamento (4 itens). A escala do Bem-Estar destina-se a avaliar o sofrimento emocional, motivação/energia e satisfação com a vida. A escala de Sintomas abrange áreas como a depressão, ansiedade, abuso de álcool e de tabaco e risco (tanto para o próprio como para os outros). O Funcionamento refere-se à forma como um indivíduo lida com áreas de vida como o trabalho/escola, relacionamentos íntimos, relações sem ser com membros da família e prazer na vida. Ao somar os 20 itens, obtém-se um índice de Saúde Mental Global. A resposta aos itens reporta-se às duas últimas semanas e é dada através de uma escala *Likert* de 0 (que representa sofrimento extremo/mau funcionamento) a 4 (sem sofrimento/excelente funcionamento) Quanto maior a pontuação, melhor o nível de saúde mental, o que

significa que, no caso da escala de sintomas, quanto mais elevada for a pontuação, menos sintomas terá o sujeito. Em Português, este instrumento denominou-se Medida de Saúde Comportamental-20 ou MSC-20 (Santos, Pereira, & Veiga, 2008b).

### **Procedimento de tradução e adaptação**

A adaptação deste instrumento ao contexto português percorreu várias etapas. O primeiro passo foi a tradução e retroversão dos itens pelos investigadores e por especialistas que dominam a língua inglesa. De seguida, os investigadores compararam a retroversão com a original e efectuaram algumas alterações, de modo a aproximar a versão traduzida do original, tendo em conta não só o conteúdo semântico, mas também a equivalência gramatical e lexical. A versão preliminar do questionário foi apresentada a 20 sujeitos, representantes da população alvo, recorrendo-se ao método da reflexão falada ou *“thinking aloud”*, que consiste na aplicação do instrumento e no registo das verbalizações dos sujeitos, que, instruídos para tal, comunicam as suas impressões face a cada item, os processos utilizados na resposta, as facilidades e dificuldades encontradas (Almeida & Freire, 2007). Com base neste procedimento foram detectadas algumas ambiguidades e redundâncias, que levaram à reformulação de alguns itens e à remoção de outros. Passada esta fase, os instrumentos foram aplicados à referida amostra de 321 estudantes.

## **1.2. Resultados**

Na investigação psicométrica da versão original, a amostra foi constituída, não apenas por estudantes universitários, mas também por adultos da comunidade e indivíduos seguidos em terapia, sendo que todos estes grupos foram analisados separadamente. Neste estudo, dado que a amostra portuguesa é constituída por estudantes do ensino superior, as comparações foram, sempre que possível, feitas com os dados referentes à amostra de estudantes universitários da versão original.

Na Tabela 6 é apresentada a comparação entre as médias obtidas com a amostra portuguesa e com a amostra americana.

Tabela 6 *Comparação das médias e desvios-padrão da amostra portuguesa com a amostra americana (versão original)*

Escala	Amostra portuguesa (n=321)		Amostra americana (n=465)	
	M	DP	M	DP
Saúde Mental Global	2.91	.49	3.13	.51
Bem-Estar	2.23	.74	2.46	.75
Funcionamento	3.13	.50	2.85	.65
Sintomas	2.71	.61	3.22	.60

Verifica-se que em todas as sub-escalas, à excepção do Funcionamento, as médias obtidas com a adaptação foram mais baixas do que as obtidas com a versão original.

### **Fidelidade**

A fidelidade foi avaliada através da consistência interna. Na Tabela 7 comparam-se os valores de alfa obtidos na versão portuguesa com os valores obtidos na versão original.

Tabela 7 *Consistência interna obtida na versão portuguesa e na versão original*

Escala	Amostra portuguesa (n=321)	Amostra americana (n=465)
	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
Saúde Mental Global	.88	.89-.90
Bem-Estar	.70	.65-.74
Funcionamento	.71	.72-.77
Sintomas	.83	.85-.86

Nota: No estudo original, os autores apresentam apenas o intervalo dos valores de alfa para cada escala, não especificando que valor corresponde a cada grupo (estudantes, amostra clínica e não clínica).

Como se pode constatar, os valores da consistência interna obtidos na amostra portuguesa são adequados e não diferem muito dos obtidos com a versão original. Note-se que a escala que teve um valor mais baixo foi o Bem-estar.

### **Validade**

Para avaliar a validade convergente, comparou-se o resultado da escala total com uma medida de depressão. Neste caso, como a amostra era constituída exclusivamente por alunos do ensino superior, utilizou-se o Inventário de Depressão para Estudantes Universitários. Os resultados mostram uma correlação negativa elevada e significativa ( $r=$

-.65,  $p < .001$ ), ou seja, quanto mais deprimidos estavam os sujeitos, mais baixo o nível da sua saúde mental.

### Independência das escalas

Efectuaram-se correlações Pearson para avaliar a independência das escalas umas em relação às outras (Tabela 8).

Tabela 8 *Correlações Pearson entre as sub-escalas do MSC-20*

Sub-escalas	Saúde M. Global	Bem-Estar	Sintomas	Funcionamento
Saúde M. Global	1			
Bem-Estar	.78**	1		
Sintomas	.94**	.60**	1	
Funcionamento	.76**	.61**	.56**	1

\*\*  $p < .01$

Verifica-se que na versão portuguesa, tal como na original, todas as correlações foram altas e significativas, tendo variado entre 0.56 (Sintomas/Funcionamento) e .94 (Saúde Mental Geral/Sintomas), enquanto na escala original esses valores variaram entre .66 (Sintomas/Funcionamento) e .95 (Saúde Mental Global/Sintomas).

### 1.3. Comentário

Com base na análise psicométrica efectuada, pode considerar-se que a versão portuguesa deste instrumento é fiável, tendo-se obtido valores satisfatórios, tanto na escala total, como nas várias sub-escalas. Ainda a este respeito, é preciso ter em conta que as escalas com pontuação mais baixa, Bem-Estar ( $\alpha=0.70$ ) e Funcionamento ( $\alpha=0.71$ ) são também aquelas com menor número de itens, 3 e 4 itens respectivamente. Estes valores são compreensíveis e perfeitamente aceitáveis quando as escalas têm poucos itens, o que é o caso (Pais Ribeiro, 2007).

Ao inspeccionar a validade convergente do MSC-20 com uma medida de depressão, o Inventário de Depressão para Estudantes Universitários, obteve-se uma correlação negativa elevada e significativa ( $r = -0.65$ ,  $p < .001$ ), ou seja, quanto mais deprimidos estavam os sujeitos, menor a sua saúde mental. Estes resultados vão no

sentido esperado, corroborando resultados de estudos anteriores (Headey, Kelley, Wearing, 1993; Keyes, 2005), bem como da versão original (Kopta & Lowry, 2002).

Não foi realizada uma análise factorial, uma vez que na versão original a construção da escala não obedeceu a esse critério, tendo sido feita com base no conteúdo dos itens. De futuro, convém aprofundar os estudos sobre as características psicométricas da versão portuguesa, nomeadamente com uma análise da fidelidade através de teste-reteste. A nível da validade de constructo, poder-se-ia testar a sensibilidade à patologia, comparando as médias de várias amostras com diferentes graus de perturbação.

## **2. Tradução e adaptação do *University Student Depression Inventory (USDI)***

Os dados existentes indicam que, embora a depressão nos estudantes seja qualitativamente semelhante à depressão da população em geral, há algumas diferenças, nomeadamente quanto à manifestação dos sintomas. Por exemplo, a depressão nos estudantes manifesta-se mais a nível cognitivo, através de sintomas como falta de concentração, pessimismo e auto-culpabilização do que na população em geral (Cox et al., 1999). Pelo contrário, alguns dos principais sintomas da depressão na população geral, como as alterações no apetite e no sono, não se revelam indicadores úteis de depressão nos estudantes, pois neste caso são muitas vezes causados por outros factores, tais como os horários académicos (Kitamura et al., 2004; Smith et al., 2001).

Por conseguinte, os instrumentos tradicionais de avaliação da depressão como o *Beck Depression Inventory-II* (Beck et al., 1996) ou a Escala de Zung (Zung & Durham, 1965), apesar das suas excelentes qualidades psicométricas, poderão não ser os mais indicados para avaliar a depressão no estudante, uma vez que foram concebidos para populações clínicas.

O *University Student Depression Inventory (USDI)*; (Khawaja & Bryden, 2006) foi desenvolvido na *Queensland University of Technology* (Brisbane) na Austrália, com o intuito de medir adequadamente a depressão no estudante do ensino superior, apresentando, ao mesmo tempo, boas características ao nível de validade e fidelidade. Para assegurar que esses objectivos eram cumpridos, os estudantes do ensino superior estiveram envolvidos no processo de construção desta medida, tendo sugerido itens que pudessem traduzir a depressão do estudante. Os itens foram depois sujeitos a uma

examinação e selecção criteriosa por parte de profissionais que trabalham em serviços de apoio psicológico ao estudante no ensino superior.

Seguidamente, apresenta-se o estudo das características psicométricas do USDI, tendo em vista a adaptação deste instrumento para população portuguesa.

## **2.1. Método**

### **Participantes**

A amostra foi constituída por 321 estudantes de várias instituições do ensino superior, com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos, sendo composta pelos mesmos sujeitos que integraram o estudo de tradução e adaptação do BHM-20.

### **Descrição do instrumento**

O *University Student Depression Inventory* (Khawaja & Bryden, 2006) é um questionário de auto-resposta que visa avaliar a frequência com que vários sintomas depressivos foram experienciados nas últimas duas semanas pelos estudantes do ensino superior. É composto por 30 itens que se agrupam em três sub-escalas: Letargia (9 itens); Cognitivo-Emocional (14 itens) e Motivação Académica (7 itens). A resposta é dada numa escala tipo *Likert* de 5 pontos desde 1 (nunca) a 5 (quase sempre). A nota final resulta da soma dos valores brutos de todos os itens, ou seja, das três sub-escalas, não havendo itens invertidos. Quanto mais elevada a pontuação, mais deprimido está o aluno. A versão portuguesa deste instrumento intitula-se Inventário da Depressão em Estudantes Universitários ou IDEU (Santos, Pereira, & Veiga, 2008d).

### **Procedimento de tradução e adaptação**

O procedimento seguido foi idêntico ao do estudo de tradução e adaptação do BHM-20, tendo incluído a tradução e retroversão dos itens, a comparação da retroversão com a versão original, a realização de alguns reajustes e a aplicação a uma pequena amostra, de 20 sujeitos, com o método *da* reflexão falada. Depois de mais alguns melhoramentos, a versão portuguesa final foi aplicada à amostra de 321 estudantes.



## 2.2. Resultados

Em primeiro lugar, comparam-se as médias e desvios-padrão obtidos com as duas versões do questionário (Tabela 9).

Tabela 9 *Comparação das médias e desvios-padrão da amostra portuguesa com a amostra australiana (versão original)*

Escala	Amostra portuguesa (n=321)		Amostra australiana (n=308)	
	M	DP	M	DP
Total	66.57	17.37	71.12	19.26
Cognitivo-emocional	26.86	9.25	32.03	10.55
Letargia	23.74	6.10	22.67	6.13
Motivação Académ.	15.93	4.70	16.42	5.21

Verifica-se que os valores médios obtidos na versão portuguesa são inferiores aos obtidos na versão original, com exceção para a escala de Letargia.

### Fidelidade

Avaliou-se a fidelidade do USDI com recurso à consistência interna (alfa de Cronbach). Os resultados estão patentes na Tabela 10.

Tabela 10 *Comparação da consistência interna obtida na versão portuguesa e na versão original*

Escala	Amostra portuguesa (n=321)	Amostra australiana (n=308)
	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
Total	.94	.95
Cognitivo-emocional	.92	.92
Letargia	.86	.89
Motivação Académica	.82	.84

Como se pode observar, estes valores de  $\alpha$  situam-se todos acima de 0,80, sendo muito semelhantes aos obtidos na versão original.

## Validade

Realizou-se uma análise factorial exploratória, com rotação varimax. Os factores extraídos, foram coincidentes com os da versão original. O primeiro factor explica 21,53%, o segundo 16,78% e o terceiro 13,47% da variância, explicando, no total, 51,77% (enquanto na versão original explicavam 78,86).

No que diz respeito à correlação de cada item com a escala total (consistência interna do item) e com a sub-escala a que pertence (validade convergente), todos os itens apresentaram valores corrigidos para sobreposição superiores a .30, o que é considerado adequado. Para além disso, em todos os itens as correlações foram mais elevadas com a sub-escala a que pertencem do que com as demais sub-escalas. No entanto, quando se avaliou a validade discriminante, estipulando-se que o valor da correlação do item com a sub-escala a que pertence deveria ser superior, em 10 pontos, ao da correlação com as sub-escalas a que não pertence, verificou-se que não satisfizeram tanto esse critério os itens 3, 10, 24 e 29 da sub-escala Letargia; 2, 6, 14, e 26 da sub-escala Cognitivo-Emocional e 13, 16 e 19 da sub-escala Motivação Académica.

## Independência das escalas

As autoras do USDI verificaram que os três factores ou sub-escalas estavam positivamente correlacionados uns com os outros: os itens da sub-escala Cognitivo-Emocional estavam correlacionados com a Letargia ( $r=.50$ ) e com a Motivação Académica ( $r=.41$ ). Os itens da Letargia estavam correlacionados também com a Motivação Académica ( $r=.43$ ). As correlações na versão portuguesa constam na Tabela 11.

Tabela 11 *Correlações Pearson entre as sub-escalas do IDEU*

Sub-escalas	Cognitivo-emocional	Letargia	Motivação Académica
Cognitivo-emocional	1		
Letargia	.70**	1	
Motivação Académica	.49**	.64**	1

\*\*  $p < .01$

Na versão portuguesa, os valores das correlações foram superiores aos obtidos na amostra australiana.

### **2.3. Comentário**

As características psicométricas da versão portuguesa do *University Student Depression Inventory*, a nível de fidelidade e validade, são, no geral, satisfatórias, pelo que este instrumento pode ser considerado útil e adequado para avaliar a depressão na população portuguesa. Merece particular relevo o facto de este questionário se dirigir especificamente aos estudantes do ensino superior, população esta que carecia, em Portugal, de instrumentos que avaliassem estes sintomas, contribuindo assim para o preenchimento dessa lacuna. Ainda assim, será conveniente realizar, de futuro, estudos mais aprofundados.

## **3. Construção do Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU)**

Para avaliar os comportamentos de risco em estudantes universitários optou-se por construir um questionário, pois os instrumentos existentes, ou eram demasiado extensos, ou não eram pensados em particular para os estudantes do ensino superior, ou não abordavam todos os aspectos que se pretendia cobrir, como o consumo de álcool nas festas académicas.

### **3.1. Procedimento de construção do questionário**

O primeiro passo na construção deste questionário foi a revisão de literatura acerca dos comportamentos de risco e de instrumentos de auto-relato que os avaliassem em adolescentes, adultos e, se possível, especificamente em estudantes universitários. Da análise da literatura, destacaram-se os seguintes instrumentos: o *National College Health Risk Behavior Survey* (CDC, 1997); o *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC; Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001); Avaliação dos Interesses e Práticas Saudáveis dos Estudantes Universitários (Pereira, 1999). Todos estes instrumentos têm em comum o facto de avaliarem vários comportamentos de risco, incluindo consumos

(consumo de álcool, tabaco e drogas), prática de exercício físico, tempos livres, hábitos alimentares e de higiene, bem-estar, segurança, violência.

A partir destes instrumentos, recolheram-se e adaptaram-se vários itens, tendo-se construído uma versão inicial do instrumento denominado Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU) composta por 35 itens que cumpriam princípios como a objectividade, a simplicidade, a relevância, clareza e a amplitude (Almeida & Freire, 2007).

Seguidamente, essa versão foi mostrada a especialistas e depois da sua aprovação foi aplicada a dois estudantes universitários da Universidade de Aveiro. Nesse momento, recorreu-se ao método *“thinking aloud”*, ou seja, enquanto os alunos respondiam ao questionário iam conversando com o investigador de modo a identificar aspectos que poderiam não estar a ser entendidos no sentido que era suposto, ou que poderiam não compreender. Esta aplicação permitiu rever alguns itens que pudessem ser confusos e excluir outros menos relevantes ou redundantes.

Com base em análises quantitativas e qualitativas, procedeu-se à selecção dos itens que iriam constar da versão final do questionário. Esta última versão foi depois aplicada a 21 estudantes da Universidade de Aveiro, para avaliar a compreensão, a pertinência dos itens e o tempo de resposta. O tempo médio de resposta a este questionário foi de 10 minutos.

### **3.2. Descrição do instrumento**

A versão final do QCREU ficou com 24 itens, que se distribuem em 6 categorias de comportamentos: uso de tabaco (2 itens); consumo de álcool (5 itens) e outras drogas (4 itens); comportamentos sexuais de risco (4 itens); hábitos alimentares (5 itens); inactividade física (1 item); condução de risco (3 itens). Desses, quinze itens (2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) foram adaptados da Avaliação dos Interesses e Práticas Saudáveis dos Estudantes Universitários (Pereira, 1999), seis itens (1, 3, 4, 15, 23, 24) foram adaptados do *National College Health Risk Behavior Survey* (CDC, 1997) e os restantes três itens (5, 6 e 7) foram construídos para o efeito (cf. Anexo 3). As adaptações dos itens passaram por processos diversos como a simplificação das frases que constavam nos outros instrumentos, a modificação do número de possibilidades de resposta ou a alteração da moldura temporal das questões.

Assim, no Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU), o intervalo temporal a que se referem os consumos foi, de um modo geral, o último mês, ou seja, os últimos 30 dias. Nas questões relacionadas com os comportamentos sexuais de risco, o intervalo temporal foi mais alargado, o último ano. Note-se que, embora todos os itens tivessem cinco categorias de resposta, enquanto algumas respostas são intervalares, outras são nominais.

No que diz respeito ao consumo de álcool, incluíram-se questões relativas à frequência de consumo, à quantidade ingerida e ao tipo de bebidas preferidas. A frequência foi medida através do número de dias em que o sujeito consumiu álcool no último mês. O consumo esporádico excessivo, também denominado *binge drinking* foi definido como o consumo de 5 ou mais bebidas no homem e 4 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, durante o último mês. Na secção do álcool foram ainda incluídas duas questões relativas aos padrões de consumo durante as festas académicas, uma relativa ao tipo de bebidas mais consumida e outra relativa à quantidade ingerida habitualmente nestas ocasiões.

### **3.3. Comentário**

Tendo em conta a forma e o conteúdo deste questionário, torna-se difícil a realização de uma análise das características psicométricas. Alguns aspectos que dificultam a realização dessa análise são o facto de haver itens com categorias de resposta nominais e o facto de, apesar de existirem grupos de itens com alguma relação entre eles, consoante o tipo de comportamento de risco, não haver escalas, sendo que cada item é analisado individualmente.

No que diz respeito à validade, Brener, Billy e Grady (2003) reconhecem que, embora alguns estudos examinem a validade dos auto-relatos de determinados comportamentos de risco, não se conhecem estudos que analisem a validade de instrumentos que abarquem vários comportamentos. No que concerne à fidelidade, não faz sentido avaliá-la através da consistência interna. Seria mais pertinente avaliá-la através do método teste-reteste, o que ainda não foi efectuado, mas que se pretende realizar no futuro.

#### **4. Síntese do capítulo**

Este capítulo apresentou os processos de tradução e adaptação dos instrumentos que medem a saúde mental e a depressão. Para além disso, dá a conhecer o processo de construção do questionário que avalia os comportamentos de risco em estudantes universitários. As análises efectuadas com as versões portuguesas mostram que os instrumentos adaptados exibem, de um modo geral, boas características psicométricas, a nível de fidelidade e validade. O questionário construído, pela sua forma e conteúdo não foi sujeito às mesmas análises. Ainda que seja reconhecida a necessidade de realização de mais estudos para aprofundar o conhecimento das propriedades psicométricas destes instrumentos, conclui-se que estes preenchem os requisitos necessários para serem utilizados no estudo principal. No próximo capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos no estudo principal.

## **CAPÍTULO 6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**





Este capítulo é dedicado aos resultados da investigação empírica. Em particular, é caracterizada a saúde mental dos estudantes e são descritos os comportamentos de risco ligados ao álcool, em termos de padrões de consumo e de outros problemas associados, especificamente os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool. Por fim, é investigada a relação entre saúde mental e os comportamentos de risco ligados ao álcool nos estudantes universitários.

## 1. Saúde mental global e bem-estar

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos com o instrumento Medida de Saúde Comportamental-20 (MSC-20), em termos de níveis de saúde mental global e da sua relação com variáveis sociodemográficas e académicas.

Informa-se, antes de mais, que a consistência interna deste instrumento medida através do alfa de Cronbach foi, no presente estudo .88.

### 1.1. Níveis de saúde mental global

Em primeiro lugar, apresentam-se, na Tabela 12, as médias obtidas nas principais escalas do instrumento Medida de Saúde Comportamental-20 com a presente amostra.

Tabela 12 *Médias obtidas nas escalas do MSC-20*

Escala	Amostra total (n= 666)	
	M	DP
Saúde Mental Global	2.90	.48
Bem-Estar	2.25	.72
Funcionamento	2.77	.60
Sintomas	3.09	.49

Como se pode constatar, as médias oscilaram entre 2.25 e 3.09, sendo a média mais baixa relativa ao bem-estar e a mais elevada aos sintomas. Note-se que quanto mais elevados os resultados, melhor a saúde mental.

Com base nos pontos de corte indicados pelos autores do questionário (Kopta & Lowry, 2006), é possível estabelecer três níveis diferentes de saúde mental global: normal, em risco e disfuncional. Na Tabela 13 estão patentes os resultados na amostra total e em cada género separadamente. Como se pode observar, cerca de metade da amostra (51.5%) encontra-se no patamar normal, 16% em situação de risco e 32.4 num patamar considerado disfuncional. Ao analisar os géneros separadamente, verifica-se que as percentagens de mulheres nos níveis de risco e disfuncionais são mais elevadas do que nos homens.

Tabela 13 *Níveis de saúde mental global na amostra total e por género*

Nível	Amostra Total (N=666)		Homens (N=306)		Mulheres (N=360)	
	N	%	N	%	N	%
Normal	343	51.5	192	62.7	151	41.9
Em risco	107	16.1	43	14.1	64	17.8
Disfuncional	216	32.4	71	23.2	145	40.3
Total	666	100	306	100	360	100

## 1.2. Níveis de satisfação com a vida

No questionário MSC-20 há uma questão relativa à satisfação com a vida, que se decidiu destacar. As respostas variavam entre “nada satisfeito”, que correspondia ao valor 0, e “muito satisfeito” que correspondia ao valor 4. A média das respostas foi 2.59, pelo que é possível afirmar que, em média, os estudantes se sentem satisfeitos com a sua vida. Observando as frequências de resposta na Figura 3, nota-se que 60% dos estudantes se sentem satisfeitos ou mesmo muito satisfeitos e que 30% se sentem moderadamente satisfeitos.

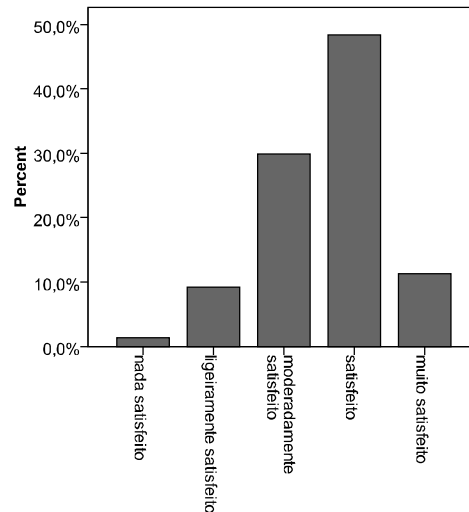


Figura 3. Frequências dos níveis de satisfação com a vida (em percentagem)

### 1.3. Relação com variáveis sociodemográficas e académicas

Neste ponto são analisadas as relações entre saúde mental global, bem-estar, funcionamento e sintomas e as seguintes variáveis sociodemográficas: género, idade, ano, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

#### 1.3.1. Género

No que concerne às diferenças de género nas médias obtidas em cada escala do MSC-20, verifica-se que, com excepção para o funcionamento, existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, sendo os homens aqueles que apresentam valores mais elevados, correspondentes a melhores níveis de saúde mental (Tabela 14).

Tabela 14 *Comparação da saúde mental por género – MSC-20*

Escala	Homens (n= 306)		Mulheres (n= 360)		Teste T
	M	DP	M	DP	
Saúde Mental Global	3.03	.44	2.79	.49	6.72***
Bem-Estar	2.44	.71	2.09	.70	6.47***
Funcionamento	2.79	.59	2.75	.61	.99 n.s.
Sintomas	3.25	.44	2.96	.50	7.60***

\*\*\* p< .001 n.s. não significativo

### 1.3.2. Idade

Para se compreender a relação entre idade e saúde mental, realizaram-se correlações de todas as escalas do MSC-20 com a idade. Uma vez que a distribuição da idade se afasta muito da curva normal, apresentando valores de curtose e assimetria muito superiores à unidade, optou-se pela correlação de Spearman, em vez da de Pearson. A única correlação significativa foi obtida entre bem-estar e idade. O valor de  $r = -.10$  ( $p < .01$ ) revela que a correlação é negativa mas muito fraca, ou seja, à medida que a idade aumenta há uma ligeira tendência para o bem-estar diminuir.

### 1.3.3. Ano frequentado

Para comparar as variáveis de saúde mental por ano frequentado, procedeu-se a uma *One Way ANOVA*, não sem antes aplicar o teste Levene, naturalmente. Este teste revelou que o pressuposto de homogeneidade das variâncias foi cumprido em todas as variáveis.

Na ANOVA, os valores de  $p$  indicam efeitos estatisticamente significativos na saúde global, no bem-estar e sintomas (Tabela 15). O teste *post hoc* de Bonferroni revelou que os alunos do 3º ano parecem ter níveis inferiores de saúde mental global e mais sintomas que os do 2º ( $p < .05$ ), assim como níveis inferiores de bem-estar do que os alunos do 2º ( $p < .01$ ) e do 1º ano ( $p < .01$ ).

Tabela 15 *Comparação da saúde mental por ano frequentado*

Escala	1º ano (n= 257)		2º ano (n= 258)		3º ano (n= 151)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde Mental Global	2.92	.47	2.94	.47	2.81	.52	3.39 <sup>*</sup>
Bem-Estar	2.30	.70	2.31	.74	2.07	.70	6.51 <sup>**</sup>
Funcionamento	2.83	.59	2.73	.58	2.72	.63	2.60 <sup>n.s.</sup>
Sintomas	3.08	.48	3.15	.46	3.01	.56	3.49 <sup>*</sup>

<sup>\*</sup>  $p < .05$  <sup>\*\*</sup>  $p < .01$  <sup>n.s.</sup> não significativo

### 1.3.4. Área de curso

No caso das áreas de curso frequentadas, não se reuniram todas as condições de aplicação da ANOVA paramétrica (as variâncias não são homogêneas e o quociente entre o  $n$  do grupo maior e do menor ultrapassa 1.5), o que levou à opção pelo correspondente não-paramétrico da ANOVA, o teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados foram significativos para todas as variáveis ao nível de significância.01. Os resultados foram respectivamente  $\chi^2 = 38.22$ , g.l. =3,  $p= .000$  para a saúde mental global,  $\chi^2 = 56.37$ , g.l. =3,  $p= .000$  para o bem-estar,  $\chi^2 = 12.26$ , g.l. =3,  $p= .007$  para o funcionamento e  $\chi^2 = 36.67$ , g.l. =3,  $p= .000$  para os sintomas.

A Figura 4 mostra que os níveis de saúde mental global dos alunos de saúde parecem estar abaixo dos níveis dos colegas das restantes área de curso, pelo que se decidiu proceder a três testes U Mann Whitney para saber se as diferenças são estatisticamente significativas. Com a correcção de Bonferroni, o novo valor crítico será  $.05/3= .017$ , pelo que se rejeitará  $H_0$  sempre que o valor for inferior a esse valor.

Os resultados indicam que os alunos de Saúde (Mdn= 2.75) apresentam de facto níveis inferiores de saúde mental que os seus colegas da área de Engenharias (Mdn= 3.05) ( $U=13946.50$ ,  $p< .001$ ), de Ciência e Tecnologia (Mdn= 2.90) ( $U=5348.50$ ,  $p< .01$ ), e Ciências Sociais e Humanas (Mdn= 2.95) ( $U=9655.50$ ,  $p< .01$ ).

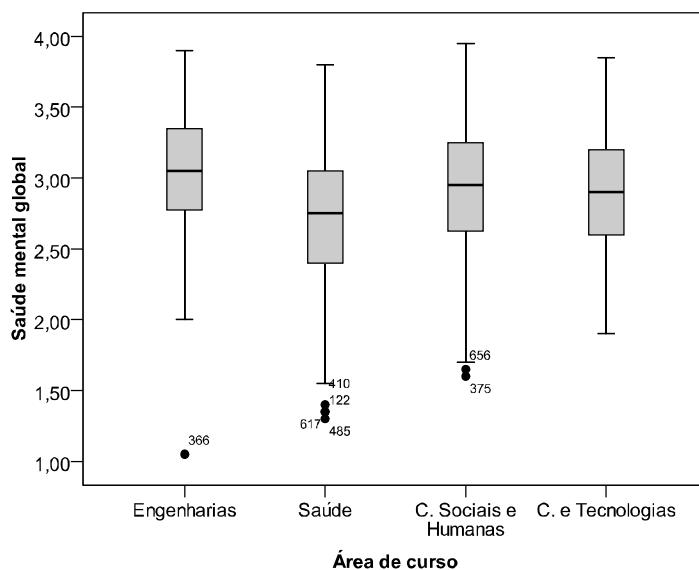


Figura 4. Saúde mental global por área de curso

Tal como aconteceu com a saúde mental global, a Figura 5 mostra que os alunos da área da Saúde (Mdn= 2.00) parecem ter níveis inferiores de bem-estar que os seus colegas da área de Engenharias (Mdn= 2.33) ( $U=12489.50$ ,  $p< .001$ ), de Ciência e Tecnologia (Mdn= 2.33) ( $U=5198.50$ ,  $p< .01$ ), e Ciências Sociais e Humanas (Mdn= 2.33) ( $U=8212.00$ ,  $p< .001$ ).

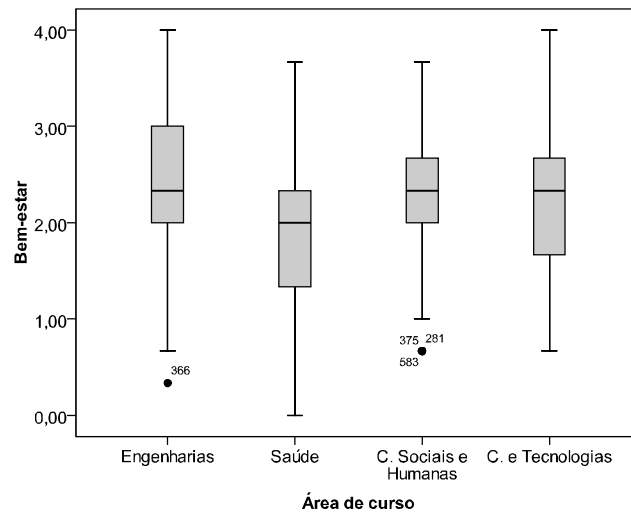


Figura 5. Bem-estar por área de curso

Com base na Figura 6 verifica-se que a mediana de Ciências Sociais e Humanas se destaca das demais ao nível do funcionamento. Logo, analisaram-se as diferenças entre esta área e as outras três através do teste U Mann Whitman com correcção de Bonferroni. Os resultados mostram que os alunos de Ciências Sociais e Humanas (Mdn= 3.00) apresentam níveis de funcionamento mais elevados do que os alunos da área da Saúde (Mdn= 2.75) ( $U=9621.00$ ,  $p < .01$ ).

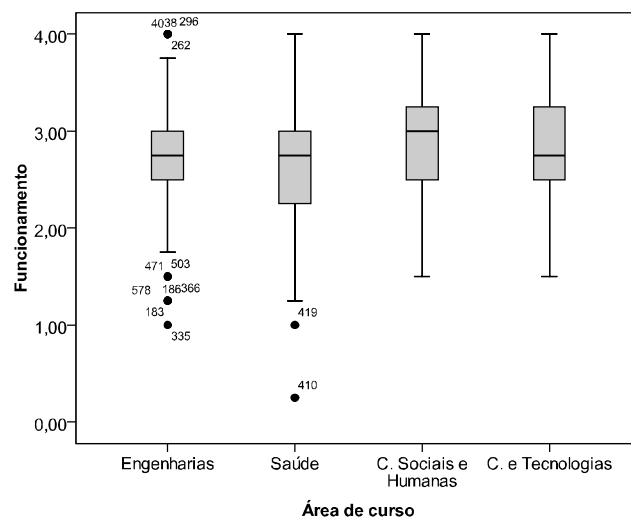


Figura 6. Funcionamento por área de curso

Uma vez que em relação aos sintomas, quanto mais baixos os valores, maior a sintomatologia, os alunos da área da Saúde (Mdn= 3.00) parecem apresentar mais sintomatologia do que os seus colegas da área de Engenharias (Mdn= 3.23) ( $U=14407.00$ ,  $p < .001$ ) e de Ciência e Tecnologia (Mdn= 3.15) ( $U=5407.50$ ,  $p < .01$ ) (Figura 7).

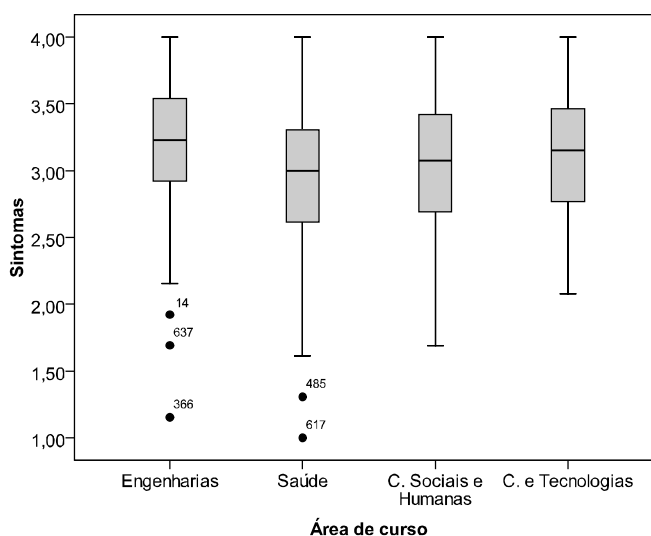


Figura 7. Sintomas por área de curso

### 1.3.5. Situação de residência

De acordo com a Tabela 16 é possível verificar que não existem diferenças entre deslocados e aqueles que permanecem na sua residência habitual em termos das escalas examinadas.

Tabela 16 *Comparação da saúde mental por situação de residência*

Escala	Deslocados (n= 392 )		Não deslocados (n= 270)		Teste T
	M	DP	M	DP	
Saúde Mental Global	2.91	.48	2.90	.49	.32 <sup>n.s.</sup>
Bem-Estar	2.26	.70	2.24	.756	-.32 <sup>n.s.</sup>
Funcionamento	2.76	.62	2.78	.57	-.37 <sup>n.s.</sup>
Sintomas	3.10	.49	3.09	.50	.29 <sup>n.s.</sup>

<sup>n.s.</sup> não significativo

### 1.3.6. Estatuto socioeconómico

Para averiguar o papel do estatuto socioeconómico na saúde mental, decidiu-se conduzir uma *One Way Anova*. Primeiro foi confirmada a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene, cujos valores de  $p$  foram superiores a  $.05$  para todas as variáveis. Como se pode observar na Tabela 17, o estatuto socioeconómico teve um efeito estatisticamente significativo tanto na saúde global, como no bem-estar, no funcionamento e nos sintomas. Por conseguinte, conduziram-se testes *Post hoc* de Bonferroni para assinalar quais as médias que diferiam entre si. De acordo com estes testes, os estudantes pertencentes a um estatuto socioeconómico baixo apresentam piores níveis de saúde mental global do que os do estatuto médio ( $p < .01$ ) e de estatuto elevado ( $p < .01$ ). No que concerne ao bem-estar e sintomas, os alunos de baixo estatuto socioeconómico têm também níveis mais baixos do que os de estatuto médio ( $p < .05$ ) e elevado ( $p < .01$ ). Quanto ao funcionamento, apenas houve diferenças entre o estatuto baixo e médio ( $p < .01$ ).

Tabela 17 *Comparação da saúde mental por estatuto socioeconómico (ANOVA)*

Escala	Estatuto						F
	Baixo (n= 164 )		Médio (n= 278)		Elevado (n= 197)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde Mental Global	2.78	.49	2.93	.47	2.95	.48	7.37**
Bem-Estar	2.08	.73	2.28	.72	2.35	.69	6.93**
Funcionamento	2.63	.59	2.83	.61	2.76	.60	6.28**
Sintomas	2.98	.52	3.11	.52	3.15	.48	5.58**

\*\*  $p < .01$

## 2. Depressão

A depressão foi analisada com recurso ao Inventário da Depressão em Estudantes Universitários (IDEU). Antes de mais, importa referir que, neste estudo, o valor do alfa de Cronbach para o IDEU foi de  $.94$ .

Apresentam-se, agora, os níveis de sintomatologia depressiva e a relação da depressão com variáveis sociodemográficas e académicas.



## 2.1. Níveis de depressão

São apresentadas, em primeiro lugar, as médias obtidas nas escalas do IDEU na amostra. Os resultados estão presentes na Tabela 18.

Tabela 18 *Médias obtidas nas escalas do IDEU*

Escala	Amostra total (n=666)	
	M	DP
Total	67.09	16.85
Cognitivo-emocional	26.29	8.29
Letargia	24.07	6.21
Motivação Académ.	16.73	4.83

As pontuações totais do IDEU podem variar entre 30 e 150, sendo que a média na amostra foi de 67.09. As pontuações nas várias escalas não são directamente comparáveis, pois dizem respeito ao somatório das pontuações dos itens que as compõem e cada escala tem número diferente de itens.

Para apurar os níveis de sintomatologia depressiva, recodificaram-se as pontuações totais dos sujeitos de acordo com as fórmulas indicadas pelos autores deste questionário (Khawaja & Bryden, 2006). Especificamente, recorreu-se às seguintes fórmulas:

- 1) nível normal = todos os valores menores que 1 desvio-padrão acima da média;
- 2) nível ligeiro de depressão = valores que se situem entre 1 desvio-padrão e 2 desvios-padrão (exclusive) acima da média;
- 3) nível moderado de depressão = valores que se situem entre 2 desvios-padrão e 3 desvios-padrão (exclusive) acima da média;
- 4) nível severo de depressão = valores que estejam 3 desvios-padrão ou mais acima da média.

A maioria dos sujeitos apresenta níveis normais de sintomas depressivos. Ainda assim, cerca de 3% apresentam níveis ligeiros e cerca de 4% níveis moderados ou severos. Ao comparar as percentagens nos dois géneros, é visível que há maior percentagem de homens com níveis normais e moderados de sintomatologia depressiva

do que de mulheres e que, por outro lado, há maior percentagem de mulheres com níveis ligeiros e severos de sintomas depressivos do que homens (Tabela 19).

