

**SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR:
FATORES PROTETORES E FATORES DE VULNERABILIDADE**

Maria José Carvalho Nogueira

Orientadores: Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira
Prof. Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros

**Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de
Doutor em Enfermagem**

2017

com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



**SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR:
FATORES PROTETORES E FATORES DE VULNERABILIDADE**

Maria José Carvalho Nogueira

Orientadores: Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira
Prof. Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina, e Presidente da Comissão Científica do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa,

Vogais:

- Doutor Juan Roldán Merino, Professor Titular da Escola Universitària d'Infermeria *Sant Joan de Déu, adstrita à Universitat de Barcelona*;
- Doutor Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, Professor Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientador;
- Doutor Amadeu Matos Gonçalves, Professor Adjunto da Escola de Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu;
- Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Professora Catedrática de Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Adriana Pereira Henriques, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2017

Ao Miguel

Agradecimentos

Volvidos cinco anos desde o início desta investigação, não poderia deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de forma direta ou indiretamente contribuíram para o seu desenvolvimento e concretização.

Em primeiro lugar, o meu agradecimento é dirigido aos orientadores científicos desta tese. Ao orientador Professor Doutor Carlos Sequeira e à coorientadora Professora Doutora Luísa Barros, o meu obrigado pelo acompanhamento, conhecimento partilhado, pelos desafios e espírito crítico, pela sensibilidade para as questões da saúde mental. Agradeço sobretudo pelo estímulo e apoio que muito contribuiu para o meu crescimento, não só académico, mas também pessoal. Muito obrigada a ambos pela disponibilidade e ânimo em momentos decisivos. Ao Professor Doutor Carlos Sequeira deixo um agradecimento muito especial pelas suas sábias palavras, certas no momento certo, e pelo ânimo e incentivo constante.

O meu agradecimento muito especial à minha amiga e colega Glória Toletti, que acompanhou este projeto desde o seu começo e muito contribuiu com o seu espírito crítico e clareza em decisões sempre difíceis de tomar neste tipo de investigação. Foi em grande medida o seu ânimo, apoio e solidariedade incondicional, que tornaram a concretização deste trabalho, menos árdua e solitária.

Agradeço à Professora Doutora Alfaf Meleis pelos contributos e pela amabilidade demonstrada, desde o primeiro contacto.

O meu agradecimento é também para os estudantes que aceitaram expor aspetos pessoais, por vezes delicados, da sua vida, em prol deste estudo.

Agradeço à minha família. Aos meus pais, Iria e Nogueira, às minhas irmãs, Mila, Fata e Xana, ao meu cunhado Lino, e aos meus sobrinhos Maria e Afonso por tudo, mas sobretudo pelo carinho, paciência e compreensão incondicional nas minhas ausências, pelo ânimo e por estarem sempre comigo.

Finalmente agradeço aos amigos, a todos, por me acompanharem neste desafio.

Resumo

A saúde mental (SM) dos estudantes do ensino superior (EES) é importante para o seu desenvolvimento e sucesso académico. A transição para o ensino superior configura uma transição múltipla que potencia stress, desequilíbrios e um ajustamento exigente, com impacto a nível pessoal e académico. Em Portugal pouco se conhece sobre a relação entre variáveis biopsicossociais e a saúde mental dos EES. Objetivos: 1) **Caracterizar** a saúde mental dos EES em termos de bem-estar e *Distress*; 2) **Explorar** a relação entre a saúde mental, bem-estar e *distress* psicológico dos EES e as características sociodemográficas, relacionais, académicas, comportamentos de saúde, satisfação com o suporte social (ESSS), satisfação com a vida académica (ESVA), acontecimentos de vida negativos (IAV-N); vulnerabilidade psicológica (EVP) e perceção de vulnerabilidade (PV) 3) **Identificar** preditores de bem-estar e *distress* psicológico em EES.

É um estudo exploratório, transversal e correlacional, uma amostra não probabilística de 560 EES do 1º e 2º ano do Distrito de Lisboa. Os dados foram recolhidos no 1º Semestre do ano letivo 2014/15 e a análise foi quantitativa, com recurso a técnicas de análise estatística descritiva e inferencial. Os aspetos formais e éticos que devem guiar este tipo de investigação foram observados ao longo do decurso do estudo. Para recolher a informação foi usado o questionário de autorrelato *online* - *Inquérito para Estudantes do Ensino Superior*, contendo: caracterização sociodemográfica, relacional; académica; comportamentos de saúde; Inventário de Saúde Mental (ISM); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS); Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV-N); Escala de Satisfação com a Vida Académica (ESVA); Escala de Vulnerabilidade Psicológica (EVP) e uma pergunta sobre Perceção Vulnerabilidade (PV).

Os EES revelam uma boa saúde mental (M= 158,87; DP= 29,49), mas 16,6% encontram-se no nível de SM-Baixo, e 10% tem comportamentos auto lesivos (CAL). A satisfação com o suporte social é alta, e de um modo geral estão muitos satisfeitos com a vida académica, a maioria não teve eventos de vida negativos, têm moderada vulnerabilidade psicológica e, não se sentem vulneráveis. A SM está positivamente correlacionada com nível sociodemográfico (NSE)-Elevado, ter relação afetiva estável e satisfatória, ter desempenho académico Bom, dormir sete ou mais horas, não consumir fármacos, estar satisfeito com o suporte social e a vida académica, ter tido poucos acontecimentos de vida negativos, ter menor vulnerabilidade psicológica e ter menor perceção de vulnerabilidade. O nível de SM-Baixo está correlacionado com NSE-Baixo/Médio, ter relação conflituosa/tensa ou curta/ocasional, ter desempenho medíocre/suficiente, dormir menos de seis horas, tomar fármacos, ter comportamento auto lesivos (CAL), vulnerabilidade psicológica e sentir-se vulnerável. O género masculino a relação íntima/namoro satisfatória, o bom desempenho académico, prática de exercício físico/desporto, dormir sete horas, a satisfação com o suporte social e satisfação vida académica, são preditores de bem-estar psicológico, os dois últimos muito significativos. Inversamente o género feminino o NSE-Baixo, idade entre os 21-24 anos, dormir menos de seis horas, maior vulnerabilidade psicológica e maior perceção de vulnerabilidade são preditores de *distress* psicológico, os dois últimos muito significativos.

Foram identificados preditores biopsicossociais de bem-estar e *distress* psicológico dos EES. Estes dados devem ser tidos em conta para despistar défices e problemas de SM nos EES, e desenhar programas específicos de promoção da SM e prevenção de morbilidade, que logrem promover o potencial de saúde mental e o sucesso dos estudantes.

Palavras-Chave: Saúde mental, estudante do ensino superior, vulnerabilidade, transição múltipla

Abstract

College student's mental health (MH) is an important issue for their development and academic success. Enrolment in higher education set up a multiple transition that cause stress, imbalance and a challenging adjustment, with major impact on a personal, and academic level. In Portugal, little is known about the relationship between biopsychosocial variables and mental health of college student's. This study aims to: 1) describe the mental health college students in terms of psychological well-being and distress; 2) explore the relationship between college student's mental health, well-being and psychological distress and: sociodemographic, relational, academic characteristics; health behaviours; social support perception (SSP); satisfaction with academic life (SAL); negative life events (NLE); psychological vulnerability (PV) and vulnerability perception (VP) 3) To identify predictors of well-being and psychological distress in CE.

Using a cross-sectional correlational trial and a non-probabilistic sample of 560 under graduating students attending the 1st and 2nd year, in 2014/15 during the 1st semester, Lisbon District, data was collected from an online self-report inquiry form "*Mental Health Survey for College Students*" was used, containing variables and measures: sociodemographic, relational; academic; health behaviours; Mental Health Inventory (MHI); Social Support Satisfaction Scale (SSSS); Negative Life Events Inventory (NLEI); Life Academic Satisfaction Scale (LASS); Psychological Vulnerability Scale (PVS) and Perception of Vulnerability (PV). Throughout the course of research formal and ethical aspects were observed. Quantitative techniques, descriptive and inferential statistical analysis was performed.

Results reveal a good mental health ($M = 158.87$, $SD = 29.49$), but 16.6% are in the MH-Low level, and 10% have self-harmful behaviours. SSSS is high, and generally students are satisfied with academic life, most had no negative life events, and they have moderate psychological vulnerability, but they don't feel vulnerable. We found that MH is positively correlated with: high socioeconomic level; have an affective stable and satisfactory relationship; have good academic performance; sleep 7 or more hours; do not drugs, be satisfied with social support and academic life, never had negative life events, having less psychological vulnerability and have a lower perception of vulnerability. Also, MH- High level is correlated with: SE-Low/Medium; conflictual/tense or short relationship; insufficient academic performance; sleep less than six hours; take drugs; having self-harm behaviour; psychological vulnerability and feel If vulnerable. Regression analyses indicate that males; have a close relationship/dating satisfactory, good academic performance, exercising, sleeping 7 hours, satisfaction with social support and academic life are very significant positive predictors of psychological well-being. Conversely females, low socioeconomic level, aged 21-24 years, sleeping less than 6 hours, having moderate psychological vulnerability and perception of vulnerability are strong negative predictors of psychological distress.

We identified several biopsychosocial predictors of well-being and psychological distress in college student's. These data should be considered to design specific programs, based in mental health promotion and prevention of morbidity, to decrease MH deficits and problems of mental health.

Keywords: Mental health, college student, vulnerability, multiple transition

Lista de Abreviaturas

Abreviaturas	Significados
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
BRFSS	Behavioural Risk Factor Surveillance System
CDC	Center of Disease and Prevention
CITP	Classificação Internacional do Tipo de Profissões
CPP	Classificação Portuguesa das Profissões
CAL	Comportamento Auto lesivo
DGES	Direção Geral do Ensino Superior
DGEEC-	Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência
DM	Doença Mental
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
SSS	Satisfação com o Suporte Social
ESTeSL	Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa
EUA	Estados Unidos da América
EENSM	Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental
EESM	Estudantes do Ensino Superior Militar
GAPE	Gabinete de Apoio Psicopedagógico ao Estudante
IDT	Instituto da Droga e Toxicodpendência
IEES	Inquérito para Estudantes do Ensino Superior
IST	Instituto Superior Técnico
ISE	Instituto Superior Engenharia
ISCTE-IUL	Instituto Universitário de Lisboa
INE	Instituto Nacional de Estatística
NSE	Nível Socioeconómico
NUTS	Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization
UL	Universidade de Lisboa
CSMH	Center of School Mental Health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	- 20 -
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 26 -
CAPÍTULO 1 – SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR	- 28 -
1. A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: um problema contemporâneo	- 30 -
1.1. <i>A saúde mental dos estudantes do ensino superior no contexto português</i>	- 37 -
1.2. <i>Respostas institucionais supranacionais e nacionais</i>	- 38 -
2. A Perspetiva Salutogénica e Positiva da Saúde Mental	- 41 -
2.1. <i>Paradigma Salutogénico de Aron Antonovsky</i>	- 44 -
2.2. <i>Modelos de Bem-Estar</i>	- 45 -
3. O Estudante do Ensino Superior em Transição	- 50 -
3.1. <i>Transição desenvolvimental</i>	- 51 -
3.1.1. <i>Tarefas desenvolvimentais de “tornar-se adulto”</i>	- 55 -
3.2. <i>Ingresso no ensino superior: transição múltipla</i>	- 58 -
3.2.1. <i>Desafios do ambiente académico</i>	- 62 -
3.2.2. <i>Ajustamento e satisfação com a vida académica</i>	- 67 -
4. A Perspetiva Transicional de Enfermagem	- 69 -
4.1. <i>Saúde mental dos EES à luz da Teoria da Transição de Afaf Meleis</i>	- 72 -
CAPÍTULO 2 – PREDITORES E CORRELATOS DA SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	- 76 -
1. Determinantes da Saúde Mental	- 78 -
2. Preditores e Correlatos da Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior	- 83 -
2.1. <i>Características sociodemográficas, relacionais e académicas</i>	- 83 -
2.2. <i>Comportamentos de saúde</i>	- 87 -
2.3. <i>Satisfação com o suporte social</i>	- 94 -
2.4. <i>Satisfação com a vida académica</i>	- 97 -
2.5. <i>Acontecimentos de vida negativos</i>	- 98 -
2.6. <i>Vulnerabilidade psicológica</i>	- 102 -
2.7. <i>Perceção de Vulnerabilidade</i>	- 103 -
3. Objetivos do Estudo	- 108 -
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	- 110 -
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	- 112 -
1. Desenho e Tipo de Estudo	- 114 -
2. Amostra	- 114 -
3. Variáveis e Instrumentos de Avaliação	- 118 -
4. Procedimentos	- 133 -

CAPÍTULO 4 – ESTUDO PRELIMINAR: PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	- 138 -
1.Tradução e Adaptação da <i>Psychological Vulnerability Scale - PVS</i>	- 140 -
2. Construção da Escala de Satisfação com Vida Académica - ESVA	- 145 -
3. Organização do Questionário -IEES	- 150 -
CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	- 152 -
1. Caracterização da Amostra	- 154 -
2. Estatística Bivariada	- 161 -
2.1. <i>Nível de saúde mental</i>	- 161 -
2.2. <i>Relação com características sociodemográficas, relacionais e académicas</i>	- 163 -
2.3. <i>Relação com comportamentos de saúde</i>	- 169 -
2.4. <i>Relação com satisfação com o suporte social</i>	- 173 -
2.5. <i>Relação com satisfação com a vida académica</i>	- 175 -
2.6. <i>Relação com acontecimentos de vida negativos</i>	- 176 -
2.7. <i>Relação com vulnerabilidade psicológica</i>	- 177 -
2.8. <i>Relação com perceção de vulnerabilidade</i>	- 179 -
3. Estudos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (RLMH)	- 180 -
3.1. <i>Predição de Bem-Estar Psicológico</i>	- 180 -
3.2. <i>Predição de Distress Psicológico</i>	- 182 -
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	- 184 -
1. Saúde Mental, Bem-Estar e <i>Distress</i> Psicológico dos EES	- 186 -
2. Relação com as Variáveis	- 187 -
3. Preditores de Saúde Mental	- 200 -
3.1. Bem-Estar Psicológico	- 200 -
3.2. <i>Distress Psicológico</i>	- 204 -
CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES	- 208 -
1. Principais Conclusões	- 210 -
2. Limitações	- 212 -
3. Contributos para a Prática	- 212 -
4. Sugestões para Investigações Futuras	- 215 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 218 -
ANEXOS	- 246 -

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 5. 1. Consistência interna da EVP, nas amostras portuguesas e versão original</i>	<i>- 143 -</i>
<i>Tabela 5. 2. Correlações Pearson entre a EVP e BSI, no Estudo I</i>	<i>- 144 -</i>
<i>Tabela 5. 3. Médias, desvio-padrão e consistência interna da ESVA</i>	<i>- 147 -</i>
<i>Tabela 5. 4 Correlação Pearson, inter-item da ESVA</i>	<i>- 148 -</i>
<i>Tabela 5. 5 Matriz estrutural das componentes da ESVA</i>	<i>- 149 -</i>
<i>Tabela 6. 1 Características sociodemográficas, relacionais e académicas da amostra</i>	<i>- 155 -</i>
<i>Tabela 6. 2. Comportamentos de saúde da amostra</i>	<i>- 156 -</i>
<i>Tabela 6. 3. Consumos de substâncias psicoativas na amostra</i>	<i>- 157 -</i>
<i>Tabela 6. 4. Estatísticas descritivas da ESSS e subescalas</i>	<i>- 158 -</i>
<i>Tabela 6. 5 Estatísticas descritivas da ESVA, na amostra</i>	<i>- 159 -</i>
<i>Tabela 6. 6 Estatísticas descritivas das subescalas do IAV-N, na amostra</i>	<i>- 160 -</i>
<i>Tabela 6. 7 Estatísticas descritivas dos índices de severidade do IAV-N, na amostra</i>	<i>- 160 -</i>
<i>Tabela 6. 8 Estatísticas descritivas das subescalas, dimensões e do ISM Global</i>	<i>- 161 -</i>
<i>Tabela 6. 9. Distribuição amostra por níveis de saúde mental</i>	<i>- 162 -</i>
<i>Tabela 6. 10 Médias obtidas nas subescalas-ISM por nível de SM</i>	<i>- 162 -</i>
<i>Tabela 6. 11 Comparação da saúde mental-ISM por género</i>	<i>- 163 -</i>
<i>Tabela 6.12 Comparação da saúde mental-ISM por NSE- ANOVA One-way</i>	<i>- 164 -</i>
<i>Tabela 6. 13. Comparação da saúde mental-ISM por relação íntima/namoro</i>	<i>- 165 -</i>
<i>Tabela 6. 14. Comparação entre ISM por história familiar de doença mental</i>	<i>- 166 -</i>
<i>Tabela 6. 15. Comparação da saúde mental- ISM, por ano frequentado</i>	<i>- 167 -</i>
<i>Tabela 6. 16 Correlação Spearman entre saúde mental-ISM e desempenho académico</i>	<i>- 167 -</i>
<i>Tabela 6. 17. Associação entre nível de SM, sociodemográficas, relacionais e académicas ...</i>	<i>- 168 -</i>
<i>Tabela 6. 18. Tabela 6. 18 Comparação da saúde mental-ISM por prática de exercício físico</i>	<i>- 169 -</i>
<i>Tabela 6. 19. Comparação da saúde mental-ISM por horas de sono dormidas</i>	<i>- 170 -</i>
<i>Tabela 6. 20. Comparação das médias de ISM, por toma fármacos ANOVA One-way</i>	<i>- 171 -</i>

<i>Tabela 6. 21. Associação entre o nível de saúde mental e comportamento de saúde</i>	<i>- 172 -</i>
<i>Tabela 6. 22 Correlação Pearson entre o ISM e ESSS.....</i>	<i>- 174 -</i>
<i>Tabela 6. 23 Comparações da média das subescalas da ESSS por níveis SM.....</i>	<i>- 174 -</i>
<i>Tabela 6. 24. Correlação Pearson entre saúde mental-ISM e ESVA.....</i>	<i>- 175 -</i>
<i>Tabela 6. 25. Comparações das médias da ESVA por níveis de ISM</i>	<i>- 175 -</i>
<i>Tabela 6. 26. Correlações Pearson entre ISM e subescalas do IAV-N.....</i>	<i>- 176 -</i>
<i>Tabela 6. 27. Correlações Pearson entre ISM e Índices do IAV-N</i>	<i>- 176 -</i>
<i>Tabela 6. 28. Comparação de médias das subescalas e índices do IAV-N por níveis SM.....</i>	<i>- 177 -</i>
<i>Tabela 6. 29. Correlação Pearson entre saúde mental -ISM e a EVP</i>	<i>- 178 -</i>
<i>Tabela 6. 30. Comparações das médias da EVP por níveis de saúde mental.....</i>	<i>- 178 -</i>
<i>Tabela 6. 31. Correlação Spearman entre saúde mental-ISM e PV</i>	<i>- 179 -</i>
<i>Tabela 6. 32. Comparações entre PV por níveis de saúde mental</i>	<i>- 179 -</i>
<i>Tabela 6. 33. Regressão Linear Hierárquica de Bem-Estar Psicológico</i>	<i>- 181 -</i>
<i>Tabela 6. 34. Regressão Linear Hierárquica de Distress Psicológico.....</i>	<i>- 182 -</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Saúde mental dos EES à luz da Teoria de Transição..... - 74 -

Figura 2 Dimensões envolvidas na transição múltipla dos EES - 108 -

ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1 Componentes do modelo bem-estar psicológico, social e emocional... - 50 -</i>
<i>Quadro 2 Fases do desenvolvimento do self do estudante - 58 -</i>
<i>Quadro 3 Estilos de relação do indivíduo - 61 -</i>
<i>Quadro 4. Dimensões e elementos presentes na adaptação académica..... - 68 -</i>
<i>Quadro 5- Variáveis e instrumentos de medida do estudo - IEES..... - 119 -</i>

INTRODUÇÃO

A saúde mental (SM) dos estudantes do ensino superior (EES) têm vindo a decrescer nas últimas décadas (Blanco et al., 2008; Guthman, Iocim, & Konstas, 2010; Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010b), e verificam-se prevalências altas de perturbação mental (26%) (Hussain, Guppy, Robertson, & Temple, 2013), stress psicológico (26,2%) (Cleary, Walter, & Jackson, 2011; Verger et al., 2009), de depressão (17,3%), de ideação suicida e comportamentos autolesivos (CAL) (15,3%) (Eisenberg, Hunt, & Speer, 2013). No contexto europeu, a World Health Organization (WHO), indica um decréscimo da saúde mental e um aumento das doenças mentais, que afetam 11% da população. Designadamente atingindo 10% a 20% dos jovens adultos (WHO, 2008, 2013), o que torna esta problemática um sério problema de Saúde Pública (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010a).

A opção de estudar a saúde mental dos EES deve-se à proximidade institucional com esta população e com a evidência que demonstra que na transição para o ensino superior os estudantes parecem estar expostos a circunstâncias que aumentam o risco de desencadear problemas de saúde mental (Azevedo, Elias, Samorinha, & Maia, 2010; Cleary et al., 2011; Guthman et al., 2010; Johnson, Gans, Kerr, & LaValle, 2010; Kenney & Holahan, 2008; Venezia & Jaeger, 2013; Verger et al., 2009).

Os problemas de saúde mental afetam os vários quadrantes da vida dos EES (físico, emocional, cognitivo, social e desempenho académico), ou seja o seu funcionamento global (Chow, 2010), podendo conduzir a graves desequilíbrios inclusive ao suicídio (American College Health Association [ACHA], 2011, 2014; Bayati, Beigi, & Salehi, 2009). Além disso, os EES precisam obter resultados positivos na esfera académica, pelo que a sua saúde mental é vital sobretudo no processo de transição (Sequeira et al., 2014), que de acordo com Meleis configura uma *transição múltipla*, situação que incrementa o risco de desequilíbrio e respostas humanas desajustadas, compromete o seu bem-estar (Meleis, 2010).

Por outro lado, em Portugal pouco se sabe, em profundidade, sobre a saúde mental dos EES, nomeadamente da saúde mental positiva - bem-estar, dimensão que têm sido negligenciada em termos de Políticas preventivas (Eisenberg et al., 2013; Eisenberg, Golberstein, & Hunt, 2009; Eisenberg, Hunt, Speer, & Zivin, 2011; Keyes et al., 2012). No entanto o bem-estar é um relevante indicador do funcionamento físico, emocional, cognitivo, académico e interpessoal.

Atendendo à definição saúde mental, como sendo o *“aproveitamento pleno das*

potencialidades e capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, bem como enfrentar as dificuldades da vida, produzir trabalho e, contribuir para ações em sociedade” (WHO, 2003 p.7), fica implícito que a saúde mental é um *Bem* intrínseco e essencial ao desenvolvimento do potencial humano. Portanto, assume-se que a saúde mental é indissociável tanto da saúde como do bem-estar psicológico, e que se constrói desde os primeiros anos de vida num *continuum* vivencial, no âmbito das condições facilitadoras vs obstáculos em que se vive (WHO, 2012). A literatura mostra ainda que a SM é influenciada pela etapa do ciclo vital e por uma multiplicidade de condições interdependentes (biológicos, psicossociais, culturais, ambientais) (WHO, 2012). Por conseguinte resulta do equilíbrio entre características individuais, condições de vida, comportamentos, e da rede sociofamiliar. Nesta matriz dinâmica, algumas destas variáveis podem ser preditores de melhor ou pior saúde mental (WHO, 2012, 2015). Neste sentido a SM tem sido estudada com base num constructo bidimensional: Uma dimensão positiva – *Bem-Estar Psicológico* e uma negativa - *Distress Psicológico* (Veit & Ware, 1983; Ware, Manning, Wells, Duan, & Newhouse, 1984).

Ingressar no ensino superior envolve um processo de ajustamento exigente, apesar do potencial de desenvolvimento que implica. Na perspectiva de Meleis (2010) qualquer *transição* é uma fonte potencial de desequilíbrio, pois engloba processos intrapsíquicos como *"desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade e depressão"* Chick & Meleis (1986, p. 241).

Monitorizar a SM é uma prioridade assumida no âmbito das Políticas de saúde tanto ao nível internacional ***WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*** (WHO, 2012, 2015) como nacional, plasmada no ***Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016*** (Ministério da Saúde, 2008). Contudo, avaliar a SM em EES não tem sido consensual ou fácil, na medida em que neste período do ciclo vital convergem um conjunto de circunstâncias que acrescentam complexidade ao seu estudo. Por conseguinte algumas variáveis relevantes têm sido pouco estudadas nesta população (Engin, Gurkan, Dulgerler, & Arabaci, 2009; Schwartz & Friedman, 2009).

No panorama nacional pouco se conhece sobre a SM dos EES, designadamente na perspectiva Holística, Salutogénica e positiva. A revisão da literatura revela que os estudos de caracterização relativos ao ano de ingresso no Ensino Superior são escassos. Focam-se sobretudo em aspetos negativos da saúde mental, não abordam a globalidade das dimensões da *pessoa* do EES (Costa & Leal, 2004, 2008; Venezia & Jaeger, 2013) e, persistem dúvidas em

torno das relações e sentido entre variáveis biopsicossociais e a SM em EES (Almeida, 2014; Eisenberg et al., 2013; Keyes et al., 2012). A literatura destaca também que os estudos são omissos quanto à natureza preditiva entre variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamentos de saúde e variáveis psicoafectivas e a saúde mental positiva (bem-estar psicológico) e negativa (*distress* psicológico). Além disso, desconhecem-se estudos que tivessem investigado variáveis psicoafectivas (satisfação com suporte social; satisfação com a vida académica; acontecimentos de vida negativos; vulnerabilidade psicológica e percepção de vulnerabilidade) em EES como preditores de Bem-Estar e/ou *Distress Psicológico*.

Por conseguinte, dado que o bem-estar é um campo de estudo e de intervenção da disciplina de enfermagem (Morse, 2006), é no domínio da saúde que situamos este estudo. Neste sentido aborda-se a saúde mental do EES a partir de uma visão integradora da globalidade e do funcionamento positivo da pessoa do estudante, no âmbito da relação situacional em que se encontra “EES-ambiente académico”.

A Teoria Transicional (Meleis, 2012) proporciona uma leitura e interpretação da complexidade das relações de influência que emergem entre esta díade. Permitindo conhecer e aclarar quais as condições (variáveis preditivas) do domínio individual e contextual (sociofamiliar e comunidade) se constituem facilitadoras vs obstáculos das respostas positivas de saúde mental. Dado que se desejava averiguar se as mudanças, numa ou em mais destas variáveis (preditivas) estão correlacionadas com mudanças no Bem-Estar *Psicológico* ou *Distress Psicológico* dos EES (dependentes), efeito definido como covariância. Nesse sentido, os desenhos correlacionais preditivos são os mais adequados para informar sobre estes efeitos de influência preditiva (Pestana & Gageiro, 2007).

Tendo em conta as Políticas de Saúde que recomendam intervenções precoces, continuadas e promotoras da saúde mental, plasmadas no **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida** (Ministério da Saúde, 2008), este trabalho contribui com dados a partir dos quais se pode alavancar investigação e recomendações clínicas, numa lógica de promoção da saúde mental e prevenção da morbilidade. Nesta medida, este estudo, é um contributo útil e relevante para a enfermagem, pois acrescenta informação mais detalhada sobre as variáveis biopsicossociais associadas à saúde mental dos EES. Em última análise, esta informação, permite antecipar alterações na SM dos EES com maior acuidade além de fundamentar intervenções dirigidas de

facilitação da transição saudável (Meleis, 2012). O estudo aponta ainda para indicadores clínicos (*screening*) uteis, por exemplo nos cuidados de saúde primários, para desenhar intervenções precoces promotoras de saúde mental no âmbito da saúde escolar e familiar.

Assim, a **Finalidade** deste estudo é caracterizar a saúde mental dos EES, estudar as relações entre as condições individuais e do contexto académico, visando identificar preditores de bem-estar e *distress* em EES, contribuindo com dados que apontem para indicadores, que podem funcionar como *screening*, fundamentando intervenções de facilitação da transição, que se desejam precoces, ajustadas e promotoras de saúde mental.

O trabalho é composto por duas partes. **Na Parte I** contextualiza-se o fenómeno de saúde em estudo, apresenta-se o enquadramento teórico e conceptual sustentado na revisão da literatura, ao longo de dois capítulos.

O Capítulo 1 contextualiza a saúde mental em EES como um problema de saúde contemporâneo. No segundo ponto apresenta a perspetiva Salutogénica e positiva da saúde mental. No ponto três caracteriza-se o EES, e finaliza-se com a perspetiva transicional e a Teoria de Transição de Meleis, no ponto quatro.

O Capítulo 2 versa sobre preditores e correlatos da saúde mental dos EES. O primeiro ponto aborda os determinantes biopsicossociais da saúde mental e no segundo apresenta-se a revisão de literatura nacional e internacional sobre a saúde mental dos ESS e as relações entre variáveis.

Na Parte II apresenta-se estudo empírico organizado em cinco capítulos. O Capítulo 3 descreve os aspetos metodológicos. O Capítulo 4 apresenta os estudos preliminares de preparação dos instrumentos. O Capítulo 5 é dedicado à apresentação dos resultados e no Capítulo 6 os resultados são discutidos à luz do conhecimento e da literatura relevante. Por fim no Capítulo 7 apresentam-se as principais conclusões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR

1. A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: um problema contemporâneo

Estudar a saúde mental em EES é particularmente importante numa época em que se verifica um aumento dos problemas de saúde mental nas sociedades contemporâneas em geral. Os problemas de saúde mental têm impactos marcantes e duradouros na saúde e no bem-estar dos EES, comprometendo o normal desenvolvimento e maturidade (cognitiva, psicossocial e vocacional), além de interferir no percurso académico, diminuindo o rendimento escolar e aumentando a taxa de abandono (ACHA, 2014; Chow, 2010; Eisenberg et al., 2013; Eisenberg, Golberstein, & Hunt, 2009).

Na realidade os EES encontram-se num período crítico do seu desenvolvimento com repercussões futuras ao nível da sua segurança económica e bem-estar. A evidencia mostra uma percentagem elevada de EES com sintomatologia clinicamente significativa, com preponderância de stress, ansiedade, perturbações do humor, do sono, alimentares, abuso de substâncias psicoativas e CAL¹ (e.g., automutilação, ingestão de doses tóxicas de fármacos ou substâncias psicoativas) (Carvalho et al., 2013; Royal College of Psychiatrists, 2011; ACHA, 2012, 2014; Gress-Smith, Roubinov, Andreotti, Compas, & Luecken, 2015).

A literatura indica uma percentagem significativa de jovens, sobretudo do primeiro ano que transporta um conjunto de dificuldades e problemas pré-existentes para o contexto académico (e.g., dificuldades emocionais, relacionais, gestão de stress, ansiedade e doença mental) (Cerchiari et al., 2005; Eisenberg et al., 2009; Verger et al., 2009; Reyes-Rodríguez et al., 2012), e existe evidência de que o aumento de casos graves de depressão e ansiedade pode derivar dessas comorbidades prévias (Guthman et al., 2010).

Estima-se que entre 15% a 25% dos EES sofram de algum tipo de perturbação ou transtorno mental enquanto decore a sua formação académica, nomeadamente perturbações da ansiedade e depressão (Adewuya et al., 2006; Storrie, 2010; Hunt & Eisenberg, 2010; Eisenberg, 2010; Eisenberg et al., 2013). Por exemplo as perturbações depressivas dificultam

¹ Nomenclatura para designar os comportamentos auto lesivos intencionais sem intencionalidade suicida (e.g., cortar-se, ingerir lixívia, detergente); **Tentativa de suicídio**, ato levado a cabo pelo indivíduo que visa a sua morte, mas por qualquer razão, geralmente alheia ao mesmo, resulta frustrado; **Atos suicidas**, englobam as tentativas e o suicídio consumado (Guerreiro & Sampaio, 2013), usada em Portugal pelo grupo de trabalho responsável pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 (Carvalho et al., 2013)

tanto as tarefas desenvolvimentais como a concretização dos objetivos acadêmicos dos estudantes. A cognição, as dificuldades de concentração e a energia vital (e.g., exaustão, sentimento de incompetência e incapacidade) são as áreas mais prejudicadas (Krumrei-Mancuso, Newton, Kim, & Wilcox, 2013; Reyes-Rodríguez et al., 2012). Contudo a disparidade de conceitos e a diversidade de instrumentos usados para avaliar saúde mental têm dificultado a caracterização.

Efetivamente, falta uniformização conceitual à maioria dos estudos em EES limitando as comparações. De um modo geral é usado o termo “perturbações mentais” para designar um diagnóstico (ACHA, 2014), enquanto “problemas de saúde mental” refere-se a um conjunto mais amplo de manifestações ou comportamentos problemáticos (Eisenberg et al., 2013). Embora pouco precisa, adotamos esta diferenciação por consideramos que acomoda a diversidade dos conceitos encontrados em duas categorias, de modo a distinguir doença mental (diagnóstico) das outras problemáticas, além de tornar mais clara a exposição e análise dos dados epidemiológicos.

Outra limitação encontrada na literatura refere-se aos poucos dados disponíveis a nível nacional. Nos Inquéritos Nacionais de Estatística os EES são incluídos habitualmente na faixa etária dos 15-24 anos, e os estudos publicados recorreram, na sua maioria, a amostras circunscritas a uma determinada instituição de ensino, o que limita a comparação interinstitucional de dados. Por conseguinte, para minimizar esta limitação descreve-se com maior detalhe a revisão dos estudos que se segue.

Os dados disponíveis mostram que os motivos pelos quais os estudantes procuram ajuda dos serviços dos *campus* configuram dois tipos de problemas. Os mais graves, que englobam as perturbações do humor (ansiedade, depressão), comportamento suicida, automutilação, perturbações ligadas ao abuso de álcool e de substâncias psicoativas, distúrbios alimentares e comportamento psicótico incluem-se na primeira; e os problemas *minor* que se prendem sobretudo com dificuldades interpessoais, de integração, e com insucesso escolar (Hamaideh, 2011; Negovan, 2010; ACHA, 2011, 2014; Wang et al., 2009; Chow, 2010).

Porém, muitos destes problemas, por exemplo, a ansiedade, a depressão, problemas psicológicos e stress, coocorrem, potenciando a sua intensidade. Além disso, os EES têm um risco substancialmente mais elevado de depressão do que o encontrado na população em geral, pese embora haja grande variabilidade nos dados publicados. Alguns autores reportam

taxas de prevalência entre de 10% a 85% (média ponderada de 30,6%), consoante diferentes contextos (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). Num outro estudo de prevalência com estudantes de medicina no Irão mostrou que 53,3% revela problemas psiquiátricos e, níveis de depressão mais elevados do que na população em geral (Bayati, Beigi, & Salehi, 2009). Na Jordânia, Hamaideh (2011) identificou como principais fontes de stress para os EES as elevadas expectativas académicas, estar deslocado de casa e os desajustes sociais e relacionais. Por outro lado, vários estudos indicam que as EES são vítimas de violência no âmbito do namoro e têm menores níveis de bem-estar que os seus colegas do sexo masculino (Kaukinen et al., 2012; Lazarevich, Irigoyen Camacho, Sokolova, & Delgadillo Gutiérrez, 2013; Amar, 2006; Hamdan-Mansour & Marmash, 2007).

Cerchiari, Nunes, Caetano and Faccenda (2005) em EES brasileiros, encontraram taxas elevadas de *Transtornos Mentais Comuns*, correspondendo 29% a distúrbios psicossomáticos e 28% de stress psíquico. Na Universidade de Malta um estudo longitudinal, envolvendo 1333 estudantes, levado a cabo pelo *Royal College of Psychiatrists*, caracterizou a saúde mental no primeiro ano de diferentes cursos. Os resultados mostram que 51% exibia níveis problemáticos de ansiedade e depressão; 31% tinha problemas alimentares; 17% tinha problemas de abuso de álcool e 4% com drogas (Royal College of Psychiatrists, 2011).

Storrie, Ahern, & Tuckett (2010) numa revisão de literatura sobre a saúde mental dos universitários confirmaram que os problemas dos EES se relacionam maioritariamente com ansiedade, stress, sintomas depressivos, problemas de integração, dificuldades interpessoais e com insucesso escolar. Um estudo realizado nos EUA por Soet & Sevig (2006) indica que 30% dos estudantes já tinham procurado apoio; 20% apresentavam depressão; 6,1% perturbações alimentares; 5,9% ansiedade; 3,4% com transtorno de *stress* pós-traumático; 3,2% com ansiedade social; 3,2% com transtorno obsessivo-compulsivo; 2,9% com abuso de substâncias; 2,9% com transtorno bipolar; 1,7% com transtorno psicótico.

Wong et al. (2006) numa pesquisa que envolveu 7915 estudantes de dez instituições de ensino superior de Hong Kong, reportou médias elevadas no *Depression Anxiety Stress Scale - DASS*, sugerindo que a amostra sofre mais de depressão, ansiedade e *stress* que outras amostras populacionais, locais e internacionais.

Uma investigação com 1743 EES Franceses de primeiro ano, sobre *distress* psicológico e fatores de *stress* socioeconómicos e académicos, Verger et al. (2009) associaram a prevalência

de *distress* psicológico com o aumento do risco da ansiedade e depressão em 15,7% homens e 33% mulheres; verificaram uma relação entre o *distress* psicológico e o aumento da ansiedade, depressão, abuso de substâncias e baixo rendimento acadêmico. Destacam ainda que o efeito das alterações das condições de vida no *distress* psicológico, devido ao ingresso na universidade é pouco claro (Verger et al., 2009).

Genericamente, os estudos com EES sugerem que a depressão é um dos problemas mais críticos, e que ocorre na presença de *stressors*, e recursos diminuídos (Shikai, Shono, & Kitamura, 2009). Nomeadamente é desencadeada pela solidão ou *homesickness* (Van Tilburg et al., 2006), pela ausência de suporte social e familiar (Souza & Baptista, 2008; Souza et al., 2010), ou como consequência de acontecimentos de vida negativos (Gonzalez & Pais Ribeiro, 2004; Brás & Cruz, 2008; Dobmeier et al., 2011). Os estudos mais recentes têm corroborado esta tendência, como é o caso do estudo conduzido por Hunt & Eisenberg (2013), usando o *Patient Health Questionnaire-9*, onde encontraram 17,3% de estudantes deprimidos.

Nos Estados Unidos, o *American College Health Association- National College Health Assessment* (ACHA-NCHA), organismo que monitoriza a saúde dos EES, tem reportado prevalências consistentemente elevadas de sintomatologia depressiva e ansiosa desde há 10 anos. Em 2010 cerca de um quarto referiu sentir-se “*muito triste*”, e um quinto sentiu-se “*sobrecarregado*”, exibindo níveis de ansiedade “*devastadora*”. No relatório de 2011, os estudantes apontam a depressão e a ansiedade como sendo um dos principais obstáculos para o sucesso académico, e como causa dos elevados consumos de álcool, substâncias ilícitas e risco de comportamentos auto lesivos ou suicídio.

Consequentemente os impactos das perturbações do humor nos EES são devastadores, tanto a nível pessoal como social. Desde logo, pela panóplia de manifestações e sintomas psicofisiológicos² que causam, além de limitar a capacidade de funcionar, isto é, produzir, estudar, dormir, comer e ter prazer na vida (Bhave & Nagpal, 2005; APA, 2013). Paralelamente, as razões que mais contribuem para a ideação/condução suicida em EES são o *stress* relacionado com o estudo, os problemas familiares, depressão, desespero, ansiedade,

² O humor irritável, alteração do apetite, peso, sono; alteração da atividade psicomotora (fadiga/dentificação); diminuição da energia; sentimentos de desvalorização; inutilidade; desespero ou culpa; comportamento de auto lesivos; pensamentos recorrentes de morte/ideação suicida/tentativas de suicídio, desleixo do cuidado pessoal, isolamento, intoxicação alcoólica recorrente, dificuldades de memória, concentração ou tomar decisões (APA, 2013).

stress económico, os traumas físicos ou psicológicos, o uso de droga e/ou álcool e os sintomas psicofisiológicos (Gonçalves, Sequeira, Carvalho, Freitas, & Pinto, 2014; Schwartz & Friedman, 2009).

De igual modo, por estarem associados à doença psiquiátrica, os comportamentos autolesivos têm grande relevância clínica, são um fator de risco acrescido para o suicídio e podem ser identificados em cerca de 40% dos suicídios consumados (Wilkinson, 2011). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o suicídio é um problema de Saúde Pública grave e de nível mundial. O índice mundial de suicídios é de 16 por cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país, e em muitos países é a segunda causa de morte em indivíduos entre os 10 aos 24 anos. Na Europa é a segunda causa de morte mais comum na faixa etária dos 15 aos 35 anos (WHO, 2010). Nos *campus* universitários nos EUA o suicídio é a terceira causa de morte (CSMH, 2011; ACHA, 2011). Aliás, de acordo com os dados da ACHA-NCHA-II: *Reference Group Executive Summary Spring 2012* pensaram seriamente em suicídio 7 % dos estudantes, e atendendo aos números de 2014 esta percentagem está a aumentar (ACHA, 2014).

A génese dos CAL é multifatorial (e.g., depressão, desespero, isolamento social, conflitos nas relações interpessoais), e regra geral ocorrem no decurso de um evento negativo marcante em indivíduos com vulnerabilidade acrescida. Tendem a indicar uma tentativa de resolução de conflitos internos, o alívio do sofrimento psicológico, fuga ou a procura de um equilíbrio interno (APA, 2013) e são frequentemente manifestações de perturbações depressivas (Asarnow et al., 2011; Hamaideh, 2011; Wilkinson, 2011).

O relatório da ACHA-NCHA de 2014 divulga que no total 43,7% (37,7% homens e 46,9 % mulheres) dos estudantes reportam níveis de stress acima da média e que 11% referem ter stress extremo (8,2% homens e 12,5% mulheres); quanto ao sono, 27,1% dos estudantes dizem ter problemas com sono (23,8% homens e 28,7% mulheres). No que se refere ao acompanhamento por um profissional nos últimos 12 meses, registaram-se 14,3 % devido a problemas de ansiedade; 12% (7,6% homens e 14,2% mulheres) devido a depressão; 4% (3% homens e 4,5% mulheres) devido a insónia; 1% por abuso de substâncias. Reportaram depressão ou ansiedade (diagnósticos clínico) 8,6 % (4,8% homens e 10,4% mulheres) (ACHA, 2014).

Também a *National Alliance on Mental Illness* (2012) reporta que 64 % dos estudantes que abandonaram a universidade foi devido a problemas relacionados com o humor (depressão, perturbação bipolar e o stress pós-traumático). Atendendo que neste momento a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo (WHO, 2014) e que entre os 18 e os 25 anos a incidência e a prevalência, cumulativas, são mais elevadas que em qualquer outro grupo etário (APA, 2013; Lopez et al., 2010), não surpreende que a depressão seja um dos principais problemas que afeta os EES (Beiter et al., 2015). Na sua génese estão implicados múltiplos fatores: biológicos - neurotransmissores; psicossociais - eventos negativos, abusos emocionais ou físicos, situações de elevada tensão e desgaste psicológico (Snider & Dawes, 2006), e o consumo de substâncias psicoativas (APA, 2013; Fergusson, Boden, & Horwood, 2009; Gale, Booth, Mattus, Kuh, & Deary, 2013). Por conseguinte os problemas relacionados com o humor depressivo ou depressão afetam de modo marcante os EES.

Steptoe, Tsuda, Tanaka, & Wardle (2007) conduziram um estudo multicêntrico envolvendo EES de 23 países revelador, onde verificaram a presença de sintomas depressivos em um em cada cinco estudantes, distribuídos da seguinte forma: nível elevado - nas amostras do Pacífico-Asiático; nível intermédio - Europa Central e Oriental; nível baixo - Europa Ocidental, Norte e Sul dos EUA. Posteriormente, outro estudo multicêntrico também revelou percentagens de perturbações depressivas preocupantes, com pontuações > 35 no BDI-M³ na Alemanha (26,7% feminino; 22,8% masculino), Dinamarca (24,9% feminino; 12,1% masculino), Polónia (45,5% feminino; 27,3% masculino) e na Bulgária (42,9% feminino; 33,8% masculino) (Mikolajczyk, El Ansari, & Maxwell, 2009).

Também no Brasil na Universidade Federal da Uberlândia, estudantes avaliados com o *BDI* apresentaram uma prevalência de sintomas depressivos de 79%, sendo de grau leve 29%, de grau moderado 31% e de grau elevado 19,25% (Benincasa & Rezende, 2006). Em Espanha, dos 4821 estudantes universitários da Universidade Católica de Múrcia, 55,6% apresentavam sinais de depressão (Galindo, Moreno, & Muñoz, 2009). Associados aos problemas do humor estão habitualmente os comportamentos aditivos (Lamis, Ellis, Chumney, & Dula, 2009), a somatização e fobias (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007; Kenney & Holahan, 2008), a heteroagressividade e os CAL (Amar & Gennaro, 2005; Hamaideh, 2011). Regra geral,

³ BDI- Beck Depressive Inventory Modified

estão também presentes dificuldades cognitivas, sentimentos de tristeza, desesperança, baixa autoestima e labilidade emocional, perda de interesse por atividades previamente prazerosas (APA, 2013) e os distúrbios ansiedade (Beiter et al., 2015).

A ansiedade é uma resposta natural, temporária e necessária a um estímulo externo percebido como ameaçador, que provoca uma reação emocional desagradável, medo, apreensão permanente e exagerada acerca de acontecimentos ou atividades e agitação (Stein & Stein, 2008). Está associada à incapacidade de controlar a preocupação, à falta de concentração, à tensão muscular e fadiga fácil (APA, 2013). A ansiedade patológica desencadeia uma reação fisiológica e comportamental nefasta, intensa e disfuncional, com prejuízo no funcionamento global, predispondo a pessoa a maior vulnerabilidade física e psíquica, conduzindo a elevado nível de sofrimento. Deteriora as relações interpessoais, a autoestima, podendo mesmo bloquear as competências intelectuais (Yuan Wang, Gorenstein, Andrade, Oliveira, & Andrade, 2009), designadamente a cognição, a memória e a capacidade de aprendizagem, com os prejuízos inerentes no desempenho académico, no caso dos EES. Nesta medida, é compreensível que a ansiedade, a par com a depressão, seja outra das principais causas da procura de ajuda nos serviços de apoio dos *campus* pelos EES (Pereira et al., 2002; Hunt & Eisenberg, 2010).

Atendendo a que a ansiedade é uma experiência emocional inevitável, e tendo em conta as exigências da vida académica (Kadison & DiGeronimo, 2004; Santos, Pimenta, & Nobre, 2007), a intensidade das experiências ansiosas dos EES dependerá dos seus recursos pessoais e contextuais para gerir e enfrentar as situações ansiogénicas, particularmente ameaçadoras e desagradáveis ao longo do percurso académico (Schry & White, 2013). A literatura mostra que estudantes com baixo nível de autonomia sentem maior dificuldade na adaptação a novos contextos e em estabelecer relações interpessoais, portanto encontram-se mais suscetíveis à ansiedade (Fernandes, 2011; Mendonça, Andrade, & Fontaine, 2009). Pelo contrário os mais autónomos, mais investidos, confiantes e com maior iniciativa exibem menores níveis de ansiedade (Furstenberg, McCloyd, Settersten, & Rumbaut, 2003; Mahmoud et al., 2012).

Como referido anteriormente, os EES procuram ajuda sobretudo devido a estados depressivos e ansiosos frequentemente associados fraca realização académica e a problemas emocionais, que resultam da sobrecarga emocional e física a que estão sujeitos, como por

exemplo devido às longas horas de estudo e ao esforço de adaptação à instituição (professores, colegas e ambiente académico) (Dobmeier et al., 2011; Sevlever & Rice, 2010)

Também a ansiedade social (Cruz, 2008; Stein & Stein, 2008) é frequentemente encontrada em EES na maioria dos ambientes educacionais (Binelli et al., 2012), cujos impactos mais graves ocorrem igualmente a nível cognitivo, deterioram o rendimento escolar, conduzindo ao abandono académico (Chow, 2010; Daniel Eisenberg, Golberstein, et al., 2009; Stoeber, 2012a), abuso de substâncias psicoativas e CAL, incluindo suicídio (Benincasa & Rezende, 2006).

1.1. A saúde mental dos estudantes do ensino superior no contexto português

Em Portugal, a saúde mental dos EES está alinhada com os problemas reportados em termos internacionais, tanto na Europa como nos EUA, Austrália ou Ásia. Atendendo ao perfil nacional de saúde mental, traçado pelo *1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental em Portugal em 2013*, que mostra uma prevalência 16,5% de perturbações de ansiedade, 7,9% de perturbações do humor, 6,8% de perturbação depressiva maior e perturbações de abuso e dependência de álcool de 1,6% (Almeida et al., 2011), os problemas de saúde mental em EES portugueses assumem idêntica relevância.

À semelhança de outros países, os estudos nacionais também mencionam como principais problemas dos EES as dificuldades de ordem emocional (Costa & Leal, 2004; Cruz, 2008); perturbações de adaptação, ansiedade, depressão, problemas relacionados com métodos de estudo, dificuldades escolares e problemas familiares (Pereira et al., 2006); rendimento escolar, depressão, baixa autoestima, variações do humor, ansiedade aos exames e problemas relacionais (Custódio, Pereira, & Seco, 2009).

Melo et al. (2010), num estudo na Universidade de Coimbra, verificaram como problemas mais frequentes as perturbações de ansiedade (38%) (12,6% de ansiedade social generalizada, 13,5% de ansiedade aos exames e 10% de casos de perturbações de pânico). Um estudo conduzido por Luz et al. (2009) com 660 EES, da Universidade de Aveiro, mostra que: 48% dos EES apresentam um nível médio de stress; 26,2% têm um nível elevado e 25,8% manifestaram um nível baixo. Os autores consideram que este nível de angústia e stress, conjugados com recursos internos limitados, tendem a tornar os estudantes menos

capacitados para lidar com as exigências acadêmicas e sociais da vida universitária. As mudanças e as pressões inerentes à vida acadêmica podem desencadear episódios depressivos e crises de ansiedade nos estudantes mais vulneráveis, condicionando a sua vida, as relações interpessoais, o seu desempenho acadêmico e os comportamentos.

Almeida (2014) usando o Inventário de Saúde Mental (ISM), estudou o comportamento de risco em 1968 estudantes, dos quais 18,3% representava saúde mental negativa, 17,7% tinha sintomatologia depressiva (moderada a severa) e 15,6% sintomatologia ansiosa (moderada a severa). Também verificou que os estudantes com mais de três unidades curriculares em atraso tinham mais sintomatologia depressiva e ansiosa, além disso apenas 15% dos que apresentavam saúde mental negativa recorreu a ajuda profissional.