Tabela 19 *Níveis de depressão na amostra total e por género (frequências)*

Nível	Amostra Total (N=666)		Homens (N=306)		Mulheres (N=360)	
	N	%	N	%	N	%
Normal	564	84.8	270	88.2	295	81.9
Ligeiro	77	11.4	24	7.8	52	14.4
Moderado	21	3.2	11	3.6	10	2.8
Severo	4	0.6	1	0.3	3	0.8
Total	666	100	306	100	360	100

## 2.2. Tipos de sintomas depressivos

O questionário IDEU considera três tipos de sintomas depressivos nos estudantes, que correspondem às três escalas: letargia, cognitivo-emocional e motivação académica. As pontuações de cada escala são dadas pelo somatório dos pontos dos itens que as compõem, mas cada escala é composta por um número diferente de itens, logo não é possível a sua comparação directa. Assim, para se perceber quais os sintomas depressivos mais manifestados pelos estudantes, calculou-se a média para cada escala, ou seja, dividiu-se o total obtido pelo número de itens que compõem cada uma delas. Os resultados são visíveis na Tabela 20.

Tabela 20 *Médias obtidas nas escalas do IDEU na amostra total e por género*

Escala	Amostra Total (N=666)		Homens (N=306)		Mulheres (N=360)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Cognitivo-emocional	1.88	.59	1.76	.57	1.98	.59
Letargia	2.67	.69	2.54	.68	2.79	.68
Motivação Académ.	2.39	.69	2.49	.70	2.30	.67

Como se pode constatar, os estudantes manifestam essencialmente sintomas de letargia, seguidos de falta de motivação académica e finalmente sintomas cognitivo-emocionais. Este padrão verificado na amostra geral mantém-se ao considerar os géneros separadamente.

### 2.3. Relação entre depressão e variáveis sociodemográficas e acadêmicas

De seguida, são analisadas as relações entre depressão e as seguintes variáveis sociodemográficas: género, idade, ano, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

#### 2.3.1. Género

No que diz respeito às diferenças de género nos sintomas depressivos, constata-se, na Tabela 21, que as mulheres apresentam valores mais elevados, quer na escala total, quer nos sintomas de natureza cognitivo-emocional e de letargia, enquanto os homens apresentam mais sintomas de motivação académica.

Tabela 21 *Comparação da depressão por género*

Escala	Homens (n= 306)		Mulheres (n= 360)		Teste T
	M	DP	M	DP	
IDEU total	64.97	16.60	68.89	16.87	-3.01**
Subescalas					
Cognitivo-emocional	24.67	8.03	27.67	8.27	-4.74***
Letargia	22.85	6.11	25.11	6.11	-4.76***
Motivação Académ.	17.46	4.90	16.11	4.68	3.61***

\*\*p< .01 \*\*\* p< .001

#### 2.3.2. Idade

Recorreu-se à correlação de Spearman para investigar a relação entre depressão e idade. O coeficiente obtido,  $r = .037$  ( $p > .05$ ), indica não haver uma relação entre ambas as variáveis.

#### 2.3.3. Ano frequentado

No que diz respeito aos anos, a ANOVA assinalou diferenças na pontuação IDEU total, bem como nas subescalas letargia e motivação académica. O teste *post hoc* de Bonferroni revelou que, nestas três medidas, os alunos do 3º ano estão mais deprimidos que os do 2º ano, sendo que, na escala da letargia, os valores dos alunos de 3º ano são também mais elevados do que os do 2º e 1º,  $p < .05$  (Tabela 22).

Tabela 22 *Comparação da depressão por ano frequentado*

Escala	1º ano (n= 257)		2º ano (n= 258)		3º ano (n= 151)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
IDEU total	66.46	16.77	65.95	15.70	70.25	18.58	3.51*
Subescalas							
Cognitivo-emocion.	26.71	8.45	25.39	7.75	27.12	8.81	2.61 <sup>n.s.</sup>
Letargia	23.70	6.20	23.67	5.88	25.39	6.63	4.47*
Motivação Académ.	15.98	4.60	16.89	4.71	17.71	5.20	6.67**

\* p< .05 \*\* p<.01 <sup>n.s.</sup> não significativo

### 2.3.4. Área de curso

Tal como a Tabela 23 indica, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre áreas de curso quer na escala total do IDEU, quer nas suas três subescalas. O teste *post hoc* de Bonferroni mostrou que na escala total, bem como nos sintomas de letargia, os alunos da área da Saúde destacaram-se pelas pontuações mais elevadas que as dos alunos de Engenharias e de Ciências Sociais e Humanas ( $p < .001$ ). Quanto aos sintomas cognitivo-emocionais, as Engenharias demarcaram-se da Saúde ( $p < .001$ ) e da Ciência e Tecnologia ( $p < .05$ ), ao apresentarem menor sintomatologia. Já no que concerne à motivação académica, os alunos de Ciências Sociais e Humanas pareceram ter menos sintomatologia do que os colegas das outras três áreas ( $p < .001$ ).

Tabela 23 *Comparação da depressão por curso frequentado*

Escala	Engenharia (n= 268)		Saúde (n= 161)		C. Sociais e Humanas (n=152)		C. e Tecnologias (n= 85)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
IDEU total	64.69	15.77	72.40	17.07	64.68	16.97	68.93	17.26	8.81***
Subescalas									
Cognitivo-emo.	24.62	7.62	28.24	8.52	26.6	8.63	27.33	8.34	7.34***
Letargia	22.76	5.76	26.64	6.00	23.38	5.83	24.55	7.16	14.82***
Motiv. Académ.	17.31	4.88	17.52	4.64	14.70	4.54	17.05	4.56	12.46***

\*\*\* p< .001

### 2.3.5. Situação de residência

As únicas diferenças encontradas em sintomas depressivos por situação de residência, foram na escala de motivação, na qual os deslocados apresentavam valores mais elevados, logo maior sintomatologia (Tabela 24).

Tabela 24 *Comparação da depressão por situação de residência*

Escala	Deslocados (n= 392 )		Não deslocados (n= 270)		Teste T
	M	DP	M	DP	
IDEU total	67.40	16.98	66.60	16.80	.56 <sup>n.s.</sup>
Subescalas					
Cognitivo-emocional	26.28	8.54	26.27	7.94	.01 <sup>n.s.</sup>
Letargia	23.99	6.16	24.13	6.32	-2.70 <sup>n.s.</sup>
Motivação Académ.	17.08	4.86	16.20	4.75	2.30 <sup>*</sup>

\* p< .05 <sup>n.s.</sup> não significativo

### 2.3.6. Estatuto socioeconómico

Houve diferenças quanto ao estatuto socioeconómico, na escala IDEU total, bem como nas subescalas cognitivo-emocional e letargia. (Tabela 25). O teste Bonferroni mostrou que, em todos esses casos, os estudantes com estatuto socioeconómico baixo se apresentaram mais deprimidos do que os de estatuto médio e elevado (p< .05).

Tabela 25 *Comparação da depressão por estatuto socioeconómico*

Escala	Baixo (n= 164 )		Médio (n= 278)		Elevado (n= 197)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
IDEU total	70.79	17.09	66.19	16.81	65.60	16.29	5.28 <sup>**</sup>
Subescalas							
Cognitivo-emocion.	28.00	8.75	26.03	8.19	25.35	7.872	4.95 <sup>**</sup>
Letargia	25.93	5.96	23.53	6.26	23.29	6.03	10.22 <sup>***</sup>
Motivação Académ.	16.87	4.80	16.55	4.69	16.95	4.89	.46 <sup>n.s.</sup>

\*\* p< .01 \*\*\* p< .001 <sup>n.s.</sup> não significativo

### 3. Stress

O stress foi avaliado através do Inventário de Stress para Estudantes Universitários (ISEU). Antes de mais, informa-se que este instrumento obteve um alfa de Cronbach de .90 no presente estudo.

Os resultados apresentados de seguida dizem respeito aos níveis e factores de stress e à associação entre stress e variáveis sociodemográficas e académicas.

#### 3.1. Níveis de Stress

Para categorizar os indivíduos segundo os seus níveis de stress, utilizaram-se as indicações fornecidas pelos autores do questionário para o efeito (Pereira e tal., 2004). Mais concretamente foram estabelecidos pontos de corte com base nas seguintes fórmulas:

- 1) stress baixo - todos os valores inferiores ou iguais a Média Global de Stress –  $(2/3 \times \text{Desvio-Padrão})$ ;
- 2) stress elevado - todos os valores iguais ou superiores a Média Global de Stress +  $(2/3 \times \text{Desvio-Padrão})$ ;
- 3) stress moderado - Todos os valores situados entre os pontos de corte de baixo e elevado stress.

Pode constatar-se na Tabela 26 que metade da amostra apresenta um nível moderado de stress e 26% apresentam um nível elevado. Ao analisar os géneros, nota-se que embora a percentagem de indivíduos com nível moderado de stress seja semelhante, a percentagem de stress elevado é superior nas mulheres (33.3%) do que nos homens (17.3%).

Tabela 26 *Níveis de stress na amostra total e por género*

Nível de Stress	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Baixo	160	24	103	33.7	57	15.8
Moderado	333	50	150	49	183	50.8
Elevado	173	26	53	17.3	120	33.3
Total	666	100	306	100	360	100

### 3.2. Factores de Stress

Uma vez que as quatro subescalas do questionário ISEU não são compostas pelo mesmo número de itens, não é possível comparar directamente as suas pontuações totais para saber quais os factores de stress que mais preocupam os estudantes. Para ultrapassar esta dificuldade, os autores do questionário sugeriram uma fórmula que permite transformar as pontuações totais, ou somatórios dos itens de cada escala, em percentagens (Pereira et al., 2004). A fórmula em questão é para cada subescala:

$$\frac{\text{somatório dos itens da escala} - \text{valor mínimo}}{\text{máximo} - \text{mínimo}} \times 100$$

Os resultados da aplicação dessa fórmula estão patentes na Tabela 27. Como se pode observar, os principais factores de stress nos estudantes são, por ordem decrescente: ansiedade aos exames, auto-estima e bem-estar, condições socioeconómicas e, por fim, a ansiedade social. Esta mesma ordem também está patente em cada género.

Tabela 27 *Factores de stress (%) na amostra total e por género*

Factor de stress	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	M	DP	M	DP	M	DP
Ansiedade exames	57.12	19.30	50.48	18.71	62.77	17.98
Auto-estima Bem-estar	46.30	20.32	42.73	19.67	49.34	20.39
Ansiedade Social	39.49	19.70	35.80	19.14	42.46	19.67
Condições Socioecon.	43.09	23.13	38.37	23.25	47.11	22.29

### 3.3. Relação com variáveis sociodemográficas e académicas

Seguidamente, são analisadas as relações entre stress e as variáveis sociodemográficas: género, idade, ano, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

#### 3.3.1. Género

Os testes T realizados para comparar os sintomas de ansiedade nos dois géneros indicaram que são as mulheres que apresentam valores significativamente mais elevados em todos os sintomas, ou seja, tanto na escala total como na ansiedade a exames, auto-estima e bem-estar, ansiedade social e nas condições socioeconómicas (Tabela 28).

Tabela 28 *Comparação dos factores de stress por género*

Escala	Homens (n= 306)		Mulheres (n= 360)		Teste T
	M	DP	M	DP	
ISEU total	65.59	15.18	74.02	15.17	-7.14***
Subescalas					
Ansiedade exames	24.15	5.99	28.09	5.76	-8.63***
Auto-estima bem-estar	21.67	6.30	23.79	6.53	-4.24***
Ansiedade Social	12.16	3.83	13.49	3.93	-4.41***
Condições Socioecon.	7.60	2.79	8.65	2.67	-4.94***

\*\*\*  $p < .001$

#### 3.3.2. Idade

Para compreender o papel da idade no stress, recorreu-se a uma correlação de Spearman entre aquelas duas variáveis. O valor obtido foi um  $r = -.07$  ( $p > .05$ ), que indica não haver correlação entre idade e stress.

#### 3.3.3. Ano frequentado

Ao comparar os níveis de stress consoante o ano frequentado, através de uma ANOVA constata-se que há diferenças significativas, quer na escala total de ISEU, quer em todas as subescalas excepto na ansiedade social (Tabela 29). O teste Bonferroni indica que, em todas aquelas escalas em que há diferenças, o 1º ano apresenta níveis mais elevados de stress do que o 2º ano ( $p < .001$ ).



Tabela 29 *Comparação de stress por ano frequentado*

Escala	1º ano (n= 257)		2º ano (n= 258)		3º ano (n= 151)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
ISEU total	72.96	14.21	67.59	16.57	69.74	16.06	7.72 <sup>***</sup>
Subescalas							
Ansiedade exames	27.15	5.52	25.49	6.65	26.00	6.25	4.75 <sup>**</sup>
Auto-estima bem-estar	23.94	6.09	21.85	6.60	22.56	6.75	6.91 <sup>**</sup>
Ansiedade Social	13.29	3.78	12.52	4.02	12.80	4.02	2.55 <sup>n.s.</sup>
Condições Socioec.	8.58	2.75	7.73	2.83	8.24	2.62	6.15 <sup>**</sup>

\*\* p< .01 \*\*\* p< .001 n.s. não significativo

### 3.3.4. Área de curso

Para comparar os níveis de stress consoante a área de curso, realizaram-se *One Way ANOVA*, depois de confirmadas as assunções de normalidade e homogeneidade de variâncias. Como se pode verificar na Tabela 30, houve diferenças significativas de stress entre as várias áreas de curso na escala total de ISEU e em todas as suas subescalas. Testes *post hoc* de Bonferroni mostram que, na escala total, na ansiedade a exames, e nas condições socioeconómicas, os estudantes de Engenharias apresentam níveis mais baixos de stress do que os estudantes de Ciências Sociais e Humanas ( $p < .001$ ) e de Saúde ( $p < .05$ ). Na escala de auto-estima e bem-estar, o teste de Bonferroni não assinalou nenhuma diferença como estatisticamente significativa. Apesar disso, a comparação entre Engenharias e Ciências Sociais e Humanas esteve muito próxima do valor crítico ( $p = .054$ ). Na escala de ansiedade social a única diferença encontrada foi entre Engenharias e Saúde ( $p < .05$ ), embora a diferença entre Engenharias e Ciências Sociais e Humanas tenha também estado próxima do limiar crítico ( $p = .057$ ).

Tabela 30 *Comparação de stress por curso frequentado*

Escala	Engenharia (n= 268)		Saúde (n= 161)		C. Sociais e Humanas (n=152)		Ciência e Tec. (n= 85)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
ISEU total	66.48	15.23	72.58	15.59	73.35	14.88	71.36	16.99	8.70 <sup>***</sup>
Subescalas									
Ansiedade exames	24.70	6.02	27.52	6.12	27.66	5.37	26.44	7.03	11.02 <sup>***</sup>
Auto-estima bem-estar	21.91	6.37	23.26	6.20	23.63	6.72	23.38	6.43	3.02 <sup>*</sup>
Ansiedade Social	12.24	3.81	13.40	4.04	13.28	3.75	13.19	4.26	4.03 <sup>**</sup>
Condições Socioe.	7.63	2.82	8.40	2.57	8.78	2.75	8.36	2.78	6.52 <sup>***</sup>

<sup>\*</sup>p< .05 <sup>\*\*</sup>p< .01 <sup>\*\*\*</sup>p<.001

### 3.3.5. Situação de residência

Foram realizados testes T para amostras independentes para comparar o stress entre estudantes deslocados e aqueles que continuam a morar na sua residência habitual. Os resultados, patentes na Tabela 31, indicam não haver quaisquer diferenças, nem na escala total, nem em qualquer uma das subescalas.

Tabela 31 *Comparação de stress por situação de residência*

Escala	Deslocados (n= 392)		Não deslocados (n= 270)		Teste T
	M	DP	M	DP	
ISEU total	69.38	15.28	71.12	16.40	-1.40 <sup>n.s.</sup>
Subescalas					
Ansiedade exames	26.00	6.11	26.63	6.27	-1.29 <sup>n.s.</sup>
Auto-estima bem-estar	22.61	6.40	23.02	6.62	-.81 <sup>n.s.</sup>
Ansiedade Social	12.68	3.85	13.19	4.04	-1.66 <sup>n.s.</sup>
Condições Socioecon.	8.09	2.81	8.27	2.73	-.81 <sup>n.s.</sup>

<sup>n.s.</sup> não significativo

### 3.3.6. Estatuto socioeconómico

Procurou-se analisar o papel do estatuto socioeconómico no stress, recorrendo para isso a uma *One Way ANOVA*, pois a normalidade e a homogeneidade de variâncias foram assumidas. Como se pode comprovar na Tabela 32, a estatística F foi significativa na escala total e em todas as subescalas, menos na auto-estima e bem-estar, pelo que

se poderá concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os testes *Post hoc* de Bonferroni indicam que na escala total, na ansiedade a exames e na ansiedade social, os alunos de estatuto socioeconómico baixo apresentaram níveis de stress mais elevados do que os alunos de estatuto elevado ( $p < .05$ ). Na escala de condições socioeconómicas, há diferenças estatisticamente significativas, não apenas entre alunos de estatuto elevado e baixo, mas também entre estatuto elevado e médio ( $p < .05$ ).

Tabela 32 *Comparação de stress por estatuto socioeconómico*

Escala	Baixo (n= 164 )		Médio (n= 278)		Elevado (n= 197)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
ISEU total	72.80	16.03	70.18	15.19	67.94	15.66	4.37 <sup>*</sup>
Subescalas							
Ansiedade exames	27.27	6.26	26.18	6.07	25.49	6.10	3.82 <sup>*</sup>
Auto-estima bem-estar	23.13	6.64	23.00	6.33	22.51	6.59	.49 <sup>n.s.</sup>
Ansiedade Social	13.60	3.96	12.77	3.98	12.40	3.78	4.45 <sup>*</sup>
Condições Socioecon.	8.80	2.62	8.22	2.81	7.54	2.65	9.84 <sup>***</sup>

\*  $p < .05$  \*\*\*  $p < .001$  <sup>n.s.</sup> não significativo

Em suma, as principais conclusões a retirar da análise da relação entre saúde mental e variáveis sociodemográficas são:

- no que diz respeito ao género, as mulheres apresentam níveis inferiores de saúde mental, o que se traduz, não apenas nos valores mais baixos em índices gerais como a saúde mental global e o bem-estar, mas também nos valores mais elevados ao nível da sintomatologia, principalmente nos sintomas depressivos e ansiosos;
- a idade dos estudantes parece não influenciar a saúde mental. A única correlação significativa foi entre idade e saúde mental global, mas tendo em conta que o valor de  $r$  foi tão baixo, não há condições para afirmar que haja uma associação entre estas variáveis;
- os alunos do 3<sup>o</sup> ano parecem apresentar níveis inferiores de saúde mental global, bem-estar e mais sintomas depressivos, enquanto os alunos do 1<sup>o</sup> ano se distinguem pelos níveis mais elevados de stress;
- quanto à área de curso, as Engenharias destacam-se como a área que parece apresentar níveis mais elevados de saúde mental e menor sintomatologia e, por

outro lado, a Saúde como a área com níveis mais baixos de saúde mental e bem-estar e mais sintomatologia;

- a situação de residência, ou seja, o facto de os estudantes estarem ou não deslocados, parece não influenciar a sua saúde mental;

- o estatuto socioeconómico parece ter um papel relevante na saúde mental, sendo que quanto mais baixo o estatuto, pior a saúde mental, quer em termos de saúde mental global, bem-estar e funcionamento, quer em termos de aumento de sintomatologia depressiva e de stress.

Assim, os principais grupos de risco, em termos de saúde mental, parecem ser as mulheres, os alunos do 1º e 3º ano, os estudantes na área de saúde e de estatuto socioeconómico baixo.

#### **4. Saúde mental dos estudantes que frequentam serviços de apoio psicológico**

Dos 666 alunos que compõem a amostra deste estudo, 15, ou seja 2.3%, admitiram que estavam, no momento de recolha dos dados, a frequentar algum serviço de apoio psicológico.

##### **4.1. Caracterização sociodemográfica e académica destes estudantes**

Apresenta-se, na Tabela 33, a caracterização sociodemográfica e académica destes alunos, em termos de sexo, idade, ano, área de estudo, situação de residência e estatuto socioeconómico.

Tabela 33 *Caracterização sociodemográfica e acadêmica dos alunos que frequentam apoio psicológico*

	Total	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	13.3
Feminino	13	86.7
<b>Idade</b>		
18	1	6.7
19	2	13.3
20	5	33.3
21 ou mais	7	46.7
<b>Ano</b>		
1º	7	46.7
2º	5	33.3
3º	3	20.0
<b>Área de estudo</b>		
Engenharias	3	20.0
Ciências e Tecnologias	1	6.7
C. Sociais e Humanas	8	53.3
Saúde	3	20.0
<b>Situação de residência</b>		
Deslocado	8	53.3
Não deslocado	7	46.7
<b>Estatuto Socioeconômico</b>		
Baixo	5	33.3
Médio	5	33.3
Elevado	5	33.3

Os alunos que recorrem a apoio psicológico são essencialmente mulheres e têm, na sua maioria, 21 anos ou mais. Embora frequentem diferentes anos e áreas de estudo, a maior parte está no 1º ano e em cursos de Ciências Sociais e Humanas. Os alunos distribuem-se de forma equitativa pelos três estatutos socioeconômicos e pelos dois tipos de situação de residência, embora haja mais um aluno deslocado do que não deslocado.

## 4.2. Comparação dos níveis de saúde mental entre estudantes com e sem apoio psicológico

É importante compreender como é a saúde mental dos estudantes com apoio psicológico, nomeadamente em comparação com a dos alunos que não frequentam este tipo de serviços. No entanto, uma vez que o tamanho do grupo de alunos com apoio psicológico é reduzido e que as variáveis não seguem a distribuição normal neste grupo, optou-se por não se realizar o teste T. Ainda assim, apresentam-se, a título indicativo, as médias dos dois grupos, ou seja, com e sem apoio, obtidas nas escalas saúde mental global, bem-estar, funcionamento, sintomas, depressão e stress (Tabela 34).

Tabela 34 *Comparação dos níveis de saúde mental dos alunos com apoio psicológico com os dos alunos sem apoio*

Escala	Alunos com apoio psicológico (n=15)		Alunos sem apoio (n=649)	
	M	DP	M	DP
Saúde Mental Global (MSC-20)	2.34	.46	2.91	.48
Bem-Estar (MSC-20)	1.51	.64	2.27	.72
Funcionamento (MSC-20)	2.28	.71	2.78	.59
Sintomas (MSC-20)	2.55	.46	3.10	.49
Depressão (IDEU)	82.07	17.55	66.74	16.71
Stress (ISEU)	82.27	10.82	69.84	15.74

Como se pode observar, as médias das escalas da Medida de Saúde Comportamental-20 dos alunos com apoio são mais baixas do que as dos alunos sem apoio, o que sugere níveis inferiores de saúde mental. Por outro lado, as médias nos questionários de depressão e stress são superiores, o que sugere que estes alunos experienciam mais sintomas depressivos e stress.

### 4.3. Percentagem de alunos sinalizados pelos instrumentos como tendo níveis disfuncionais de saúde mental que estão a receber apoio psicológico

Os três instrumentos de saúde mental utilizados, ou seja, o MSC-20, o IDEU e o ISEU, permitem diferenciar vários níveis ou patamares de saúde mental. Tendo em conta o total de alunos que se encontram nos níveis considerados mais disfuncionais para cada variável (saúde mental global, bem-estar, funcionamento, sintomas, depressão e stress), procurou-se saber quantos alunos estavam efectivamente a receber apoio psicológico (Tabela 35).

Tabela 35 *Percentagem de alunos sinalizados com níveis disfuncionais de saúde mental que estão a receber apoio psicológico*

Total de alunos com:		Alunos com apoio psicológico	
		N	%
Níveis disfuncionais de saúde mental global (MSC-20)	216	14	6.5
Níveis disfuncionais de bem-estar (MSC-20)	180	11	6.1
Níveis disfuncionais de funcionamento (MSC-20)	156	9	5.8
Níveis disfuncionais de sintomas (MSC-20)	95	7	7.4
Depressão moderada ou severa (IDEU)	25	2	8
Elevado nível de stress (ISEU)	173	10	5.8

Como se pode verificar, a percentagem de alunos a receber apoio é muito baixa, variando entre 5.8% dos alunos com níveis disfuncionais de funcionamento e elevado nível de stress e 8% de alunos com depressão moderada ou severa. Ainda assim, merece destaque o facto de que, dos 15 alunos que frequentam apoio psicológico, todos, à excepção de um, foram sinalizados pela Medida de Saúde Comportamental-20 como tendo níveis disfuncionais de saúde mental global.

## 5. Relação entre as várias medidas de saúde mental

Uma vez que há no presente estudo várias medidas de saúde mental, entendeu-se que seria importante conhecer as relações entre elas. Deste modo, realizaram-se correlações Pearson entre as principais escalas produzidas pela Medida de Saúde Comportamental-20, ou seja, a saúde mental global, o bem-estar, o funcionamento e os

sintomas, o somatório do Inventário da Depressão em Estudantes Universitários e o somatório do Inventário do Stress em Estudantes Universitários. Os resultados são apresentados na Tabela 36.

Tabela 36 *Correlações entre as várias medidas de saúde mental*

	Saúde Mental G.	Bem-estar	Funcionam.	Sintomas	Depressão	Stress
Saúde Mental G.	1	.81**	.75**	.95**	-.78**	-.63**
Bem-estar		1	.57**	.67**	-.69**	-.55**
Funcionam.			1	.56**	-.57**	-.41**
Sintomas				1	-.73**	-.61**
Depressão					1	.59**
Stress						1

\*\* p< .01

As relações entre as várias medidas de saúde mental foram moderadas e fortes, tendo variado entre -.41 e .95, sendo todas significativas ao nível de  $p < .01$ . Uma vez que a escala Saúde Mental Global é composta pela soma das pontuações obtidas nas escalas Bem-estar, Funcionamento e Sintomas, é natural que as correlações entre elas tenham sido particularmente elevadas. Note-se que em todas estas escalas da Medida de Saúde Comportamental-20 valores mais elevados correspondem a melhores níveis de saúde mental, o que quer dizer que no caso da escala Sintomas, maiores valores correspondem a menos sintomas.

De notar que a depressão se relacionou negativamente com todas as medidas, excepto o stress. O mesmo aconteceu com o stress que se relacionou de forma negativa com todas as medidas menos a depressão. Assim, quanto maior o stress e quanto maior a depressão, menor a saúde mental global, o bem-estar, o funcionamento e mais elevados os sintomas.

## 6. Padrões de consumo de álcool

Este ponto diz respeito à caracterização dos padrões de consumo de álcool nos estudantes universitários, em particular no que concerne à frequência de consumo e existência de episódios de ingestão excessiva no último mês, tipos de bebidas mais



consumidas e padrões durante as festas acadêmicas. Estas variáveis são caracterizadas para a amostra total e de acordo com diversas variáveis sociodemográficas e acadêmicas.

## 6.1. Frequência do consumo de álcool

Esta variável foi medida através da seguinte questão: “Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?”.

### 6.1.1. Prevalência de consumo de álcool

Como se pode observar na Figura 8, cerca de um terço dos estudantes (29.4%) afirma que não consumiu qualquer bebida no último mês. Dos 70.6% que consumiram álcool, a maioria fê-lo 2 a 4 dias, nos últimos 30 dias.

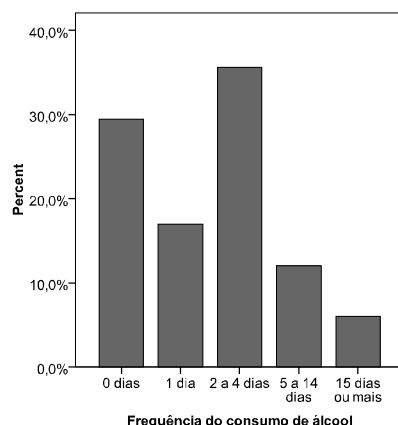


Figura 8. Frequência de consumo de álcool na amostra total

### 6.1.2. Relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas

Seguidamente, analisam-se as relações entre consumo de álcool e as variáveis sociodemográficas: género, idade, ano, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

### 6.1.2.1. Gênero

Ao observar os dois gêneros separadamente, verifica-se que a percentagem de mulheres que não consumiram nenhuma bebida alcoólica foi maior (39.2%) do que a percentagem de homens (18%). Entretanto, a percentagem de homens que consumiram álcool 5 a 14 dias no último mês (20.6%) e mesmo 15 dias ou mais (9.8%) foi superior à percentagem de mulheres com essas frequências de consumo - 4.7% e 2.8% respectivamente (Figura 9). Foi utilizado o teste do qui-quadrado para averiguar se a frequência do consumo de álcool estava dependente do gênero. Os resultados ( $\chi^2 (4) = 82.50$ ;  $p < .001$ ) indicam que sim, sendo a associação entre as duas variáveis moderada ( $V$  de Cramer = .35,  $p < .001$ ).

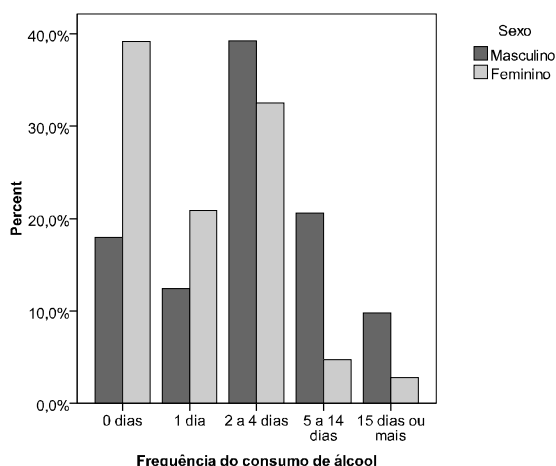


Figura 9. Frequência de consumo de álcool por gênero

### 6.1.2.2. Idade

Ao comparar o consumo de álcool por idade, nota-se que a categoria de resposta que teve maior percentagem em todas as idades foi 2 a 4 dias, seguida de 0 dias (Figura 10). O teste do qui-quadrado não foi significativo ( $\chi^2 (12) = 5.94$ ;  $p > .05$ ), pelo que se considera não haver associação entre frequência de consumo de álcool e idade.

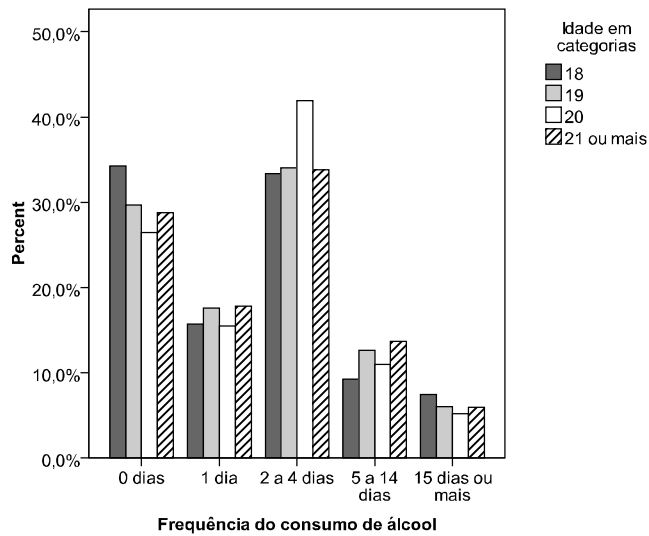


Figura 10. Frequência de consumo de álcool por idade

### 6.1.2.3. Ano frequentado

Observando a Figura 11 repara-se que em todos os anos a categoria de resposta que teve maior percentagem foi a de 2 a 4 dias. O teste do qui-quadrado ( $\chi^2(8) = 10.73$ ;  $p > .05$ ) indica que a frequência de consumo de álcool não está dependente do ano frequentado.

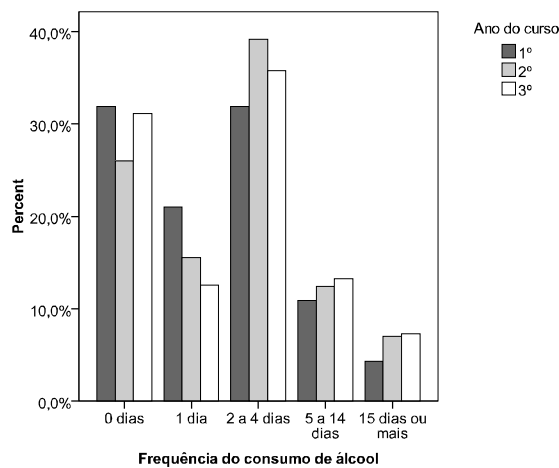


Figura 11. Frequência de consumo de álcool por ano frequentado

#### 6.1.2.4. Área de curso

Ao comparar as frequências de consumo de álcool por área de curso, nota-se alguma variabilidade. Com efeito, na Saúde e nas Ciências Sociais e Humanas, a categoria com maior frequência foi a de 0 dias, com 39.1% e 45.4% respectivamente. Nos cursos de Engenharias e Ciências e Tecnologias, a categoria com maior percentagem foi a de 2 a 4 dias (Figura 12). O teste do qui-quadrado ( $\chi^2(12) = 93.22$ ;  $p < .001$ ) vem confirmar a dependência da frequência do consumo de álcool face à área de estudo, dependência essa fraca todavia ( $V$  de Cramer = .22;  $p < .001$ ).

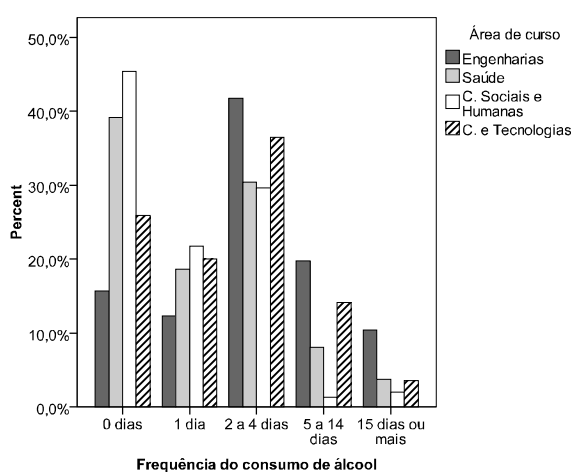


Figura 12. Frequência de consumo de álcool por área de curso

#### 6.1.2.5. Situação de residência

No que concerne à situação de residência, a Figura 13 mostra claramente algumas diferenças entre os grupos. Enquanto para os deslocados, a categoria com maior percentagem é a de 2 a 4 dias, para aqueles que se mantiveram na sua residência habitual a categoria com maior percentagem é a de 0 dias. Convém ainda referir que nas categorias que indicam maior frequência de consumo, de 5 a 14 dias e 15 ou mais dias, os deslocados apresentaram percentagens mais elevadas do que os não deslocados. O resultado do teste do qui-quadrado ( $\chi^2(4) = 29.43$ ;  $p < .001$ ) foi significativo, o que aponta para uma associação entre frequência de consumo e situação de residência. O teste  $V$  de Cramer ( $= .21$ ;  $p < .001$ ) acrescenta que a associação é fraca.

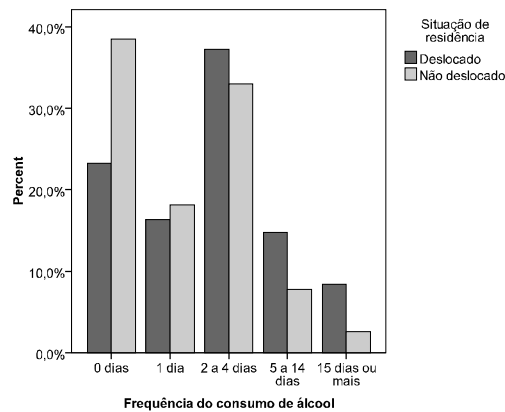


Figura 13. Frequência de consumo de álcool por situação de residência

#### 6.1.2.6. Estatuto socioeconómico

Na Figura 14 é visível que a categoria com maior percentagem para os alunos de estatuto socioeconómico baixo foi a de 0 dias, enquanto que para os alunos de estatuto médio e elevado, a categoria com maior percentagem foi a de 2 a 4 dias. Apesar destas diferenças, o resultado do teste qui-quadrado ( $\chi^2(8) = 12.29$ ;  $p > .05$ ) não foi significativo, pelo que não é possível concluir que a frequência de consumo de álcool esteja dependente do estatuto socioeconómico.

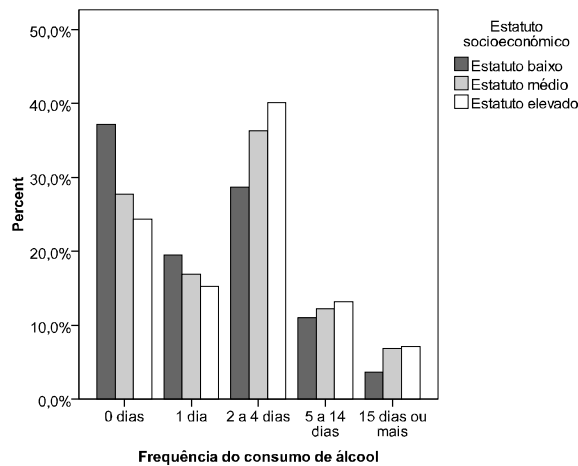


Figura 14. Frequência de consumo de álcool por estatuto socioeconómico

## 6.2. Ingestão excessiva de álcool

O *binge drinking* ou ingestão excessiva de álcool foi definido como o consumo de 5 (4 para as mulheres) ou mais bebidas numa única ocasião e num período limitado de tempo, neste caso, no último mês. Foi avaliado através da questão: “Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?” Havia cinco categorias de resposta (0, 1, 2-4 dias, 5-14 dias, 15 ou mais dias) que foram transformadas em apenas três categorias. Com efeito, com base nos critérios de Wechsler, Lee, Kuo e Lee (2000) consideraram-se *binge drinkers* frequentes aqueles alunos que tiveram cinco ou mais episódios de consumo excessivo no último mês, *binge drinkers* ocasionais aqueles que tiveram um a quatro episódios e não *binge drinkers* aqueles que não tiveram nenhum episódio no último mês.

### 6.2.1. Prevalência da ingestão excessiva de álcool

Mais de metade da amostra afirmou não ter tido qualquer episódio de ingestão excessiva no último mês (59.4%). A percentagem de mulheres nesta categoria (73%) foi superior à dos homens (43.5%). Na amostra total, a percentagem de *binge drinkers* frequentes (o que dá pelo menos uma vez por semana em média) foi de 6.6%. A percentagem sobe para 10.4% ao considerar apenas os homens e desce para 3.3% se forem analisadas apenas nas mulheres (Tabela 37).

Tabela 37 Tipo de consumidor de álcool na amostra total e por género

Tipo de consumidor	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Não <i>binge drinker</i>	395	59.4	133	43.5	262	73.0
<i>Binge drinker</i> ocasional	226	34	141	46.1	85	23.7
<i>Binge drinker</i> frequente	44	6.6	32	10.4	12	3.3
Total	665	100	306	100	359	100

### 6.2.2. Ingestão excessiva de álcool e variáveis sociodemográficas e académicas

A ingestão excessiva de álcool foi analisada de acordo com as variáveis género, idade, ano frequentado, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

### 6.2.2.1. Gênero

Recodificou-se a variável mais uma vez, desta feita de forma a torná-la dicotômica para distinguir somente aqueles que não tiveram nenhum episódio de ingestão excessiva daqueles que tiveram algum, no último mês. O teste qui-quadrado revelou que a ingestão excessiva está dependente do gênero ( $\chi^2 (1) = 58.89$ ;  $p < .001$ ), sendo a força da associação moderada ( $\Phi = -.30$ ,  $p < .001$ ). As frequências (percentagens) da ingestão excessiva de álcool por gênero estão visíveis na Figura 15.