Na generalidade, a literatura considera os problemas de saúde mental dos EES um problema de saúde sério, que se repercute de modo amplo e duradouro. Por exemplo a nível individual limita o funcionamento global (físico, emocional, cognitivo e acadêmico) dos estudantes, a nível institucional confronta as instituições com o desafio de promover a saúde e combater o insucesso e abandono acadêmico dos mesmos (Chow, 2010; Eisenberg et al., 2013; Eisenberg, Golberstein, et al., 2009; Trockel et al., 2000).

Perante o exposto é compreensível que seja consensual classificar a transição para o contexto acadêmico como uma etapa e um processo com potenciais ameaças à saúde e bem-estar dos estudantes, vivido com relativa ansiedade sobretudo nos primeiros anos (Negovan & Bagana, 2011), razão pela qual a promoção da saúde mental ganha particular relevância em EES. As instituições de ensino, têm desenvolvido esforços nesse sentido para minimizar os impactos negativos.

1.2. Respostas institucionais supranacionais e nacionais

As respostas institucionais têm sido pouco eficientes na abordagem da problemática da saúde mental dos EES (Kitzrow, 2009), embora haja evidências de que nos últimos anos as Políticas têm recomendado a dinamização de programas promotores de bem-estar e da saúde mental, e os responsáveis dos estabelecimentos de ensino têm-se esforçado por organizar repostas de saúde nos campus universitários (Gallagher, 2013).

É possível constatar inúmeras iniciativas relacionadas com a promoção da saúde em

ambiente acadêmico, na lógica *whole university approach* (Dooris & Doherty, 2010) subjacente à filosofia das Universidades e Escolas Promotoras de Saúde (UEPS)⁴. Estas abordagens inspiradas na Carta de Ottawa, no âmbito dos ambientes favoráveis à saúde da OMS, têm-se convertido num movimento global, recentemente impulsionado pelo encontro científico: *2015 International Conference on Health Promoting Universities and Colleges: 10 Years After the Edmonton Charter*. Este movimento tem granjeado muita popularidade e simpatia, embora haja grande disparidade entre instituições de ensino dos vários países, além da necessidade de diferenciar entre o conceito de *promoção da saúde em contexto de contexto promotor da saúde* (Dooris & Doherty, 2010).

A promoção da saúde mental (PSM) é central e parte integrante das recomendações plasmadas em vários documentos⁵ nacionais e supranacionais, reforçando-se designadamente que *“Mental health, like other aspects of health, can be affected by a range of factors (...) that need to be addressed through comprehensive strategies for promotion, prevention, treatment and recovery in a whole-of-government approach”*(p. 8)(WHO, 2013). A abordagem Holística da promoção da saúde mental (Hunt & Eisenberg, 2010) parece particularmente promissora para incrementar o bem-estar e o sucesso do estudante. Para aproveitar esta oportunidade é importante melhorar a investigação e coordenar respostas integradas, sistemáticas e sustentadas pela evidência.

Genericamente as instituições centram-se em oferecer serviços quando os estudantes pedem ajuda, na promoção e prevenção. Com a primeira ação respondem aos problemas mais urgentes, desencadeando ou proporcionando respostas mais imediatas. Com a segunda apostam em programas de promoção e educação para a saúde, de apoio e orientação pedagógica. A literatura tem demonstrado que as intervenções no âmbito da PSM em EES se têm destacado como eficientes, com resultados muito promissores (Conley, Travers, & Bryant,

⁴ Redes nacionais: *American Network of Health Promoting Universities* com 72 universidades; *Colombian Network of Health Promoting Higher Education Institutions and Universities* com 66 membros; *German Health Promoting Universities Network* com 80 membros; *Spanish Network for Health Promoting Universities* com 48 instituições; *UK National Healthy Universities Network* com 73 nacionais e 12 estrangeiras (Healthy Campuses, 2015; Heraud, 2013). Redes supranacionais: a celebre *Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud* (RIUPS) (www.paho.org/), a *European Health Promoting Universities* (EuroHPU) (www.capfoods.aau.dk/kindergarten-school-university/eurohpu/) e a *Asia-Pacific Network of Health Universities* (www.cuhk.edu.hk/cpr/pressrelease/070310e.htm).

⁵ *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice* (WHO, 2005b) e Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e no *WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, emanado da 66ª Assembleia da OMS, que em maio de 2013 reuniu os ministros da saúde de 194 Estados Membros (World Health Organization, 2013)

2013). Focam-se na educação para a saúde integrada, compreensiva e abrangente, sobretudo na capacitação, autonomia e no reforço dos recursos positivos. É dirigida às singularidades dos estudantes e dos contextos académicos, visando diminuir, minimizar ou eliminar condicionantes negativos (Kalra et al., 2012). Na generalidade PSM inclui a gestão de stress, ansiedade, serviços de apoio e orientação e têm como escopo patrocinar os estudantes nos processos de transição, aprendizagem e desenvolvimento (Souza, Paro, Morales, Pinto, & Silva, 2012).

As instituições de ensino Portuguesas também tem feito esforços no sentido de implementar iniciativas de promoção da saúde. Embora pouco operacionalizadas ou especificamente dirigidas, abordam variáveis relevantes da saúde mental - disciplina de opção⁶; educação para a saúde nos *curricula*⁷; formação dirigida à comunidade educativa⁸; consulta do sono (Gomes, 2006); programa de educação de sono para universitários (Vieira, Gomes, & Marques, 2012); o programa “Stress em Linha” (Oliveira, 2008); o programa de intervenção na qualidade de vida (Martins, Jesus, & Pacheco, 2008).

De um modo geral as instituições de ensino estão munidas de Gabinetes de Apoio Psicopedagógico ao Estudante (GAPE) ou similar. Embora muito díspares estão normalmente focadas no apoio do sucesso académico, com fraco investimento na promoção da saúde mental e bem-estar. Oferecem sobretudo:

- Serviços Remediativos, que visam o suporte terapêutico a quem carece de acompanhamento profissional imediato.
- Serviços Preventivos, baseados na promoção e educação para a saúde no momento da admissão e posteriormente na integração na vida profissional.
- Serviços de Desenvolvimento Pessoal, dirigidos à otimização do máximo potencial do estudante.

Porém, existem diversas razões pelas quais o estudante com problemas de saúde mental tem relutância em procurar ajuda ativamente. Como principais barreiras apontam-se as crenças (e.g., *Toda a gente irá saber; Eu consigo resolver o meu problema; Eu não tenho*

⁶ Universidade de Aveiro (2004/2005), com estrutura modular que incluiu (1) ritmos de sono e vigília e (2) stresse e ansiedade) (Tavares et al., 2006, 2008).

⁷ Exemplos de Escolas superiores de saúde (e.g. www.ensp.unl.pt, www.esesjd.uevora.pt, www.esivr.pt, www.essv.ipv.pt)

⁸ Em 2002 a 2004 na Universidade de Aveiro- módulos mensais temáticos (e.g., gestão do stress, higiene do sono, expressão corporal, atividades promotoras de bem-estar) (Pereira et al., 2005).

qualquer problema) (Royal College of Psychiatrists, 2006). Mas a principal barreira continua a estigma e o medo de repercussões profissionais futuras (Eisenberg, Downs, et al., 2009; Eisenberg et al., 2011; Sartorius, 2007). Consequentemente alguns estudantes embora necessitando não recebem qualquer tipo de apoio profissional (Hunt & Eisenberg, 2010).

Os modelos Portugueses de vigilância de saúde vigentes são deficitários quanto a programas dirigidos à PSM dos EES e, estas lacunas identificam-se tanto ao nível da oferta de cuidados especializados, como nos cuidados de saúde primários. Existem sobretudo obstáculos à continuidade e transferência de cuidados de saúde, razão pela qual é necessário desenhar intervenções de saúde mental centradas nos EES, no âmbito das redes atuais de cuidados, articuladas entre equipas de saúde e instituições de ensino superior. Seja como for, as instituições de Ensino Superior não devem subestimar o necessário investimento na saúde mental dos estudantes, pois o saldo do custo/benefício deste tipo de intervenção é muito vantajoso para as instituições, para os estudantes e para sociedade em geral.

Perante a complexidade, extensão social e relevância desta problemática, atual e futura, é prioritário implementar abordagens ajustadas aos EES a partir de uma visão salutogénica e positiva da saúde mental. Por conseguinte, justifica-se explicitar a perspetiva o quadro conceptual que o orienta este estudo.

2. A Perspetiva Salutogénica e Positiva da Saúde Mental

A saúde e a doença são parte integrante da existência Humana, e a forma como têm sido concetualizadas tem evoluído com o homem, refletindo o contexto histórico, cultural, social e os avanços da ciência. A conceção da saúde mental tem acompanhado esta evolução e, atualmente é entendida não apenas como a ausência de doença, pelo contrário incorpora uma visão compreensiva e integrativa da pessoa, além de uma multiplicidade de fatores sociais, psicológicos e físicos interrelacionados (WHO, 2005).

Parte integrante e indissociável da saúde, a saúde mental é percebida como um *Bem* essencial ao bem-estar e ao desenvolvimento do potencial humano, por isso é um direito fundamental de todos os cidadãos. Esta convicção, está plasmada no recente relatório *The*

European Health Report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence (WHO, 2015). Além disso, a relevância da saúde mental é igualmente expressa através da poderosa afirmação da OMS de que “*não se pode falar de saúde sem se falar de saúde mental*” (Prince et al., 2007; WHO, 2005a).

Ao longo da história, várias perspectivas tentaram explicar a saúde e a doença mental. Destaca-se a concepção Clássica iniciada por Hipócrates, que considerava que a saúde e o bem-estar faziam parte de um equilíbrio entre o indivíduo e o seu ambiente. Esta visão Holística prolongou-se desde a Grécia antiga até à Idade Média. Considerava que as doenças têm origem no desequilíbrio entre forças internas e externas ao indivíduo e valorizava aspetos tão contemporâneos como o comportamento, os hábitos alimentares, o trabalho e a recreação (Friedli, 2009). Nesta perspectiva, o foco está na pessoa e no seu ambiente como um todo, evitando reduzir a origem da doença às perturbações dos órgãos. Contudo, esta concepção foi sendo progressivamente substituída pelo Modelo Biomédico, que foi emergindo do conhecimento científico moderno (Norman & Rylie, 2004).

O Modelo Biomédico descentrou-se do indivíduo e abandonou a visão do todo para se focar nas suas partes isoladamente. Na visão biomédica o enfoque deixou de ser na saúde e passou a ser na doença e as suas características e, por esta razão, a concepção da saúde e doença passam a ser entidades distintas em oposição, isto é, a pessoa passa a ser considerada como doente vs saudável. A saúde mental acompanhou esta visão dicotómica, privilegiando o enfoque na doença mental desvalorizando os aspetos do contexto (ambiente, relacionais, sociais e comportamentais) (Norman & Rylie, 2004; WHO, 2004). Posteriormente, constatam-se os limites deste modelo, que não consegue explicar a influência do comportamento na génese da doença (Norman & Rylie, 2004). Paralelamente, na segunda metade do séc. XX surge a noção de multicausalidade, que associa vários fatores (físico, social e cultural) como sendo causadores da mesma doença, revolucionando-se a concepção e as abordagens à saúde.

Neste contexto surge uma alternativa à visão biomédica, o Modelo Biopsicossocial⁹ (Engel, 1977). Este modelo assenta em dois princípios: a doença surge da interdependência entre dimensões biológicas, psicológicas e sociais e, os tratamentos interagem entre si, com o indivíduo e com o meio ambiente. Para a consolidação deste modelo foi relevante a

⁹ George Engel, pai da medicina psicossomática publica um artigo na revista *Science* onde discute as insuficiências e limitações do modelo biomédico, defendendo uma abordagem biopsicossocial.

definição de saúde assumida pela OMS em 1946 na Conferência Internacional da Saúde em Nova Iorque, que propôs uma definição de saúde assente numa perspetiva biopsicossocial que perdura até aos nossos dias. Desde então, a saúde é definida como “*um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*” (WHO, 1948). Por conseguinte, o Homem passa a ser visto como um ser biopsicossocial, isto é, numa perspetiva Holística (Engel, 1977; Freitas, 2004; Norman & Ryrie, 2004).

O conceito de saúde mental também acompanha esta evolução e passa a ser definido como sendo “*aproveitamento pleno das potencialidades e capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, enfrentar as dificuldades da vida, produzir trabalho e, contribuir para ações em sociedade*” (OMS, 2003, p.1). Três ideias centrais estão implícitas neste conceito: a saúde mental como parte integrante da saúde, a saúde mental é mais do que a simples ausência de doença mental e a saúde mental está intimamente relacionada com o comportamento e a saúde física (WHO, 2004; WHO, 2005b). Quer dizer a saúde mental é parte integrante e indissociável da saúde, não se circunscrevendo à mera ausência de doença mental e é um fenómeno multifatorial que resulta da complexa interação de fatores de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica, isto é, depende do estilo e condições de vida, dos comportamentos, e dos contextos e redes sociofamiliares (Friedli, 2009; Weare & Nind, 2011; WHO, 2012).

Nesta lógica a vida com saúde mental emergem do *continuum* dinâmico entre indivíduo e o ambiente, ou seja, constrói-se desde os primeiros anos de vida. É influenciada pelas diferentes dimensões da pessoa (atributos individuais), pelas condições em que se vive e cresce e pelo estágio de desenvolvimento em que se encontra (WHO, 2005, 2012).

Os indivíduos mentalmente saudáveis tendem a relatar bem-estar e apreciar de forma positiva a qualidade da sua vida, quer ao nível das relações interpessoais como das relações sociais e não apresentam sintomatologia ou incapacidade de qualquer tipo (WHO, 2010c). Enquanto os problemas ou sofrimento mental estão associados a desequilíbrios, à pobreza, comportamentos de risco, abuso de substâncias e à violência (WHO, 2012).

A saúde mental condiciona a forma de pensar, sentir e agir das pessoas perante as diversas situações do dia-a-dia. Condiciona igualmente o modo como cada um se vê a si mesmo, como vê a sua vida, como avalia os desafios e problemas e como procura alternativas

e resolve problemas. A pessoa com saúde mental vai acomodando os acontecimentos do dia-a-dia e integrando positivamente as constantes mudanças. Este processo *continuum* incorpora e é determinado pelas singularidades dos indivíduos para lidarem com as influências e os desafios da vida, e resulta na capacidade de estabelecer relações interpessoais ótimas, permitindo enfrentar as dificuldades normais da vida e o aproveitamento pleno das suas potencialidades (WHO, 2010; Wang et al., 2009).

Efetivamente, a pessoa com saúde mental é capaz de se ajustar aos desafios do cotidiano, de estabelecer relações construtivas com o ambiente em que se insere, de se compreender e de sentir prazer e satisfação com a vida (WHO, 2004b). O bem-estar é um componente essencial da saúde mental e da capacidade de viver de forma plena. Esta perspectiva positiva da saúde teve como grande impulsionador o Paradigma Salutogénico.

2.1. Paradigma Salutogénico de Aron Antonovsky

O Paradigma Salutogénico (Antonovsky, 1996) emergiu no final da década de 70 do século passado, impulsionado pelos modelos desenvolvimentista e ecológico. Acrescentou relevantes contributos sobretudo no que respeita às abordagens terapêuticas centradas na saúde e na sua promoção e prevenção (Keyes et al., 2012). Esta visão positiva da saúde permitiu a sua operacionalização como um estado de bem-estar, pois este paradigma foca-se nas origens da saúde (do latim, *salus=saúde* e do grego, *genesis=origens*) ao invés das origens da doença (do grego, *pathos=doença* *genesis*, origem da patologia).

Para Antonovsky, a saúde é um fenómeno contínuo que deve ser compreendido em função do contexto e do ambiente específico no qual a pessoa se insere. Esta visão Holística, centrada na globalidade da pessoa valoriza os fatores que favorecem a saúde, o desenvolvimento e os significados atribuídos à felicidade e bem-estar, recuperando fatores hedonistas (e.g., capacidade para o prazer, gosto pela própria vida e pela saúde global), sem repudiar os fatores sociais e culturais (Antonovsky, 1996; Meleis, 2011).

O escopo desta perspectiva é o investimento nos recursos pessoais para superar as situações com dignidade, sem aspirar atingir um estado de satisfação geral face a todos os acontecimentos de vida, pois mesmo no ambiente mais favorável, a pessoa é submetida a experiências que dificilmente podem ser evitadas, e que podem ser sentidas como

angustiantes. Neste sentido considera a existência *stressors* que põem em risco a saúde. Estes estímulos externos são capazes de originar no organismo um estado de tensão emocional, habitualmente acompanhado de sentimentos e reações vividas por cada um de forma diferente, e despoletando sensações distintas tais como: irritação, sentimentos de impotência, frustração e mágoa, ou sensações inversas como: oportunidade, compreensão, superação e de aprendizagem, dependendo da forma como cada um percebe esse desafio.

O autor refere ainda outros fatores salutogénicos, tais como: 1) o autoconceito; 2) a autoeficácia; 3) o locus de controlo; 4) o suporte social; 5) a capacidade de compreensão - *comprehensibility*; 6) a capacidade de gestão - *manageability*; 7) a capacidade de Investimento - *meaningfulness* (Antonovsky, 1996). Os três últimos fatores combinados determinam o senso *de coerência* do indivíduo, ou a orientação global para lidar com os diversos desafios da vida (*stressors*). Tendencialmente, um indivíduo com um forte senso de coerência encara os estímulos (interno ou externo) de três modos: estruturados, previsíveis e explicáveis; acredita ter ao seu alcance a capacidade e os recursos para os gerir; são desafios que estimulam o investimento e o empenho do indivíduo. Por conseguinte, é relevante compreender empaticamente o modo como cada pessoa gere os seus desafios e adquire de forma construtiva o domínio sobre os estados de tensão emocional (Ryff & Singer, 2008).

Situando-se o presente trabalho numa perspetiva positiva da saúde mental entendemo-la como o produto de um equilíbrio dinâmico em interdependência com vários ecossistemas, isto é, entre múltiplas condições internas e externas do indivíduo, tais como: atributos individuais e situacionais, contexto ambiental e antecedentes pessoais familiares, sem desprezar outros determinantes (Alves & Rodrigues, 2010; Martins, 2004).

Neste âmbito, o bem-estar é um componente central e incontornável da saúde mental, por conseguinte é importante aborda-lo em profundidade.

2.2. Modelos de Bem-Estar

O bem-estar é atualmente considerando-o como um componente central na saúde, e esta relevância é-lhe conferida pela definição de saúde e de saúde mental da OMS (1946). Por esta razão nas últimas décadas tem sido produzida muita investigação sobre este tema. De acordo com OMS o bem-estar é um conceito unificador nas Políticas de Saúde e setores

governamentais, oferecendo uma oportunidade importante para uma abordagem de conjunto na melhoria da saúde das populações (WHO, 2015). Contudo a percepção individual de bem-estar é um dos aspetos mais subjetivos e de difícil definição (Lopez & Snyder, 2003). Por conseguinte, para delimitar este conceito várias definições têm sido propostas, porém nenhuma isenta de críticas.

De um modo geral, as diferentes definições descrevem o bem-estar como sendo um estado caracterizado pela satisfação das necessidades biológicas, psicológicas, sociais, materiais, culturais e espirituais, que incluem também a satisfação com a sua vida em geral, os estados emocionais mais imediatos de bem-estar pessoal e a capacidade pessoal de mudar constantemente (Keyes, 2006; Ryff & Keyes, 1995). É também consensual considerar que o bem-estar é uma experiência de nível subjetivo e individual, porém passível de ser objetivado através de vários indicadores.

Classicamente distinguem-se duas correntes de pensamento para definir bem-estar: *bem-estar subjetivo*, que lida com a felicidade- *hedonismo* e o *bem-estar psicológico* que se refere ao potencial humano- *eudemonismo*. Estas correntes sobrepõem-se em alguns aspetos, sendo que alguns autores propõem uma perspetiva integradora para definir bem-estar (Ryff, 2014). Por exemplo, atualmente, o conceito de *bem-estar subjetivo* tende a integrar os domínios emocional e de funcionamento positivo (Keyes & Annas, 2009). Importa, pois, fazer uma breve resenha sobre os contributos dos vários modelos de bem-estar, clarificando aspetos relativos à sua operacionalização, enfatizando a sua relevância como elemento integrante do conceito de saúde mental.

Bem-Estar Subjetivo

O termo *Bem-Estar Subjetivo* é um conceito muito abrangente e estreitamente relacionado com a dimensão positiva da saúde. Corresponde uma primeira linha de investigação de conceção *hedonista*, ou seja enquanto resultado da experiência subjetiva de prazer, conforto e de felicidade (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Baseia-se em dois aspetos fundamentais: na descrição da avaliação subjetiva do indivíduo, isto é, na compreensão das suas características internas, na sua perspetiva e na intensidade dos sentimentos positivos experimentados (*e.g.* felicidade e no prazer) e assenta ainda, na compreensão da influência dos fatores culturais e sociais na percepção sobre a vida em geral, e nas vivências favoráveis ou

desfavoráveis (e.g. satisfação com a vida).

Posteriormente, a evidência acrescentou ao constructo de bem-estar o funcionamento positivo, elemento que fez emergir o conceito de bem-estar emocional, que inclui quatro componentes: satisfação com a vida, o afeto positivo, o afeto negativo e a felicidade (Keyes & Magyar-Moe, 2003).

Modelo de Bem-Estar Psicológico

O conceito de *Bem-Estar Psicológico* (BEP) proposto por Carol Ryff em 1989 designa o funcionamento psicológico positivo do indivíduo. Inclui as dimensões que possibilitam sentimentos de satisfação e de felicidade consigo próprio, no âmbito das suas condições de vida e socio relacionais, integrando também as expectativas futuras (Ryff, 1989). O modelo de BEP é centrado no bem-estar enquanto fenómeno essencialmente privado, ou seja, focado nos desafios enfrentados pelos adultos, no âmbito da sua vida privada. Parte de uma concepção *eudemonista* de bem-estar, isto é, centrada no potencial humano como resultado do ótimo funcionamento no âmbito da sua vida e de acordo com o seu verdadeiro *self* (Ryff & Singer, 2008). Ancora-se ainda no paradigma desenvolvimental, que valoriza o potencial do indivíduo para uma vida com sentido e autorrealização. Portanto, o bem-estar pode ser percebido como resultado ou como processo de realização do potencial do indivíduo (Ryff & Singer, 2008; Ryff, 1995, 2014).

O modelo de BEP de Carol Ryff assenta em três perspetivas teóricas: a psicologia do desenvolvimento - Teorias de *life-span* (Erikson); psicologia clínica (Maslow, Rogers e Jung) e abordagem de saúde mental de Jahoda, usando pontos de convergência entre estas teorias (Keyes & Magyar-Moe, 2003). Suporta-se num funcionamento positivo da pessoa, visível através da manifestação das suas capacidades (habilidades e competências). Assim, este conceito permite medir a perceção da pessoa sobre si, sobre o seu ambiente, sobre a sua forma singular de gerir as influências e desafios da vida e avaliar o seu bom funcionamento.

De acordo com Ryff (1995), o BEP corresponde a um constructo multidimensional que contém características de natureza cognitiva e afetiva, que permitem identificar as qualidades e fragilidades em seis dimensões de funcionamento psicológico positivo:

- *Autoaceitação* - atitude positiva em relação a si próprio, através da qual as pessoas tentam sentir-se bem consigo próprias, mesmo estando cientes das suas limitações.

Capacidade de reconhecer e aceitar os múltiplos aspetos do *self* e sentimentos positivos relativos à vida passada;

- *Crescimento pessoal* - atitude proactiva e dinâmica de desenvolvimento e de autoconhecimento, adotada intencionalmente para maximizar o proveito dos seus recursos, talentos e capacidades;

- *Sentido para a vida* - atitude adotada de forma intencional pelo indivíduo, para rentabilizar os seus recursos, talentos e capacidades pessoais, expandindo-as para colmatar as suas limitações;

- *Domínio do ambiente* - sensação de estar em controlo do ambiente;

- *Autonomia* - competência para manter e desenvolver num contexto social alargado a individualidade e interdependência, procurando autodeterminação.

- *Relações positivas com os outros* - postura adotada para desenvolver e manter relações interpessoais baseadas na confiança, na cooperação e no desenvolvimento pessoal. Enfatiza o interesse com a esfera interpessoal e centra-se na capacidade para estabelecer relações satisfatórias com o outro (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008).

Modelo de Bem-Estar Social

Corey Keyes (1998) relaciona o *Bem-Estar Social* com o carácter público, a solidariedade, a unidade e simpatia dos indivíduos para com a sociedade, e propõe um modelo que visa identificar em que medida o indivíduo funciona bem no interface com o seu contexto e ambiente social (e.g, vizinhos, colegas e como cidadão) (Keyes, 2006).

De acordo com Keyes e Magyar-Moe (2003) o *Bem-Estar Social* centra-se nas tarefas sociais e nas relações que se estabelece com a comunidade e as estruturas sociais, e é constituído por cinco dimensões:

- *Aceitação social* - traduz a interpretação da sociedade e o funcionamento numa esfera pública. Os indivíduos que a exibem têm confiança e sentem-se confortáveis com o outro, têm opiniões favoráveis sobre a natureza humana e, acreditam que o outro é capaz de ser construtivo;

- *Atualização social* - avaliação do potencial da sociedade concretizado através das instituições e dos cidadãos;

- *Contribuição social* - avaliação que o indivíduo faz do seu valor para com a sociedade, que

inclui a crença de que se possui algo de valor para oferecer ao mundo;

- *Coerência social* - percepção da qualidade da organização e do funcionamento do mundo social e, de que a sociedade é discernível, sensível e previsível;

- *Integração social* - é o sentimento de pertencer à sua comunidade e à sua sociedade e de que se partilha algo de comum com outros. É a avaliação da qualidade das relações com o entorno social/comunidade.

Modelo de Bem-Estar Emocional

Segundo Keyes & Magyar-Moe (2003) o *Bem-Estar Emocional* designa uma dimensão específica de bem-estar subjetivo, que engloba as percepções de felicidade declarada, a satisfação com a vida e o saldo entre afetos positivo e negativo.

O bem-estar emocional é concetualizado como um balanço entre o afeto positivo e negativo. Assenta na *Auto Teoria da Mudança Subjetiva*¹⁰, que defende que as pessoas percebem as mudanças como angustiantes e indesejadas. Por oposição, permanecer “a mesma pessoa” é vantajoso para a saúde e para o bem-estar. Esta teoria fornece uma explicação plausível sobre a dimensionalidade do afeto positivo e negativo, ou seja, o bem-estar emocional depende dos níveis percebidos de mudança pessoal dos indivíduos, com base em quatro dimensões:

- *Afeto positivo* - experiência de sentimentos de alegria de viver, entusiasmo e felicidade;
- *Afeto negativo* - sintomas que lembram que a vida é indesejável e desagradável, sentimentos de zanga, culpa, medo ou preocupação;
- *Satisfação com a vida* - sentimentos de contentamento, paz e satisfação, discretas discrepâncias entre desejos, necessidades e sentimentos de realização ou conquista;
- *Felicidade* - sentimento geral de contentamento, alegria, prazer, de motivação energia e entusiasmo pela vida (Keyes & Annas, 2009; Keyes & Magyar-Moe, 2003).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos componentes que operacionalizam os vários modelos de bem-estar, e onde se visualiza as suas dimensões mais relevantes.

¹⁰ O *core* da Auto Teoria postula que as pessoas avaliam a possibilidade de mudança com base nos seus padrões pessoais para decidirem se a mudança é boa, má ou uma mistura de ambas e, na tendência universal de manter o equilíbrio (hemóstase orgânica). A mudança para pior é sempre indesejada, enquanto uma melhoria percebida, é sempre avaliada ponderando os seus aspetos positivos e negativos (Keyes & Magyar-Moe, 2003).

Quadro 1. Componentes do modelo bem-estar psicológico, social e emocional		
Bem-estar Psicológico	Bem-estar Social	Bem-estar Emocional
Aceitação de si	Aceitação social	Afeto positivo
Crescimento pessoal	Atualização social	Afeto negativo
Objetivos de vida	Contribuição social	Satisfação com a vida
Domínio do ambiente, Autonomia	Coerência social	Felicidade
Relações positivas com os outros	Integração social	

Adaptado de Keys e Magyar-Moe, 2003.

3. O Estudante do Ensino Superior em Transição

O estudante do ensino superior, à luz da Teoria da Transição é um “*ser em transição*” e um ator do seu desenvolvimento (Meleis, 2010 p.305). Regra geral, é um indivíduo que embora já não seja um adolescente também não é um adulto de forma plena, além disso, encontra-se num ambiente particular - o contexto académico. O EES encontra-se numa etapa do ciclo vital que Arnett (2000) designou por *emerging adulthood*, isto é, numa etapa desenvolvimental intermédia entre o *términus* da adolescência e a fase adulta plena. Legalmente o EES atingiu a maioridade, porém o seu processo maturacional ainda não está finalizado, caracterizando-se esta etapa por transformações particularmente relevantes (Dehne & Riedner, 2001; Papalia & Olds, 2000).

Nas sociedades contemporâneas vários fatores sociais, políticos e económicos têm promovido alterações profundas no processo de transição da adolescência para a idade adulta, nomeadamente dilatando os tempos de permanência nesta etapa. Neste contexto, foram emergindo novos valores sociais, como por exemplo, a aquisição de um curso superior e o mercado de trabalho transformou-se em instável e muito competitivo. Consequentemente assiste-se atualmente a um prolongamento do período de dependência dos jovens em relação à família de origem, e para a maioria dos jovens, este período é mediado pelo ingresso no Ensino Superior (Dias & Fontaine, 2001; Arnett, 2004).

É precisamente nesta etapa de transição para o ensino superior, que se inscreve este estudo. Por conseguinte, justifica-se a definição conceptual, que se segue, sobre a transição que o EES vive no ambiente académico, desafios e processos de ajustamentos exigidos, bem como sobre das condições facilitadoras vs obstáculos que enfrenta.

3.1. Transição desenvolvimental

O desenvolvimento humano ocorre a partir de uma sucessão de etapas desenvolvimentais, transpondo uma sequência hierárquica de vários processos de maturação biopsicossocial. O final da adolescência e a entrada na vida adulta corresponde a um período marcante e exigente, uma vez que envolve várias dimensões, biológicas, cognitivas, sociais, ambientais e da personalidade¹¹ (Arnett, 2000, 2004).

À luz da Teoria Transaccional de Afaf Meleis, o EES atravessa nesta etapa uma transição do *Tipo desenvolvimental* (Meleis, 2010), isto é, um período de natureza intrínseca do desenvolvimento humano, uma vez que decorre do ciclo vital, e que lhe permite avançar da adolescência para a idade adulta. A adolescência pode definir-se como uma etapa de maturação do desenvolvimento humano, caracterizada por importantes processos e mudanças fisiológicas e psicossociais, fortemente influenciados pela interação contextual (Schwartz et al., 2010; WHO, 1989a). Tratando-se de um processo maturacional varia de indivíduo para indivíduo e, considerando o referencial cronológico da OMS¹² pode prolongar-se até aos 20 anos (WHO, 2010a).

Erik Erikson, na Teoria do Desenvolvimento Psicossocial que desenvolveu defende que o crescimento psicológico ocorre através de estádios ou fases, que não ocorrem ao acaso mas dependem da interação entre a pessoa e o seu meio (Erikson, 1976). Para este autor a adolescência prolongada é um fenómeno típico das sociedades modernas que permite oferecer aos jovens uma moratória para a sua maturação psicossocial, quer dizer, um período de exploração que possibilita ao jovem encontrar-se e encontrar o seu lugar na sociedade. De acordo com o mesmo autor, os indivíduos desta faixa etária caracterizam-se sobretudo por se encontrarem num período marcado por múltiplas e complexas alterações nos seus processos

¹¹ Neste período ocorre a estabilização dos traços de personalidade (estabilização da relação consigo e com o ambiente; de expressar e gerir emoções; de reação a acontecimentos e situações da vida; das relações interpessoais e grupais e a adaptação social).

¹² Indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos (WHO, 2010a).

de pensamento. Erikson constatou que a construção da personalidade, na infância, não é totalmente fixa, podendo ser parcialmente modificada por experiências posteriores. Considera que é no *términus* da adolescência, e depois de várias crises, que a identidade do indivíduo emerge como uma unidade, que deriva do passado, mas que incluiu igualmente objetivos e planos para o futuro (Erikson, 1968).

Assim sendo, é ao longo desta transição que se concretizam as principais aquisições e transformações desenvolvimentais, tais como os processos de autonomização e consolidação da identidade que termina com a capacidade de viver de forma autónoma, mas em interdependência social (Erikson, 1976). Para tal, o jovem tem que passar por um processo de individualização, que se caracteriza por enfrentar várias crises, superar ruturas, ambivalências decorrentes da instabilidade emocional nas relações (por vezes, contraditórias entre sentimentos e pensamentos). Estas flutuações de humor e de comportamento são respostas à complexidade do processo maturacional físico, psicoafectivo e social, refletindo os dilemas decorrentes dos movimentos de independência e de autonomização parental. Esta instabilidade faz parte do crescimento do jovem, porém é geradora de conflitos internos e interpessoais (Erikson, 1976).

Durante o processo de adolecer, o grupo de pares é de extrema relevância, permitindo sentimentos de pertença, interações exploratórias e identitárias, facilitando a individualização do *self* (Swenson, Nordstrom, & Hiester, 2008). No grupo, o jovem encontra ressonância e alívio da culpa da emancipação. Ao longo desta etapa a identidade sexual também se consolida em tipos específicos de relações amorosas, emergindo paralelamente o ideal do ego adulto, abstrato, que incorpora um sistema pessoal de valores e ideias. Ou seja, o jovem é capaz de abandonar as perceções e imagens idealizadas do *self*, os objetos infantis amados, para fazer uma leitura mais realista, sobretudo das figuras parentais, identificando e aceitando as suas qualidades, mas também as suas imperfeições (Dias & Fontaine, 2001; Papalia & Olds, 2000).

No *términus* desta fase o estudante deve evidenciar várias características. Por um lado, é esperado que o estudante se caracterize pela harmonização das componentes da estrutura definitiva de personalidade¹³, com destaque dos seus talentos e abandono de poderes

¹³ O pensamento e os processos cognitivos e sociais tornam-se mais analíticos e objetivos, aumentando o princípio de realidade Erikson (1950).

megalómanos e mágicos, próprios da infância. Deve também evidenciar uma *consciência de si*, enquanto somatório das experiências prévias e do reconhecimento das suas dimensões emocional, social, intelectual e sexual. Por outro lado, deve demonstrar uma integração gradual dos papéis manifestos de estudante, como as escolhas profissionais, o namoro, um grupo de amigos. Estas competências objetivam-se progressivamente na capacidade de tomar decisões e assumir as consequências dessas decisões (Furstenberg et al., 2003; Dias & Fontaine, 2001; Papalia & Olds, 2000). Além disso, os diversos interesses, a liberdade e a autonomia, permitem-lhe desenvolver e consolidar um modo de vida próprio e uma autoestima mais estável face às variações e circunstâncias externas (Papalia & Olds, 2000; Erikson, 1976).

Caracterizar esta transição, entre o final da adolescência e a entrada na vida adulta tem sido um desafio para os investigadores. Essa dificuldade resulta, em parte, da complexidade de situar os seus limites e, de definir características comuns dos indivíduos que se encontram neste grupo etário. Os principais obstáculos prendem-se com a singularidade dos atributos individuais, bem como, com a diversidade de circunstâncias em que cada indivíduo se encontra. Além disso, cada indivíduo tem tempos diferentes para se desenvolver (Schumacher & Meleis, 1994).

Consequentemente, esta etapa do ciclo de vida representa uma grande heterogeneidade de indivíduos, dificultando a identificação de um padrão comum a todos, inviabilizando a delimitação rígida do início e do fim deste período (Dehne & Riedner, 2001; Papalia & Olds, 2000). Apesar destes constrangimentos, na literatura é comum circunscrever este período entre os dezoito e os vinte e quatro anos de idade, mas esta amplitude cronológica não é consensual entre os diferentes autores. Na verdade, pode variar entre o início aos dezassete ou dezoito anos e o *términus* dos vinte e oito aos trinta anos (Papalia & Olds, 2000; Schwartz, et al., 2010).

Como já referido, as alterações profundas nos padrões sociais e culturais dos países industrializados, depois da Segunda Guerra Mundial, têm vindo a atrasar as “tarefas” que tradicionalmente marcavam o início da idade adulta, como o casamento e a parentalidade, adiando-as cada vez mais (Furstenberg et al., 2003; Papalia & Olds, 2000). Para enquadrar este período, tendo em conta este contexto social, diferentes autores têm proposto subestados intermédios de desenvolvimento, entre os períodos clássicos. Keniston (1971) no seu livro *Youth and Dissent: A Rise in a New Opposition* introduziu o termo “youth” para descrever a

sua concepção de juventude, que encara como uma etapa de vida que se situa entre os dezoito e os vinte e cinco anos, caracterizando-a por transformações estruturais nas áreas do desenvolvimento psicossocial cognitivo, moral e vocacional do jovem, bem como na definição dos papéis profissionais, sociais e sexuais (Keniston, 1972).

Jeffrey Arnett (2000) procurando definir a etapa de entrada na vida adulta usou o termo *emerging adulthood* ou adultícia emergente para circunscrever o período entre os dezoito e os vinte e cinco anos de idade. *Adultícia emergente* é um termo característico das sociedades contemporâneas, usado para enquadrar os indivíduos que já adquiriram os direitos legais dos adultos, pois tem mais de dezoito anos, porém ainda não adultos plenos, na medida em que não detém um conjunto de características normativas inerentes à adultícia, tais como: ter uma carreira, um companheiro(a) ou ter filhos. O autor defende que a maturidade não ocorre subitamente quando se atinge a maioridade, pelo contrário avança pelos anos seguintes, e quem se encontra na adultícia emergente não se reconhece como adulto. Por conseguinte Arnett, escolheu o termo “emergente” por considerar que designa precisamente o carácter transitório, exploratório e instável deste período, assim como a dinâmica e a fluidez que o caracterizam (Arnett, 2000, 2004).

Arnett propôs uma serie de indicadores (biológicos, legais, sociais, psicológicos) associados às competências familiares e sociais, que permitem identificar etapas simbólicas de entrada na idade adulta (Arnett, 1994), sobretudo dependentes da capacidade de autossuficiência do ponto de vista psicológico e instrumental (*e.g.* ser responsável, ser capaz de tomar decisões autonomamente e ser economicamente independente) (Arnett, 2007). Nos EUA, num inquérito de opinião - *General Social Survey* para definir adultícia, emergiu que ser adulto implica completar a escola, ser financeiramente independente, sair de casa e trabalhar a tempo inteiro e, quase metade dos participantes considera que os marcadores definidores do estatuto de adulto são o casamento e a paternidade (Furstenberg et al., 2003).

A literatura permite concluir que esta fase tem uma delimitação temporal relativamente flexível, visando acomodar as diversas variações individuais, contextuais e culturais (Shanahan, 2000). Neste estudo, na tentativa de ultrapassar estas dificuldades, optou-se por englobar no conceito EES todos os estudantes com idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e quatro anos, que se encontram a frequentar o ensino superior.

Dada a relevância e complexidade do processo de “tornar-se adulto” importa conhecer

com detalhe os aspetos psicossociais envolvidos neste período, que se descrevem de seguida.

3.1.1. Tarefas desenvolvimentais de “*tornar-se adulto*”

Transpor a adolescência em direção à adultícia significa *tornar-se adulto*, isto é, atravessar um período no qual o EES tem que enfrentar um conjunto de tarefas exigentes (Chow, 2010). Ultrapassar esta fase implica um processo de desenvolvimento amplo, que envolve gerir inúmeras expectativas e incertezas. Designadamente sobre o corpo adulto e capacidade reprodutiva, a identidade sexual, a responsabilidade, a independência, a maturidade emocional e a escolha profissional. Estas tarefas desencadeiam sentimentos de ambiguidade, angústias e conflitos internos, uma vez que para muitos, algumas tarefas de estádios prévios de desenvolvimento, podem não estar ainda concluídas, ou estão em níveis diferentes de consolidação (Dias & Fontaine, 2001).

Assim, tornar-se adulto é um processo exigente, que envolve o desenvolvimento gradual, transversal e simultâneo, das várias dimensões do indivíduo. Neste processo hierarquizado complexo, cada etapa tem elementos, objetivos e características que permitem a diferenciação dos vários estádios. Genericamente, os primeiros anos da idade adulta correspondem à maioridade legal, contudo o que torna esta etapa peculiar é o fato dos indivíduos se encontrarem em estádio de maturidade diferente, e por ser uma época de *descoberta de si mesmo*, de exploração, aventura e exposição a novos ambientes, emoções e contextos (Arnett, 2004, 2007).

Papalia & Olds (2000) considera que o início da idade adulta é o tempo do “*poder fazer*”, é o tempo das primeiras experiências de sensação de autonomia e de estar em controlo. Por exemplo ampliando as suas aptidões físicas, explorando competências cognitivas para responder aos desafios com que se depara no seu quotidiano, e gerindo a casa e os estudos. Contudo, “*poder fazer*”, significa o confronto com a responsabilidade, isto é, gerir as expectativas relativas ao seu futuro e às escolhas académicas, competências que implicam maturidade emocional.

No entanto fazer escolhas neste período desencadeia conflitos internos, incertezas e angústias. Neste período tomar decisões, tem consequências para o resto da vida, quer ao nível da saúde, quer ao nível da realização profissional futura (Papalia & Olds, 2000; Dias & Fontaine, 2001). Nestas circunstâncias, o estudante nem sempre dispõe de recursos –

personais, intrapsíquicos e interpessoais – suficientes para responder às exigências deste nível de importância (Shanahan, 2000).

Algumas teorias do desenvolvimento humano usam marcadores de transição para evidenciar a progressão nas diferentes etapas desenvolvimentais. Os marcadores de transição são o conjunto de elementos, características, habilidades e de aquisições partilhadas por indivíduos pertencentes a um mesmo grupo etário, paradigmáticas desse período e, por isso, permitem a sua diferenciação (Dias & Fontaine, 1996; Arnett, 2004). Apesar de alguma discrepância vários autores listam um conjunto de marcadores relativamente consensual, que traduzem as principais tarefas de “*tornar-se adulto*” designadamente:

- **Desenvolvimento de atributos físicos.** O jovem atinge por volta dos vinte anos, o seu potencial máximo de saúde e de bem-estar. A sua condição física é caracterizada pela força, energia, resistência e pelos sentidos apurados, uma vez que as funções corporais e os órgãos dos sentidos¹⁴ estão neste período completamente desenvolvidos (Papalia & Olds, 2000).

- **Desenvolvimento do pensamento.** Caracterizado pelo grande desenvolvimento do pensamento pós-formal ou pensamento relativo, por oposição ao pensamento rígido e do raciocínio cognitivo, social, moral, político (Papalia & Olds, 2000).

- **Separação física e psicológica das figuras parentais.** É o processo de desenvolvimento individual e psicossocial que conduz à autonomização das figuras parentais (Erikson, 1976), que no entanto permanecem como importante fonte de suporte, material, afetivo e social, e tendem a ser uma influência relevante. Esta individualização mantém os laços afetivos, de coesão e de suporte parental, e atua como promotora de ajustamento a novos padrões de relacionamento (Dias & Fontaine, 1996; Papalia & Olds 2000).

Neste período o grupo de pares é de extrema importância. Em parte substitui a família veiculando sentimentos de pertença, mas sobretudo permite interações exploratórias e várias identificações que são facilitadoras da individualização do *self* e da construção da identidade (Hardy et al., 2013; Snider & Dawes, 2006). Além disso, o EES no seio do grupo de pares encontra empatia e o alívio de alguns conflitos de emancipação (Swenson et al., 2008).

- **Consolidação da personalidade.** Estabilização dos traços de carácter ou estrutura de personalidade, que de modo amplo pode ser definida como o padrão de funcionamento de

¹⁴ A acuidade visual, o paladar, o olfato, a sensibilidade, estão na sua plenitude, à exceção da acuidade auditiva que apresenta um declínio gradual a partir da adolescência (Papalia & Olds, 2000).

cada indivíduo. Reflete sobretudo a libertação das dependências familiares, das crenças anteriores e dos padrões (infantis) prévios de pensamento (Stoeber & Corr, 2015). A consolidação dos traços de carácter influenciam o estilo de vida e os comportamentos em saúde (Carvalho, Nunes, Primi, & Nunes, 2012; Schwartz et al., 2010) e permite ao estudante fazer escolhas e tomar decisões de forma relativamente consciente quanto às implicações futuras (Amirazodi & Amirazodi, 2011; Luz et al., 2009).

- **Construção da identidade.** Intimamente relacionada com a consolidação da personalidade expressa-se pela capacidade de se perceber progressivamente, a si e aos outros, de forma cada vez mais realista (Chickering & Reisser, 1993). A construção da identidade conduz à autonomia progressiva, mas exige a capacidade de integrar na personalidade a sexualidade, isto é, pressupõe que o estudante se aceite como ser sexuado, e que seja capaz de estabelecer uma relação de intimidade e de amor (Hardy et al., 2013; Erikson, 1968, 1976).

- **Construção da capacidade de interação amorosa.** Depende da identidade e da confiança de se possuir uma imagem sexuada atrativa para o outro. Reflete o bem-estar e a autoestima do estudante, que resultam do sucesso de um conjunto de tarefas que se relacionam entre si (Sharma & Sharma, 2010; Zeigler-Hill, 2013). Nestes movimentos de autonomização, é frequente emergirem dificuldades, sobretudo nas questões do género, e podem ser vividas de forma diferente entre jovens consoante o sexo (Colares et al., 2009; Dias & Fontaine, 2001).

- **Consolidar a autoestima.** Tomar consciência da estima e do conceito que se tem de si mesmo é um processo dinâmico, que envolve representações, cognições, emoções e as relações passadas e presentes (Nunes, Montibeller, Oliveira, Arrabaca, & Theiss, 2013). A autoestima constrói-se desde a infância e é determinada, em grande medida, pelas experiências de vida apreendidas a partir da ressonância de valor próprio, devolvida pelos seus significativos, isto é, a partir das crenças ou esquemas cognitivos (Beck, Steer, Epstein, & Brown, 1990). Possuir uma boa autoestima significa considerar-se competente para enfrentar os desafios básicos da vida e sentir-se merecedor de felicidade (Branden, 2011; Cast & Burke, 2002; Kernis, 2003; Zeigler-Hill, 2013).

Este conjunto de marcadores permitem monitorizar as tarefas desenvolvimentais. À medida que o jovem se torna mais autónomo a sua autoestima transforma-se

progressivamente, exibindo menor dependência do reconhecimento e aprovação de outros. Esta construção vai-se refinando ao longo da vida como um todo que resulta das representações e avaliações acumuladas (Chung et al., 2014; Di Giunta et al., 2013; Harter, 1999).

De acordo com Harter (1999), neste processo de desenvolvimento global, que se deseja harmonioso, podem diferenciar-se três fases evolutivas. O Quadro 2 apresenta uma síntese de elementos centrais das três etapas do desenvolvimento do *self* do estudante.

Quadro 2. Fases do desenvolvimento do <i>self</i> do estudante		
Fase I	Fase II	Fase III
Uso de diferentes <i>self</i> Permeabilidade a opiniões alheias Preocupação com a opinião que os outros têm sobre si, sobre o seu valor e sobre a sua identidade.	Introspeção Contradições e conflitos entre os vários <i>self</i> . Necessidade de aprovação Permeabilidade Autoestima volátil.	Crenças e valores pessoais Orientação interna do <i>self</i> Modelo de regulação do comportamento. Definição e concretização de metas Pouca permeabilidade a opiniões
Adaptado de Harter, 1999		

Espera-se que durante a adultícia emergente o estudante exiba competências que pressupõem uma transformação em curso em direção à maturação, ao equilíbrio e à saúde. Dado que a autoestima é dinâmica, isto é, transforma-se tal como se vai transformando o indivíduo, a presença de autoestima positiva (Nunes et al., 2013) e de bem-estar são indicadores relevantes do sucesso de “tornar-se adulto” (Dias & Fontaine, 1996, 2001).

3.2. Ingresso no ensino superior: transição múltipla

O ingresso no ensino superior representa, para a maioria dos jovens, um objetivo alcançado com esforço e sacrifício, mas esta *transição situacional*¹⁵ (Chick & Meleis, 1986), também corresponde a um período de mudanças marcantes. Sobretudo porque muitos estudantes encontram-se ainda a consolidar ou finalizar processos de “*transição desenvolvimental*” prévios Chick & Meleis (1986 p. 239). Para estes, esta circunstância, pode intensificar desequilíbrios e perturbações na saúde devido ao seu efeito cumulativo,

¹⁵ Definida como uma passagem de uma fase ou condição de vida para outra, em função de uma situação ou contexto específicos (Meleis, 2011).

configurando aquilo que Chick & Meleis (1986) designam de *transições múltiplas*. As transições, que ocorrem em simultâneo ampliam desequilíbrios, pois acentuam a intensidade das mudanças, por vezes drásticas, em todos os sistemas da pessoa. Todavia, quando deliberadas como é o caso do ingresso no ensino superior, o sentimento de mal-estar inicial reveste-se de aspetos e um significado particular (Meleis 1994, p. 256). Passado um período inicial de maior exigência e desequilíbrio, espera-se que a maioria dos EES superem de forma adequada e saudável os rituais de passagem e adaptação ao contexto académico (Diniz & Almeida, 2006; Tavares, 2012), e atinja um nível de bem-estar e mestria.

Os principais desafios dos estudantes envolvem uma matriz, que deriva de características individuais, socioculturais e dos contextos académicos onde se encontram, é sobretudo nos primeiros anos que os estudantes enfrentam e sentem as maiores exigências, pois trata-se de um período marcado por mudanças importantes no estilo de vida (Bowman, 2010). Estas mudanças implicam uma série de desafios tais como: estabelecer novas relações, a integração no ambiente académico, a pressão académica e parental, as questões financeiras e as responsabilidades. A vida académica implica um quotidiano pautado pela autonomia, responsabilidade e pelas decisões autónomas, contrastando com a dependência parental do estágio prévio (Kadison & DiGeronimo, 2004; Tavares, 2008). Neste contexto, os estudantes têm que se adaptar a um conjunto extenso e complexo de papéis, além de atingir sucesso académico (Chow, 1010). Esta circunstância favorece uma condição de maior vulnerabilidade, podendo originar crises situacionais ou sofrimento mental (Bowman, 2010).

A *Teoria dos Sete Vetores*, proposta por Chickering (1993) permite uma melhor compreensão da extensão das “tarefas” com que os EES se defrontam nesta etapa. O autor verificou que adquirem competências de vária ordem, deslocando-se através de um conjunto de sete competências padronizadas que designou de vetores:

1º- Tornar-se competente. Capacidade de articular entre o desenvolvimento físico, motor, intelectual e de competência interpessoal. Sentimento que advém da confiança que o EES vai construindo na interface com os acontecimentos de vida pessoais e académicos, no decorrer da gestão dos problemas, sempre que alcança êxito nas metas que se propõe atingir;

2º- Lidar com as emoções. Capacidade de reconhecer e aceitar e expressar as próprias

emoções de forma apropriada - autoconhecimento¹⁶, com a percepção de possuir controle sobre as mesmas, mobilizando estratégias apropriadas.

3º- Desenvolver a autonomia em direção à interdependência. Capacidade de funcionar em autossuficiência relativa e equilíbrio entre a necessidade de independência e o desejo de inclusão. Assumir responsabilidade em torno de objetivos pessoais sendo menos permeável às opiniões dos outros. A capacidade de cuidar de si é o aspecto mais relevante neste vetor.

4º - Desenvolver relações interpessoais maduras. Implica demonstrar a capacidade de intimidade, tolerância e apreciação da diferença. A capacidade de intimidade manifesta-se transferindo a grande dependência prévia, de outros, para uma interdependência para com as pessoas do seu contexto. Denota a capacidade de lidar com o desconforto gerado por algumas relações e de agir em conformidade, preservando os direitos das pessoas. Expansão do domínio social, com o estabelecimento de novas amizades, relações interpessoais mais íntimas e autonomização progressiva em relação a família.

5º- Desenvolvimento da identidade. Sentir-se confortável com o corpo, aparência, gênero e orientação sexual. Pressupõe a clarificação do autoconceito, do estilo de vida, autoaceitação, autoestima e sentimentos de estabilidade pessoal e de integração.

6º- Desenvolvimento de um sentido para a vida. Denota a capacidade de intencionalidade, de clarificar objetivos, avaliar interesses, fazer escolhas, planos e de persistir perante obstáculos. Envolve três grandes áreas do saber: 1) interesses não vocacionais recreativos; 2) planos e aspirações vocacionais; 3) adoção de um determinado estilo de vida.

7º- Desenvolvimento da integridade. Construção de um quadro de referência sobre crenças, valores e objetivos (Chickering & Reisser, 1993). Os autores consideram ainda que estes vetores interagem entre si; os EES atravessam-nos a ritmos diferentes; podem ter que lidar com vários em simultâneo; os estudantes podem reexaminar questões associadas a vetores que já tinham percorrido.

Outro contributo importante para compreensão desta etapa emerge dos trabalhos de Harter (1999) que defende que a aquisição da autonomia e conexão são sinónimo de capacidade independência nas relações interpessoais, isto é, de maturidade, e por essa razão são uma meta desenvolvimental importante. No processo de autonomização o estudante tem

¹⁶ Capacidade de reconhecer o seu valor e competências. Esta consciencialização emerge das experiências prévias, da autoestima e da habilidade para gerir acontecimentos e relações interpessoais

oportunidade de exercitar a expressão dos seus pontos de vista e diferenças em relação aos outros, além das atitudes de abertura, respeito e apoio relativamente às opiniões e perspectivas do outro. Estas experiências são decisivas, pois promovem a maturidade (*self* mais autêntico, congruente e consciente) (Harter, 1999).

Por outro lado, estas competências facilitam os múltiplos processos de adaptação que o estudante terá que enfrentar, designadamente nas relações interpessoais, íntimas ou profissionais. De acordo com Harter (1999) a interdependência entre autonomia e conexão desenha estilos de relação do indivíduo, que designou de autónomo, conectado e mútuo, sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3. Estilos de relação do indivíduo		
Autónomo	Conectado	Mútuo
Assume o direito de dominar o outro, de tomar decisões pelos dois	Revela subordinação ao outro, aceitando as decisões que ele toma	Não domina nem se submete ao outro, procurando decidir em conjunto com ele
Assume como prioritária a satisfação das suas necessidades	Assume como prioritária a satisfação das necessidades do outro	Considera tão importante a satisfação das suas necessidades e como as do outro - equilibra-as
Revela pouca sensibilidade pelas necessidades do outro	Revela grande sensibilidade pelas necessidades do outro, a ponto de se esquecer das suas	Revela sensibilidade pelas necessidades do outro, mas também pelas suas
Tem uma noção clara das suas emoções, mas não das do outro	Tem uma noção mais clara dos sentimentos do outro do que dos seus próprios sentimentos	Tem uma noção clara não só dos seus sentimentos como também dos do outro
Estabelece fronteiras rígidas entre o <i>self</i> e o outro, por forma a evitar o desconforto que sente com a intimidade	Estabelece fronteiras rígidas entre o <i>self</i> e o outro, por forma a evitar o desconforto que sente com a intimidade	
Preocupa-se pouco com a relação	Preocupa-se pouco com a relação	Adaptado de Harter, 1999

Genericamente, a maturidade permite ao estudante adquirir e manter um equilíbrio social e relacional. Por conseguinte, nesta etapa, espera-se que seja seletivo, assertivo e capaz de tomar decisões, bem como, negociar ponderando tanto o seu ponto de vista como o do seu interlocutor (Harter, 1999). Espera-se ainda que seja capaz de identificar e resolver conflitos intra e interpessoais e de criar alternativas viáveis que lhe permitam tomar e assumir as suas decisões.

Por oposição, um défice destas habilidades traduz-se por insegurança, quer dizer dificuldade de expressar as suas ideias, de defender os seus pontos de vista e os seus direitos sem ser agressivo, circunstâncias que comprometem os processos de desenvolvimento, adaptação e bem-estar. Contudo, é também esperada alguma irregularidade emocional e a presença de ambiguidades no EES, isto é, que ocorram oscilações mais ou menos inopinadas nos estados de humor. Apesar das exigências complexas desta transição, o ingresso no ensino superior promove a aquisição de habilidades sociais e relacionais no estudante, que lhe permitem resolver e ultrapassar problemas e desafios do quotidiano com maior eficácia e conforto (Harter, 1999).

3.2.1. Desafios do ambiente académico

Os desafios do ambiente académico são extensos e de várias ordens, e os EES nem sempre estão preparados para os enfrentar. O ano de ingresso é por excelência o mais crítico, devido ao processo de integração, que implica múltiplas mudanças no seu quotidiano, por vezes marcantes (Hicks & Heastie, 2008; Kralik et al., 2006). Na verdade, trata-se de um período exigente uma vez que à vulnerabilidade inerente da *transição desenvolvimental*, acresce a de natureza *situacional* (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2011, p.25).

Kenny & Holaham (2008) defende que o ambiente académico pode afetar o desenvolvimento e a saúde do estudante devido aos efeitos cumulativos dos múltiplos desafios que convergem neste período, que exigem sucessivos processos de adaptação e gestão de emoções negativas. O ambiente académico é stressante e competitivo. A exposição prolongada a situações de *stress* pode fragilizar o organismo, nomeadamente ao nível da cognição e da perceção emocional, afetando negativamente o funcionamento, o comportamento, mas sobretudo debilitando a saúde e o bem-estar (Conley et al., 2013; Hamaideh, 2011; Sevlever & Rice, 2010), por isso não surpreende a presença de problemas e perturbações emocionais entre EES (ACHA, 2011, 2014; Goh & Chiu, 2009; National Alliance on Mental Illness, 2012).

Embora seja expectável que ocorra um certo desequilíbrio e tensão neste período, não é pouco frequente observar nos primeiros anos do Ensino Superior, crises adaptativas mais marcadas nos EES, quer a nível pessoal, social ou académica, sobretudo devido aos níveis

consideráveis de ansiedade que esta situação gera (Brooks & DuBois, 2009; Conley, Travers, & Bryant, 2013). Estes estados emocionais negativos podem perturbar ou interromper o normal desenrolar das tarefas normativas e educativas dos EES, além de desencadear um conjunto de alterações somáticas, emocionais, comportamentais, ou perturbações psicológicas (Krumrei-Mancuso et al., 2013).

De acordo com Costa & Leal (2008) a saúde mental negativa dos EES está associada ao contexto académico, mas também à mudança de casa e de círculo de amigos, à eventual perda de relacionamentos e ao confronto com novos métodos de ensino-aprendizagem, que causam sentimentos negativos e tensão psíquica. Por conseguinte é compreensível o interesse em conhecer em detalhe as variáveis contextuais envolvidas no quotidiano do EES, e a importância atribuída às particularidades do ambiente académico.

O *Ambiente* é um dos quatro conceitos centrais do *core* da Disciplina de Enfermagem, entendido como sendo tudo o que envolve a pessoa (Morse, 1994, 2006). Efetivamente, com a teorização da Enfermagem iniciada pelos trabalhos de Florence Nightingale, em meados do século XIX, alguns conceitos e valores assumiram uma centralidade que tem perdurado na Disciplina de enfermagem, designadamente o *Ambiente*. Nightingale demonstrou que os cuidados prestados por enfermeiros diminuía o sofrimento e as taxas de mortalidade e morbidade por infeções dos pacientes, atribuindo esse benefício à higienização do ambiente onde estes se encontravam. Desde então, a otimização do ambiente em que a pessoa se encontra, perspectiva-se como uma premissa indissociável da melhor saúde quer física quer mental. Destaca-se também a relevância da interdependência da díade “pessoa-ambiente” (Morse, 2006), que se mantém visível na enfermagem moderna, valorizando-se as influências recíprocas que se estabelecem entre ambos, e que incluem o(s) sentido(s) que a pessoa atribui às suas experiências de saúde (Meleis, 2011).

Efetivamente, de acordo com Meleis (2011), o ambiente corresponde à totalidade das relações humanas do quotidiano da vida, não se limitando simplesmente ao *setting* habitual da pessoa (e.g., quarto, família e significativos) ou às relações com os profissionais de saúde. Inclui as estruturas e os contextos socioeconómicos, uma vez que dele emergem constrangimentos, isto é, obstáculos que influenciam a saúde, limitam o potencial humano e a cidadania. Por outro lado, promover, manter e regular/mudar o ambiente é um desígnio do cuidado e das terapêuticas de enfermagem, pois sabe-se que os ambientes saudáveis ajudam

na promoção, manutenção e melhoria da saúde (Meleis, 2011).

É nesta lógica que perspetivamos o contexto académico, isto é, como um ambiente físico, mas sobretudo relacional que reflete a dinâmica e a cultura da comunidade educativa e académica. Isto é, inclui uma panóplia de relações de reciprocidade que influenciam o quotidiano dos EES, determinando a sua satisfação e bem-estar (Schleich, Polydoro, & Santos, 2006; Bardagi & Hutz, 2012). No âmbito destas relações de interdependência, e no caso específico da díade “EES-contexto académico”, é possível diferenciar “Condições Facilitadoras e Obstáculos”, isto é, condições de ordem individual e contextual que favorecem ou dificultam os processos positivos de saúde (Meleis, 2010), que refletem a totalidade das dimensões da pessoa do estudante.

No contexto académico a dimensão comportamental do EES assume particular relevância, dada a multiplicidade de relações de influência que o determinam. A génese do comportamento humano tem várias explicações teóricas (Ahern, 2009; Levine & Manning, 2012). As teorias biológicas sugerem que os comportamentos resultam da predisposição genética ou efeitos hormonais. As teorias psicológicas atribuem a origem do comportamento às competências cognitivas, à procura de novas sensações e ao impacto dos traços de personalidade e da autoestima. As teorias sociais analisam o papel da família, dos pares e das normas sociais na explicação dos comportamentos humanos (Swenson et al., 2008). Por conseguinte, o comportamento dos EES é multifatorial, e um mesmo fator pode conduzir a diversos comportamentos (Cameron & Moss-Morris, 2010; Möller, 2012; Pepper & Nettle, 2014).

De acordo com alguns autores, as atitudes de risco em EES podem cumprir funções desenvolvimentais. A experimentação controlada (e.g., consumos de substâncias) facilita integração entre pares, promovendo a aceitação, o envolvimento e oportunidades de aprendizagem (Swenson et al., 2008). Não obstante, a fronteira entre a experimentação saudável e as consequências muito negativas é ténue e ambígua.

Este período de maior liberdade e autonomia (com poucas responsabilidades) propícia e expande as relações interpessoais dos estudantes, e impele-os a múltiplas experiências e a novos hábitos, como frequentar bares, discotecas e locais de lazer e convívio. Estas práticas, mais ou menos ritualizadas, condicionam facilmente os comportamentos de saúde dos EES, favorecem os hábitos tabágicos, o consumos de álcool e substâncias ilícitas ou

comportamentos sexuais de risco, uma vez que a pressão do ambiente acadêmico é muito forte e determinante (Fromme et al., 2008; Rodrigues et al., 2014). Por outro lado, dormem menos ou de forma irregular. O ingresso no ensino superior conduz a um déficit ou um distúrbio na qualidade do sono dos EES, constituindo um dos problemas de saúde mais pertinentes na sociedade ocidental. O sono é uma necessidade humana fundamental, também designada como uma necessidade psicofisiológica uma vez que é parte integrante dos mecanismos de regulação dos ritmos biológicos do organismo, do equilíbrio fisiológico e hormonal e do estado mental. Por conseguinte, os padrões do sono coexistem em interdependência com outros sistemas e processos cognitivos, memória, de aprendizagem, de pensamento e estados de tensão física e psíquica, condicionando o desempenho e a produtividade (Townsend, 2011). As alterações no padrão de sono têm impactos no rendimento académico e na saúde mental dos EES (Chen, Gelaye, & Williams, 2013; Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010; D. Taylor et al., 2011).

Atendendo à multiplicidade, amplitude e reciprocidade das relações implicadas na díade “EES-contexto académico”, importa focar os desafios mais exigentes que os EES enfrentam nesta etapa. De um modo geral, a literatura mostra que os mais comuns se distribuem por três áreas interdependentes:

- **Desafios desenvolvimentais.** A separação da família e dos amigos é apontada como um importante desafio que condiciona a saúde mental e bem-estar dos EES. Sair de casa dos pais pela primeira vez é uma experiência vivida de modo distinto pelos jovens (Van Tilburg, Vingerhoets, & Van Heck, 2006). Viver sozinho ou com pares, implica a assunção de novas responsabilidades e a gestão quotidiana de tarefas domésticas, do tempo e do dinheiro (Costa & Leal, 2004; Thurber & Walton, 2012). Estar deslocado, para alguns, significa conciliar a sua vida académica com uma atividade laboral (completa ou parcial).

Neste contexto de maior liberdade e autonomia, muitos dormem menos, têm uma alimentação mais pobre e adotam mais facilmente comportamentos de risco (e.g., consumos e condução sob efeito de álcool, substâncias ilícitas, e comportamentos sexuais de risco). Por conseguinte é compreensível que seja nos primeiros anos que os estudantes enfrentem os principais desafios de adaptação (Tavares, 2008; Trockel et al., 2000; Verger et al., 2009).

Porém, estar ou não deslocado pode ser sentido como oportunidade de autonomia e desenvolvimento, uma aventura que desperta emoções fortes e curiosidade ou, pelo

contrário uma inevitabilidade que acarreta angústias e inquietações. Santos et al. (2010) referem que os estudantes Portugueses deslocados apresentam níveis de adaptação mais baixos do que os não deslocados, não sendo, no entanto, esta situação sentida como negativa.

- **Desafios de natureza académica.** O primeiro ano de curso confronta o estudante com desafios marcantes devido às mudanças e exigências relativas ao tipo de ensino¹⁷ (Bardagi & Hutz, 2010, 2012). Os “caloiros” sentem maiores dificuldades e apresentam maior risco, devido às múltiplas adaptações que enfrentam num curto espaço de tempo, às quais tem de responder com eficácia e sucesso académico, conjugando as expectativas parentais (relativa às notas, preocupações financeiras e sociais) (Hicks & Heastie, 2008). Ao longo do curso emergem também outras questões relativas à permanência e sucesso académico, tais como a capacidade de aprendizagem, o desempenho académico e o bem-estar, que são afetados por múltiplos problemas (emocionais, familiares, comportamentais ou perturbação mental) (Chow, 2010; Cleary et al., 2011; Keyes et al., 2012; Sevlever & Rice, 2010).

- **Desequilíbrios emocionais.** O ingresso no ensino superior, embora seja um momento de grande satisfação, pode corresponder a um acontecimento de grande tensão e desequilíbrio emocional para alguns estudantes (Wong et al., 2006). A evidência indica que os principais problemas dos EES se prendem com perturbações depressivas, ansiedade e dificuldades interpessoais, que limitam a resolução das tarefas desenvolvimentais e a cognição (deteriora o desempenho académico), aumentando a probabilidade de abandono escolar (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007; Santos, Veiga, & Pereira, 2012).

A separação da família e dos amigos (principal fonte de suporte) é um dos principais motivos de angústia sentida pelos EES nos primeiros meses. Este estado cognitivo e emocional negativo é induzido pela gestão das emoções negativas - designado de *homesickness* quando é causado pelas saudades de casa e pelo afastamento da sua rede familiar ou *friendsickness*, se é provocado pelo receio de perder os amigos e/ou devido à preocupação com possíveis mudanças nessas amizades prévias (Tognoli et al., 2007; Van Tilburg, Vingerhoets, & Van Heck, 1999). Ambos estados manifestam-se por sintomas depressivos, ruminações e queixas somáticas (Thurber & Walton, 2012), e têm muitas afinidades com nostalgia, ansiedade de

¹⁷ Ensino menos estruturado, ritmos mais acelerados, métodos pedagógicos e avaliação diferentes e menor acompanhamento pelos professores. As regras são menos claras, mais flexíveis. Envolve a escolha da carreira e objetivos profissionais futuros e maior seletividade na apreensão dos conteúdos (Bardagi & Hutz, 2010, 2012; Johnson et al., 2010).

separação, luto ou depressão (APA, 2013). Soares, Guisande, & Almeida (2007) relatam que cerca de metade dos estudantes deslocados sofre níveis moderados ou severos de *friendsickness* e que se sentem mais sós, apresentando níveis inferiores de autoestima e pior adaptação à universidade que os não deslocados.

Embora a exigência dos desafios que se colocam ao EES seja amplamente reconhecida, também é certo que qualquer processo de ajustamento implica sempre um período precedido por um desequilíbrio até ao restabelecimento de um novo ajustamento. De acordo com Meleis (2010), neste período de transição, o novo equilíbrio manifesta-se por *Bem-Estar* e mestria, isto é, por uma resposta humana adaptativa, caracterizada por sentimentos positivos, de empoderamento (sentimento *de poder, ser capaz de fazer*) e competência (Schumacher, Meleis, Sawyer, Im, & Messias, 2010). Estes sentimentos refletem uma transição saudável, por exemplo observável por um sentimento amplo de ajustamento e satisfação com a vida académica.

3.2.2. Ajustamento e satisfação com a vida académica

O ajustamento ao contexto académico é um processo adaptativo positivo e multidimensional, que envolve a satisfação do EES relativamente a condições de natureza intrapessoal, interpessoal e contextual. Implica um *continuum*, intimamente associado aos processos de aprendizagem e ao ambiente académico. Embora envolva transformações complexas e de várias ordens, o ajustamento é um processo natural que conduz o EES a um estado emocional positivo. Regra geral, demonstrado pela sua atitude confiante e otimista (Soares et al., 2006).

O EES está preparado para reagir a qualquer alteração importante na sua vida, no sentido de repor o seu equilíbrio, designadamente “*nas relações associadas ao papel social esperado, nas expectativas e nas capacidades*” (p.332). Por conseguinte espera-se que o EES mobilize convenientemente os seus recursos internos e contextuais no processo de adaptação ao ensino superior (Dias, 2006; Soares & Almeida, 2011). Embora as adaptações múltiplas possam conduzir o EES a estados oscilantes de insatisfação vs frustração, mais ou menos temporários, isso não significa forçosamente um problema de saúde mental (Townsend, 2011). Porém, para que este ajustamento seja bem-sucedido é essencial que o EES tenha

concluído as tarefas desenvolvimentais esperadas, nomeadamente que demonstre autoestima positiva e se sinta competente nos diversos papéis que desempenha. Estes dois indicadores são imprescindíveis à autonomia e bem-estar psicológico (Townsend, 2011; Zeigler-Hill, 2013). O EES com baixa autoestima, regra geral, também exhibe défices ao nível da autonomia e capacidade de gerir circunstâncias negativas, que contaminam designadamente a dimensão cognitiva (aprendizagem, baixo rendimento académico), relacional (défice na comunicação verbal e não-verbal), psicofisiológica (libido, apetite, sono), humor (depressão, ansiedade, instabilidade emocional). O equilíbrio entre as várias dimensões constituintes da pessoa determinam o seu bem-estar e o funcionamento global harmonioso (Branden, 2011; Nunes et al., 2013). Nesta dinâmica estão também implicadas as variáveis do ambiente académico, que acrescentam complexidade à teia de relações da díade “EES-contexto académico” e condicionam designadamente a satisfação com a vida académica.

A literatura mostra que a adaptação académica inclui diversos componentes que convergem para a satisfação com a vida no ambiente académico, que por sua vez se agregam em torno de quatro áreas importantes (Bardagi & Hutz, 2010; Santos, Polydoro, Scortegagna, & Linden, 2013; Soares, Almeida, & Ferreira, 2005; Soares & Almeida, 2011).

Os componentes da satisfação e adaptação do EES no ambiente académico estão sintetizados no quadro 4, que ilustra as dimensões e os elementos envolvidos.

Quadro 4. Dimensões e elementos presentes na adaptação académica	
Adaptação académica	Envolve desempenho académico, a motivação, a identificação de objetivos académicos e a satisfação com o ambiente académico
Adaptação social	Envolve as relações interpessoais, a satisfação com a socialização e as redes de suporte social
Adaptação pessoal e emocional	Engloba o bem-estar psicológico e físico
Vinculação institucional	Compreende o modo como o estudante se posiciona e sente relativamente à instituição

Um contributo importante para a explicação e compreensão da complexidade do processo ajustamento do EES é o *Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário* (MMAU) (Soares, Almeida, Dinis, & Guisande, 2006). Este modelo preconiza que adaptação ao contexto académico não ocorre dissociada dos processos de desenvolvimento humano ou de aprendizagem, pelo contrário defende precisamente que estas dimensões se mostram interdependentes. Por conseguinte a satisfação com a vida

académica traduz um processo de adaptação positivo multifacetado, que o estudante vai construindo na dinâmica multidimensional do seu cotidiano.

Como variável cognitivo-afetiva reflete a avaliação subjetiva, positiva do EES, relativamente à satisfação das suas expectativas, à qualidade das suas experiências e relações no ambiente académico que, por sua vez, está estreitamente relacionada com a integração na comunidade educativa e com o sucesso do seu desempenho (Soares & Almeida, 2011).

A satisfação com a vida académica pode ser definida como sendo o saldo positivo que resulta da ponderação subjetiva entre aspetos positivos vs negativos. Contém duas dimensões uma interna (pessoal) e outra mais externa (elementos organizacionais, estrutura física da instituição de ensino que frequenta) (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999a; Santos & Suehiro, 2007). Na dimensão interna incluem-se: as habilidades, competências, vivências, o interesse e compromissos com o curso, a perceção de desempenho académico e os relacionamentos com colegas e professores (Soares et al., 2006). Na dimensão externa incluem-se: o ambiente pedagógico e físico do contexto académico, as condições para o estudo da instituição e as atividades extracurriculares (Santos et al., 2013; Soares & Almeida, 2011). Como estado emocional positivo, expressa autocontrolo, autonomia e empoderamento, competências que reforçam a capacidade de resolver problemas e de tomar decisões no quotidiano académico, contribuindo para o funcionamento harmonioso (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999b).

Os estudos com EES têm demonstrado que as vivências académicas positivas e a satisfação com a vida académica são interdependentes, promotores de bem-estar e de realização pessoal e interpessoal (Santos & Suehiro, 2007; Soares, Almeida, et al., 2006; Polydoro, Santos, & Schleich, 2006). O bem-estar é o indicador central de uma transição saudável é uma resposta humana resultante dos processos positivos de transição (Meleis, 2012), por essa razão é importante abordar a perspetiva transicional.

4. A Perspetiva Transicional de Enfermagem

A perspetiva transicional fornece uma referência teórica que orienta a compreensão do fenómeno em estudo, e o conceito de *transição múltipla* é um dos conceitos centrais e estruturantes do mesmo. Ancorada no *Paradigma da Transformação* esta perspetiva tem um

cariz marcadamente dinâmico, dado que a noção de *transição* tem subentendido um movimento ou transformação (Meleis, 2012). No âmbito deste paradigma o foco dos cuidados centra-se na dinâmica da díade *pessoa-ambiente* e nas suas interações (Meleis, 2007).

O *Paradigma da Transformação* emergiu nos anos 70 do século XX, assinalando o início de um período de abertura das ciências de enfermagem ao mundo. Reúne autores, como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992), que perspetivam os fenómenos como únicos, todavia em interação com “*tudo o que os rodeia*” (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994 p. 13). Parte da premissa de que as mudanças ocorrem por estádios de organização e de desorganização, tem como finalidade última níveis de organização superior.

Esta visão desenvolvimentista firma-se, entre outras, na teoria geral dos sistemas, desenvolvida por Von Bertalanffy (Le Moigne, 1969), segundo a qual o ser humano é visto como um sistema composto por vários subsistemas em interação permanente e sistemática. Nesta matriz, qualquer fenómeno deixa de poder ser considerado como ponto de partida ou de chegada, dado que todos os elementos integrantes se encontram em interdependência. Além disso, como refere Kérouac et al. (1994) cada “*fenómeno é único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro*” (p.13), embora possam apresentar algumas semelhanças. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura e padrão único, isto é, uma unidade global em interação recíproca e simultânea com uma unidade global maior- o mundo que o rodeia (Kérouac et al., 1994).

A disciplina de enfermagem estuda as ações ou processos pelos quais as mudanças positivas no estado de saúde são afetadas e a integridade ou a saúde dos seres humanos, reconhecendo que eles estão em contínua interação com o meio ambiente. Nesta lógica, destacam-se os quatro conceitos centrais que constituem o *core* da Disciplina de Enfermagem, isto é, os conceitos de *Pessoa, Saúde, Ambiente, Terapêuticas de Enfermagem*, também referencias centrais no quadro concetual deste trabalho.

A *pessoa* é um *Ser Humano*, multidimensional, em permanente transformação e em constante interação com o ambiente. A *pessoa* é um sistema aberto em interdependência com o seu contexto (familiar, académico e social), está em desenvolvimento contínuo e é adaptável, dado que muda para acomodar as mudanças contextuais e situacionais (Meleis, 2010). Como cliente de enfermagem é uma pessoa em desequilíbrio ou em risco de

desequilíbrio, é um todo singular, um *Ser* biopsicosociocultural e espiritual. O desequilíbrio manifesta-se em necessidades não satisfeitas, incapacidade de cuidar de si mesmo, e as respostas não adaptativa. Nessa medida é um destinatário ou um potencial destinatário dos cuidados de enfermagem (Meleis, 2007).

Para a enfermagem a *saúde* emerge dos significados e vivências circunstanciais, é um equilíbrio subjetivo e dinâmico e não um estado estático ou a mera ausência de doença. A percepção de saúde é simultaneamente um valor e uma experiência vivida de acordo com a perspectiva da pessoa, pelo que a experiência da *saúde* engloba a unidade *pessoa-ambiente*, isto é, tem um cariz marcadamente interdependente e situacional (Kérouac et al., 1994).

O *ambiente* engloba os contextos onde a pessoas se encontram e as relações recíprocas que se estabelecem entre ambos, isto é, possuem dimensões físicas, relacionais, sociais e valorativas que os caracterizam, que exercem influência mútuas, nomeadamente pela continuidade (tempo), estabilidade do sistema de relações, na construção de rotinas, e na construção da sua biografia e história social (Morse, 2006).

O *cuidado de enfermagem* visa precisamente manter ou aumentar a saúde, o equilíbrio e o bem-estar, tal como a esta o entende e define. Os enfermeiros atuam em parceria com a pessoa, mas a partir da sua perspectiva, acompanhando-os nas suas experiências de saúde e nas transições, ao seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher (Meleis, 2010). Para o enfermeiro é precisamente o ser humano, em toda a sua força e/ou vulnerabilidade, o destinatário dos seus cuidados e competências. Os referenciais teóricos da Enfermagem refletem o domínio humanista, ecológico e salutogénico da disciplina (Morse, 1994), isto é, “*o foco na saúde, no cuidar, no holismo, na subjetividade dos clientes e na experiência vivida*” (Meleis, 2010 p. 21). Permitem ainda descrever, explicar, interpretar fenómenos específicos e definir o foco conceptual. As teorias de situação específicas de enfermagem - *Teoria da Transição de Médio-Alcance de Afaf Meleis* (2010) refletem uma perspectiva de enfermagem assente em pressupostos que enfatizam a saúde do cliente, na interação com o seu contexto situacional.

Este estudo foca justamente a problemática da saúde mental dos EES numa perspectiva positiva, e no âmbito da situação contextual específica em que estes se encontram, isto é, investiga o período de transição relativo ao ingresso no ensino superior. Como é característico nas teorias de médio-alcance o seu escopo é mais limitado que o das grandes teorias,

versando sobre fenómenos mais demarcados.

A Teoria da Transição (2010, 2012) fornece um referencial teórico situacional, para uma delimitação, leitura, e compreensão associada ao fenómeno da saúde mental dos EES.

4.1. Saúde mental dos EES à luz da Teoria da Transição de Afaf Meleis

A Teoria da Transição de Meleis (2010), assenta em pressupostos humanistas, desenvolvimentista que enfatizam a saúde no âmbito da interdependência da díade “pessoa-contexto”. Está organizada em torno de quatro dimensões: *Natureza das Transições; Condições de Transição: Facilitadores e Inibidores; Padrões de Resposta e Terapêuticas de Enfermagem* (Meleis, 2010).

Oferece uma leitura situacional da problemática em estudo, atendendo à díade “EES-contexto académico”, a partir da qual é possível reconhecer características e indicadores que permitam antecipar padrões de resposta positivos dos EES. Tem implícita um processo dinâmico ou uma transição, isto é, um “*movimento de um estado condição ou lugar para outro, que implica (...) desequilíbrio (...) e uma readaptação provocando respostas humanas*” (Chick & Meleis, 1986, p.239; Meleis, 2010). Por esta razão, esta Teoria fornece contributos para aclarar a complexidade que envolve a saúde mental dos EES em contexto académico.

Atendendo à **Natureza da Transição** dos EES, e quanto ao seu padrão é considerada como *múltipla* (Meleis & Trangenstein, 1994) uma vez que para muitos estudantes é desencadeada por eventos que ocorrem em sobreposição temporal ou, em simultâneo. Isto é, são do *Tipo desenvolvimental* (adolescência-adultícia emergente) e *situacional* (ingresso ensino superior). As *transições múltiplas* são particularmente exigentes e, requerem atenção especial dos enfermeiros (Meleis, 2010).

Quanto às circunstâncias em que as transições ocorrem há que considerar as **Condições de Transição: Facilitadores e Inibidores**, isto é, atender às relações de influência (positivas vs negativas) entre dimensões intrínsecas do EES e o ambiente onde se insere (contexto académico). Designadamente condições de ordem: *Pessoal*, cujos componentes abarcam as características individuais dos EES (nível socioeconómico, expectativas pessoais, padrões cognitivos, perceção, e sistemas de valoração-positiva, neutra ou negativa) e os impactos da mudança na vida que dependem de ter sido ou não um evento desejado; *Social*, abrange o

enquadramento sociofamiliar e cultural dos eventos de nível macro (e.g., comportamentos de saúde, as questões do género); *Contexto*, engloba as características e recursos do contexto situacional de nível micro (ambiente académico, redes de suporte de pares e familiares).

A dimensão ***Padrões de Resposta*** permite monitorizar as respostas humanas dos EES aos processos de *transição múltipla*, uma vez que as transições fazem-se acompanhar por um turbilhão de emoções¹⁸ (Meleis, 2010, p.59). Inicialmente caracterizadas por *distress*, espera-se que a transição harmoniosa se transforme progressivamente numa resposta de adaptação positiva, isto é, que espelhe empoderamento e mestria ou seja um sentimento de “*ser capaz de*” (Meleis & Trangenstein, 1994). Contudo, as respostas positivas à transição dependem do *Tipo* e das *Condições de Transição*, que por sua vez, dependem das necessidades intrínsecas do estudante, isto é, de ordem pessoal, social e do contexto. Por conseguinte, a perceção de ter capacidades e recursos para enfrentar desafios e dificuldades do quotidiano académico é um aspeto central para a adaptação com sucesso dos EES. Nessa medida as crenças ou cognições positivas, sobre si próprio, despoletam perceções e sentimentos positivos de domínio e controlo, determinando o modo como se sentem e percebem (Beck et al., 1990).

Por último, Meleis propõe um modo de arquitetar as ***Terapêuticas de Enfermagem***, ou seja, os cuidados de enfermagem, com ênfase na facilitação das transições ao nível da *Promoção, Prevenção e Intervenção*. Argumenta que as transições são mais bem-sucedidas quando: (1) se conhece o que as despoleta; (2) se sabe quais as condições em que ocorrem; (3) se antecipam; (4) se prevê a possibilidade de transições múltiplas (Meleis, 2010). Nesta medida é imprescindível uma sólida e ampla base de conhecimento para fundamentar os cuidados de enfermagem, designadamente elementos de compressão sobre a pessoa e sobre as condições em que a *transição múltipla* ocorre (Meleis, 2010).

Nesta lógica, importa salientar que a *Transição Bem-Sucedida* ou *Saudável* significa adaptação plena ao novo estágio ou situação e, observa-se através do bem-estar e sensação de domínio, como resposta positiva ao evento a despoletou. É mensurável com base em indicadores: (1) *Subjetivos* – demonstrados pela capacidade de gestão das emoções, através de sentimentos de capacitação, dignidade e satisfação com a vida e com o desempenho,

¹⁸ Ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão. Podem ainda estar presentes sentimentos de baixa autoestima, medo de falhar, auto criticismo, sobrecarga, isolamento/retração (comprometem a transição e a capacidade de concretizar os objetivos), evitamento face a situações desconhecidas e medo de arriscar (Meleis, 2010).

observável quando o *distress* dá lugar ao bem-estar; (2) *Comportamentais*, demonstrado pela aquisição de conhecimento (cognitivo), autoconfiança e domínio (capacidade de decisão e autocuidado); (3) *Interpessoais*, observável pelo bem-estar e satisfação com as relações interpessoais significativas, isto é, percepção de integração plena e de apreço no âmbito das relações íntimas e nas redes sociais (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 1994).

A Teoria da Transição oferece uma explicação detalhada sobre as dimensões envolvidas nas respostas de bem-estar dos EES, relevante para apreciação situacional global do EES. Designadamente ao nível sociodemográfico, relacional, académico, comportamental e psicoafectivo (cognições, percepções). Este conhecimento é essencial para fundamentar e desenhar intervenções de facilitação da transição dirigidas quer à *Promoção, Prevenção ou Intervenção* (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 1994).

A Figura 1 sintetiza as quatro componentes da Teoria da Transição e os elementos específicos implicados na transição múltipla dos EES, explicitando as relações entre os mesmos em contexto académico.

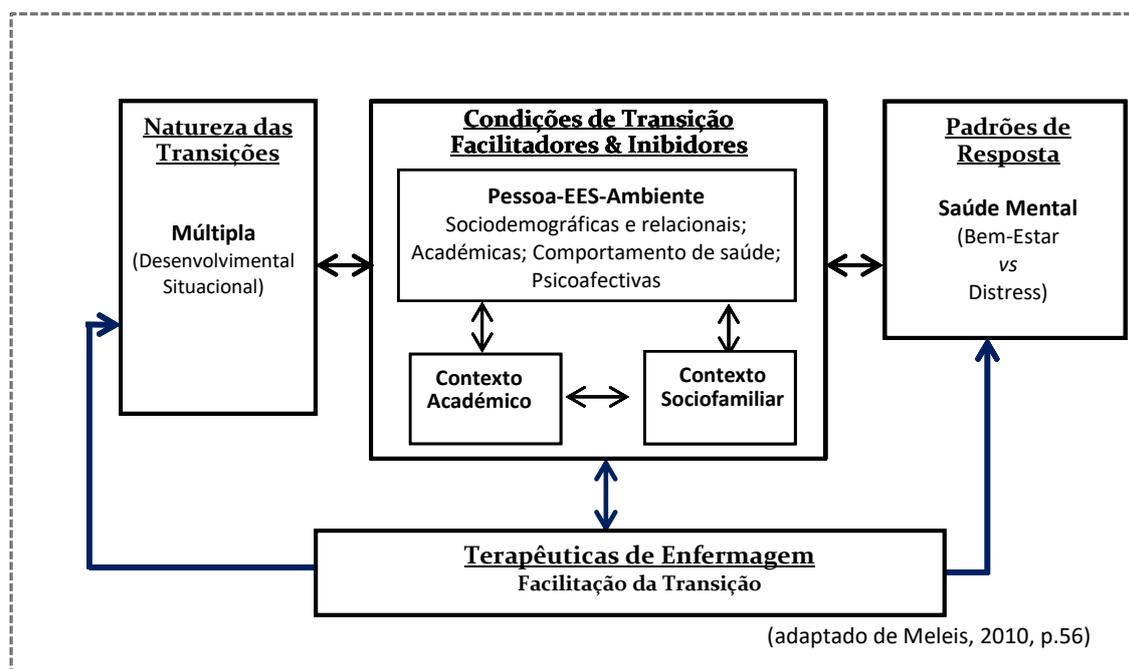


Figura 1. Saúde mental dos EES à luz da Teoria de Transição

CAPÍTULO 2 –PREDITORES E CORRELATOS DA SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

1. Determinantes da Saúde Mental

A literatura identifica múltiplos determinantes da saúde mental cuja gênese está associada às várias dimensões da pessoa: biológicas, psicológicas, socioeconômicas, ambientais e culturais. Alguns determinantes destacam-se pelos efeitos negativos marcantes ou perduráveis que possuem. Primeiramente apresenta-se uma breve resenha sobre determinantes pessoais e ambientais para a saúde mental em geral. Num segundo ponto, a revisão de literatura aborda os determinantes e correlatos específicos, positivos e negativos da saúde mental dos EES, explicitando o tipo de relações. Embora não sendo exclusivos dos EES, alguns determinantes abordam-se apenas no ponto 2, para não tornar a exposição exaustiva.

1.1. Determinantes biológicos

Os determinantes biológicos da saúde mental destacam-se pela relevante influência nos padrões de regulação hormonal e nos comportamentos de saúde individual, especialmente associada ao gênero e idade (Jones, 2013).

Gênero. As mulheres têm risco de sofrer depressão ou perturbações de ansiedade, duas vezes superior ao dos homens, diferença consistente em vários países (Albornoz, Garcia, & Bandeira, 2010; Bayati et al., 2009; Pedersen, 2013). A prevalência aumentada de perturbações de ansiedade e depressão nas mulheres atribui-se aos fatores hormonais e aos papéis multifacetados que desempenha (responsabilidades acumuladas: domésticas, familiares e laborais), e ao contexto cultural em que vivem (frequentemente vítimas de violência¹⁹) incluindo nos *campus* universitários (Eshelman & Levendosky, 2012; Kaukinen et al., 2012; Sabina & Ho, 2014).

O sofrimento no feminino está estreitamente enraizado na cultura e nas relações sociais de dominação e exploração da mulher (Kumar, Nizamie, & Kumar, 2013). A discriminação sexual e/ou a violência de gênero são preditores negativos de saúde mental e física e estão

¹⁹ Estima-se que a prevalência de violência doméstica ao longo da vida seja de 16 a 50 %, e uma em cada cinco mulheres seja vítima de violação ou tentativa de violação (Rabelo & Araújo, 2008).

correlacionados positivamente com a somatização do mau estar psíquico e sofrimento psicológico (Catarino, Oliveira, Pereira, & Santos, 2010; Exner-Cortens, Eckenrode, & Rothman, 2013; Jordan, Campbell, & Follingstad, 2010).

Idade. A idade tem grande preponderância nos padrões de regulação hormonal e nos comportamentos de saúde vs de risco. A faixa etária dos adultos emergentes estão associadas taxas altas de consumos substâncias psicoativas, comportamentos de risco, acidentes de viação e primeiros surtos psicóticos (Storrie et al., 2010a). Além disso, é na adolescência e adultícia emergente que várias perturbações mentais se declaram (Jones, 2013). Sabe-se também que em termos mundiais os problemas de saúde mental em jovens dos 18 aos 24 anos têm uma prevalência de 10 a 20% (APA, 2013).

1.2. Os determinantes psicológicos

Os determinantes psicológicos condicionam o processo de desenvolvimento de competências psicossociais. As experiências negativas precoces - privação de vinculação positiva, as adversidades, a negligência e os abusos (Winnicott, 2005, 1988) provocam défices que comprometem o desenvolvimento emocional normal, com reflexos negativos na adolescência e na idade adulta (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Maughan & Cicchetti, 2008; Spinhoven et al., 2010).

Experiências negativas precoces. A privação de um processo de vinculação positiva e de atitudes empáticas por parte dos adultos dificulta a expressão das experiências emocionais da criança (Winnicott, 1988; Branden, 2011), limitando posteriormente a capacidade de gestão e controle emocional de forma ajustada (Maughan & Cicchetti, 2008). A adversidade reiterada na infância associa-se a processos intrapsíquicos negativos, como sentimentos de impotência, baixa autoestima e dependência interpessoal (Zeigler-Hill, 2013). As privações graves na infância tendem a comprometer ou condicionar a capacidade de o indivíduo perceber o seu contexto de forma adequada. Nestas circunstâncias, regra geral, os indivíduos avaliam-no quase sempre como hostil, por isso, adotam condutas defensivas, ansiosas e inapropriadas (Shapero et al., 2014; Albornoz & Bandeira, 2010).

Embora não se conheçam os mecanismos específicos do impacto das adversidades no desenvolvimento de sintomas e problemas psíquicos (Oldehinkel & Ormel, 2014; Pirkola et al.,

2005) existe evidência da relação positiva entre experiências precoces negativas e problemas subsequentes de saúde mental (Norman et al., 2012; Oldehinkel & Ormel, 2014; Schilling, Aseltine, & Gore, 2008) particularmente associadas à depressão (Gress-Smith et al., 2015; Shapero et al., 2014).

As experiências traumáticas²⁰ durante a infância predizem ansiedade social e depressão (Cynthia Binelli et al., 2012; Huh, Kim, Yu, & Chae, 2014; Lindert et al., 2014; Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015); na adolescência foram associadas ao risco de suicídio (Johnson et al., 2002) e a baixa autoestima (Nguyen, Dunne, & Le, 2010), e em EES associam-se a consumos de álcool (Goldstein, Flett, & Wekerle, 2010) e à ideação suicida (Lamis & Jahn, 2013).

O sofrimento que emerge das relações de violência afeta a capacidade de resolver problemas e a sensibilidade da vítima para sentir interesse e empatia consigo e com os outros (Albornoz et al., 2010; Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004; Huh et al., 2014). Por oposição, as circunstâncias familiares favoráveis²¹ (e.g., vinculação, relações estáveis e afetivas com as figuras parentais, funcionamento harmonioso do ambiente familiar) são promotores do potencial saudável de todos os membros (Macfarlane, 2014). Estes atributos são determinantes para o desenvolvimento psicológico e intelectual normal da criança, bem como para uma adequada regulação emocional na idade adulta (Souza et al., 2010).

A evidencia tem demonstrado consistentemente que as experiências precoces gratificantes influenciam marcada e positivamente a saúde mental da criança, com benefícios que se estendem até à adultícia (Barker, 2000).

1.2. Os determinantes socioeconómicos

Os determinantes socioeconómicos mais preponderantes da saúde e da saúde mental, estão os associados ao ciclo de pobreza²² (educação, desemprego, habitação, exclusão social

²⁰ Adversidade, negligência, conflitos intrafamiliares e abusos, potenciam reações de hostilidade, comportamentos desajustados, ou destrutivos nas vítimas, que posteriormente se tendem a replicar, perpetuando-se os ciclos de violência (Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009).

²¹ A missão primordial da família é satisfazer as necessidades fundamentais dos seus elementos, isto é, proteção, equilíbrio emocional, formação social, transmissão da cultura e relações de género (Barker, 2000; McFarlane, Bellissimo, & Norman, 1995).

²² Mais educação conduz a maior literacia, maior inclusão social, acesso a um emprego mais bem

e estigma). Parece haver uma associação entre baixo nível educacional, desemprego, pobreza e exclusão social, que alimenta o ciclo de pobreza (Prince et al., 2007).

A literatura mostra que o nível socioeconómico (NSE) é um dos preditores mais relevantes de bem-estar e saúde mental, à medida que o NSE aumenta os níveis de SM melhoram (Friedli, 2009; Slagueiro, 2013; WHO, 2011b). O NSE-baixo associa-se a maior adversidade ambiental, e é um preditor de doença mental (Alves & Rodrigues, 2010), por outro lado a doença mental contribui para perpetuar os ciclos da pobreza, provocando a degradação do ambiente familiar, que por sua vez alimenta as experiências negativas precoces, a discriminação sexual e a violência de género (Lipman & Boyle, 2008).

Os estudos têm demonstrado que o desemprego, a precariedade e a insatisfação ou stress laboral têm igualmente uma importante influência sobre doença, a vulnerabilidade e a mortalidade precoce, podendo mesmo conduzir ao suicídio. Por oposição, a estabilidade e satisfação laboral associa-se ao bem-estar e a melhores níveis de saúde mental (Patel & Kleinman, 2003; Alves & Rodrigues, 2010).

1.3. Determinantes comportamentais

Os determinantes comportamentais da saúde mental destacam-se pelas propriedades de plasticidade que possuem, mas também pelo carácter consciente e voluntário que possuem, por isso facilmente modificáveis. Razão pela qual são alvo de relevante investimento face ao potencial e oportunidades de saúde que detêm. Contudo, salienta-se que os comportamentos associados à saúde são fortemente condicionados pelos estados psíquicos e pela perturbação mental (APA, 2013). A saúde mental está intimamente conectada com a saúde física e ao comportamento de saúde, que representa um dos moduladores mais relevantes da qualidade de vida dos indivíduos (Direcção-Geral da Saúde[DGS], 2015).

Define-se comportamento de saúde como sendo o padrão de conduta adotado por cada indivíduo com influência marcante direta ou potencial, favorável vs prejudicial na sua saúde. As condutas de saúde ou de risco dependem das relações de influência de uma multiplicidade de fatores - biológicos, psicológicos, e socio ambientais, tal como é característico dos

remunerado, melhores condições de habitação e por conseguinte a melhor qualidade de vida. Parece haver uma associação entre baixo nível educacional, desemprego, pobreza e exclusão social, que alimenta o ciclo de pobreza (Prince et al., 2007).

comportamentos humanos (Gonzalez & Pais-Ribeiro, 2004; Rodrigues, Salvador, Lourenço, & Santos, 2014).

Os Comportamentos de saúde, são indicadores de saúde comportamental positiva, isto é, traduzem atitudes promotoras do potencial saudável global, ou que minimizam e previnem o risco (National Center for Health Statistics, 2012; Rohrer, Rush Pierce, & Blackburn, 2005). Como exemplos de comportamentos de saúde mais relevantes, associados ao potencial de saúde mental, incluem-se a atividade física regular, a boa higiene do sono, abster-se de consumir substâncias psicoativas e a vigilância de saúde (Ferrara, 2009).

Os Comportamentos de risco, referem-se a toda e qualquer conduta que dependendo da sua frequência ou intensidade, compromete ou é nefasto para a saúde mental, aumentando o risco de despoletar perturbações ou mesmo doença mental (e.g., consumo de substâncias psicoativas, privação de sono). Todavia, os comportamentos de risco (consciente ou não) envolvem sempre um carácter voluntário e uma incerteza (mais ou menos percebida) das suas consequências para a saúde o bem-estar (Ores et al., 2012; Simões, 2007; Zão, 2012).

Alguns autores consideram que nos jovens, algumas condutas de risco visam satisfazer necessidades desenvolvimentais importantes (e.g., novas experiências, aceitação pelos seus pares, rituais de iniciação, reivindicar a independência, manifestar oposição às normas e valores convencionais) ou são usados como estratégias de gestão da ansiedade, frustração ou sofrimento psicológico em geral (Câmara, 2005; Reis, Figueira, Ramiro, & Matos, 2012; Simões, 2007). Nesta perspetiva, certos comportamentos durante esta etapa não serão necessariamente problemas de saúde mental, correspondem pelo contrário a um comportamento usual para esta etapa. No entanto, comportamentos de risco reiterados podem causar danos consideráveis na saúde, prejudicando seriamente o seu desenvolvimento saudável (APA, 2013; Simões, 2007). A evidencia mostra que o consumo de substâncias psicoativas são os determinantes comportamentais de risco mais comuns.

Consumo de substâncias psicoativas. As substâncias psicoativas ou psicotrópicas (tabaco, álcool fármacos e outras drogas) modificam as funções sensoriais, o humor e o comportamento do indivíduo. Designadas de lícitas/legais ou ilícitas/ilegais, do ponto de vista legal, é fisiologicamente que estas substâncias mais se diferenciam, dado que atuam a nível do sistema nervoso central como depressores, estimulantes ou perturbadora (APA, 2013). Razão pela qual se compreende que o seu efeito, mais ou menos nocivo, dependa do tipo de

consumo: experimental (período curto- baseado na curiosidade); situacional (usado para gerir um problema pontual); intensivo (consumo é diário) e compulsivo (consumo intensivo e dependência extrema) (APA, 2013). Não obstante, independentemente das razões ou do tipo, todos os consumos têm efeitos nefastos na saúde (Cohn, 2009; DGS, 2015).

Os estudos têm demonstrado que as intervenções de promoção da saúde mental centradas no reforço dos recursos positivos e dos contextos têm um impacto positivo e global no funcionamento da pessoa, traduzindo-se em ganhos efetivos na saúde (WHO 2013). O conhecimento sobre os determinantes da SM é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser transferido e integrado nas Políticas de Saúde. No caso dos EES a investigação é fundamental para aprofundar conhecimentos sobre os seus determinantes específicos.

2. Preditores e Correlatos da Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior

Os preditores e correlatos da saúde mental dos EES, abordam-se agora mais detalhadamente. A revisão apresenta-se categorizada por afinidade teórica, e agrupada em características sociodemográficas, relacionais e académicas; comportamentos de saúde; variáveis psicoafectivas (cognitivas e perceção), focando a interação existente entre as variáveis e os processos de influência mútua entre as dimensões implicadas.

2.1. Características sociodemográficas, relacionais e académicas

Género. O género feminino tem sido estudado como um relevante preditor de *distress* em EES (Verger et al., 2009; Schry, Norberg, Maddox, & White, 2014). Alguns estudos reportam diferenças muito acentuadas de *distress* psicológico entre EES homens e mulheres (15,7% vs 33,0%) (Verger et al., 2009). Este padrão tem sido reportado em vários países tais como: nos EUA (ACHA, 2013, 2014); na França (Verger et al., 2009); no Reino Unido (Hamaideh, 2011); Portugal (Luz et al., 2009; Matos, Simões, & Diniz, 2012), na Austrália (Schry et al., 2014). Em Portugal os dados disponíveis mostram que as mulheres manifestam mais dificuldades na adaptação pessoal, emocional e menor rendimento académico (Luz & Pereira,

2010; Pimentel, 2014; Pimentel, Mata, & Pereira, 2012). Por outro lado as estudantes adotam com menor frequência condutas de risco para a saúde (Colares et al., 2009), tais como os consumos de álcool, tabaco, drogas e o envolvimento em agressão física (Serras, Saules, Cranford, & Eisenberg, 2010).