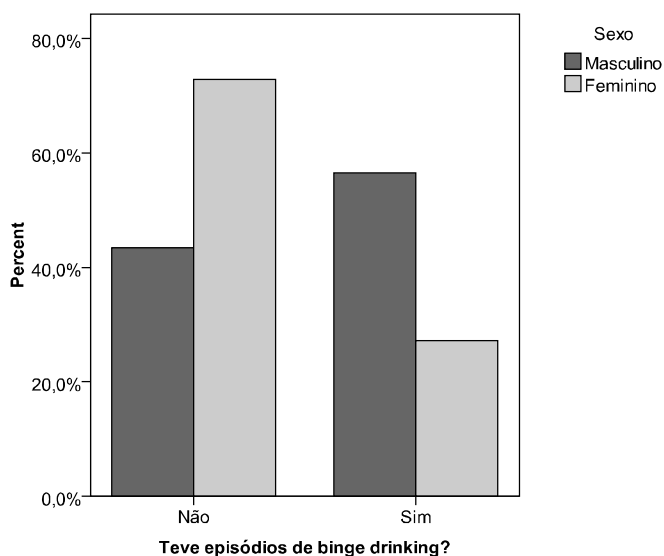


Figura 15. Frequências de episódios de ingestão excessiva por gênero

### 6.2.2.2. Idade

Embora pareça haver uma ligeira tendência para o consumo excessivo diminuir com o passar dos anos (Figura 16), o teste qui-quadrado revela que o consumo excessivo não depende da idade ( $\chi^2 (3) = 1.61$ ; n.s.).

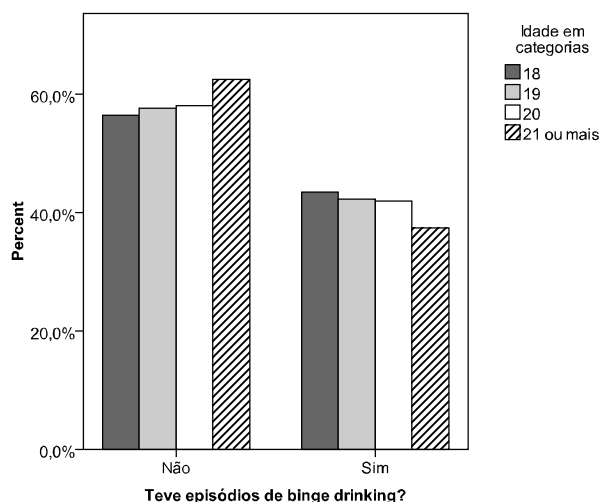


Figura 16. Frequências de episódios de ingestão excessiva por idade

### 6.2.2.3. Ano frequentado

Quanto ao ano frequentado, os alunos do 2º ano são aqueles que mais afirmam ter tido episódios de ingestão excessiva (46.5%). No primeiro e no terceiro ano, as percentagens estiveram abaixo dos 40% (37.4% e 36.4% respectivamente) (Figura 17). O teste do qui-quadrado foi utilizado para investigar a relação entre ingestão excessiva e ano frequentado. Ainda que o resultado não tenha sido significativo ( $\chi^2 (2) = 5.95$ ;  $p = .051$ ), esteve muito próximo do valor crítico.

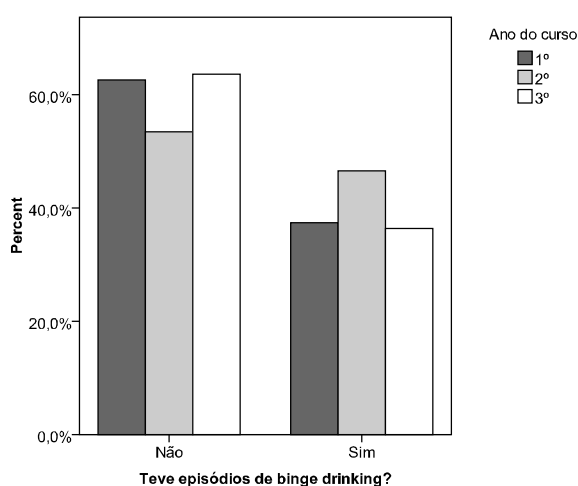


Figura 17. Frequências de episódios de ingestão excessiva por ano frequentado



#### 6.2.2.4. Área de curso

Ao analisar as áreas de curso na Figura 18, verifica-se que é nas Engenharias que existe maior percentagem de alunos com episódios de ingestão excessiva (60.8%). Todas as outras áreas tiveram percentagens de 30% ou menos para essa categoria. O teste qui-quadrado ( $\chi^2 (3) = 77.07$ ;  $p < .001$ ) revelou que a existência ou não de ingestão excessiva parece estar dependente do curso. O V de Cramer ( $= .34$ ;  $p < .001$ ) informa que a associação entre as duas variáveis é moderada.

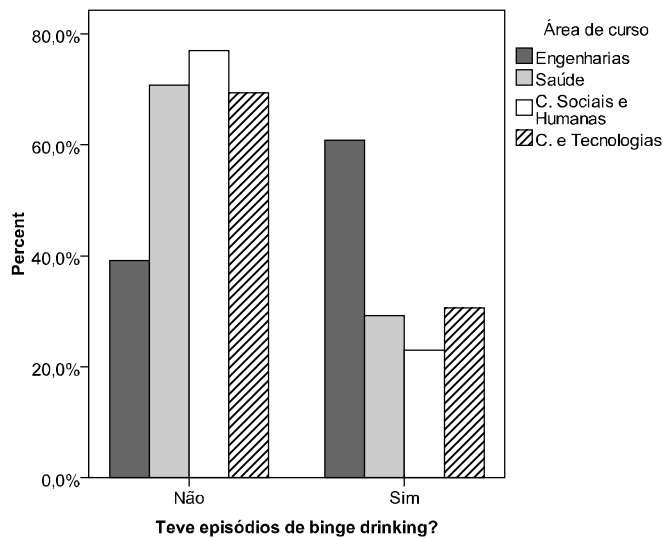


Figura 18. Frequências de episódios de ingestão excessiva por área de curso

#### 6.2.2.5. Situação de residência

Ao comparar a ingestão excessiva por situação de residência, constata-se que são os estudantes deslocados aqueles que mais tiveram episódios de ingestão excessiva (Figura 19). Na verdade, a percentagem é de 50% contra 27% dos não deslocados. O teste do qui-quadrado ( $\chi^2 (1) = 34.95$ ;  $p < .001$ ) vem confirmar a dependência da ingestão excessiva face à situação de residência, mas a estatística Phi ( $= -.23$ ;  $p < .001$ ) indica que a associação é fraca.

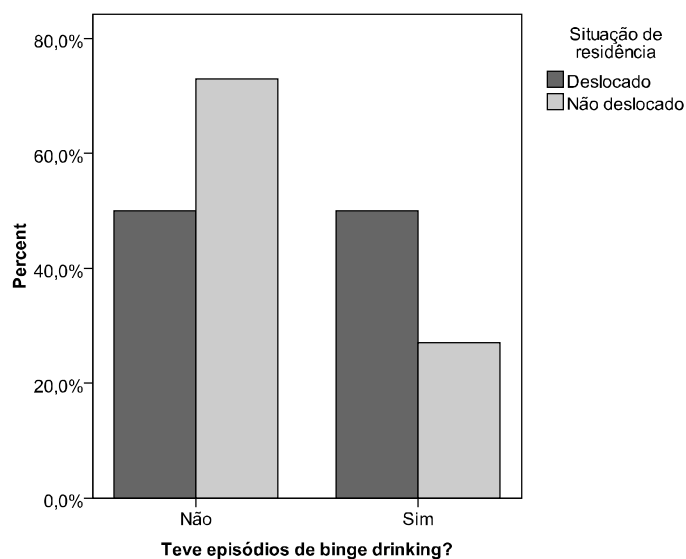


Figura 19. Frequências de episódios de ingestão excessiva por situação de residência

#### 6.2.2.6. Estatuto socioeconómico

Ao visualizar a Figura 20, percebe-se que a percentagem de alunos com episódios de ingestão excessiva no último mês parece aumentar à medida que aumenta o estatuto socioeconómico. As percentagens variaram entre 31,7% no estatuto baixo e 47,2% no estatuto elevado. O teste do qui-quadrado ( $\chi^2(2) = 9,22; p < .05$ ) vem confirmar a dependência da ingestão excessiva face ao estatuto socioeconómico, embora a estatística V de Cramer ( $= .12; p < .05$ ) alerte para o facto de a associação ser fraca.

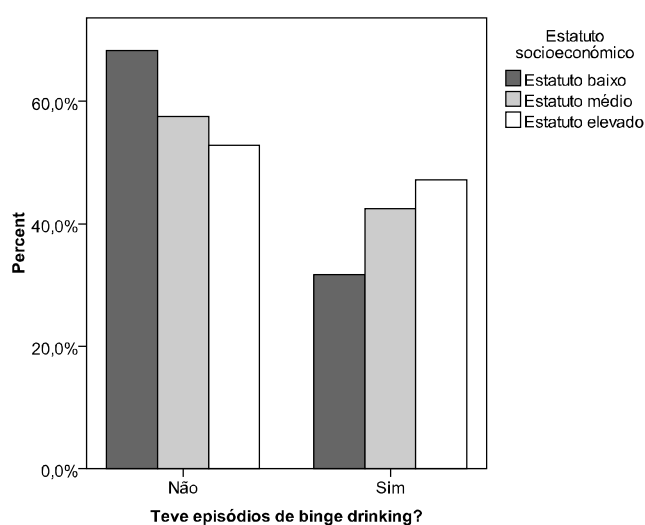


Figura 20. Frequências de episódios de ingestão excessiva por estatuto socioeconómico

### 6.3. Bebidas mais consumidas

Para averiguar as preferências dos estudantes universitários, colocou-se a questão “Que tipo de bebidas alcoólicas ingere com mais frequência?”. Esta questão teve dois propósitos: por um lado, avaliar, naturalmente, os tipos de bebidas mais consumidos, e, por outro lado, apurar a percentagem de abstémios, isto é, de aqueles indivíduos que não consomem, de todo, álcool. Embora a primeira questão relativa à frequência de consumo possua também uma categoria destinada aos que não consumiram álcool, reporta-se apenas aos 30 dias anteriores, ao passo que esta é uma questão geral.

Foram assim dadas 5 opções de resposta, sendo 1 delas para contemplar os abstémios e, as outras 4, as bebidas. Nas figuras que são apresentadas, de seguida, e que representam graficamente as distribuições de resposta a este item, tendo em conta diversas variáveis sociodemográficas, foi incluída a categoria de resposta destinada aos abstémios “não consome”, por se considerar que é importante conhecer a sua frequência. Todavia, quando se efectuaram as análises estatísticas para analisar a independência do tipo de bebidas mais ingeridas face a essas mesmas variáveis, excluíram-se os abstémios, considerando somente os indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas.

#### 6.3.1. Preferências

A Figura 21 mostra as bebidas mais ingeridas, na amostra total. Nela é possível observar que cerca de 25% (n=165) dos estudantes afirmaram não beber, ou seja, são abstémios. A percentagem foi de 14.4% nos indivíduos do sexo masculino e de 33.6% nos indivíduos do sexo feminino. Dos restantes, a bebida de eleição foi claramente a cerveja, seguida das bebidas destiladas e, por fim, vinho e *shots*.

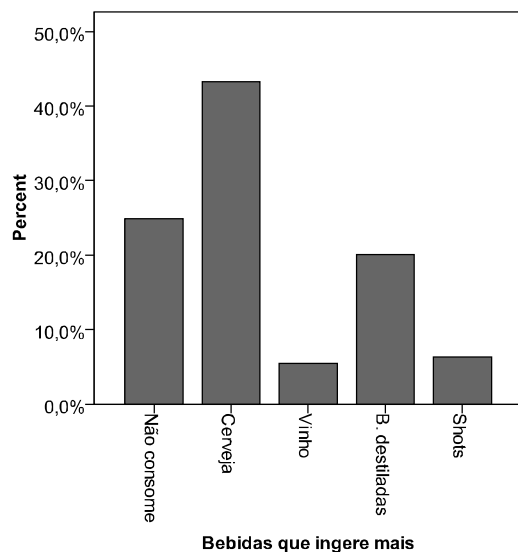


Figura 21. Tipo de bebidas mais ingeridas na amostra total

### 6.3.2. Bebidas mais consumidas e variáveis sociodemográficas e acadêmicas

De seguida, os tipos de bebidas mais ingeridas são comparados por grupos com base no género, idade, ano, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

#### 6.3.2.1. Género

No que diz respeito à comparação por géneros, a Figura 22 mostra que a bebida preferida dos homens parece ser indubitavelmente a cerveja, escolhida por mais de 60% dos sujeitos, seguida das bebidas destiladas, vinho e, por fim, *shots*. Nas mulheres, o tipo de bebida que aparece em primeiro lugar são as bebidas destiladas, quase a par com a cerveja, que vem em segundo. Em terceiro lugar estão os *shots* e, em último, o vinho. Para perceber se há uma relação entre género e escolha da bebida, realizou-se um teste qui-quadrado, excluindo os abstémios. O teste revelou que a escolha das bebidas está dependente do género ( $\chi^2 (3) = 292.07$ ;  $p < .001$ ) e o V de Cramer de .43 ( $p < .001$ ) acrescentou que essa associação é moderada.

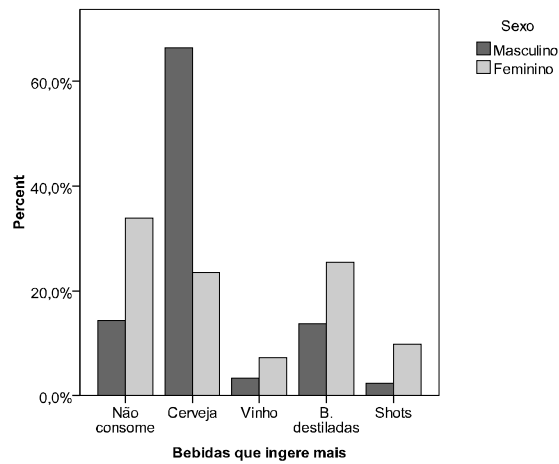


Figura 22. Tipo de bebidas mais ingeridas por género

### 6.3.2.2. Idade

A Figura 23 ilustra as frequências das bebidas mais ingeridas por idade, na qual se pode constatar que as percentagens não variam muito de idade para idade. O teste qui-quadrado ( $\chi^2 (9) = 7.44; p > .05$ ), não sendo significativo, veio reforçar a hipótese de que o tipo de bebidas mais ingeridas é independente da idade.

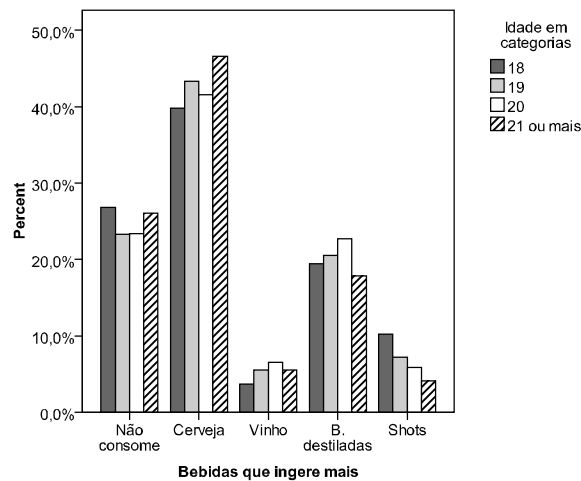


Figura 23. Tipo de bebidas mais ingeridas por idade

### 6.3.2.3. Ano frequentado

Ao analisar as bebidas mais ingeridas por ano frequentado, nota-se que os alunos do 2º e 3º ano preferem claramente a cerveja, enquanto os do 1º, embora coloquem a cerveja em 1º lugar, consomem também muitas bebidas destiladas (cerca de 30%) (Figura 24). O teste qui-quadrado ( $\chi^2(6) = 27.18$ ;  $p < .001$ ) indica que há uma associação entre bebida mais consumida e ano frequentado, cuja força é fraca ( $V$  de Cramer =  $.17$ ;  $p < .001$ ).

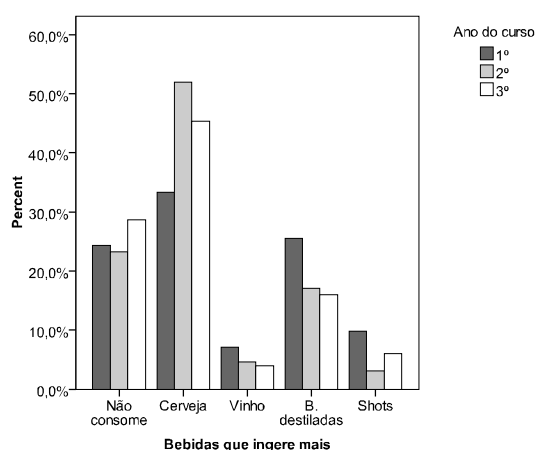


Figura 24. Tipo de bebidas mais ingeridas por ano frequentado

### 6.3.2.4. Área de curso

Na distribuição do tipo de bebidas mais ingeridas por área de curso (Figura 25), é de salientar a baixa percentagem de abstémios entre os estudantes de Engenharias, bem como a elevada percentagem de alunos desta área que escolhe a cerveja como bebida mais ingerida, quando comparada com as outras áreas. O teste qui-quadrado ( $\chi^2(9) = 75.44$ ;  $p < .001$ ) permite afirmar que a bebida mais ingerida depende da área de curso. O teste  $V$  de Cramer indica que a força de associação entre as variáveis é, ainda assim, fraca ( $V$  de Cramer =  $.23$ ;  $p < .001$ ).

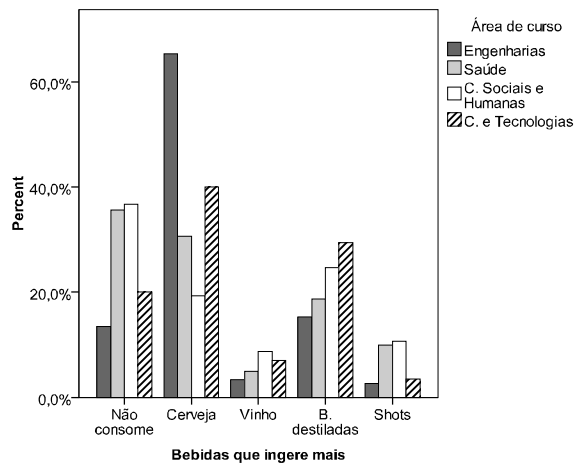


Figura 25. Tipo de bebidas mais ingeridas por área de curso

### 6.3.2.5. Situação de residência

Na Figura 26 estão patentes as frequências das bebidas mais ingeridas por situação de residência, onde é visível que a percentagem de abstêmios entre os deslocados é inferior do que entre os não deslocados. Nota-se também a clara preferência dos deslocados pela cerveja, enquanto naqueles que se mantiveram na sua residência habitual, as bebidas destiladas também têm alguma expressividade, alcançando mais de 25%. Segundo o teste qui-quadrado ( $\chi^2 (3) = 19.53; p < .001$ ), o tipo de bebidas mais ingeridas depende da situação de residência. O V de Cramer (= .20;  $p < .001$ ) acrescenta que a dependência é fraca.

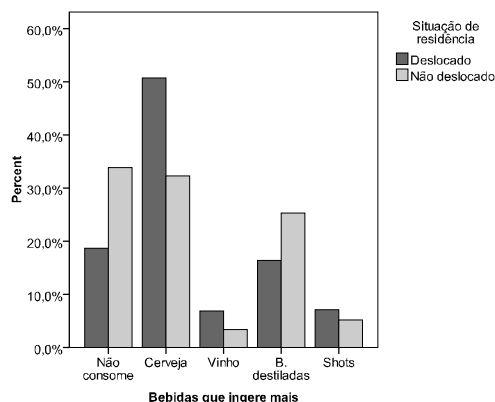


Figura 26. Tipo de bebidas mais ingeridas por situação de residência

### 6.3.2.6. Estatuto socioeconómico

A Figura 27 representa os tipos de bebidas mais ingeridas por estatuto socioeconómico. Ao observar as primeiras colunas, nota-se que é entre os alunos de estatuto baixo que há maior percentagem de indivíduos que não consomem álcool. Ao considerar apenas as bebidas, é visível que em todos os estatutos, a bebida preferida é claramente a cerveja. O teste do qui-quadrado ( $\chi^2(6) = 5.98; p > .05$ ) indica que o tipo de bebidas mais ingeridas é independente do estatuto socioeconómico.

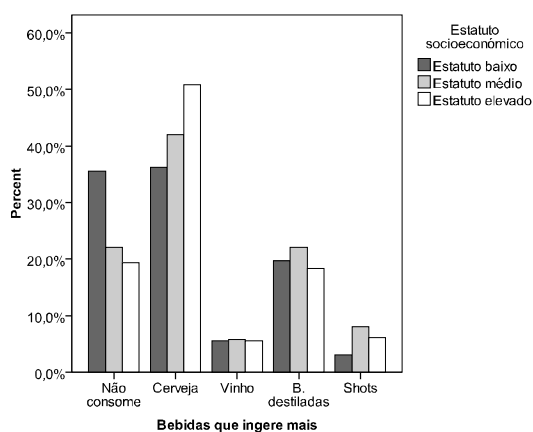


Figura 27. Tipo de bebidas preferidas por estatuto socioeconómico

## 6.4. Consumo de bebidas alcoólicas em festas académicas

Quanto às festas académicas havia o interesse em conhecer, quer a quantidade de bebidas ingeridas em média, quer o tipo de bebida preferida nessa ocasião.

### 6.4.1. Quantidade de bebidas ingeridas

Para averiguar a quantidade de álcool consumida, foi feita a seguinte questão: “Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas académicas?”. Como se pode observar na Figura 28, quase um terço dos estudantes declarou que não costuma ir a festas académicas, ou quando vai, não ingere qualquer bebida alcoólica. Entre aqueles que bebem, a quantidade que ingerem com mais frequência é 3 a 4 copos, seguida de 1 a 2 copos. Note-se que apesar disso, cerca de 15% dos estudantes admitem beber 5 a 8 copos e cerca de 10% mais de 8 copos.



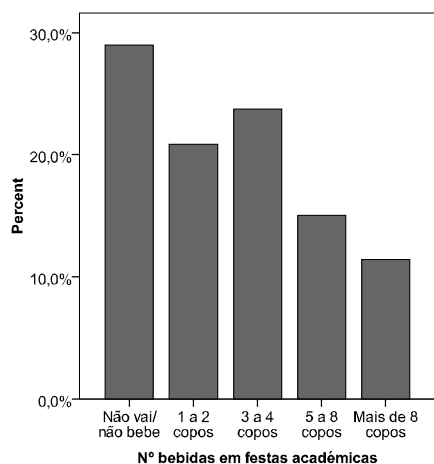


Figura 28. Quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas na amostra total

Considerando os comportamentos dos dois géneros nas festas académicas (Figura 29), constata-se que cerca de um terço das mulheres diz não ir ou não beber em festas académicas, contra menos de 20% dos homens. Quando bebem, as mulheres consomem normalmente 1 a 2 copos, ou 3 ou 4. Já no caso dos homens, a distribuição encontra-se mais equilibrada. Mais de 20% bebem 3 a 4, bem como 5 a 8 e mesmo mais de 8 copos. Apenas cerca de 12% diz beber 1 ou 2 copos.

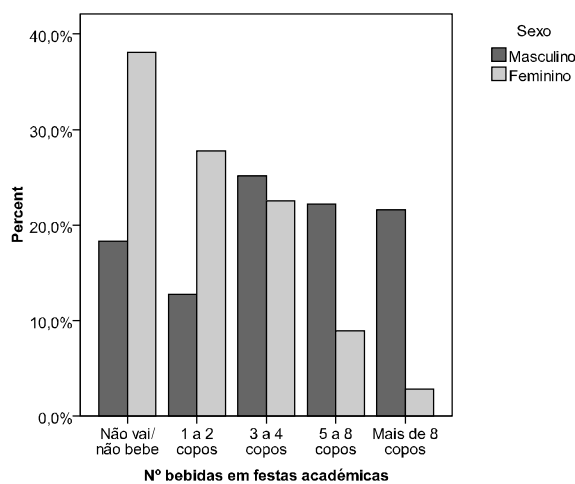


Figura 29. Quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas em cada género

### 6.4.2. Tipo de bebidas mais ingeridas em festas

Como é possível observar na Figura 30, a preferência dos estudantes quanto ao tipo de bebidas a consumir nas festas académicas é semelhante à sua preferência habitual, ou seja, em primeiro lugar a cerveja, em segundo lugar as bebidas destiladas, em terceiro os *shots* e em quarto lugar o vinho.

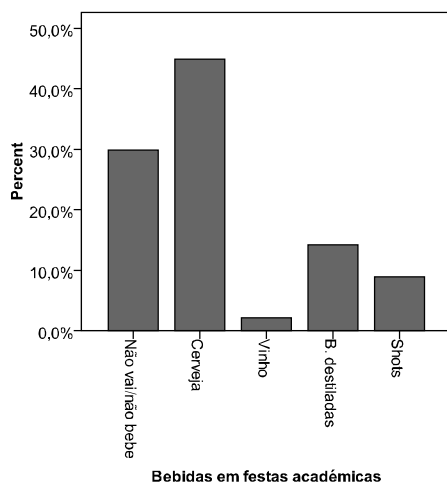


Figura 30. Bebidas mais ingeridas em festas académicas na amostra total

Se os dois géneros forem analisados separadamente, percebe-se que as bebidas escolhidas para consumir nas festas académicas são semelhantes às que escolhem no dia-a-dia, mas com ligeiras alterações na ordem de preferência. Nas festas, as mulheres preferem a cerveja às bebidas destiladas, continuam a escolher os *shots* em terceiro lugar e o vinho em quarto. Os homens fazem as mesmas escolhas que as mulheres nestas ocasiões, embora a percentagem de homens que escolhem a cerveja, seja claramente superior à percentagem de mulheres (Figura 31). O teste qui-quadrado vem revelar que a escolha da bebida nas festas académicas está dependente do género ( $\chi^2(3) = 49.69$ ;  $p < .001$ ), sendo essa associação moderada ( $V$  de Cramer =  $.327$ ;  $p < .001$ ).

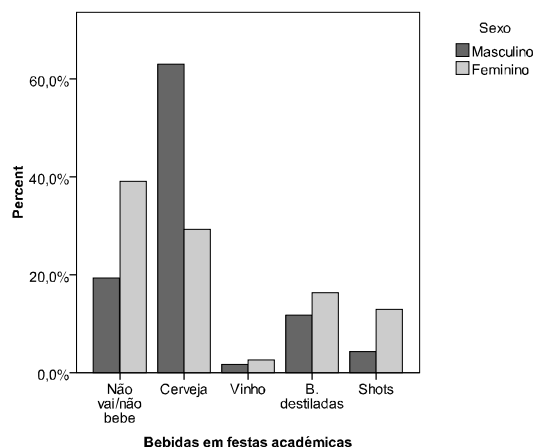


Figura 31. Bebidas mais ingeridas em festas acadêmicas por gênero

Sumariando os resultados que dizem respeito aos padrões de consumo de bebidas alcoólicas:

- cerca de três quartos dos estudantes consomem álcool e 40% tiveram episódios de ingestão excessiva;
- os homens distinguem-se pela maior frequência de consumo de álcool no último mês, traduzida em dias, bem como pela maior percentagem de episódios de ingestão excessiva do que as mulheres, tanto nas festas acadêmicas como fora delas;
- a idade parece não influenciar os padrões de consumo de álcool;
- não há diferenças entre os anos ao nível da frequência do consumo, mas o 2º ano apresenta maior percentagem de alunos que tiveram episódios de ingestão excessiva;
- os alunos de Ciências e Tecnologias e os de Engenharias apresentam maior frequência de consumo do que as outras duas áreas, mas as Engenharias são a área com mais ingestão excessiva;
- os deslocados caracterizam-se por uma frequência mais elevada de consumo e de ingestão excessiva em relação aos não deslocados;
- a frequência do consumo de álcool não depende do estatuto socioeconómico, mas a ingestão excessiva depende, sendo os alunos de estatuto mais elevado aqueles que mais têm estes episódios;

- a bebida de eleição dos estudantes é a cerveja, nas festas académicas ou fora delas;

- nas festas académicas, um quarto dos estudantes costuma ter episódios de ingestão excessiva de álcool.

Conclui-se, então, que cerca de 75% dos estudantes bebem álcool, cerca de 40% tiveram episódios de *binge drinking* no último mês. O género, a área de curso, a situação de residência e o estatuto socioeconómico parecem influenciar os padrões de consumo.

## **7. Problemas relacionados com o consumo de álcool**

De entre os vários problemas relacionados com o consumo de álcool, são abordados os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool.

### **7.1. Comportamentos sexuais de risco**

Uma das consequências negativas do consumo de álcool é a prática de comportamentos sexuais de risco. Antes de averiguar se os comportamentos são de risco é necessário saber se os indivíduos são sexualmente activos. Por conseguinte, foi colocada uma questão sobre o número de parceiros no último ano, que tinha 5 opções de resposta, desde 0 até mais do que 3. Para facilitar a utilização desta variável, esta foi recodificada em variável dicotómica, distinguindo naturalmente dois grupos: aqueles que não foram sexualmente activos e aqueles que foram, nos últimos 12 meses. Na Tabela 38 é visível que cerca de dois terços dos estudantes declararam ter sido sexualmente activo naquele período de tempo.

Tabela 38 *Frequências de actividade sexual no último ano (percentagens)*

Activo no último ano?	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Não	202	30.3	85	27.8	117	32.5
Sim	464	69.7	222	72.2	243	67.5
Total	666	100	306	100	360	100

### 7.1.1. Prevalência de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool

No sentido de avaliar a ocorrência de comportamentos sexuais decorrentes da utilização do álcool, colocou-se a questão: “Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?”. Havia mais uma vez 5 opções de resposta, desde 0 até mais do que 3 vezes. Tendo em conta que aqueles que não tiveram parceiro no último ano, iriam responder naturalmente 0, foram excluídos da análise desta questão, ficando com um total de 464 sujeitos.

Como se pode observar na Tabela 39, dos estudantes sexualmente activos no último ano, cerca de 13% afirmam ter tido relações sexuais depois de terem consumido álcool, que não teriam acontecido se não tivessem bebido. Essa percentagem foi superior entre os homens (20.4%) do que entre as mulheres (5.8%).

Tabela 39 *Frequências de relações sexuais decorrentes de consumo de álcool no último ano, na amostra total e por género*

Relações decorrentes de consumo de álcool?	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Não	405	87.3	176	79.6	229	94.2
Sim	59	12.7	45	20.4	14	5.8
Total	464	100	221	100	243	100

Seguidamente investigou-se até que ponto a prática de relações sexuais decorrentes do uso de álcool estava dependente da existência de episódios de ingestão excessiva. Para esse efeito, excluíram-se os alunos abstémios e criaram-se dois grupos entre os consumidores de álcool: os que não têm episódios de ingestão excessiva e os que têm. Na Figura 32 vêem-se as frequências de relações decorrentes do álcool nestes dois grupos.

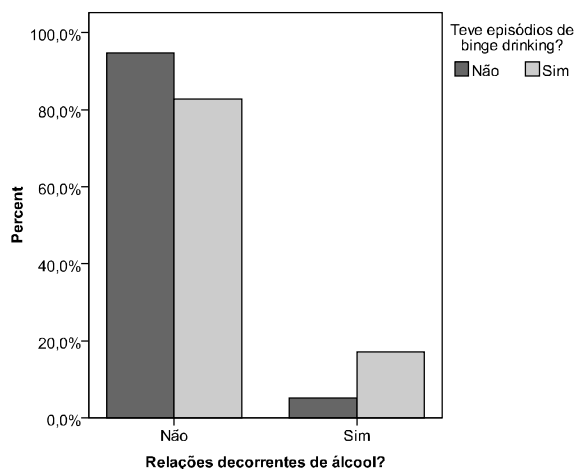


Figura 32. Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool no último ano, consoante a existência ou não de ingestão excessiva

Como se pode verificar, a percentagem de prática de relações sexuais decorrentes do álcool foi superior entre aqueles que tiveram episódios de *binge drinking* em relação àqueles que não os tiveram. Posto de outra forma, de todos os indivíduos que praticaram aquele comportamento, 79.3% tiveram episódios de ingestão excessiva e os restantes 20.7% não. O teste qui-quadrado ( $\chi^2 (1) = 17.17$ ;  $p < .001$ ) confirma que este comportamento de risco está dependente da existência de *binge drinking*. Ainda assim, a estatística Phi (.19;  $p < .001$ ) indica uma associação fraca.

### 7.1.2. Relações sexuais decorrentes do consumo de álcool e variáveis sociodemográficas e académicas

As relações sexuais decorrentes do consumo de álcool são estudadas de acordo com o género, idade, ano, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconómico.

#### 7.1.2.1. Género

Para investigar o papel do género nas relações sexuais decorrentes do consumo de álcool recorreu-se ao teste Qui-quadrado de independência. O resultado deste teste indicou que a existência de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool está dependente do género ( $\chi^2 (1) = 22.231$ ;  $p < .001$ ). Com efeito, daqueles que apresentaram este comportamento de risco no último ano, 76.3% eram homens e apenas 23.7%

mulheres. A força da associação entre as duas variáveis foi medida pela estatística Phi, cujo valor foi  $-.22$  ( $p < .001$ ), indicando uma associação fraca.

### 7.1.2.2. Idade

A Figura 33 mostra as porcentagens de indivíduos que tiveram, no último ano, relações sexuais decorrentes de álcool, por idade. As porcentagens variaram entre 8.1% (18 anos) e 14.6% (20 anos). Ainda assim, o teste qui-quadrado ( $\chi^2(3) = 1.79$ ; n.s.) sugere que a existência ou não deste comportamento não está dependente da idade.

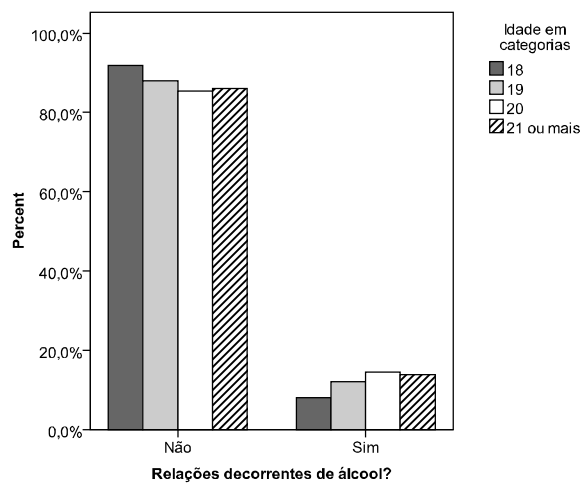


Figura 33. Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool por idade

### 7.1.2.3. Ano frequentado

No que concerne ao ano frequentado, foi o 2º ano que teve maior porcentagem de indivíduos que admitem a existência de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool (17,2%). O ano que teve menor porcentagem foi o 1º com 7,6% (Figura 34). O teste qui-quadrado indica que há uma associação entre as duas variáveis ( $\chi^2(2) = 7,42$ ;  $p < .05$ ), associação essa fraca ( $V$  de Cramer =  $.13$ ;  $p < .05$ ).

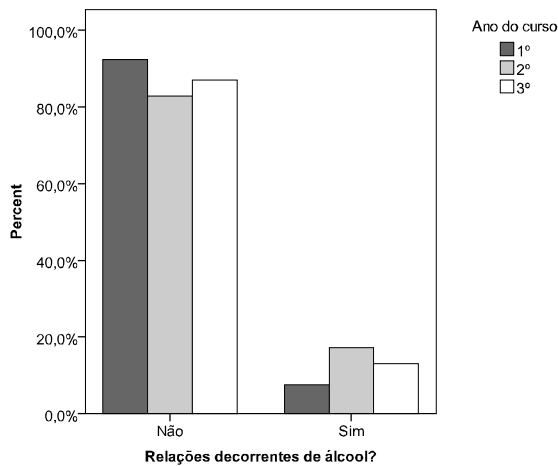


Figura 34. Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool por ano frequentado

#### 7.1.2.4. Área de curso

As Engenharias (20.4%) foram a área em que houve maior percentagem de alunos que tiveram relações sexuais decorrentes do consumo de álcool e as Ciências Sociais e Humanas as que tiveram menor percentagem (4%) (Figura 35). O teste qui-quadrado foi significativo ( $\chi^2 (3) = 19.48$ ;  $p < .001$ ), sugerindo uma associação entre variáveis, embora o valor do V de Cramer (= .21;  $p < .001$ ) indique que a força dessa associação é fraca.

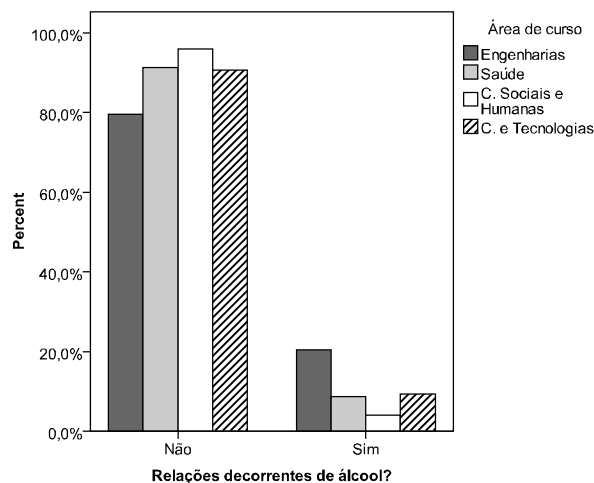


Figura 35. Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool por área de curso



### 7.1.2.5. Situação de residência

No que diz respeito à situação de residência, embora na Figura 36 seja visível uma maior percentagem de indivíduos com relações decorrentes do álcool entre deslocados do que não deslocados, o teste qui-quadrado não revelou nenhuma associação entre estas duas variáveis ( $\chi^2 (1) = .95$ ; n.s.).

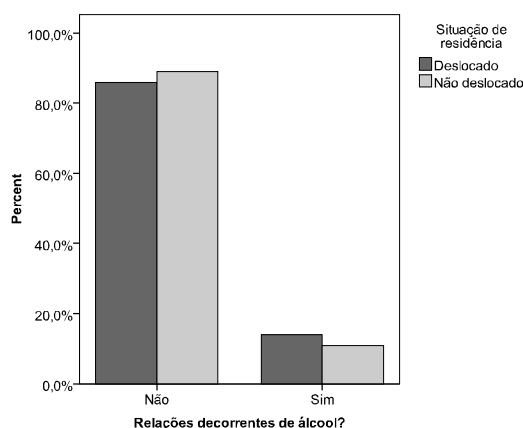


Figura 36. Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool consoante situação de residência

### 7.1.2.6. Estatuto socioeconómico

Embora na Figura 37 seja aparente que quanto maior o estatuto socioeconómico, maior a percentagem de alunos que tiveram relações decorrentes do consumo de álcool, o teste qui-quadrado ( $\chi^2 (2) = 5.70$ ;  $p = .058$ ) sugere que a prática deste comportamento de risco não está dependente do estatuto socioeconómico. Ainda assim, note-se que o valor de  $p$  está próximo do limiar crítico (.05).