O género parece influenciar o processo de adaptação académica. Alguns estudos atribuem maior sofrimento psicológico ao género feminino, por sua vez associado à maior suscetibilidade e incidência de depressão e *distress* psicológico (Colares, Franca, & Gonzalez, 2009; Matos et al., 2012). A cultura e as relações sociais (Kumar et al., 2013) expõem as mulheres a diferentes formas de violência de género, incluindo nos campus universitários (Eshelman & Levendosky, 2012; Kaukinen et al., 2012; Sabina & Ho, 2014), e no âmbito do namoro (Amar & Gennaro, 2005) que afeta a sua saúde, autoestima e satisfação com a vida das estudantes (Jordan et al., 2010). A discriminação sexual e/ou a violência de género são preditores negativos de saúde mental ou sofrimento psicológico (Exner-Cortens, Eckenrode, & Rothman, 2013; Jordan, Campbell, & Follingstad, 2010).

Idade. A relação entre idade e saúde mental em EES é ainda pouco clara e alvo de alguma controvérsia entre os autores. O período da adultícia emergente é por natureza uma importante fonte de stress. Além disso é nesta faixa etária que diversos problemas atingem picos de prevalência, como as perturbações mentais²³, automutilação, distúrbios obsessivo-compulsivo e os primeiros surtos psicóticos (Storrie et al., 2010a). Além disso, os EES com idades inferiores a 21 anos parecem correr riscos acrescidos de iniciar consumo de substâncias psicoativas (Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

Por outro lado alguns autores sugerem que entre os 18 e os 25 anos se estabelece um aumento gradual do bem-estar (Bewick, Koutsopoulou, Miles, Slaa, & Barkham, 2010). Chow (2010) constatou numa amostra de 501 estudantes Canadianos, que os mais velhos têm um nível mais elevado de bem-estar psicológico. Em Portugal existem pouco dados relativos às diferenças de saúde mental conforme a idade em EES.

Relação íntima/namoro. Chow (2010) verificou que os estudantes que tinham uma

²³ Os problemas de saúde mental têm uma prevalência mundial de 10 a 20% (dos 18-24 anos). Embora transversal a idades e extratos sociais, o primeiro episódio depressivo ocorre habitualmente até aos 21 anos e a incidência e prevalência cumulativas de distúrbios depressivos entre os 18 e os 29 anos são mais elevadas do que em qualquer outro grupo etário, por exemplo é três vezes mais elevado do que em pessoas e 60 anos (APA, 2013).

relação com um significativo obtiveram maior nível de satisfação com a vida e melhor nível de bem-estar psicológico. Também Braithwaite et al. (2010), num estudo com 1,621 EES, comprovaram que possuir uma relação amorosa está associado a maior bem-estar do que ser solteiro, tem menos problemas de SM e menor tendência para excesso de peso. Contudo, para as universitárias, pode também ser uma fonte de stress e risco como verificaram vários autores quando estudaram as diferenças entre géneros, com base na violência de género (Braithwaite et al., 2010; Jordan et al., 2010). Existe evidência que as EES vítimas de violência no âmbito do namoro têm menores níveis de saúde mental (Eshelman & Levendosky, 2012; Lazarevich et al., 2013).

Situação de Residência. Os dados relativos à relação entre a situação de residência e a saúde mental dos estudantes são pouco esclarecedores. Seco et al. (2007) verificaram uma associação positiva entre permanecer na residência familiar e o bem-estar físico e psicológico, maior estabilidade emocional e afetiva, mais otimismo, mais confiança, melhores hábitos de estudo e de gestão do tempo. Estar afastado de casa parece ser condição de maior vulnerabilidade para a depressão em EES (Van Tilburg et al., 1999; Van Tilburg, Vingerhoets, & Van Heck, 2006), como preditor de depressão (Thurber & Walton, 2012) ou, mesmo como depressão reativa à saída de casa e afastamento das suas redes de suporte social e familiar (Souza et al., 2010). Santos, Veiga, & Pereira (2010), também referem que os alunos deslocados têm níveis de adaptação mais baixos relativamente aos não deslocados.

Contudo noutros estudos não encontram diferenças significativas em termos de saúde mental entre deslocados e não deslocados (Luz et al., 2009; Santos, 2011; Almeida 2014). A explicação mais consistente para justificar estas diferenças atribui-se a variáveis relacionadas com a perceção e tipo de relação prévia entre o EES e ambiente familiar. A experiência de separação nem sempre é sentida ou percebida como negativa. Pelo contrário, sair de casa pode ser percebida como promotora de desenvolvimento e autonomia, se a relação familiar prévia tiver sido nutritiva (afetuosa, coesa e promotora de autonomia) (Barker, 2000; M. Souza & Baptista, 2008). Pelo contrário, pode constituir-se como uma importante fonte de stress, se a dinâmica familiar se caracterizar pelo funcionamento disruptivo. As crises e o stress vividos no seio familiar são intensamente sentidas e vividas como muito negativos por todos os membros. A fraca vinculação, negligência, ausência de suporte, conflitos intrafamiliares ameaçando o bem-estar e a adaptação do estudante (Macfarlane, 2014; Souza et al., 2010).

Nível Socioeconómico. Os EES de NSE mais baixos tendem a apresentar níveis mais baixos de SM e mais sintomas ou sofrimento mental do que os estudantes de NSE mais elevados (Alves & Rodrigues, 2010; Eisenberg et al., 2007). Por outro lado o nível socioeconómico parece ser a variável psicossocial preditiva mais consensual da depressão em EES, existindo evidência robusta da correlação negativa entre ambas (Verger, 2009), incluindo o desemprego e/ou as pressões financeiras (Lipman & Boyle, 2008; Vohs, 2013). Estudos com EES têm mostrado que os sintomas de perturbações depressivas aumentam à medida que o NSE baixa, como mostra um estudo multicêntrico, incluindo Portugal, verificando-se que os sintomas depressivos são mais prevalentes entre estudantes oriundos de meios desfavorecidos (Steptoe et al., 2007).

Ano. Os estudos mostram que os “caloiros” sentem maiores dificuldades de adaptação que os colegas de anos subsequentes, mais stress e uma grande variedade de sintomas depressivos (Luz et al., 2009; Reyes-Rodríguez et al., 2012). Albuquerque, Noriega, Martins, & Neves (2008) verificaram que a satisfação com a vida dos EES tende a aumentar com a progressão académica. Os finalistas têm planos e objetivos de vida mais consistentes enquanto a vida dos “caloiros” é ainda pautada por indefinição profissional e imaturidade.

Porem, existe um deficiente conhecimento sobre a variação do bem-estar dos EES, ao longo da progressão académica (Royal College of Psychiatrists, 2006, 2011). Os poucos estudos transversais disponíveis parecem indicar um decréscimo do bem-estar e da saúde mental ao longo do curso (Bewick et al., 2010; Costa et al., 2010). Christensson, Runeson, Dickman, & Vaez (2010), num estudo longitudinal também verificaram que as perturbações depressivas aumentam ao longo do curso.

Área do Curso. Os estudos são inconclusivos quanto à relação preditiva entre as diferentes áreas de estudo e a saúde mental dos EES, mas, existem evidências de que os EES dos cursos de saúde têm pior saúde mental do que os de outras áreas (Figueira, 2013; Moreira & Furegato, 2013; Roberto & Almeida, 2011). Também Ferreira et al. (2009a) verificaram níveis elevados de ansiedade em EES das Biomédicas relativamente às Letras e Tecnologias, associados à carga horária e aos exercícios académicos.

Desempenho académico. O desempenho académico traduz os resultados de sucesso alcançados e tem sido estudado como uma variável relevante de saúde mental, estudada como determinante e como correlato. Imaginário (2011) numa amostra com 355 estudantes

da Universidade do Algarve, constatou que “*ter boas notas*” é um dos preditores mais significativos de bem-estar subjetivo. Outros estudos têm evidenciado uma relação positiva preditiva entre bem-estar e rendimento académico (Chow, 2010; Almeida, 2007; Keys, 2012; Sevlever, 2010). Coleta & Coleta (2006), também concluíram que EES com maior bem-estar subjetivo evidenciam melhor rendimento académico, melhores expectativas quanto ao curso, mais tempo passado no campus, melhores hábitos de leitura e mais atividades extracurriculares e de prática desportiva.

Resumindo os estudos revistos parecem indicar que as variáveis sociodemográficas influenciam a saúde mental bem-estar e/ou *distress* em EES. Destacam-se o género, idade, relação afetiva/íntima/namoro e o NSE, como preditores preponderantes positivos ou negativos da saúde mental em EES. Quanto às variáveis académicas, os estudos são pouco esclarecedores quanto à relação preditiva entre os diferentes anos e áreas de estudo na saúde mental dos EES. Mais claro parece ser o desempenho académico como correlato do bem-estar e melhor saúde mental, embora sejam escassos os estudos quanto à influência positiva do melhor desempenho académico sobre a saúde mental ou bem-estar.

2.2. Comportamentos de saúde

A saúde mental é influenciada pelos comportamentos dos EES, tal como estes são influenciados pela sua saúde mental (Cockerham, 2013; Rohrer et al., 2005). Nessa medida, as peculiaridades do contexto académico e da etapa de vida em que os EES se encontram não podem ser ignoradas quando se pretendem estudar os seus comportamentos e impactos na saúde mental. As pesquisas têm comprovado a interdependência entre os comportamentos individuais de saúde (positivos e negativos), ambiente académico e bem-estar (Möller, 2012; Schwartz et al., 2010). Também o bem-estar dos EES está intimamente associado ao seu estilo de vida e comportamentos, que por sua vez, condicionam a sua satisfação com a vida académica (Möller, 2012; Schwartz et al., 2010).

Os comportamentos individuais que mais influenciam a saúde mental dos EES, regra geral, prendem-se com consumos abusivos de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas ilícitas e fármacos psicotrópicos), hétero agressividade, sedentarismo e CAL (Almeida, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013; Eisenberg et al., 2013). Embora todos estes comportamentos

sejam relevantes para a saúde em geral, abordamos apenas aqueles que a literatura indica como os que influenciam mais significativamente a saúde mental dos EES. Destacam-se o exercício físico, os padrões de sono, os comportamentos auto lesivos, a vigilância de saúde mental e os consumos de substâncias psicoativas. Num estudo recente, após controlar as características demográficas constatou-se que o melhor modelo preditivo de bem-estar (explicou 35% da variância) incluiu atividade física, uso de tabaco, depressão, boa qualidade de sono, nunca ter usados serviços de saúde mental. A qualidade de sono foi o preditor mais robusto ($\beta = ,45$; $P <,001$).

Atividade física. Nas últimas décadas o estilo de vida ativo e o exercício físico têm sido consistentemente associados à saúde mental positiva e à ausência de estados adversos como a ansiedade, a depressão e a doença física (Dale, Brassington, & King, 2014). Atualmente a atividade física é incontornável na recuperação, manutenção ou melhoria do vigor da condição de saúde (Hubbs, Doyle, Bowden, & Doyle, 2012; Vasconcelos-Raposo et al., 2009; Kokkinos, 2012). Por oposição, o sedentarismo não beneficia a saúde nem a saúde mental (Cooney et al., 2013; Kenari, 2014). Os benefícios da atividade física são atribuídos à libertação de hormonas (endorfinas)²⁴ que produzem efeitos protetores do sistema imunitário, previnem os efeitos negativos do stress e, os desequilíbrios físicos e mentais, melhorando a autoestima, a condição física e o funcionamento global (McGovern, 2005; Snyder, 2009).

Existe evidência da associação positiva entre o nível de atividade física e a saúde mental em EES (Demers, 2013), além das diferenças significativas entre estudantes mais regularmente ativos e os inativos (Silva & Neto, 2014). Efetivamente a ACHA reporta que 56,5% dos EES praticam exercício físico moderado e 30,3% exercício intensivo (ACHA, 2014).

Em Portugal alguns autores consideram que a população universitária parece não ser regularmente ativa (Ferrara, 2009), e que a prática desportiva dos EES parece limitada, devido às atividades de confraternização e estudo, que facilitam um estilo de vida mais sedentário (Guedea et al., 2006; Fontes e Vianna, 2009). Contudo, Almeida (2014), revela que 89,9% dos estudantes inquiridos faz exercício físico duas a três vezes por semana, sugerindo que a

²⁴ Opiáceo endógeno, que produz efeitos a nível cerebral auxiliando a combater a dor, a melhorar o humor e a memória, provocando sensação de euforia, bem-estar e relaxamento entre outras (Meeusen & De Meirleir, 1995). Opiáceo endógeno, que produz efeitos a nível cerebral auxiliando a combater a dor, a melhorar o humor e a memória, provocando sensação de euforia, bem-estar e relaxamento entre outras sensações positivas (Meeusen & De Meirleir, 1995; Townsend, 2011).

maioria combate de algum modo o sedentarismo. No panorama nacional as pesquisas sobre as práticas de exercício físico em EES são parcas e desconhecem-se estudos de natureza preditiva que investiguem a correlação entre esta variável e o bem-estar *vs distress* em EES.

Padrões de sono. A insónia, a sonolência diurna e o uso de soníferos são comuns e estão a aumentar entre EES (ACHA, 2014). O sono é um regulador das funções biológicas e psicofisiológicas vitais no ser humano e, por essa razão é considerado como uma necessidade humana fundamental. Além disso, as perturbações do sono são importantes manifestações de problemas psíquicos (Lund et al., 2010; Taylor et al., 2011), e são frequentemente associadas à depressão, predominantemente nas mulheres (Trochel et al., 2000; Wilson et al., 2014; ACHA, 2014).

Apesar das lacunas que se verificam a nível nacional, existem inúmeras evidências dos efeitos negativos das perturbações do sono no bem-estar e da SM dos EES. A ACHA, no relatório de 2014, reporta que 27,1% dos estudantes tem algum tipo de problema relacionando com o sono, quase metade referiu não dormir o suficiente e 44,3% sente-se cansado e sonolento em 3 a 5 dias na semana. Apenas 9,9% não referiu qualquer problema (ACHA, 2014). Também nos EUA, um outro estudo revelou que 41,9% dos EES sofre de insónia, 35,6% dorme menos de 7 horas e que as perturbações do sono afetam mais as mulheres que os homens (48,6% vs 35,9%). Revelou ainda uma associação significativa entre estas variáveis e níveis baixos de saúde mental (Chen et al., 2013).

Estudos recentes confirmam que os padrões de sono são um dos preditor mais robusto de bem-estar em EES (Ridner, Newton, Staten, Crawford, & Hall, 2015). Numa amostra de estudantes de medicina, a performance académica foi associada positivamente aos bons hábitos de sono e, associada negativamente a dormir fora dos períodos noturnos e a deitar-se tarde ao longo da semana e no fim de semana (BaHammam et al., 2012). Outro estudo reportou que 9,5% de EES sofre de insónia crónica, e este grupo, apresenta mais ansiedade, depressão, stress, fadiga, grande consumo de hipnóticos e pior qualidade de vida (Taylor, Bramoweth, Grieser, Tatum, & Roane, 2013).

Em Portugal a relação entre saúde mental e os padrões de sono dos EES é praticamente desconhecida, mas os escassos estudos que se conhecem reportam problemas de sono em linha com os dados internacionais. Um estudo levado a cabo por Gomes, Tavares, & Azevedo

(2009) revela uma elevada tendência para a degradação dos hábitos de sono ao longo do curso, além de diferenças entre géneros, sendo as mulheres quem reporta mais problemas.

Também um estudo na Universidade do Minho mostra que 64,8% dos EES reporta uma pobre qualidade de sono. Verificaram uma associação significativa entre esta variável, sintomas psicológicos e pior rendimento académico. Além disso, 10,1% recorreu a ajuda profissional devido a problemas associados ao sono (Lopes, Milheiro, & Maia, 2013).

Recentemente, um estudo com estudantes de enfermagem revelou que 24,3% tem sonolência diurna e 63,2% considera ter pouca qualidade no sono (Silva, Chaves, Duarte, Amaral, & Ferreira, 2016).

Comportamentos auto lesivos (CAL). A designação de CAL abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Gonçalves et al., 2011). Os termos automutilação, auto lesão, auto dano deliberado ou suicídio simulado são utilizados na conceptualização de dimensões suicidárias idênticas. Todavia os termos ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado são formas distintas de comportamentos suicidários. Na literatura anglo-saxónica é comum usar-se indiscriminadamente os termos *deliberate selfharm* (auto dano deliberado), *attempted suicide* (tentativa de suicídio), *parasuicide* (para-suicídio).

O comportamento auto lesivo envolve a agressividade autodirigida e pode indicar uma tentativa de alívio do sofrimento psicológico, uma fuga ou a procura de um equilíbrio interno e são frequentemente manifestações de perturbações depressivas (Asarnow et al., 2011; Hamaideh, 2011; Wilkinson, 2011). O abuso e a negligência na infância são um preditor distal de comportamentos de automutilação (Santa Mina et al., 2006).

A presença de CAL sem intenção suicida (e.g., cortar-se repetidamente) é um dos fatores de risco com maior valor preditivo em tentativas de suicídio, menosprezando-se frequentemente esta correlação. Estudos retrospectivos com EES que consumaram o suicídio mostram a presença de fatores de risco comuns associados ao ato suicida - depressão, ansiedade, impulsividade e agressão, vulnerabilidade psicológica, stress académico e familiar, desespero e desvinculação social (Guerreiro & Sampaio, 2013; Schwartz & Friedman, 2009).

As taxas de suicídio nacionais e internacionais são consistentes e elevadas (Asarnow et al., 2011; Guerreiro & Sampaio, 2013; Schwartz & Friedman, 2009; Wilkinson, 2011). Nos EUA,

o suicídio é terceira causa de morte nos *campus* universitários (CSMH, 2011) e as razões que mais contribuem para a ideação/condução suicida estão relacionados com problemas de saúde mental no âmbito da vida académica (Schwartz & Friedman, 2009).

Em Portugal de acordo com a revisão de literatura conduzida por Guerreiro & Sampaio (2013), a prevalência de CAL é comparável a nível internacional. Embora existam algumas imprecisões estatísticas²⁵ e divergências na delimitação conceptual de comportamento suicidário e CAL, ambos medem fenómenos altamente associados e globalmente prevalentes.

Os CAL são problema sério, multifatorial, complexo e multifacetado que exige uma abordagem preventiva e compreensiva com base num sólido conhecimento. Portanto é essencial recolher dados para monitorizar este tipo de condutas na população estudantil, visando identificar sinais de alerta precoces - aumento de absentismo, alterações do comportamento, fraco desempenho académico e perceção de vulnerabilidade. Esta tiragem permite oferecer atempadamente e de forma pró ativa suporte e orientação àqueles que manifestam algum tipo de desequilíbrio, sofrimento ou perturbação (Byrd & McKinney, 2012; Goodyear-Smith, Warren, Bojic, & Chong, 2013; Unwin, Goodie, Reamy, & Quinlan, 2013).

Vigilância de saúde mental. Apenas uma percentagem residual de EES faz vigilância de saúde mental, apesar das elevadas taxas de problemas relacionados com a saúde mental, que provocam de abandono escolar (45%). Efetivamente 40% dos EES que tem um problema diagnosticável não procurou ajuda devido ao estigma (ACHA, 2014; Eisenberg, et al., 2011).

Em Portugal, Roberto & Almeida (2009) num estudo com estudantes de medicina, realizado na Universidade da Beira Interior, concluíram que do grupo com nível de SM abaixo da média apenas 8,6% são acompanhados por profissionais de saúde e só 6% faz psicofarmacoterapia de longo prazo. Além disso, cerca de 10% já tomou psicotrópicos sem prescrição médica para sintomas relacionados com a SM.

Consumo de substâncias psicoativas. Múltiplas razões causam estados negativos ou de sofrimento psicológico que impelem o EES a consumir substâncias psicoativas (Burriss, Brechting, Salsman, & Carlson, 2009). Os estados emocionais negativos - tensão, tristeza, preocupação, e sintomatologia depressiva e ansiosa, têm sido associados a elevados

²⁵ Em Portugal 20% de causas de morte são mal definidas/suicídios mascarados registados como acidente, *overdose*, causa desconhecida (Gusmão & Quintão, 2013).

consumos de álcool, substâncias ilícitas e psicotrópicos (Schwartz, & Friedman, 2009; Engin et al., 2009; Schry et al., 2014; Stahlbrandt et al., 2008).

Vários estudos têm demonstrado que este tipo de consumos tem efeitos nocivos para a saúde (Cohn, 2009; DGS, 2015) e para o desempenho acadêmico (Nemer, Fausto, Silva-Fonseca, Ciomei, & Quintaes, 2013), e são várias as razões que impelem o estudante a enveredar por este tipo de comportamento. Uma explicação prende-se com os mecanismos evitantes, compensatórios ou como alívio do mau estar ou sofrimento psíquico, para gerir as diversas fontes de *distress* - frustração, solidão (existencial, afetivo-sexual, ausência de propósito na vida), a pressão da competição académica, social e familiar e, os conflitos e ambivalências (dependência vs independência, segurança vs risco, estudar vs festejar) (Burriss et al., 2009; Hamaideh, 2011). Como consequência os jovens tanto consomem para aliviar o sintoma como em consequência dele (Costa & Leal, 2008; Lamis et al., 2009).

Álcool. A substância psicoativa mais utilizada pelos EES é o álcool e é comum encontrar consumos abusivos entre EES, o que constitui um grave problema de Saúde Pública (Ministério da Saúde, 2013; WHO, 2015a). As festas académicas são por excelência os contextos de consumo abusivos de álcool - *binge drinking*²⁶ (Nemer et al., 2013; Ståhlbrandt et al., 2008), com consequências negativas como: hospitalização por intoxicação aguda, “ressacas”, mau desempenho académico, faltas às aulas, lesões e atividade sexual desprotegida (Hallett et al., 2012; Moure-Rodríguez et al., 2014; Nemer et al., 2013).

Existe evidência da associação entre o consumo de álcool e saúde mental pobre em EES (Kenney, Lac, Labrie, Hummer, & Pham, 2013). Muitos estudos associam abstinência ao bem-estar e o consumo excessivo de álcool à degradação da saúde mental e a comportamentos de risco (Hallett et al., 2012; Lorant, Nicaise, Soto, & d’Hoore, 2013; Pedersen, 2013). Contudo esta relação não é consistente ou clara. Consensual parece ser a diferença de consumo entre géneros. Os estudos mostram diferenças significativas entre os géneros, nos padrões de consumo de álcool, tabaco e envolvimento em agressão física, na Suécia e EUA (Stahlbrandt et al., 2008) e no Brasil (Cerchiari, et al., 2005; Rabelo & Araújo, 2008; Colares et al., 2009). Os homens consomem mais bebidas alcoólicas (48,5% vs 36,3%), mais *canábis* (36,8% vs 23%) que as mulheres (Pimentel & Mata, 2010). Além disso entre estudantes homens o *binge*

²⁶ Ingestão rápida e consecutiva de cinco bebidas (rapazes) ou quatro (raparigas) para atingir rapidamente o estado de embriaguez (WHO, 2015a).

drinking, parece estar direta e positivamente associado com a depressão (Pedersen, 2013). As estratégias preventivas dirigidas a este tipo de consumo têm tido resultados pouco efetivos (WHO, 2015a), sobretudo devido à dificuldade de combater os patrocínios e o *glamour* das festas académicas, as “*happy-hour*” dos bares ou as promoções de fim de semana.

Substâncias ilícitas. A *canábis* é substância ilícita mais consumida entre EES (Balsa, Vital, & Urbano, 2013; Fotiou, Kanavou, Richardson, & Kokkevi, 2014), no entanto uma grande variedade de substâncias está bastante disseminada na população universitária (Cranford, Eisenberg, & Serras, 2009; Serras et al., 2010; Vázquez, Otero, & Díaz, 2012) que consome cogumelos, cocaína, *ecstasy* e LSD (Benson, Flory, Humphreys, & Lee, 2015; Oliveira, Alberghini, Santos, & Andrade, 2013).

Estudos recentes demonstram que o consumo de *canábis* aumenta o risco de depressão em EES homens (Large & Nielsens, 2013). O género masculino é um forte preditor de consumo de *canábis*, e o baixo rendimento académico e risco de lesão grave são correlatos desse comportamento (Bulmer, 2015). Ainda que usada ocasionalmente a *canábis* pode provocar efeitos adversos quer na saúde física quer na saúde mental (Arria, Caldeira, Bugbee, Vincent, & O’Grady, 2016).

Fármacos psicotrópicos. Os fármacos psicotrópicos - tranquilizantes e os estimulantes são frequentemente consumidos pelos EES sem prescrição médica, e usados em doses excessivas ou para efeitos não médicos (Evans & Sullivan, 2014; Kapil, Green, Le Lait, Wood, & Dargan, 2014). Também a combinação e/ou o uso simultâneo de substâncias lícitas e ilícitas, com e sem prescrição, é uma prática habitual entre EES (Oliveira et al., 2013). Esta combinação é usada para variados efeitos e fins (Benson et al., 2015; Flory, Payne, & Benson, 2014). O consumo de qualquer um destes fármacos é um forte preditor de *distress* e problema de sono (Kapil et al., 2014).

Síntese dos Estudos

Sintetizando os resultados da revisão dos estudos destaca-se que as razões que impelem os EES a enveredar por comportamentos de saúde negativos prendem-se sobretudo com os estados emocionais negativos, com eventos disruptivos e com o contexto em que estão inseridos, que proporciona um modo de vida característico desta etapa do ciclo de vida (Fromme et al., 2008). O consumo excessivo de álcool e de *canábis* destacam-se, pela negativa,

como os mais frequentes, embora a influência do consumo de álcool na saúde mental não seja consensual sobretudo como preditor de pior saúde mental. Já o consumo de fármacos psicotrópicos é um forte preditor de *distress* e problemas de sono.

Existe evidência robusta que indica uma associação positiva entre o nível de atividade física e a saúde mental em EES (Demers, 2013), embora em Portugal esta relação seja praticamente desconhecida. Constata-se ainda que o número de horas de sono dormidas é um preditor positivo robusto do bem-estar e da saúde mental, que beneficia o funcionamento global do EES, enquanto a privação de sono é um preditor de *distress*. Também as perturbações do sono estão associadas a problemas psíquicos, predominantemente na depressão e no sexo feminino.

Os CAL destacam-se pelo risco de vida em que colocam os EES. Por essa razão são alvo de grande preocupação e investimento por parte dos profissionais de saúde em geral, que se esforçam por desencadear estratégias preventivas que os permitam monitorizar precocemente. Por conseguinte, é essencial conhecimento amplo e sólido para uma abordagem compreensiva da conduta da população estudantil designadamente identificar sinais de alerta e oferecer suporte e orientação precoce àqueles que manifestam algum tipo de sofrimento perturbação.

Dado que os comportamentos são facilmente influenciáveis e modificáveis a educação para a saúde é um importante veículo de promoção da saúde mental. Verifica-se um consenso alargado que os EES devem ser alvo de um sério e coordenado investimento neste âmbito. Na medida em que esta estratégia de promoção oferece oportunidade ímpar de incrementar o potencial de saúde mental dos EES, designadamente na adoção de comportamentos saudáveis. Razão pela qual é necessário que os profissionais detenham um amplo e sólido conhecimento sobre os EES.

2.3. Satisfação com o suporte social

O suporte social é o apoio emocional e instrumental que a família²⁷ e as redes sociais (familiares e pares) proporcionam aos seus membros, no quotidiano e perante adversidades

²⁷ A proteção e autonomia oferecidas equilibradamente pela família favorecem a confiança, mediador fundamental das relações interpessoais, confirmando a relevância do papel da família enquanto sistema protetor do indivíduo perante as situações de crise (Barker, 2000; Macfarlane, 2014).

(Souza et al., 2010). A evolução teórica e empírica deste conceito tem contribuído para a consolidação do seu papel elementar na percepção de suporte social como um forte preditor da saúde mental. De acordo com Wang et al. (2014), o suporte social modera o efeito do stress na depressão em EES (Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014). Por oposição a ausência de uma rede de suporte social é preditor de depressão em mulheres EES (Wilson et al., 2014).

A satisfação com o suporte social é o efeito benéfico que deriva da percepção positiva que o indivíduo tem desse apoio. Regra geral, o indivíduo sente-se amado, valorizado, compreendido e protegido (Ennis & Bunting, 2013; Gowers, 2001; Pernice-Duca, 2010). Este tipo de funcionamento no seio do grupo familiar²⁸ oferece os recursos essenciais à construção da personalidade e ao desenvolvimento de modelos relacionais²⁹ positivos (MacFarlane 2014; Barker, 2000; Souza & Baptista, 2008).

A percepção de suporte social alimenta sentimentos de autoestima, identidade, participação e partilha. Ajuda a enfrentar as adversidades e a gerir situações ansiogénicas, pois atenua o stress e alivia as tensões físicas e psíquicas e, em grande medida, é proporcionado pela família (Souza & Baptista, 2008). A percepção de proteção emerge da satisfação da necessidade humana fundamental de pertencer a redes de contacto, isto é, que permitam receber apoio e sentir-se conectado social e afetivamente, sentir-se valorizado e cuidado emocionalmente. Mas também de partilhar afetos no âmbito das relações interpessoais. Sentir-se conectado é o efeito que decorre da demonstração de proximidade afetiva, de entreajuda, autonomia e independência entre os elementos das redes familiares e académicas (Rodrigues & Madeira, 2009; Hlebec, Mrzel, & Kogovšek, 2009).

Os sentimentos positivos emergem da qualidade das relações, que têm subjacente a segurança emocional e a estabilidade, amortecedores dos eventos stressantes (Souza et al., 2010). É benéfico e securizante para o estudante acreditar que se interessam por ele, que o valorizam e aceitam, assim como, sentir que em caso de necessidade dispõe de ajuda para resolver os problemas e ultrapassar dificuldades. Neste sentido, nesta etapa, as redes de pares são de extrema importância, na medida em que cumprem a função de substituir o espaço emocional e relacional “deixado vazio” pelos movimentos de individualização e distanciação

²⁸ Os atributos familiares (socialização, apoio material e emocional, valores e normas afetuosas, coesão, emoções positivas, limites claros, regras flexíveis, diálogo entre os membros) são fundamentais na construção do psiquismo e saúde mental dos indivíduos (MacFarlane, 2001; Macfarlane, 2014).

²⁹ Através da assimilação, por identificação ou por oposição aos modelos parentais.

da família. Veiculam sentimentos de suporte e simultaneamente interações identitárias de pertença, para consolidação da identidade (Hardy et al., 2013; Snider & Dawes, 2006). No grupo de pares o estudante encontra apoio, empatia, ressonância e o alívio de alguns conflitos de emancipação, e partilha objetivos e dificuldades idênticas, promovendo o seu crescimento e maturidade (Swenson et al., 2008).

A percepção de suporte social tem sido investigada como preditor de melhor saúde mental, na medida em que é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida. A família é a fonte de suporte instrumental e afetivo mais importante do EES, fornecendo apoio material, emocional e orientação para enfrentar e resolver os problemas (Souza, Baptista, & Alves, 2008). As relações familiares positivas, isto é, ter tido “*bons pais*”, favorecem o desenvolvimento psicossocial saudável e a adaptação harmoniosa ao contexto académico (Souza, Baptista, & Baptista, 2010). Pelo contrário perceber um deficitário suporte social, emocional, psicológico ou material é sentido como perturbador, com efeitos negativos significativos nos processos de adaptação (Souza et al., 2010).

Sisto & Oliveira (2007) encontraram correlações positivas significativas entre suporte familiar percebido e saúde mental e, correlações negativas entre agressividade familiar e saúde mental (Sisto & Oliveira, 2007). Outros estudos corroboram os benefícios do suporte social na SM em EES (Gonçalves et al., 2011; Tavares, 2012; Verger et al., 2009). Por exemplo num estudo que relaciona a SM com o suporte social, numa amostra randomizada de 1,378 EES usando o MSPSS³⁰, os autores verificaram que os estudantes com percepção de fraca qualidade de suporte social tendem a experimentar mais problemas de SM e estão em grande risco de isolamento social (Hefner & Eisenberg, 2009a).

A percepção de ter suporte social tende a aumentar a autoestima, o otimismo a promover o humor positivo, a diminuir o stresse e os sentimentos de solidão e fracasso. Por oposição a percepção de níveis baixos ou ausência de suporte social e o isolamento têm surgido associados a níveis de stresse mais elevados e à depressão (Rodrigues & Madeira, 2009; Sisto & Oliveira, 2007; Sisto et al., 2008).

Por sua vez Verger et al. (2009), também encontraram um efeito protetor direto do suporte social no *Distress* Psicológico em estudantes francesas. Sugerindo os autores que esse

³⁰ MSPSS - *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (Hefner & Eisenberg, 2009a)

efeito não ocorra nos homens porventura devido às diferenças na socialização ente géneros (Verger et al., 2009). Segundo Pimentel (2014), os estudantes com redes académicas parcas - pouca atividade académica, associativa ou extracurricular e relacionamentos pobres com colegas ou docentes, manifestam mais sintomas de *distress académico* que os colegas mais ativos. O suporte familiar também parece ser um indicador de proteção face à ideação e risco de suicídio (Gonçalves et al., 2011; Wilson et al., 2014).

Os estudos revistos parecem indicar que a proteção facultada pelas redes familiares e dos pares favorecem a autoestima e a confiança dos EES, como um mediador elementar das relações interpessoais satisfatórias, na medida em que promovem desenvolvimento e habilidades para gerir situações de crise. Salienta-se a relevância da perceção de suporte social (família e pares) enquanto promotor de saúde mental e capacidade de ajustamento dos EES, dado que veicula sentimentos de segurança, pertença, empatia e ressonância no alívio de tensões e dificuldades. Apesar destas evidências em Portugal poucos estudos investigaram esta relação em EES.

2.4. Satisfação com a vida académica

A satisfação com a vida académica é uma dimensão essencial na vida dos EES, mostrando-se determinante para o seu bem-estar e, desde há algumas décadas para cá que os investigadores se debruçam sobre esta variável. Porém, delimitar este conceito não tem sido fácil ou consensual, sobretudo devido à intrincada interdependência entre as suas componentes, que inclui variáveis motivacionais, contextuais, de sucesso académico e estilo de vida do estudante (Soares & Almeida, 2011).

Entendida como um processo complexo e multidimensional de ajustamento ao contexto académico, à semelhança do modelo MMAU (Soares et al., 2006), a satisfação com a vida académica constrói-se no quotidiano. Traduz a avaliação subjetiva positiva relativamente à qualidade das experiências no ambiente académico, isto é, reflete uma harmonia relativamente aos processos de desenvolvimento humano e de aprendizagem, intimamente relacionada com a integração na comunidade estudantil e com o bem-estar do EES (Soares & Almeida, 2011). O bem-estar reflete as vivências do estudante no contexto académico, relativamente à estrutura física, recursos, curso, eventos, cultura académica e interação social

(Byrd & McKinney, 2012; Negovan, 2010). Resulta do balanço positivo entre as características pessoais e os elementos organizacionais que compõem a estrutura da instituição que frequenta (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999a; Santos & Suehiro, 2007).

Observável através da atitude positiva, do autocontrolo e da autonomia, a satisfação com a vida académica promove a realização interpessoal e a capacidade de resolver os problemas de âmbito académico. Está associada a quatro domínios: académico (adaptação aos novos ritmos, estratégias de aprendizagem e sistemas de ensino e avaliação); social (exige padrões de relacionamento interpessoal mais maduros na relação com a família, professores, colegas do sexo oposto e figuras de autoridade); pessoal (desenvolver o sentido de identidade, autoestima, autoconhecimento); vocacional (consolidar a identidade vocacional, os processos de tomada de decisão, compromisso com valores e objetivos profissionais) (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000; Almeida et al., 2002; Almeida et al., 1999b).

As vivências de satisfação com a vida académica são preditores de bem-estar (Bardagi & Hutz, 2010; Soares et al., 2007) e um determinante para a performance e sucesso académico (Cleary et al., 2011). Coleta e Coleta (2006) estudaram a relação entre satisfação, felicidade, bem-estar subjetivo e o comportamento académico em 252 estudantes e, constataram uma relação positiva significativa entre o bem-estar subjetivo e o ambiente académico; que os estudantes avaliam a sua satisfação, bem-estar e felicidade de modo bastante positivo; de modo geral estão satisfeitos com a instituição que frequentam e com o seu rendimento académico, apesar de preocupados com o futuro profissional (Coleta & Coleta, 2006).

Os estudos revelam que a satisfação com a vida académica é fortemente influenciada pelo contexto situacional do EES e reflete a dinâmica que se estabelece entre ambos. Nesta interface destacam-se o equilíbrio entre condições facilitadoras e obstáculos, isto é, a entre variáveis positivas e negativas, que deve ter um saldo positivo a favor do estudante.

Destaca-se ainda o potencial de mudança das condições, quer ao nível do estudante como do contexto, que permitem agir e incrementar o bem-estar e a saúde mental dos EES.

2.5. Acontecimentos de vida negativos

Os acontecimentos de vida negativos (AVN) são condições adversas a que todas as pessoas estão expostas. As experiências precoces adversas podem ter efeitos duradouros

sobre o organismo, designadamente nas respostas ao stress, nas estruturas cerebrais e nos processos emocionais (Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). Os eventos stressantes precoces estão associados a danos neurodesenvolvimentais, podendo causar alterações neuropsicologias tais como défices cognitivos, na memória e aprendizagem (Carrion, Weems, & Reiss, 2007; De Bellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2010). O abuso infantil e a violência intrafamiliar incluem-se na categoria das vivências negativas com elevado potencial pernicioso, dada a sua capacidade de mudar negativamente a vida e a saúde mental das pessoas, com efeitos a longo prazo (Alves & Rodrigues, 2010; Maia & Resende, 2008).

Existe numa lista extensa de eventos³¹ físicos e emocionais com capacidade de provocar efeitos muito disruptivos na saúde mental a curto e longo prazo (Albornoz et al., 2010; Parker, Gladstone, Mitchell, Wilhelm, & Roy, 2000). Destacam-se os eventos que gravitam em torno da violência precoce intrafamiliar - negligência, maus tratos, abuso (físico, emocional e sexual), violência entre os pais, e da separação ou perda de figuras significativas. Estes eventos ampliam o risco de sofrimento psíquico que se reflete quer na adolescência, geralmente através do comportamento, da agressividade, indisciplina ou frutos (Oldehinkel & Ormel, 2014) e na vida adulta (Sierra & Mesquita, 2006; Albornoz & Bandeira, 2010).

Acumular eventos negativos no início da vida pode contribuir para desencadear psicopatologias ao longo do desenvolvimento (Angst, Gamma, Rössler, Ajdacic, & Klein, 2011; Horesh & Iancu, 2010). As crianças com história de ambientes familiares adversos e eventos traumáticos têm vulnerabilidade a desenvolver transtorno de stress pós-traumático, mais dificuldades e problemas emocionais com os pares e, maior morbilidade relativa à ansiedade e depressão (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007, 2010; Flouri & Panourgia, 2011).

De acordo com uma recente meta-análise, incluem-se nos vários tipos de maus tratos a antipatia, negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico ou emocional (Infurna et al., 2016). A interpretação e o significado que se atribui às vivências negativas determina à *posteriori* se estas são sentidas como negativas ou não. Por essa razão, um mesmo evento pode ser percebido como perigo por uma pessoa enquanto para outra, apenas um desafio (Gray et al., 2004; Heim et al., 2008; McLaughlin, Conron, Koenen, & Gilman, 2010).

³¹ Doença física e mental, abuso sexual, maus tratos e abuso infantil, abandono, violência doméstica (familiar, sexual, conjugal) situações de guerra, suicídio, luto, dificuldades escolares, acidentes trabalho, gravidez precoce, pobreza e catástrofe naturais (Albornoz & Bandeira, 2010).

Para a maioria das pessoas, a exposição a eventos negativos provoca numa reação de intensa excitação fisiológica, sentimentos de vulnerabilidade e estados afetivos negativos - angustia, ansiedade, pavor, tensão, horror, vergonha e perda de controlo (APA, 2013). Existe evidência consistente da influência negativa entre acontecimentos negativos na infância e dificuldades subsequentes nas relações interpessoais (Huh et al., 2014) e na esfera do humor, sobretudo relacionados com ansiedade social (Binelli et al., 2012) e com a depressão (Heim et al., 2002; Kaplow & Widom, 2007; Kinderman, Schwannauer, Pontin, & Tai, 2013; Negele et al., 2015). Mas também com as perturbações de stress pós-traumático (PTSD) (Burns, Jackson, & Harding, 2010) e com tentativas de suicídio (Harford, Yi, & Grant, 2014).

De acordo com Infurna et al. (2016) o abuso psicológico e negligência foram os que mais fortemente se associaram com a depressão. A Teoria Cognitiva Aron Beck, em 1963, oferece uma explicação plausível para este fenómeno, dado que defende que os afetos são secundários à cognição, e por essa razão, influenciam o modo peculiar de cada um vivenciar e interpretar os acontecimentos de vida negativos ou traumáticos ocorridos em idades precoces. Esta teoria defende que os processos cognitivos na depressão têm uma etiopatogenia assente na construção negativa do pensamento, em erros cognitivos e *esquemas* depressogénicos. Assenta na convicção teórica de que tanto os erros como os esquemas têm por base a negatividade sistemática que permeia os processos cognitivos; os esquemas negativos prevalentes na depressão tendem a produzir um viés sistemático na abstração e interpretação dos dados; e ainda que os padrões específicos de esquemas tornam a pessoa sensível a pressões específicas (Beck et al., 1990).

As ideias negativas são ativadas pelos esquemas depressogénicos (construídos a partir das experiências precoces), que estando latentes emergem sempre que ocorre a repetição de vivências semelhantes, responsáveis pela introjeção da atitude negativista (Beck et al., 1990; Gibb & Abela, 2007). Recentemente foram incluídos (pelo autor) à *Teoria Cognitiva* aspetos relativos à continuidade do funcionamento adaptativo vs mal adaptativo, processamento de informação dupla, foco de atenção e uma organização de esquemas relevantes (expectativas, auto avaliação regras e memórias) (Beck & Haigh, 2014).

Os acontecimentos de vida negativos na infância em EES são pouco estudados, embora os seus efeitos sejam igualmente prevalentes e gravosos. A nível nacional, os dados sobre esta problemática são quase inexistentes, contudo, em termos internacionais, parece existir

consenso relativamente aos efeitos duradouros e negativos dos AVN em EES, sobretudo nos de natureza emocional. Uma pesquisa com 2,163 EES concluiu que os eventos de vida stressantes estão associados significativamente com o aumento da prevalência da depressão nos EES (Reyes-Rodríguez et al., 2012). Gibb et al. (2001) numa amostra de 297 de EES verificaram que os maus tratos emocionais se relacionam com os níveis médios de ideação suicida (Gibb et al., 2001). Binelli et al. (2012) numa amostra de 571 EES espanhóis, concluíram que 50,6% sofreram eventos negativos durante a infância; verificaram uma associação positiva significativa entre violência familiar e o score de ansiedade social; os EES com altos níveis de ansiedade social apresentaram maior prevalência de eventos negativos precoces (Binelli et al., 2012).

No Iraque num estudo de prevalência em EES, conclui-se que foram vítimas de pelo menos um evento de maus tratos na infância 20% dos estudantes. Sofreram maus tratos físicos 6,5%, emocionais 16,4% e /ou sexual 2,9% (Saed & Talat, 2013). Também nos EUA, o autorrelato de adversidade na infância é preditor de níveis mais elevados de sintomas depressivos e insónia nos estudantes (Gress-Smith et al., 2015). Outro estudo com mediadores da relação entre maus tratos infantis e o consumo de álcool em EES, verificou que as razões que conduzem as EES a beber são a depressão enquanto nos homens foi a performance (Goldstein et al., 2010). Burns et al. (2010) numa amostra de 912 EES do sexo feminino, revelaram que as mulheres com história de abuso apresentam mais dificuldades de regulação emocional relativamente às mulheres sem história de abuso. O abuso emocional foi o preditor mais forte de desregulação emocional, que explica parcialmente a relação entre abuso e sintomas de PTSD (Burns et al., 2010).

Os resultados da revisão dos estudos mostram que o abuso psicológico ou emocional tem sido pouco estudado em EES, contudo destaca-se a extensão e gravidade dos diversos impactos negativos que causam na saúde mental dos mesmos. As conclusões indicam claramente a influência dos tipos mais "silenciosos" de maus tratos na infância, como potencial negativo para desencadear depressão na idade adulta. Sugere-se que a intervenção precoce pode ser particularmente benéfica para modificar modelos negativos de funcionamento interno decorrentes de experiências de abuso no passado.

2.6. Vulnerabilidade psicológica

O conceito de vulnerabilidade psicológica ou cognitiva reflete crenças ou crenças prejudiciais e atributos disfuncionais, isto é, esquemas cognitivos (padrão) negativos da forma como cada um se vê a si próprio, na interface com os outros, na reação ao stress e na capacidade de atingir objetivos, que reflete dependência de fontes externas de aprovação. Traduz uma tendência para interpretar a informação subjetivamente, de forma distorcida e negativa em presença de eventos percebidos como stressantes (Sinclair & Wallston, 1999; Sinclair & Wallston, 2010). Estes esquemas negativos tornam os indivíduos mais suscetíveis ao stress. Por sua vez, tanto a dependência, que se opõe à crença no valor próprio e nas qualidades interiores, como a negatividade, influenciam as emoções e as relações interpessoais e, por esta via, o bem-estar (Negele et al., 2015; Wright et al., 2009).

Este modelo de vulnerabilidade psicológica é desenhado a partir da *Teoria Cognitiva* de Aron Beck, descrita atrás, cujos pressupostos assentam na ideia de que os comportamentos e as emoções dos quadros depressivos são determinados pelas crenças subjacentes, que resultam da tríade cognitiva (ideias negativa sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro) responsável pelo humor disfórico (Beck et al., 1990). Parte ainda da premissa que os afetos são secundários à cognição e determinam o modo peculiar de viver e interpretar os acontecimentos vividos. Nessa medida, a vulnerabilidade psicológica tem sido investigada como um forte preditor de depressão (Melrose, 2011; Sinclair & Wallston, 1999, 2010), associando-se também à reatividade emocional, dificuldade de aprendizagem e de controlar impulsos, ao neuroticíssimo e à adversidade nas relações familiares e sociais (Luthar, 2003; Negele et al., 2015; Wright et al., 2009).

É provável que as características genéticas relacionadas com a reatividade emocional individual determinem a vulnerabilidade generalizada dos indivíduos. Os esquemas cognitivos são moldados por eventos negativos precoces, habitualmente associados a mau desempenho parental (exposição a comportamentos hostis no seio familiar) (Barker, 2000; Binelli et al., 2012), a separação de figuras significativas, adversidade social prolongada, ausência ou défice de apoio social e às relações sociais pobres ou desajustadas (Rocha & Matt, 2010; Rutter, 2006, 2012). Todas estas circunstâncias parecem tornar os indivíduos mais vulneráveis a perturbações emocionais, tanto ansiosas como depressivas em adultos. Por essa razão

algumas perturbações *minor*, em parte, são determinadas por vulnerabilidades psicossociais aprendidas na família e por condições ambientais subsequentes, mediadas pela resiliência (Rutter, 1985; Stoeber & Corr, 2015; Zuckerman & Kuhlman, 2000).

A literatura documenta uma robusta relação entre maus tratos na infância e a depressão na adolescência e idade adulta (Infurna et al., 2016; Lindert et al., 2014). A depreciação parental configura abuso emocional, pois dirige a atenção da criança para os seus estados internos negativos³² e, é um preditor de vulnerabilidade psicológica (Amirazodi & Amirazodi, 2011). As experiências adversas e o ambiente familiar disruptivo durante a infância tornam a pessoa mais vulnerável ao stress e aumentam probabilidade de ansiedade generalizada em adultos (Goldstein et al., 2010). Cumulativamente, as pessoas deprimidas exibem um padrão de expectativas de desempenho excessivamente elevado, que conduz a muitos fracassos e poucos sucessos, pois foca a atenção seletiva nos eventos negativos, tendendo por isso à autoavaliação negativa (Gonzalez & Pais Ribeiro, 2004).

A revisão dos estudos permite concluir que a vulnerabilidade psicológica não tem sido investigada em EES. Embora exista evidência da influência preditiva na depressão e no colapso psicológico (Haefffel et al., 2008), pouco se conhece sobre a relação entre vulnerabilidade psicológica e a saúde mental em EES. Contudo este conhecimento é importante, na medida em vulnerabilidade psicológica se opõe ao funcionamento adaptativo e à crença no valor próprio, aspetos que tornam os indivíduos mais suscetíveis, dependentes e focados em processar pensamentos negativos (Goldstein et al., 2010).

Atendendo que os esquemas cognitivos se firmam ao longo da adolescência e permanecem relativamente estáveis no adulto, embora mutáveis designadamente em transições marcantes (Haefffel & Hames, 2013), estudar vulnerabilidade psicológica em EES oferece uma oportunidade efetiva de intervir e incrementar a sua saúde mental.

2.7. Perceção de Vulnerabilidade

A vulnerabilidade do ponto de vista Ontológico revela um dos aspetos mais universais da condição humana - todos somos vulneráveis, porque somos finitos (Barchifontaine, 2006).

³² Este mecanismo impele a criança a aprender um padrão de monitorização interna, que em adulto alimenta estados de angústia. Uma vez interiorizada a crença negativa, essa convicção é posteriormente despoletada por um evento similar (Barker, 2000).

A revisão da literatura permite constatar que se trata de um conceito complexo, estudado em diferentes perspectivas e conotado com distintos significados e aplicações (Chesnay, 2005; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, & Fracolli, 2008; Spiers, 2000).

Nas últimas décadas existe consenso na literatura de enfermagem em considerar a vulnerabilidade um aspeto fundamental na perceção dos processos de saúde e doença (Eakin & Luers, 2006; Rogers, 1997; Spiers, 2000). Para a disciplina de Enfermagem a vulnerabilidade têm-se posicionado progressivamente como *“essential concept of nursing”* (Cutclif & Mckenna, 2005), contudo existe uma diversidade de abordagens na sua conceptualização. De seguida apresentam-se os contributos que se consideram relevantes para clarificar o conceito de vulnerabilidade no âmbito deste estudo.

Rogers (1997) define vulnerabilidade como um potencial de dano ou perda quando os indivíduos são expostos a um perigo ou ameaça, e a uma condição de menor disponibilidade de recursos para se proteger. De acordo com uma revisão de literatura realizada por Spiers (2000), a vulnerabilidade resulta de um processo multidimensional dinâmico, a partir do qual se estabelece uma interação singular entre os atributos pessoais, condições sociais e ambientais.

Para Chesnay (2005), vulnerabilidade significa a existência de um risco individual ou situacional acrescido. Nessa medida, as pessoas ou populações com vulnerabilidade acrescida são aquelas que estão suscetíveis a desenvolver problemas de saúde, devido à sua condição sociocultural específica, limitação económica, marginalização e/ou características pessoais, tais como idade, género ou situações de doença.

Autores como Grabovschi, Loignon, & Fortin (2013) defendem que existe uma correlação entre a vulnerabilidade e as desigualdades em cuidados de saúde. A revisão de literatura que levaram a cabo mostra também que a investigação sobre populações vulneráveis é parca e deficitária, refere-se sobretudo ao risco não contemplando a dimensão experiencial, isto é, a perceção individual da própria vulnerabilidade.

Conclui-se da revisão dos estudos que a vulnerabilidade, genericamente, está associada às idiosincrasias genéticas, à forma singular que os indivíduos têm de gerir as dificuldades individuais e contextuais e à complexidade da interdependência entre predisposição individual vs ambiente (Nichiata et al., 2008). Contudo, persiste uma discussão em torno da diferenciação entre a natureza e os preditores de vulnerabilidade, particularmente no que

respeita à vulnerabilidade associada à saúde mental.

A vulnerabilidade mental deriva do conceito mais amplo de vulnerabilidade, e ancora-se no pressuposto de que acontece num *continuum* vivencial, quer dizer, é fruto de uma matriz temporal dinâmica onde estão implicados fatores de ordem pessoal, contextual e ambiental (Nichita et al., 2008). Nesta interdependência entende-se o contexto como mais circunscrito, de ordem *micro* ou situacional, e o ambiente como a envolvente comunitária e social ampla mais *macro*.

O conceito de vulnerabilidade, na perspetiva da saúde mental, evoluiu de uma visão epidemiológica inicial até uma conceção mais compreensiva, defendida pela enfermagem, que lhe acrescentou a noção de perceção e experiência individual e única de “*sentir-se ou não vulnerável*” (Spiers, 2000). Quer dizer contém a singularidade das condições em que cada pessoa se encontra “*a person's experience of being unprotected and open to damage in threatening environments*” (p. 337).

Em concordância com esta ideia também Brêtas (2010) considera que a vulnerabilidade não é estável, pelo contrário tem gradações, isto é, muda constantemente, para acomodar as variações situacionais e contextuais de cada pessoa. Por isso, entende que “*as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis em algum grau e forma, e/ou em certo ponto do tempo e do espaço*” (p.92). Esta abordagem revela-se mais harmonizada com as especificidades e complexidade que envolvem os processos experienciais de saúde doença mental.

Para Spiers (2000) ser vulnerável é “*o estado de encontrar-se sujeito a ser magoado física ou emocionalmente*” e ainda “*ser responsável por um dano ou por se colocar em situações de suscetibilidade de ser sujeito a uma agressão*” (p.338). Por outro lado, Rogers (1997) enfatizando mais a dimensão experiencial do conceito, destaca que a experiência subjetiva de sentir-se vulnerável gera stress e ansiedade, que por sua vez, afeta física e psicologicamente as pessoas bem como o seu funcionamento social.

Na verdade, cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade, que ultrapassado origina desequilíbrio. Razão pela qual é difícil quantificar a justa medida em que a vulnerabilidade se transforma em problema ou perturbação, isto é, o momento em que conscientemente a pessoa constata que deixou de possuir capacidade para acomodar as exigências a que se encontra exposto. Esta dificuldade é compreensível e entre outros aspetos, é visível pela escassez de instrumentos para mensurar vulnerabilidade, quer direta ou indiretamente

(Chesnay, 2005).

Na perspectiva da saúde mental, avaliar vulnerabilidade é um desafio indispensável, na medida em que é necessário para identificar características e condições associadas a indivíduos mais suscetíveis. Sobretudo é essencial para perceber em profundidade as variáveis e condições que promovem ou reduzem os sentimentos de vulnerabilidade dos indivíduos e dos grupos. Em última análise este conhecimento permite aos profissionais de saúde identificar indivíduos vulneráveis e agir precocemente (Nichiata et al., 2008; Rogers, 1997).

Nichiata et al (2008), para estudar vulnerabilidade propõem como variáveis relevantes: a idade, o sexo, a escolaridade, o estilo de vida, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, o suporte e apoio social e sobretudo a percepção individual. Argumentam que o conceito de vulnerabilidade abrange a totalidade da pessoa, por isso envolve sobretudo as condições adquiridas ao longo da vida, ou resultantes do estilo de vida, das capacidades e das estratégias individuais de ajustamento, bem como as vivências e significados que atribui em cada momento a cada situação.

Embora não se conheçam estudos sobre percepção de vulnerabilidade em EES, consideramos esta variável relevante para estudar a saúde mental dos mesmos, no âmbito do contexto situacional específico em que se encontram. Identificar a percepção de vulnerabilidade dos EES, permite aceder, em determinado momento, ao seu estado psíquico, isto é, às suas experiências psicoafectivas e aos significados que lhe atribui, revelando eventuais necessidades de ajuda.

Síntese da Revisão dos Estudos

A informação resultante da revisão da literatura permite concluir que a saúde mental dos EES pode ser afetada por diversos fatores positivos e negativos, ressalta a relevância de aprofundar o conhecimento sobre esta problemática. As intervenções de promoção de saúde mental dirigidas a esta população têm sido eficientes, nomeadamente as que reforçam os recursos positivos dos estudantes e dos contextos académicos (World Health Organization, 2013). Por outro lado, verificam-se lacunas sobre o *status* da saúde mental dos EES, embora de destaque a complexidade da *transição múltipla* em que os EES se encontram e reconheça a diversidade de fatores que podem influenciar as respostas humanas de bem-estar dos EES

neste período, que comprometem a transição saudável.

Paralelamente, constatou-se que existem associações positivas entre bem-estar psicológico e o sexo masculino, ter mais idade, ter uma relação íntima/namoro, ter nível socioeconómico elevado e não estar deslocado, ano, área de curso, desempenho académico, praticar exercício físico, dormir mais de sete horas, ter satisfação com o suporte social (SSS) e satisfação com a vida académica (SVA). Por oposição, constata-se que as variáveis que têm sido associados ao *distress*, são o sexo feminino, menor idade, as condições socioeconómicas desfavoráveis, estudantes dos primeiros anos, os deslocados, os que frequentam cursos da área da saúde, os consumos de substâncias psicoativas, os acontecimentos de vida negativos, a vulnerabilidade psicológica.

Uma vez que este estudo pretende contribuir com dados para descrever e compreender o EES nas suas várias dimensões, isto é, conhecer as características sociodemográficas, relacionais e académicas, comportamentos, psicoafectivas em maior detalhe, visando a facilitação da transição, parece pertinente investigar sobre quais as relações existentes entre variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamentos de saúde e psicoafectivas e a saúde mental dos EES.

Os estudos mostram ainda que as variáveis que envolvem as cognições e perceções têm sido alvo de um interesse crescente, e a literatura ressalta que a satisfação com o suporte social e a satisfação com a vida académica parecem ser variáveis preditivas com influência positiva no bem-estar, enquanto os acontecimentos de vida negativos, e as cognições negativas (vulnerabilidade psicológica), têm sido estudados como variáveis preditivas de ansiedade social e depressão. Porém, o conhecimento sobre variáveis preditivas de bem-estar ou *distress*, relativamente a outras dimensões dos EES é parco.

Por conseguinte afigurou-se lógico partir da questão de investigação **qual a saúde mental dos EES e quais os fatores biopsicossociais e psicoafectivos se mostram protetores ou de vulnerabilidade?**

Para simplificar, as variáveis que envolvem cognições e perceções foram designadas de *variáveis psicoafectivas*: a satisfação com suporte social; satisfação com a vida académica; acontecimentos de vida negativos; vulnerabilidade psicológica e percepção de vulnerabilidade.

O diagrama da Figura 2 ilustra a dinâmica das relações que se estabelecem entre os principais componentes implicados nas respostas de saúde mental positiva e negativa, à

transição múltipla dos EES, facultando uma síntese do que foi até aqui abordado.

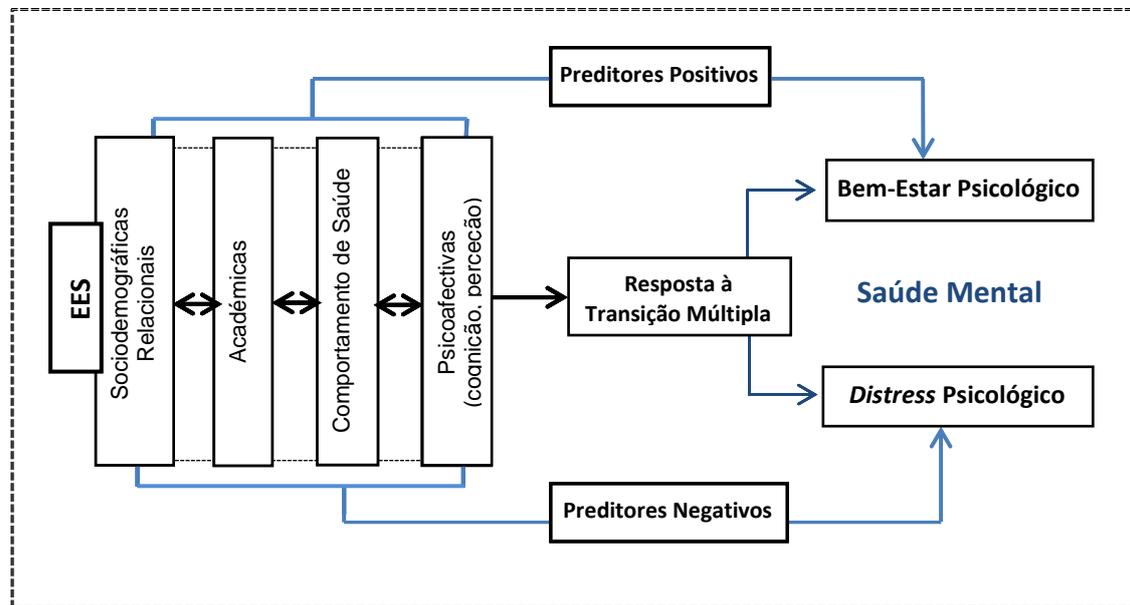


Figura 2 Componentes da saúde mental na *transição múltipla* dos EES

Perante a complexidade das relações existentes entre os diversos elementos envolvidos no fenómeno da saúde mental dos EES e responder à pergunta enunciada definimos vários objetivos, que guiaram este estudo.

3. Objetivos do Estudo

- 1) Caracterizar a saúde mental dos EES, em termos de bem-estar e *distress*;
- 2) Explorar a relação entre a saúde mental, bem-estar e *distress* psicológico dos EES e as características sociodemográficas e relacionais, académicas; comportamentos de saúde; satisfação com o suporte social (ESSS); satisfação com a vida académica (ESVA); acontecimentos de vida negativos (IAV-N); vulnerabilidade psicológica (EVP) e percepção de vulnerabilidade (PV);
- 3) Identificar preditores de bem-estar e *distress* psicológico em EES.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

A investigação científica é um processo de resolução de problemas através da aplicação sistemática de várias etapas que conduzem a uma solução que culmina na expansão do conhecimento científico. As opções metodológicas permitem ao investigador atingir as suas metas ou objetivos, com base na seleção e aplicação de métodos e técnicas apropriadas que conferem validade científica ao estudo (Pestana & Gageiro, 2007). Neste capítulo descrevem-se os métodos, o desenho e tipo de estudo, a amostra, as variáveis e instrumentos e os procedimentos utilizados, consentâneos com o referencial teórico e os objetivos apresentados no capítulo anterior.

1. Desenho e Tipo de Estudo

O estudo obedece a um desenho transversal, exploratório e correlacional, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento sem qualquer manipulação das variáveis pelo investigador, procurando especificar e conhecer as características dos participantes (Pestana & Gageiro, 2005).

É correlacional, uma vez que se investigou a natureza das relações ou associações entre as variáveis, grupos ou categorias. Pode ainda ser designado como preditivo, pois o desenho permitiu averiguar se as mudanças numa ou em mais variáveis estão relacionadas a mudanças em outra(s) variável(eis), efeito definido como covariância (Pestana & Gageiro, 2005). Esta tipologia afigurou-se a mais adequada para responder às questões e objetivos de investigação e proceder à análise do comportamento das variáveis, selecionadas teórica e empiricamente.

2. Amostra

A população deste estudo é constituída pelos EES Portugueses. A seleção da amostra orientou-se por princípios não probabilísticos. Trata-se de uma amostra de conveniência acidental (Marôco, 2011), uma vez que todas as Instituições de Ensino Superior do Distrito de Lisboa foram convidadas a participar no estudo, e acreditando ser representativa dos

estudantes do Ensino Superior. Embora as amostragens probabilísticas sejam as mais desejáveis, por garantirem que todos os elementos da população têm uma probabilidade conhecida de integrar a amostra, este tipo de amostra colocaria grandes obstáculos ao estudo, dada a sua dimensão. Por outro lado, em Ciências Sociais a amostragem não probabilística é um processo amplamente utilizado pelos investigadores (Gravetter & Forzano, 2009).

2.1. Plano de amostragem

O plano de amostragem orientou-se por princípios teóricos, técnicos e éticos. Dada a dimensão da população do estudo, todos os estudantes de licenciatura inscritos no 1º e 2º ano em Portugal e da impossibilidade de enviar um inquérito para todos os elementos que a constituem, selecionou-se uma amostra não probabilística de conveniência, ou seja, um grupo de estudantes acessível (Gravetter & Forzano, 2009), representativo dos estudantes do Ensino Superior em Portugal³³.

Relativamente à idade, a seleção orientou-se por princípios teóricos, para acomodar aspetos conceptuais referentes ao período temporal que se desejava estudar, e incluir EES que ingressaram pelo contingente de maiores de 23 anos. Apostou-se na representatividade em termos de tipos de ensino e áreas de estudo. Como estratégia de recolha de dados, optou-se pelo questionário de autopreenchimento *online*, ponderando as suas vantagens³⁴ relativamente à população em estudo.

Na primeira etapa da amostragem fez-se um levantamento das instituições do Distrito de Lisboa, usando a informação disponível no sítio da Direcção-Geral do Ensino Superior (DGES)³⁵. Todas as 77 instituições identificadas foram contactadas por telefone e posteriormente foi endereçando a todos os presidentes e/ou diretores um convite a participar no estudo. A quem aceitou participar foi solicitado que reencaminhasse uma carta aos estudantes inscritos no primeiro e segundo anos de licenciatura, para o *correio eletrónico*

³³ Direcção Geral de Estatística da Educação e Ciência DGEEC- no perfil do Aluno 2012-1013, de um total 364,476 estudantes (46,9% vs 53,1% mulheres). Na NUTS II- Lisboa estão inscritos 139,761, dos quais a maioria (12,1%) está na faixa etária dos 20 anos.

³⁴ Economia de recursos na recolha deste tipo de informação (cópias, tempo edição dos dados, construção de bases de dados e cotação) dada a familiarização dos EES com esta ferramenta e comodidade de preencher o inquérito no momento mais conveniente.

³⁵ Ministério da Educação e Ensino Superior, 2014/2015; <http://www.dges.mec.pt/guias/indarea.asp>

(Anexo IV). O conteúdo da carta convidava o EES a participar no estudo, seguindo a *hiperligação* de acesso ao inquérito IEES³⁶ *online*, concebido para o efeito, alojado na plataforma eletrónica *Lymesurvey*³⁷. Esta estratégia abrangeu a diversidade de situações que caracteriza o universo estudantil Português, representativas dos diferentes contextos socioeconómicos e tipologia académica atual, possibilitando posteriormente comparação entre estudantes. Por fim foram aplicados os critérios de seleção da amostra:

- a) ter idade superior ou igual a 18 anos e inferior ou igual a 24 anos;
- b) desejar participar voluntariamente no estudo.

2.2. Refinamento da amostra

Das 77 Instituições identificadas 37,6% (29) aceitaram o convite. Recusaram o convite IST, ISE, ISCTE- IUL, Academia Superior de Polícia e a Academia Militar, as restantes não responderam. Acederam à plataforma, um total de 926 estudantes e destes foram eliminados 333, porque entraram e saíram sem preencher uma única questão.

Dos 593 restantes, 27 acederam ao inquérito, mas não completaram o ISM, e seis não cumpriam critérios da idade. Assim, participaram no estudo 560 estudantes, no entanto preencheram a totalidade dos instrumentos 481.

2.3. Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 560 estudantes de ensino superior do Distrito de Lisboa. Relativamente às características sociodemográficas, relacionais e académicas, a nossa amostra é maioritariamente do género feminino 79,6% (446), com idades que variam entre os 18 e os 24 anos, situando-se a média em 19,6 anos (DP=1,68). A maioria é solteira 99,3%, praticamente metade (47,5%) não tem uma relação íntima/namoro. Frequentam o 2º ano 51,1% e 48,9% frequentam o 1º ano. 61,25% áreas da saúde e 38,75% noutras áreas.

A maioria (82,7%) frequenta o Ensino Superior Público. 43,6% no Politécnico, 35,2% no Universitário e 3,9% no Militar e Policial. Dos 17,3 % do Ensino Privado apenas 0,3 são do

³⁶ “Inquérito para Estudantes do Ensino Superior”

³⁷ Plataforma eletrónica de inquéritos *online* usada por instituições de ensino superior.

Universitário. Aproximadamente um terço da amostra 32,9% encontra-se deslocado de casa. Metade dos participantes, 52,7%, coabita com os pais em tempo de aulas. Dos restantes participantes, a situação mais comum é coabitar com colega/amigo, (27,3%) ou com familiares (10,4%). Somente 4,1% dos participantes vive sozinho em tempo de aulas, 3,2% vive com o namorado (a)/companheiro(a) e 2,3% tem outra situação. Quanto à situação laboral, só trabalham 13,2% (74), uma média de 21 horas semanais. A NSE a maioria pertence à Classe Média Baixa 37,3%, à Classe Alta 3,2 % e da Classe Baixa 0,5%.

Considerando que as características da população têm que se encontrar refletidas nas amostras utilizadas na investigação, foram considerados dois aspetos fundamentais: 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 amostra em estudo é de qualidade. O tamanho da amostra é uma dificuldade comum que os investigadores têm que ultrapassar, sobretudo em Ciências Sociais e Humanas. Para definir o número da amostra, para que a mesma seja significativa, entre outros aspetos, há que considerar nomeadamente os objetivos do estudo, o número de variáveis a estudar e o tipo de análises estatísticas que se pretende efetuar. De um modo geral, recomendam-se valores acima de 500 participantes

Ainda no que respeita ao tamanho das amostras Marôco (2011) consideram que amostras com 500 sujeitos são muito boas, quando se pretende realizar análise multivariada. Nesse sentido, a amostra deste estudo, ao ter 560 participante parece satisfazer os critérios de significância. Em termos de representatividade, neste estudo, houve a preocupação em assegurar que a amostra preservasse algumas das principais características sociodemográficas da população, tendo em conta os critérios de inclusão, maiores de 18 anos e menores que 25 anos inclusive. Assim, apostou-se na diversidade de tipos de ensino e cursos, estando representadas na nossa amostra todos os tipos de ensino superior em Portugal e uma grande representatividade de áreas de cursos no distrito de Lisboa.

No que diz respeito ao género, na nossa amostra, verifica-se uma superioridade na percentagem de mulheres (79,6% > 20,4%) comparativamente com dados do *Eurostudent 2012-2015*, que apontam para cerca 55,3% de mulheres no ensino superior em Portugal. Esta diferença pode ser explicada pela participação residual de instituições com cursos maioritariamente frequentados por homens.

Também a percentagem de solteiros, na presente amostra de 99,3 %, é superior à

Europeia (93%) - *Eurostudent 2012-2015*. Mais uma vez estas diferenças poderão estar associadas à limitação do estudo a estudantes com idade até aos 24 anos. Noutros indicadores, contudo, houve maior aproximação, como na média de idades da nossa amostra que se situa nos 19,6 anos, valor muito aproximada dos 20 anos para estudantes dos primeiros anos do ensino superior (DGEEC)³⁸.

3. Variáveis e Instrumentos de Avaliação

A seleção das variáveis desta investigação foi orientada por critérios subjacentes à perspetiva, enquadramento concetual e objetivos, que por sua vez ditaram a seleção das medidas e dos instrumentos a usar (Pestana & Gageiro, 2007).

Desejava-se caracterizar a saúde mental dos EES, explorando as relações existentes entre comportamentos, experiências e dimensões psicológicas e a saúde mental positiva e negativa, justificando estar atento sobretudo à evidência de relações bilaterais entre estas variáveis. Por conseguinte, as variáveis selecionadas envolvem dimensões de natureza pessoal e contextual, objetivas e subjetivas, de perceção e comportamento. Nestes casos é comum o uso de questionários de auto preenchimento contendo o conjunto de questões ou itens, ordenados de forma sequencial e intencional, de modo a recolher seletivamente a informação desejada (Pestana & Gageiro, 2007).

Os instrumentos estandardizados permitem assegurar a validade e a fidelidade dos resultados em função do que se pretende estudar. Para garantir estes requisitos foi necessário realizar previamente procedimentos próprios para *Vulnerabilidade Psicológica e Satisfação com a Vida Académica* (Capítulo 4). Todas as variáveis foram submetidas a um processo de apreciação/validação (Capítulo 4, ponto 3), que culminou com a construção do denominado *Inquérito para Estudantes do Ensino Superior (IEES)*.

A fiabilidade foi testada sempre que possível, cujos valores se vão reportando a quando da descrição dos mesmos. O intervalo temporal estudado, de um modo geral, refere-se ao último mês ou ano. Note-se que as categorias de resposta são intervalares e nominais. Por

³⁸ DGEEC- Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência

exemplo, no que respeita aos consumos incluíram-se questões relativas à frequência, à quantidade e ao tipo. O quadro 5 apresenta o conjunto das variáveis estudadas e respetivos instrumentos de avaliação, que totalizam o questionário IEES.

Quadro 5. Variáveis e instrumentos de medida do estudo - IEES		
Variável		Metodologia/Instrumento de avaliação
Caracterização	Sociodemográfica Relacional Académica	Itens do European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD/2007) National College Health Risk Behavior Survey (NCHRBS) , CDC, Health Behavior School-Aged Children (HBSC)
Saúde	Comportamentos de saúde	
Dependente	Saúde Mental Bem-Estar e <i>Distress</i> <i>Psicológico</i>	Inventário de Saúde Mental – ISM (38 itens) (MHI - Traduzido por Pais-Ribeiro em 2001)
Psicoafectivas	Satisfação com o Suporte Social	<i>Escala de Satisfação com Suporte Social – ESSS (15 itens)</i> (Pais-Ribeiro, 2001)
	Satisfação com a Vida Académica	<i>Escala de Satisfação com a Vida Académica - ESVA (8 itens)</i> Construída e validada para o estudo /
	Acontecimentos de Vida Negativos	<i>Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos - IAV-N (25 itens)</i> (Brás & Cruz, 2008)
	Vulnerabilidade Psicológica	Escala de Vulnerabilidade Psicológica- EVP (PVS- validada no Estudo I) (6 itens)
	Perceção de Vulnerabilidade	“Considera-se uma pessoa vulnerável relativamente à sua saúde mental”? (1 item). Escala de <i>Likert</i> : 1«nada vulnerável» até 5«extremamente vulnerável».

Seguidamente apresenta-se os critérios e argumentos subjacentes à seleção de cada variável de descreve-se para cada uma o respetivo instrumento de avaliação, sempre que possível apresentando estudos prévios em que foram utilizados.

Caracterização sociodemográfica relacional e académica

Desejava-se estar atento à diáde “EES-Contexto” e caraterizar as dimensões pessoais, do contexto académico e do comportamento. Por conseguinte foram selecionados itens de

informação sociodemográfica, relacional, académica de autorrelato, que emergiram da convergência entre o referencial teórico, objetivos e a revisão da literatura.

Para descrever estas características da amostra incluíram-se itens relacionados com o quotidiano da vida do estudante no ambiente académico. Para recolher este tipo de informação mostraram-se relevantes o *European School Survey on Alcohol and other Drugs* (ESPAD/2007)³⁹, *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS), utilizado pelo CDC⁴⁰; e o *Health Behavior School-Aged Children* (HBSC) usado no Projeto Aventura Social⁴¹. A partir destes inquéritos foram selecionados 14 itens de autorrelato habitualmente estudados em populações de EES. Estes instrumentos têm sido largamente utilizados em adolescentes (Aventura Social & Saúde, 2010) e em EES (CDC) e têm em comum a vantagem recolher informação uniformizada que permite uma discussão mais aprofundada dos resultados.

Assim, esta secção contém determinantes da saúde mental, que se desejava estudar relativas à idade, género, estado civil e NSE - Escala de Grafar⁴² que estima o índice socioeconómico do agregado familiar com base nos indicadores: ocupação profissional, nível de escolaridade, origem do rendimento familiar (elemento com maior rendimento) e tipo de habitação. A degradação das condições socioeconómicas parece degradar a saúde mental das populações (Pepper & Nettle, 2014).

Foram também incluídas a história de doença mental na família, parentesco e tipo de patologia, e a situação de coabitação e residência. Estar deslocado ou não, pode significar solidão, problemas de adaptação ou pode ser sentido como perturbador, quando os EES percecionam menos suporte (social, psicológico e material) por parte dos significativos (Johnson et al., 2010), com prejuízo no seu bem-estar e adaptação ao contexto académico (Diniz & Almeida, 2006). Também trabalhar além de estudar (nº horas/semana) contribui para condições de maior tensão e menor disponibilidade de tempo. A relação afetiva íntima/namoro foi enquadrada nesta secção, pela afinidade com o estado civil, e dado que evidência assinala que ter uma relação afetiva satisfatória é um determinante positivo da

³⁹ Direção Geral de Saúde, Coordenadora do ESPAD Portugal (*ESPAD/2007 & Feijão, 2009*).

⁴⁰ CDC- *Center for Disease Control and Prevention*, nos Estados Unidos da América.

⁴¹ Usado no estudo *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do estudo HBSC 2010*, promovido pela OMS (Aventura Social & Saúde, 2010).

⁴² Amaro, Fausto (1990, 2001) adaptada por Costa et al. (1996) e DSEEASE, (2006). As classes deste índice têm paralelismo com a Classificação Portuguesa de Profissões 2010, (INE, I.P., Lisboa-Portugal, 2011) adotada pelo Instituto Nacional de Estatística.

saúde mental em EES (Braithwaite et al., 2010).

Como variáveis acadêmicas foram selecionadas o ano, a área de estudos/curso, o tipo de ensino, e satisfação com o desempenho acadêmico, variáveis habitualmente medidas por demonstrarem influência relevante na saúde mental em EES. Os estudantes de medicina, enfermagem e psicologia são os mais estudados (Claudino & Cordeiro, 2006; Bayati, et al., 2009; Furegato, Santos, & Silva, 2010). Estes parecem estar associadas a maior prevalência de perturbações depressivas, enquanto os de Economia apresentam menores níveis (Turner, Hammond, Gilchrist, & Barlow, 2007). Todos os itens desta seção são analisados individualmente.

Variáveis de Saúde

Pretendia-se caracterizar os comportamentos de saúde, positivos e negativos, dos EES que a literatura indica como tendo influência preditiva relevante na saúde mental. O comportamento como modulador da saúde mental tem sido amplamente estudado como variável relevante da saúde mental e bem-estar em EES. Os estudos epidemiológicos revelam que parte da morbidade nesta faixa etária está relacionada com o comportamento (Cockerham, 2013; Rohrer et al., 2005). Por exemplo, os consumos podem transformar-se num estilo de vida de risco, com consequências sérias no seu futuro e na saúde mental (Möller, 2012; Schwartz et al., 2010).

Nesta etapa de consolidação do padrão comportamental, que se deseja saudável, é necessário dar particular atenção a três características do comportamento: repetição, duração e acumulação (O'Riordan, 1995; Kahan, 2012; Almeida, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013; Eisenberg et al., 2013). Por esta razão, caracterizar o comportamento de saúde é essencial para fundamentar intervenções promotoras de saúde mental e para alterar condutas menos saudáveis em EES. Contudo não existe uma medida própria ou método perfeito para o efeito.

Para recolher estes dados foram selecionados itens referentes ao exercício físico, hábitos de sono, consumos de substâncias psicoativas, vigilância de saúde e os CAL, detalhando o tipo, frequência, avaliados com base em autorrelatos. Embora conscientes das limitações deste método - suscetível ao viés, este tipo de metodologia é vulgarmente usada

para estudar comportamento em populações de EES (Eisenberg et al., 2007; Hirsch, Webb, & Jeglic, 2011). Nesta seção os itens foram todos analisados individualmente.

Atividade física. Frequentar o ensino superior parece limitar a prática regular de exercício físico dos EES (Silva et al., 2007) e favorecer uma tendência para a inatividade ao longo do curso (44,7% no 1º ano vs 58,5% finalistas) (Silva & Neto, 2014). Porém um estilo de vida ativo traz benefícios abrangentes e é essencial para a manutenção da saúde mental (Demers, 2013; Hubbs et al., 2012). A atividade física regular melhora a robustez da saúde global (Dale et al., 2014), a qualidade do sono, as funções cognitivas (memória e concentração), o humor e a autoestima (Kenari, 2014; Trockel et al., 2000). Por isso é um recurso fundamental para atingir, recuperar ou manter melhores níveis de saúde (Kenari, 2014; Vasconcelos-Raposo et al., 2009), e saúde mental em EES (Cooney et al., 2013). Por conseguinte considerou-se relevante avaliar o padrão da atividade física dos EES usando autorrelatos referentes à frequência com que a praticam.

O padrão do sono. Para avaliar o padrão de sono incluiu-se itens quantitativos relativos a hábitos de sono categorizados por intervalos de tempo dormido (nº de horas dormidas em tempo de aulas) e, itens qualitativos relativos à satisfação com nº de horas dormidas. Este método é habitualmente usado para estudar padrões de sono em EES (Evans & Sullivan, 2014; Mason, Zaharakis, & Benotsch, 2014; Serras et al., 2010; Taylor et al., 2013). Em Portugal não se conhecem estudos preditivos sobre o sono em EES, mas os existentes mostram percentagem elevadas de problemas associados ao sono (Gomes et al., 2009; Lopes et al., 2013; M. Silva, Chaves, Duarte, Amaral, & Ferreira, 2016).

Comportamentos auto lesivos (CAL). Os CAL estão associados a maior probabilidade de suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013), e por essa razão têm grande relevância clínica, assim como são um grave problema de Saúde Pública. Nos EUA 7 % dos EES pensam seriamente em suicídio (CSMH, 2011; ACHA, 2011) estando esta percentagem a aumentar (ACHA, 2014). Por conseguinte é de extrema importância despistar CAL em EES. Não se conhecendo um instrumento indicado para o efeito, avaliar estes comportamentos é um desafio complexo. Devido ao sofrimento subjacente que envolve, os CAL são velados ou não expressos, pelo que os autorrelatos envolvem sempre reservas e um viés. Contudo à semelhança de outros estudos (Almeida, 2014; Daniel Eisenberg et al., 2007; A. Gonçalves et al., 2014) para recolher

informação sobre CAL incluíram-se itens relativos à presença e frequência, analisados individualmente.

Os consumos de substâncias psicoativas. Os consumos de tabaco, álcool e fármacos (Hipnóticos, Analgésicos e Antidepressivos) são variáveis incluídas numa multiplicidade de estudos, quer como determinantes quer como correlatos significativos da saúde mental em EES (Benson et al., 2015; Carvalho et al., 2013; Flory et al., 2014; Gress-Smith et al., 2015). Desejava-se conhecer as relações entre este tipo de variável e a saúde mental dos EES, por conseguinte incluíram-se vários itens para avaliar o tipo e a frequência dos consumos. Todos foram analisados individualmente.

Saúde Mental

Pretendia-se medir saúde mental como variável dependente, dada a relevância desta variável na vida dos EES. A investigação no domínio da saúde mental é vasta, todavia medi-la continua a ser uma tarefa complexa que não tem reunido consensos. Apesar do conceito de SM da OMS possuir uma vertente marcadamente positiva, a ciência tem concedido maior protagonismo à doença em detrimento da saúde mental (Lyons, Huebner, & Hills, 2013; Lyons, Huebner, Hills, & Shinkareva, 2012). Esta tendência traduz-se pela escassez de instrumentos para a avaliar a partir de uma perspetiva positiva. Ainda assim, esta tendência tem vindo a inverter-se progressivamente, fruto da centralidade que o bem-estar tem vindo a ocupar na saúde mental (Keyes & Annas, 2009; Ryff & Singer, 2008; Ryff & Singer, 2000).

O conceito de saúde mental envolve dimensões subjetivas e objetivas, e para o operacionalizar é necessário ter presente vários aspetos: o conceito de normalidade, que varia segundo o momento histórico e de acordo com a geografia ou cultura (Keyes & Annas, 2009), qual o tipo de saúde que se procura mensurar- perspetivada como um estado ou como um atributo, e estar consciente do risco de cair em leituras etnocêntricas face à diversidade de valores e de comportamentos (Carol Ryff, 2014).

A principal dificuldade em medir a SM reside na multidimensionalidade do conceito, e na natureza distinta das suas várias dimensões: objetivas, subjetivas, comportamentais, internas (processos cognitivos, emocionais ou motivacionais) e externas. Mesmo quando estudada segundo uma perspetiva positiva, avaliar SM pode revelar-se reducionista, afastando-se da visão holística subjacente, no entanto é importante diferenciar a SM entre

indivíduos. Esta distinção é indispensável quando se trata de identificar pessoas deficitárias em termos de funcionamento e bem-estar (Keyes & Magyar-Moe, 2003).

Embora a maioria da população não sofra de qualquer doença mental, muitos indivíduos, mesmo sem doença não funcionam bem, nem se sentem saudáveis mentalmente (Westerhof & Keyes, 2010). Nas últimas décadas, tem sido produzida muita investigação baseada num modelo de saúde mental assente num constructo de estrutura bidimensional, combinada numa lógica de *continuum* (Lyons et al., 2013, 2012; Renshaw & Cohen, 2014). A utilidade desta estrutura tem sido amplamente explorada, com base em duas dimensões:

- **Dimensão negativa ou *distress psicológico*** - afeto negativo, é um estado geral pouco específico, que num *continuum* não é suficientemente intenso para ser designado de perturbação, isto é, é uma resposta não específica do organismo para gerir qualquer tensão ou exigência sobre ele. Quando essa tensão ou stress é cognitivamente reconhecido como uma condição adversa, desagradável ou perigosa é ativada uma tentativa de evitamento ou fuga dessa mesma situação, surgindo o *distress psicológico* (McDowell, 2006). A evidência de *distress psicológico* inclui emoções negativas associadas a uma reação fisiológica subjetiva e comportamental, vivenciadas por cada um de forma distinta (APA, 2013). As manifestações de *distress* englobam desconforto, sofrimento ou dor emocional, pessimismo e crenças negativas acerca de si, perturbações do humor (ansioso, agressivo, depressivo ou lábil), tensão psíquica, reatividade, medo e perda de controlo emocional e comportamental (Manning, Wells, Duan, Newhouse, & Ware Jr., 1984; Veit & Ware, 1983; Ware et al., 1984).

- **Dimensão positiva - Bem-Estar Psicológico** - afeto positivo e os laços emocionais, é o nível de funcionamento, sentir-se animado e apreciar a vida e as vivências subjetivas que traduzem estados internos e experiências positivas acumuladas (Keyes & Magyar-Moe, 2003). Existe evidência da relação positiva entre afeto positivo (felicidade, alegria e entusiasmo), e menor morbidade, longevidade e redução de sintomas físicos (Levav & Saraceno, 2014; Carol Ryff, 2013).

Um dos instrumentos mais referidos na literatura para avaliar a SM é o *Mental Health Inventory* (MHI) (Veit & Ware, 1983). Desenvolvido para a investigação epidemiológica por vários investigadores no âmbito do *Health Insurance Study da Rand Corporation*, tem como escopo avaliar a saúde mental na população em geral numa perspetiva bidimensional (positiva e negativa) (Manning et al., 1986; Ware et al., 1984). Estes autores verificaram que medir a

SM com base nestas dimensões predizia, ou não, a procura dos serviços de saúde e os seus custos, por isso foi considerado um bom indicador de saúde mental (Manning et al., 1986; Veit & Ware, 1983; Ware et al., 1984).

O MHI é usado tanto na população geral como em populações específicas, podendo funcionar como um teste útil de rastreio de saúde mental, pois tem grande capacidade discriminativa (Veit & Ware, 1983). Pode ser usado em jovens para estudar o desenvolvimento positivo vs dificuldades em processos de ajustamento, numa lógica de compreensão global. Além disso, é um instrumento adequado para diferenciar níveis de SM em pessoas sem quadros psicopatológicos ou disfuncionais, assinalando défices que de outra forma não seria possível reconhecer (Damásio, Borsa, & Koller, 2014; Trainor, Mallett, & Rushe, 2013).

A investigação tem demonstrado a utilidade e adequação do MHI em diferentes culturas e populações não clínicas, tanto na Europa como no Brasil ou nos EUA (Damásio et al., 2014; Trainor et al., 2013). Por conseguinte é um bom instrumento para a investigação e rastreio (*screening*) (Pais Ribeiro, 2001; Lyon et al., 2013; Verger et al., 2009; Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2011). Verger et al. (2009) usaram o MHI-5⁴³ (Berwick et al., 1991) num estudo alargado de seis universidades francesas, com 1743 estudantes do primeiro ano, para estudar a relação entre a prevalência do *distress* psicológico e as variáveis do contexto académico.

O MHI foi adaptado para Portugal numa amostra de EES por Pais Ribeiro, que o designou de *Inventario de Saúde Mental* ou ISM (Pais-Ribeiro, 1999, 2001). Em Portugal também tem demonstrado ser bastante adequado para avaliar SM. Por exemplo foi usado por (Sequeira, Carvalho, Borges, & Sousa, 2013) para estudar a vulnerabilidade mental em estudantes de Enfermagem. Também Costa e Leal (2004, 2008) usaram o ISM em estudantes do Instituto Piaget de Viseu, revelado -se uma escala bastante útil para o efeito à semelhança de outros autores (Cordeiro & Leal, 2007; Roberto & Almeida, 2011; Almeida, 2014).

O ISM mostra-se relevante para avaliar SM a partir das experiências de saúde da pessoa, diferenciando níveis de funcionamento positivo ou negativo, sendo esta capacidade discriminante essencial para distinguir pessoas com necessidades de ajuda. Assim, foi selecionado por se considerar que é o instrumento que melhor responde ao nosso propósito.

O ISM contém 38 itens distribuídos por cinco escalas que se agrupam em duas grandes

⁴³ A versão reduzida do MHI mantém todas as qualidades psicométricas da versão original, tem sido bastante usada na investigação dada a sua relevante vantagem na rapidez de aplicação (5 itens).

dimensões: **Distress Psicológico** (negativa) que inclui indicadores negativos tradicionais, do âmbito do sofrimento psicológico ou estados emocionais e mentais negativos. Contém as escalas de Ansiedade (10 itens), Depressão (5 itens), Perda de Controlo Emocional e Comportamental (9 itens); **Bem-Estar Psicológico** (positiva) que contém a tónica contemporânea na saúde mental positiva, ou estados positivos que incluem as escalas Afeto Geral Positivo (11 itens) e Laços Emocionais (3 itens) (Manning et al., 1986; Ware et al., 1984).

O ISM é de autorresposta padronizada dada numa escala ordinal do tipo *Likert*, que varia entre cinco e seis possibilidades. O resultado de cada dimensão, positiva e negativa, deriva do somatório bruto dos itens que lhe correspondem. O somatório das duas dimensões fornece o Índice de Saúde Mental. Os valores mais elevados correspondem melhor saúde mental.

A versão Portuguesa mostrou características de validade e fiabilidade idênticas à versão original (consistência interna $\alpha=0,80$). No presente estudo a consistência interna do ISM medida através do *Alfa de Cronbach*, foi de ,96, na dimensão *Distress* $\alpha=,95$ e Bem-Estar $\alpha=,92$, isto é, excelente.

Satisfação com o Suporte Social

Pretendia-se avaliar a satisfação com o suporte social (SSS) dos EES como variável independente e explorar a existência de relações de influência entre esta variável e a saúde mental positiva e negativa, o que justificava que se estivesse atento sobretudo à evidência de relações bilaterais. Embora a satisfação com o suporte social seja uma variável relevante para a saúde mental não existe uniformidade quanto à sua avaliação, e é pouco clara a relação existente entre as distintas técnicas utilizadas para o efeito.

Na literatura são descritas várias escalas, inventários e mapas de apoio para medir o suporte social, que avaliam os componentes das relações sociais refletindo as várias abordagens teóricas. Globalmente abrangem três categorias de apoio: (a) centrado na integração numa rede e nas inter-relações entre elementos; (b) o apoio que a pessoa relata ter recebido; e (c) apoio percebido que avalia o apoio que a pessoa acredita estar disponível se precisar (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011). Recomenda-se ainda que a avaliação de apoio social deve ser adaptada ao contexto situacional e a aspetos específicos da população-alvo.

A literatura internacional mostra que para recolher este tipo de informação em EES é comum o uso de instrumentos de autorrelato (Gonçalves et al., 2011; Hefner & Eisenberg, 2009b; Souza et al., 2010b) e existem vários instrumentos para avaliar suporte social, alguns traduzidos e adaptados para o Português (Brasil). Elenca-se uma lista dos mais referidos: *Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida* da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) (WHO, 1995) adaptada (Fleck et al., 1999); o *Social Support Questionnaire (SSQ)* (Sarason, Levine, Basham, & Saranson, 1983), designado de Questionário de Apoio Social (QAS) adaptado (Matsukura, Marturano, & Oishi, 2002); a *Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)* (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) denominada *Questionário de Apoio Social de Norbeck*, adaptado (Andriola, Troccoli, & Dias, 1990) e o *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)* (Souza et al., 2010) que se destaca como o mais recente instrumento para medir suporte em EES, com propriedades psicométricas apropriadas.

Em Portugal encontraram-se poucos instrumentos aferidos para avaliação de SSS destacam-se os mais relevantes: o *Questionário de Suporte Social-6 (SSQ6-r)* versão reduzida (Sarason, Shearin & Pierce, 1987; adaptada por Pinheiro & Ferreira, 2002); a escala *Social Support Appraisal (SSA)* de Vaux, traduzida e alargada (30 itens) por Antunes & Fontaine (1995) e a *Escala de Satisfação com Suporte Social* (Pais-Ribeiro, 1999).

Optou-se pela *Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS)*, uma vez que os restantes apresentam várias desvantagens para o nosso estudo, são demasiado longos, dirigidos a populações com morbilidade específica, não estão adaptados à população de EES ou por avaliarem apenas o suporte fornecido pelo grupo familiar deixando de fora o suporte fornecido pelas redes de pares, aspeto que se desejava investigar. Estas dimensões têm demonstrado ser fontes relevantes de proteção para EES e, promotores da SM na transição para adultícia. Tem como vantagens o facto de ser muito breve e um dos instrumentos mais referidos na literatura nacional para avaliar SSS em populações de EES (Pais-Ribeiro, 1999, 2011; Gonçalves, 2011; Carneiro, 2012), e no Brasil (Marôco, Campos, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014).

A ESSS destaca-se pelas características abrangentes que avalia. Mede a SSS fornecida pelo grupo familiar, amigos, pares e outras redes sociais. É um instrumento multidimensional de autopreenchimento que assinala o grau de concordância do respondente para com as 15 frases apresentadas. As afirmações cotam numa escala de *Likert* com cinco posições,

1«concordo totalmente», 2«concordo na maior parte», 3«não concordo nem discordo», 4«discordo na maior parte» e 5«discordo totalmente». Tem 4 fatores: Satisfação com os Amigos (5 itens); Intimidade que mede percepção da existência de suporte social íntimo (4 itens); Satisfação com Família mede satisfação com o suporte social familiar (3 itens); Atividades Sociais que mede a satisfação com as atividades sociais que se realiza (3 itens).

A ESSS permite obter um score global e por dimensões/subescalas, as pontuações correspondem à soma dos itens que as constituem. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários, contudo a pontuação da escala expressa três níveis de satisfação: alto (de 51 a 75 pontos), médio (26 a 50 pontos) e baixo (menos de 25 pontos) (Pais-Ribeiro, 1999, 2011). Cumpre os critérios de validade e fidelidade demonstrada pelas boas propriedades psicométricas no estudo original ($\alpha=0,83$).

No presente estudo a consistência interna da ESSS foi medida através do *Alfa de Cronbach*=0,85 que se mostrou muito boa, variou entre o valor mais baixo - Atividades Sociais ($\alpha=0,67$) e o mais alto - Intimidade ($\alpha= 0,79$).

Satisfação com a Vida Académica

Verifica-se grande heterogeneidade de instrumentos para avaliar satisfação com a vida académica (SVA) em EES. No panorama nacional, a generalidade dos instrumentos de avaliação propostos utiliza variáveis intrapsíquicas de natureza cognitiva e psicossocial, dando insuficiente atenção a variáveis de natureza interpessoal e situacional, por exemplo, associadas ao ambiente académico como o curso e as especificidades da instituição que frequentam. Por outro lado, é comum o uso de questionários de autorrelato (Soares, Mourão, & Mello, 2011; Soares, Almeida, et al., 2006), contudo os que se conhecem são muito extensos, detalhados ou não abordam todos os aspetos que se pretendia cobrir no nosso estudo.

Embora se verifique um défice de instrumentos para avaliar SVA em EES, destacam-se três instrumentos: Questionário da Satisfação Académica (Soares & Almeida, 2011); Questionário de Vivências Académicas-reduzido (QVA-r) (Almeida et al., 2002), instrumento que contém 55 itens e 5 dimensões e é bastante usado em estudos no Brasil (Fernandes, 2011; Santos & Suehiro, 2007; Sisto et al., 2008; Soares et al., 2011); Escala de Satisfação Experiência

Académica (ESEA) (Santos, Polydoro, Scortegagna, & Linden, 2013), que contém 35 itens e 3 dimensões e que têm sido usados em amostras de EES, e tem demonstrado consistentes características psicométricas.

Contudo não se optou por nenhum deles, devido à excessiva minúcia e extensão que não se desejava, mas sobretudo por não incluírem as variáveis que se desejava estudar. A SVA depende do ajustamento dos EES ao contexto académico, do bem-estar, da forma e do grau em que desafios e as exigências são ultrapassados. Face à diversidade de componentes envolvidos na avaliação da satisfação do EES, esta, assume-se como um processo multidimensional (Soares et al., 2011; Soares et al., 2006). Dado que a SVA se tem mostrado uma variável significativa para a SM dos EES, pretendia-se estar atento à evidência de relações bilaterais entre esta variável e a saúde mental positiva e negativa.

A evidência mostra que na transição para o ensino superior a SVA, para a generalidade dos estudantes, está associada a quatro domínios: académico, social, pessoal e vocacional que regulam tanto a qualidade da adaptação, como o sucesso académico e o bem-estar do EES. Estes domínios podem ser agrupados em duas dimensões - pessoal e contextual (Almeida, Soares, & Ferreira, 2000; Almeida et al., 2002; Almeida et al., 1999b). Os constructos dos instrumentos enumerados incluem estas duas dimensões, como é o caso do MMAU (Soares, et al., 2006; Soares, Guisande, Diniz, & Almeida, 2006), que contém uma dimensão relacionada com aspetos pessoais e internos, e outra de carácter mais ambiental (Soares et al., 2006).

Para medir a SVA recorreremos a um conjunto de itens de autorresposta, criteriosamente selecionados a partir do Questionário de Satisfação Académica e da Escala de Satisfação Experiencia Académica (Capítulo 4). Estes itens refletem as perceções e experiências académicas vividas no quotidiano da vida na instituição de ensino que frequentam, tanto na dimensão pessoal como contextual, aspetos que se desejava estudar. Por conseguinte agruparam-se teoricamente um conjunto de 8 itens para construir a designada Escala de Satisfação com a Vida Académica (ESVA) e, foram analisadas as suas propriedades métricas (Capítulo 4). A ESVA demonstrou ser válida e fiável, adequada para medir satisfação com a vida académica. A consistência interna, medida através do *Alfa de Cronbach* foi 0,80, considerada boa.

Acontecimentos de Vida Negativos

Os instrumentos mais usados para avaliar acontecimentos de vida negativos (AVN) são listagem de itens padronizadas de acontecimentos (*checklists*) de auto preenchimento (Antunes, Resende, & Maia, 2007; Carrion et al., 2007; Maia & Resende, 2008). Estes métodos são muito comuns, porém não estão isentos de algumas limitações, como a subjetividade, tempo de exposição, a gravidade ou o número finito de eventos (Angst et al., 2011; Horesh & Iancu, 2010). Por outro lado, o significado que cada indivíduo atribui às suas experiências determina a interpretação valorativa ou juízo das mesmas, que lhe permite classifica-las como negativas ou não (Gray et al., 2004).

Da revisão dos vários instrumentos disponíveis em Portugal destacam-se o *Life Events Checklist (LEC)*⁴⁴ considerada a melhor medida para avaliar PTSD (Maia & Resende, 2008). Outro instrumento interessante é o *Life Stressor Checklist – Revised*⁴⁵ (Wolfe et al., 1996). Contudo, apesar de abrangentes e psicometricamente bem validados, estes instrumentos não avaliam o impacto causado pelo evento, aspeto que se desejava estudar em EES.

Pretendia-se caracterizar retrospectivamente a exposição a eventos negativos ocorridos até aos 12 anos, e conhecer o impacto ulterior atribuído pelos EES. Não se conhecendo no panorama nacional outro instrumento deste tipo, optou-se pelo Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV-N) (Brás & Cruz, 2008), que contém uma lista padronizada de eventos negativos e permite avaliar o impacto subsequente desses eventos. Tem ainda como vantagem estar validada em EES, e demonstrar boas propriedades psicométricas (Brás & Cruz, 2008; Gonçalves, 2011, 2014).

O IAV-N contém uma lista de eventos onde cada respondente assinala a frequência e o respetivo impacto negativo. Tem 25 itens agrupados em 4 subescalas: Ambiente Familiar Adverso; Abuso Psicológico; Separações e Perdas; Abuso Físico e Sexual. Cota em duas escalas tipo *Likert*, uma relativa à presença de eventos negativos e a segunda relativa à severidade dos mesmos. A escala de frequência tem quatro possibilidades de resposta que variam de 0= «nunca» até 4= «muitíssimas vezes». A escala de impacto cota de 1= «nenhum» até 5= «extremamente negativo». De acordo com os autores a cotação do IAV-N pode ser efetuada

⁴⁴ Lista de Acontecimentos de Vida, adaptada para Portugal por Maia & Resende (2008)

⁴⁵ Lista de Acontecimentos Stressantes adaptada para Portugal por Antunes, Resende & Maia, 2007.

em três modalidades: a) Avaliação independente da frequência e do impacto dos AVN; b) Avaliação discriminada dos AVN por subescalas; c) Avaliação global da severidade dos AVN por 3 índices de severidade.