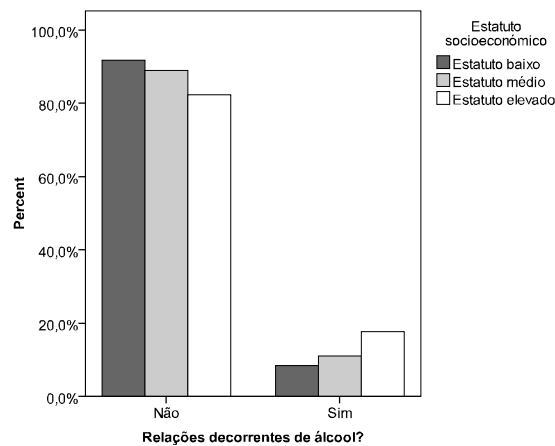


Figura 37. Frequências de relações sexuais decorrentes do consumo de álcool consoante estatuto socioeconómico

### 7.1.3. Utilização de preservativo

Continuando apenas com os sujeitos que se declararam sexualmente activos no último ano, pretendeu-se comparar a frequência da utilização do preservativo entre aqueles que não tiveram relações decorrentes do consumo de álcool e aqueles que tiveram. A questão colocada foi “Durante os últimos 12 meses, com que frequência você ou o(s) seu(s) parceiro(s) usaram preservativo durante a actividade sexual (vaginal, oral ou anal)?”. As opções de resposta eram: 1) não tive parceiro sexual; 2) nunca; 3) às vezes; 4) habitualmente; 5) sempre. Como seria de esperar, as respostas destes sujeitos variaram apenas entre 2 a 4.

A Figura 38 mostra que a percentagem de indivíduos que utilizou sempre preservativo foi maior no grupo que teve relações sexuais decorrentes do consumo de álcool. Ainda assim, o teste Qui-quadrado revelou que a utilização do preservativo não está dependente da prática ou não de relações decorrentes do consumo de álcool ( $\chi^2(3) = 6.17$ ; n.s.).

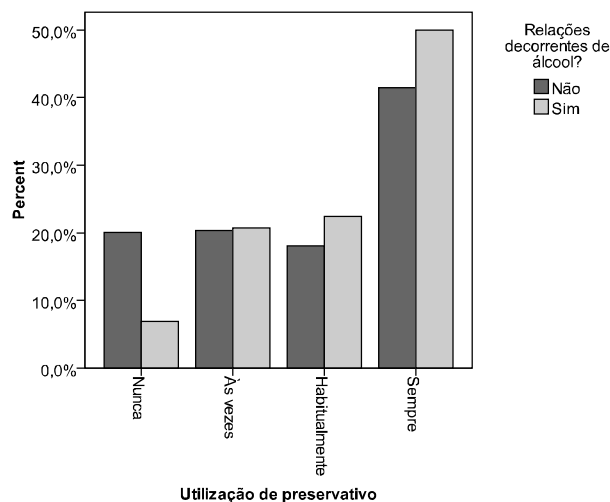


Figura 38. Comparação da frequência da utilização do preservativo entre aqueles que tiveram relações sexuais decorrentes do consumo de álcool e aqueles que não tiveram

## 7.2. Condução sob o efeito de álcool

Para além dos comportamentos sexuais de risco, outro problema relacionado com o consumo de álcool é a condução sob o seu efeito. Dado que há muitos estudantes universitários que ainda não conduzem, por não terem carta ou carro, foram colocadas duas questões acerca deste assunto. A primeira “Durante os últimos 30 dias, quantas vezes andou de carro ou outro veículo, conduzido por outra pessoa, que tivesse consumido álcool?” e a segunda “Durante os últimos 30 dias, quantas vezes conduziu um carro ou outro veículo, depois de ter consumido álcool?”. Nestas questões havia também cinco categorias de resposta, desde “0 vezes” até “6 ou mais vezes”, que foram recodificadas de forma a tornar a resposta dicotômica, que distingue os que não tiveram este comportamento de risco no último mês e aqueles que tiveram este comportamento uma ou mais vezes. Para facilitar a interpretação dos resultados, com base na conjugação das respostas às duas questões foi criada uma nova variável. Essa nova variável é também dicotômica, tendo como categorias: 1) aqueles que não tiveram nenhum comportamento de risco associado à condução sob efeito de álcool (nem como passageiros nem como condutores) e aqueles que tiveram (como passageiros e/ou condutores).

### 7.2.1. Prevalência

Nas Tabelas 40 e 41 apresentam-se, separadamente, as percentagens de indivíduos que conduziram, eles próprios, sob o efeito de álcool e de indivíduos que foram passageiros em veículos cujos condutores tinham consumido álcool.

Tabela 40 *Frequências de condução sob o efeito de álcool enquanto condutor*

Condução sob efeito de álcool - como condutor	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Não	578	86.8	236	77.1	342	95
Sim	88	13.2	70	22.9	18	5
Total	666	100	306	100	360	100

Tabela 41 *Frequências de condução sob o efeito de álcool enquanto passageiro*

Condução sob efeito de álcool - como passageiro	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Não	513	77	217	70.9	296	82.2
Sim	153	23	89	29.1	64	17.8
Total	666	100	306	100	360	100

É possível constatar que houve mais alunos que estiveram num veículo conduzido por outrem que tivesse consumido álcool (23%) do que alunos que tivessem, eles próprios, conduzido sob o efeito de álcool (13.2%).

Na Tabela 42 encontram-se as percentagens de indivíduos que tiveram o comportamento de condução sob o efeito de álcool, seja como condutor e/ou passageiro. Verificou-se que 29% dos alunos tiveram este comportamento, sendo a percentagem superior entre os homens (38.9%) do que entre as mulheres (20.6%).

Tabela 42 *Frequências de ter tido ou não comportamento de risco associado à condução sob o efeito de álcool no último mês (como passageiro e/ou condutor)*

Condução sob efeito de álcool	Amostra Total		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Não	473	71.0	187	61.1	286	79.4
Sim	193	29.0	119	38.9	74	20.6
Total	666	100	306	100	360	100

Investigaram-se ainda as prevalências da condução sob o efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) em dois grupos de alunos: aqueles que não tinham e aqueles que tinham episódios de ingestão excessiva. Para isso, excluíram-se desta análise os abstêmios. As frequências são apresentadas na Figura 39.

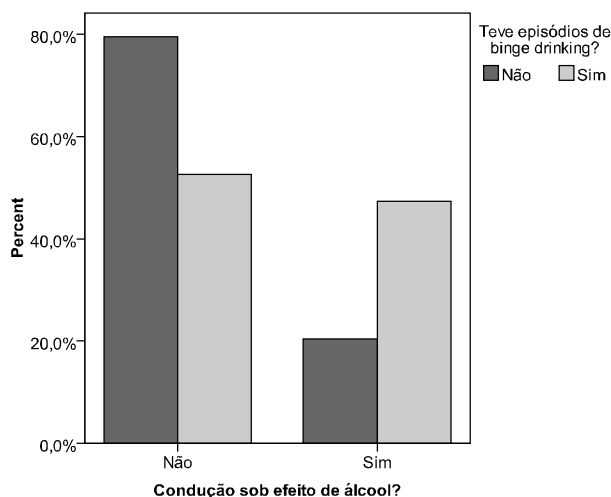


Figura 39. Frequências de condução sob o efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) em alunos com e sem episódios de ingestão excessiva

É possível observar que as porcentagens de alunos com condução sob o efeito de álcool são superiores entre os que tiveram episódios de ingestão excessiva do que entre os restantes consumidores de álcool. Visto de outro prisma, dos alunos que tiveram condução sob o efeito de álcool, 73% tiveram ingestão excessiva, enquanto os restantes 23% não tiveram. O teste qui-quadrado ( $\chi^2 (1) = 39.56; p < .001$ ) indica que a condução sob o efeito de álcool está dependente da existência de episódios de ingestão excessiva, mas a estatística Phi (.28;  $p < .001$ ) indica que essa associação é fraca.

### 7.2.2. Condução sob o efeito de álcool e variáveis sociodemográficas e acadêmicas

A existência deste comportamento de risco é, agora, analisada por gênero, idade, ano frequentado, área de curso, situação de residência e estatuto socioeconômico.

### 7.2.2.1. Género

Para perceber o papel do género neste comportamento de risco, foi realizado o teste de qui quadrado. Os resultados ( $\chi^2 (1) = 27.01$ ;  $p < .001$ ) indicam que de facto, este comportamento está dependente do género. Apesar disso, a medida Phi sugere que a associação entre as duas variáveis é fraca ( $\text{Phi} = -.20$ ;  $p < .001$ ).

### 7.2.2.2. Idade

Ao comparar as percentagens de condução sob efeito de álcool, nota-se que é aos 19 anos que essa percentagem é maior (31.9%) (Figura 40). Apesar disso, o teste qui-quadrado ( $\chi^2 (3) = 1.62$ ; n.s.) sugere não haver associação entre aquele comportamento de risco e a idade.

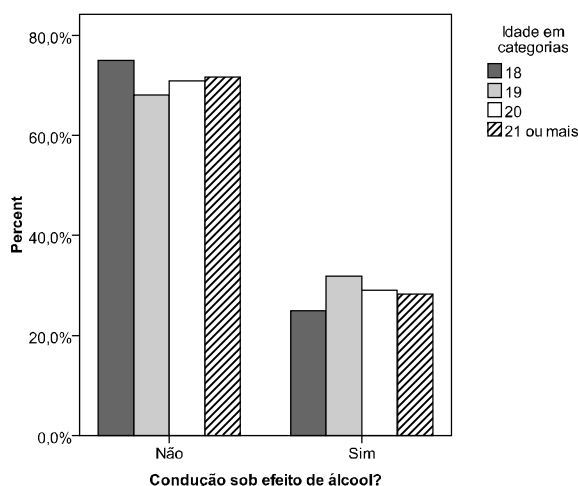


Figura 40. Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) por idade

### 7.2.2.3. Ano frequentado

Atendendo aos anos frequentados, é no 2º que se situa a maior percentagem de indivíduos com condução sob o efeito de álcool (Figura 41). Realizou-se o teste qui-quadrado para analisar a relação entre este comportamento de risco e ano frequentado. Embora o resultado do teste indique uma associação entre as duas variáveis ( $\chi^2 (2) = 6.51$ ;  $p < .05$ ), o valor de V de Cramer ( $= .10$ ;  $p < .05$ ) é tão baixo que a existência dessa associação é colocada em causa.

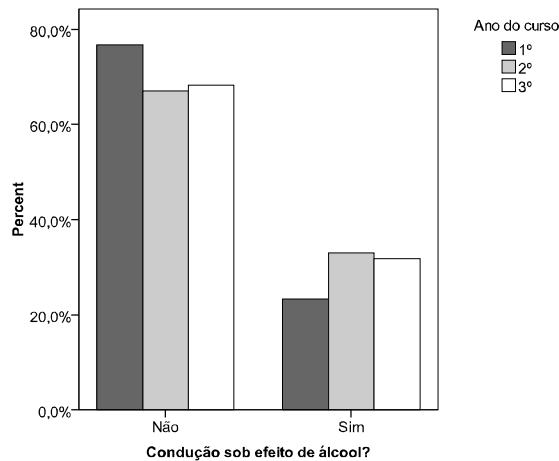


Figura 41. Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) por ano do curso

#### 7.2.2.4. Área de curso

No que diz respeito à área de curso, as Engenharias seguidas das Ciências e Tecnologias, são as áreas em que se registam maior frequência de condução sob o efeito de álcool, como se constata na Figura 42. Com efeito, este comportamento de risco parece estar dependente da área de curso ( $\chi^2 (3) = 25.76$ ;  $p < .001$ ), pese embora a associação ser fraca ( $V$  de Cramer = .20;  $p < .001$ ).

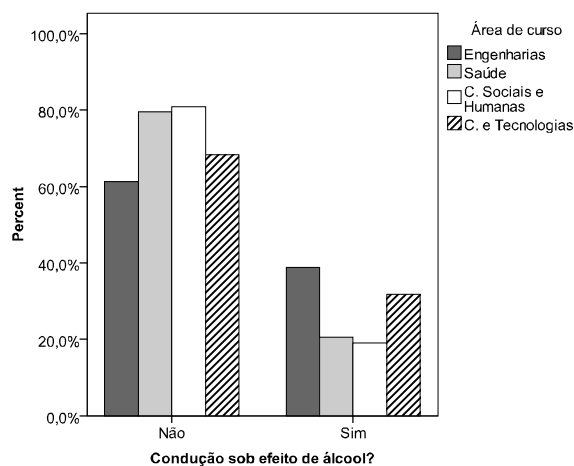


Figura 42. Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) por área de curso

### 7.2.2.5. Situação de residência

Ao atender à situação de residência, patente na Figura 43, constata-se que são os deslocados aqueles que apresentam maior frequência de condução sob o efeito de álcool. No entanto, o teste qui-quadrado não foi significativo ( $\chi^2 (1) = 2.86$ ; n.s.), pelo que não se pode afirmar que haja uma associação entre as duas variáveis.

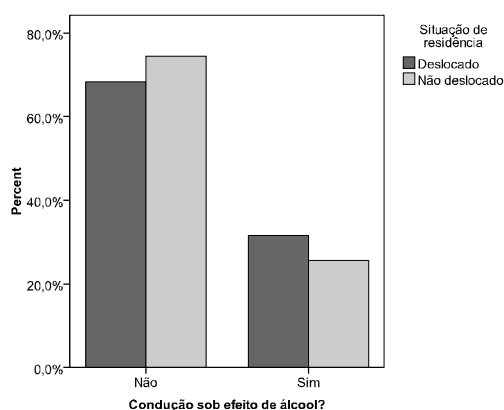


Figura 43. Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) consoante situação de residência

### 7.2.2.6. Estatuto socioeconómico

Embora a Figura 44 indique que quanto mais elevado o estatuto socioeconómico, maior a percentagem de indivíduos que praticaram condução sob o efeito de álcool, o teste qui-quadrado não foi significativo ( $\chi^2 (2) = 2.03$ ;  $p > .05$ ), sugerindo assim não haver uma associação entre as duas variáveis.



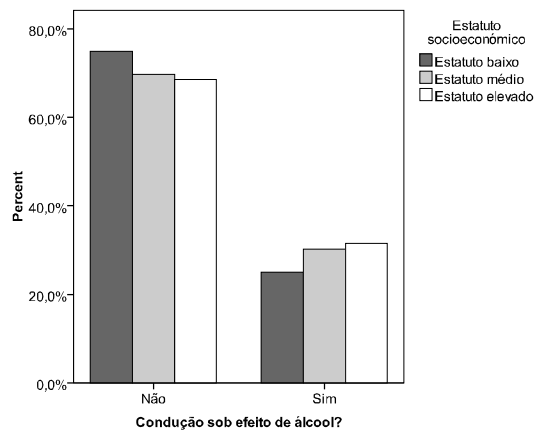


Figura 44. Frequências da condução sob efeito de álcool (como condutor e/ou passageiro) consoante estatuto socioeconómico.

No que diz respeito aos problemas associados ao consumo de álcool, é de salientar que:

- os homens envolvem-se mais em comportamentos de risco associados ao consumo de álcool, quer seja ao nível das relações sexuais decorrentes do consumo de álcool, quer ao nível da condução sob o efeito de álcool;
- os alunos do 2º ano apresentam maior percentagem de comportamento sexual de risco e de condução sob o efeito de álcool;
- as Engenharias são a área de curso com maior frequência em ambos os problemas associados ao álcool;
- a ocorrência destes comportamentos associados ao consumo de álcool parece ser independente da idade, situação de residência e estatuto socioeconómico.

Deste modo, os grupos de risco para estes problemas ligados ao álcool parecem ser os homens, os alunos do 2º ano e de Engenharias.

## 8. Relação entre consumo de álcool e saúde mental

Para analisar a relação entre consumo de álcool e saúde mental, recorreu-se à correlação de Spearman. As escalas saúde mental global, bem-estar, funcionamento e sintomas foram retiradas da Medida de Saúde Comportamental-20, enquanto a depressão foi retirada do Inventário da Depressão em Estudantes Universitários e o stress, do Inventário do Stress em Estudantes Universitários.

### 8.1. Frequência de consumo de álcool e saúde mental

Os resultados da correlação entre frequência do consumo de álcool no último mês e saúde mental são expostos na Tabela 43.

Tabela 43 *Correlações entre frequência de consumo de álcool e saúde mental*

	Frequência de consumo de álcool
Saúde mental global	.14**
Bem-estar	.17**
Funcionamento	.05 <sup>n.s.</sup>
Sintomas	.13 <sup>**</sup>
Depressão	-.05 <sup>n.s.</sup>
Stress	-.23 <sup>**</sup>

\*\* $p < .01$  <sup>n.s.</sup> não significativo

Como se pode verificar, as relações da frequência de consumo de álcool com o funcionamento e depressão não são significativas. No caso das outras variáveis, embora sejam significativas são muito fracas. Nos casos da saúde mental global, do bem-estar e sintomas essa relação é positiva. Tendo em conta que na Medida de Saúde Comportamental-20 quanto mais elevados forem os valores, melhor a saúde mental, então, quanto maior a frequência do consumo de álcool, há uma ligeira tendência para o aumento da saúde mental global, bem-estar e menos sintomas. No caso do stress, uma vez que valores mais elevados indicam maior stress e a correlação foi negativa, pode concluir-se que quando o consumo é maior, há uma ligeira tendência para os níveis de stress serem menores.

## 8.2. Consumo esporádico excessivo e saúde mental

Na Tabela 44 estão patentes os resultados das correlações entre frequência de consumo esporádico excessivo de álcool no último mês e saúde mental.

Tabela 44 *Correlações entre frequência de consumo esporádico excessivo e saúde mental*

	Frequência de <i>binge drinking</i>
Saúde mental global	.09*
Bem-estar	.14**
Funcionamento	.00 <sup>n.s.</sup>
Sintomas	.09 <sup>~</sup>
Depressão	.02 <sup>n.s.</sup>
Stress	-.17**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  <sup>n.s.</sup> não significativo

Os resultados das correlações entre consumo esporádico excessivo e saúde mental são muito baixos, o que indica não haver uma relação entre estas variáveis. As relações mais elevadas foram aquelas entre frequência de consumo esporádico excessivo, bem-estar e stress. Os valores sugerem que há uma ligeira tendência para aumentar o bem-estar e para diminuir o stress, à medida que a frequência de *binge drinking* aumenta.

## 8.3. Quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas e saúde mental

Apresentam-se, na Tabela 45, os resultados das correlações entre o número de bebidas ingeridas habitualmente em festas académicas e saúde mental.

Tabela 45 *Correlações entre número de bebidas ingeridas habitualmente em festas académicas e saúde mental*

	Número de bebidas ingeridas em festas académicas
Saúde mental global	.09 <sup>*</sup>
Bem-estar	.14 <sup>**</sup>
Funcionamento	.02 <sup>n.s.</sup>
Sintomas	.08 <sup>*</sup>
Depressão	-.01 <sup>n.s.</sup>
Stress	-.18 <sup>**</sup>

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  <sup>n.s.</sup> não significativo

Todos os valores das correlações são muito baixos, o que indica não haver uma relação entre quantidade de bebidas ingeridas em festas académicas e saúde mental. Ainda assim, as correlações mais elevadas foram registadas nas relações entre quantidade de bebidas ingeridas em festas, bem-estar e stress. Assim, parece que à medida que o número de bebidas consumidas em festas académicas aumenta, o bem-estar aumenta também, enquanto o stress diminui ligeiramente.

Em suma, o consumo de álcool parece não se relacionar com a saúde mental nos estudantes universitários. Ainda assim, parece haver uma ligeira tendência para os níveis de saúde mental global e bem-estar aumentarem e o stress diminuir à medida que o consumo de álcool aumenta. Para além disso, parece que à medida que a frequência de consumo esporádico excessivo e o número de bebidas consumidas em festas académicas aumentam, o bem-estar aumenta ligeiramente e o stress diminui.

## 9. Síntese do capítulo

Neste capítulo foram expostos os principais resultados do estudo 2, ou seja, do estudo principal. Analisaram-se as relações entre várias medidas de saúde mental e variáveis sociodemográficas e académicas. De uma forma geral, concluiu-se que o género, o ano académico, a área de curso e o estatuto socioeconómico parecem afectar a saúde mental. Depois de se ter analisado a saúde mental de todos os estudantes, focaram-se somente os alunos que estão a receber apoio psicológico. Procedeu-se à sua caracterização sociodemográfica e académica, comparou-se a sua saúde mental com a

dos colegas que não estão a receber apoio e apurou-se a percentagem de alunos sinalizados com níveis disfuncionais de saúde mental que estão a receber apoio. De uma forma geral, os alunos que procuram ajuda são do sexo feminino, têm 21 ou mais anos e estão no 1º ano. Os dados sugerem que os alunos que estão a receber apoio apresentam níveis inferiores de saúde mental, com menor bem-estar acompanhado de mais sintomas depressivos e ansiosos. Apenas uma pequena percentagem (entre 6 a 8%) dos alunos sinalizados com níveis disfuncionais estão a receber apoio psicológico.

Seguidamente, analisaram-se as associações entre as várias medidas de saúde mental. Verificou-se que elas se relacionam todas entre si, sendo que, quanto maior a saúde mental global, maior o bem-estar e o funcionamento, por um lado, e menores os níveis de sintomas, depressão e stress, por outro.

Depois, caracterizaram-se os padrões de consumo de álcool nos estudantes. Verificou-se que, cerca de 75% dos estudantes bebem álcool, cerca de 40% tiveram episódios de *binge drinking* no último mês e cerca de 25% costumam ter este tipo de episódios nas festas académicas. O género, a área de curso, a situação de residência e o estatuto socioeconómico parecem influenciar os padrões de consumo.

Analisaram-se ainda dois problemas ou comportamentos de risco associados ao consumo de álcool, o comportamento sexual de risco e a condução sob o efeito de álcool. A prática destes comportamentos parece estar dependente do género, do ano frequentado e da área de curso.

Finalmente, analisou-se a associação entre consumo de álcool e saúde mental. Os resultados indicaram que o consumo de álcool parece não se relacionar com a saúde mental nos estudantes universitários. Apesar disso, parece haver uma ligeira tendência para a saúde mental global e o bem-estar aumentarem e o stress e os sintomas diminuírem, à medida que aumenta a frequência do consumo. Para além disso, parece que à medida que a frequência de consumo esporádico excessivo e o número de bebidas consumidas em festas académicas aumentam, o bem-estar aumenta ligeiramente e o stress diminui.



## **CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO**





Ao longo deste capítulo, analisam-se e debatem-se os resultados mais relevantes da presente investigação, tendo em conta as hipóteses inicialmente enunciadas e a comparação com literatura considerada pertinente. Em primeiro lugar, são discutidos os resultados referentes aos níveis de saúde mental, à prevalência de sintomas e à relação entre saúde mental e variáveis sociodemográficas e académicas. Depois, o foco vai para o álcool, em particular para os padrões de consumo e também para a sua relação com variáveis sociodemográficas e académicas. Seguidamente, comentam-se os resultados relativos a dois problemas ligados ao álcool: os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito do álcool. Finalmente, este capítulo termina com um debate acerca da relação entre consumo de álcool e saúde mental nos estudantes do ensino superior.

## **1. Saúde mental**

Discutem-se, agora, os resultados obtidos com os instrumentos Medida de Saúde Comportamental- 20, Inventário da Depressão em Estudantes Universitários e Inventário de Stress em Estudantes Universitários. Em particular, as variáveis focadas são a saúde mental global, o bem-estar, a depressão e o stress.

### **1.1. Níveis de saúde mental e prevalência de sintomatologia**

Os resultados obtidos com a Medida de Saúde Comportamental-20 sugerem que 16% dos estudantes se encontram em situação de risco e que 32% se situam num patamar disfuncional em termos da sua saúde mental. Dados nacionais e internacionais indicam também elevada prevalência de alunos com sintomatologia psicopatológica. Um estudo com alunos da Universidade da Beira Interior verificou que 37% dos alunos apresentaram resultados que apontam para uma elevada probabilidade de ocorrência de perturbação, avaliada pelo BSI (Pessoa & Oliveira, 2010).

A maioria dos dados disponíveis no estrangeiro provém também de questionários de auto-resposta e aponta para percentagens que variam entre 21% de estudantes com sofrimento clinicamente significativo na Noruega (Nerdrum et al., 2006), a um terço de estudantes com níveis elevados de *distress* psicológico, ou mesmo com um problema de saúde mental no Canadá, no Reino Unido e nos Estados Unidos (Adlaf et al., 2001;

Bewick et al., 2008; Zivin, Eisenberg, Gollust, & Golberstein, 2009). Uma das raras investigações neste campo efectuadas com recurso a entrevista clínica estruturada sinalizou 41% de estudantes como preenchendo os critérios para uma perturbação do eixo I do DSM (Svanum & Zody, 2001).

No que diz respeito à depressão, os resultados do presente estudo indicam que 15% dos estudantes apresentam sintomatologia depressiva acima do normal, sendo 11% ligeira e 4% moderada ou severa. Este valor não difere muito dos 17% obtidos por Santos, Pereira e Veiga (2008a), com o mesmo instrumento, numa amostra que englobava, não apenas estudantes da Universidade de Aveiro, mas também de outras instituições do país. Apesar disso, como estes são os únicos estudos em Portugal com o IDEU, torna-se inviável a comparação com outros dados. Ao analisar os resultados obtidos com outros questionários, como o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996) em Portugal, verifica-se, por exemplo, que Campos e Gonçalves (2004) obtiveram uma percentagem de 9% de estudantes disfóricos ou deprimidos, o que é inferior ao presente estudo. No entanto, recomenda-se cautela nas comparações, pois as diferenças entre estes dois valores poderão dever-se a questões metodológicas, mais concretamente, à utilização de diversos instrumentos.

Ao observar os tipos de sintomas depressivos apresentados pelos estudantes, constata-se que os sintomas mais frequentes são os de letargia, ou seja, aqueles que se referem à falta de energia e a cansaço. Em segundo lugar, aparecem os sintomas relativos à motivação académica, que se manifestam no desinteresse pela área académica e na pouca vontade de ir às aulas. Em terceiro lugar, surgem os sintomas cognitivo-emocionais, que incluem a tristeza e os pensamentos de desvalorização pessoal e de fracasso.

Esta caracterização é importante, pois chama a atenção para o facto de a depressão nos estudantes possuir algumas particularidades, ficando assim comprovada a necessidade de se apostar em instrumentos e intervenções desenhados especificamente para esta população. Com efeito, há dados que indicam que os estudantes deprimidos manifestam mais sintomas cognitivos como dificuldades de concentração, perfeccionismo e baixa auto-avaliação, do que a população clínica (Cox et al., 1999). Para além disso, os problemas motivacionais, que se traduzem em perda de interesse e iniciativa e em dificuldades sociais, são também uma componente característica da depressão nos estudantes, por vezes negligenciada (Vredenburg et al., 1988).

Quanto ao stress, cerca de um quarto dos estudantes (26%) apresentou níveis elevados de stress. Este valor não difere muito dos obtidos com o mesmo instrumento noutros estudos (e.g. Luz et al., 2009; Pereira et al., 2009) e aproxima-se das percentagens encontradas no estrangeiro (Arehart-Treichel, 2002; Bayram & Biegel, 2008; Wong et al., 2006). O principal factor de stress nos estudantes parece ser a ansiedade aos exames, seguida da auto-estima e bem-estar, condições socioeconómicas e, em último lugar, a ansiedade social. Os dois primeiros factores referidos foram também as principais fontes de stress de outro estudo realizado com o mesmo instrumento, recentemente (Veríssimo et al., 2010).

De facto, a transição para a universidade e a permanência no ensino superior até à conclusão do curso são importantes desafios para um estudante, que implicam várias mudanças e exigem adaptação, podendo ser, por isso, vivenciados como indutores de stress (Cooke et al., 2006; Pereira, 2007). Entre os principais stressores dos estudantes apontados na literatura encontram-se questões académicas como os conteúdos dos cursos e os exames, falta de confiança e motivação, dificuldades financeiras e relações interpessoais como o desenvolvimento de novas amizades (Aherne, 2001; Howard et al., 2006; Robotham, 2008; Robotham & Julian, 2006).

Todos estes dados parecem indicar, em conjunto, uma elevada percentagem de estudantes em risco de desenvolver, ou de já ter desenvolvido, problemas de saúde mental. Tal poderá ser explicado, por um lado, pelo facto de a faixa etária em que se inserem os estudantes tradicionais, sensivelmente dos 18 aos 25 anos, coincidir com a altura em que uma série de problemas de saúde mental costumam ter início (Kessler et al., 2005). Por outro lado, a saúde mental dos estudantes parece ser pior do que a da população geral (Monteiro, 2008; Roberts & Zelenyansky, 2002; Stewart-Brown et al., 2000). Acresce ainda o facto de, nos últimos anos, diversos directores de serviços de apoio psicológico no ensino superior relatarem um agravamento da saúde mental dos estudantes, consistindo no aumento da prevalência e da severidade dos problemas apresentados pelos alunos (Gallagher & Taylor, 2009; Gallagher et al., 2004).

Apesar da elevada percentagem de alunos com sintomatologia psicopatológica, estes parecem estar satisfeitos com a sua vida. Apenas uma minoria, cerca de 10% de alunos, não estão nada satisfeitos ou apenas ligeiramente satisfeitos. Estes dados vêm corroborar os de Bertoquini e Ribeiro (2006) que também concluem que os alunos portugueses do ensino superior estão felizes com a sua vida e, de um modo mais geral, as afirmações de Arnett (2007b) acerca dos adultos emergentes: "The evidence shows

emerging adults overall to be highly contented with themselves and their lives, and remarkably optimistic” (p. 25).

Importa ainda referir que, apesar do número elevado de alunos sinalizados pelos instrumentos de medida como tendo níveis disfuncionais de saúde mental, apenas uma pequena percentagem destes está efectivamente a receber ajuda psicológica. Com efeito, os valores oscilaram entre os 6 e os 8%. Embora noutros países as percentagens estejam abaixo do que seria desejável, mesmo assim são superiores às obtidas neste estudo. Os dados disponíveis mostram que cerca de um quarto dos estudantes com problemas está a receber apoio psicológico (ACHA, 2008; Rosenthal & Wilson, 2008). Quando os problemas são persistentes, ou seja, quando duram há pelo menos dois anos, metade dos alunos procura ajuda (Zivin et al., 2009).

Há uma série de barreiras à procura de ajuda por parte dos estudantes, que têm sido apontadas na literatura, entre as quais: falta de tempo, preocupações acerca da privacidade, falta de abertura emocional, procrastinação, constrangimentos financeiros, e cepticismo acerca da eficácia do tratamento (Hunt & Eisenberg, 2010; Komiya, Good, & Sherrod, 2000; Stead, Shanahan, & Neufeld, 2010). Outras barreiras possíveis são a incapacidade em reconhecer que o seu estado psicológico não é “normal”, desconhecimento das estruturas de apoio disponíveis aos alunos, dificuldades de acesso (nomeadamente devido a listas de espera) ou ainda, algum receio, embaraço ou preconceito face à procura de ajuda profissional (Rosenthal & Wilson, 2008).

De facto, apesar de, hoje em dia, o apoio psicológico ser bem aceite no contexto universitário, persistem alguns estigmas, nomeadamente em Portugal. Mais concretamente, o estudante que procura ajuda ainda é visto como alguém que “não tem controlo sobre os seus problemas, não sabe resolvê-los, nem tão pouco tomar decisões, não tem amigos, é fraco e desequilibrado” (Lucas, C. et al., 2010, p.482). São poucos os alunos que recorrem ao apoio psicológico quando têm problemas, especialmente no caso de sintomatologia depressiva e ansiosa. As mulheres são quem mais procura ajuda, o que poderá estar relacionado não apenas com a maior sintomatologia que normalmente apresentam, mas também com o facto de terem menor estigma face ao apoio (Chang, 2007; Lucas, Oliveira, & Soares, 2010). Quanto à idade, são os alunos mais velhos que mais facilmente pedem ajuda, o que poderá dever-se também a um menor estigma face ao apoio ou talvez a uma maior duração dos seus problemas, aspecto que não foi avaliado neste estudo (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009; Stead et al., 2010).

Os alunos que frequentam apoio psicológico, no presente estudo, aparentam ter níveis inferiores de saúde mental, ou seja, menor bem-estar, menor capacidade de funcionamento nas várias áreas de vida e mais sintomas depressivos e stress, do que os colegas que não frequentam este tipo de serviços. Diferenças semelhantes foram encontradas em Portugal num estudo de Santos, Pereira e Veiga (2008c) com estudantes de várias instituições e, pelo menos, em mais dois estudos nos Estados Unidos (Erdur-Baker et al., 2006; Green, Lowry, & Kopta, 2003). No primeiro, os autores concluíram que os estudantes que estavam a receber apoio exibiam problemas psicológicos mais graves e com maior duração do que os outros colegas (Erdur-Baker et al., 2006).

O segundo foi realizado com a versão original do Medida de Saúde Comportamental-20 (BHM-20; Kopta & Lowry, 2002) e também mostrou que os alunos com apoio exibiam níveis inferiores de saúde mental global, bem-estar, funcionamento e mais sintomas (Green et al., 2003). Os autores deste estudo sugerem que a severidade dos sintomas e o nível de bem-estar podem ser factores decisivos na procura de ajuda. Para além disso, colocam a hipótese de os baixos níveis de bem-estar dos clientes de serviços de apoio psicológico poderem esconder também sentimentos de desmoralização. Segundo esta hipótese, não seria somente a sintomatologia que levaria à procura de ajuda, mas também sentimentos de desmoralização e a crença de que se é incapaz de lidar com o sofrimento psicológico, independentemente da sua severidade.

## **1.2. Saúde mental e variáveis sociodemográficas e académicas**

No que diz respeito à relação da saúde mental com variáveis sociodemográficas e académicas foram formuladas três hipóteses:

H1 – os níveis de saúde mental global e de bem-estar são mais baixos nas mulheres, nos alunos do 3º ano, nos estudantes de Saúde e nos indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo;

H2 – os níveis de depressão são mais elevados nas mulheres, nos alunos de Saúde, nos estudantes deslocados e nos que pertencem ao estatuto socioeconómico mais baixo;

H3 – os níveis de stress são mais elevados nas mulheres, nos alunos do 1º ano, nos cursos de Saúde, nos deslocados, e nos alunos de estatuto socioeconómico mais baixo.

A primeira hipótese foi confirmada totalmente, ao passo que a segunda e a terceira foram confirmadas parcialmente, ou seja, foram corroboradas pelos resultados, excepto no que diz respeito à situação de residência. Neste caso, ao contrário do que seria esperado, não foram encontradas diferenças entre deslocados e não deslocados, nem na depressão, nem no stress. Uma vez que nas três hipóteses os grupos referidos como mais vulneráveis são, grosso modo, coincidentes, os resultados serão discutidos consoante cada uma das variáveis sociodemográficas e académicas analisadas.

De um modo geral, o presente estudo indica claras diferenças de género. Com efeito, as mulheres apresentam níveis mais baixos de saúde mental, maior sintomatologia a nível depressivo e mais stress. Este padrão tem sido observado em vários estudos, que dão conta de níveis mais elevados de saúde mental por parte dos homens (Adlaf et al., 2001; Nerdrum et al., 2006) e de maior sintomatologia, nomeadamente depressiva (Adewuya et al., 2006; Connell, Barkham, & Mellor-Clark, 2007) e stress nas mulheres (Calais et al., 2003; Loureiro et al., 2008; Pereira et al., 2004; 2009). Em Portugal, semelhantes diferenças haviam sido relatadas noutros estudos, nomeadamente com populações clínicas, como é o caso da investigação de Rabasquinho e Pereira (2007), com utentes de um serviço de Psicologia de um hospital.

Note-se que o termo utilizado não foi diferenças de sexo, mas sim de género, uma vez que o primeiro se cinge a diferenças determinadas biologicamente, enquanto o segundo é mais abrangente, abarcando variações cultural e socialmente modeladas (Judd, Armstrong, & Kulkarni, 2009). As diferenças de género podem advir de aspectos biomédicos (genéticos, hormonais, anatómicos, fisiológicos), psicossociais (personalidade, estratégias de *coping*, manifestação dos sintomas), epidemiológicos (factores de risco baseados na população) ou mesmo de aspectos mais gerais, em termos de processos culturais, sociais, económicos e políticos que criem riscos diferentes para mulheres e homens (Afifi, 2007).

No caso particular dos sintomas depressivos e ansiosos, têm sido adiantadas várias hipóteses explicativas para a maior prevalência destes sintomas nas mulheres. Dalgard e colaboradores (2006) concluíram que a explicação não residiria em termos de diferenças ao nível de eventos negativos, suporte social ou vulnerabilidade, mas sim ao nível de tensões crónicas, baixa mestria e ruminação. Outros factores apontados têm sido a maior preocupação e características de personalidade como o neuroticismo, mais comuns nos indivíduos do sexo feminino (Goodwin & Gotlib, 2004).

Na depressão, mas sobretudo no stress, devem ser tidas em conta as diferenças ao nível das estratégias de *coping*. Efectivamente, as mulheres parecem usar mais estratégias focadas nas emoções, como a expressão de sentimentos, procura de apoio emocional, negação e aceitação, enquanto os homens recorrem com maior frequência a estratégias focadas no problema (Brougham et al., 2009; Santos & Alves Júnior, 2007). Por conseguinte, haverá maior probabilidade de os stressores não desaparecerem no caso das mulheres, o que poderá conduzir, por sua vez, a uma manutenção do stress. Ora, como alerta Vaz Serra (2007):

Os indivíduos com boa saúde mental diferenciam-se dos que têm má saúde mental porque usualmente adoptam uma atitude de confronto e resolução activa dos problemas, tendem a sentir que a resolução destes depende de si e têm um controlo adequado das emoções. (p. 456)

Os resultados indicam não haver uma correlação entre idade e saúde mental, medida através de vários indicadores, o que é corroborado por outras investigações com populações universitárias (e.g. Oliver & Burkham, 1979; Sayiner, 2006). Apesar de não haver uma relação entre a idade e a saúde mental, verificaram-se diferenças entre os três anos do primeiro ciclo. Globalmente, os alunos do 3º ano parecem apresentar pior saúde mental, com menor bem-estar acompanhado de mais sintomas depressivos. Embora haja poucos dados disponíveis sobre este assunto, algumas investigações indicam também um decréscimo dos níveis de saúde mental e bem-estar ao longo do curso, em estudantes do 1º ao 3º ano (Adlaf et al., 2001; Bewick et al., 2010).

Este facto poderá talvez explicar-se pela crescente complexidade ao longo dos cursos, bem como pelo aumento de responsabilidade. Para além disso, o 3º ano é, de acordo com o Processo de Bolonha vigente actualmente, o último ano do 1º ciclo. Terminado esse ano, os alunos terão que decidir entre uma tentativa de entrada no mercado de trabalho ou o seguimento para o 2º ciclo, de mestrado. Por conseguinte, este ano poderá caracterizar-se também por incertezas quanto ao futuro, numa altura em que o desemprego em Portugal é elevado. Aliás, lidar com a preparação para uma carreira é, efectivamente, uma das grandes preocupações dos estudantes universitários (EDSC, 2002; Grant, 2002).

Embora os alunos do 3º ano se encontrem numa fase de transição, os do 1º também. Talvez seja por esse motivo que alunos do 1º sejam aqueles que mais sofrem de stress. Na verdade, ao considerar todas as mudanças inerentes à entrada na universidade e toda a adaptação que ela exige, não é surpreendente que o caloiro se

sinta ansioso e stressado (Cooke et al., 2006; Diniz & Almeida, 2006). Aliás, os mesmos resultados foram encontrados por Bojuwoye (2002), Misra e McKean (2000), Pereira e colaboradores (2004, 2009) e Sher et al. (1996), entre outros. Isto mesmo pode ter a ver com o denominado efeito *big-fish-little-pond* (Marsh, Kong, & Hau, 2000). Chegados ao primeiro ano da Universidade, alguns alunos que sempre se viram entre os melhores no seu percurso escolar até aí, dão conta que se encontram agora entre vários outros, tão bons ou melhores que eles. Uma diminuição da auto-estima escolar pode ter, assim, algum efeito no acréscimo de stress entre os alunos do 1º ano.