O Índice Global de AVN obtém-se a partir da fórmula: $\sum \frac{\text{frequência X impacto}}{\text{n}^\circ \text{ total de itens (25)}}$; O Índice de Severidade com a fórmula: $\sum \frac{\text{frequência x impacto}}{\text{IPA}}$, e o Índice de Presença de AVN, com a contagem de ocorrências variam (Brás & Cruz, 2008). No presente estudo a consistência interna do IAV-N, medida pelo *Alfa de Cronbach*, foi de 0,83, nas subescalas variou entre o valor mais baixo ($\alpha=0,61$) Separações e Perdas e o mais alto em Abuso Psicológico ($\alpha= 0,78$).

Vulnerabilidade Psicológica

Pretendia-se avaliar vulnerabilidade psicológica em EES, isto é, esquemas ou crenças negativas sobre si próprio, que refletem reações desfavoráveis padronizadas aprendidas. Estas respostas desajustadas incluem afeto negativo ou negativismo e dependência (Sinclair & Wallston, 1999, 2010) que por sua vez condicionam as emoções e nos comportamentos.

Existe uma grande heterogeneidade de instrumentos e dificuldades conceptuais para avaliar vulnerabilidade psicológica, e é comum o uso de instrumentos complementares. Por exemplo, num estudo italiano para medir vulnerabilidade cognitiva, foram usados três instrumentos bem conhecidos *the Beck Hopelessness Scale, BHS; the Life Orientation Test-Revised, LOT-R; o Attitudes Toward Self-Revised, ATS-R* (Balsamo et al., 2013). Embora robustos, consistentes e fidedignos, estes instrumentos mostram-se demasiado específicos, muito longos ou focam-se demasiado numa dimensão, aspetos que não se pretendia. Pelo contrário desejava-se avaliar a vulnerabilidade psicológica numa perspetiva abrangente, mais consentânea com aspetos psicoafectivos o funcionamento global e a totalidade do EES.

A vulnerabilidade psicológica associa-se a reatividade emocional, a dificuldade em controlar impulsos, dificuldade de aprendizagem, à adversidade social, familiar e nas relações sociais (Luthar, 2003; Luthar & Ciccihetti, 2000), aspetos que se desejava estudar, a par dos efeitos na saúde mental em EES. Por esta razão e, por não se conhecer outro instrumento com estas características em Portugal foi selecionada a *Psychological Vulnerability Scale (PVS)*

(Sinclair & Wallston, 1999, 2010), uma vez que se afigurou o instrumento que melhor se adequava ao nosso objetivo, além de ser muito breve.

Não existindo uma versão Portuguesa procedeu-se à tradução e validada da mesma no âmbito do presente estudo, designada em Português de *Escala de Vulnerabilidade Psicológica* (EVP) (Capítulo 4). Trata-se de uma medida válida, fiável e estável para medir vulnerabilidade psicológica. A EVP tem seis itens de autopreenchimento e cota numa escala de *Likert* com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1 «não me descreve nada» até 5 «descreve-me muito bem».

A consistência interna da EVP no presente estudo, medida através do *Alfa de Cronbach*, foi de 0,77.

Perceção de Vulnerabilidade

Pretendia-se explorar a perceção de vulnerabilidade dos EES em determinado momento, e a partir da perspetiva subjetiva do estudante, por forma a investigar a relação entre esta variável e a saúde mental, positiva e negativa. Identificar características e condições associadas aos indivíduos mais suscetíveis é indispensável para compreender melhor quais as circunstâncias situacionais que influenciam a saúde mental dos EES. Porém, na literatura não se encontraram instrumentos viáveis para recolher este tipo de informação.

Considerando que o conceito de vulnerabilidade é dinâmico, subjetivo e está associado às idiossincrasias situacionais da pessoa, avaliar a perceção vulnerabilidade é um desafio complexo (Nichiatà et al., 2008). Desde logo porque cada pessoa possui um limiar próprio de vulnerabilidade (Brêtas, 2010; Chesnay, 2005). Por este motivo é compreensível a dificuldade de quantificar vulnerabilidade ou, a justa medida em que esta se transforma em perturbação. Esta dificuldade revela-se pela escassez de instrumentos para a mensurar, quer direta quer indiretamente (Chesnay, 2005), não se conhecendo qualquer instrumento para o efeito.

A entrevista semiestruturada ou em profundidade seria uma técnica possível para recolher informação de caráter experiencial e aceder à experiência de *sentir-se vulnerável*, contudo inviável no nosso estudo. Deste modo, para avaliar perceção de vulnerabilidade, qualificada em determinado momento do tempo e do espaço (Brêtas, 2010), elaborou-se uma pergunta única que possibilitasse ao EES expressar em que medida se sente vulnerável em

menor ou maior grau. Ou seja, se está consciente de se encontrar numa circunstância passível de ser magoado física ou emocionalmente (Spiers, 2000).

Este racional sustentou o enunciado da pergunta: “*Considera-se uma pessoa vulnerável relativamente à sua saúde mental?*” para caracterizar a perceção de vulnerabilidade dos EES em termos de saúde mental. A informação sobre a forma como se percebia relativamente ao seu estado, foi recolhida numa escala de *Likert* com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1= «nada vulnerável» até 5= «extremamente vulnerável».

Avaliar a perceção de vulnerabilidade permite identificar défices na saúde mental e possibilita aos profissionais de saúde agir precocemente (Nichita et al., 2008; Rogers, 1997).

4. Procedimentos

4.1. Construção do Inquérito para Estudantes do Ensino Superior (IEES)

A construção do formulário do IEES obedeceu a várias etapas. Foi precedida pela seleção teórica das variáveis, conforme referido anteriormente e de acordo com descrição subsequente (Capítulo 4, ponto 3). As perguntas e os itens foram ajustados à linguagem do modelo *online Lymesurvey*[®]. Para impossibilitar o cruzamento das respostas com os endereços de correio eletrónico dos respondentes ou possibilitar responder mais que uma vez, foram usando filtros para o efeito. Demora em média 20 minutos a completar.

4.2. Procedimentos formais, éticos e deontológicos

A investigação é central na profissão de enfermagem, cuja finalidade é fornecer conhecimento novo elevando a qualidade do cuidado e da prática dos enfermeiros. Norteados pela Ética e Deontologia, os investigadores e a pesquisa em Enfermagem primam por equilibrar Valores como a Dignidade Humana, o direito à privacidade e a convicção sobre a necessidade e valor da investigação em si mesma.

Nesta lógica, este estudo pautou-se pelos princípios da Declaração de Helsínquia da

Associação Médica Mundial de Helsínquia em 1964⁴⁶. Foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo I) e observa os pressupostos éticos e legais inerentes à investigação. Procurou-se garantir e respeitar sempre estes princípios desde a conceção, recolha, análise de dados e divulgação dos resultados nomeadamente:

- Obter autorizações dos autores de todos os instrumentos usados no presente estudo (Anexo II; III; IV);
- Consentimento informado – informando os potenciais participantes de antemão acerca da natureza, objetivos, procedimentos da investigação e dos seus direitos (Anexo V);
- Confidencialidade e anonimato sobre a informação revelada;
- Clarificação sobre o direito de não participar ou a desistir em qualquer momento.

4.3. Recolha dos dados

A recolha de dados deste estudo decorreu no primeiro Semestre do ano letivo de 2014/2015, de outubro e dezembro. A seleção deste período prendeu-se com o objeto de estudo, para examinar o período de transição para a vida académica. Asseguradas as condições formais e Éticas, a recolha de dados iniciou-se quando os potenciais participantes receberam uma carta via *correio eletrónico* enviada pelos responsáveis máximos das instituições de ensino que frequentam. A carta informava da finalidade, objetivos e esclarecia sobre a garantia da confidencialidade e anonimato, além do direito de desistir em qualquer altura da recolha dos dados. Por fim, a carta convidava a preencher o *Inquérito para Estudantes do Ensino Superior*, acedendo à hiperligação que constava na mesma.

Ao aceder à hiperligação, a primeira parte do formulário solicitava o consentimento para participar no estudo, validando um campo para o efeito. Esta condição era necessária para aceder ao restante questionário. Após completar o formulário era ainda necessário proceder à sua validação final, para o descarregar na base de dados associada. Os contactos do investigador principal constavam no início e no final do inquérito para esclarecimentos adicionais sobre o estudo e/ou dúvidas.

⁴⁶ Princípios Éticos para Investigação Médica em Seres Humanos Adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, Helsínquia, Finlândia, junho 1964, e corrigida sucessivamente, a última na 64.ª AG da AMM, Fortaleza, Brasil, outubro 2013.

4.4. Análise estatística dos dados

O tratamento e análise estatística dos dados foi realizado utilizando o *Software IBM® SPSS® Statistic Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 22.0. Os dados foram examinados com recurso a técnicas de análise estatística descritiva, bivariada e inferencial (Marôco, 2011). Quando o objetivo foi organizar, resumir e comunicar observações numéricas, recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão (médias, frequências, máximos, mínimos e desvios-padrão). A validade foi investigada pela consistência interna usando o *Alfa de Cronbach*.

Quando o propósito foi estudar as relações entre as variáveis e fazer estimativas acerca da população, recorreu-se a estatísticas inferenciais, testes paramétricos e não-paramétricos, assegurando o nível de significância $p < 0,05$ e a potência dos testes. Usaram-se testes paramétricos sempre que se estavam reunidas as várias condições imprescindíveis à sua utilização: 1) variáveis medidas através de escalas de tipo intervalar ou de razão; 2) variáveis dependentes com distribuição normal; 3) homogeneidade de variâncias, quando se comparam as médias de duas ou mais populações; 4) independência dos dados provenientes de diferentes participantes (Marôco, 2011).

Foi usado o teste T de *Student* quando se comparou dois grupos e a ANOVA quando se comparou três ou mais. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste de *Levene*, com valores de p superiores a ,05. Quando foram usadas ANOVAs, para comparar múltiplas médias e os resultados sinalizaram diferenças significativas, recorreu-se a testes *Post hoc* para destacar quais os grupos que diferem entre si. O *Bonferroni* tem mais potência quando o número de comparações é pequeno (Marôco, 2011), assim sempre que se executou até cinco comparações recorreu-se ao *Bonferroni*. Quando as condições de aplicação dos testes T e ANOVAs não se verificaram e importantes assunções tinham sido violadas, embora a amostra seja superior a 500 participantes, a escolha recaiu sobre os testes não paramétricos correspondentes. O *U de Mann-Whitney* foi usado quando havia dois grupos a comparar.

Para medir a associação entre duas variáveis quantitativas, utilizou-se a correlação, nos casos de variáveis intervalares ou de razão e as distribuições se aproximam da normalidade, recorreu-se ao coeficiente de *Pearson*; nas variáveis ordinais ou quando as distribuições se afastaram da normalidade, empregou-se o coeficiente de *Spearman*. Para avaliação da força

da associação usaram-se patamares de intensidade: correlação baixa (0,21 a 0,39); moderada (0,41 a 0,69); alta (0,71 a 0,89); muito alta > 0,90 conforme Marôco (2011).

Para testar se duas variáveis qualitativas estavam associadas (categorias), utilizou-se o teste do *Qui-quadrado*. Quando as condições de aplicação não estavam satisfeitas usou-se o teste de *Fisher* ou a simulação de Monte Carlo em alternativa. Quando o resultado *p* do teste do *Qui-quadrado/Fisher* foi superior ao nível de significância ($p > 0,05$), considerou-se não haver associação entre variáveis. Para identificar quais as categorias associadas entre si, foi usado o valor de Residual Ajustado ($R_{Ajust} > 1,5 =$ categorias associadas).

Para identificar os preditores significativos de bem-estar e *distress* psicológico utilizou-se o modelo de regressão linear múltipla hierárquica. Os pressupostos do modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (Não multicolinearidade se $VIF < 10$ e *Tolerance* > 0,1) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. As variáveis nominais foram transformadas em variáveis *Dummy* (Marôco, 2011).

Para discriminar diferenças de saúde mental consoante a idade, criaram-se dois escalões etários (18 a 20 vs 21 a 24). As 5 Classes do Índice de Graffar foram convertidas em 3 níveis de NSE: nível Elevado (Classe I); nível Médio (Classe II, III, IV) e nível Baixo (Classe V).

CAPÍTULO 4 – ESTUDO PRELIMINAR: PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A investigação, em geral, obriga o investigador ao dever de conhecer e preparar cuidadosamente os instrumentos de medida que usa, o que implica conhecer se estes estão devidamente adaptados à população em estudo. Quando tal não se verifica, é necessário proceder à sua adaptação e, posteriormente averiguar até que ponto a nova versão possui boas características psicométricas.

A validade e a fidelidade são duas das principais características psicométricas analisadas nos instrumentos. A validade apura se o instrumento é válido, informa em que medida os resultados do instrumento medem aquilo que efetivamente se pretende medir, sem erros na interpretação dos resultados e, com lógica nas conclusões (Gravetter & Forzano, 2009; Marôco, 2011). A fidelidade traduz o grau de confiança ou de exatidão contida na informação obtida, assim como assegura a reprodutibilidade do teste, ou seja, quando aplicado em dois momentos diferentes aos mesmos sujeitos, o resultado é idêntico (estabilidade test reteste) assegurando que os itens que compõem o instrumento se apresentam como um todo homogêneo, isto é, têm consistência interna.

Neste capítulo apresentam-se os procedimentos e os resultados dos estudos de preparação e testes efetuados nos dos instrumentos usados no estudo principal. Primeiro apresenta-se a tradução, adaptação e estudo psicométrico da *Psychological Vulnerability Scale* (Sinclair & Wallston, 1999) (Estudo I), que antecedeu o presente estudo em um ano, tratando-se por isso de amostras diferentes. No segundo ponto apresentam-se o processo de construção da ESVA e os estudos de validade e fidelidade da mesma. Por último, descreve-se os procedimentos para organização do formulário *online* que continha o questionário IEES.

1. Tradução e Adaptação da *Psychological Vulnerability Scale* - PVS

A *Psychological Vulnerability Scale* (Sinclair & Wallston, 1999) mede vulnerabilidade psicológica ou padrões cognitivos negativos que se refletem em reações padronizadas aprendidas e desfavoráveis. Os padrões cognitivos desajustados afetam o comportamento dos indivíduos, isto é, a forma como cada um pensa e se vê a si próprio e, na interface com os outros, que por sua vez, afeta as suas emoções (Negele et al., 2015; Wright et al., 2009). Estes padrões negativos tornam os indivíduos mais suscetíveis ao stress, dado que a dependência

se opõe à crença no valor próprio e nas qualidades interiores, condicionando o comportamento de enfrentamento e o bem-estar físico e psicológico, além da capacidade de atingir objetivos (Sinclair & Wallston, 1999, 2010).

Os estudos têm demonstrado relações positivas entre vulnerabilidade psicológica e depressão (Thomas & Altareb, 2012). Sentir-se reconhecido, competente e com autonomia progressiva para enfrentar os desafios da vida é significativo para os EES (Branden, 2011; Zeigler-Hill, 2013). Além disso, a dependência é um atributo disfuncional que tem sido estudado como preditor de vulnerabilidade para a depressão (Sinclair & Wallston, 1999; Veríssimo et al., 2010).

Identificar vulnerabilidade psicológica ou padrões de funcionamento desajustados é importante para reconhecer EES com maior suscetibilidade e necessidade de cuidados de saúde. Desconhecendo-se outro instrumento que avaliasse vulnerabilidade psicológica nesta perspectiva a PVS afigurou-se o instrumento mais adequada aos propósitos do presente estudo. Dado que a sua versão original é na língua inglesa foi necessário proceder à tradução para português e realizar os necessários estudos de aferição cultural e análise psicométrica.

1.1. Método

Questões Éticas

Após aprovação das formalidades Éticas⁴⁷, foi solicitada a colaboração de docentes de uma Instituição de Ensino Superior do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL), para colaborar no estudo. Os estudantes foram convidados a preencher um questionário em suporte de papel, no final de um período letivo, expressando prévia e formalmente o seu consentimento para participar no estudo, assinando uma declaração. Foram ainda informados sobre a finalidade e objetivos do estudo e, esclarecidos acerca da garantia da confidencialidade e anonimato da informação contida nas suas respostas e, da possibilidade de desistir em qualquer altura.

Participantes

A amostra é composta por 267 estudantes que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Têm uma média de idade de 20,5 anos (DP=3,3), que varia entre os 18 e 40 anos,

⁴⁷ Aprovado pelo Conselho Diretivo da Escola Superior em causa, do Instituto Politécnico de Lisboa.

sendo 88,4% (236) do sexo feminino. São maioritariamente solteiros, 95% (255), e 4,5% (12) são casados. Frequentam o curso de Dietética e Nutrição 38% (103), o curso de Farmácia 35,2% (94), Análises Clínicas 18% (48) e Anatomia Patológica CT 8,2% (22). A maioria frequenta o 1º ano 39,3% (105), encontram-se no 2º ano 25,8% (69), o 3º ano 31,8% (85) e apenas 3% (8) são do 4º ano. Em tempo de aulas 56,6% (151) dos participantes coabita com os pais 19,5% (52) com colegas ou amigos 10,1% (27) com familiares, 8,6% (23) vive sozinho e apenas 5,2% (14) referem outro tipo de coabitação.

Descrição da *Psychological Vulnerability Scale- PVS*

A PVS contém 6 afirmações de autopreenchimento e cota numa escala de *Likert* com cinco possibilidades de resposta que variam entre 1«não me descreve nada» até 5«descreve-me muito bem». O score total é o somatório de todos os itens. Quanto mais elevado o score maior a vulnerabilidade. Os autores consideram-na um instrumento fiável para investigação e eficiente na identificação de pessoas em risco de depressão (Sinclair & Wallston, 1999).

Procedimentos de adaptação

O processo de tradução e validação cultural seguiu de forma genérica as etapas e procedimentos estandardizados habitualmente usados, tendo em conta as barreiras culturais, crenças, conceitos e práticas da população alvo e suas diferenças (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013; Pestana & Gageiro, 2007).

O primeiro passo foi obter a permissão dos autores para tradução e utilização *Psychological Vulnerability Scale* em Portugal. A tradução e retro tradução dos itens (versão original Inglês- EUA) foram realizados por dois especialistas que dominam a língua inglesa. A comparação das versões, retro traduzida vs original, foi realizada por um painel de cinco juízes (investigadores peritos em saúde mental). Este painel avaliou a pertinência, adequação conceptual, aceitabilidade dos itens e o estilo lexical utilizado. Uma versão corrigida foi produzida a partir das sugestões propostas. Analisados os aspetos convergentes e divergentes de ambas versões, após reunião de consenso, foram feitas ligeiras alterações de semântica e gramatical. Este processo foi simples, pois em termos de léxico não se verificaram dúvidas quanto à especificidade ou clareza dos itens e conceitos (Muñiz et al., 2013).

Posteriormente foi realizado um pré teste, aplicando a versão final a um grupo de dez estudantes para verificar clareza e compreensão dos itens. Recorrendo ao método da reflexão falada ou “*Thinking aloud Method*” (Someren, Barnard, & Sandberg, 1994), foi pedido aos estudantes que registassem os aspetos pouco claros e as sugestões. Não suscitou dúvidas e foram feitos breves ajustes de léxico. Por fim a PVS foi denominada de Escala de Vulnerabilidade Psicológica (EVP) em Português. Seguiu-se a aplicação desta versão à amostra de 267 estudantes, para analisar as características psicométricas, nomeadamente validade, fidelidade e estabilidade.

1.2. Resultados

A média da EVP [6;29] obtida pelos participantes do Estudo I situou-se em 15,08 (DP=4,46), indicando vulnerabilidade psicológica média.

Fidelidade

A fidelidade foi analisada pelo cálculo da consistência interna, coeficiente de *alpha Cronbach*. Na Tabela 5.1 comparam-se os valores de consistência interna obtidos com o estudo original. Constata-se que o valor de *Alfa de Cronbach* da EVP, da amostra portuguesa é adequada e muito semelhante aos valores da versão original, situando-se dentro do intervalo dos valores reportados pelos autores.

Tabela 5. 1. *Consistência interna da EVP, nas amostras portuguesas e versão original*

EVP	Alfa de Cronbach	
	Estudo I (n=267)	Estudo Original ^(a) (n=321)
EVP Total (6 itens)	0,73	0,71 - 0,86

^(a) Composto por 3 amostras que reportam apenas o intervalo dos valores de alfa sem os especificar

A estabilidade temporal da EVP foi verificada pela correlação de *Pearson- test retest*, (intervalo de 5 semanas) e mostrou valores excelentes ($r=,88$; $p <,0001$). Este resultado é superior ao descrito pelos autores reportando-se a um intervalo de 5-6 semanas ($r=,83$) e num período de 3 meses ($r=,81$) (Sinclair & Wallston, 1999, 2010).

Validade

A validade convergente ou de critério investigou-se comparando a EVP com uma medida externa de perturbação emocional *Brief Symptom Inventory* (BSI)⁴⁸. O BSI tem 9 subescalas e três índices: Índice Geral de Sintomas (IGS)⁴⁹; Índice de Sintomas Positivos (ISP)⁵⁰; Total de Sintomas Positivos (TSP)⁵¹. Tem um ponto de corte (ISP $\geq 1,7$), indicador de perturbação emocional, permitindo a diferenciação entre indivíduos perturbados e não perturbados emocionalmente. A Tabela 5.2 mostra resultados obtidos na correlação *Pearson* entre a EVP e as medidas do BSI.

Verifica-se que existe uma relação no sentido esperado, positiva, moderada e significativa entre a EVP e todas as subescalas e índices do BSI. Os valores de correlação, nas subescalas, variam entre um valor mais baixo de Somatização ($r=,28$) e mais elevado em Sensibilidade Interpessoal ($r=,62$). Nos índices os valores variaram entre mais alto IGS ($r=,63$) e mais baixo TSP ($r=,54$).

Tabela 5. 2. Correlações *Pearson* entre a EVP e BSI, no Estudo I

EVP	BSI											
	Subescalas									Índices		
	SO	OC	SI	D	A	H	AnF	IP	P	IGS	TSP	ISP
EVP Total	,28*	,50*	,62*	,60*	,48*	,45*	,32*	,55*	,61*	,63*	,54*	,45*

* $p < ,001$; **SO**-Somatização; **OC**-Obsessivo-Compulsivo; **SI**-Sensibilidade Interpessoal; **D**-Depressão; **A**-Ansiedade; **H**-Hostilidade; **AnF**-Ansiedade Fóbica; **IP**-Ideação Paranoide; **P**-Psicoticismo; **IGS**-Índice Geral de Sintomas; **TSP**-Total Sintomas Positivos; **ISP**-Índice Sintomas Positivos; $n=267$

1.3. Comentário

Com base na análise psicométrica realizada, pode considerar-se que a versão portuguesa da PVS - Escala de Vulnerabilidade Psicológica-EVP é estável e fiável ($\alpha=,73$; *Spearman-Brown*=,72) de acordo com Marôco os valores são satisfatórios (Marôco, 2011).

A validade convergente ficou demonstrada pela correlação positiva significativa,

⁴⁸ Derogatis, 1982; versão portuguesa (Canavarro, 1999). Inventário que avalia sintomas psicopatológicos e avaliações sumárias de perturbação emocional. Tem 53 itens de autorrelato (última semana). Cota numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0=nunca a 4 =muitíssimas vezes).

⁴⁹ Pontuação pondera a intensidade do mal-estar com o número de sintomas assinalados;

⁵⁰ Representa a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados;

⁵¹ Representa o número de queixas sintomáticas apresentadas

moderada e significativa com o BSI. Os valores mais altos foram obtidos entre EVP e a Sensibilidade Interpessoal, Psicoticíssimo e Depressão. No entanto a relação é moderada, o que corrobora que a EVP não mede sintomas, mas um modo peculiar de pensar e sentir. Estes resultados vão no sentido esperado em concordância com os autores da versão original (Sinclair & Wallston, 1999, 2010).

A análise fatorial confirmou a estrutura unidimensional da EVP, tal como descrito pelos autores. No entanto não se apresentam esses resultados uma vez que na versão original a construção da escala, não se divulga essa informação. Sugere-se a realização de estudos futuros para aprofundar as características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Vulnerabilidade Psicológica, nomeadamente com uma análise discriminante em populações saudáveis e não saudáveis.

2. Construção da Escala de Satisfação com Vida Académica - ESVA

A construção da Escala de Satisfação com Vida Académica (ESVA) surgiu da necessidade de validar um conjunto de itens que se desejava incluir no estudo principal como variáveis. Obedeceu, por isso, aos objetivos do mesmo e à revisão de literatura levada a cabo para o efeito, que permitiu identificar as variáveis habitualmente selecionadas para estudar a satisfação com vida académica em EES e os respetivos métodos e técnicas para as medir (Almeida et al., 2002; Santos et al., 2013; Soares et al., 2006).

Destacaram-se dois instrumentos de autorrelato validados para a população em estudo: (1) Questionário de Vivências Académicas - reduzido (QVA-r) (Almeida et al., 2002), que contém 55 itens e 5 dimensões e (2) Escala de Satisfação Experiência Académica (ESEA) (Santos, Polydoro, Scortegagna, & Linden, 2013), com 35 itens e 3 dimensões.

A construção da ESVA orientou-se por princípios teóricos. A seleção dos oito itens que a compõem foi feita a partir de dois instrumentos já existentes, ancorados no *Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário* (MMAU) (Soares, Almeida, Dinis, & Guisande, 2006). Este modelo preconiza que a adaptação ao contexto académico não ocorre dissociada dos processos de desenvolvimento humano ou de aprendizagem, pelo contrário, abrange dimensões de vária ordem, tais como: a satisfação com

o ambiente relacional, pedagógico e físico do contexto académico; compromissos com o curso; atividades extracurriculares da instituição; condições para estudar; habilidades e competências dos EES; percepção de desempenho académico; relacionamento com colegas e professores (Soares et al., 2006; Santos et al., 2013).

2.1. Método

Participantes

A amostra foi constituída por 500 EES que integram a amostra em estudo, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos.

Procedimento de seleção dos itens a incluir na ESVA

Numa primeira etapa procedeu-se à revisão de literatura com base em dois objetivos, cujo resultado permitiu: (1) identificar instrumentos de avaliação da satisfação académica; (2) conhecer os instrumentos usados em países de língua Portuguesa. Numa segunda etapa, conforme nosso objetivo, foram analisados os constructos dos instrumentos e procedeu-se à seleção dos itens que a literatura indica como variáveis pertinentes para medir satisfação com vida académica (Bardagi & Hutz, 2010; Soares et al., 2007).

Como referido anteriormente destacaram-se dois instrumentos, ambos em língua portuguesa, que são frequentemente usados para avaliar satisfação com a vida dos EES (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999a; Santos & Suehiro, 2007). Destes instrumentos foram criteriosamente selecionados os itens de interesse:

- QVA-R - foram selecionados 5 itens relativos às dimensões: pessoal, carreira, interpessoal, estudo e institucional;

- ESEA - foram selecionados 3 itens relativos à satisfação com o curso, oportunidade de desenvolvimento e satisfação com a instituição.

Estes oito itens acomodam as variáveis habitualmente estudadas em consonância com modelo teórico subjacente. A ESVA inclui uma dimensão de caráter mais externo (ambiente físico, pedagógico, interesse e compromissos com o curso, atividades extracurriculares da instituição, condições para estudo) e outra mais interna (habilidades e competências dos EES, percepção de desempenho académico e relacionamento com colegas e professores).

Seguidamente procedeu-se à validade facial do conjunto dos itens, usando o método “*Thinking aloud Method*” (Someren et al., 1994), com um grupo de quinze EES, que analisaram a pertinência, adequação, a aceitabilidade dos itens e as palavras e frases utilizadas. Desta etapa, após pequenos ajustes – gramaticais, léxico e sentido de formulação das perguntas, resultou uma versão corrigida, com base nas sugestões propostas, e foi-lhe atribuída a designação de Escala de Satisfação com a Vida Académica (ESVA). Seguiu-se o estudo psicométrico para estudar a validade e a fidelidade.

Descrição da ESVA

A ESVA é uma escala de autorresposta composta por oito itens/frases referentes à satisfação dos EES relativamente às suas vivências académicas na instituição de Ensino Superior que frequentam. Informa acerca da qualidade da sua adaptação ao ambiente académico em que se insere. A resposta é dada numa escala tipo *Likert* de 5 pontos 1«discordo totalmente»; 2«discordo»; 3«nem concordo nem discordo»; 4«concordo»; 5«concordo totalmente». As pontuações totais da ESVA resultam do somatório dos valores brutos dos itens. Quanto mais alto o valor maior a perceção de satisfação académica do estudante. Pode ainda ser analisada de acordo com os dois fatores - Satisfação Pessoal e Satisfação com Ambiente Académico, encontrados na análise fatorial.

2.2. Resultados

Fidelidade

A fidelidade da ESVA foi avaliada através da consistência interna. Os resultados da Tabela 5.3 revelam um índice de fiabilidade bom na escala total, indicando confiabilidade pelo método da consistência interna

Tabela 5. 3. Médias, desvio-padrão e consistência interna da ESVA

ESVA	M	DP	alfa Cronbach
Satisfação Pessoal (SP) ^(a)	14,61	2,92	,72
Satisfação com Ambiente Académico (SAA) ^(b)	14,59	3,19	,74
Escala Total^(c)	29,20	5,33	,80

^(a) SP- 4 Itens [4;20]; ^(b) SAA- 4 itens[4;20]; ^(c) ESVA[8;40]

Independência dos itens

A independência dos itens foi estudada com recurso à correlação de *Pearson* inter-item (Tabela 5.4). Verifica-se que todas as correlações são positivas significativas, a um nível de significância $\alpha=0,01$ e variam entre valores mais baixo $r=0,12$ e mais alto $r=0,55$. A correlação do item-total corrigido variou entre 0,40 e 0,56, e para dois dos oito itens da ESVA a correlação do item-total corrigido $> 0,50$. Apenas o item 6 teve um valor mais baixo, ainda assim aceitável.

Tabela 5. 4 Correlação *Pearson* inter-item da ESVA N=500

Itens	ESVA						
	2	3	4	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a
1 ^b	,52	,38	,50	,38	,30	,30	,34
2 ^b		,29	,27	,55	,39	,17	,31
3 ^b			,41	,36	,26	,20	,27
4 ^b				,34	,17	,12	,24
5					,62	,35	,45
6						,26	,42
7							,45

Validade

O método de extração de fatores foi Componentes Principais, com Rotação Ortogonal Varimax, que assume a independência entre os fatores encontrados. Os resultados do teste de esfericidade de *Bartlett's* [*Qui-quadrado* (28) = 1198,968; $p = 0,00 < 0,001$] indica que as correlações entre os itens são adequadas para a realização da análise. A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* verificou a adequação da amostra para a análise fatorial ($KMO = 0,77 > 0,5$) e todos os valores da MSA - Matriz anti imagem, foram maiores que 0,71, considerando 0,30, o valor mínimo aceitável de significância prática (Marôco, 2011).

A análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de *Kaiser*⁵² e o *Scree plot* mostrou dois componentes posicionados antes da inflexão. Considerando o tamanho da amostra e a convergência entre o *Scree plot* e o critério de *Kaiser*, 2 foi o número de componentes mantidos na análise final. A Tabela 5. 5 mostra a estrutura da ESVA (Análise Fatorial Varimax - Rotação Ortogonal). A matriz rodada mostrou que os itens 5, 6, 7 e 8 tiveram maior carga no componente 1 - denominado de *Satisfação Pessoal*, cuja relação com o fator 2, variou entre 0,68 e 0,74. Os itens 1, 2, 3 e 4, tiveram maior carga no componente 2 -

⁵² Ponto de inflexão acima de 1 e "eigenvalue" - autovalor > 1

denominado *Satisfação com Ambiente Acadêmico*, a relação variou entre 0,54 e 0,83. Os autovalores rotacionados, do Componente 1=2,36 explica 29,5% da variância, o Componente 2=2,22 explica 27,7% da variância. O primeiro, mais forte, é o que melhor explica a variância total de 43,1%, o segundo explica 14,2%, explicando no total a variância acumulada de 57,24%.

Tabela 5. 5 Matriz estrutural dos componentes rodadas da ESVA^(a)

Itens	Componentes	
	1	2
SP 8 Estou satisfeito com o relacionamento que tenho com os professores do meu curso	,74	
SP 6 Estou satisfeito com o meu desempenho no curso	,73	
SP 5 Estou satisfeito com o meu envolvimento no curso	,71	
SP 7 Estou satisfeito com o relacionamento que tenho com os colegas da instituição que frequento	,68	
SAA 4 Estou satisfeito com as condições para estudar que a minha instituição me proporciona		,83
SAA 1 Estou satisfeito com a instituição de ensino superior que frequento		,74
SAA 3 Estou satisfeito com as atividades extracurriculares da instituição que frequento		,68
SAA 2 Estou satisfeito com o curso que frequento		,54
Autovalor	2,36	2,22
% de variância explicada	29,5	27,7
% de variância acumulada explicada	43,1	57,2

SP- Satisfação Pessoal; SAA - Satisfação com Ambiente Acadêmico; (a) Método de Rotação Ortogonal - Varimax, com Normalização de Kaiser.

Os fatores gerados empiricamente são constituídos por itens que representam as características intrínsecas de cada fator suportados teoricamente. O *Satisfação Pessoal* é composto por itens que representam elementos predominantemente pessoais, a *Satisfação com Ambiente Acadêmico* avalia parâmetros contextuais da satisfação com a vida acadêmica.

A validade convergente

A validade convergente investigou-se com a medida auto classificação do desempenho acadêmico usando o coeficiente de correlação de *Spearman*. A Tabela 5.6 apresenta os resultados da correlação, entre as subescalas da ESVA e o desempenho acadêmico. Verifica-se que existem correlações significativas, positivas, entre desempenho acadêmico a ESVA, de maior intensidade em Satisfação Pessoal.

Tabela 5. 6 *Correlações Spearman entre ESVA e desempenho académico*

ESVA	Desempenho Académico ^(c)
	<i>rho</i>
Satisfação Pessoal ^(a)	,41**
Satisfação com Ambiente Académico ^(b)	,24**
ESVA Total (8 itens)	,36**

**p <0,01 (*bilateral*); ^(a) 4 itens ^(b) 4 itens; ^(c) auto classificação; n=500

2.3. Comentário

Os estudos realizados às características psicométricas da ESVA, a nível de fidelidade e validade são no geral bons e mostraram que a escala é fiável e válida, pelo que este instrumento pode ser considerado adequado para medir a satisfação com a vida académica em EES. Destaca-se que por ser muito breve, pode ser uma importante alternativa na investigação, uma vez instrumentos existentes são muito extensos ou exaustivos. De futuro devem realizar-se estudos mais aprofundados da ESVA.

3. Organização do Questionário -IEES

O Inquérito para Estudantes do Ensino Superior- IEES contém a totalidade dos itens, variáveis e medidas usadas no estudo principal. Está organizado por secções com afinidades teóricas e de aceitabilidade. Após a seleção e agregação da totalidade das variáveis que se desejava estudar, o IEES foi submetido à apreciação de um painel de juízes (investigadores e peritos em saúde mental), que atestaram a sua adequação e coerência face ao fenómeno e população em estudo, simplicidade e amplitude (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2011).

O IEES foi aplicado a um grupo de cinco estudantes, usando o método “*Thinking aloud Method*” (Someren et al., 1994), com o intuito de validar a sua compreensão e clareza, evitando interpretações no sentido diferente do pretendido. Deste teste resultaram pequenas adaptações do léxico de algumas questões, simplificação de frases e ligeiros ajustes para se adequarem ao formulário *online*. Esta versão corrigida, foi posteriormente testada na plataforma *online* por sete EES (não incluídos na amostra) para verificar a sua segurança e aceitação. O teste demonstrou a segurança do IEES, tendo sido apenas alterada a ordem das secções para se tornar mais apelativo e minimizar desistências.

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização da Amostra

1.1. Características sociodemográficas relacionais e académicas

A Tabela 6.1 descreve-se a amostra, que é maioritariamente do género feminino, com média de idade 19,6 anos (DP=1,68), maioritariamente solteiros e com relação íntima/namoro estável e satisfatória. Os participantes pertencem maioritariamente à Classe Média Baixa. Metade da amostra coabita com os pais (52,7%), com colega/amigo (27,3%), com familiares (10,4%), 4,1% vive sozinho, 3,2% com namorado(a) /companheiro(a) e apenas 2,3% tem outra situação.

Aproximadamente um terço está deslocado de casa, e desses a maioria vive com colegas/amigos (67,4%). Dos não deslocados a maioria coabita com os pais (294). Dos deslocados, cerca de metade (44,6%) vai todos os fins-de-semana a casa, um quarto vai duas vezes por mês e 15,8% vai unicamente nas pausas escolares. A maioria não trabalha e quem o faz trabalha entre 1 a 60 horas por semana (M=21 horas; DP=13,33).

A maioria refere não existir história de doença mental na sua família e cerca de um quarto têm familiares com doença mental. A *depressão* é o tipo de problema mais identificado pelos participantes nos familiares, representando 13,4% da totalidade da amostra, *outros problemas psiquiátricos*, abrange 6,1%, com *esquizofrenia* 3,8%, e *alcoolismo* e *suicídio* ambos com 3%.

Mais de metade frequenta o 2º ano, e 82,7% frequenta o Ensino Superior Público, dos quais 43,6% são do Politécnico e 35,2% do ensino Universitário, e 3,9% do Militar e Policial. Dos 17,3 % do ensino privado apenas 0,45% são do Universitário. O tipo de curso/áreas⁵³ frequentado é maioritariamente da Saúde, os restantes frequentam cursos de diferentes áreas. A quase totalidade (97,3%) percebe o seu desempenho académico como positivo, apenas uma percentagem residual o considera como medíocre.

⁵³ Tipologia de Áreas/Cursos da Direção Geral do Ensino Superior
<http://www.dges.mec.pt/guias/indarea.asp>

Tabela 6. 1 *Características sociodemográficas, relacionais e académicas da amostra*

Género	Total n= 560		Ano	Total n= 56	
	N	(%)		N	(%)
Feminino	446	79,6	1º Ano	274	48,9
Masculino	114	20,4	2º Ano	286	51,1
Idade	N	(%)	Área de Estudo /Cursos	N	(%)
18-20	428	76,4	Saúde	343	61,3
21-24	132	23,6	Saúde N/ Saúde	217	38,8
Estado Civil	N	(%)	Desempenho Académico	N	(%)
Solteiro	556	99,3	Medíocre	15	2,7
União de Facto	2	0,4	Suficiente	123	22,0
Casado	2	0,4	Bom	341	60,9
Divorciado	0	0,0	Muito bom	74	13,2
Relação íntima/namoro	N	(%)	Excelente	7	1,3
Não tem	266	47,5	Tipo de Ensino	N	(%)
Estável e Satisfatória	241	43,0	Universitário⁽¹⁾	199	35,5
Curta e Ocasional	26	4,6	Público	197	35,2
Pouca Satisfatória	13	2,3	Privado	2	0,3
Tensa ou Conflituosa	14	2,5	Politécnico⁽²⁾	339	60,5
Trabalha	N	(%)	Público	244	43,6
Não trabalha	486	86,79	Privado	95	17,0
Trabalha e estuda ^(a)	74	13,2	Militar e Policial	22	3,9
Situação de Residência	N	(%)	Nível Socioeconómico^(b)	N	(%)
Não Deslocado	376	67,1	Classe I - Alta	18	3,2
Deslocado	184	32,9	Classe II - Média Alta	146	26,1
Familiar Doença Mental	N	(%)	Classe III - Média	184	32,9
Não tem	441	78,7	Classe IV - Média Baixa	209	37,3
Tem	119	21,3	Classe V - Baixa	3	0,5

^(a)Horas de trabalho por Semana; ^(b) Índice de Graffar; (1) Inclui estabelecimentos não integrados em universidades; (2) Inclui estabelecimentos não integrados em institutos politécnicos, bem como unidades orgânicas de ensino politécnico integradas em universidades.

1.2. Os Comportamentos de saúde

A Tabela 6.2. apresenta os resultados da distribuição dos comportamentos de saúde estudados. A maioria dos participantes refere que não foi a consultas de SM, e os que tiveram foi de psicologia num consultório privado. A quase totalidade referiu nunca ter tentado ou

feito mal a si próprio, mas 56 já o fizeram. A maioria não toma medicamentos e quase metade refere tomar Analgésicos. Pratica exercício físico/desporto a maioria e uma elevada percentagem, não pratica, quem pratica a maioria fá-lo duas a três vezes por semana. A maioria dorme apenas 6 a 7 horas por dia, que a maioria considera não ser o suficiente.

Tabela 6. 2. *Comportamentos de saúde da amostra*

Consulta de Saúde Mental*	Total n=560		Local da consulta	Total n=560	
	N	(%)		N	(%)
Não	485	86,6	Consultório privado	46	65,7
Sim	75	13,4	Hospital	15	21,4
Psicologia	50	8,9	Centro Saúde Campus	5	7,1
Psiquiatria	21	3,8	Universitário/GAE	3	4,3
Outra	4	0,8	Serviços Sociais CML	1	1,4
Comportamentos auto lesivos^(a)	N	(%)			
Nunca tentei e nunca fiz	504	90,0			
Já tentei	38	6,8			
Fiz 1 vez	6	1,1			
Fiz 2 a 3 vezes	8	1,4			
Fiz mais 3 vezes	4	0,7			
Toma Medicamentos					
Hipnóticos	N	(%)	Analgésicos	N	(%)
Não toma	514	91,8	Não toma	292	52,1
Ocasionalmente	24	4,3	Ocasionalmente	256	45,7
Apenas período de exames	11	2,0	Apenas período exames	1	0,2
2 a 3 vezes por semana	3	0,5	2 a 3 vezes por semana	8	1,4
Diariamente	8	1,4	Diariamente	3	0,5
Antidepressivos	N	(%)			
Não toma	526	93,9			
Ocasionalmente	13	2,3			
Apenas período de exames	4	,7			
Diariamente	17	3,0			
Prática de Exercício Físico**	N	(%)	Horas de sono^{(b)**}	N	(%)
Não Pratica	266	47,5	≥8 horas	33	5,9
Pratica	294	52,5	7h a 8h	205	36,6
Diariamente	59	20,1	6h a 7h	230	41,1
2 a 3 vezes por semana	136	46,3	5h a 6h	80	14,3
1 vez por semana	83	28,2	≤ 5 horas	12	2,1
1 vez por mês ou menos	16		Dorme horas suficientes^{(c)**}		
			Sim	200	35,7
			Não	360	64,3

(a) Já tentou ou fez mal a si próprio? (b) média de horas dormidas por dia; (c) para necessidades; * no último ano; **em tempo de aulas;

1.2.1. Consumos de substâncias psicoativas

A Tabela 6.3 mostra a distribuição dos consumos de tabaco, álcool e substâncias ilícitas dos participantes. Maioritariamente não fumam e quase 15% fuma mais de 10 cigarros por dia. A maioria consumiu álcool no último mês, que foi vinho/sangria. Dos que consumiram álcool a maioria não ficou alcoolizado nenhuma vez. A maioria nunca experimentou drogas, e 25% experimentou-as entre os 13 e os 16 anos, e a média de idade da primeira experiência foi 17 anos (DP=1,69). A *Canábis* /Haxixe/Erva foi a substância mais consumida e nenhum participante experimentou heroína. Dos 38 participantes que consumiram drogas no mês anterior ao estudo, a quase totalidade 37 consumiu *Canábis* /Haxixe/Erva.

Tabela 6. 3. *Consumos de substâncias psicoativas da amostra*

Substâncias lícitas		Total n= 560			
Tabaco	N	(%)	Nº cigarros habitual n=95		
Não fumam	465	83,0			
Fumam	95	17,0	Esporadicamente	33	34,7
			Apenas fim de semana	4	4,2
			5 a 10 cigarros/dia	44	46,3
			Mais de 10 cigarros/dia	14	14,7
Álcool ^(c)	N	(%)			
Não Consumiu	251	44,8			
Consumiu	309	55,2			
Nº copos de vinho/sangria^(a)	n=309		Média de cervejas^(a)	n=309	
Não se aplica, não bebi	115	37,2	Não se aplica, não bebi	140	45,3
1 a 5 copos	134	43,4	1 a 2 cervejas	102	33,0
3 a 5 copos	43	13,9	3 a 5 cervejas	40	12,9
6 a 10 copos ou mais	17	5,5	6 a 10 cerveja ou mais	27	8,7
Média de bebidas espirituosas/destiladas /shots ^(b)	n=309		Nº vezes alcoolizado ^(c)	n=309	
Não se aplica, não bebi	161	52,1	Nenhuma vez	186	60,2
1 a 2 bebidas	118	38,2	1 vez	81	26,2
3 a 5 bebidas	23	7,4	2 a 3 vezes	35	11,3
6 a 10 bebidas ou mais	7	2,3	4 a 5 vezes	7	2,3
Substâncias Ilícitas	n=164				
Consumiu Drogas ^(c)	N	(%)	Frequência ^(c)	n=38	
Não	126	76,8	Ocasionalmente	24	63,2
Sim	38	23,2	2 a 3 vezes por semana	10	26,3
			Diariamente	4	10,5

^(a) Bebidas por semana; ^(b) Bebidas por semana (1 copo/1 shot=1 bebida); ^(c) no último mês

1.3. A Satisfação com o suporte social

A satisfação com suporte social, foi analisada com recurso à Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS). Quanto mais elevados os resultados na ESSS, maior a satisfação percebida. Responderam a este instrumento 518 participantes. A Tabela 6.4 apresenta os valores obtidos na amostra com a ESSS. A pontuação obtida na ESSS Escala Total corresponde a um nível de satisfação com suporte social alto.

Pode-se constatar que a subescala com valor mais baixo foi Atividades Sociais e a mais elevada em Satisfação com os Amigos. A média e o valor mínimo de satisfação com suporte social são superiores ao valor médio da cotação da ESSS (37).

Tabela 6. 4. *Estatísticas descritivas da ESSS e subescalas, da amostra*

Subescalas ESSS	Mínimo	Máximo	M	DP
Satisfação com os Amigos (SA) ^(a)	5	25	18,70	3,89
Intimidade (IN) ^(b)	4	20	15,00	4,04
Satisfação com a Família (SF) ^(c)	3	15	10,67	2,94
Atividades Sociais (AS) ^(d)	3	15	7,90	2,98
Escala Total^(e)	21	74	52,27	10,29

^a 5 itens[5; 25]; ^b 4 itens[4;20]; ^c 3 itens[3;15]; ^d 3 itens[3;15]; ^e 15itens[15;75] $\alpha = 0,85$; n= 518

1.4. A Satisfação com a vida académica

A satisfação com a vida académica foi examinada com recurso à Escala de Satisfação com Vida Académica (ESVA), cuja pontuação total corresponde ao somatório das pontuações dos oito itens. Quanto mais alto o valor da pontuação, maior a perceção de satisfação académica. Responderam à ESVA 500 participantes.

Os resultados da Tabela 6.5 mostram valores elevados de satisfação com a vida académica, a média das respostas da amostra situa-se quase 10 pontos acima do valor médio possível da escala ESVA - 20. Os participantes revelam valores semelhantes nas duas dimensões da satisfação com a vida académica, embora discretamente superiores em Satisfação Pessoal.

Tabela 6. 5 Estatísticas descritivas da ESVA, na amostra

Subescalas ESVA	Mínimo	Máximo	M	DP
Satisfação Pessoal (SP) ^(a)	10	40	14,61	2,92
Satisfação com Ambiente Académico (SAA) ^(b)	8	40	14,59	3,19
ESVA Total ^(c)	10	40	29,20	5,33

^(a) 4 Itens[4;20]; ^(b) 4 itens[4;20]; ^(c) 8 itens[8;40] $\alpha=0,80$; n=500

1.5. Os Acontecimentos de vida negativos

Os acontecimentos de vida negativos foram analisados com recurso ao Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV-N), primeiramente quanto à presença, discriminada por subescalas (Ambiente Familiar Adverso; Abuso Psicológico; Separações e Perdas; Abuso Físico e Sexual) ou categorias de acontecimentos negativos. Num segundo ponto apresentam-se os resultados quanto à severidade, avaliada por medidas globais - três Índices de Severidade (IGA -Índice Global; IPA - Índice de Presença; ISA - Índice de Severidade de AVN).

De salientar que a valores mais elevados nos resultados do IAV-N, corresponde maior frequência de acontecimentos negativos e maior severidade percebida pelos participantes. Responderam a este instrumento 487 participantes.

1.5.1. Presença

A presença de acontecimentos negativos foi medida pelas quatro subescalas do IAV-N, cujos resultados se visualizam na Tabela 6.6.

A média os resultados brutos (RB) na Escala Total situou-se bastante abaixo do ponto médio, o que revela baixa presença de acontecimentos de vida negativos na amostra. A média de presença de acontecimentos negativos com valor mais baixo é relativa a Abuso Físico e Sexual e a mais alta verifica-se em Abuso Psicológico.

Destaca-se que em termos médios, todas as subescalas apresentam resultados médios inferiores a 1, tendo em consideração que 0 representa nunca e 4 muitas vezes.

Tabela 6. 6 Estatísticas descritivas das subescalas do IAV-N, na amostra

Subescalas IAV-N	Mínimo	Máximo	M	DP
Ambiente Familiar Adverso ^a	0	2,00	0,37	0,37
Abuso Psicológico ^b	0	2,60	0,59	0,65
Separações e Perdas ^c	0	2,33	0,57	0,50
Abuso Físico e Sexual ^d	0	2,50	0,33	0,38
Escala Total (RB) (25 itens) *	0	45	12,09	8,71

^a 9 itens[0;36]; ^b 6 itens[0;20]; ^c 6 itens[0;24]; ^d 4 itens[0;16]; Escala Total[0;100]; * $\alpha = 0,83$; n=487

1.5.2. Severidade

Os resultados das características descritivas dos três Índices de Severidade, apresentam-se na Tabela 6.7, conforme descrito anteriormente (Capítulo 3, ponto 3). A média do Índice Global de AVN situa-se em 1,41 (DP=1,34) correspondendo a impactos negativos baixos.

No Índice de Presença revelam número de ocorrências de valores baixos (0 e 21), com uma média de presenças de 7,27 (DP=7,24). O Índice de Severidade obteve os valores mais elevados que variaram entre um mínimo de 1 e um máximo de 10,5, situando-se a média abaixo do valor médio possível, revelando baixos impactos negativos. Se compara o IGA (1,41) com ISA (4,19) verifica-se que a média do segundo é superior, refletindo o impacto negativo dos acontecimentos de vida vividos pelos participantes.

Tabela 6. 7 Estatísticas descritivas dos índices de severidade do IAV-N, na amostra

Índices do IAV-N	Mínimo	Máximo	M	DP
Índice Global de AVN (IGA) ^(a)	0	7,56	1,41	1,34
Índice de Presença de AVN (IPA)	0	21	7,27	7,24
Índice de Severidade de AVN (ISA)	1,00	10,50	4,19	2,19

^(a) Amplitude [0;20] - n=487

1.6. A Vulnerabilidade psicológica

A vulnerabilidade psicológica foi estudada com recurso à Escala de Vulnerabilidade Psicológica (EVP)⁵⁴. Quanto mais altos os valores da pontuação da EVP [varia 5 e 30], maior a

⁵⁴ Traduzida e validada no âmbito do presente estudo (ver capítulo 4)

vulnerabilidade psicológica percebida. Responderam 512 participantes. As pontuações obtidas com a EVP variaram entre um mínimo 6 e máximo e 30, e a média situa-se em 16,60(DP=5,25), revelando bastante vulnerabilidade psicológica, para alguns participantes.

1.7. A Percepção de vulnerabilidade

A percepção de vulnerabilidade (PV) foi avaliada com recurso a uma questão “*Considera-se uma pessoa vulnerável relativamente à sua saúde mental*” de resposta numa escala tipo *Likert* (1=nada a 5=extremamente vulnerável). Responderam 481 participantes. Os resultados variaram entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, revelam a média de 2,04 (DP=0,97), indicando que a maioria dos participantes da amostra não se percebe como vulnerável.

2. Estatística Bivariada

2.1. Nível de saúde mental

O ISM Global corresponde ao score total ou Índice de Saúde Mental. Quanto mais elevado melhor a SM. Responderam 560 participantes. A Tabela 6.8 mostra os resultados obtidos nas 7 subescalas do ISM. Na dimensão positiva - Bem-Estar Psicológico [14; 84], na dimensão negativa - *Distress* Psicológico [24; 144] e no ISM-Escala Total[38; 228].

Tabela 6. 8 Estatísticas descritivas das subescalas, dimensões e do ISM Global

Subescalas ISM	Mínimo	Máximo	Média	DP
<i>Distress Psicológico</i> (24 itens) $\alpha=0,95$	47	141	107,41	19,42
Ansiedade ^(a)	12	59	41,64	8,90
Depressão ^(b)	6	30	22,34	4,44
Perda de Controlo Emocional/Comportamental ^(c)	19	54	42,43	7,36
Bem-Estar Psicológico (14 itens) $\alpha=0,92$	18	81	52,46	11,70
Afeto Geral Positivo ^(d)	12	65	40,10	9,44
Laços Emocionais ^(e)	4	18	12,36	3,33
ISM Global (38 itens) *	67	216	158,87	29,49

^(a)10 itens [10;60]; ^(b) 5 itens [5;30]; ^(c) 9 itens [19;54]; ^(d) 11 itens[11;66]; ^(e) 3 itens[3;18]; * $\alpha=0,96$; $n=560$

Caraterizada a ISM global pretendeu-se verificar diferenças entre grupos de participantes com diferentes níveis de SM. Tratando-se de população estudantil para diferenciar indivíduos com melhor ou pior saúde mental é suficiente usar pontos de corte com um desvio padrão para mais ou para menos (Pais Ribeiro, 2011). Recodificaram-se as pontuações do ISM (total) em 3 níveis: Baixo; Moderado; Elevado, conforme as fórmulas:

- 1- Nível Baixo = Ponto de corte inferior (Média – 1 Desvio Padrão)
- 2- Nível Moderado = Média obtida no ISM
- 3- Nível Elevado = Ponto de corte superior (Média + 1 Desvio Padrão).

Na Tabela 6.9 constata-se que a maior percentagem dos participantes se encontra no nível Moderado e que quase 17% se situam no nível baixo.

Tabela 6. 9. *Distribuição amostra por níveis de saúde mental*

Nível ISM	Amostra total	
	N	%
Baixo	93	16,6
Moderado	379	67,7
Elevado	88	15,7
Total	560	100,0

A análise da Tabela 6.10 mostra uma diferença de 59 pontos entre os valores de saúde mental global dos grupos com nível baixo e elevado. Na dimensão positiva esse valor é de 23 pontos e na negativa é de 38 pontos. Na subescala Ansiedade obtiveram-se os valores mais altos da saúde mental negativa seguida da Perda de Controlo Emocional/Comportamental.

Tabela 6. 10 *Médias obtidas nas subescalas-ISM por nível de SM*

Subescalas ISM	Nível de SM		
	Baixo	Moderado	Elevada
Distress Psicológico	126,83	107,41	88,00
Ansiedade	50,54	41,64	32,74
Depressão	26,78	22,34	17,90
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	49,79	42,43	35,07
Bem-estar Psicológico	40,76	52,46	64,16
Afeto Geral Positivo	30,66	40,10	49,54
Laços Emocionais	9,03	12,36	15,69
ISM Global	129,38	158,87	188,36

2.2. Relação com características sociodemográficas, relacionais e académicas

Apresentam-se os resultados das estatísticas das medidas usadas para estudar a relação com características sociodemográficas, relacionais e académicas que resultaram em variáveis.

Género

As diferenças entre géneros foram estudadas com recurso aos testes T. Os resultados apresentados na Tabela 6.11, mostram que se verificam diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas do ISM, à exceção da subescala de laços Emocionais.

Os participantes do género masculino tendem a apresentar melhores resultados que as participantes do género feminino, o que corresponde a melhores níveis de saúde mental.

Tabela 6. 11 *Comparação da saúde mental-ISM por género*

Subescalas ISM	Amostra	Género		Teste T
	Total n=560	Feminino n=446	Masculino n=114	
	M	M	M	
Distress Psicológico	107,41	105,94	113,17	-3,59**
Ansiedade	41,64	40,98	44,21	-3,50**
Depressão	22,34	22,13	23,18	-2,25*
Perda de Controlo Emocional/ Comportamental	42,43	41,83	44,78	-3,87**
Bem-Estar Psicológico	52,46	51,87	54,77	2,37*
Afeto Geral Positivo	40,10	39,56	42,22	2,70**
Laços Emocionais	12,36	12,31	12,55	,74
ISM Global	158,87	156,81	166,94	3,30**

* p <0,05; ** p <0,01

Idade

Para investigar a relação entre idade e o ISM, foi usado o teste T. Não se verificam diferenças significativas entre ISM e os escalões etários a nenhum nível.

Nível Socioeconómico (NSE)

Para averiguar a relação entre NSE e o ISM, procedeu-se às comparações entre médias, análise de variâncias - ANOVA *One-Way*. Na Tabela 6.12 observa-se que as estatísticas F foram significativas pelo que se conclui que o NSE teve um efeito estatisticamente significativo ao nível de todas as escalas da dimensão negativa da ISM e ISM Global.

De acordo com os testes *Post-hoc* de Bonferroni conduzidos para diferenciar médias, os participantes de NSE-Elevado tendem a apresentar valores mais elevados de ISM Global que os de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,011$) e, os de NSE-Médio tendem a ter valor superior aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,025$). No *Distress* Psicológico os participantes de NSE-Elevado têm níveis significativamente inferiores aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,005$), e os de NSE-Médio têm níveis significativamente inferiores aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,006$).

Na Ansiedade os participantes de NSE-Elevado tendem a ter um valor significativamente inferior aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $p=0,038$). Na Depressão os participantes de NSE-Elevado tendem a ter valores significativamente inferiores aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,01$), e os de NSE-Médio inferior aos NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,01$).

Na Perda de Controlo os participantes de NSE-Elevado têm valor significativamente inferior aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,005$), e os de NSE-Médio tendem a ter valor inferior aos de NSE-Baixo (Bonferroni; $\alpha=0,008$).

Tabela 6.12 *Comparação da saúde mental-ISM por NSE- ANOVA One-way*

Subescalas ISM	Nível Socioeconómico			F
	Baixo (n=3)	Médio (n=359)	Elevado (n=18)	
	M	M	M	
<i>Distress Psicológico</i>	111,17	107,47	73,00	5,13**
Ansiedade	43,17	41,65	29,33	3,16**
Depressão	22,88	22,38	13,00	6,93**
Perda de Controlo Emocional /Comportamental	41,11	42,44	29,67	5,06**
Bem- Estar Psicológico	42,00	52,37	57,06	2,62^{ns}
Afeto Geral Positivo	32,33	40,02	44,00	2,59 ^{ns}
Laços Emocionais	9,67	12,35	13,06	1,38 ^{ns}
ISM Global	114,00	158,84	167,22	4,24**

** $p < 0,01$; ^{ns} não significativo

Relação íntima/namoro

Os testes T, apresentados na Tabela 6.13, mostram diferenças significativas de saúde mental ao nível de Laços Emocionais e do Bem-Estar Psicológico. Os participantes que têm uma relação íntima/namoro tendem a ter valores superiores de saúde mental aos que não a têm na subescala LE e na subescala Bem-Estar Psicológico.

Tabela 6. 13. *Comparação da saúde mental-ISM por relação íntima/namoro*

Subescalas ISM	Relação íntima/namoro		Teste T
	Não tem (n=266)	Tem (n=294)	
	M	M	
Distress Psicológico	107,76	107,03	-0,44
Ansiedade	41,75	41,51	-0,31
Depressão	22,43	22,25	-0,47
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	42,58	42,26	-0,51
Bem-Estar Psicológico	50,55	54,20	3,74**
Afeto Geral Positivo	39,65	40,51	1,07
Laços Emocionais	10,89	13,69	10,93**
ISM Global	156,57	160,96	1,76

** $p < 0,01$

Situação de Residência

Investigaram-se as possíveis diferenças relativas à situação de residência, entre estudantes deslocados e não deslocados em tempo de aulas, amostra. Os resultados indicaram que não se verificam diferenças significativas a nenhum nível do ISM.

Coabitação

As comparações entre diferentes tipos de coabitação em tempo aulas evidenciaram diferenças significativas na subescala LE (*One-way ANOVA*; $F(5)=3,250$; $p=0,07$). Os testes *Post hoc de Bonferroni* mostraram que os participantes que coabitam com um namorado(a)/companheiro(a) tendem a ter resultados mais elevados em LE do que quem coabita com os pais, com familiares, colegas/amigo, sozinhos ou outros (Bonferroni; $p < 0,05$).

História familiar de doença mental

Na Tabela 6.14 observa-se que os participantes com história familiar de doença mental têm resultados em saúde mental pior aos que referem não ter familiares doentes. Na dimensão negativa, quem tem familiares com doença mental têm valores significativamente superiores a quem não tem, indicando mais *distress* psicológico. Constata-se que ao nível da dimensão positiva – Bem-estar psicológico nenhuma dimensão foi significativa.

Tabela 6. 14. *Comparação entre ISM por história familiar de doença mental*

Subescalas ISM	Familiar com Doença Mental		Teste T
	Tem (n=119)	Não tem (n=441)	
	M	M	
Distress Psicológico	108,32	104,02	-2,16*
Ansiedade	41,95	40,45	-1,64*
Depressão	22,55	21,57	-2,15*
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	42,82	40,99	-2,41*
Bem-Estar Psicológico	51,00	52,86	1,54^{ns}
Afeto Geral Positivo	38,87	40,44	1,60 ^{ns}
Laços Emocionais	12,13	12,42	,87 ^{ns}
ISM Global	154,02	160,18	2,03*

* $p < 0,05$; ^{ns} não significativo

Tipo de Ensino

Para comparar a saúde mental pelos vários tipos de ensino procedeu-se à análise de variâncias ANOVA *One-way*. Verificam-se diferenças significativas entre participantes dos diferentes tipos de ensino, ao nível da subescala PCEC, por conseguinte, conduziram-se testes *Post hoc* Bonferroni.

Os participantes que frequentam o Ensino Militar e Policial têm resultados de SM significativamente superiores (Bonferroni; $p < 0,05$) aos estudantes do Ensino Público Universitário, na subescala PCEC (ANOVA *One-way*; $F(4) = 3,613$; $p = ,008$).

Ano que frequenta

A Tabela 6.15 mostra as diferenças de SM, por ano frequentado. Os T teste mostram diferenças significativas entre o 1º e 2º ano nas subescalas Depressão, ISM Escala Total, e nas subescalas AGP e BEP.

Os participantes que frequentam o 1º ano têm valores de saúde mental significativamente superiores aos do 2º ano, em Depressão, Afeto Geral Positivo, Bem-Estar Psicológico e ISM Global. Sendo os valores mais elevados na dimensão positiva.

Tabela 6. 15. *Comparação da saúde mental- ISM, por ano frequentado*

Subescalas ISM	Ano		Teste T
	1º ano (n=274)	2º ano (n=286)	
	M	M	
Distress Psicológico	106,01	108,87	1,75
Ansiedade	41,20	42,09	1,18 ^{ns}
Depressão	21,97	22,73	2,03*
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	41,84	43,05	1,95 ^{ns}
Bem-Estar Psicológico	54,01	50,98	3,09**
Afeto Geral Positivo	41,42	38,84	3,27**
Laços Emocionais	12,59	12,14	1,61 ^{ns}
ISM Global	161,88	155,99	2,37*

*p < 0,05; **p < 0,01; ^{ns}: não significativo;

Desempenho Académico

Para investigar as relações entre saúde mental-ISM e auto classificação do desempenho académico dos participantes recorreu-se à correlação *Spearman*, os resultados observam-se na Tabela 6.16. Verifica-se uma correlação significativa com todas as escalas do ISM.

No Bem-estar a relação mais forte verifica-se com Afeto Geral Positivo e no Distress com Perda de Controlo Emocional/Comportamental. As correlações variaram entre um valor mais baixo na subescala Ansiedade o mais alto verificado na subescala Afeto Geral Positivo.

Tabela 6. 16 Correlação *Spearman* entre saúde mental-ISM e desempenho académico

Subescalas ISM	Desempenho académico ^(a) <i>rho</i>
Distress Psicológico	-,19**
Ansiedade	-,14**
Depressão	-,19**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	-,21**
Bem-Estar Psicológico	,27**
Afeto Geral Positivo	,28**
Laços Emocionais	,17**
ISM Global	,23**

* **p < 0,01; ^(a)Auto classificação

2.2.1. Relação entre nível de saúde mental e características sociodemográficas, relacionais e académicas

Para testar possíveis associações entre os três níveis de SM e as variáveis sociodemográficas, relacionais e académicas, que demonstraram uma relação prévia significativa foi utilizado o *Qui-quadrado*. Na Tabela 6.17 apresentam-se os resultados onde se verifica que existe uma associação significativa entre os diferentes níveis de saúde mental e o género, relação íntima/namoro, NSE e desempenho académico.

Destaca-se que não se verificam associações significativas entre o nível de SM e as variáveis: ano frequentado, tipo de ensino e escalão etário ($p > 0,05$).

Tabela 6. 17. Associação entre nível de SM, sociodemográficas, relacionais e académicas

		χ^2	<i>g.l.</i>	<i>P</i> (<i>bilateral</i>)
	Género	9,18	2	,010*
	Escalão Etário	1,27	2	,529
Nível SM	Relação Íntima/Namoro	44,87 ^a	8	,000**
	Nível Socioeconómico (NSE)	12,96 ^a	4	,017*
	Ano	1,58	2	,453
	Desempenho Académico	26,69 ^a	8	,002**
	Tipo de Ensino	5,14 ^a	4	,270

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^a Qui-quadrado na variante de simulação de Monte Carlo

Verificando-se uma associação significativa prévia entre género e o nível de SM, investigou-se quais as associações entre os três grupos de SM. Os participantes do género masculino apresentam um ISM tendencialmente mais elevado ($R_{Ajust}=2,9$). Também os participantes com relação estável/satisfatória tendem a ter um ISM-Elevado ($R_{Ajust}=2,1$) e os participantes com relações curtas e ocasionais, pouco satisfatórias e, tensas e conflituosas, tendem a ter um ISM-Baixo ($R_{Ajust}=3,6$; 2,9; 3,4 respetivamente).

Os participantes de NSE-Alto tendem a ter um ISM-Elevado ($R_{Ajust}=2,1$), os participantes de NSE-Médio tendem a ter um ISM-Moderado ($R_{Ajust}=3,0$) e os participantes de NSE-Baixo tendem a ter ISM-Baixo ($R_{Ajust}=2,3$). Dada a associação significativa entre o desempenho académico e nível de SM investigaram-se as diferenças entre diferentes classificações. Os participantes que se auto classificam como Medíocre e Suficiente tendem a ter um ISM-Baixo

($R_{\text{ajust}}=2,5$; $2,6$ respetivamente), quem se classifica como Muito Bom tende a ter um ISM-Elevado ($R_{\text{ajust}}=2,9$).

2.3. Relação com comportamentos de saúde

Apresentam-se os resultados das medidas usadas para estudar a relação com comportamentos de saúde que resultaram em variáveis.

Exercício Físico

Para analisar a relação entre a prática de exercício físico e a saúde mental foi calculado o T Teste. Na Tabela 6.18 podemos observar os resultados da saúde mental, entre participantes que praticam e não praticam exercício físico. Constata-se diferenças significativas entre participantes que afirmam praticar e não praticar exercício físico à exceção da subescala Laços Emocionais. Os que praticam exercício físico tendem a ter resultados médios de saúde mental significativamente superiores aos que não praticam.

Tabela 6. 18 *Comparação da saúde mental por prática de exercício físico*

Subescalas ISM	Exercício Físico		Teste T
	Pratica (n=294)	Não pratica (n=266)	
	M	M	
Distress Psicológico	104,60	109,95	3,26**
Ansiedade	40,28	42,86	3,44**
Depressão	21,77	22,87	2,95**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	41,55	43,22	2,68**
Bem-Estar Psicológico	54,08	50,68	3,47**
Afeto Geral Positivo	41,65	38,39	4,14**
Laços Emocionais	12,43	12,29	,51 ^{NS}
ISM Global	163,03	154,28	3,54**

**p <0,01; ^{NS} não significativo

Horas de Sono

A Tabela 6.19 mostra os resultados da correlação *Spearman* entre a saúde mental e a média de horas dormidas em tempo de aulas na amostra. Constata-se uma correlação negativa e significativa entre a média de horas de sono dormidas e todas as subescalas da

dimensão negativa, e uma relação positiva e significativa com todas as subescalas da dimensão positiva. A relação mais forte verifica-se entre a média de horas de sono dormidas e a subescala Ansiedade.

Tabela 6. 19. *Comparação da saúde mental por horas de sono dormidas*

Subescalas ISM	Horas de Sono ^(a) rho
Distress Psicológico	-,21**
Ansiedade	-,23**
Depressão	-,18**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	-,16**
Bem-Estar Psicológico	,20**
Afeto Geral Positivo	,20**
Laços Emocionais	,10*
ISM Global	,21**

*p < 0,05; **p < 0,01; (a) média de horas que dorme por dia em tempo de aulas;

Consulta de Saúde Mental

Para analisar as diferenças da saúde mental-ISM, entre participantes que tiveram ou não consultas de saúde mental no último ano, conduziu-se análise de variância-ANOVA. Encontraram-se diferenças significativas entre participantes que tiveram e não tiveram consulta de saúde mental em todas as subescalas e dimensões do ISM.

Por conseguinte, conduziram-se testes *Post hoc* de Bonferroni que assinalaram diferenças significativas em Laços Emocionais entre grupos de participantes que não tiveram qualquer consulta e os que tiveram consulta de Psiquiatria (Bonferroni; p < 0,01). A SM é superior em Laços Emocionais em quem teve consulta de Psiquiatria. Nas restantes escalas verificaram-se diferenças significativas entre quem teve ou não consulta de Psicologia e Psiquiatria. Quem teve consulta de Psiquiatria, tem níveis de SM mais baixos do que quem teve consulta de psicologia (Bonferroni; p < 0,01).

Comportamentos auto lesivos-CAL

Para estudar a relação entre comportamento auto lesivo, no último ano, e a saúde mental foi usado o coeficiente de correlação de *Spearman*. A Tabela 6.20 mostra que se verifica correlação negativa significativa entre os CAL a SM positiva e ISM global.

Todas as correlações com distress são positivas, sendo que a de valor mais elevado

verifica-se com Perda de Controlo Emocional e Comportamental.

Tabela 6. 20. *Comparação da saúde mental, por CAL*

Subescalas ISM	Comportamento Auto lesivo ^(a)
	<i>rho</i>
Distress Psicológico	,35**
Ansiedade	,32**
Depressão	,34**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	,36**
Bem-Estar Psicológico	-,29**
Afeto Geral Positivo	-,27**
Laços Emocionais	-,24**
ISM Global	-,35**

** $p < 0,01$; ^(a) no último ano

Consumo de fármacos

Investigaram-se as relações entre a saúde mental de quem toma vs não toma fármacos do tipo Hipnóticos, Analgésicos e Antidepressivos. Os resultados patentes na Tabela 6.21 mostram diferenças significativas entre participantes que tomam e não tomam os diferentes tipos de fármacos, em todas as subescalas e dimensões do ISM.

Os dados indicam que quem toma Antidepressivos têm médias de SM inferiores a quem não toma, e inferiores aos que tomam Analgésicos e Hipnóticos.

Tabela 6. 20. *Comparação das médias de ISM, por toma fármacos ANOVA One-way*

Subescalas ISM	Tipo Fármacos								
	Hipnótico			Analgésico			Antidepressivo		
	Sim	Não	F	Sim	Não	F	Sim	Não	F
Distress Psicológico	108,65	93,96	6,75**	110,81	91,64	9,38**	108,88	85,49	18,70**
Ansiedade	42,19	35,18	6,29**	43,16	36,19	7,59**	42,25	32,41	15,47**
Depressão	22,63	19,18	7,20**	22,87	19,15	5,67**	22,67	18,12	17,41**
Perda de Controlo ^(a)	42,82	38,60	5,35**	43,79	35,31	11,85**	42,96	33,97	17,27**
Bem- Estar Psicológico	47,43	52,97	3,20*	43,85	53,53	5,13**	43,10	53,15	11,28**
Afeto Geral Positivo	35,38	40,49	2,90*	33,73	41,02	4,65**	32,96	40,65	11,33**
Laços Emocionais	11,00	12,48	2,51*	10,12	12,52	3,65**	10,15	12,49	5,40**
ISM Global	140,39	160,62	5,84**	134,50	163,35	8,20**	127,60	161,02	17,52**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; F -ANOVA One-way; ^(a)Emocional/Comportamental

Por conseguinte investigaram-se as diferenças existentes entre os diferentes padrões de toma de cada fármaco. Os testes *Post hoc* de *Bonferroni* revelaram que os participantes que não tomam fármacos apresentam resultados significativamente superiores de saúde mental, aos que tomam ocasionalmente, em todas as subescalas do ISM. Verificam-se diferenças significativas entre participantes com diferentes níveis de consumo de fármacos em todas as subescalas e dimensões do ISM. Para todos os fármacos a saúde mental é superior nos participantes com tomas menos frequentes.

Consumo de substâncias psicoativas

Os resultados mostram que existem diferenças significativas entre os participantes que ficaram e não ficaram alcoolizados, no último mês, ao nível da subescala Laços Emocionais (teste T; T(307)=2,212; p=0,28). Quem não ficou alcoolizado, no último mês, apresenta valores médios de saúde mental superiores na subescala Laços Emocionais.

2.3.1. Relação entre nível de saúde mental e comportamentos de saúde

Para testar as possíveis associações entre os níveis de SM (Baixo, Moderado, Elevado) e comportamentos de saúde foi utilizado o teste do *Qui-quadrado*.

Informa-se que não se verificam associações significativas entre o nível de SM e os consumos de álcool ou drogas no último mês, ter ficado alcoolizado no último mês ou ter história familiar de doença mental. Os resultados das comparações cujas associações foram significativas estão patentes na Tabela 6.21.

Tabela 6. 21. Associação entre o nível de saúde mental e comportamento de saúde

	χ^2	<i>g.l.</i>	<i>p</i> (<i>bilateral</i>)	
Nível SM	Prática de exercício físico	6,85	2	,033*
	Média de horas de sono/dia	31,78 ^a	8	,000**
	Hipnóticos	20,95 ^a	8	,010**
	Analgésicos	24,38 ^a	8	,004**
	Antidepressivos	40,93 ^a	6	,000**
	Consulta de SM ^b	44,59 ^a	8	,000**
	Comportamento auto lesivo ^c	81,05 ^a	8	,000**

*p <0,05; **p <0,01; ^a Qui-quadrado, simulação Monte Carlo; ^b no último ano; ^c Já tentou/fez mal a si próprio?

Existindo uma associação significativa entre a prática de exercício físico/desporto e o nível de ISM, averiguou-se entre que grupos se verificavam as associações. Constatou-se que os participantes que não praticam exercício físico tendem a ter ISM-Baixo ($R_{Ajust}=2,5$).

Investigaram-se quais as associações entre grupos de diferente nível de ISM, consoante o nº de horas dormidas em tempo de aulas. Os dados mostram que quem dorme 7 a 8h tende a ter ISM-Elevado ($R_{Ajust}=2,8$), quem dorme 6 a 7h tende a ter ISM-Moderado ($R_{Ajust}=1,5$), quem dorme 5 a 6h e menos de 5h tende a ter um nível de ISM-Baixo ($R_{Ajust}=3,5$; 2,4).

Verifica-se uma associação significativa entre a toma de Hipnóticos, Analgésicos, Antidepressivos e o nível de ISM. Averiguou-se quais as associações entre diferente nível de ISM e a frequência das tomas dos vários tipos de fármaco. Quem Não Toma Hipnóticos tende a ter um ISM-Elevado ($R_{Ajust}=2,6$), e quem toma Ocasionalmente ou Diariamente tende a ter ISM-Baixo ($R_{Ajust}=3,4$; 1,6 respetivamente). Quem Não Toma Analgésicos tende a ter ISM-Elevado ($R_{Ajust}=3,5$) e quem toma Ocasionalmente, 2 a 3 vezes por semana ou Diariamente tende a ter ISM-Baixo ($R_{Ajust}=1,5$; 1,6; 2,5 respetivamente). Quem Não Toma Antidepressivos tende a ter ISM-Elevado ou Moderado ($R_{Ajust}=2,1$; 3,0 respetivamente) e, quem os toma Ocasionalmente ou Diariamente tende a ter ISM-Baixo ($R_{Ajust}=5,2$; 3,4 respetivamente).

Verificando-se uma associação significativa entre ida a consulta de SM e o nível de ISM, averiguou-se quais as associações entre os grupos de diferente nível de ISM e o tipo de consultas de SM. Quem Não foi consulta de SM tendem a ter ISM-Elevado ou Moderado ($R_{Ajust}=2,3$; 2,3 respetivamente), os que tiveram consulta de psicologia e psiquiatria tendem a ter ISM-Baixo ($R_{Ajust}=2,7$; 5,7 respetivamente).

Constatando-se uma associação significativa entre CAL e o nível de ISM, investigou-se as associações entre grupos de diferente nível de ISM e a frequência de CAL. Os participantes que *Nunca Tentaram* ou *Nunca fizeram mal a si próprios*, tendem a ter um ISM-Elevado ou Moderado ($R_{Ajust}=3,4$ e $R_{Ajust}=3,3$ respetivamente), quem *Já tentou* ou, *já se auto agrediu* mais que 1 vez tende a ter um ISM-Baixo ($R_{Ajust}=5,7$).

2.4. Relação com satisfação com o suporte social

A Tabela 6.22 apresenta os resultados da correlação de *Pearson* obtidos entre ISM e as subescalas da ESSS. Verifica-se que as subescalas e ESSS Total se correlacionam significativamente no sentido esperado com as duas dimensões e o ISM Global.

Os valores de intensidade mais baixa verificam-se entre ISM Global e Atividades Sociais, e os valores mais altos, de moderada intensidade, verificam-se entre o ISM Global e o Bem-Estar Psicológico.

Tabela 6. 22 Correlação Pearson entre o ISM e ESSS

Subescalas ISM	Subescalas ESSS				Escala Total (N=518)
	SA	IN	SF	AS	
Distress Psicológico	-,40**	-,56**	-,35**	-,30**	-,56**
Ansiedade	-,35**	-,47**	-,30**	-,29**	-,49**
Depressão	-,38**	-,53**	-,33**	-,29**	-,53**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	-,40**	-,58**	-,35**	-,27**	-,56**
Bem-Estar Psicológico	,46**	,60**	,41**	,34**	,62**
Afeto Geral Positivo	,46**	,54**	,40**	,33**	,60**
Laços Emocionais	,30**	,57**	,29**	,25**	,49**
ISM Global	,44**	,60**	,39**	,33**	,61**

** $p < 0,01$; SA-Satisfação com os Amigos; IN- Intimidade; SF-Satisfação com família; AS-Atividades Sociais; BEP- Bem-Estar Psicológico

Constatando-se valores de correlação moderada entre o ISM Global e Bem-Estar Psicológico investigaram-se diferenças entre os diferentes níveis de saúde mental e satisfação com o suporte social. A Tabela 6.23 mostra os resultados da ANOVA de *Welsh*, constatando-se diferenças significativas entre os diferentes níveis de ISM em todas as subescalas da ESSS. Os participantes com ISM-Elevado são os que apresentam scores mais elevados em todas as subescalas ESSS (*Scheffe* $< 0,05$). Para todas as subescalas os participantes com níveis ISM-Baixo são os que apresentam menores valores de ESSS, seguidos dos de ISM-Moderado.

Tabela 6. 23 Comparações da média das subescalas da ESSS por níveis SM

Subescalas da ESSS	Nível de Saúde Mental			F (2;515)
	Baixo N=87	Moderado N=349	Elevado N=82	
Satisfação com os amigos	16,38	18,67	21,28	38,37**
Intimidade	11,32	15,11	18,48	142,32 ^(a) **
Satisfação com a Família	9,08	10,65	12,45	31,09**
Atividades Sociais	6,46	7,86	9,60	25,75**
ESSS Total	43,24	52,28	61,80	93,30**

^(a)ANOVA de *Welsh* por não verificação de homogeneidade de variâncias ($F_{(2; 186,991)}$ *Welsh*); ** $p < 0,01$; n =518

2.5. Relação com satisfação com a vida académica

A Tabela 6. 24 mostra que todas as subescalas da dimensão positiva do ISM se correlacionam positiva e significativamente com a ESVA. As correlações mais baixas verificam-se entre Laços Emocionais e Satisfação com Ambiente Académico, as mais fortes ocorrem entre Satisfação com Ambiente Académico e Afeto Geral Positivo, de moderada intensidade. A correlação mais robusta foi obtida entre ESVA total e a subescala Afeto Geral Positivo.

Tabela 6. 24. Correlação Pearson entre saúde mental-ISM e ESVA

Subescalas ISM	ESVA		Escala Total
	SP ^(a)	SAA ^(b)	
Distress Psicológico	-,45**	-,30**	-,42**
Ansiedade	-,36**	-,24**	-,34**
Depressão	-,46**	-,32**	-,45**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	-,47**	-,30**	-,44**
Bem-Estar Psicológico	,52**	,34**	,49**
Afeto Geral Positivo	,53**	,36**	,51**
Laços Emocionais	,34**	,18**	,29**
ISM Global	,50**	,33**	,47**

**p < 0, 01; ^(a) SP- Satisfação Pessoal; ^(b) SAA - Satisfação com Ambiente Académico n=500

Comprovadas a correlação entre ISM Global e a ESVA, investigaram-se as diferenças entre os três níveis de saúde mental e SVA. A Tabela 6.25 mostra diferenças significativas entre participantes dos diferentes níveis de SM em todas as subescalas da ESVA. Os participantes com ISM-Elevado têm Satisfação Pessoal mais elevada.

Tabela 6. 25. Comparações das médias da ESVA por níveis de ISM

Subescalas da ESVA	Nível de Saúde Mental			F (2;497)
	Baixo N=86	Moderado N=337	Elevado N=77	
Satisfação Pessoal	12,60	14,55	17,09	69,57(a) (2;155,171)**
Satisfação com Ambiente Académico	13,14	14,56	16,36	22,65**
ESVA Total	25,74	29,11	33,45	51,33**

^(a) ANOVA de *Welsh* por não verificação de homogeneidade de variâncias; **p < 0,01; n = 500

2.6. Relação com acontecimentos de vida negativos

A Tabela 6.26 mostra que todas as subescalas da dimensão negativa do ISM se correlacionam positivamente de forma significativa com as quatro subescalas do IAV-N.

A correlação mais baixa verifica-se entre escala de Laços Emocionais e Separação e Perdas e a correlação mais alta entre Depressão e Abuso Psicológico.

Tabela 6. 26. *Correlações Pearson entre ISM e subescalas do IAV-N*

Subescalas ISM	Subescalas IAV-N			
	AFA	AP	SP	AFS
Distress Psicológico	,30**	,41**	,20**	,18**
Ansiedade	,23**	,36**	,15**	,11*
Depressão	,32**	,42**	,21**	,20**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	,32**	,40**	,22**	,23**
Bem-Estar Psicológico	-,25**	-,36**	-,15**	-,16**
Afeto Geral Positivo	-,25**	-,33**	-,15**	-,14**
Laços Emocionais	-,18**	-,34**	-,11*	-,17**
ISM Global	-,30**	-,42**	-,19**	-,19**

**p<0,01; *p<0,05; AFA-Ambiente Familiar Adverso; AP-Abuso Psicológico; SP-Separações e Perdas; AFS-Abuso Físico e Sexual; n=487

A Tabela 6.27 apresenta os valores da correlação *Pearson* entre ISM e os *Índices de Severidade* do IAV-N. Todas as subescalas negativas do ISM se correlacionam positivamente de forma significativa com os três Índices de Severidade. A correlação mais elevada verificou-se entre o Índice de Severidade e *Distress*, a mais baixa entre o IPA e Laços Emocionais.

Tabela 6. 27. *Correlações Pearson entre ISM e Índices do IAV-N*

Subescalas ISM	IAV-N-Índices		
	IGA	IPA	ISA
Distress Psicológico	,42**	,35**	,46**
Ansiedade	,35**	,28**	,40**
Depressão	,44**	,37**	,46**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	,43**	,37**	,44**
Bem-Estar Psicológico	-,36**	-,31**	-,39**
Afeto Geral Positivo	-,35**	-,29**	-,38**
Laços Emocionais	-,28**	-,26**	-,29**
ISM Global	-,42**	-,35**	-,45**

*p<0,05; **p<0,01; IGA-Índice Global de AVN; IPA-Índice de Presença de AVN; ISA-Índice de Severidade de AVN

Verificando-se uma correlação significativa entre o ISM e o IAV-N, analisaram-se as diferenças entre o nível de saúde mental (Baixo, Moderado, Elevado) e acontecimentos de vida negativos. A Tabela 6.28 mostra diferenças significativas entre participantes dos diferentes níveis de ISM, em todas as subescalas e índices do IAV-N. Para todas as subescalas e índices do IAV-N, os indivíduos com ISM-Baixo são os que apresentam maiores valores, seguidos dos ISM-Moderado. Os participantes com ISM-Elevado são os que apresentam scores menos elevados em todas as subescalas e índices do IAV-N (*Scheffe* <0,05).

Destaca-se que na subescala de *Abuso Físico e Sexual* somente se verificam diferenças significativas entre os grupos com ISM-Elevado e Baixo. A subescala *Abuso Psicológico* foi a que obteve valor mais elevado, seguida de *Separações e Perdas*. Nos Índices de severidade o valor mais elevado verifica-se no *Índice de Presença*.

Tabela 6. 28. Comparação de médias das subescalas e índices do IAV-N por níveis SM

IAV-N	Nível de Saúde Mental			F (2;484)
	Baixo N=85	Moderado N=327	Elevado N=75	
Ambiente Familiar Adverso	0,53	0,36	0,22	15,09 ^(a) (2;150,458)**
Abuso Psicológico	1,00	0,56	0,24	45,20 ^(a) (2;174,042)**
Separações e Perdas	0,73	0,57	0,38	10,52 ^(a) (2;149,361)**
Abuso Físico e Sexual	0,43	0,34	0,22	6,87 ^(a) (2;151,000)**
IGA- Índice Global	2,30	1,36	0,62	53,80 ^(a) (2;176,175)**
IPA- Índice de Presença	9,55	7,24	4,83	25,42**
ISA- Índice de Severidade	5,90	4,06	2,83	49,04**
IAV-N Total	0,69	0,48	0,29	33,54^(a) (2;156,012)**

^(a)ANOVA de *Welsh* por não verificação de homogeneidade de variâncias; *p <0,05; **p <0,01;

2.7. Relação com vulnerabilidade psicológica

A relação e o grau de associação entre ISM e a vulnerabilidade psicológica (EVP) foram verificados com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Recordar-se que quanto mais altos os valores da EVP maior a vulnerabilidade psicológica.

A Tabela 6.29 apresenta os resultados das correlações entre saúde mental e a EVP obtidos na amostra, e mostra que todas as subescalas da dimensão negativa do ISM se correlacionam positivamente de forma significativa e moderada com a EVP, enquanto na dimensão positiva - Bem-Estar Psicológico se verificam relações negativas. Indicando que quanto maior o bem-estar menor a vulnerabilidade psicológica.

O valor mais baixo de correlação verifica-se com a escala Laços Emocionais. A dimensão negativa do ISM - *Distress Psicológico* obteve valores positivos de correlação mais robustos.

Tabela 6. 29. Correlação Pearson entre saúde mental -ISM e a EVP

Subescalas ISM	EVP (R)
Distress Psicológico	,61**
Ansiedade	,56**
Depressão	,57**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	,58**
Bem-Estar Psicológico	-,54**
Afeto Geral Positivo	-,53**
Laços Emocionais	-,39**
Escala Total Global	-,61**

**p <0,01 (bilateral); n=512

Verificando-se uma correlação significativa entre ISM e a EVP investigaram-se as diferenças entre o nível de saúde mental (Baixo, Moderado, Elevado) e a vulnerabilidade psicológica. A Tabela 6.30 mostra os resultados das comparações da EVP por níveis de ISM, calculadas pela ANOVA de *Welsh*, que evidenciam diferenças significativas entre grupos.

Os scores mais elevados de EVP ocorrem nos indivíduos com ISM-Baixo e os mais baixos nos indivíduos com ISM-Elevado (*Scheffe* <0,05).

Tabela 6. 30. Comparações das médias da EVP por níveis de saúde mental

EVP	Nível de Saúde Mental			F (2;497)
	Baixo N=87	Moderado N=345	Elevado N=80	
EVP Total	21,55	16,46	11,81	123,72 ^(a) (2;165,691)**

^(a)ANOVA de *Welsh* por não verificação de homogeneidade de variâncias; **p <0,01; EVP – Escala de Vulnerabilidade Psicológica; n=512

2.8. Relação com percepção de vulnerabilidade

A Tabela 6.31 mostra que todas as subescalas do ISM se correlacionam positivamente de forma significativa com a Percepção de Vulnerabilidade (PV). O valor mais baixo de correlação obteve-se entre Laços Emocionais e Percepção de Vulnerabilidade, de baixa intensidade. A correlação de valor mais alto obteve-se entre a PV e a subescala *Distress Psicológico*, de moderada intensidade. A correlação entre ISM Global e Percepção de Vulnerabilidade é de moderada intensidade.

Tabela 6. 31. *Correlação Spearman entre saúde mental-ISM e PV*

Subescalas ISM	Percepção de Vulnerabilidade (ρ) ^(a)
Distress Psicológico	,58**
Ansiedade	,54**
Depressão	,53**
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	,56**
Bem-Estar Psicológico	-,44**
Afeto Geral Positivo	-,44**
Laços Emocionais	-,29**
ISM Global	-,55**

**p <0,01 (bilateral); n=481

Constatando-se uma correlação entre ISM e a PV investigaram-se as diferenças entre o nível de saúde mental (Baixo, Moderado, Elevado) e PV. A Tabela 6.32 mostra diferenças significativas entre a PV e os três níveis de SM. Os resultados mais elevados de PV ocorrem nos participantes com ISM-Baixo e os mais baixos nos que têm ISM-Elevado (*Scheffe* <0,05).

Tabela 6. 32. *Comparações entre PV por níveis de saúde mental*

PV	Nível de Saúde Mental			F (2;497)
	Baixo N=84	Moderado N=322	Elevado N=75	
Percepção de Vulnerabilidade	2,79	2,02	1,32	56,94 ^(a) (2;149,327)**

^(a)ANOVA de *Welsh* - não verificação de homogeneidade de variâncias; **p <0,01

3. Estudos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (RLMH)

Para identificar preditores de Bem-estar e *Distress* Psicológico em EES, conforme terceiro objetivo do estudo, foi usado o modelo de Regressão Linear Múltipla Hierárquica (RLMH). As variáveis com correlações significativas nas análises bivariadas prévias foram incluídas no modelo sequencialmente, por blocos ou por grupos lógicos de variáveis independentes, estimando por etapas o grau de explicação da variância explicada destas variáveis, para bem-estar e *distress* psicológico respectivamente.

As variáveis idade e curso, devido a afinidades teóricas que se desejava estudar, foram incluídas no modelo embora não se tenham mostrado previamente significativas. Os pressupostos exigidos para este tipo de análise foram verificados e encontravam-se genericamente satisfeitos (Capítulo 3, ponto 4.4).

As variáveis independentes entraram no modelo de RLMH pela seguinte ordem: variáveis sociodemográficas (género, NSE, relação íntima/namoro e escalão etário), académicas (ano, área do curso, auto classificação do desempenho académico), comportamentos de saúde (prática de exercício físico/desporto, alcoolizado no último mês, média de horas de sono diárias) e psicoafectivas (satisfação com suporte social, vulnerabilidade psicológica, satisfação vida académica, percepção de vulnerabilidade, índice de severidade de acontecimento de vida negativos).

3.1. Predição de Bem-Estar Psicológico

A Tabela 6.33 mostra o modelo final da RLMH de predição de Bem-Estar Psicológico (BEP), com as variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamento de saúde e psicoafectivas como variáveis independentes, explicando 53,8% da variância total do BEP. As variáveis sociodemográficas explicam 9,2% da variância de BEP, as variáveis académicas 5,6%, os comportamentos de saúde 9,4% e as psicoafectivas explicam 29,6%.

As mulheres têm valores significativamente mais baixos de BEP do que os homens ($\beta = -3,55, p = ,024$), quanto mais baixo é o NSE mais baixo é o BEP ($\beta = -1,78, p = ,025$), os que têm relação íntima/namoro satisfatória têm valores mais altos de BEP ($\beta = 3,44, p = ,012$).

Os participantes do escalão etário mais alto (21 aos 24 anos) têm valores mais baixos de BEP ($\beta = -4,91, p = ,002$). Os estudantes com melhor auto classificação no desempenho académico ($\beta = 3,48, p = ,001$), os que praticam exercício físico ($\beta = 3,15, p = ,016$), os que dormem 7 ou mais horas de sono ($\beta = 4,08, p = ,002$), os mais satisfeitos com o suporte social ($\beta = 0,42, p = ,001$) e os mais satisfeitos com vida académica ($\beta = 0,33, p = ,005$) obtêm valores mais elevados de BEP, enquanto os que tomam antidepressivos ($\beta = 10,25, p = ,001$), os que têm maior vulnerabilidade psicológica ($\beta = -0,36, p = ,005$), e os que têm maior perceção de vulnerabilidade ($\beta = -1,85, p = ,006$) obtêm valores mais baixos de BEP.

Destaca-se que as correlações mais significativas de BEP se verificam com Satisfação com o Suporte Social e com Desempenho académico. O ano, o Curso de Saúde e o Índice de Severidade não se mostraram significativos.

Tabela 6. 33. *Regressão Linear Múltipla Hierárquica de Bem-Estar Psicológico*

		ΔR^2	B	Std. Error
Step 1	<i>Sociodemográficas e relacionais</i>	,092***		
	Género		-3,55*	1,57
	NSE		-1,78*	,79
	Relação íntima/namoro satisfatória		3,44*	1,36
	Escalão etário		-4,91**	1,57
Step 2	<i>Académicas</i>	,056***		
	Ano		2,44	1,35
	Curso Saúde		-1,40	1,46
	Desempenho académico ^(a)		3,48***	,92
Step 3	<i>Comportamentos de saúde</i>	,094***		
	Prática de exercício físico/desporto		3,15*	1,31
	Horas de sono		4,08**	1,31
Step 4	<i>Psicoafectivas</i>	,296***		
	Satisfação com o Suporte Social		,42***	,06
	Vulnerabilidade Psicológica		-,36**	,13
	Perceção de Vulnerabilidade		-1,85**	,67
	Satisfação Vida Académica		,33**	,12
	Índice de Severidade de AVN		,10	,28
Total R²		,538***		

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^(a)auto classificação; B- não *Standardized Coefficients*; N=263

3.2. Predição de Distress Psicológico

A predição de *Distress Psicológico* (DP) está patente na Tabela 6.34, que mostra o modelo final de RLMH com variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamento de saúde e psicoafectivas como variáveis independentes, que explicam 55,4% da variância total. As variáveis sociodemográficas explicam 5,1% da variância, as académicas 1,4%, os comportamentos de saúde 13,2% e as variáveis psicoafectivas explicam 35,7%.

As mulheres têm valores significativamente mais altos de DP que os homens ($\beta = -6,79$, $p = ,013$). Os estudantes do escalão etário dos 21 aos 24 anos têm valores mais elevados de DP ($\beta = -4,91$, $p = ,002$). Os que dormem 7 ou mais horas ($\beta = -6,37$, $p = ,006$), os mais satisfeitos com o suporte social ($\beta = -0,52$, $p = ,001$) e com a vida académica ($\beta = -0,55$, $p = ,005$) obtêm valores mais baixos de DP. Enquanto os que tomam antidepressivos ($\beta = 22,38$, $p = ,001$), analgésicos ($\beta = 6,06$, $p = ,005$), com maior vulnerabilidade psicológica ($\beta = 0,91$, $p = ,001$) e com maior PV ($\beta = 5,27$, $p = ,001$) obtêm valores mais altos de DP. As variáveis Percepção de Vulnerabilidade, Satisfação com Suporte Social e a Vulnerabilidade Psicológica são as mais significativas

Tabela 6. 34. *Regressão Linear Múltipla Hierárquica de Distress Psicológico*

		ΔR^2	B	Std. Error
Step 1	<i>Sociodemográficas e relacionais</i>	,051***		
	Género		-6,79*	2,70
	NSE		-2,13	1,36
	Relação íntima/namoro		,59	2,34
	Escalão etário		6,07*	2,71
Step 2	<i>Académicas</i>	,014***		
	Ano		,51	2,39
	Curso saúde		-,41	2,58
	Desempenho académico		3,15	1,62
Step 3	<i>Comportamentos de saúde</i>	,132***		
	Prática de exercício físico/desporto		2,79	2,27
	Horas de sono		6,37**	2,29
Step 4	<i>Psicoafectivas</i>	,357***		
	Satisfação com suporte social		-,52***	,11
	Vulnerabilidade psicológica		,91***	,22
	Percepção de vulnerabilidade		5,27***	1,12
	Satisfação Vida Académica		-,55**	,19
	Índice de Severidade de AVN		,02	,47
	Total R²	,554***		

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; B- *Unstandardized Coefficients*; N=263

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

Neste capítulo, discutem-se os resultados mais relevantes do estudo considerando os objetivos, a literatura pertinente, a relevância dos dados e o conhecimento construído ao longo deste período. A discussão está organizada em função dos temas centrais do trabalho, conforme ordem seguida anteriormente. Inicialmente discutem-se os resultados relativos à caracterização da amostra e descrição da saúde mental dos EES, de seguida serão discutidas as relações bivariadas mais relevantes. Por fim discutem-se os resultados obtidos com os estudos de Regressão Linear Múltipla Hierárquica.

1. Saúde Mental, Bem-Estar e *Distress* Psicológico dos EES

Os resultados obtidos com o ISM, globalmente, parecem indicar valores muito satisfatórios de saúde mental global, uma vez que os scores da dimensão positiva - Bem-Estar Psicológico (BEP) situam-se acima do seu ponto médio e do valor mínimo. Também a dimensão negativa - *Distress* Psicológico (DP) se situa abaixo do ponto médio da mesma, o que corresponde a níveis saudáveis de bem-estar e de funcionamento (Hussain et al., 2013).

Na dimensão negativa a Depressão seguida da Ansiedade, têm os valores mais elevados em concordância com a literatura em geral (Wilson, et al., 2014; ACHA, 2011, 2014). Verger et al. (2009) num estudo usando o MHI-5 verificou um score idêntico na dimensão *Distress* Psicológico. Contudo os resultados, na dimensão negativa, são inferiores aos valores encontrados em populações comunitárias de jovens adultos não estudantes da mesma faixa etária (Cleary et al., 2011).

Quando analisados por níveis de saúde mental, os resultados obtidos sugerem que a maioria dos estudantes também se situa num nível saudável (ISM-Moderado), mas 16,6% da amostra encontra-se com um nível baixo, enquanto 15,7% situam-se no nível elevado. Estes resultados estão em linha com a tendência da maioria dos estudos que indicam valores semelhantes e, esta percentagem é coerente com dados internacionais (ACHA, 2014; Bayati et al., 2009; Cleary et al., 2011).

No início da vida académica o estudante confronta-se com grandes mudanças, fruto das transições *múltiplas* que vive. Os dados reforçam a ideia de que os desafios inerentes desta

etapa envolvem um esforço adicional de adaptação, que para alguns estudantes pode repercutir-se em pior saúde mental. Estudo reforça a pertinência das intervenções dirigidas ao potencial de saúde do EES para acomodar as exigências desta transição, visando ultrapassá-la com sucesso e bem-estar. Designadamente através da facilitação, com base em abordagens de promoção de saúde mental, isto é, focadas no empoderamento e capacitação para aumentar e fortalecer os processos saudáveis - reconhecer emoções, pensamentos, reações e comportamentos (Funk, Epping-Jordan, Drew, Faydi, & Saraceno, 2010; Levav & Saraceno, 2014 p. 2). Paralelamente é importante criar ambientes de suporte e capacitação individual e coletiva, para estimular habilidades, conhecimentos e reduzir os sentimentos de desesperança e consumo de substâncias psicoativas (Barry, 2007; Chow, 2010; Cleary et al., 2011; Huang, DeJong, Towvim, & Schneider, 2001).

2. Relação com as Variáveis

Discutem-se agora os resultados relativos à análise da relação entre a saúde mental dos EES e as variáveis em estudo, relativos ao segundo objetivo.

Sociodemográficas, relacionais e académicas

A amostra é maioritariamente feminina, como era esperado (*Eurostudent, 2012-2015*), uma vez que feminização do Ensino Superior é amplamente reportada nos EUA (63,7% vs 33,6%) (ACHA, 2014), na maioria dos países Europeus (Hauschildt, Gwosć, Netz, & Mishra, 2015 p. 45) e em Portugal pela DGEEC⁵⁵. No entanto, o rácio masculino da amostra é inferior a um quarto (20,4%), claramente abaixo dos dados nacionais divulgados. Atribui-se este dado à fraca participação de instituições vocacionadas para cursos tradicionalmente frequentados por homens⁵⁶ - Engenharias e à grande representatividade de cursos da área da saúde na amostra, maioritariamente frequentados por mulheres. Os resultados indicam claras diferenças de género em termos de SM, tendo os homens melhores resultados a todos os níveis do ISM, exceto em Laços Emocionais. A média de BEP das estudantes é

⁵⁵ DGEEC- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência

⁵⁶ Deve-se por um dado ao livre arbítrio dos estudantes, bem como pela recusa de participar no estudo instituições de ensino Superior tradicionalmente frequentadas por homens (IST, ISCTE, ISEGUI).

significativamente inferior à dos colegas homens. Os homens tendem a ter um ISM-Elevado, padrão consistentemente reportado por vários estudos com EES (Ferreira et al., 2004; Rabasquinho & Pereira em 2007; Roberto & Almeida, 2011; Verger et al., 2009). Uma explicação possível para estas dissemelhanças pode advir da personalidade, estratégias de *coping*, e/ou de ambiente familiar menos favorável (Judd, Armstrong, & Kulkarni, 2009; Schry et al., 2014; Stoeber, 2012a).