De entre as quatro áreas de curso da universidade analisadas, salientam-se duas, por se situarem em lados opostos. Assim, de um lado a Saúde foi aquela que se destacou pelo estado de saúde mental mais frágil, com níveis inferiores de bem-estar e mais sintomas de stress e depressão e, do outro lado, as Engenharias destacaram-se pelos melhores níveis de saúde mental. Estas diferenças têm sido amplamente difundidas na literatura, em vários países (e.g. Helmers et al., 1997; Turner et al., 2007) e poderão dever-se, por um lado, ao facto de os cursos de Saúde serem habitualmente considerados muito exigentes, competitivos e indutores de stress. Com efeito, no ensino superior, os estudantes de Saúde são o grupo que tem recebido maior atenção por parte de investigadores do stress (Dahlin et al., 2005; Lo, 2002). Por outro lado, é preciso atender à influência de diferenças de género. Os cursos de Engenharias são tradicionalmente mais frequentados por homens, ao passo que os cursos de Saúde são mais escolhidos pelas mulheres (Saavedra, Taveira, & Silva, 2010), o que se verificou no presente estudo. Portanto, as discrepâncias poderão, no fundo, dever-se também a diferenças de género e não só às características dos cursos em questão.

No que concerne à variável situação de residência, era esperado que os estudantes deslocados apresentassem mais sintomas depressivos e stress. Na verdade, estes estudantes ao saírem de casa são expostos a mais stressores, como o aumento de responsabilidade, as saudades de casa ou *homesickness* e o afastamento de pessoas próximas que servem de suporte social, como é o caso da família e dos amigos (Ferraz & Pereira, 2002; Loureiro et al., 2008). No entanto, não se registaram diferenças com base na situação de residência, à excepção de uma escala (motivação académica) do questionário de depressão. Talvez os estudantes deslocados, ao serem confrontados com mais mudanças, tenham que desenvolver a sua resiliência, ou seja, a capacidade de lidar com situações adversas, o que lhes pode dar mais recursos para ultrapassar as dificuldades.



Por outro lado, dados provenientes de instituições do ensino superior em Portugal mostram que os estudantes deslocados apresentam uma vertente interpessoal mais acentuada do que os não deslocados, o que talvez se deva a uma maior necessidade e disponibilidade para criarem novas interações e relações por parte de quem se encontra longe da sua residência habitual, como forma de ajudar a ultrapassar ou evitar o desenraizamento e a solidão (Seco et al., 2007). Ao privilegiarem o contacto social, é possível que os deslocados percepcionem as pessoas e grupos de quem se aproximam como fontes de suporte social, o que é um factor protector para a saúde mental.

Para além disso, a autonomia e o desenvolvimento de relações interpessoais maduras são dois dos vectores apontados por Chickering no seu modelo psicossocial do desenvolvimento do estudante (Chickering & Reisser, 1993). Talvez os estudantes deslocados, ao saírem de casa, conquistem mais rapidamente autonomia e estejam mais aptos a desenvolver relações maduras com outras pessoas. Dito de outro modo, quiçá por força das circunstâncias sejam impulsionados a desenvolver-se a um ritmo mais rápido, o que poderá ser, também, protector da sua saúde mental.

O estatuto socioeconómico mostrou ter impacto em todas as medidas de saúde mental avaliadas. Os alunos provenientes de um estatuto baixo apresentaram níveis mais baixos de saúde mental global, menor bem-estar e mais sintomas depressivos e de stress. De facto, a literatura em ciências sociais e humanas tem reportado consistentemente uma correlação positiva entre estatuto socioeconómico e saúde mental, independentemente do indicador de estatuto ser a educação, o rendimento ou a ocupação e independentemente do indicador de saúde mental (Cohen et al., 2006; Steptoe et al., 2007). Apesar de a associação entre estas variáveis ser clara, a direcionalidade ou causalidade permanece um tema controverso. Por um lado, as condições socioeconómicas mais baixas poderão predispor as pessoas para as doenças mentais, por outro lado, problemas mentais preexistentes poderão limitar o acesso dos indivíduos a condições de vida melhores. Finalmente, poderá, ainda, haver o papel de algumas condições como o desemprego, baixo suporte familiar, ou falta de autonomia, que sejam mediadoras desta relação. Na tentativa de esclarecer este tema, um estudo pioneiro analisou dados longitudinais de hospitalizações psiquiátricas e, através de equações estruturais, reuniu fortes indícios de que o estatuto socioeconómico terá um impacto na saúde mental, quer directamente, quer indirectamente através da sua associação com condições económicas adversas e indutoras de stress, em camadas mais desfavorecidas (Hudson, 2005).

## **2. Comportamentos de risco ligados ao álcool**

Os resultados abordados neste ponto foram obtidos com recurso ao Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários e incluem dados relativos ao consumo de álcool e a dois problemas a ele associados: comportamento sexual de risco e condução sob o efeito de álcool.

### **2.1. Padrões de consumo de álcool**

Os estudantes do ensino superior apresentam um elevado consumo de álcool. Efectivamente, neste estudo, três quartos dos estudantes (75%) consomem álcool e 71% tiveram consumos nos últimos 30 dias. Estes valores não diferem muito dos apresentados noutros estudos nacionais e internacionais (e.g. Ferreira, 2008; O'Malley & Johnston, 2002). A título de exemplo, Galhardo e Marques (2004) indicaram que 72% de estudantes do ensino superior em Coimbra consumiam álcool e os restantes 28% eram abstémios.

A elevada prevalência do consumo de álcool nos estudantes pode compreender-se, por um lado, pela fase desenvolvimental em que estes se situam. Tendo geralmente entre 18 a 25 anos são jovens adultos ou, segundo a concepção de Arnett (2000), adultos emergentes. Como tal, estão num período caracterizado pela exploração da identidade, o que conduz a um desejo de experimentação, nomeadamente ao nível dos comportamentos de risco (Arnett, 2004, 2005). Por outro lado, não se deve descurar o papel da “cultura de universidade”. Este termo refere-se a uma conjunção de circunstâncias no ensino superior, como a crescente autonomia e liberdade acompanhadas de um baixo nível de responsabilidade, as inúmeras oportunidades de interacção com os pares e os momentos celebrativos, como convívios, jantares de curso e festas académicas, que tornam o consumo de álcool normativo, e mesmo desejável, aos olhos da maioria dos estudantes (Dworkin, 2005).

No presente estudo, a frequência mais comum para o consumo foi de 2 a 4 dias durante o último mês, o que significa um consumo de 15 em 15 dias a uma vez por semana. Para além disso, 41% dos estudantes tiveram episódios de ingestão excessiva, sendo que 6.6% tiveram esses episódios mais do que uma vez por semana, em média. Estes valores aproximam-se dos indicados por outros estudos internacionais (e.g.

Wechsler et al., 2002), mas são mais elevados do que os encontrados por Balsa (2008), num estudo com uma amostra mais abrangente, de jovens portugueses dos 15-24 anos. Nesse estudo, 48.3% dos indivíduos registaram um consumo de 4 a 6 ou mais bebidas numa só ocasião pelo menos uma vez no último ano, o que é um período de tempo bem mais alargado do que o considerado aqui. Estes dados vêm reforçar a ideia de que os estudantes do ensino superior parecem ser uma população de risco.

Quanto à preferência de bebidas, a cerveja ocupa indiscutivelmente o primeiro lugar, seguida das bebidas destiladas e por fim de vinho e *shots*. Resultados semelhantes foram obtidos com a amostra portuguesa no ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), em que a cerveja foi também a bebida predilecta, representando cerca de 40% da quantidade consumida (em 100% de bebidas alcoólicas) no último dia de consumo, seguida de 30% de bebidas espirituosas e de 13% de vinho (Hibell et al., 2007). Em ambos os estudos, a cerveja foi a bebida dominante dos homens, mas as mulheres apresentaram um padrão mais repartido, com as bebidas espirituosas a ocuparem uma posição de destaque. A preferência pela cerveja poderá dever-se essencialmente ao seu baixo preço enquanto o gosto pelas bebidas destiladas poderá advir do seu sabor agradável e doce (ao serem ingeridas com sumos) ou do seu teor mais elevado de álcool, que facilita a embriaguez.

A escolha do tipo de bebidas alcoólicas ingeridas nas festas académicas é semelhante ao resto do ano lectivo. O mesmo não se pode dizer em relação à quantidade, pois os dados indicam que os alunos, em geral, aumentam o seu consumo de álcool durante estas ocasiões (Cabral, 2007). O presente estudo mostra que embora 50% dos alunos não vão às festas, ou bebam poucas quantidades (até duas bebidas), um quarto dos alunos costuma ter episódios de consumo excessivo, ingerindo mais do que cinco bebidas em noites de festas académicas. Se é verdade que grande parte dos alunos bebe para festejar, outros, porém, admitem que vão às festas académicas especificamente para beber (Homem et al., 2010).

Independentemente dos motivos para beber, estes padrões de consumo são alarmantes, ao considerar que a ingestão de álcool em festas académicas se encontra frequentemente associada a outros comportamentos de risco como o consumo de tabaco, de drogas, os comportamentos violentos, a condução sob o efeito do álcool e comportamentos sexuais de risco (Azevedo et al., 2010; Homem et al., 2010).

Consumir álcool excessivamente nas festas académicas é uma tradição enraizada na cultura portuguesa, que está bem patente na Universidade de Aveiro (Ferreira, 2008;

Ferreira, P. et al., 2008). Na verdade, apesar de ser uma universidade mais recente do que outras do país, como a de Coimbra, os estudantes de Aveiro parecem consumir grandes quantidades de álcool durante as festas, apresentando elevadas taxas de alcoolemia (Agante et al., 2010).

## **2.2. Consumo de álcool e variáveis sociodemográficas e académicas**

Quanto à relação do consumo de álcool com variáveis sociodemográficas e académicas tinha sido levantada a hipótese H4 – há maior frequência, maior quantidade de consumo e mais episódios de ingestão excessiva nos homens, nos estudantes de Engenharia, nos deslocados e nos estudantes de estatuto socioeconómico elevado. Esta hipótese foi confirmada.

Os padrões de consumo de álcool nos estudantes universitários parecem variar de acordo com o género, do mesmo modo que na população geral (Harrel & Karim, 2008; O'Malley & Johnston, 2002). Os jovens adultos do sexo masculino reportam maior consumo de álcool do que as mulheres e isso é particularmente notório nos estudantes universitários (Engs & Hansen, 1990). Com efeito, a literatura indica que os homens parecem ser mais susceptíveis a consumir álcool, beber com maior frequência e consumir mais bebidas de uma vez, o que foi corroborado no presente estudo (e.g. Harrel & Karim, 2008; O'Malley & Johnston, 2002). A diferença maior ocorreu em relação à ingestão excessiva no último mês, sendo que a percentagem de homens com este comportamento foi o dobro da percentagem de mulheres.

No presente estudo, a idade pareceu não ter influência sobre o consumo. A literatura indica que o pico de consumo de álcool ocorre na idade emergente, em particular entre os 21 e os 25 anos (Andersson et al., 2007; Wechsler et al., 2002). Ora, como este estudo incidia somente em alunos do 1º ciclo do ensino superior, a faixa etária abrangida é muito restrita, com 96% dos alunos entre os 18 e os 25 anos e apenas 4% com mais de 25 anos. Esse facto talvez tenha limitado a análise do papel da idade no consumo.

No que diz respeito às diferenças entre os anos frequentados, os dados disponíveis na literatura são contraditórios. Neste estudo, embora o ano pareça não influenciar o consumo, verificou-se uma ligeira tendência para a frequência do consumo

aumentar no 2º e no 3º ano e a percentagem de alunos com episódios de ingestão excessiva foi maior no 2º ano. O facto de haver uma percentagem maior de alunos com consumo esporádico excessivo a partir do segundo ano, alerta para a necessidade de se desenvolverem programas de prevenção do uso de álcool e drogas dirigidos aos caloiros, quando os seus consumos não são tão elevados.

A área de curso com maior frequência de consumo e maior consumo esporádico excessivo é a Engenharia, o que vem corroborar outros estudos realizados em Portugal (Cabral, 2007; Ferreira, 2008; Ferreira et al., 2008). Tal como acontece com a Saúde mental, esta área poderá destacar-se mais por diferenças de género do que por características inerentes ao próprio curso. Na verdade, o maior consumo de álcool nos estudantes de Engenharias poderá ser explicado pela elevada percentagem de homens nesta área. Em posteriores estudos, controlando a variável sexo, terá sentido a realização de novas análises.

A situação de residência parece ter influência no consumo, sendo que os deslocados consomem álcool mais vezes por mês e têm mais episódios de ingestão excessiva do que aqueles que permaneceram na sua residência habitual. Estes resultados estão de acordo com o que seria esperado com base na literatura (Dantzer et al., 2006; Ferreira et al., 2008). Os deslocados, ao saírem de casa, gozam de um maior afastamento da família e, conseqüentemente, não estão tão sujeitos aos seus constrangimentos, em termos de valores e regras (Dworkin, 2005). Por exemplo, os deslocados não terão tanta probabilidade de terem horas para chegar a casa à noite ou de serem repreendidos se chegarem alcoolizados ou se estiverem de ressaca, o que poderá acontecer mais facilmente com os estudantes que ainda vivem com os pais. Deste modo, a maior autonomia, o poder de decisão e a ausência de algumas conseqüências negativas, de que gozam os deslocados, poderão ser factores facilitadores do seu envolvimento em comportamentos de risco, como o consumo de álcool (Dinger & Waigandt, 1997).

O estatuto socioeconómico é outra variável que parece influir no consumo. Tal como outros estudos indicavam, são os alunos de estratos socioeconómicos mais elevados que consomem álcool mais frequentemente e que têm mais episódios de ingestão excessiva (Oksuz & Malhan, 2005; Wicki et al., 2010). Tal poderá dever-se ao maior poder de compra destes alunos em comparação com aqueles vindos de camadas mais desfavorecidas.

### **2.3. Problemas ligados ao álcool**

De entre os vários problemas relacionados com o consumo de álcool, seleccionaram-se os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool para análise. Acerca deste tema colocou-se a hipótese: H5 - as prevalências de comportamentos sexuais de risco e de condução sob o efeito de álcool são mais elevadas nos homens e nos alunos com episódios de consumo excessivo. Esta hipótese foi confirmada na totalidade.

Embora a utilidade dos episódios de ingestão excessiva seja questionada por alguns autores, vários estudos mostram que os alunos com estes episódios têm maior probabilidade de sofrer consequências negativas, como comportamento sexual não planeado, ferimentos, e de experimentar cinco ou mais problemas relacionados com o álcool do que aqueles não têm estes episódios (Wechsler et al., 2000; Wechsler & Nelson, 2001). De facto, no presente estudo, os alunos com episódios de ingestão excessiva apresentaram maior probabilidade de ter comportamentos sexuais decorrentes do álcool e de conduzir depois de beber, do que os restantes alunos que bebem, mas que não têm este tipo de episódios.

Cada um destes problemas ligados ao álcool é, agora, analisado separadamente.

#### **2.3.1. Comportamentos sexuais de risco**

Verificou-se que 70% dos estudantes foram sexualmente activos nos últimos 12 meses. Desses, 13% afirmaram ter tido relações sexuais depois de consumirem álcool, que não teriam acontecido se não o tivessem ingerido, comportamento esse que foi mais frequente nos homens do que nas mulheres, como seria, aliás, expectável (Perkins, 1992; Reis et al., 2009). Esta percentagem é menor do que a obtida por Perkins (1992) com americanos, que apontava para 25% de estudantes com estes comportamentos, no mesmo período de tempo. A comparação com dados portugueses torna-se mais difícil, pois a moldura temporal nem sempre é a mesma. Vários estudos reportam-se, não ao último ano, mas a todo o passado, tendo apontado para prevalências que variam entre 31 e 40% dos alunos sexualmente activos (Reis et al., 2009; Ribeiro & Fernandes, 2009).

A utilização do preservativo parece não divergir entre aqueles que tiveram relações decorrentes do álcool e aqueles que não as tiveram. De facto, os dados disponíveis na literatura são contraditórios, com alguns estudos a relatarem uma relação

entre estas duas variáveis, enquanto outros não. Como alguns autores alertam, entre estas duas variáveis poderá haver a existência de outras que influenciem a sua relação, como é o caso do tipo de parceiro, casual ou habitual (Cooper, 2002; Kiene et al., 2009). Com ou sem álcool, verificou-se que há uma percentagem considerável de estudantes que usam de forma inconsistente o preservativo, o que denota a fraca motivação que estes parecem ainda ter para colocar em prática medidas preventivas nos seus comportamentos sexuais, apesar do reconhecimento da importância dessas medidas (Chaves, 2010). Para além disso, o consumo de álcool precedente ao comportamento sexual continua a ser um comportamento de risco, pois está relacionado com escolha de arriscada parceiros, com a existência de múltiplos parceiros e com a diminuição de conversa com o parceiro acerca do risco (Baskin-Sommers & Sommers, 2006; Cardoso et al., 2008).

### **2.3.2. Condução sob o efeito de álcool**

A percentagem de alunos que conduziram sob o efeito de álcool foi 13% e de alunos que estiveram num veículo cujo condutor tivesse consumido álcool nos últimos 30 dias foi de 23%. Estes resultados são inferiores aos obtidos pelo *National College Health Risk Behavior Survey* de 1995, com estudantes americanos (CDC, 1997). Tal como acontece com o comportamento sexual de risco, também neste caso é difícil comparar os resultados com outros dados, nomeadamente portugueses, já que os intervalos de tempo considerados variam de estudo para estudo e que outros estudos consideram apenas a situação de condutor e não incluem a de passageiro.

De acordo com as previsões, os homens tiveram mais esse comportamento do que as mulheres (Beck et al., 2010; CDC, 1997). Tal discrepância poderá dever-se a diferenças nos papéis de género, pois, de uma forma geral, os homens sentem-se mais competentes na condução sob circunstâncias de risco do que as mulheres e tendem a utilizar o automóvel como uma forma de aumentar a sua auto-eficácia (Farrow, 1990).

### 3. Relação entre consumo de álcool e saúde mental

A propósito das variáveis álcool e saúde mental levantou-se a hipótese H6 - quanto maior é o consumo de álcool, menores são os níveis de saúde mental global e maiores os níveis de depressão e stress. Os resultados obtidos vêm infirmar esta hipótese.

Com efeito, a associação entre consumo de álcool e saúde mental parece ser muito fraca nos estudantes. Aliás, as únicas variáveis de saúde mental que se correlacionaram, significativamente em termos estatísticos, com o consumo de álcool são o bem-estar e o stress, sendo que à medida que o consumo de álcool aumenta, parece haver uma ligeira tendência para os níveis de bem-estar subirem e o stress diminuir. De facto, apesar de haver um conjunto significativo de dados empíricos que dão conta de uma associação positiva entre consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica na população clínica (e.g. Kushner et al., 2000; Swendsen & Merikangas, 2000) e mesmo na população geral (Okoro et al., 2004), a relação entre as duas variáveis nos estudantes universitários é controversa. Constatou-se que enquanto algumas investigações encontram correlações positivas entre o consumo e sintomas depressivos e ansiosos, outras não encontram qualquer associação e, noutros casos ainda, a relação parece depender do género (Harrel & Karim, 2008; Pauley & Hesse, 2009; Wicki et al., 2010).

Uma possível explicação para os resultados obtidos prende-se com os motivos subjacentes ao consumo de álcool. Os adultos emergentes parecem beber mais por motivos “positivos” ou celebrativos do que para lidar com emoções negativas (Read et al., 2003). Estudos realizados com estudantes universitários corroboram esta hipótese, mostrando que grande parte consome álcool por motivos sociais e apenas uma pequena percentagem consome para lidar com emoções negativas, como o stress ou a tristeza (Kuntsche et al., 2005). O modo como o consumo de álcool é encarado resulta de uma construção pessoal e social. A este propósito, Room levanta a seguinte questão (2000, p. 249):

Which produces the feeling of well-being, is it the ethanol, or the form in which the ethanol is served (champagne? flat beer? A syrupy liqueur?), or the associations or expectancies the drinker has concerning the alcohol and the particular drink, or the occasion and company (courtship, celebrating a championship, greeting an old friend)?



No caso dos estudantes universitários, a sensação de bem-estar parece estar associada às expectativas positivas que têm em relação ao álcool. Na verdade, os estudantes esperam alcançar prazer, alegria, aumento de confiança, desinibição, bem-estar e diversão quando ingerem álcool (Albuquerque et al., 2010). Ora quanto maiores as expectativas acerca dos efeitos positivos do álcool, mais elevado parece ser o seu consumo (Amaral et al., 2006). Para além disso, os dados disponíveis sugerem que as pessoas que bebem primeiramente para aumentar o afecto positivo, tendem a beber mais do que aquelas que o fazem com o intuito de diminuir o afecto negativo (Peele & Brodsky, 2000).

A este dado devem juntar-se as circunstâncias do consumo. Com efeito, o consumo dos estudantes ocorre eminentemente em situações sociais, de convívio, tais como festas (académicas ou não) e encontros com colegas e amigos (Cabral, 2007). Logo, aqueles estudantes que tenham dificuldades a nível de saúde mental, como sintomatologia depressiva ou ansiedade, especialmente social, talvez se isolem mais e não se exponham tanto às ocasiões mais propícias ao consumo (Beck et al., 2008). Uma investigação que analisou a relação entre solidão e consumo de álcool em estudantes do 1º ano da universidade (McBroom, Fife, & Nelson, 2008) constatou precisamente que essa relação era negativa, ou seja, à medida que a solidão diminuía, o consumo de álcool aumentava, o que poderá ser explicado devido à natureza social do consumo de álcool nesta população.

Numa revisão de literatura, Peele e Brodsky (2000) reuniram dados de vários estudos que comparavam a saúde mental de jovens consumidores moderados de álcool com a de jovens abstémios. Estes últimos pareciam ter estilos de *coping* mais repressivos, menor sociabilidade, eram mais submissos, dependentes e menos competentes, tinham menos controlo emocional e maior probabilidade de ter um diagnóstico psiquiátrico. Os autores alertam, no entanto, que apesar de se verificar esta associação entre consumo moderado de álcool e melhor saúde mental ainda não é possível atribuir uma direcção na relação ou estabelecer causalidade. De facto, quanto ao stress, permanece a dúvida se os estudantes que têm menores níveis de stress são aqueles que consomem mais álcool ou se é o consumo de álcool que diminui os níveis de stress, enquanto estratégia de *coping*.

Outro dado importante, avançado por Dawson e colaboradores (2005), é que os estudantes universitários raramente reportam ansiedade, distúrbios de humor ou de personalidade associados ao consumo de álcool, excepto naqueles classificados com dependência de álcool, em comparação com o resto da população. Estes autores

sugerem que o facto de as ocasiões de ingestão excessiva de álcool serem um comportamento tão regular, no ambiente em que os estudantes se movem, faz com que o consumo esporádico excessivo não seja tão selectivo de pessoas com distúrbios comórbidos, como noutras camadas da sociedade.

Aliás, o consumo de álcool nos estudantes do ensino superior parece fazer parte da experimentação e do teste dos limites, tão característicos da adultez emergente (Blinn-Pike et al, 2008). O consumo em excesso será, em muitos casos, transitório, sendo uma componente importante do desenvolvimento psicossocial destes indivíduos, especialmente a nível da construção da identidade (Arnett, 2000). Tendo em consideração que o consumo de álcool no meio universitário parece normativo, é possível que os indivíduos com maiores consumos sejam também aqueles com melhor ajustamento a nível desenvolvimental.

Finalmente, é possível que, caso exista alguma relação significativa entre as variáveis, só se manifeste mais tarde. Pode acontecer que os estudantes que estão deprimidos agora, se assim se mantiverem, comecem a consumir álcool mais tarde na sua vida, ou que aqueles que tenham consumos excessivos só mais tarde apresentem sintomas de stress e depressão. Para responder a estas questões seria necessário efectuar estudos longitudinais. Até ao momento, os dados longitudinais disponíveis parecem indicar uma associação positiva e bidireccional entre consumo de álcool e problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (Marmorstein, 2009; Palijärvi et al., 2009; Swendsen & Merikangas, 2000).

#### **4. Síntese do capítulo**

Este capítulo teve como intuito a discussão dos resultados obtidos no presente estudo, à luz da literatura relevante. Os resultados disseram respeito à caracterização da saúde mental, à descrição dos seus comportamentos de risco ligados ao álcool e à relação entre consumo de álcool e saúde mental. De um modo geral, as hipóteses formuladas foram confirmadas, com excepção da hipótese relativa à relação entre consumo de álcool e saúde mental.

## **CAPÍTULO 8 – CONCLUSÕES**



Neste capítulo final apresentam-se as principais conclusões a retirar do presente estudo, reconhecendo, ainda assim, algumas limitações. Partindo dos resultados obtidos, procura-se reflectir sobre implicações práticas no âmbito da promoção da saúde no ensino superior e, para terminar, lançam-se algumas sugestões para investigações futuras.

## **1. Principais conclusões**

Tanto os problemas psicológicos como os comportamentos de risco estão associados às principais causas de morbilidade e mortalidade nas sociedades actuais (Ministério da Saúde, 2008a; Ogden, 2004), pelo que faz sentido estudar estas variáveis em conjunto (Smith et al., 2004). Em Portugal, o Ministério da Saúde reconhece que os dados acerca da saúde mental são insuficientes, admitindo que é necessário apostar na sua caracterização epidemiológica, nomeadamente em termos de dimensão, diferenças por sexo, grupo etário, classe socioprofissional, regiões e tendências de evolução (Ministério da Saúde, 2004a).

Dentro dos comportamentos de risco, o consumo de álcool é tido como uma área prioritária, sendo por isso incentivada a investigação que caracterize o consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências, através da realização de inquéritos epidemiológicos, estudos sobre o consumo de álcool e condução e, ainda, estudos sobre as representações e motivações dos consumidores face aos consumos em vários grupos populacionais (IDT, 2009).

O presente estudo pretendeu analisar concomitantemente duas áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde, ou seja, a saúde mental e os comportamentos de risco ligados ao álcool. A população-alvo escolhida foi a dos estudantes do ensino superior que, apesar de habitualmente não receber muita atenção em assuntos de saúde, parece ser uma população de risco em termos de saúde mental e da prática de comportamentos de risco, não só pela faixa etária em que se encontra, mas também pela frequência do ensino superior (e.g. Arnett, 2005; Kessler et al., 2005; Roberts & Zelenyansky, 2002; Slutske, 2005).

O primeiro objectivo deste estudo foi caracterizar a saúde mental dos estudantes. Os resultados mostraram que 32% dos estudantes se encontram num patamar disfuncional quanto à sua saúde mental, que 15% dos estudantes apresentam

sintomatologia depressiva e que 26% sofrem de níveis elevados de stress. A este propósito importa ainda salientar que, dos alunos identificados como estando em risco de desenvolver ou de ter um problema de saúde mental, apenas uma minoria está a receber apoio psicológico profissional. Os grupos de risco identificados como mais vulneráveis em termos de saúde mental foram as mulheres, os alunos do 1º e do 3º ano, que se situam em anos de transição, os alunos da área de Saúde e os alunos de estatuto socioeconómico baixo.

O segundo objectivo foi identificar os padrões de consumo de álcool dos estudantes universitários em termos de quantidade ingerida, frequência de consumo, existência de episódios de ingestão excessiva e tipos de bebidas mais ingeridas. A este respeito, apurou-se que 71% dos estudantes consumiram álcool no último mês e que 41% tiveram episódios de ingestão excessiva durante esse período de tempo. Os estudantes bebem, em geral, dois a quatro dias por mês e preferem a cerveja como bebida de eleição. Durante as festas académicas, os consumos costumam aumentar, tanto que, um quarto dos estudantes admite ter, nestas ocasiões, episódios de ingestão excessiva, consumindo cinco ou mais bebidas numa só ocasião. Os grupos mais vulneráveis ao consumo de álcool são os homens, os alunos da área de engenharias, os deslocados e os alunos de estatuto socioeconómico elevado.

O terceiro objectivo do estudo foi conhecer a prevalência dos comportamentos de risco ou problemas ligados ao consumo de álcool, em particular os comportamentos sexuais de risco e a condução sob o efeito de álcool. No que diz respeito aos comportamentos sexuais de risco, entre os estudantes sexualmente activos, 13% admitiram ter tido relações sexuais depois de consumirem álcool, relações que não teriam acontecido se não tivessem bebido. No que concerne à condução sob o efeito de álcool, 29% dos estudantes tiveram esse comportamento de risco, enquanto condutores sob o efeito de álcool e/ou passageiros de um veículo conduzido por alguém que o tivesse consumido. Estes comportamentos ocorreram mais em estudantes do sexo masculino e naqueles que tiveram episódios de ingestão excessiva.

Finalmente, o quarto objectivo do estudo foi analisar a relação entre saúde mental e consumo de álcool no ensino superior. Em relação a este assunto, não se encontrou, de um modo geral, uma relação entre saúde mental e consumo de álcool. As únicas variáveis que se associaram ao consumo, ainda que a associação seja fraca, foram o stress e o bem-estar. Ao contrário do que era esperado, à medida que os alunos consumiam mais álcool apresentavam menos stress e mais bem-estar. Para compreender estes resultados é importante ter em conta uma série de aspectos ligados

aos motivos e expectativas ligados ao consumo de álcool, às circunstâncias de consumo e à “cultura de universidade”, na qual os consumos não só são vistos como permitidos, como são incentivados.

Como se pode constatar, os objectivos do presente estudo foram cumpridos na totalidade. Das seis hipóteses colocadas, as cinco primeiras foram confirmadas: H1 - os níveis de saúde mental global e de bem-estar são mais baixos nas mulheres, nos alunos do 3º ano, nos estudantes de saúde e nos indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo; H2 – os níveis de depressão são mais elevados nas mulheres, nos alunos de saúde, nos estudantes deslocados e nos que pertencem ao estatuto socioeconómico mais baixo; H3 – os níveis de stress são mais elevados nas mulheres, nos alunos do 1º ano, nos cursos de saúde, nos deslocados, e nos alunos de estatuto socioeconómico mais baixo; H4 – há maior frequência, maior quantidade de consumo e mais episódios de ingestão excessiva nos homens, nos estudantes de Engenharia, nos deslocados e nos estudantes de estatuto socioeconómico elevado; H5 – as prevalências de comportamentos sexuais de risco e de condução sob o efeito de álcool são mais elevadas nos homens e nos alunos com episódios de consumo excessivo de álcool.

Entre essas hipóteses, H1, H4 e H5 foram confirmadas totalmente, enquanto H2 e H3 foram confirmadas apenas parcialmente, já que ao contrário do que era esperado, os deslocados não apresentaram mais sintomas de depressão nem mais stress do que os estudantes que se mantiveram na sua residência habitual. Levantaram-se algumas hipóteses explicativas para este resultado, nomeadamente a possibilidade de os deslocados, ao serem confrontados com mais mudanças, aumentarem a sua autonomia e resiliência. Para além disso, como estão longe da família e amigos, estão mais abertos ao desenvolvimento de novas relações interpessoais, podendo entender esses novos contactos como fontes de suporte social. Assim, talvez as mudanças a que estão expostos acabem por conduzir a um aumento da resiliência, protegendo-os da depressão e do stress. Somente a sexta hipótese (H6- quanto maior é o consumo de álcool, menores são os níveis de saúde mental global e maiores os níveis de depressão e stress) foi infirmada.

## 2. Limitações

Antes de se discutirem algumas implicações para a investigação e prática, são referidas algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, a amostra não é probabilística, mas sim de conveniência, o que levanta sempre reservas quanto à sua representatividade face à população (Pais Ribeiro, 2007b). Outra limitação decorrente deste estudo é o facto de ter sido realizado com estudantes de apenas uma universidade, pelo que a possível generalização destes resultados para outras instituições deve ser encarada com reserva.

Por outro lado, como a recolha dos dados foi realizada em sala de aula, é possível que alguns grupos de estudantes estejam sub-representados, como os trabalhadores-estudantes ou mesmo alguns alunos menos assíduos, nomeadamente por problemas de saúde física ou mental. Assim, tendo em conta a expansão da utilização da *internet*, de futuro será de considerar a aplicação de instrumentos de auto-resposta *online*. Este meio tem vantagens não só a nível económico, pois não implica impressão de cópias, como a nível de tempo (facilidade de construção de bases de dados e de cotação) e mesmo a nível de comodidade, quer para os alunos, que podem preenchê-los no momento que for mais conveniente, quer para os professores, que não têm que abdicar de tempo de aulas.

De qualquer modo, sempre que se utilizem instrumentos de auto-relato há que ter em conta a influência de factores que afectam a validade das informações dadas. Com efeito, é importante considerar aspectos como a desejabilidade social, a falsificação e também questões de memória (Moreira, 2004). Numa revisão de literatura acerca dos factores que afectam a validade de medidas de auto-relato sobre comportamentos de risco, Brener, Billy e Grady (2003) concluíram que algumas das principais ameaças são a dificuldade em recordar certos aspectos e o embaraço em admitir outros, dado o seu carácter íntimo.

Além disso, os sujeitos podem sub-reportar ou sobre-reportar determinados tipos de comportamento, consoante os considerem ou não socialmente desejáveis. Com efeito, a desejabilidade social é uma questão muito pertinente, não só nos comportamentos de risco, mas também na saúde mental, pois ambos os temas são da esfera privada e íntima das pessoas, pelo que podem ser consideradas questões demasiado pessoais para serem reveladas ou vistas como fragilidades por quem as experiencia. A título de exemplo, um estudo sobre consumo de drogas e comportamentos de risco revelou que apenas 70.5% dos sujeitos afirmavam ter sido honestos nas suas respostas (Pillon, O'Brien, & Chavez, 2005).



No que diz respeito aos instrumentos utilizados, apesar de terem demonstrado boas características psicométricas, carecem ainda de mais investigação. Além disso, é necessário ter em atenção que os resultados que eles proporcionam não são diagnósticos clínicos, pelo que se recomenda cautela na sua interpretação. Em particular, no que diz respeito à Medida de Saúde Comportamental-20, embora os pontos de corte utilizados nesta amostra tenham sido os indicados pelos autores dos questionários, eles foram determinados com base em estudantes universitários americanos, pelo que poderão não estar totalmente adequados à realidade portuguesa. No caso do IDEU, a situação é diferente, pois não foram fornecidos valores, mas sim fórmulas para calcular os pontos de corte, com base nas médias e desvios-padrão obtidos com as amostras portuguesas.

Para além disso, na avaliação do consumo de álcool recorreu-se a questões individuais, o que não possibilitou uma leitura mais global do consumo, nem a identificação de pontos de corte, nem tão pouco avaliar a dependência de álcool, o que seria possível com recurso a um questionário de despistagem de álcool, como o *AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test* (Babor et al., 2001).

### **3. Implicações práticas**

Apesar das reservas e limitações deste estudo é possível retirar várias implicações práticas. Em primeiro lugar, constata-se que há uma percentagem considerável de estudantes identificados como estando em risco de terem ou de virem a desenvolverem problemas de natureza psicológica, o que vem criar novos desafios às instituições do ensino superior. Neste contexto, salienta-se a necessidade de maior envolvimento das instituições no tratamento dos problemas existentes, na prevenção, principalmente junto daqueles que estão em maior risco, e na promoção da saúde mental em toda a comunidade estudantil.

Convém ter em linha de conta que o estado de saúde mental dos estudantes tem impacto não só a nível individual, mas também social e mesmo institucional. Senão veja-se: cerca de 5% dos alunos que não terminam a educação devem o abandono a problemas de natureza psicológica. Para além disso, são vários os estudos que mostram que tais problemas como a depressão ou o stress afectam negativamente o rendimento académico e que, por sua vez, a melhoria da saúde mental conduz a um aumento dos

resultados académicos (Andrews & Wilding, 2004; Ferreira & Fernandes, 2010; Field, 2001; Vaez & Laflamme, 2008). Desta forma, ao investir na saúde mental dos seus alunos, as instituições estarão a promover o seu desenvolvimento psicossocial, a combater o abandono dos estudos, a estimular o sucesso académico e futuramente profissional, pelo que estarão, ainda, a elevar, de forma indirecta, a reputação da instituição (Kadison & DiGeronimo, 2004; Taveira, 2001).

Assim, é desejável reforçar a oferta de apoio psicológico profissional, pois verifica-se que, apesar das melhorias a nível quantitativo e qualitativo dos serviços de apoio nos últimos anos, os recursos disponíveis são ainda limitados, principalmente quando se fala em recursos humanos (Aastrup et al., 2007). Mais concretamente, seria conveniente aumentar o número de profissionais a dar apoio psicológico, o que poderia ajudar a diminuir o tempo de espera por uma consulta. Neste âmbito, os Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA-UA) disponibilizam à comunidade estudantil, através do Centro de Saúde Universitário, consultas de psiquiatria e de psicologia, tendo reforçado a capacidade de resposta destas últimas no ano lectivo 2010/2011 (Castanheira, 2010).

No entanto, o tempo de espera não é certamente a única barreira à procura de ajuda psicológica. Há estudantes que desconhecem os serviços de apoio que têm ao seu dispor. Deve, por isso, apostar-se na divulgação dos serviços existentes, não só através de cartazes, brochuras, mas também através de objectos úteis, que os estudantes tenham à mão, como lápis, calendários e marcadores de livros, que poderão ser distribuídos gratuitamente.

Outra barreira que tem sido identificada é a incapacidade em reconhecer que se tem um problema psicológico (Rosenthal & Wilson, 2008). De facto, as pessoas terão maior probabilidade de procurar ajuda se forem capazes de reconhecer que têm um problema psicológico e tiverem conhecimento, competências e encorajamento para procurar ajuda. A literacia em saúde mental engloba a capacidade de reconhecer problemas de saúde mental, conhecimento e crenças sobre os riscos, causas e tratamentos eficazes e conhecimento sobre como procurar informação e serviços de saúde mental (Jorm, 2000).

Para aumentar a literacia dos estudantes poderão distribuir-se brochuras, ou disponibilizar *online* materiais sobre os sintomas e a caracterização dos problemas mais comuns, como a depressão, a ansiedade, as perturbações alimentares, entre outros. Para além disso, poderão realizar-se seminários e *workshops* sobre estes temas. Neste último caso, para além de convidar profissionais para falar, poder-se-ia também envolver

estudantes que já passaram por problemas de saúde mental, desafiando-os a falar na primeira pessoa acerca da sua experiência passada, o que poderá ter mais impacto do que profissionais a fazê-lo e contribuir para a desestigmatização desses problemas (Kadison & DiGeronimo, 2004).

Para além dos estudantes, é importante que pessoal docente e não docente possua também literacia em saúde mental, para que possa reconhecer sinais de dificuldades a nível psicológico nos alunos. Dada a resistência de alguns alunos em procurar ajuda quando dela precisam, a literacia em saúde mental por parte de professores e funcionários poderá ser de extrema importância. Com efeito, alguns dos problemas psicológicos mais comuns entre os estudantes, como depressão, ansiedade e uso de substâncias e outros mais graves como os pensamentos suicidas, dificultam a procura de ajuda, ao promoverem o isolamento social e a tendência para a manutenção do sofrimento para si próprio (Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2001; Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Assim, professores e funcionários poderão não só estar alerta e detectar alunos com possíveis problemas, como deverão sinalizá-los e, se possível, sugerir o encaminhamento desses alunos para os serviços de apoio psicológico. A existência de uma atitude proactiva por parte de quem detecta as dificuldades poderá ser benéfica, consumando-se, eventualmente, em actos práticos como a marcação da primeira consulta, com consentimento do aluno (Sharkin, 2006).

Na maioria dos casos, porém, será o próprio aluno a marcar consulta. Seria conveniente que, no momento da marcação, presencialmente ou através do telefone, pudesse ser realizada uma breve entrevista estruturada para efeitos de triagem. Com base nos dados fornecidos seria possível enquadrar o aluno numa das seguintes categorias: estado de emergência (em que seria visto no próprio dia), urgência (visto em 48-72 horas) ou nível de rotina (Rockland-Miller & Eells, 2006). Assim, seria mais fácil gerir prioridades, atendendo primeiro os casos de emergência.

A detecção precoce de perturbações mentais é crucial, pois torna possível o tratamento em estados iniciais e aumenta a probabilidade de resultados de sucesso. Uma forma de tentar combater os problemas de saúde mental dos estudantes poderia passar pela administração, a todos os alunos do campus, de uma medida rápida de despistagem de problemas de saúde mental sérios. A partir daí, os serviços de aconselhamento abordariam apenas os alunos que apresentassem resultados mais preocupantes, através de mais testes ou entrevistas clínicas que poderiam resultar, se necessário, em psicoterapia. Neste contexto, Koltko-Rivera (2007) apresenta três formas diferentes de implementar a despistagem nas instituições do ensino superior:

1) despistagem iniciada pelos estudantes, em que se disponibiliza o instrumento de avaliação da saúde mental, normalmente *online*, e em que é o aluno que toma a iniciativa de responder. Se o resultado for preocupante, é o aluno que contacta os serviços de aconselhamento;

2) despistagem universal, em que a instituição organiza a despistagem formal e encoraja todos os estudantes a participarem. Os resultados vão para os serviços de aconselhamento e estes tomam a iniciativa de contactar os estudantes cujos resultados sejam preocupantes;

3) despistagem obrigatória que é semelhante ao método anterior, mas em que todos os estudantes são formalmente requisitados para responder ao instrumento de despistagem.

Segundo Koltko-Rivera (2007) as instituições deverão privilegiar a 2ª ou a 3ª opção, uma vez que os dados empíricos mostram que os jovens têm relutância em procurar ajuda e, entre os alunos com problemas mentais, apenas uma pequena percentagem tem a iniciativa de procurar apoio psicológico. Em qualquer dos casos, seria mantida a confidencialidade dos resultados e apenas os profissionais dos centros de aconselhamento teriam conhecimento dos resultados de determinado aluno. Outra hipótese a considerar, mais restrita é certo, seria a passagem dos instrumentos de despistagem aos alunos que visitassem os serviços médicos por outros motivos (Zygowicz & Saunders, 2003).

Embora o tratamento seja uma vertente muito importante, não se pode descurar o papel da prevenção. Como McDonald, Pritchard e Landrum (2006) afirmam:

Current approaches to dealing with mental health problems in college students tend to be reactive rather than proactive, and as a result, many students develop mental health problems and other difficulties in functioning because preventive strategies are either not in place or are underdeveloped. (p. 226)

Kadison e DiGeronimo (2004) vão mais longe, garantindo que a prevenção é o melhor investimento. Deste modo, para além do apoio psicológico profissional, é necessário continuar a apostar em meios alternativos que alcancem um maior número de estudantes que, embora não apresentem ainda patologia, possam estar em risco. Uma estratégia possível, que tem sido colocada em prática internacionalmente e, de há uns anos a esta parte, também em Portugal é o *peer counseling*, ou seja, o processo no qual estudantes treinados e supervisionados ajudam outros estudantes com problemas pessoais e académicos, oferecendo relações de apoio, clarificando os pensamentos e

sentimentos, explorando opções e alternativas e ajudando os outros estudantes a encontrar as suas soluções (Myrick et al., 1995).

A Universidade de Aveiro tem apostado fortemente no *peer counseling*, tendo sido a primeira a criar uma linha telefónica de apoio ao aluno pelo aluno, no ano lectivo de 1994/1995, linha essa que, após alguns anos de interregno, voltou a estar activa a partir de 2009/2010 (Pereira, 2005; Pereira et al., 2008). A LUA *Nightline* é, então, uma linha telefónica nocturna, gratuita e confidencial, de apoio psicológico a alunos do ensino superior, prestado por outros alunos que receberam formação específica para desempenhar essas funções, nomeadamente nas áreas do apoio emocional, resolução de problemas, tomada de decisão, escuta activa e partilha empática.

Para além da linha telefónica, este apoio de pares já foi feito através de um ambiente virtual, o *Second Life*, numa experiência pioneira, e é actualmente realizado também por *email*, sob a designação E-LUA. Estas modalidades de *peer counselling* são complementadas, desde 2009, por um serviço de apoio psicológico profissional, a LUA *Face-to-Face*. São marcadas consultas, neste serviço, sempre que um voluntário percebe que o caso com que está a lidar excede a sua capacidade de resposta e necessita de uma intervenção especializada, urgentemente. Assim, a LUA *Face-to-Face* pretende ser um serviço excepcional e limitado a um número muito reduzido de casos, com capacidade de resposta num curto espaço de tempo (Castanheira et al., 2010).

A LUA tem tirado partido das novas tecnologias que estão actualmente disponíveis e que são massivamente usadas pelos estudantes, servindo-se delas não apenas para prestar apoio, mas também para dar a conhecer a sua actividade junto da comunidade académica. De facto, para além de recorrer a meios mais tradicionais como cartazes ou marcadores de livros, as várias vertentes ou “fases da LUA” têm sido divulgadas através da lista geral de *emails* da Universidade, do jornal *ua@online*, da construção de um sítio próprio na *internet* dentro do portal da UA e, desde 2010, através de uma página na rede social *Facebook* (Castanheira et al., 2010).

A aposta no *peer counseling* faz todo o sentido, tendo em conta que é uma das estratégias mais aconselhadas, pois traz benefícios para todas as partes envolvidas: a instituição, os estudantes que procuram ajuda e aqueles que ajudam. As instituições conseguem, deste modo, oferecer uma alternativa de apoio psicológico, a baixo custo, aos serviços profissionais de aconselhamento. Os estudantes com dificuldades encontram muitas vantagens nesta modalidade, como o facto de terem ajuda para dificuldades transitórias e poderem falar num ambiente mais informal, sem o estigma de consultar um profissional. Os alunos “conselheiros” podem beneficiar, com estas

iniciativas, de um desenvolvimento pessoal, aos níveis emocional, cognitivo e social, tendo a oportunidade de desenvolver novas capacidades e o seu sentido cívico e de responsabilidade (Solomon, 2004).

Os programas de *peer mentoring* ou mentorado são também estratégias a considerar. Neste caso, o objectivo é que estudantes que tenham tido uma transição bem sucedida para o ensino superior e tenham conhecimento acerca de material académico e recursos no campus possam prestar apoio a estudantes recém-chegados ou em risco, contribuindo assim para uma integração mais bem sucedida. De facto, intervenções que melhorem a auto-eficácia dos alunos e proporcionem apoio na área académica, terão impacto positivo, não só na adaptação académica, mas também no seu bem-estar, em particular, na sua satisfação com a vida (Lent et al., 2009).

As intervenções preventivas com estudantes do ensino superior poderão tomar diversas formas, mas devem ter em comum o facto de se focarem em factores que causem, ou possam predizer, o desenvolvimento de problemas de saúde mental. Embora alguns factores não possam ser prevenidos ou evitados, por serem inerentes à experiência do ensino superior (e.g. a deslocação dos estudantes, o afastamento da família e amigos), outros factores poderão ser atenuados, como é o caso do stress (McDonald et al., 2006).

Assim, poderão realizar-se seminários de gestão do stress que forneçam informações gerais sobre esse tema e ensinem formas eficazes de o reduzir, incidindo nas principais fontes de stress experimentadas pelos estudantes (Dziegielewski, Turnage & Roest-Marti, 2004). Se essas estratégias forem benéficas no fortalecimento das capacidades de *coping* e eficazes na diminuição do stress e nos sentimentos de ansiedade, os estudantes terão maior possibilidade de obter sucesso académico (Ross et al., 1999).

Neste contexto, a Universidade de Aveiro tem vindo a realizar, desde 2005/2006, várias sessões com o objectivo de ajudar os alunos a reconhecer os sintomas de stress e a diminuí-los através de métodos de gestão de stress, que aliam o relaxamento físico a técnicas cognitivas. Essas sessões têm sido avaliadas de forma positiva pelos participantes, que relatam, no final, aumento de bem-estar (Pereira et al., 2007, 2008; Vagos et al., 2009). Não obstante, seria talvez importante aumentar a frequência destas iniciativas, melhorar a sua divulgação para atingir um número maior de estudantes e estendê-las a outras instituições do ensino superior.

Diversas abordagens poderão ser utilizadas na redução do stress. Para além do relaxamento, tem sido comprovada a eficácia dos programas baseados no *mindfulness*

em estudantes do ensino superior. Estes programas parecem ter efeitos na redução da ansiedade, na redução do nível de sofrimento psicológico em geral, incluindo depressão e no aumento de empatia (Teixeira, 2010).

Para além disso, o suporte social, enquanto factor protector face ao stress e suas consequências negativas deve ser fomentado. Para esse efeito, poderão intensificar-se as actividades de boas-vindas aos caloiros que incentivem os estudantes a obter e utilizar suporte social durante a transição para a universidade (DeBerard, Spielmans, & Julka, 2004).

No que diz respeito ao consumo de álcool, os resultados deste estudo vêm confirmar que há uma elevada percentagem de alunos com padrões de consumo nocivo. Por conseguinte, é necessário desenvolver estratégias que visem diminuir os elevados níveis de consumo e as consequências negativas associadas, promovendo estilos de vida saudáveis (Pereira & Ramos, 2000). Neste âmbito, têm sido realizadas intervenções de prevenção universal (dirigidas a todos os estudantes), selectivas (e.g. estudantes em risco ou com consumo excessivo) e indicadas (estudantes sinalizados).

De um modo geral, os dados disponíveis indicam que as intervenções com estudantes universitários devem ser breves, com grupos pequenos e lideradas por pares, se possível. As metodologias devem ser participativas, com recurso ao *role playing*, a discussões e a *feedback* individual, por exemplo. Os conteúdos abordados deverão incluir: debate de falsas crenças ligadas ao álcool, barreiras percebidas quanto à abstinência ou ao consumo moderado; superação da influência social negativa; desenvolvimento de competências cognitivas, pessoais e sociais e promoção de estratégias de resolução de problemas (NIAAA, 2002; Sands et al., 1998). Dado que os consumos de álcool se intensificam durante as festas académicas, surgindo associados a outros comportamentos de risco, estas ocasiões poderão constituir oportunidades privilegiadas para a prevenção.

Para além disso, deve apostar-se na educação para a saúde. Precioso (2004a) defende que a Universidade deveria proporcionar a todos os alunos formação em educação para a saúde, através de infusão de temas de saúde em todas as unidades curriculares; através de uma disciplina de educação para a saúde (em regime de opção), de acções extra-curriculares e por meio da criação de um ambiente mais saudável. Uma estratégia concreta de educação para a saúde no contexto do álcool passa por mostrar aos alunos alternativas às bebidas alcoólicas e ao consumo de álcool como meio de ocupação de tempos livres e como condição *sine qua non* de divertimento ou de festejo

(IAS, 2010; Royal College of Psychiatrists, 2003). Neste âmbito, os Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro têm desenvolvido diversas actividades culturais e desportivas em articulação com as estruturas representativas dos estudantes, nas quais se promovem a adopção de estilos de vida saudáveis (Castanheira, 2010).

Tendo em conta a intensa utilização dos computadores por parte dos estudantes e a sua disponibilidade nos *campi* universitários, começaram a surgir intervenções para educar os estudantes acerca do álcool e dos seus efeitos, através de *cd-roms* e da *internet*. As principais vantagens destes meios são a confidencialidade e a ausência de juízos de valor, o que pode auxiliar a divulgação de informações pessoais relevantes e, por sua vez, facilitar a mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos. A *internet* tem ainda a vantagem de poder alcançar um número elevado de estudantes ao mesmo tempo e de lhes poder proporcionar *feedback* personalizado (Elliott, Carey, & Bolles, 2008).

A título de exemplo, o *My Student Body: Alcohol* é um sítio interactivo na *internet* de prevenção primária e secundária do consumo de álcool, que tem demonstrado eficácia. A prevenção primária é feita essencialmente através de informações relevantes e a prevenção secundária consiste numa intervenção denominada *Rate Myself*. Numa primeira fase, o estudante é convidado a responder a questões acerca de: crenças relativas ao álcool; estilos de vida; riscos que corre quando bebe (incluindo condução sob o efeito de álcool, violência e comportamentos sexuais de risco); consequências do consumo de álcool (dependência, problemas interpessoais, más notas). Numa segunda fase, o estudante recebe *feedback* personalizado e indicações acerca de conteúdos do sítio que mais se adequem à sua situação. Entre os conteúdos encontram-se artigos, ferramentas interactivas relacionadas com o consumo de álcool no ensino superior, histórias de alunos e uma secção de perguntas que são respondidas por peritos no assunto. Para além disso, incluem-se dicas sobre estratégias a seguir em várias situações: como moderar o consumo, como comunicar com colegas de casa acerca de problemas de álcool e como não exagerar durante as férias, por exemplo. Finalmente, tem também uma área de emergência, na qual se ajudam os estudantes a reconhecer eficazmente os sinais de envenenamento por álcool e a encontrar entidades locais a contactar em caso de emergência (Chiauszi, Green, Lord, Thum, & Goldstein, 2005). Uma vez que este tipo de programa tem dado provas da sua eficácia, poderia ser um bom investimento apostar na sua adaptação ou no desenvolvimento de programas semelhantes em Portugal.



Quanto aos estudantes que consomem álcool em excesso e que têm também outros comportamentos de risco associados, como a condução sob o efeito de álcool ou a prática sexual de risco, pode existir uma ou mais causas subjacentes comuns a esses comportamentos, como a propensão para o risco e a procura de sensações fortes. Para esses indivíduos, estratégias mais abrangentes, que ajudem a lidar com essas causas poderão ser mais eficazes do que estratégias estritamente direccionadas para a diminuição do consumo de álcool (Cooper, 2002). Nos casos em que se verifique a procura de sensações, convém apostar em actividades alternativas sem álcool que proporcionem também emoções fortes, como escalada, *rappel*, parapente e outras actividades radicais ou ainda desportos competitivos.

Importa também referir que, embora os consumos de álcool atinjam o seu pico na adultez emergente, têm início geralmente na adolescência e que as prevalências de consumos intensivos nessa faixa etária têm vindo a aumentar nos últimos anos (Hibell et al., 2007). Por conseguinte, a prevenção do consumo de álcool, bem como de comportamentos de risco associados, deve começar nas camadas mais novas, realçando-se aqui o papel da escola e da família (Festas, 2002).

Ao contrário do que era esperado, de um modo geral, a saúde mental não se relacionou com o consumo de álcool. Este dado vem mostrar que há grupos de risco distintos para cada uma destas variáveis. Assim, é importante que as iniciativas de prevenção tenham em conta as especificidades dos grupos de risco identificados em termos de saúde mental e em termos de consumo de álcool, na altura de planificar e colocar em prática intervenções.

Para finalizar este ponto, importa sublinhar que a Universidade de Aveiro tem intensificado esforços no sentido de promover a saúde (física e mental) dos seus alunos, tanto que algumas implicações referidas estão a ser colocadas em prática. Em todo o caso, há sempre aspectos a melhorar, pelo que se espera que esta instituição possa beneficiar com as sugestões aqui apontadas. Convém ainda referir que quando os estudantes participaram neste estudo, preenchendo os vários instrumentos de auto-relato, nos anos lectivos 2007/2008 e 2008/2009, não tinham ao seu dispor alguns serviços de apoio que entretanto entraram em funcionamento, como é o caso da LUA *Nightline* ou da LUA *Face-to-Face*. Este facto suscita a seguinte questão: Será que se esses serviços de apoio estivessem disponíveis no momento da recolha dos dados, os resultados em termos de saúde mental e comportamentos de risco teriam sido diferentes?

#### 4. Sugestões para investigações futuras

Alferes (1997) considera que “a investigação é um processo circular ou, mais exactamente, um processo em espiral. [...] A resolução de um problema é, simultaneamente, a sua reformulação ou o ponto de partida para o equacionar de um novo problema” (pp. 24-25). Partilhando desse ponto de vista, constatou-se que ao mesmo tempo que este estudo respondeu a algumas questões, acabou por levantar outras que poderão, decerto, vir a ser respondidas em estudos futuros, pelo que ficam, desde já, algumas sugestões.

Em primeiro lugar, embora os instrumentos utilizados apresentem qualidades requeridas à investigação, o aprofundamento e a ampliação dos seus requisitos psicométricos pode constituir um elemento a ter em conta em posteriores estudos, sobretudo o estudo psicométrico da escala cujos autores se limitaram à análise da validade de construto ou interna com base na análise de conteúdo dos itens (Behavioral Health Measure-20, de Kopta & Lowry, 2002).

Depois, o desenvolvimento de estudos longitudinais sobre a saúde mental e o consumo de álcool nos estudantes ajudaria a compreender a evolução daquelas variáveis ao longo do tempo. Quanto à saúde mental, este estudo não detectou uma relação com a idade, mas é preciso ter em conta que a amostra era algo restrita em termos etários. Assim, seria interessante analisar a sua evolução, não só ao longo do curso, mas eventualmente desde a pré-entrada ao período após conclusão do curso. Convém ainda referir que um estudo longitudinal poderia ajudar a clarificar alguns aspectos contraditórios encontrados na literatura. Mais especificamente, enquanto alguns estudos mostram que o bem-estar dos adultos emergentes tende a aumentar gradualmente (Schulenberg & Zarrett, 2006), outros estudos dão conta de um decréscimo da saúde mental ao longo do curso universitário (Adlaf et al., 2001; Bewick, Koutsopoulou, Miles, Slaa, & Barkham, 2010).

No que diz respeito ao consumo de álcool, também seria oportuno observar a evolução dos padrões de consumo ao longo do tempo de estudo e verificar se tal evolução segue o curso descrito na literatura. Mais concretamente, tem-se constatado que a prevalência, quantidade e frequência de consumo de álcool aumentam tipicamente na transição do ensino secundário para o ensino superior e tendem a diminuir na transição para o mundo do trabalho (Schulenberg & Maggs, 2002). Seria igualmente pertinente investigar quais os motivos subjacentes ao consumo de álcool nos estudantes, para compreender melhor a relação entre o álcool e a saúde mental nesta população.

Para além de avaliar a evolução de cada uma das variáveis isoladamente, seria proveitoso estudar também a relação entre consumo de álcool e saúde mental ao longo do tempo para ver se essa relação se alterava, ou seja, se os estudantes que consomem mais agora poderão vir a ter sintomas depressivos e ansiosos mais tarde ou se os que já estão deprimidos irão consumir mais álcool no futuro.

Através de um estudo longitudinal ou mesmo de um estudo transversal, por meio da comparação de grupos, seria pertinente comparar a saúde mental dos estudantes do 1º ciclo com a dos estudantes de pós-graduação (2º e 3º ciclo), pois há dados que indicam que a saúde dos estudantes destes níveis mais avançados tende a ser pior (Hyun, Quinn, Madon, & Lustig, 2006; Soet & Sevig, 2006).

Diversos estudos internacionais indicam que os estudantes do ensino superior apresentam pior saúde mental e mais comportamentos de risco ligados ao álcool do que os seus pares não universitários (e.g. Stewart-Brown et al., 2000; Kypri et al., 2005; Slutske, 2005), no entanto, Portugal carece de dados a este respeito. Por esse motivo, poderia realizar-se um estudo comparativo semelhante aos realizados no estrangeiro, para avaliar vários indicadores de saúde mental, incluindo sintomatologia psicopatológica e variáveis positivas como o bem-estar, para além de medidas do consumo de álcool, para averiguar se essa tendência também ocorre em Portugal.

Uma vez que poucos alunos recorrem a ajuda profissional seria importante identificar detalhadamente as barreiras que os impedem de a procurar. Seria, então, profícuo perceber até que ponto os alunos conhecem as infraestruturas disponíveis e quais as crenças, valores e atitudes que têm acerca do apoio psicológico. Para além disso, convinha aprofundar o conhecimento acerca do perfil dos que procuram ajuda e das características que os distinguem daqueles que eventualmente também precisariam, mas que não o fazem, não só em termos do tipo e gravidade dos sintomas, mas também em termos de outras características, como a personalidade.

Os resultados obtidos poderão, ainda, aconselhar a realização de estudos com metodologia de tipo quase-experimental (ou longitudinal e quase-experimental) que, no âmbito de um programa de intervenção nos estudantes em risco, procurasse ensaiar a promoção da saúde mental dos alunos e analisar os efeitos ocorridos nos comportamentos de risco. Um estudo com este objectivo permitiria detectar a oscilação dos resultados nos instrumentos utilizados, atribuída à intervenção. Será legítimo entender o desenvolvimento positivo do indivíduo, do seu bem-estar e felicidade, como uma das maiores tarefas da Psicologia e da Educação, (Gilman, Huebner, & Furlong, 2009; Keyes, 2006).

Para terminar, seria ainda interessante abordar as questões da saúde mental e dos comportamentos de risco numa perspectiva qualitativa, inquirindo os alunos sobre quais as suas maiores preocupações nestes temas.

### **Reflexão final**

Os estudos existentes sobre a saúde mental e os comportamentos de risco em estudantes universitários são manifestamente escassos, nomeadamente em Portugal. Investigações que analisem simultaneamente esses dois aspectos da vida dos estudantes são ainda mais raras. O presente trabalho mostra que há uma grande percentagem de alunos em risco de desenvolver ou já com problemas de saúde mental e que, entre esses estudantes, só uma minoria está actualmente a receber apoio psicológico. Para além disso, a maioria dos estudantes consome álcool e uma percentagem considerável tem consumos nocivos, com episódios de ingestão excessiva, correndo risco acrescido de sofrer consequências negativas.

Espera-se que este trabalho contribua, de algum modo, para sensibilizar toda a comunidade da instituição, desde estudantes a docentes, passando por pessoal não docente e administradores, para a dimensão destes problemas. Do mesmo modo, espera-se que os elementos desta comunidade fiquem mais alerta em relação a possíveis sinais de alarme, para que possam identificar, sinalizar e encaminhar quem possa estar a precisar de algum tipo de apoio.

A saúde dos estudantes do ensino superior é uma importante questão de saúde pública que não deve ser descurada pelas instituições de ensino, dado o seu impacto, não só a nível pessoal e social, como também académico e mesmo institucional. Numa perspectiva mais global, espera-se que este trabalho realce a importância da prevenção e da promoção da saúde, física e mental, na construção de um campus cada vez mais saudável e com mais sucesso, a todos os níveis.

## REFERÊNCIAS



- Aastrup, W., Katzensteiner, M., Ferrer-Sama, P., & Rott, G. (Eds.). (2007). *Guidance and counselling in higher education in European Union member states* (FEDORA Report). Aarhus, Dinamarca: Narayana Press. Recuperado de [http://fedora.plexus.leidenuniv.nl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=94&Itemid=241](http://fedora.plexus.leidenuniv.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=241)
- Abbey, A. (2002). Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students. *Journal of Alcohol Studies on Alcohol, Supl. 14*, 118-128.
- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P., Clinton, M. A., & McAuslan, P. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Health Research World, NIAAAA*, 25 (1), 43-51.
- Adewuya, A., Ola, B., & Aloba, O. (2006). Gender differences in the relationship between alcohol use and anxiety symptoms among Nigerian college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 255-257.
- 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, 67-72.
- Agante, D., Brito, I., & Rodrigues, V. (2010). Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas em estudantes do ensino superior de Coimbra, Aveiro e Leiria. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 177-178). Lisboa: RESAPES-AP.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48 (5), 385-391.
- Aherne, D. (2001). Understanding student stress: a qualitative approach. *The Irish Journal of Psychology*, 22 (3-4), 176-187.
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Albuquerque, C., Ferreira, A. P., Pereira, A., & Oliveira, C. P. (2010). Reasons associated with alcohol use in young Portuguese students. *European Psychiatry*, 25 (Supl. 1), 1261.
- Albuquerque, T. (2008). Do abandono à permanência num curso de ensino superior. *Sísifo/ Revista de Ciências da Educação*, 7, 19-28.

- Almeida, D., Neupert, S., Banks, S., & Serido, J. (2005). Do daily stress processes account for socioeconomic health disparities? *Journals of Gerontology*, 60B (Special Issue II), 34-39.
- Almeida, L. S. (2001). Acesso, integração e sucesso académico: Uma análise reportada aos estudantes do 1.º ano. In R. B. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *III Simpósio – Pedagogia na Universidade* (pp. 223-240). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Almeida, L. S. (2002). Factores de sucesso/insucesso no ensino superior. In *Actas do Seminário Sucesso e Insucesso no Ensino Superior Português* (pp. 103-119). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Almeida, L. S. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 15 (2), 203-215.
- Almeida, L. S., & Ferreira, J. A. (1997). *Questionário de Vivências Académicas*. Braga: Universidade do Minho.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Amaral, M., Lourenço, L., & Ronzani, T. (2006). Beliefs about alcohol use among university students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 181-185.
- American College Health Association [ACHA]. (2002). *National College Health Assessment: Reference Group. Executive Summary Spring 2002*. Baltimore: American College Health Association.
- American College Health Association [ACHA]. (2008). *National College Health Assessment: Reference Group Data Report, Spring 2008*. Baltimore, MD: American College Health Association.
- American College Health Association [ACHA]. (2010). *National College Health Assessment, Spring 2010: Reference Group Executive Summary*. Recuperado de [http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II\\_ReferenceGroup\\_ExecutiveSummary\\_Spring2010.pdf](http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2010.pdf)
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition*. Washington DC: Autor.
- American Psychiatric Association [APA]. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Ed. Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.



- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Ed. Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective – Report to the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.  
Recuperado de [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf)
- Andersson, C., Johnsson, K., Berglund, M., & Öjehagen, A. (2007). Alcohol involvement in Swedish university freshman related to gender, age, serious relationship and family history of alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism, 42* (5), 448-455.
- Andrews, B., Hejdenberg, J., & Wilding, J. (2006). Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview. *Journal of Affective Disorders, 95*, 29-34.
- Andrews, B., & Wilding, J. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology, 95*, 509-521.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal, 322*, 419-421.
- Andrews, G., Szabo, M., & Burns, J. (2002). Preventing depression in young people. *The British Journal of Psychiatry, 181*, 460-462.
- Archer, J., & Cooper, S. (1998). *Counseling and mental health services on campus: A handbook of contemporary practices and challenges*. San Francisco: Jossey Bass.
- Arehart-Treichel, J. (2002). Mental illness on rise on college campus. *Psychiatry News, 37* (6), 6.
- Arnett, J. J. (1991). Still crazy after all these years: Reckless behavior among young adults aged 23-27. *Personality and Individual Differences, 12*, 1305-1313.
- Arnett, J. J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth & Society, 29*, 1-23.
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development, 41*, 295-315.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55* (5), 468-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues, 35*, 235-253.

- Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood in Europe: a response to Bynner. *Journal of Youth Studies*, 9 (1), 111-123.
- Arnett, J. J. (2007a). Emerging adulthood: what is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1 (2), 68-73.
- Arnett, J. J. (2007b). Suffering, selfish, slackers? Myth and reality on emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 23-29.
- Association of University and College Counselling [AUCC]. (2002). *Annual survey of counselling in further and higher education, 2000-2001*. Rugby: BACP.
- Astin, A. W. (1977). *Four critical years*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Astin, A. W. (1984). Student Involvement: A developmental theory for higher education. *Journal of College Student Personnel*, 25, 297-308.
- Astin, A. W. (1993). *What matters in college? Four critical years revised*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Azevedo, V., Elias, A.S., Ferreira, A.S., Samorinha, A.C., & Maia, A. (2010). Comportamentos de risco durante o Enterro da Gata: Realidade ou mito? In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1172-1186).
- Azevedo, V., Samorinha, A., Ferreira, A., Leite, C., Lopes, H., & Maia, A. (2010). As festividades académicas: dos comportamentos de risco às possibilidades de intervenção. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 137-142). Lisboa: RESAPES-AP.
- Babor, T.F., Biddle-Higgins, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Baer, J. S. (2002). Student factors: understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, (Supl.) 40-53.
- Baier, M., & Welch, M. (1992). An analysis of the concept of homesickness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 54-60.
- Baker, R. W., & Siryk, B. (1989). *Student Adaptation to College Questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Baldwin, D., & Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. London, UK: The Parthenon Publishing Group.

- Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral: Portugal 2007*. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.
- Barry, M.M. (2001). Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3 (1), 25-34.
- Baskin-Sommers, A., & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 609-611.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence of socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, K., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., O'Grady, K., & Wish, E. (2008). Social context of drinking and alcohol problems among college students. *American Journal of Health Behavior*, 32 (4), 420-430.
- Beck, K., Kasperski, S., Caldeira, K., Vincent, K., O'Grady, K., & Arria, A. (2010). Trends in alcohol-related traffic risk behaviors among college students. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 34 (8), 1472-1478.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bento, A. (2008). O insucesso no ensino superior: perspectivas e situações dos alunos do 4º ano via ensino da Universidade da Madeira. In C. Escallier & N. Veríssimo (Orgs.), *Educação e cultura* (pp. 147-156). Funchal: Grafimadeira.
- Benton, P., & Scales, P. (2004). *Successful young adult development* (Executive Summary). Search Institute. Recuperado de <http://www.search-institute.org/system/files/GatesFdnReport-EmergingAdulthood2004.pdf>
- 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.
- Bertoquini, V., & Ribeiro, J. P. (2006). Are Portuguese college students happy? [Resumo]. *Psychology and Health*, 21 (Supl. 1), 18.
- Bevilaqua, N., Braga, R., Leonel, V., & Bem, A. (2006). O consumo de álcool entre estudantes de dois cursos universitários. *Contrapontos*, 6 (1), 123-136.

- Bewick, B., Gill, J., Mulhern, B., Barkham, M., & Hill, A. (2008). Using electronic survey to assess psychological distress within the UK university student population: a multi-site pilot investigation. *E-Journal of Applied Psychology*, 4 (2), 1-5.
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, 35 (6), 633-645.
- Bewick, B., Mulhern, B., Barkham, M., Trusler, K., Hill, A.J., & Stiles, W.B. (2008). Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health*, 8, 163, Doi:10.1186/1471-2458-8-163.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B. Liu, S., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions, *Archives of General Psychiatry*, 65 (12), 1429-1437.
- Blazer, D. G., & Kessler, R. C. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national sample. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979 – 986.
- Blinn-Pike, L., Worthy, S., Jonkman, J., & Smith, G. (2008). Emerging adult versus adult status among college students: examination of explanatory variables. *Adolescence*, 43 (171), 577-591.
- Bojuwoye, O. (2002). Stressful experiences of first-year students of selected universities in South Africa. *Counseling Psychology Quarterly*, 15 (3), 277-290.
- Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N.... Karadag, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian Medical Journal*, 46 (1), 96-100.
- Breda, J. (1994). Breve história do álcool, do alcoolismo e da abordagem dos problemas ligados ao álcool numa perspectiva da saúde pública em Portugal. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 6 (1), 33-40.
- Brener, N. D., Billy, J. O., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33 (6), 436-457.
- Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S., Grunbaum, J., Whalen, L., Eaton, D.... Ross, J. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *MMWR*, 53(No RR-12), 1-13.

- Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., ... Johnston, S. (1979). Overview of adults' health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17 (7) (suppl.), 1-131.
- Brougham, R., Zail, C., Mendonza, C., & Miller, J. (2009). Stress, sex differences and coping strategies among college students. *Current Psychology*, 28, 85-97.
- Cabral, L. R. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/ praxes académicas*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B., & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 257-263.
- Calvário, M. E., Lizardo, M., Loureiro, M., & Santos, V. (1997). Estudo dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes da Universidade da Beira Interior. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, 1 (1), 7-10.
- Campbell, M. H., & Pritchard, S. T. (2000). Factor structure of the College Adjustment Scales. *Psychol. Rep*, 86, 79-84.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Cardoso, L., Malbergier, A., & Figueiredo, T. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (Supl. 1), 70-75.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L.A., Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addictive Behavior*, 32 (11), 2469–2494.
- Carter, G. C., & Wiseman, J. S. (2003). Increasing numbers of students arriving on college campus on psychiatric medications. Are they mentally ill? *Journal of College Student Psychotherapy*, 18, 3-10.
- Caspi, A. (2002). Social selection, social causation and developmental pathways: Empirical strategies for better understanding how individuals and environments are linked across the life course. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp. 281 – 301). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Castanheira, H. (2010). Políticas sociais e apoio psicológico: 5 breves ideias sobre a universalidade, os direitos e a cidadania universitária. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 41-64). Lisboa: RESAPES-AP.
- Castanheira, H., Nogueira, R., Oliveira, P., Vasconcelos, G., & Pereira, A. (2010). Acção social no ensino superior: novos contributos para uma agenda estratégica. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 96-105). Lisboa: RESAPES-AP.
- Castilla, J., Barrio, G., Belza, M., & Fuente, L. (1999). Drug and alcohol consumption and sexual risk behavior among young adults: results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 47-53.
- Cavestro, J., & Rocha, F. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 264-267.
- CEGOC. (2003). *Directrizes internacionais para a utilização de testes*. Lisboa: CEGOC.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (1997). Youth risk behaviour surveillance: National College Health Risk Behavior Survey – United States 1995. *Surveillance Summaries*, 46 (SS-6), 1-54.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2001). Motor-vehicle occupant strategies for increasing use of child safety seats, increasing use of seat belts, and reducing alcohol-impaired driving: a report on recommendations of the task force on community prevention services. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50 (RR-7), 1-13.
- Centro Regional de Alcoologia do Sul [CRAS]. (n.d.). *Saiba mais sobre as bebidas alcoólicas*. Recuperado a 7 de Outubro de 2010 de <http://www.cras.min-saude.pt/Brochura.pdf>
- Ceyhan, A.A., Ceyhan, E., & Kurtyılmaz, Y. (2009). Investigation of university students' depression. *Egitim Arastirmalari-Eurasian Journal of Educational Research*, 36, 75-90.
- 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.

- 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.
- Chaves, C. (2010). *Promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da SIDA no ensino superior*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Chiauzzi, E., Green, T., Lord, S., Thum, C., & Goldstein, M. (2005). My student body: a high-risk drinking prevention web site for college students. *Journal of American College Health*, 53 (6), 263-274.
- Chickering, A. W. (1969). *Education and identity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Chickering, A. W., & Gamson, Z. (1987). Seven principles for good practice in undergraduate education. *AAHE Bulletin*, 39 (7), 3-7.
- Chickering, A. W., & Reisser, L. (1993). *Education and identity* (2<sup>a</sup> ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Christensson, A., Runeson, B., Dickman, P., & Vaez, M. (2010). Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment: a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students. *BMC Public Health*, 10, 343-353.
- Clare, A. (1995) Change: a precipitant of growth and stress? In *Fedora Summer School - Successful Adjustment to University and Progression Beyond in a European Context* (pp. 19-20). Trinity College, Dublin.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium*, 32, 197-210.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17, 222-226.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>a</sup> ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S., Doyle, W., & Baum, A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosomatic Medicine*, 68, 414-420.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1989). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behaviour*, 24, 385-396.

- Colby, S. M., Colby, J., & Raymond, G. (2009). College versus the real world: Student perceptions and implications for understanding heavy drinking among college students, *Addictive Behaviors*, *34* (1), 17-27.
- Conceição, A., Calado, M. L., & Ponte, S. (2010). Projecto de prevenção do consumo de álcool em contexto universitário “Não abuses”. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 405-411). Lisboa: RESAPES-AP.
- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, *35*, 41-57.
- Cooke, R., Bewick, B., Bahrkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, *34* (4), 505-517.
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4<sup>a</sup> ed.) London: Hodder & Stoughton.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and sexual risk behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 101-117.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, *68*, 1059–1088.
- Cornish, J.A., Kominars, K.D., Riva, M.T., McIntosh, S., & Henderson, M.C. (2000). Perceived distress in university counseling center clients across a six-year period. *Journal of College Student Development*, *41*, 104–109.
- Costa, E. (2005). *Um olhar sobre a saúde dos estudantes do ensino superior*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Costa, E., & Leal, I. (2004). Saúde mental e adaptação à vida académica: uma investigação com estudantes de Viseu. In J. Ribeiro & I. Leal (Orgs.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 149-155). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cox, B., Enns, M., Borger, S., & Parker, J. (1999). The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behavior Research and Therapy*, *37*, 15-24.



- Cox, B., Enns, M., & Larsen, D. (2001). The continuity of depression symptoms : Use of cluster analysis for profile identification in patient and student samples. *Journal of Affective Disorders, 65*, 67-73.
- Cranford, J., Eisenberg, D., & Serras, A. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors, 34* (2), 134-145.
- Cummins, R.A. (2003). Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research, 64*, 225-256.
- Currie, C. (2000). The international HBSC study: rationale, history and description. In C. Currie, K. Hurrekmenn, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people: HBSC, a WHO cross national survey, International report*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith. R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education, 39*, 594-604.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen V., Vasquez-Barquero, J., Casey, P., Wilkinson, G., ... ODIN Group, (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 444-451.
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S., & Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health, 55* (2), 83-89.
- Daughtry, D., & Kunkel, M. (1993). Experience of depression in college students: a concept map. *Journal of Counseling Psychology, 40* (3), 316-323.
- Dawson, D., Grant, B., Stinson, F., & Chou, P. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug and Alcohol Dependence, 77* (2), 139-150.
- Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negotiation: not just hopelessness or prior help. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 901-914.
- DeBerard, M., Speilmans, G., & Julka, D. (2004). Predictors of academic achievement and retention among college freshman: a longitudinal study. *College Student Journal, 38* (1), 66-80.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*, 1-11.

- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis, and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*, *96*, 1603-1614.
- Delille, R., & Ramos, R. (2004, Maio 4). Excessos marcam relação entre estudantes e álcool. *A Cabra*, 12-13.
- 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.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual – I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrical Research.
- Derogatis, L. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures manual* (3ª ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *13*, 596-605.
- Dhami, M., Mandel, D., & Garcia-Retamero, R. (2010). Canadian and Spanish youths risks perceptions of drinking and driving, and riding with a drunk driver. *International Journal of Psychology*. Recuperado de <http://www.informaworld.com/smpp/ftinterface~content=a930155924~fulltext=713240930~frm=content>
- Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar dos jovens: algumas implicações para o aconselhamento psicológico. *Cadernos de Consulta Psicológica*, *12*, 103-114.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*, 34-43.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C.R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 463-473). London: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-302.
- Dinger, M., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, *11*, 360–362.
- Diniz, A. M. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

- Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (2006). Adaptação à universidade em estudantes do primeiro ano: estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com os pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1 (24), 29-38.
- Dufour, M. (1999). What is moderate drinking? *Alcohol Research and Health*, 23 (1), 5-14.
- Dworkin, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research*, 20 (2), 219-241.
- 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.
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshman adaptation to university life: Depressive symptoms, stress and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (10), 1231-1244.
- Dziegielwski, S. F., Turnage, B., & Roest-Marti, S. (2004). Addressing stress with social work students: a controlled evaluation. *Journal of Social Education*, 40 (1), 105-119.
- Eccles, J. S., Templeton, J., Barber, B. L., & Stone, M. R. (2003). Adolescence and emerging adulthood: The critical passage ways to adulthood. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A. Moore, & The Center for Child Well-being (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 383-406). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Educational Development and Support Centre [EDSC]. (2002). *Student psychological health project - Undergraduate student survey results: Report of findings from research conducted in 2001 and 1998*. University of Leicester. Recuperado a 17 de Fevereiro de 2010 de <http://www.le.ac.uk/edsc/sphp/ugresults.pdf>
- Eisenberg, D., Downs, M., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66 (5), 522-541.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. (2009). Mental Health and Academic Success in College. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 9 (1). Recuperado de <http://www-personal.umich.edu/~daneis/papers/MHAcademics.pdf>
- Elliott, J., Carey, K., & Bolles, J. (2008). Computer-based interventions for college drinking: a qualitative review. *Addictive Behaviors*, 33, 994-1005.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J., & Nicholls, J. (2003). *Drunk and disorderly: a qualitative study of binge drinking among 18 to 24 year olds* (Home Office Research Study 262). Recuperado de <http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors262.pdf>
- Engs, R. C., Diebold, B. A., & Hanson, D. J. (1996). The Drinking Patterns and Problems of a National Sample of College Students, 1994. *Journal of Alcohol and Drug Education, 41* (3), 13-33.
- Engs, R. C., & Hanson, D. J. (1990). Gender differences in drinking patterns and problems among college students: A review of the literature. *Journal of Alcohol and Drug Education, 35* (2), 36-47.
- Enns, M., Cox, B., & Borger, S. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: a further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders, 66*, 175-183.
- 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.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Eurostudent. (2008). *Social and economic conditions of student life in Europe: National Profile of Portugal (Eurostudent III 2005-2008)*. Recuperado a 6 de Setembro de 2010 de [http://www.eurostudent.eu/download\\_files/members/Portugal.pdf](http://www.eurostudent.eu/download_files/members/Portugal.pdf)
- Evans, N. J., Forney, D. S., Guido, F. M., Patton, L. D., & Penn, K. A. (2010). *Student development in college: Theory, research, and practice* (2<sup>a</sup> ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Farrow, J. (1990). Risk for DWI: a new look at gender differences in drinking and driving influences, experiences, and attitudes among new adolescent drivers. *Health Education and Behavior, 17*, 213-221.
- Fava G. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics, 659* (1), 2-13.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry, 66* (3), 260-266.
- Fernandes, J. C. (2002). *Um passeio ao outro lado da noite*. Coimbra: Centro Regional de Alcoologia do Centro Maria Lucília Mercês de Mello.

- Fernandes-Machado, S., Araújo-Soares, V., Sniehotta, F., & Soares, A. (2009). Consumo de álcool nos estudantes universitários: o papel das intenções, percepções de controlo e de si como consumidor [resumo], In S. Neves de Jesus, & I. Leal (Orgs.), *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde: Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde* (p. 896). Faro.
- Ferraz, M. F., & Pereira, A. (2002). Dinâmica de personalidade e do *homesickness* (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doenças, III* (2), 149-164.
- Ferreira, C., & Fernandes, C. P. (2010). Intervenção psicológica no ensino superior: efeito da psicoterapia no rendimento académico. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 463-470). Lisboa: RESAPES-AP.
- Ferreira, I. (2003). *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior. Factores familiares e sociodemográficos*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, I. & Lourenço, M. (2004). Níveis de adaptação dos estudantes do 1º ano do Instituto Politécnico de Portalegre. *Aprender, Revista da Escola Superior de Educação de Portalegre, 29*, 25- 35.
- Ferreira, J. A., & Ferreira, I. S. (2005). Mudanças psicossociais no jovem adulto e adaptação ao contexto de ensino superior. *Iberpsicologia: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 10* (6). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1156287>
- Ferreira, M., Homem, F., & Brito, I. (2010). Sexualidade responsável. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 174-176). Lisboa: RESAPES-AP.
- Ferreira, M., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2008). Consumo de substâncias na adolescência: evolução ao longo de 8 anos. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 319-340). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Ferreira, P. (2008). *O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Ferreira, P., Pereira, A., & Albuquerque, C. (2008). O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes universitários. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 509-512). Lisboa: ISPA.
- Festas, M. I. (2002). O papel da família e da escola na prevenção da delinquência. *Cadernos Malhoa*, 3, 72-93.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS: introducing statistic methods* (2ª ed.). London: SAGE.
- Field, T. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36, 491-498.
- Fisher, S. (1994) *Stress in academic life: the mental assembly line*. Buckingham: Open University Press.
- Fisher, S., & Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: a longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, 78, 425-441.
- Folkman, S., Lazarus, R. L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Forte, L. (2010). “Experiências saudáveis”: um programa de prevenção do consumo de substâncias psicoactivas junto de estudantes universitários. In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 444-454). Lisboa: ISPA.
- Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social support, self-esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Development*, 48 (3), 259-274.
- Fromme, K., Corbin, W., & Kruse, M. (2008). Behavioural risks during transition from high school to college. *Developmental Psychology*, 44 (5), 1497-1504.
- Furr, S., Westefeld, J., McConnel, G., & Jenkins, J. (2001). Suicide and depression among college students: a decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 97-100.
- Gadzella, B. M. (1991). *Student life stress inventory*. Commerce, TX: Gadzella.
- Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do Ensino Superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 71-77.
- Galhardo, A., & Marques, P. (2004). *Descobre outros prazeres*. Coimbra: Associação Académica de Coimbra.

- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- 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.
- Gallagher, R. (2003). *National survey of counseling center directors 2003*. Alexandria, VA: International Association of Counseling Services.
- Gallagher, R., Gill, A., & Sysko, H. (2000). *National survey of counseling center directors 2000*. Alexandria, VA: International Association of Counseling Services.
- Gallagher, R., & Taylor, R. (2009). *National survey of counseling center directors 2009*. Alexandria, VA: International Association of Counseling Services.
- Gallagher, R., Zhang, B., & Taylor, R. (2004). *National survey of counseling center directors 2004*. Alexandria, VA: International Association of Counseling Services.
- Gameiro, S., Corona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., ... Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, D., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-448.
- Garret, J. (2001). Gender differences in college related stress. *Undergraduate Journal of Psychology*, 14, 5-9.
- Gfroerer, J. C., Greenblatt, J. C., & Wright, D. A. (1997). Substance use in the us college-age population: differences according to educational status and living arrangement. *American Journal of Public Health*, 87 (1), 62-65.
- Giancola, P. (2002). Alcohol-related aggression during college years: theories, risk factors and policy implications. *Journal of Studies on Alcohol, Supl.* 14, 129-139.
- Gigliotti, A., & Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência Alcoólica: critérios de diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 11-23.
- Gilman, R., Huebner, E., & Furlong, M. (Eds.), (2009). *Handbook of positive psychology in schools*. New York: Taylor & Francis.
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldman, C., & Wong, E. (1997). Stress and the college student. *Education*, 117 (4), 604-611.

- Gomes, A. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gonçalves, O. F., & Cruz, J. F. A. (1988). A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (1), 127-145.
- González, J. Cuéllar, A., Miguel, J., & Desfilis, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25 (2), 316-329.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-42.
- Graham, K., Massak, A., Demers, A., & Rehm, J. (2007). Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (1), 78-88.
- Grant, A. (2002). Identifying students' concerns: taking a whole institutional approach. In N. Stanley & J. Manthorpe (Eds.), *Students' mental health needs: problems and responses* (pp. 83-105). London: Jessica Kingsley.
- Grant, B., & Dawson, D. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence. Results from the National Longitudinal Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110.
- Gravetter, F., & Forzano, L. (2009). *Research methods for the behavioral sciences* (3<sup>a</sup> ed.). Belmont, USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Gray, D. (2009). *Doing research in the real world* (2<sup>a</sup> ed.). London, UK: Sage.
- Green, J., Lowry, J., & Kopta, S. M. (2003). College students versus college counselling center clients: what are the differences? *Journal of College Student Psychotherapy*, 17 (4), 25-37.
- Guallar-Castillón, P., Rodríguez-Artalejo, F., Gañán, L., Banegas, J., Urduñigo, P., & Cabrera, H. (2001). Consumption of alcoholic beverages and subjective health in Spain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 648-652.
- Hafen, M., Reisbig, A., White, M., & Rush, B. (2006). Predictors of depression and anxiety in first-year veterinary students: a preliminary report. *Journal of Veterinary Medical Education*, 33 (3), 432-440.
- Haines, M. E., Norris, M. P., & Kashy, D. A. (1996). The effects of depressed mood on academic performance in college students. *Journal of College Student Development*, 37(5), 519-526.



- Hajar, R. (2000). Alcohol: friend or foe? A historical perspective. *Heart Views, 1* (9), 341-344.
- Ham, L., & Hope, D. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychology Review, 23*, 719-759.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293-319.
- Hammen, C. (2006). Stress generation in depression: reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 62* (9), 1065-1082.
- Hanson, D. (1995). *Preventing alcohol abuse: alcohol, culture and control*. Westport, CT: Praeger.
- Harrell, Z., & Karim, N. (2008). Is gender relevant only for problem alcohol behaviors? An examination of correlates of alcohol use among college students. *Addictive Behaviors, 33*, 359-365.
- Hayes, J. A. (1997). What does the Brief Symptom Inventory measure in college and university centre clients? *Journal of Counselling Psychology, 44*, 1, 360-367.
- Headey, B. W., Kelley, J., & Wearing, A. J. (1993). Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research, 29*, 63-82.
- 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.
- Henriques, F., Gomes, J., Lourenço, S., & Roque, J. (2003). Álcool e ritual: Os estilos de vida e a mudança num compromisso cultural. *Revista de Saúde Amato Lusitano, 8* (11), 17-27.
- Herrera, A., & Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2* (1), 25-50.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Biarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2007). *The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., & Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health, 26*, 259-279.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11* (2), 213-218.

- Homem, F., Brito, I., Santos, M., Simões, D., & Mendes, F. (2010). Cinco razões para beber diferente. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 168-173). Lisboa: RESAPES-AP.
- Houston, K., Hawton, K., & Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 63, 159-170.
- Howard, D., Griffin, M., & Boekeloo, B. (2008). Prevalence and psychosocial correlates of alcohol-related sexual assault among university students. *Adolescence*, 43 (172), 733-750.
- Howard, D., Schiraldi, G., Pineda, A., & Campanella, R. (2006). Stress and mental health among college students: overview and promising prevention interventions. In M. Landow (Ed.), *Stress and mental health of college students* (pp. 91-123). New York: Nova Science.
- 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.
- Hudson, C. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypothesis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (1), 3-18.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behaviour among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46, 3-10.
- Hyun, K. K., Quinn, B., Madon, T., & Lustig, S. (2006). Graduate student mental health: needs assessment and utilization of counseling services. *Journal of College Student Development*, 47 (3), 247-266.
- Insel, P. M., & Roth, W. T. (1985). *Core concepts in health*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Institute of Alcohol Studies [IAS]. (2007). *Alcohol and mental health* (IAS factsheet). Recuperado de <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/mentalhealth.pdf>
- Institute of Alcohol Studies [IAS]. (2009). *Drinking and driving* (IAS factsheet). Recuperado de <http://www.ias.org.uk/resources/papers/europe/phproject/bingedrinking-report.pdf>
- Institute of Alcohol Studies [IAS]. (2010). *Alcohol problems, causes and prevention* (IAS factsheet). Recuperado de [http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/problems\\_causes\\_prevention.pdf](http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/problems_causes_prevention.pdf)
- Instituto Nacional da Droga e da Toxicodependência [IDT]. (2009). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2012*. Recuperado a 8 de Agosto

de 2009 de <http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/DF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>

Instituto Nacional da Droga e da Toxicodependência [IDT]. (2010). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012*. Recuperado a 10 de Setembro de 2010 de <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PlanoAlcool.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (1994). *Classificação Nacional de Profissões: versão 1994*. Recuperado de [http://metaweb.ine.pt/SINE/UInterfaces/SINEVers\\_Cat.aspx](http://metaweb.ine.pt/SINE/UInterfaces/SINEVers_Cat.aspx)

Jackson, K., Sher, K., & Park, A. (2005). Drinking among college students: consumption and consequences. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism* (pp. 85-117). New York: Kluwer Academic.

Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental health disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review, 25*, 515-536.

Jennison, K. M. (2004). The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college: A 10-year follow-up study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(3), 659-684.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*, 396-401.

Judd, F., Armstrong, S., & Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry, 17* (2), 105—111.

Kadison, R. D. (2004). The mental health crisis: what colleges must do. *The Chronicle Review, 51* (16). Recuperado de <http://chronicle.com/article/The-Mental-Health-Crisis-What/1712/>

Kadison, R. D. (2005). Getting an edge – use of stimulants and antidepressants in college. *The New English Journal of Medicine, 353* (11), 1089-1091.

Kadison, R. D., & DiGeronimo, T. F. (2004). *The college of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress management: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioural Medicine, 4*, 1–39.

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behaviour, illness behaviour, and sick role behavior: 11. Sick Behaviour. *Archives of Environmental Health, 12*, 531-541.

Keleher, H., & Armstrong, R. (2006). *Evidence-based mental health promotion resource* (Report for the Department of Human Services and VicHealth). Melbourne,

Victoria: Public Health Group, Victorian Government Department of Human Services. Recuperado de [http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mental\\_health\\_resource.pdf](http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/mental_health_resource.pdf)

- Keller, S., Maddock, J., Hannöver, W., Thyran, J., & Basler, H. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine, 46*, 189-195.
- Kendler, K., Karkowski, L., & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry, 156*, 834-841.
- Keniston, K. (1971). *Youth and dissent: The rise of a new opposition*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kerr, S., Johnson, V., Gans, S., & Krumrine, J. (2004). Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Student Development, 45* (6), 593-611.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders, 74*, 5-13.
- 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.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Colpe, L., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E., & Wang, P. (2006). The prevalence and correlates of serious mental illness (SMI) in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In R. W. Manderscheid & J. T. Berry (Eds.), *Mental health, United States, 2004* (pp. 134-148). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Kessler, R. C., Foster, C., Saunders, W., & Stang, P. (1995). Social consequences of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry, 152* (7), 1026-1032.
- Kettman, J., Schoen, E., Moel, J., Cochran, S., Greenberg, S., & Corkery, J. (2007). Increasing severity of psychopathology at counseling centers: a new look. *Professional Psychology: Research and Practice, 38* (5), 523-529.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 207-222.

- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counselling and Clinical Psychology, 73* (3), 539-548.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research, 77*, 1-10.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62* (2), 95-108.
- Keyes, C. L., Dhingra, S., & Simões, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*. Recuperado de <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/AJPH.2010.192245v1>
- Keyes, C. L., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: positive direction in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *The Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C., L., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82* (6), 1007-1022.
- 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.
- Kiene, S., Barta, W., Tennen, H., & Armeli, S. (2009). Alcohol, helping young adults have unprotected sex with casual partners: findings from a daily diary study of alcohol use and sexual behavior. *Journal of Adolescent Health, 44* (1), 73-80.
- Kim, E., Newton, F., Downey, R., & Benton, S. (2010). Personal factors impacting college student success: constructing College Learning Effectiveness Inventory (CLEI). *College Student Journal, 44* (1), 112-125.
- King, A. K., Vidourek, R. A., & Strader, J. L. (2008). University students' perceived self-efficacy in identifying suicidal warning signs and helping suicidal friends find campus intervention resources. *Suicide & Life - Threatening Behaviour, 38* (5), 608-617.
- Kitamura, T., Hirano, H., Chen, Z., & Hirata, M. (2004). Factor structure of the Zung Self-Rating Depression Scale in first-year university students in Japan, *Psychiatry Research, 128*, 280-287.

- Knight J., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E., & Schuckit, M. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (3), 263-270.
- Koltko-Rivera, M. (2007). *A rationale for campus-wide mental health screening of college and university students*. Recuperado a 27 de Abril de 2009 de <http://psg-fl.com/downloads/Rationale%20for%20Mental%20Health%20Screening%20of%20College%20Students%202007%2007%2027.pdf>
- Komiya, N., Good., G., & Sherrod, N. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 138-143.
- Kopta, S. M., & Lowry, J. L. (2002). Psychometric evaluation of the Behavioral Health Questionnaire-20: a brief instrument for assessing global mental health and the three phases of psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 12 (4), 413-426.
- Kovacs, M., Akiskal, H., Gatsonis, C., & Parrone, P. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365–374.
- Kuh, G., Kinzie, J., Buckley, J., Bridges, B., & Hayek, J. (2006). *What matters to student success: a review of the literature* (Commissioned report for the National Symposium on Postsecondary Student Success: Spearheading a dialog on student success). National Postsecondary Education Cooperative.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841-861.
- Kushner, M., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.
- Kuwabara, S., Van Voorches, B., Gollan, J., & Alexander, G. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. *General Hospital Psychiatry*, 29, 317-324.
- Kypri, K., Cronin, M., & Wright, C. (2005). Do university students drink more hazardously than their non-student peers? *Addiction*, 272, 1672-1677.
- Labouvie, E., & Bates, M. E. (2002). Reasons for alcohol use in young adulthood: Validation of a three dimensional measure. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 145-155.

- Larimer, M. E., & Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive Behaviors, 32* (11), 2439–2468.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Le Moal, M. (2007). Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account. *Psychoneuroendocrinology, 32* (Supl. 1), S3-S9.
- Leitão, L., & Paixão, M. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no Ensino Superior. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 4* (1), 191-210.
- Lent, R. W., Taveira, M. C., Sheu, H., & Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: a longitudinal analysis. *Journal of Vocational Behavior, 74*, 190-198.
- Leong, F., & Austin, J. (Eds.). (2006). *The psychology research handbook: a guide for graduate students and research assistants*. Thousand Oaks, USA: Sage.
- Lester, D. (1990). Depression and suicide in college students and adolescents. *Personality of Individual Differences, 7*, 757-758.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological Psychiatry, 60*, 84-92.
- Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.
- Lewis-Beck, M., Bryman, A., & Liao, T. (Eds.). (2004). *The SAGE encyclopedia of social sciences research methods* (vol. I). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Lima, E., & Esquerdo, T. (2003). *The economic costs of alcohol misuse in Portugal* (Working Paper Series Nº 24). Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada, Universidade do Minho. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/1998/1/wp24.pdf>
- Linn, B. S., & Zeppa, R. (1984). Stress in junior medical students: relationship to personality and performance. *Journal of Medical Education, 59*, 7-12.
- Lo, R. (2002). Experience before and throughout the nursing career: a longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced Nursing, 39* (2), 119-126.
- Loevinger, J. (1976). *Ego development: conceptions and theories*. San Francisco: Jossey Bass.

- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2), 98-112.
- Loureiro, E. M. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. (Tese de doutoramento). Universidade do Minho, Braga.
- Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, 21 (3), 209-214.
- Lown, E., Greenfield, T., & Rogers, J. (2007). Health effects from drinking: type, severity and associated drinking patterns based on qualitative questions in a methodological survey. *Substance Use and Misuse*, 42, 793-810.
- Lu, L. (1994). University transition: major and minor stressors, personality characteristics and mental health. *Psychological Medicine*, 24, 81-87.
- Lucas, C., Oliveira, F., & Soares, L. (2010). “Crenças”, “porquês” e “ses” relativos à procura de ajuda psicológica: caracterização preliminar numa amostra de alunos universitários. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 480-486). Lisboa: RESAPES-AP.
- Lucas, N., Windsor, T., Caldwell, T., & Rodgers, B. (2010). Psychological distress in non-drinkers: associations with previous heavy drinking and current social relationships. *Alcohol & Alcoholism*, 45 (1), 95-102.
- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L. & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. In B. Silva, L. Almeida, A. Lozano & M. Uzquiano (Orgs.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 4663-4669). Braga: Universidade do Minho.
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy Research*, 27, 309-330.
- Machado, C., & Almeida, L. S. (2000). Vivências académicas: Análise diferencial em estudantes dos 1º e 4º anos do ensino superior. In J. Tavares & R. Santiago (Orgs.). *Ensino Superior: (In)Sucesso Académico* (pp. 133-145). Colecção CIDInE. Porto: Porto Editora.
- Madelin, R. (2008). *Alcohol and Health: the EU Strategy*. European Alcohol a Health Forum. Brussels: EU.



- Maggs, J. L., & Hurrelmann, K. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioral Development*, 22, 367-388.
- Manderscheid, R. W. (2006). Saving lives and restoring hope. *Behavioral Healthcare*, 26 (9), 58-59.
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S, & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy*, 7 (1), 1-6.
- Manninen, L., Poikolainen, K., Vartianinen, E., & Laatikainen, T. (2006). Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (3), 293-299.
- Marmorstein, N. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33 (1), 49-59.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marsh, H. W., Kong, C. K., & Hau, K. T. (2000). Longitudinal multilevel models of the big-fish-little-pond effect on academic self-concept: Counterbalancing contrast and reflected-glory effects in Hong Kong Schools. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 337-349.
- Martins, A. C., & Jesus, S. (2007). Escala de avaliação de estilos de vida e métodos de estudo para o ensino superior. *Psycaware E-Journal*, 1, 1-13.
- Martins, A. M. (2004). Determinantes do (in)sucesso académico na universidade. *D@es – Docência e Aprendizagem no Ensino Superior*. Recuperado a 10 de Março de 2010 de [http://www2.dce.ua.pt/LEIES/daes\\_Amartins1.pdf](http://www2.dce.ua.pt/LEIES/daes_Amartins1.pdf)
- Martins, T. (2001). *Factores protectores e factores de risco na transição e adaptação à universidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioural health: A 1990's challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss & J. A. Herd (Eds.), *Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). Nova Iorque: John Wiley.
- Matheny, K. B., Curlette, W. L., Aysan, F., Herrington, A., Gfroerer, C. A., Thompson, D., & Hamarat, E. (2002). Coping resources, perceived stress, and life satisfaction among Turkish and American university students. *International Journal of Stress Management*, 9 (2), 81-97.

- Matos, M., & Gaspar, T. (2005). Adolescentes portugueses: risco e protecção. 6 *HIV-AIDS Virtual Congress*. Recuperado a 11 de Março de 2006, de [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicação=272](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicação=272).
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Canha, L. (2001). *A saúde dos adolescentes de Lisboa*. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- McBroom, E., Fife, E., & Nelson, C. (2008). "Risky business": the college transition, loneliness, and alcohol consumption. *Journal of First-Year Experience & Students in Transition*, 20 (2), 45-64.
- McCarthy, C. (2004). Encouraging student retention: a study of student retention practices. In S. Mann & T. Clear (Eds.), *Proceedings of 17<sup>th</sup> Annual NACCQ Conference* (pp. 362-365). Recuperado de [http://naccq.ac.nz/conferences/2004/mccarthy\\_retention.pdf](http://naccq.ac.nz/conferences/2004/mccarthy_retention.pdf)
- McCullough, G., Heubner, E.S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- McDonald, T., Pritchard, M., & Landrum, R. (2006). Facilitating preventive mental health interventions for college students: institutional and individual strategies. In M. Landow (Ed.), *Stress and mental health of college students* (pp. 225-243). New York: Nova Science.
- Mechanic, D. (1999). *Mental health and social policy: the emergence of manage care*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Megivern, D., Pellerito, C., & Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 217-232.
- Mello, M. L., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Melo, A., Lavaredas, C., Pereira, A., Marques, M., Martins, J., & Coelho, M. (2010). Porque são elas que procuram a consulta de psicologia clínica e da saúde? In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 57-63). Lisboa: ISPA.
- Mendes, J., Ferreira, J., Caetano, A., Freire, J., Lopes, M., Pimenta, M., ... Andrade, C. (2008). Factores de sucesso e abandono escolar no ensino superior em Portugal: apresentação de alguns resultados preliminares. *Revista Ensino Superior*, 28, Abril-Maio-Junho. Recuperado de <http://www.snesup.pt/htmls/EkkVkAlkEZxlljXWC.shtml>

- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2009). Transição para a idade adulta e adulez emergente: adaptação do Questionário de Marcadores de Adulez junto de jovens portugueses. *Psychologica*, 51, 147-168.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C., Iliava, S., & Dudziak, U. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (2), 105-12.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Recuperado de [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf)
- Ministério da Saúde. (2004b). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos e Vida*. Recuperado a 10 de Março de 2010 de <http://www.dgs.pt/>
- Ministério da Saúde. (2008a). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007-2016\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf)
- Ministério da Saúde. (2008b). *Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Recuperado de <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/01/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>
- Misra, R., & McKean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *Academic Journal of Health Studies*, 16 (1), 41-51.
- Monk, E. (2004). Student mental health part 2: the main study and reflection of significant issues. *Counselling Psychology Quarterly*, 17 (1), 33-43.
- Monk, E., & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: a pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, 12 (2), 199-210.
- Monteiro, S. (2008). *O optimismo e vinculação na transição para o ensino superior* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Estudos de Psicologia*, 13 (1), 23-29.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adulez emergente: na fronteira entre a adolescência e a adulez. *Revista @mbienteeducação*, 2 (1), 129-137.

- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2010). Bem-estar e sintomatologia psicopatológica na transição para o ensino superior: diferenças de género? In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 831-838). Lisboa, ISPA.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Morrison, R., & O'Connor, R. (2005). Predicting psychological distress in college students: the role of rumination and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 447-460.
- Moskowitz, H., & Fiorentino, D. (2000). *A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving related skills* (Final Report). Springfield, VA: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.
- Mulder, R. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 359-371.
- Murff, S. H. (2005). The impact of stress on academic success in college students. *The ABNF Journal*, 16 (5), 102-104.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: Summary*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1436-1442.
- Musse, A. B. (2008). Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias. *SMAD: Revista Electrónica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 4 (1), 1-10.
- Myrick, R. D., Highland, W. H., & Sabella, R. A. (1995). Peer helpers and perceived effectiveness. *Elementary School Guidance & Counseling*, 29 (4), 278–290.
- Naimi, T. S., Lipscomb, L. E., Brewer, R. D., & Gilbert, B. C. (2003). Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: implications for women and their children. *Pediatrics*, 111, 1136-1141
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2002). Changing the culture of campus drinking. *Alcohol Alert*, 58. Recuperado de <http://www.niaaa.nih.gov/NR/rdonlyres/BAC3E68A-822D-485B-B9D6-8F5CA5C57895/0/aa58.pdf>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2004). Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*. (Winter, No. 3). Recuperado de [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter\\_Number3.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf)

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide* (NIH Pub. No. 05-3769). Bethesda, MD: the Institute.
- Nelson, L. J., & Barry, C. M. (2005). Distinguishing features of emerging adulthood: The role of self-classification as an adult. *Journal of Adolescent Research, 20*, 242-262.
- Nemeroff, C. B., Compton, M. T., & Berger, J. (2001). The depressed suicidal patient: assessment and treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences, 932*, 1-23.
- Nerdrum, P., Rustoen, T., & Ronnestad, M. (2006). Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1<sup>st</sup> year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research, 50* (1), 95-109.
- Newbury-Birch, D., Lowry, R., & Kamali, F. (2002). The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. *British Dental Journal, 192* (11), 646-649.
- Newmann, J. P. (1989). Aging and depression. *Psychol Aging, 4*, 150-65.
- Newton, F. B. (1998). The stressed student: how can we help? *About Campus: enriching the student learning experience, 3* (2), 4-10.
- Nico, J. B. (2000). *Tornar-se estudante universitário(a): Contributo do conforto académico na definição de uma estratégia curricular de sucesso*. Tese de doutoramento. Universidade de Évora: Évora.
- Nolan, S., & Heinzen, T. (2008). *Statistics for the behavioral sciences*. New York: Worth Publishers.
- Nora, A., Barlow, E., & Crisp, G. (2005). Student persistence and degree attainment beyond the first year in college. In A. Seidman (Ed.), *College student retention: formula for student success* (pp. 129-154). Westport, CT: American Council on Education and Praeger.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13* (4), 349-363.
- O'Malley, K., Wheeler, I., Murphey, J., O'Connell, J., & Waldo, M. (1990). Changes in levels of psychopathology being treated at college and university counselling centers. *Journal of College Student Personnel, 31*, 464-465.
- O'Malley, P., & Johnston, L. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol* (Supl. 14), 23-39.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.

- Okoro, C., Brewer, R., Naimi, T., Moriarty, D., Giles, W., & Mokdad, A. (2004). Binge drinking and health-related quality of life: do popular perceptions match reality, *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (3), 230-233.
- Oksus, E., & Malhan, S. (2005). Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: questionnaires study. *Croatian Medical Journal*, 46 (1), 66-73.
- Oliveira, A. (2010). As Consultas de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA). In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 279-285). Lisboa: RESAPES-AP.
- Oliver, J. M., & Burkham, R. (1979). Depression in university students: duration, relation to calendar time, prevalence, and demographic correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 667-670.
- Omura, K. (2007). Situation-related changes of causal structures and the stress model in Japanese college students. *Social Behaviour and Personality*, 35 (7), 943-960.
- O'Neill, S. E., Parra, G. R., & Sher, K. J. (2001). Clinical relevance of heavy drinking during the college years: Cross-sectional and prospective perspectives. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 350-359.
- Oswalt, R., & Finkelberg, S. (1995). College depression: causes, duration, and coping. *Psychological Reports*, 77, 858.
- Pais Ribeiro, J. L. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-69). Lisboa: APPORT.
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Pais Ribeiro, J. L. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 11-22.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007a). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007b). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Pais Ribeiro, J. L., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 37-45.

- Paljärvi, T., Koskenvuo, M., Poikolainen, K., Kauhanen, J., Sillanmäki, L., & Mäkelä, P. (2009). Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction, 104*, 1168–1178.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS version 15* (3<sup>a</sup> ed.). Berkshire: Open University.
- Pancer, S., Hunsberger, B., Pratt, M., & Alisat, S. (2000). Cognitive complexity of expectations and adjustment to university in the first year. *Journal of Adolescent Research, 15*, 38-57.
- Park, C. (2004). Positive and negative consequences of alcohol consumption in college students. *Addictive Behaviors, 29*, 311-321.
- Pascarella, E. T. (1985). College environmental influences on learning and cognitive development: A critical review and synthesis. In J. Smart (Ed.), *Higher education: Handbook of theory and research*. (Vol. 1, pp. 1-64). New York: Agathon.
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. T. (2005). *How college affects students: a third decade of research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Patton, L., Morelon, C., Whitehead, D., & Hossler, D. (2006). Campus-based retention initiatives: does the emperor have clothes? *New Directions for Institutional Research, 130*, 9-24.
- Paul, E., & Brier, S. (2001). Friendsickness in the transition to college: precollege predictors and college adjustment correlates. *Journal of Counseling and Development, 79* (1), 77-89.
- Pauley, P. M., & Hesse, C. (2009). The effects of social support, depression, and stress on drinking behaviors in a college student sample. *Communication Studies, 60* (5), 493-508.
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 50–58.
- Peden, A.R., Hall, L.A., Rayens, M.K., & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effects of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research, 49* (4), 201–207.
- Peele, S., & Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug and Alcohol Dependence, 60*, 221-247.
- Pereira, A.M.S. (1999). *Avaliação dos interesses e práticas saudáveis dos estudantes universitários: Tradução e adaptação do Questionário da UNI (Universidade de Northern Iowa)*. Coimbra: FCDEF Universidade de Coimbra.

- Pereira, A.M.S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica: apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A.M.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.M.S. (2007). *Stress na vida académica*. Relatório de Agregação em Educação: Disciplina de Psicologia da Saúde (não publicado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Pereira, A.M.S. (2010). RESAPES-AP: um olhar sobre o apoio psicológico no Ensino Superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 12-20). Lisboa: RESAPES-AP.
- Pereira, A.M.S., Decq Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., ...& Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico do estudante universitário: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), 51-59.
- Pereira, A.M.S., Monteiro, S., Santos, L., & Vagos, P. (2007). O stress do estudante: identificar, treinar e otimizar. *Psicologia e Educação*, 7 (1), 55-61.
- Pereira, A.M.S., Monteiro, S., Vagos, P., & Santos, L. (2008). Gerir o stress rumo ao sucesso: intervenção com estudantes portugueses. In A. Eisenreich, A. Ghelman, & A. Vesco (Orgs.), *Actas do 8º Congresso de Stress da ISMAE-BR. Porto Alegre, Brasil*.
- Pereira, A.M.S., & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In C. Machado (Ed.), *Actas do Congresso International Interfaces da Psicologia, vol II* (pp. 229-237). Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, A.M.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, A.M.S., Vasconcelos, G., Vagos, P., Santos, L., Tavares, J., Almeida, P., ... Castanheira, H. (2008). Mediação psicológica e Second Life: A LUA na Second UA – Resultados de uma experiência. In J. Tavares & A. P. Cabral (Org.), *Actas do II*



*Congresso Internacional CIDInE: Novos contextos de formação, pesquisa, mediação.*  
Aveiro.

- Pereira, A.M.S., Vaz, A., Medeiros, J., Lopes, P., Melo, A., Ataíde, ... Ferreira, J. (2004). Características psicométricas do Inventário do Stress em Estudantes Universitários – estudo exploratório. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos – Volume X* (pp. 326-329). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Perkins, H. W. (1992). Gender patterns in consequences of collegiate alcohol abuse: a 10 year study of trends in an undergraduate population. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 458-462.
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 14, 91-100.
- Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years; a scheme*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Pessoa, P., & Oliveira, E. (2010). Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 573-582). Lisboa: RESAPES-AP.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Piasecki, T. M., Richardson, A. E., & Smith, S. M. (2007). Self-monitored motives for smoking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 328–337.
- Pierceall, E. A., & Keim, M. C. (2007). Stress and coping strategies among community college students. *Community College Journal of Research & Practice*, 31 (9), 703-712.
- Pillon, S. & Corradi-Webster, C. (2006). Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool entre Estudantes Universitários. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14, 325-332.
- Pillon, S., O'Brien, B., & Chavez, K.A.P. (2005). The relationship between drugs use and risk behaviors in Brazilian university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1169-1176.

- Pinheiro, M. R. (2004). O desenvolvimento da transição para o ensino superior: o princípio depois de um fim. *Aprender, Revista da Escola Superior de Educação de Portalegre*, 29, 9-20.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. A. (2002). Suporte social e adaptação ao ensino superior. In A. S. Pouzada, L. S. Almeida & R. M. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 137-146). Guimarães: Universidade do Minho.
- Pledge, D., Lapan, R.T., Heppner P.P., Kivlighan, D., & Roehlke, H.J. (1998). Stability and severity of presenting problems at a university counseling center: a 6-year analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 386–389.
- Pollet, H. (2007). *Mental health promotion: a literature review* (Report prepared for the Mental Health Promotion of the Provincial Wellness Advisory Council). Canadian Mental Health Association. Recuperado de <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>
- Precioso, J. (2004a). Educação para a saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3 (2). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3986/1/Educa%20a%20sa%20bade%20na%20Universidade%20-%20Revista%20Electr%20nica%20de%20Ensenanza%20de%20las%20Cien cias.pdf>
- Precioso, J. (2004b). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar? *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 499-506.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 925-971.
- Primm, A. B., Vasquez, M. J. T., Mays, R. A., Sammons-Posey, D., McKnight-Eily, L. R., Presley-Cantrell, L. R.,... Perry, G. S. (2010). The role of public health in addressing racial and ethnic disparities in mental health and mental illness. *Preventing Chronic Disease*, 7 (1). Recuperado a 28 de Abril de 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811515/>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Philips, M., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370, 859-77.
- Pritchard, M. E., & Wilson, G. S. (2003). Using emotional and social factors to predict student success. *Journal of College Student Development*, 44, 18-28.

- Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, 439-454.
- Radcliffe, C., & Lester, H. (2003). Perceived stress during undergraduate medical training: A qualitative study. *Medical Education*, 37 (32), 32–38.
- Rao, U., Ryan, N., Birmaher, B., & Dahl, R. (1995). Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 566 – 578.
- Raphael, B., Schmolke, M., & Wooding, S. (2005). Links between mental and physical health and illness. In H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization* (pp. 132-147). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ravert, R. D. (2009). "You're only young once": Things college students report doing now before it is too late. *Journal of Adolescent Research*, 24 (3), 376-396.
- Read, J. P., Wood, M. D., Kahler, C., Maddock, J., & Palfai, T. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 13-23.
- 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.
- Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior [RESAPES]. (2006). *Caracterização dos serviços de apoio psicológico no ensino superior*. Documento interno não publicado.
- Reifman, A., Ro, H., Barnes, G., & Feng, D. (2010). Drinking in youth ages 13-21 attending and not attending college. *Journal of First-Year Experience & Students in Transition*, 22 (1), 67-86.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2009). Contraceção, parceiros ocasionais e consumo de substâncias psicoactivas em jovens portugueses. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 2 (6), 206-214.
- Ren, W. (2009). A research on subjective well-being of regional college students. *International Journal of Psychological Studies*, 1 (1), 51-54.
- Renn, K., Dilley, P., & Prentice, M. (2003). Identity in Higher Education: commonalities, differences and complementarities. In J. Smart (Ed.), *Higher Education: handbook of theory and research* (Vol. XVIII) (pp. 191-262). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

- Ribeiro, M. I., & Fernandes, A. J. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do Ensino Superior Público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10* (1), 99-113.
- Rickwood, D., Deane, F., & Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia, 187* (7), S35-S39.
- Roberts, J., & Ciesla, J. (2000). Stress generation in the context of depressive disorders. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (pp. 512-518). New York: Academic Press.
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). The effects of economic circumstances on British students' physical and mental health. *Journal of American College Health, 48*, 103-109.
- Roberts, R., & Zelenyanski, C. (2002). Degrees of debt. In N. Stanley & J. Manthorpe (Eds.), *Students' Mental Health Needs Problems and Responses* (pp. 107-120). London: Jessica Kingsley.
- Roberts, S., & Kendler, K. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychological Medicine, 29*, 1101-1109.
- Robotham, D. (2008). Stress among higher education students: towards a research agenda. *High Educ. 56*, 735-746.
- Robotham, D., & Julian, C. (2006). Stress and the higher education student: a critical review of the literature. *Journal of Further and Higher Education, 30* (2), 107-117.
- Rockland-Miller, H., & Eells, G. (2006). The implementation of mental health clinical triage systems in university health services. *Journal of College Student Psychotherapy, 20* (4), 39-51.
- Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, S., & Jacomb, P. A. (2000). Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction, 9*, 1833-1845.
- Rodrigues, M., Farate, C., & Pereira, A. (2010). Adaptação académica e consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 440-447). Lisboa: RESAPES-AP.
- Room, R. (2000). The more drinking, the more fun; but is there a calculus of fun and should it drive policy? *Drug and Alcohol Dependence, 60*, 249-250.

- Rosenthal, B., & Wilson, C. (2008). Mental health services: use and disparity among diverse college students. *Journal of American College Health, 57* (1), 61-67.
- Ross, S., Niebling, B., & Heckert, T. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal, 33*, 312-318.
- Roswell, M. (1997). The well and sick young adult. In P. Webb (Ed.), *Health Promotion and Patient Education: a professional's guide* (pp. 119-141). Cheltenham: Stanley Thornes.
- Royal College of Psychiatrists (2003). *The mental health of students in higher education: Council Report*: London.
- Rubin, R. (2000). Depression and manic depressive illness. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 1). (pp. 666-675). New York: Academic Press.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff C., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-27.
- Ryff, C., Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E., ... Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates?, *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*, 85-95.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.
- Ryff, C., Singer, B., & Love, D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 29*, 359, 1383-1394.
- 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.
- Salmela-Aro, K., Aunola, K., & Nurmi, J. (2008). Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology, 5* (4), 439-465.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. (13ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sands, T., Archer, J., & Puleo, S. (1998). Prevention of health-risk behaviors in college students: Evaluating seven variables. *Journal of College Student Development, 39* (4), 331-342.

- Santana, S., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 17-24.
- Santos, A., & Alves Júnior, A. (2007). Estress e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 104-113.
- Santos, L. (2000). *Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2007). *Saúde mental e comportamentos de risco no ensino superior*. Comunicação apresentada nas 1ª Jornadas de Psicologia Clínica: Investigação em Diferentes Contextos. Vila Real, Portugal.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008a). Depression in higher education: psychometric investigation and preliminary findings with the Portuguese version of the University Student Depression Inventory [Resumo]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (2), 104.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008b). Estudo preliminar das características métricas da versão portuguesa do Behavioral Health Measure-20. In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilibrios.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008c). Salud mental de estudiantes con y sin apoyo psicológico [Resumo]. In I. Salazar, & V. Caballo (Orgs.), *Actas del II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica e de la Salud* (p.19). Granada: Distribuciones Reprográficas Granada S. L.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008d). Um estudo de adaptação à população Portuguesa do University Student Depression Inventory. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva, S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 367-370). Lisboa: ISPA.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2009a). Drinking patterns among Portuguese university students: gender differences and association with self-perception of mental health [Resumo]. In *A Rapidly Changing World – Challenges for Psychology: Abstracts and List of Authors* (p. 135). Oslo: Norway.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2009b). How's the mental health of higher education students in Portugal? In F. Simões, M. Branco, & E. Oliveira (Coords.), *Actas da 1ª International Conference of Psychology and Education*. Covilhã.

- Sarafino, E. P., & Ewing, M. (1999). The hassles assessment scale for students in college: Measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. *Journal of American College Health, 48* (2), 75–84.
- Sareen, J., McWilliams, L., Cox, B., & Stein, M. (2004). Does a U-shaped relationship exist between alcohol use and DSM-III-R mood and anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders, 82*, 113-118.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consultant Clinical Psychology, 46*, 932–946.
- Sayiner, B. (2006). Stress level of university students. *Istanbul Ticarey Üniversitesini Bilimleri Dergisi Yil, 5* (10), s23-34.
- Schafer, W. (1996). *Stress management for wellness*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 33* (5), 464 – 481.
- Schulenberg, J. E., Bryant, A. L., & O'Malley, P. M. (2004). Taking hold of some kind of life: How developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology, 16*, 1119–1140.
- Schulenberg, J. E., & Maggs, J. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, Supp. 14*, 54-70.
- Schulenberg, J. E., Maggs, J. L., & Hurrelmann, K. (Eds.). (1997). *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology, 16*, 799–806.
- Schulenberg, J. E., & Zarrett, N. R. (2006). Mental health during emerging adulthood: Continuity and discontinuity in courses, causes, and functions. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 135-172). Washington, DC: APA Books.
- Schwartz, A. J. (2006a). Are college students more disturbed today? Stability in the acuity and qualitative character of psychotherapy of college counselling center clients:

- 1992-1993 through 2001-2002. *Journal of American College Health*, 54 (6), 327-337.
- Schwartz, A. J. (2006b). College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. *Journal of American college health*, 54 (6), 341-352.
- Search Institute. (2007). *40 developmental assets for adolescents (ages 12-18)*. Recuperado de <http://www.search-institute.org/system/files/40AssetsList.pdf>
- Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research: Theory and Practice*, 13 (1), 57-66.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M. I., Dias, M. I., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- 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. Recuperado a 17 de Setembro de 2009 de <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/18>
- Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. (2008). *Phase I report: recommendations for the framework and format of Healthy People 2020*. Recuperado a 28 de Abril de 2010 de <http://www.healthypeople.gov/hp2020/advisory/PhaseI/PhaseI.pdf>
- Seigers, D., & Carey, K. (2010). Alcohol use, psychopathology, and treatment utilization in a University Mental Health Clinic. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24, 328-337.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. New York: New American Library.
- Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra [GAP-SASUC]. (2008). *Plano de apoio à transição: programas de intervenção* [CD-ROM]. Punchline.
- Sharkin, B.S. (1997). Increasing severity of presenting problems in college counseling centers: a closer look. *Journal of Counseling and Development*, March/April, 75, 275-281.
- Sharkin, B.S. (2004). Assessing changes in categories but not severity of counselling center client problems across 13 years: comment on Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton (2003). *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 313-315.
- Sharkin, B.S. (2006). *College students in distress: a resource guide for faculty, staff, and campus community*. New York: The Haworth Press.



- Sharkin, B.S., & Coulter, L.P. (2005). Empirically supporting the increasing severity of college counseling center client problems: why is it so challenging? *Journal of College Counseling, 8*, 165-171.
- Sher, K. J., Grekin, E., & Williams, N. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 493-523.
- Sher, K. J., Wood, P. K., & Gotham, H. (1996). The course of psychological distress in college: A prospective high-risk study. *Journal of College Student Development, 37*, 42-51.
- Shults, R., Kresnow, M., & Lee, K. (2009). Driver and passenger-based estimates of alcohol-impaired driving in the U.S., 2001-2003. *American Journal of Preventive Medicine, 36* (6), 515-522.
- Shumaker, S., Anderson, R., & Czajkowski, S. (1990). Psychological tests and scales. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 95-113). New York: Raven Press.
- Silva, S. L. R. (2003). *Adaptação académica, pessoal e social do jovem adulto ao Ensino Superior. Contributos do ambiente familiar e do auto-conceito*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Coimbra.
- Silva, S. L. R., & Ferreira, J. A. G. (2009). Família e ensino superior: que relação entre dois contextos de desenvolvimento? *Exedra, 1*, 101-125.
- Silverman, M. M. (2004). College student suicide prevention: Background and blueprint for action. *Student Health Spectrum, (Special Issue)*, 13-20.
- Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D. M. (1997). The Big Ten Student Suicide Study: A 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*, 285-303.
- Sirgy, M.J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Skogen, J. C., Harvey, S. B., Henderson, M., Stordal, E., & Mykletun, A. (2009). Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. *Addiction, 104*, 1519-1529.
- Slutske, W. (2005). Alcohol use disorders among U.S. college students and their non-college attending peers. *Archives of General Psychiatry, 62* (3), 321-327.
- Smart, R., & Ogborne, A. (2000). Drinking and heavy drinking by students in 18 countries. *Drug and Alcohol Dependence, 60*, 315-318.

- Smith, D., & Blackwood, H. (2004). Depression in young adults. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*, 4-12.
- Smith, T. B., Rosenstein, I., & Granaas, M. (2001). Intake screening with the self-rating depression scale in a university counseling center. *Journal of College Counselling, 4*, 133-141.
- Smith, T. W., Orleans, C. T., & Jenkins, C. D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology, 23* (2), 126-131.
- Soares, A. P. (2003). *Transição e adaptação ao ensino superior: construção e validação de um modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Soares, A. P., Guisande, M. A., & Almeida, L. S. (2007). Autonomia y ajuste académico: un estudio com estudiantes portugueses de premier año. *International Journal of Health and Clinical Psychology, 7* (3), 753-765.
- Soares, A. P., Guisande, M. A., Almeida, L. S., & Páramo, M. F. (2008). Academic achievement in first-year Portuguese college students: the role of academic preparation and learning strategies. *International Journal of Psychology, 44* (3), 204-212.
- Soet, J., & Sevig, T. (2006). Mental health issues facing a diverse sample of college students: results from the College Student Mental Health Survey. *NASPA Journal, 43* (3), 410-431.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27* (4), 392-401.
- Sommers, A., & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescence Health, 38*, 609-611.
- Song, Y., Huang, Y., Liu, D., Kwan, S., Zhang, F., Sham, P., & Tang, S. (2008). Depression in college: depressive symptoms and personality factors in Beijing and Hong Kong college freshman. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 496-502.
- Sontag, D. (2002, 28 de Abril). Who was responsible for Elizabeth Shin? *The New York Times Magazine, 151*, 56-61.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., & Williams, J.B.W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA- The Journal of American Medical Association, 282* (18), 1737-1744.

- Stanley, N., & Manthorpe, J. (Eds.). *Students' mental health needs: problems and responses*. London: Jessica Kingsley.
- Stead, R., Shanahan, M., & Neufeld, R. (2010). "I'll go to therapy, eventually": procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, *49*, 175-180.
- Step toe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14* (2), 97-107.
- Step toe, A., & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey: the development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, *11*, 49-73.
- Step toe, A., Wardle, J., Bages, N., Sallies, J., Sanabria-Ferrand, P., & Sanchez, M. (2004). Drinking and driving in university students: an international study of 23 countries. *Psychology and Health*, *19* (4), 527-540.
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine*, *22*, 492-499.
- Stone, G., & Archer, J. (1990). College and university counselling centers in the 1990's: challenges and limits. *The Counselling Psychologist*, *18*, 539-606.
- Stoner, S., Georde, W.H., Peter, L.M., & Norris, J. (2007). Liquid courage: alcohol fosters risk sexual decision-making in individuals with sexual fears. *Aids and Behavior*, *11*, 227-237.
- Stranges, S., Notaro, J., Freudenheim, J., Calogero, R., Muti, P., Farinaro, E. ... Trevisan, M. (2006). Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. *Addiction*, *101*, 1265-1276.
- Straub, R. O. (2002). *Health Psychology*. New York, NY: Worth Publishers.
- Struthers, C., Perry, R., & Menec, V. (2000). An examination of the relationship among academic stress, coping, motivation and performance in college. *Research in Higher Education*, *41* (5), 581-592.
- Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, *21* (Supl. 1), 36-41.
- Suldo, S., & Shaffer, E. (2008). Looking beyond psychopathology: the dual factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, *37* (1), 52-68.

- Sumnall, H., Beynon, C., Conchie, S., Riley, S., & Cole, J. (2007). An investigation of the subjective experiences of sex after alcohol or drug intoxication. *Journal of Psychopharmacology*, 21 (5), 525-537.
- Svanum, S., & Zodi, Z. (2001). Psychopathology and college graduates. *Journal of Counselling Psychology*, 48 (1), 72-76.
- Swendsen, J., & Merikangas, K. (2000). The comorbidity of depression and substance use. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 173-189.
- Tavares, J., & Huet, I. (2001). Sucesso académico no Ensino Superior- um olhar sobre o professor universitário. In R. B. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *Actas do III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A. A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Taveira, M. C. (2001). O papel da universidade na orientação e desenvolvimento dos alunos: contributos para um modelo de intervenção psicoeducacional. *ADAXE – Revista de Estudos e Experiencias Educativas*, 17, 65-77.
- Taveira, M. C., Maia, A., Santos, L., Castro, S., Couto, S., Amorim, P., ... Guimarães, C. (2000). Apoio psicossocial na transição para o Ensino Superior: um modelo integrado de serviços. In A. P. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. S. Almeida, R. M. Vasconcelos, & S. Caires (Eds.), *Transição para o ensino superior* (pp. 223-229). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.
- Tavernise, S. (2003, 26 de Outubro). In college and in despair; with parents in the dark. *The New York Times*, 31.
- Teixeira, M., Dias, A. C., Wottrich, S., & Oliveira, A. (2008). Adaptação à universidade de jovens calouros. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 12 (1), 185-202.
- Teixeira, R. (2010). Programa de redução do stress baseado no *Mindfulness* em estudantes de medicina: reflexão sobre os efeitos e implicações para o apoio psicológico. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 458-462). Lisboa: RESAPES-AP.
- Terenzini, P. (1987). *A review of selected theoretical models of student development and collegiate impact*. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Association for the Study of Higher Education. Baltimore, MD. Recuperado de <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED292382.pdf>

- Terenzini, P., & Pascarella, E. (1980). Toward the validation of Tinto's Model of College Student Attrition: a review of recent studies. *Research in Higher Education*, 12 (3), 271-282.
- Tinto, V. (1975). Dropout from higher education: A theoretical synthesis of recent research. *Review of Educational Research*, 45, 89-125.
- Tinto, V. (1987). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tinto, V. (1993). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition* (2<sup>o</sup> ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Tinto, V. (2006). Research and practice of student retention: what next? *Journal of College Student Retention*, 8 (1), 1-19.
- Towbes, L. C., & Cohen, L. H. (1996). Chronic stress in the lives of college students: Scale development and prospective prediction of stress. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 199–217.
- Turner, A., Hammond, C., Gilchrist, M., & Barlow, J. (2007). Coventry university students' experiences of mental health problems. *Counselling Psychology Quarterly*, 20 (3), 247-252.
- Üner, S., Özcebe, H., Telatar, T., & Tezcan, S. (2008). Assessment of mental health of university students with GHQ-12. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 38 (5), 437-446.
- United Nations Population Fund [UNFPA]. (2005). *Peer Education: training of trainers manual*. New York, USA: United Nations Population Fund.
- Vaez, M., Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. *Social Indicators Research*, 68, 221-234.
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish university students. *Social Behavior and Personality*, 36 (2), 183-196.
- Vagos, P., Santos, L., Ferraz, L., Vasconcelos, G., Monteiro, S. & Pereira, A. (2009). Promoção de competências de gestão de stress em contexto académico. In A. Maia, S. Silva e T. Pires (Orgs.), *Desafios da saúde e comportamento: actores, problemáticas e contextos - Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa* (pp. 405-415). Braga: CIPSI edições.
- Vaillant, G. (2003). Mental health: reviews and overviews. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373-1384.

- Van Heyningen, J. J. (1997). Academic achievement in college students: What factors predict success? Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities & Social Sciences*, 58 (6-A), 2076.
- Van Tilburg, M.A.L. (2006). The psychological context of homesickness. In: M.A.L. Van Tilburg & A.J.J.M. Vingerhoets (Eds.), *Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress* (pp. 37-49). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Vasconcelos, R., Almeida, L., & Monteiro, S. (2009). O insucesso e abandono académico na universidade: uma análise sobre os cursos de engenharia. In *Actas de VI International Conference on Engineering and Computer Education* (pp. 457-461). Buenos Aires, Argentina: ICECE. Recuperado a 11 de Outubro de 2010 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9412>
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor, Distribuidora Dinapress.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Edição do autor, Distribuidora Dinapress.
- Veríssimo, A. C., Costa, A. R., Gonçalves, E., & Araújo, F. (2010). Níveis de stress no Ensino Superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 539-545). Lisboa: RESAPES-AP.
- Vik, P. W., Tate, S. R., Carrello, P., & Field, C. (2000). Progression of consequences among heavy-drinking college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (2), 91-101.
- Vredenburg, K., O'Brien, E., & Krames, L. (1988). Depression in college students: personality and experiential factors. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 419-425.
- Watanabe, N. (1999). A survey on mental health of university students in Japan. *International Medical Journal*, 6, 175-179.
- Webb, E., Ashton, C., & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *The Lancet*, 348, 922-925.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioural consequences of binge drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.

- Wechsler, H., & Isaac, N. (1992). "Binge" drinkers at Massachusetts colleges: prevalence, drinking style, time trends, and associated problems. *JAMA*, 267, 2929-2931.
- Wechsler, H., Lee, J., Kuo, M., & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- Wechsler, H., Lee, J., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T., & Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: findings from 4 Harvard School of Public Health college alcohol study surveys 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50 (5), 203-218.
- Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the American college student: what's five drinks?. *Psychology and Addictive Behaviors*, 15 (4), 287-291.
- Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2006). Relationship between level of consumption and harms in assessing drink cut-points for alcohol research: Commentary on "Many college freshmen drink at levels far beyond the *binge* threshold" by White et al. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 922-927.
- Weitzman, E. R., & Nelson, T. F. (2004). College student binge drinking and the prevention paradox: implications for prevention and harm reduction. *Journal of Drug Education*, 34 (3), 247-265.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- White, H., & Jackson, K. (2004). Social and psychological influences on emerging adult drinking behaviour. *Alcohol Research & Health*, 28 (4), 182-189.
- WHOQoL Group. (1993). *Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQoL)*. Geneva: WHO.
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European Universities: a review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 913-924.
- 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 Advertising Research Center. (2005) *World Drink Trends 2005 Edition*. Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.
- World Health Organization [WHO]. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Recuperado a 5 de Março de 2006, de [http://www.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://www.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)

- World Health Organization [WHO]. (1986). *Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion*. Ottawa. Recuperado a 5 de Março de 2006, de [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- World Health Organization [WHO]. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad Y Consumo.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Mental health: new understanding, new hope - The World Report 2001*. Recuperado a 5 de Março de 2006, de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. Recuperado a 5 de Março de 2006 de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/545.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf)
- World Health Organization [WHO]. (2004a). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2004b). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva. Recuperado a 5 de Março de 2006, de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions* (Report from the WHO European Ministerial Conference). Recuperado de <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/02/decl-helsinki.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Alcohol use and abuse: what you should know* (alcohol control series nº4). New Delhi, India: World Health Organization, Regional Office for South-East India.
- World Health Organization [WHO]. (2007a). *Mental health: strengthening mental health promotion* (Fact Sheet No. 220). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2007b). *WHO expert committee on problems related to alcohol consumption* (second report). Geneva: World Health Organization.
- Young, J. (2003). Prozac campus: more students seek counseling and take psychiatric medication. *Chronicle of Higher Education*, 49 (23), 37-38.
- Zamboanga, B. (2005). Alcohol expectancies and drinking behaviors in Mexican American college students. *Addictive Behaviors*, 30, 673-684.



- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 505-531). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Zikmund, V. (2001). Health – mental health – quality of life. *Bratisl Lek Listy*, 102 (11), 527-529.
- Zikmund, V. (2003). Health, well-being, and the quality of life: some psychosomatic reflections. *Neuro Endocrinology Letters*, 24 (6), 401-403.
- Zimmerman, F., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics*, 14, 1197-1215.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117, 180-185.
- Zung, W. W. K., & Durham, M. D. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zygowicz, K. M., & Saunders, S. M. (2003). A behavioural health screening measure for use with young adults in primary care settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (2), 71-77.



**ANEXOS**



ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO  
DO BEHAVIORAL HEALTH MEASURE-20



## LICENSE AGREEMENT

This License Agreement (the "Agreement") is made this 23 day of February, 2007 between CelestHealth Solutions, LLC with its principal place of business at 6033 Woodbridge Trail, Newburgh, IN 47630 and the following individuals--Maria Luísa Rita Reis Santos (PhD student), Anabela Maria Sousa Pereira (PhD in Psychology), and Feliciano Henriques Veiga (PhD in Psychology).

1. **Purpose.** Licensor possesses certain rights in the Licensed Products as defined below. Licensee has purchased from Licensor a perpetual (subject to Section 9(f)), non-exclusive License to use the Licensed Products; and Licensor is willing to grant Licensee such a License. The purpose of this Agreement is to document the parties' mutual understanding and the terms and conditions of the foregoing transaction. By purchasing the License to use the Licensed Products, the Licensee agrees to the terms and conditions of this Agreement.
2. **Licensed Products.** For purposes of this Agreement "Licensed Products" means the Behavioral Health Measure-20® (paper version only;"BHM-20®") and any accompanying material as further described on the attached Exhibit A.
3. **License.** Subject to the terms and conditions of this Agreement, Licensor grants to the Licensee a license to use the Licensed Products, but only in connection with Licensee's bona fide **clinical research** (the "License") as the Licensee has applied for and been approved for. The Licensed Products may **NOT** be duplicated except as specifically authorized by Licensor.
4. **Modifications.** Licensee may not modify, translate into other languages or change the content, wording or organization of the Licensed Products or create any derivative work based on the Licensed Products. Licensee may not put the Licensed Products into electronic, computerized, or automated formats.
5. **Copies, Notices and Credits.** Any and all copies of the Licensed Products made by Licensee must include the copyright notice, trademarks, and other notices and credits in the Licensed Products. Such notices may not be deleted, omitted, obscured or changed by Licensee.
6. **Use and Distribution.** The Licensed Products may only be used and distributed by Licensee in connection with Licensee's stated bona fide mental health care practice and may not be used or distributed for any other purpose. Without limiting the generality of the foregoing, Licensee may not distribute copies of the Licensed Products beyond the scope of the applied for license or to other persons for use by other persons. Such other persons should apply to Licensor for a license to use the Licensed Products. Licensee may not charge any client, patient, organization or other entity for use of the Licensed Products.
7. **Warranty.**
  - (a) Licensor represents that it has the full right and authority to enter into this Agreement.
  - (b) Licensor makes no warranty that the Licensed Products will meet the requirements of Licensee or that the Licensed Products will be uninterrupted or error-free.
  - (c) ALL OTHER EXPRESS OR IMPLIED WARRANTIES INCLUDING WARRANTIES OF MERCHANTABILITY OR FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, ARE EXPRESSLY DISCLAIMED AND EXCLUDED. The warranties contained in this section are made in lieu of all other express or implied warranties, whether oral or written. Only an authorized officer

of the Licensor may make modifications to this warranty or additional warranties binding on the Licensor, and such modifications or additional warranties must be in writing.

(d) It is the responsibility of Licensee to ascertain the suitability of the Licensed products for any and all uses made by Licensee. The Licensed Products are not a substitute for an independent medical, mental health, or other appropriate professional evaluation. The Licensed Products are not diagnostic tools and should not be used as such. Licensee is solely responsible for any and all usage of the Licensed Products at Licensee's sole risk.

### **8. Limitation of Remedies**

(a) Licensor's entire liability and Licensee's exclusive remedy for breach of Licensor's warranty obligations in Section 7 or under this Agreement shall not exceed the aggregate amounts paid by Licensee in fees for the Licensed Products.

(b) LICENSOR DISCLAIMS ANY AND ALL LIABILITY FOR SPECIAL INCIDENTAL OR CONSEQUENTIAL DAMAGES (INCLUDING LOSS OF PROFITS) ARISING OUT OF THIS AGREEMENT OR WITH RESPECT TO THE INSTALLATION, USE, OPERATION OR SUPPORT OF THE LICENSED PRODUCTS OR ANY UPDATE OF THE LICENSED PRODUCTS.

(c) LICENSEE SHALL INDEMNIFY LICENSOR AND ITS OFFICERS, DIRECTORS, EMPLOYEES, AND REPRESENTATIVES, AGAINST, AND HOLD THEM HARMLESS FROM, ANY AND ALL CLAIMS AND LAW SUITS ARISING FROM OR RELATING TO ANY USE OF OR RELIANCE ON THE LICENSED PRODUCTS. THIS OBLIGATION TO INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS INCLUDES A PROMISE TO PAY ANY AND ALL JUDGMENTS, DAMAGES, ATTORNEYS' FEES, COSTS AND EXPENSES

### **9. Miscellaneous**

- (a) This Agreement, together with any exhibits referred to herein, constitutes the entire understanding and agreement of the parties and supersedes all previous communications, representations, understandings or agreements with respect to the subject matter. This Agreement may be modified only by written agreement signed by both parties. This Agreement may not be modified or altered except by written instrument duly executed by both parties.
- (b) This Agreement and performance under this Agreement shall be governed by the laws of the State of Indiana.
- (c) No action, regardless of form, arising out of this Agreement may be brought by either party more than two years after the cause of action has arisen.
- (d) If any provision of this Agreement is invalid under any applicable statute or rule of law, it is to that extent to be deemed omitted. The remainder of the Agreement shall be valid and enforceable to the maximum extent possible.
- (e) Licensee may not assign or sub-license, without the prior written consent of Licensor, its rights, duties, or obligations under this Agreement to any person or entity, in whole or in part. Any authorized transferee or assignee of the Licensed Products or this Agreement shall be



## License Agreement—Loyola Marymount University

bound by and subject to all of the terms and provisions of this Agreement. Licensor may transfer or assign this Agreement at its discretion.

- (f) The waiver or failure of either party to exercise in any respect any right provided for in this Agreement shall not be deemed a waiver of any further right under this Agreement.
- (g) For purposes of this Agreement, Licensee is not an agent of Licensor, and Licensee has no express or implied authority to act on behalf of, or make any representations whatsoever on behalf of, Licensor, Licensor has no right to control any activities of Licensee outside the terms of this Agreement. Licensor is an independent contractor and neither party shall have the power or authority to bind the other party to any contract or obligation.
- (h) Violations of any provision or stipulation of this Agreement will result in immediate revocation of this license. Punitive damages may be assessed.

**Exhibit A**  
**Description of Licensed Products**

**Behavioral Health Measure-20 (BHM-20®)**

ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO  
UNIVERSITY STUDENT DEPRESSION INVENTORY





Lúisa Santos <lu.reisantos@gmail.com>

---

## asking permission to use University Student Depression Inventory

---

Nigar Khawaja <n.khawaja@qut.edu.au>  
Para: "Lúisa Santos" <lu.reisantos@gmail.com>

17 de janeiro de 2007 01:26

At 08:14 PM 15/01/2007, you wrote:

Dear Luisa, Thank you very much for the interest in USDI. You have my permission to translate it in Portugese language (only for reasearch purpose). Kindly let me know about the findings. At the moment, 6 universities around the world have contacted me to use it as a part of their reaserch projects / and at couseling centre. It is being translated into German, Tiawanese and Persian languages. I will be using the scales in some studies with students this year. therefore, you findings will be very important. You have asked for some more details. What exactly would you like to know. I am attaching the paper.  
Best of luck with you PHD. Regards, Nigar Khawaja.

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Nigar G. Khawaja (Ph.d)  
School of Psychology and Counselling  
QUT Carseldine

Room L308 Carseldine  
Ph: + 61 7 3864 4757  
Fx: + 61 7 3864 4660

CRICOS No. 00213J

---



ANEXO 3

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO





Universidade de Aveiro  
Departamento de Ciências da Educação



Equipa de investigação: Luísa Santos, Anabela Pereira e Feliciano Veiga

Caro(a) Estudante:

Esta investigação, no âmbito de um projecto de doutoramento em Psicologia, tem como objectivo analisar a saúde mental e os comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior.

Nesse sentido, solicitamos a sua participação, através do preenchimento de alguns questionários. Informamos que a colaboração é voluntária e as respostas são anónimas e confidenciais. Não existem respostas certas ou erradas, pelo que pedimos que seja o mais sincero possível, marcando a primeira resposta que lhe vier ao pensamento.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Para qualquer informação ou sugestão contacte [luisa.santos@ua.pt](mailto:luisa.santos@ua.pt)



## FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ACADÉMICA

Sexo: M  F  Idade: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Aluno de: Licenciatura pré-Bolonha  Formação inicial/1º ciclo de Bolonha

Ano que frequenta: 1º  2º  3º

Nome do curso que frequenta actualmente: \_\_\_\_\_

Qual o seu estado civil?

Solteiro  Casado  União de Facto  Divorciado ou Separado  Outro

Tem estatuto de trabalhador-estudante? Sim  Não

A entrada no curso que frequenta actualmente implicou a sua saída de casa?

Sim  Não

Está a frequentar actualmente algum serviço de apoio psicológico? Sim  Não

Se sim, qual o motivo que o(a) levou a procurar ajuda?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profissão dos pais:

Mãe \_\_\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_



## MEDIDA DE SAÚDE COMPORTAMENTAL-20 (MSC-20)®

(BHM ®; S. Mark Kopta and Jenny L. Lowry, 1997)

(tradução e adaptação de Luísa Santos, Anabela Pereira e Feliciano Veiga, 2007)

Por favor responda a estas questões tendo em conta **as duas últimas semanas**. Escolha de entre as cinco respostas possíveis, a que melhor se aplica ao seu caso, **colocando o** respectivo número no espaço em branco.

1)	Como se tem sentido a nível de stresse?	Extremamente stressado.	0
		Muito stressado.	1
		Moderadamente stressado.	2
		Um pouco stressado.	3
		Nada stressado.	4
2)	Qual o grau de satisfação com a sua vida?	Nada satisfeito.	0
		Ligeiramente satisfeito.	1
		Moderadamente satisfeito.	2
		Satisfeito.	3
		Muito satisfeito.	4
3)	Como se tem sentido a nível de energia e motivação?	Nada enérgico.	0
		Pouco enérgico.	1
		Moderadamente enérgico.	2
		Enérgico.	3
		Muito enérgico.	4

Por favor utilize a escala ao lado para responder às questões de n.º4 a 16. Tendo em conta as duas últimas semanas, indique em que medida tem sido afectado por:		Quase sempre.	0
		Frequentemente.	1
		Por vezes.	2
		Um pouco.	3
		Nunca.	4
4)	Sentimentos de receio ou medo.		
5)	Uso de álcool/drogas que interferem no seu desempenho na escola ou no trabalho.		
6)	Vontade de fazer mal a (prejudicar) alguém.		
7)	Não gostar de si próprio.		
8)	Dificuldades de concentração.		
9)	Problemas alimentares que interferem nas relações com familiares e/ou amigos.		
10)	Pensamentos de acabar com a sua vida. (Se a sua resposta é 0-3, no final do questionário responda também à questão n.º 21.)		
11)	Sentimentos de tristeza.		
12)	Falta de esperança em relação ao futuro.		
13)	Mudanças de humor poderosas e intensas (altos e baixos).		
14)	Uso de álcool/drogas que interferem nas relações com a família e/ou com os amigos.		
15)	Sentir-se nervoso.		
16)	Palpitações ou batimentos rápidos do coração.		

Por favor utilize a escala ao lado para responder às questões de n.º. 17 a 20. Tendo em conta as duas últimas semanas, indique como tem estado a lidar com as seguintes áreas da sua vida:		Muito mal.	0
		Mal.	1
		Razoavelmente.	2
		Bem.	3
		Muito bem.	4
17)	Trabalho/escola (por exemplo, desempenho, assiduidade).		
18)	Relações íntimas (por exemplo, apoio, comunicação, proximidade).		
19)	Relações sociais sem ser com a família (e.g., comunicação, proximidade, nível de actividade).		
20)	Prazer com a vida (por exemplo, tempos livres, apreço pela vida, actividades de lazer).		

21)	Responda a esta questão <b>apenas se respondeu 0-3 na questão n.º10</b> . Por favor indique como classificaria o seu risco de suicídio, colocando uma cruz junto do número que melhor se aplicar ao seu caso. 0-Risco extremamente elevado 1-Risco elevado 2-Risco moderado 3-Risco baixo 4-Nenhum risco
-----	--



## INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS (IDEU)

(Khawaja & Bryden, 2006; tradução e adaptação de Luísa Santos e Anabela Pereira, 2007)

As seguintes afirmações referem-se a aspectos que os estudantes costumam apresentar quando se sentem mais em baixo. Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor indica a frequência com que experienciou o conteúdo de cada item nas **duas últimas semanas**.

		Nunca	Raramente	Por Vezes	Frequente	Quase Sempre
1.	Ando mais cansado do que habitualmente.	1	2	3	4	5
2.	Sinto-me triste.	1	2	3	4	5
3.	Os desafios que encontro no estudo deixam-me abatido.	1	2	3	4	5
4.	O meu humor está a afectar a minha capacidade de desempenhar tarefas.	1	2	3	4	5
5.	Tenho pensado em suicidar-me.	1	2	3	4	5
6.	As actividades que me davam prazer já não me interessam.	1	2	3	4	5
7.	Não vou tanto às aulas como costumava.	1	2	3	4	5
8.	Não me sinto descansado nem depois de dormir.	1	2	3	4	5
9.	Pergunto-me se vale a pena viver.	1	2	3	4	5
10.	Tenho pouca energia.	1	2	3	4	5
11.	Penso que a maioria das pessoas é melhor do que eu.	1	2	3	4	5
12.	Não tenho vontade nenhuma de ir às aulas.	1	2	3	4	5
13.	Ir para a universidade é inútil.	1	2	3	4	5
14.	Passo mais tempo sozinho do que costumava.	1	2	3	4	5
15.	Não acho o estudo tão interessante como antes.	1	2	3	4	5
16.	Tenho dificuldade em completar as tarefas de estudo.	1	2	3	4	5
17.	Tenho dificuldade em iniciar tarefas	1	2	3	4	5
18.	Sinto-me retraído/acanhado quando estou com os outros.	1	2	3	4	5
19.	Não me sinto motivado para estudar.	1	2	3	4	5
20.	Sinto que não valho nada.	1	2	3	4	5
21.	Sinto-me desiludido comigo.	1	2	3	4	5
22.	Sinto-me vazio emocionalmente.	1	2	3	4	5
23.	Sinto que não consigo controlar as minhas emoções.	1	2	3	4	5
24.	O meu estudo é perturbado por pensamentos que me distraem.	1	2	3	4	5
25.	Sinto que não sirvo para nada.	1	2	3	4	5
26.	Não lido bem com as situações.	1	2	3	4	5
27.	Não tenho energia para estudar ao meu nível habitual.	1	2	3	4	5
28.	Ninguém se preocupa comigo.	1	2	3	4	5
29.	Tenho dificuldade em concentrar-me.	1	2	3	4	5
30.	Demoro mais tempo do que antigamente a realizar as tarefas diárias.	1	2	3	4	5





## INVENTÁRIO DO STRESSE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Anabela Pereira, Elisa DeqMotta, Carolina Pinto, Olga Bernardino, Pedro Lopes, Rosário Ataíde, Ana Melo,  
Joana Bronze, José Medeiros, Rui Mendes (2003)

Pretendemos identificar quais os principais factores indutores de stresse em contexto universitário. Responde a todos os itens com sinceridade. Estes dados são absolutamente confidenciais e a tua participação é muito importante.

A tua resposta pode variar entre **1** mínimo (**discordância total**) e **5** máximo (**concordância total**).

Agradecemos a devolução deste questionário a quem to entregou, mesmo caso optes pelo seu não preenchimento.

**Por favor assinala com um X o valor que considera mais adequado.**

**1 (discordo totalmente) 5 (concordo totalmente)**

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



# QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS (QCREU)

(Luísa Santos, Anabela Pereira e Feliciano Veiga, 2007)

Com este questionário pretende-se caracterizar os comportamentos de risco no estudante do Ensino Superior. As respostas são confidenciais, pelo que pedimos que seja o mais sincero possível. Marque com **um círculo apenas uma** resposta em cada questão.

- 1) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias fumou cigarros?
  - a) 0 dias
  - b) 1 dia
  - c) 2 a 4 dias
  - d) 2 a 3 dias por semana
  - e) 4 ou mais dias por semana
- 2) Nos últimos 30 dias, tendo em conta os dias em que fumou, quantos cigarros fumou por dia?
  - a) Não fumei nos últimos 30 dias
  - b) 1 a 5 cigarros por dia
  - c) 6 a 10 cigarros por dia
  - d) 11 a 20 cigarros por dia
  - e) Mais do que 20 cigarros por dia
- 3) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?
  - a) 0 dias
  - b) 1 dia
  - c) 2 a 4 dias
  - d) 5 a 14 dias
  - e) 15 dias ou mais
- 4) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas?
  - a) 0 dias
  - b) 1 dia
  - c) 2 a 4 dias
  - d) 5 a 14 dias
  - e) 15 dias ou mais
- 5) Que tipo de bebidas alcoólicas ingere com mais frequência?
  - a) Não consumo bebidas alcoólicas
  - b) Cerveja
  - c) Vinho
  - d) Bebidas destiladas (Vodka, Whisky, licores...)
  - e) Shots
- 6) Que tipo de bebidas alcoólicas ingere em festas académicas?
  - a) Não vou a festas académicas/ não consumo bebidas alcoólicas nas festas académicas
  - b) Cerveja
  - c) Vinho
  - d) Vodka e Whisky, licores e bebidas espirituosas
  - e) Shots
- 7) Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas académicas?
  - a) Não vou a festas académicas/ não consumo bebidas alcoólicas em festas académicas
  - b) 1 a 2 copos
  - c) 3 a 4 copos
  - d) 5 a 8 copos
  - e) mais de 8 copos
- 8) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?
  - a) 0 vezes
  - b) 1 vez
  - c) 2 ou 5 vezes
  - d) 6 a 9 vezes
  - e) 10 ou mais vezes
- 9) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc)?
  - a) 0 vezes
  - b) 1 vez
  - c) 2 ou 5 vezes
  - d) 6 a 9 vezes
  - e) 10 ou mais vezes
- 10) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem o consentimento médico?
  - a) 0 vezes
  - b) 1 vez
  - c) 2 ou 5 vezes
  - d) 6 a 9 vezes
  - e) 10 ou mais vezes
- 11) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?
  - a) 0 vezes
  - b) 1 vez
  - c) 2 ou 5 vezes
  - d) 6 a 9 vezes
  - e) 10 ou mais vezes
- 12) Durante os últimos 12 meses teve...
  - a) 0 parceiros sexuais
  - b) 1 parceiro sexual
  - c) 2 parceiros sexuais
  - d) 3 parceiros sexuais
  - e) Mais do que 3 parceiros sexuais

- 13) Durante os últimos 12 meses com que frequência você ou o seu parceiro usaram preservativo durante a actividade sexual (vaginal, oral ou anal)?
- Não teve parceiro sexual
  - Nunca (0% das vezes)
  - Às vezes (1 a 50% das vezes)
  - Habitualmente (51 a 99% das vezes)
  - Sempre (100% das vezes)
- 14) Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?
- 0 vezes
  - 1 vez
  - 2 vezes
  - 3 vezes
  - Mais do que 3 vezes
- 15) Já realizou alguma vez o teste para a infecção por VIH/SIDA?
- Sim
  - Não
  - Não sei
- 16) Durante os últimos 30 dias comeu frutas, vegetais ou produtos com fibras?
- Menos do que 3 doses por semana
  - 3 a 6 doses por semana
  - 1 dose por dia
  - 2 a 3 doses por dia
  - 4 ou mais doses por dia
- 17) Durante os últimos 30 dias ingeriu bebidas ricas em cafeína (ex. café, chá, coca-cola, redbull)?
- Nunca
  - Menos de 1 dose por dia
  - 1 a 2 doses por dia
  - 3 a 4 doses por dia
  - 5 ou mais doses por dia
- 18) Durante os últimos 30 dias, ingeriu comida rápida (hambúrgueres, cachorros quentes, pizzas, etc.)...
- 0 vezes
  - 1 a 2 vezes
  - 3 a 5 vezes
  - 6 a 10 vezes
  - Mais do que 10 vezes
- 19) Durante os últimos 30 dias ingeriu alimentos com açúcar adicionado (ex. refrigerantes, doces, sobremesas)
- Menos do que 3 doses por semana
  - 3 a 6 doses por semana
  - 1 dose por dia
  - 2 a 3 doses por dia
  - 4 ou mais doses por dia
- 20) Durante os últimos 30 dias, tomou o pequeno-almoço?
- 0 vezes
  - 1 a 4 vezes
  - 5 a 9 vezes
  - 10 a 19 vezes
  - 20 ou mais
- 21) Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou actividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos...)?
- 0 vezes
  - 1 vez por semana (ex. ao fim de semana)
  - 2 a 3 vezes por semana
  - 4 a 6 vezes por semana
  - 7 vezes por semana
- 22) Durante os últimos 30 dias, com que frequência usou cinto de segurança quando viajou de carro (como condutor e/ou passageiro)?
- Não estive num carro
  - Nunca (0% das vezes)
  - Às vezes (1 a 50% das vezes)
  - Habitualmente (51% a 99% das vezes)
  - Sempre (100% das vezes)
- 23) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes andou de carro ou outro veículo, conduzido por outra pessoa que tivesse consumido álcool?
- 0 vezes
  - 1 vez
  - 2 ou 3 vezes
  - 4 ou 5 vezes
  - 6 ou mais vezes
- 24) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes conduziu um carro ou outro veículo, depois de ter consumido álcool?
- 0 vezes
  - 1 vez
  - 2 ou 3 vezes
  - 4 ou 5 vezes
  - 6 ou mais vezes