A média de idade (19,6 anos) da amostra é concordante com os dados nacionais disponíveis, embora inferior à média Europeia <25 anos (Eurostudent, 2012-2015, p. 63), e dos EUA (22,1 anos) (ACHA, 2014). Os resultados indicam não haver uma relação significativa entre a idade e a SM, ou entre os dois escalões etários estudados.

A maioria tem uma relação íntima/namoro em conformidade com os dados nacionais (DGEEC, 2014). Uma grande percentagem refere ter uma relação estável e satisfatória, todavia existem relações tensas e conflituosas tal como reportado por outros autores (Amar & Gennaro, 2005; Hamdan-Mansour, 2010). Quem tem relações satisfatórias tende a ter nível de ISM-Elevado, enquanto as restantes categorias (curtas e ocasionais, pouco satisfatórias, tensas e conflituosas) tendem a ter nível ISM-Baixo, em concordância com Braithwaite et al. (2010) e com modelos que defendem que a capacidade de estabelecer relações íntimas satisfatórias é um marcador de bem estar desenvolvimental (Chickering & Reisser, 1993; Papalia & Olds, 2000). No panorama nacional, desconhecem-se estudos que explorem a vertente qualitativa das relações afetivas e a relação com a SM entre EES. Destaca-se que 2,3% tem relações *pouco satisfatórias* e 2,5% *tensa ou conflituosa*, percentagens muito inferiores a estudos recentes sobre violência no namoro (Eshelman & Levendosky, 2012; Lazarevich et al., 2013). Este tipo de agressão está associada a sintomas de SM graves como baixa autoestima, raiva, ansiedade, depressão, somatização e ideação suicida (Eshelman & Levendosky, 2012), além disso alerta-se que este fenómeno está a crescer de forma preocupante entre EES.

Confirmou-se que os estudantes de NSE-Baixo tendem a ter pior SM, as diferenças mais significativas na SM verificaram-se entre estudantes provenientes de NSE mais dissemelhantes - NSE Alto vs Baixo. Estes resultados corroboram a investigação em geral (Verger et al., 2009; Lipman & Boyle, 2008). Dos vários fatores que explicam os efeitos deletérios do NSE na SM, os mais consensuais prendem-se com o ciclo da pobreza (OMS, 2012). Este dado parece-nos relevante no contexto de degradação das condições

socioeconómicas que Portugal atravessa, situação à qual os estudantes não são imunes. Ribeiro (2013) numa reflexão sobre *A primeira geração de estudantes em Portugal na era da crise económica* levanta questões sobre os efeitos negativos da crise na resiliência e nas capacidades individuais, tecendo conjeturas sobre o efeito destas circunstâncias na SM, que seria interessante estudar a medio prazo.

Dois terços da amostra não está deslocada o que justifica que mais de metade coabite com os pais e que os deslocados vivam maioritariamente com colegas/amigos (DGEEC & DSEE, 2014). Os estudos consultados indicam maior percentagem de deslocados (Gonçalves et al., 2011). Esta diferença atribui-se à centralidade, acessibilidade e grande concentração populacional e de Instituições do Ensino Superior no Distrito/NUTS – Lisboa (DGEEC & DSEE, 2014)⁵⁷, evitando a mobilidade estudantil. Não se encontraram diferenças significativas a nenhum nível do ISM, entre deslocados e não deslocados em tempo de aulas, em concordância com Tavares (2012). A pior SM entre deslocados é atribuída a movimentos de autonomização (Seco et al., 2007), maior responsabilidade e ao *friendsickness* (Tognoli et al., 2007). Os nossos resultados podem ser atribuídos à elevada percentagem de idas a casa (44,6% vai todos os fins-de-semana) dos deslocados. Porventura esta circunstância contribui para esbater os efeitos negativos do *homesickness* principal fonte de *distress* dos deslocados, e ainda relacionar-se com o género, pois a maioria dos deslocados são homens.

Quanto à situação laboral, apenas 13,2% trabalha além de estudar e não se encontraram diferenças significativas entre quem trabalha e não trabalha, à semelhança do estudo de Almeida (2014) que verificou 11,3% de trabalhadores, mas não encontrou evidência de diferenças na SM. Este resultado é muito inferior ao divulgado no *Eurostudent V 2012 - 2015*⁵⁸, onde um quarto dos países Europeus mais de 60% dos estudantes trabalha e estuda, embora haja grandes discrepâncias entre países, alguns com taxas residuais. Na Austrália um terço dos estudantes combina o estudo com “*part-time*” (Hussain et al., 2013).

Tem história familiar de doença mental 21,3% da amostra e a depressão é a doença mais identificada (13,4%). Estes resultados são consentâneos com a prevalência nacional⁵⁹ de

⁵⁷ DGEEC -Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência

⁵⁸ *Social and Economic Conditions of Student Life in Europe. Eurostudent V 2012–2015*

⁵⁹ Estudo Epidemiológico Nacional da Saúde Mental em Portugal 1º Relatório em 2011 (EENSM) http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf indica a perturbação depressiva major a doença com maior estimativa de prevalência de vida na amostra estudada (16,7%). As perturbações da ansiedade foram o grupo com maior prevalência estimada (25,8%).

perturbações mentais (22,9%). Os participantes sem história familiar de doença mental apresentam melhores resultados relativos à Depressão, PCEC, *Distress* Psicológico e ISM global. Estes resultados confirmam o estudo de Verger et al. (2009), onde se comprovou que a história psiquiátrica familiar está associada à prevalência de *distress* em EES do género feminino.

A maioria frequenta o Ensino Público Politécnico, resultado concordante com a distribuição estudantil nacional (DGEEC, 2014) e muito similar à Europeia *Eurostudent V, 2012-2015*⁶⁰ e dos EUA (ACHA, 2014). Salienta-se que os estudantes do Ensino Militar e Policial tem resultados de SM significativamente superiores aos do Ensino Público Universitário na subescala *Perda de Controlo Emocional Comportamental* (PCEC). A inexistência de dados sobre este tipo de ensino impede uma discussão mais aprofundada, por outro lado torna os resultados interessantes para estudos futuros.

Os estudantes do 1º ano apresentam valores de SM significativamente superiores aos que frequentam o 2º ano, na subescala Depressão e Afeto Geral Positivo, BEP. Estes dados contrariam vários estudos que indicam mais dificuldades de adaptação, SM mais pobre e níveis de stress mais elevados no 1º ano que nos anos subsequentes (Dias & Fontaine, 2001; Luz 2009; Kenny & Holaham, 2008; Tavares, 2008). Embora inconclusivos os resultados vão de encontro à tendência de estudos longitudinais mais recentes que indicam um decréscimo dos níveis de bem-estar psicológico ao longo do curso. O *distress* diminui no início do 2º Semestre, mas nunca para níveis prévios à admissão. A ansiedade é mais elevada no 1º Semestre, e a depressão sobe lenta, mas firmemente ao longo dos anos e, no fim é quase o dobro do que à data da admissão (Bewick et al., 2010).

Embora frequentem maioritariamente cursos da área da saúde não há evidência de diferenças significativas entre a SM dos estudantes das diferentes áreas, contrariando estudos (Noronha, Martins, Gurgel, & Ambiel, 2009; Turner et al., 2007) que indicam que EES de cursos da saúde apresentam menores níveis de bem-estar e mais sintomatologia depressiva e ansiosa, devido à elevada exigência dos cursos, à competitividade e ao stress (induzido pela responsabilidade lidar com a saúde/doença do ser humano sem margem para cometer falhas ou erros). Mas também devido ao desgaste físico e psíquico provocado pelo grande investimento em horas de estudo, aulas práticas, que não deixa tempo para desenvolver

⁶⁰ http://www.eurostudent.eu/download_files/documents/EVSynopsisofIndicators.pdf

atividades sociais, afetivas e recreativas (Gonçalves et al., 2014). Porventura, os nossos resultados devem-se à heterogeneidade da amostra, e ao facto de nos primeiros anos dos cursos da saúde os contactos com clientes serem muito limitados.

A maioria aprecia o seu desempenho académico como “Bom”, em linha com o rácio nacional divulgado no relatório do Perfil do Aluno 2012/2013⁶¹ e outros estudos (BaHammam et al., 2012). Os resultados indicam que quem se percebe como “Medíocre” e “Suficiente” tende a ter um ISM-Baixo, por oposição quem se considera “Muito Bom” tende a ter ISM-Elevado. Estes resultados corroboram a tendência da maioria dos estudos consultados, que indicam consistentemente que a performance académica tende a estar associada ao bem-estar psicológico a bons hábitos de sono e ao exercício físico (BaHammam et al., 2012; Chow, 2010) e, a maior nível de autoestima e de mestria (Almeida, Soares, Guisande, & Paisana, 2007; Di Giunta et al., 2013; Keyes et al., 2012). Os homens manifestam maior controlo de si e dos acontecimentos que as colegas, e que esse facto parece estar associado a melhor desempenho académico (Pimentel, 2014). Destaca-se um dos raros estudos Portugueses com EES do 1º ano da Academia Militar (Rosinha & Coelho, 2010), onde se conclui que os estudantes com melhor desempenho global tem elevado sentido de responsabilidade, eficiência intelectual, potencial para liderar, maturidade social, estabilidade emocional e capacidade de investimento.

Comportamento de saúde

Globalmente os EES apresentam hábitos relativamente saudáveis. Mais de metade pratica exercício físico/desporto, a maioria fá-lo duas a três vezes por semana e uma grande percentagem pratica uma vez por semana ou diariamente. Este resultado é consentâneo com os 56,5% que pratica exercício moderado e 30,3% intensivo nos EUA (ACHA, 2014). Mas, contrasta com os 89,9% de estudantes que praticam exercício físico duas a três vezes por semana (Almeida, 2014), indicando que a maioria combate o sedentarismo. Embora outros estudos indiquem que os EES deixam de ter disponibilidade para a prática de exercício físico tornando-se mais sedentários, que 35% sofrem de obesidade ou excesso de peso e tem nutrição deficiente (Ferrara, 2009). Os resultados mostram que quem pratica exercício físico tende a ter resultados significativamente superiores de SM e quem não pratica exercício

⁶¹ DGEEC-Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2014).

tendem a ter um ISM-Baixo. Estes resultados são concordantes com um estudo nacional, designadamente de Vasconcelos-Raposo et al (2009) e com Kenari et al (2014) que encontraram diferenças entre a saúde mental de EES atletas e não atletas ao nível da ansiedade, distúrbios do sono e depressão. Estes resultados confirmam a relevância de um estilo de vida ativo no bem-estar dos EES, sendo uma área por excelência a promover junto dos EES.

A maioria dos estudantes considera que não dorme o suficiente em tempo de aulas, e a maior proporção refere dormir seis a sete horas por dia, enquanto uma grande proporção dorme cinco a seis horas ou menos. Os resultados indicam que quem dorme 7 a 8 horas por dia tende a ter um ISM-Elevado, enquanto quem dorme menos de 6 horas tende a ter um nível de ISM-Baixo. Estes resultados são concordantes com os dados da ACHA (2014) e estão em linha com estudos que mostram uma relação negativa entre problemas de sono e a qualidade de vida (Chen et al., 2013) e bem-estar (Pilcher, Ginter, & Sadowsky, 1997). Embora se desconheçam estudos que tivessem analisado a relação entre saúde mental e padrões de sono dos EES em Portugal, os estudos disponíveis indicam uma elevada tendência para a degradação dos hábitos de sono ao longo do curso, além de diferenças entre homens e mulheres (Gomes et al., 2009). Um estudo na Universidade do Minho reporta problemas relacionados com o sono numa percentagem *alarmante*, pois 64,8% referem ter uma pobre qualidade de sono, e neste subgrupo verifica-se uma associação significativa com sintomas psicológicos (Lopes et al., 2013). Outro estudo recente com estudantes de enfermagem revelou que 63% tem fraca qualidade de sono e 24,3% tem sonolência diurna, que atribuem à às exigências académicas, sobretudo ao estudo, trabalhos, deslocações, mas também ao lazer (Silva et al., 2016). Nesta medida, este estudo reforça que é de toda a conveniência investir na promoção da higiene do sono, tanto a montante, ao nível dos cuidados de saúde primários no âmbito da saúde escolar, como no contexto académico à semelhança de alguns exemplos já existentes em instituições Portuguesas (Gomes, 2006; Vieira, Gomes, & Marques, 2012; Oliveira, 2008), anteriormente referidas. A pertinência destas intervenções está bem patente nas recomendações de estudos com adolescentes Portugueses que revelam dados preocupantes (18,9% têm privação de sono; 37,2% têm problemas de sono; 25,5% tem dificuldades em conciliar o sono) (Paiva, Gaspar, & Matos, 2015) além de se associar a variabilidade do padrão de sono à fadiga e dificuldades escolares (Matos et al., 2015). A

higiene do sono é um foco de atenção significativo para a enfermagem, uma vez que o sono é uma necessidade humana fundamental que regula as funções psicofisiológicas básicas ao funcionamento humano. Nessa medida, as intervenções de PSM dirigidas são essenciais para criar e aproveitar oportunidades de promover estilos de vida e mais saudáveis e incrementar a saúde mental (OE, 2015).

Confirmou-se que uma elevada percentagem de estudantes não fez vigilância de SM no último ano. Embora 93 participantes se situem no nível de ISM-Baixo, apenas 50 consultaram o psicólogo e 20 o psiquiatra, sugerindo que alguns possam necessitar de ajuda profissional que não receberam (não querem ou não podem) (Eisenberg et al., 2013). Estes resultados são congruentes com os estudos consultados, que reportam percentagens consideráveis de EES com sofrimento mental que não recebem qualquer tratamento (Wang et al., 2011; ACHA, 2014), além das percentagem de fadiga (56%), cefaleias (25%) e alergias (24%) (Hussain et al., 2013). Uma explicação possível parece relacionar-se com obstáculos como o estigma e o desconhecimento e/ou inacessibilidade aos serviços (Hunt & Heisenberg, 2010), além da baixa literacia em saúde mental (Jorm, 2000). Estes resultados reforçam a necessidade de capacitar a comunidade estudantil para a auto monitorização da saúde mental e procura de ajuda.

Quem não toma fármacos tende a ter ISM-Elevado ou Moderado, e quem toma tende a ter ISM-Baixo. Embora a maioria não tome medicamentos, quase metade dos que tomam, tomam analgésicos. Estes resultados são concordantes com outros estudos (Benson et al., 2015; Flory et al., 2014) à exceção dos analgésicos. Numa amostra de estudantes de medicina, seis por cento consome fármacos a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental e dez por cento já os tomou sem prescrição (Roberto & Almeida, 2011). Nos EUA, os abusos de fármacos sem prescrição em EES prendem-se com o acesso fácil, performance académica, o estigma e o risco percebido (Evans & Sullivan, 2014; Fleary, Heffer, & McKyer, 2013). Desconhecem-se estudos nacionais sobre consumo de analgésicos em EES, contudo seria interessante investigar o tipo e as razões que lhe estão associadas. Talvez a toma de analgésicos esteja de algum modo relacionada com queixas álgicas sugestivas de somatização de *distress* e tensão psíquica - cefaleias, enxaquecas, dores musculares, tendinites etc. Informação significativa para os profissionais de saúde.

Destaca-se que 10% (56 casos) referiu comportamentos auto lesivos (CAL) no último ano. Este valor é consentâneo com os 8% revelado por um estudo nacional recente, referente

apenas à ideação de suicídio (Gonçalves et al., 2014), e com os dados da ACHA (2014), que reporta prevalência de um por cento de estudantes com tentativa de suicídio e 6% de CAL, com taxas mais elevadas nas mulheres. Os nossos resultados indicam que os participantes que *nunca tentaram ou nunca fizeram mal a si próprio* tendem a ter um ISM-Elevado ou Moderado, enquanto quem já se *auto agrediu 1 vez*, tendem a ter um ISM-Moderado, e quem o fez mais que uma vez tende a ter um ISM-Baixo. Estes dados confirmam estudos prévios que estabelecem uma relação entre CAL, tentativa e ideação de suicídio com *distress* e sofrimento mental (Guan, Fox, & Prinstein, 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013; Hirsch, Webb, & Jeglic, 2011; Keyes et al., 2012; Schwartz & Friedman, 2009). A agressividade autodirigida é indicador de sofrimento psíquico e de dificuldades e/ou ineficácia da capacidade de gerir emoções negativas. O estudo deste tipo de agressividade é uma área emergente que permite sinalizar indivíduos com necessidades de ajuda profissional (Gonçalves et al., 2011; Gonçalves et al., 2014). Nessa medida é fundamental disseminar informação associada junto dos profissionais de saúde e de educação, visando a sua capacitação para sinalizar, diagnosticar e encaminhar jovens em risco (Reis et al., 2012). A elevada prevalência de CAL em EES justifica a diligência de desenhar intervenções dirigidas a este tipo de comportamento, que, de resto, é uma prioridade na maioria dos países da Europa, visando prevenir consequências letais e reduzir a mortalidade (Carvalho et al., 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013). Sabe-se que as pessoas mais bem informadas reconhecem mais facilmente que têm um problema mental, e esta consciência favorece e encoraja a procurar ajuda. Dos EUA chega um exemplo de sucesso de promoção de saúde mental em *campus* universitários - *American Foundation for Suicide Prevention's College Screening Project*, que usa uma plataforma informática para disseminar o conhecimento em geral e aumentar o comportamento de procura de ajuda entre estudantes em risco.

Globalmente verificam-se padrões baixos de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. A maioria dos estudantes referiu não fumar, 17% fuma e apenas um valor residual fuma mais de dez cigarros por dia, valores idênticos aos reportados por Almeida (2014) que encontrou dezoito por cento de fumadores regulares (6 a 10 cigarros dia). Os resultados são muito inferiores aos reportados pela DGS (2015), que indica um aumento do consumo de tabaco com a idade (fumam todos os dias catorze por cento dos estudantes do 12º ano (18 anos) e trinta e quatro por cento dos universitários (22 anos).

Quanto ao consumo de álcool no último mês, pouco mais de metade da amostra admitiu que bebeu, e 26,2% admitiu ter ficado alcoolizado uma vez nesse período, onze por cento informaram ter ficado alcoolizados entre duas a três vezes e apenas dois por cento quatro a cinco vezes. Estes valores são muito inferiores aos encontrados por Rodrigues et al. (2014) onde setenta e dois por cento dos estudantes afirma ter consumido pelo menos uma bebida alcoólica, enquanto 42% afirma ter tido episódios de *binge drinking*, nos trinta dias anteriores ao estudo. Comparativamente com dados epidemiológicos do Brasil⁶², os nossos resultados são inferiores em todas as substâncias analisadas, tabaco (17 % vs 21,6%), álcool (55,2% vs 60,6%) e drogas ilícitas (23,2% vs 25,9%) respectivamente. Nos EUA, a ACHA em 2014 reporta que cerca de 73,5% dos estudantes beberam nos últimos trinta dias, contrastando com os 55,2 % da nossa amostra. Segundo o ESPAD, Portugal tinha em 2007 padrões de consumo de álcool consistentemente elevados (90%) e abusivos entre estudantes. No entanto, de acordo com o *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012*, os padrões de consumos de álcool têm vindo a decrescer na faixa etária dos quinze aos vinte e quatro anos. Além de um decréscimo acentuado na prevalência de consumo de cinco a seis bebidas de 32,5% para 18%, entre 2007 e 2012 (Balsa et al., 2013). Esta tendência também é reportada pela DGS (2015), que confirma um decréscimo de consumo tanto em homens como em mulheres desde 2011. Os nossos resultados aproximam-se mais dos valores encontrados por Zão (2012), que verificou que quarenta e sete por cento dos EES inquiridos referiu ter ficado embriagado nas quatro semanas anteriores, pouco mais de uma vez (Zão, 2012). Surpreendentemente, na nossa amostra a bebida mais consumida é vinho/sangria, seguida de cerveja e de bebidas espirituosas/destiladas/shots, contrariando a maioria dos estudos nacionais consultados que indicam a cerveja como a mais consumida (42,9%) (Rodrigues et al., 2014). O que parece ser consensual nos estudos é o padrão de consumo mais elevado nos homens (Hallett et al., 2012; Pedersen, 2013; DGS, 2015). Pimentel & Mata (2010) reporta um diferencial acentuado entre géneros de quase dez por cento (48,5% vs 36,3%).

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, uma relevante percentagem (70,7%) de estudantes nunca experimentou drogas e nenhum referiu ter experimentado heroína. Os nossos resultados revelam que para a maioria dos EES a primeira

⁶² No âmbito do *I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras* (último mês) (Andrade et al., 2010).

experiencia com drogas ocorreu entre os treze e os vinte e um anos de idade, tal como acontece na população geral (DGS, 2015). A substância psicoativa ilícita consumida pela quase totalidade, de quem consumiu no último mês, foi a Canábis /Haxixe/Erva (97,4%), e o padrão de consumo mais comum foi o *ocasional*, tal como reportado na literatura (Fotiou et al., 2014; Large & Nielssen, 2013) e pelo IDT em 2009, para a população adulta. Destaca-se que 15,8% consome duas a três vezes por semana ou diariamente (10,5%). Estes valores são aproximados aos de outros países como Austrália (Large & Nielssen, 2013) ou Brasil (Andrade, Duarte, & Oliveira, 2010). Esperava-se uma relação positiva significativa entre consumos e a SM dos EES, contudo esta só se verifica entre Laços Emocionais e o número de vezes alcoolizado no último mês, contrariando os estudos prévios que estabelecem claras relações entre consumo de álcool, depressão e ansiedade social (Andrade et al., 2010; Schry & White, 2013) e, níveis mais baixos de SM (Kenney, Lac, Joseph, Hummer, & Pham, 2013; Ståhlbrandt et al., 2008). Talvez, coabitar com os pais - refreando saídas e limitando os consumos excessivos, justifique estes resultados ou porventura refletem mecanismos de gestão do mau estar psíquico que não passam por consumos, mas pelo exercício físico ou outras como indicam alguns estudos.

Os dados deste estudo permitem concluir que existe um baixo consumo de substâncias licitas e ilícitas, embora haja um grupo de estudantes com consumos excessivo de álcool e canábis. Podemos também concluir que não se verificam relações significativas entre os diversos consumos e a saúde mental, à exceção de quem ficou alcoolizado no último mês e a subescala LE. Estes dados reforçam e acrescentam informação sobre os comportamentos de saúde positivos e negativos modificáveis, por isso é significativa para desenhar intervenções no âmbito da educação para a saúde dirigida aos EES.

Variáveis psicoafectivas

A **Satisfação com o Suporte Social** é alta indicando que os estudantes estão consistentes que recebem e partilham suporte material e afetivo no âmbito das suas relações interpessoais. A *Satisfação com os Amigos* obteve o score mais elevado enquanto nas *Atividades Sociais* se verifica o mais baixo, corroborando os resultados de um estudo recente com EES Portugueses e Brasileiros (Marôco et al., 2014). Este resultado é compreensível e justifica-se pela relevância dos amigos e pares nesta etapa, que alimentam e veiculam sentimentos positivos de pertença, respeito, entreajuda e interação alargada (Swenson et al., 2008). Os referenciais teóricos

defendem que o suporte social percebido - apoio da família e dos amigos, promovem a expressão de emoções e sentimentos negativos, e alimenta sentimentos positivos permitindo o controlo da ansiedade e da depressão, ao veicular sentimentos de segurança, respeito e ajuda (Macfarlane, 2014). Para os EES é essencial sentir-se conectado no seio das suas redes sociais, sentimento que assenta na proximidade afetiva, atenção e diálogo, mas também na autonomia e interdependência entre os elementos (Rodrigues & Madeira, 2009; Hlebec, Mrzel, & Kogovšek, 2009). No grupo o estudante recebe compreensão e ajuda para resolver problemas, partilha objetivos e dificuldades, além de sentir ressonância sobre as suas angustias (Dias & Fontaine, 2001; Papalia & Olds, 2000). Por outro lado, é compreensível a menor disponibilidade para atividades sociais, dada a exigência das solicitações académicas, ficando pouco tempo disponível para lazer e contatos sociais. Confirmou-se também a correlação positiva e significativa entre a dimensão positiva da SM e a satisfação com o suporte social, com a maior magnitude entre o *Bem-estar* e total da ESSS e *Intimidade*. Os estudantes com nível ISM-Baixo apresentam menor satisfação com o suporte social-SSS enquanto com nível ISM-Elevado tem SSS mais alta. Estes dados confirmam estudos prévios, que apontam a SSS como um relevante recurso positivo para os EES e um indicador de proteção relativamente ao *distress psicológico* (Christensson et al., 2010; Cruz, 2008; Eisenberg et al., 2013; Hefner & Eisenberg, 2009; Verger et al., 2009) e ao risco de suicídio (Gonçalves et al., 2011; Souza et al., 2010).

A Satisfação com a Vida Académica (SVA). Os dados indicam que os estudantes têm elevada SVA, indicando que percebem um saldo positivo entre expectativas vs vivências no quotidiano do ambiente académico da organização que frequentam. Estes valores são idênticos aos reportados no Reino Unido (El Ansari & Stock, 2010), no Brasil (Santos & Suehiro, 2007) e por Coleta e Coleta (2006). Confirmou-se a relação positiva significativa entre a saúde mental e a *Satisfação com a Vida Académica*, com maior magnitude entre a *Satisfação Pessoal* e a subescala *Afeto Geral Positivo*. Os estudantes com ISM-Elevado têm SVA mais alta e uma média mais elevada de *Satisfação Pessoal*. Estes resultados estão em linha com vários estudos com EES, que constataram uma relação positiva significativa entre o bem-estar subjetivo e o ambiente académico (Coleta & Coleta, 2006) e indicam que as vivências de satisfação com a vida académica são preditores de bem-estar (Bardagi & Hutz, 2010; Soares et al., 2007; Cleary et al., 2011). Os resultados também evidenciam uma relação negativa estatisticamente

significativa entre a SVA e a dimensão negativa do ISM, corroborando Verger et al. (2009), que reportam um efeito direto entre *Distress Psicológico*, ajustamento e satisfação pobre ao ambiente académico em EES Franceses. Os dados permitem concluir que a perceção de habilidades pessoais, as competências académicas, as relações com o ambiente pedagógico, o espaço físico e as atividades extracurriculares, oferecidas pela instituição, estão associadas à saúde mental e ao bem-estar dos estudantes. Estes resultados são concordantes com o modelo MMAU (Soares, Almeida, et al., 2006) que defende que o ajustamento e satisfação com a vida académica envolvem uma multiplicidade de fatores associados ao desenvolvimento psicossocial e ao rendimento académico (Almeida et al., 2000; Araújo, 2005; Richardson, Abraham, & Bond, 2012). Aumentar a compreensão sobre as vivências de satisfação dos EES é essencial, para produzir mudanças positivas e saudáveis no ambiente académico, adequadas às suas expectativas e necessidades. Na lógica dos “contextos promotores de saúde” (Dooris & Doherty, 2010) esta informação é relevante para fundamentar e definir a natureza e tipo de intervenção necessária (Araújo, 2005). A evidência aponta várias possibilidades que passam por intervenções que incrementem a autoeficácia dos estudantes e facultem apoio na área académica, que têm demonstrado impactos positivos na facilitação da adaptação académica e no bem-estar dos EES (Kalra et al., 2012).

Os **Acontecimentos de Vida Negativos** (AVN) em idades precoces são muito pouco estudados em EES, por conseguinte o reduzido número de estudos limita a discussão dos dados. Os resultados mostram frequências e impactos baixos de acontecimentos de vida negativos, em linha com dados nacionais (Brás & Cruz, 2008), mas muito inferiores à prevalência de 20% de EES vítimas maus tratos na infância encontrados no Iraque (Saed & Talat, 2013), justificando-se estas diferenças, provavelmente, pelas marcadas diferenças culturais. Os dados também indicam que a dimensão negativa da SM se correlaciona positiva e significativamente com todas as subescalas e índices *de Acontecimentos de Vida Negativa*. Como esperado, a relação mais forte verifica-se entre *Depressão e Abuso Psicológico* e entre *Distress Psicológico* e o *Índice de Severidade*. Os estudantes com níveis de SM-Baixo apresentam scores mais elevados de AVN, à exceção de *Abuso Físico e Sexual*. Os resultados indicam uma relação positiva entre abuso e negligência emocional na infância e a saúde mental negativa a longo prazo, em consonância com estudos e modelos que defendem que os AVN na infância estão associados a pior SM e a múltiplos problemas psicológicos em adulto

(Spinhoven et al., 2010). Predominantemente depressão (Peng et al., 2012; Shikai et al., 2009), ansiedade social (Binelli et al., 2012), além de preditores de sintomas depressivos e insónia (Gress-Smith et al., 2015). Embora pouco estudado, destaca-se a extensão e gravidade do impacto que o abuso psicológico ou emocional na infância causam na saúde mental dos EES. Nessa medida, este estudo fornece dados que apoiam a necessidade de intervenção precoce e dirigida a este tipo de abuso "silencioso" visando modificar modelos negativos de funcionamento interno.

Vulnerabilidade psicológica (VP). Os resultados indicam presença de moderada vulnerabilidade psicológica. Mostram correlações positivas significativas entre a dimensão negativa da SM e a VP, as mais fortes ocorrem com *Distress Psicológico* e SM global. Quando analisados por nível de SM constata-se que os estudantes com ISM-Elevado tendem a ter menor vulnerabilidade. Estes resultados são concordantes com modelos cognitivos (Beck, 1990) e com a evidência que têm vindo a demonstrar que esquemas cognitivos como negativismo e dependência são vulnerabilidades associadas a pior saúde mental e são preditores robustos de depressão (Sinclair & Wallston, 2010; Stoeber, 2014).

Perceção de Vulnerabilidade (PV). Globalmente os estudantes não se percebem vulneráveis, do ponto de vista da sua SM. Os dados mostram que a perceção de vulnerabilidade se correlaciona positivamente de forma significativa com a dimensão negativa da SM. A correlação mais forte verificou-se entre a PV e *Distress Psicológico*. Os estudantes com ISM-Baixo percebem-se com maior vulnerabilidade que os do grupo ISM-Elevado. Desconhecendo-se estudos com esta variável, nesta população, consideramos estes dados inéditos significativos, contudo não permitem uma discussão mais aprofundada. Os resultados sugerem uma convergência teórica entre a singularidade de "sentir-se vulnerável" e *Distress Psicológico* defendida por Rogers (1997). Perguntar aos EES se se sentem vulneráveis parece ser um indicador promissor para avaliar a experiência subjetiva de vulnerabilidade (Jones et al., 2003; Rogers, 1997; Spiers, 2000). Esta abordagem pode ser relevante para avaliar vulnerabilidade do ponto de vista da SM em EES, além de apontar pistas interessantes para futuras pesquisas, por exemplo para explorar as diferenças entre géneros, uma vez que se verificou que estudantes do género feminino apresentam média de PV mais elevada que o género masculino.

Perspetivar o EES como potencial cliente dos cuidados de enfermagem, implica assumir que se trata de um ser dotado de recursos, proactivo em constante processo de desenvolvimento e construção no âmbito do seu contexto socio ambiental (Afaf Meleis, 2010). Nessa medida, estes resultados contribuem para uma melhor compreensão do EES em transição múltipla, a partir da perspetiva da EES (Afaf Meleis, 2012). Tal como defendem Hunt & Heisenberg (2010) os *campus* universitários, devido à sua natureza educativa, estão muito bem posicionados para desenvolver, avaliar e disseminar as melhores práticas, pois oferecem uma oportunidade única para resolver um dos problemas mais importantes de saúde pública referente a EES, e nesse sentido os responsáveis devem ser pró-ativos. Devem disponibilizar à comunidade estudantil informação e recursos em matéria de saúde mental (Hunt & Eisenberg, 2010).

3. Preditores de Saúde Mental

Tendo em conta que um dos objetivos centrais deste trabalho foi identificar preditores de bem-estar e *distress* psicológico nos EES, discutem-se os resultados da análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica, e os contributos das variáveis mais relevantes na explicação dos dois modelos preditivos obtidos.

3.1. Bem-Estar Psicológico

Os resultados indicaram como preditores de Bem-Estar Psicológico (BEP) variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamentos de saúde e psicoafectivas (cognição e perceção) que explicam 53,8% da variância do BEP, valor considerado como muito significativo para as ciências sociais.

Características sociodemográficas e relacionais.

Os dados indicam que se confirma uma influência das características sociodemográficas - género, NSE, relação íntima/namoro satisfatória e escalão etário no BEP, embora no conjunto sejam preditores com um peso muito pouco relevante, pois explicam apenas 9,2% da variância do BEP. O género feminino mostrou-se um preditor negativo do BEP. Este

resultado está bem documentado na literatura, sendo comum verificar-se valores significativamente mais baixos de BEP nas mulheres do que nos homens (Eshelman & Levendosky, 2012; Jordan et al., 2010; Kaukinen et al., 2012; Sabina & Ho, 2014). Estas diferenças tem sido associadas sobretudo a aspetos culturais, de discriminação ou violência de género (Catarino et al., 2010; Exner-Cortens et al., 2013; Jordan et al., 2010; Kumar et al., 2013), que cumulativamente conduzem a maior tensão e desgaste psicológico (Fergusson, Boden & Horwood, 2009; Gale, Booth, Mattus, Kuh, & Deary, 2013).

Tal como esperado os nossos resultados também indicam o NSE-Elevado como preditor de melhor BEP, à semelhança de estudos prévios que atribuem este efeito positivo ao conforto e segurança financeira que lhe estão associados (Alves & Rodrigues, 2010; Friedli, 2009; Lipman & Boyle, 2008; Slagueiro, 2013; Steptoe et al., 2007; Vohs, 2013).

A relação íntima/namoro satisfatória revelou-se um preditor de BEP. Este resultado está em concordância com Chow (2010) e Braithwaite et al (2010) e com os modelos teóricos que defendem que a capacidade de estabelecer relações íntimas satisfatórias é um marcador desenvolvimental e indicador de bem-estar (Chickering & Reisser, 1993; Papalia & Olds, 2000). Não se conhecendo no panorama nacional estudos sobre esta problemática em EES, estes dados tornam-se informação útil para basear intervenções dirigidas de cidadania, promoção e prevenção da violência no namoro.

O dados mostram uma correlação negativa entre os EES mais velhos e o BEP, contrariando alguns estudos que sugerem que se estabelece um aumento gradual do bem-estar entre os 18 e os 25 anos (Bewick et al., 2010; Chow, 2010; Christensson et al., 2010; Schulenberg & Zarrett, 2006). O incremento de bem-estar tem sido atribuído à influência positiva da maturidade e consolidação de planos profissionais (Albuquerque et al., 2008), contudo ausência de estudos longitudinais nacionais disponíveis limitam a discussão. Por conseguinte, são necessários estudos longitudinais para clarificar esta relação.

Características académicas. A auto classificação no desempenho académico mostrou-se um preditor de bem-estar muito significativo e explica 5,6% do modelo de BEP, os estudantes com melhor auto classificação no desempenho académico tem melhor bem-estar. Embora seja mais frequente estudar esta variável como correlato, este resultado está em linha com Imaginário (2011) que também constatou que ter “*boas notas*” é um dos preditores mais significativos de bem-estar.

Os comportamentos de saúde. A atividade física regular e dormir sete ou mais horas, mostraram-se preditores de BEP e explicam 9,4% do modelo total. Estes resultados eram esperados e corroboram que a atividade física e o padrão regular de sono, influenciam positivamente a saúde mental e o funcionamento global dos EES (Chen et al., 2013; McGovern, 2005; Snyder, 2009). Os dados indicam que a maior frequência de exercício físico tem um efeito protetor no BEP, corroborando estudos prévios (Demers, 2013; Kenari, 2014; Silva & Neto, 2014). Este resultado reforça o conhecimento prévio sobre os benefícios da atividade física na saúde mental e no bem-estar, atribuídos às endorfinas, que produzem efeitos protetores relativamente ao stress, tensão física e mental, melhorando o funcionamento global, sobretudo a cognição, memória e autoestima (Cooney et al., 2013; Kenari, 2014; Kokkinos, 2012; McGovern, 2005; Snyder, 2009).

Os dados indicam que a média de horas de sono dormidas tem um efeito explicativo positivo muito significativo e robusto no bem-estar dos estudantes. Tal como era esperado, estes resultados confirmam o conhecimento prévio (Ridner et al., 2015) e, corroboram a evidência que tem demonstrado consistentemente os bons hábitos de sono como preditores positivos de bem-estar (BaHammam et al., 2012; Lund et al., 2010; Taylor et al., 2011). O padrão regular de sono melhora a saúde mental e beneficia o funcionamento global do EES. Enquanto a privação e as perturbações do sono são preditores de *distress*, além de estarem também associadas a sintomas psíquicos, predominantemente na depressão e no sexo feminino (Chen et al., 2013; McGovern, 2005; Snyder, 2009). O modelo de regressão indica que dormir mais de sete horas é um importante contributo para incrementar o bem-estar dos EES, enquanto dormir menos de seis horas parece ter um efeito inverso. Estes dados reforçam o conhecimento prévio que indica que as horas dormidas diariamente são determinantes para a regulação dos estados de tensão física e psíquica e para o funcionamento global dos EES (Chen et al., 2013; Ridner, 2015). Esta informação é importante para implementar programas de educação e higiene de sono, visando promover padrões de sono mais saudável, tanto em EES como a montante no secundário (Matos et al., 2015).

Variáveis psicoafectivas. A satisfação com o suporte social (SSS) e satisfação com vida académica mostraram-se variáveis preditivas positivas no BEP dos EES, com um peso explicativo muito relevante na variabilidade explicada do BEP, e em conjunto explicam 29,6% do modelo. Os EES mais satisfeitos com o suporte social e com a vida académica obtêm valores

mais elevados de BEP, em concordância com a tendência da maioria dos estudos (Pais-Ribeiro, 2011; Renshaw & Cohen, 2014; Soares, Almeida, et al., 2006; Souza et al., 2010a). Os dados indicam que a satisfação com o suporte social é um preditor muito significativo de BEP em EES, confirmando estudos prévios (Merianos, Nabors, Vidourek, & King, 2013), particularmente nas mulheres (Verger et al., 2009). O efeito benéfico deriva da percepção de apoio, valorização e compreensão (Ennis & Bunting, 2013; Gowers, 2001; Pernice-Duca, 2010) aspectos que incrementam confiança, autoestima, autoaceitação que a evidência tem indicado como sendo preditores de bem-estar (Rodrigues & Madeira, 2009; Braithwaite et al., 2010). A disponibilidade para atividades sociais tem um efeito que tende a ser protetor da saúde mental (Pais-Ribeiro, 2011; Souza et al., 2010a), tal como o envolvimento em atividades sociais extracurriculares com os pares (Swenson et al., 2008) e desfrutar de relações interpessoais (Hefner & Eisenberg, 2009; Rodrigues & Madeira, 2009). As atividades sociais são uma relevante dimensão desenvolvimental dos jovens adultos (Chikering, 1993; Arnett, 2004), pois alimentam estados emocionais e relacionais positivos promotores de SM (Wang, Cullen, Yao, & Li, 2013). Nessa medida são necessárias iniciativas sociais e culturais nos *campus*, que estimulem a interação no seio da comunidade estudantil (Dooris & Doherty (2010).

A satisfação com a vida acadêmica (SVA) revelou-se um preditor muito significativo de BEP, e este resultado é concordante com o modelo MMAU (Soares et al., 2006) e com estudos prévios que indicam um efeito positivo entre a qualidade da adaptação e SVA dos EES (Renshaw & Cohen, 2014; Soares, Almeida, et al., 2006) e que as vivências acadêmicas de satisfação são indicadores de BEP (Kreig, 2013). A preponderância da SVA no BEP dos EES, contrasta com a escassez de estudos e de instrumentos de medida desta variável, o que torna os resultados relevantes, para fundamentar estudos futuros neste âmbito. Nessa medida a ESVA revelou-se uma alternativa útil, e agora disponível, para medir SVA em EES.

Por outro lado, destaca-se que é de toda a conveniência reforçar estados emocionais positivos nos EES, pois incrementam a capacidade de tomar decisões e promovem o funcionamento harmonioso e a realização pessoal, interpessoal e acadêmica (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999b).

Em síntese os preditores identificados exercem um efeito positivo no BEP dos EES, apontando possivelmente para um efeito protetor da saúde mental.

3.2. Distress Psicológico

A predição de *Distress Psicológico* (DP) é explicada por variáveis sociodemográficas, comportamentos de saúde e psicoafectivas que no total explicam 55,4% da variância do DP, valor extremamente relevante para as ciências sociais.

Embora as variáveis sociodemográficas (género e idade) expliquem apenas 5,1% da variância do DP, tal como era esperado confirmou-se que as mulheres têm valores significativamente mais altos de DP do que os homens (Colares, Franca, & Gonzalez, 2009; Matos et al., 2012) e, os estudantes mais velhos (escalão etário 21-24 anos) têm valores mais elevados de DP. Este resultado pode ser atribuído as exigências cumulativas da *transição múltipla* (Meleis, 2010), etapa onde convergem vários desafios e exigências de ajustamento e académicas. As variáveis académicas estudadas explicam apenas um valor desprezível 1,4%, da variância do DP, sem significância. Este dado é interessante, contudo carece de confirmação em diferentes amostras.

Quanto aos **comportamentos de saúde**, o sono explica 13,2% da variância do DP, quem dorme menos de seis horas por dia têm valores mais elevados de DP, o que reforça os resultados de estudos prévios, onde se verificaram correlações positivas entre deficiente higiene do sono e o *distress* (Chen et al., 2013; Pilcher et al., 1997; Wilson et al., 2014). Dada a preponderância do sono na explicação de *distress*, é conveniente, sobretudo para os profissionais de saúde, identificar os fatores que influenciam negativamente a qualidade do sono. Os distúrbios associados ao sono requerem medidas educativas focadas na capacitação do EES para adotar medidas de higiene do sono positivas (Silva et al., 2016).

As variáveis psicoafectivas explicam 35,7% da variância do DP valor muito relevante. Os mais satisfeitos com o suporte social, os mais satisfeitos com a vida académica obtêm valores mais baixos de DP, enquanto quem obteve maior vulnerabilidade psicológica (VP) e com maior perceção de vulnerabilidade (PV) obtêm valores mais altos de DP. Estes dados são concordantes com a investigação prévia sobre fatores que influenciam negativamente o DP (Haefel et al., 2008; SinClair & Wallston, 2010). A Vulnerabilidade Psicológica contribui em grande medida para explicar o DP. Estes dados reforçam o conhecimento prévio (SinClair & Wallston, 1999, 2010) que apontam a VP como um fator de vulnerabilidade robusto para a

depressão. Designadamente as crenças negativas sobre si mesmo, associadas aos estilos relacionais de dependência interpessoal aprendidos são preditores de DP. Estes resultados acompanham a tendência de outros estudos com variáveis cognitivas que associam negativismo ao DP (Stoeber, 2012b, 2014). De acordo com os resultados VP é um preditor sólido de DP e parece confirmar-se como um fator de vulnerabilidade para saúde mental negativa em EES. Por outro lado, a evidência de correlação robusta entre EVP e a dimensão *Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Psicoticismo* do BSI, encontrada no estudo de validação da EVP (Tabela 5.2), acrescenta relevância à escala EVP, que parece configurar um instrumento de *screening* útil e promissor para avaliar VP em EES. Este instrumento pode ser um contributo significativo para incrementar a qualidade da monitorização de EES em risco.

A Perceção de Vulnerabilidade, ou a sensação de “sentir-se vulnerável” é um robusto preditor de DP. Estes resultados estão em concordância com a convicção teórica de Rogers (1997) que entende vulnerabilidade como um estado subjetivo percebido, e que sentir-se vulnerável gera *distress* e afeta globalmente o funcionamento da pessoa. Destaca-se que a pergunta “*sente-se vulnerável do ponto de vista da sua saúde mental?*” está bem correlacionada, tanto com *Vulnerabilidade Psicológica* como com saúde mental negativa ou DP, indicando que os jovens são capazes de autoavaliar com fidedignidade o seu grau de vulnerabilidade. A sua facilidade de aplicação reforça o seu potencial como indicador de vulnerabilidade, que pode servir como um elemento relevante para triagem (*screening*) de estudantes em risco. Este dado revela-se pois de particular interesse para explorar no futuro, quer para a investigação quer para a clínica. Usar esta questão única parece ser uma estratégia promissora sobretudo na identificação precoce de estudantes com necessidades de ajuda profissional. Não se conhecendo estudos que permitam quantificar perceção de vulnerabilidade em EES, atribui-se um valor potencial a esta questão para clarificar o fenómeno da vulnerabilidade associada à SM em EES.

As condições situacionais em que decorre a *transição múltipla* dos EES são influenciadas pelos significados atribuídos às mudanças que estão a viver. Englobam processos intrapsíquicos que originam respostas humanas e comportamentos positivos e negativos. Conhecer as condições facilitadoras vs obstáculos em que a *transição múltipla* ocorrem permitem recolher dados para identificar as necessidades em saúde do EES, e são uteis como orientações específicas futuras, para desenhar terapêuticas de enfermagem facilitadoras da

transição e promotoras da saúde mental (Happell & Cleary, 2012; Weare & Nind, 2011).

Verificamos que o género feminino o escalão etário dos 21-24 anos, dormir menos de seis horas, a vulnerabilidade psicológica, a perceção de vulnerabilidade são preditores de *distress*. Provavelmente estas variáveis originam um efeito de vulnerabilidade em EES. A satisfação com o suporte social e satisfação vida académica, parecem exercer um efeito inverso, isto é, parecem exercer um efeito protetor.

CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES

1. Principais Conclusões

O ingresso no ensino superior, como *transição múltipla*, origina respostas humanas positivas e negativas que requerem um ajustamento. Perante a escassez de dados sobre esta problemática caracterizar a SM dos EES e identificar variáveis biopsicossociais com efeito positivo vs vulnerabilidade revela-se de particular interesse. Nessa medida, este estudo contribui com elementos que elevam a compreensão sobre a saúde mental do EES no contexto académico. Este conhecimento é essencial para fundamentar intervenções de facilitação da transição, uma vez que a transição é mais bem-sucedida quando se antecipa e prepara. Embora relevante e prioritária, no âmbito das Políticas de Saúde, esta área do conhecimento está ainda deficitária em Portugal.

A finalidade deste trabalho é caracterizar a saúde mental dos EES e estudar as relações entre condições individuais e do contexto académico, visando identificar preditores de bem-estar e *distress*. Nesse sentido procurou-se responder à pergunta de partida e aos objetivos. Para esse fim conduziu-se um estudo preliminar para validar os instrumentos e as medidas a usar no estudo principal. A metodologia, o tamanho da amostra e os dados deste estudo permitem confirmar a convicção teórica defendida de que a saúde mental dos EES é um fenómeno condicionado positiva e negativamente por múltiplas variáveis.

A evidência científica indica particular relevância das variáveis biopsicossociais e situacionais na explicação da saúde mental dos EES, por conseguinte foram estudadas variáveis sociodemográficas, relacionais, académicas, comportamentais e variáveis psicoafectivas e discutidos os seus efeitos de influência protetores ou como vulnerabilidades. Ao longo da discussão dos resultados foram sendo feitas conclusões que permitiram confirmar ou infirmar estudos anteriores, e foram destacados aspetos inovadores e complementares identificados em contraponto com estudos existentes. Foram ainda realçados elementos originais, nomeadamente quanto à vulnerabilidade psicológica e à perceção de vulnerabilidade. Assim, neste ponto, destacam-se as conclusões mais relevantes, sintetizando e integrando os resultados obtidos no estudo.

O **primeiro objetivo** de caracterizar a saúde mental dos EES quanto ao bem-estar e *distress* psicológico, confirmou as conclusões de estudos anteriores. Pode-se concluir que se

trata de uma amostra saudável e os resultados mostram um índice bom de SM, mas cerca de 17% têm nível de SM-Baixo. Apurou-se ainda que os estudantes estão muito satisfeitos com o suporte social, com a vida académica, têm índices de IAV-N de presença e de severidade muito baixos, têm moderada vulnerabilidade psicológica e não se percebem como vulneráveis. Uma grande percentagem consome analgésicos, e cerca 10% têm comportamentos auto lesivos e apenas pouco mais de treze por cento recebe ajuda profissional.

No segundo objetivo pretendeu-se estudar as relações existentes entre a saúde mental dos EES e variáveis biopsicossociais, o que permitiu confirmar que a saúde mental está positivamente correlacionada com NSE-Elevado, ter relação afetiva estável e satisfatória, ter desempenho académico Bom, dormir sete a oito horas, não consumir fármacos, estar satisfeito com o suporte social e com a vida académica, ter tido poucos acontecimentos de vida negativos, ter menor vulnerabilidade psicológica e ter menor perceção de vulnerabilidade. Por oposição os resultados indicam que o nível de saúde mental baixo se correlaciona com não praticar exercício físico, pertencer ao NSE-Baixo/Médio, ter relação conflituosa/tensa ou curta/ocasional, ter desempenho medíocre/suficiente, dormir menos de seis horas, tomar fármacos, ter comportamentos auto lesivos, vulnerabilidade psicológica e sentir-se vulnerável.

Por último, o intuito do **terceiro objetivo** foi identificar preditores de bem-estar e de *distress* psicológico em EES. Concluiu-se que o género masculino, ter relação íntima/namoro satisfatória, o bom desempenho académico, prática de exercício físico/desporto, dormir sete horas de sono, a satisfação com o suporte social e satisfação vida académica, são preditores de bem-estar psicológico em EES, os dois últimos com forte preponderância. Por conseguinte parecem constituir-se como fatores protetores da saúde mental dos EES. Inversamente o género feminino, o NSE menos favorável, idade entre os 21-24 anos, dormir menos de seis horas, maior vulnerabilidade psicológica, e maior perceção de vulnerabilidade são preditores de *distress*, os últimos com forte preponderância, parecem constituir-se como fatores de vulnerabilidade.

As principais conclusões deste estudo apontam para a relevância dos preditores identificados, que complementam informação prévia para ajudar profissionais de saúde e instituições de ensino superior a desenhar e implementar programas dirigidos de promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental, com base na educação para a saúde.

2. Limitações

Embora a temática da saúde mental em EES seja pertinente e tenha um caráter inovador para a disciplina e prática da enfermagem, este trabalho tem naturalmente algumas limitações.

Não sendo uma amostra estratificada em termos nacionais pode não representar de forma clara todos os extratos e EES. Por outro lado, sempre que se utilizem instrumentos de autorrelato há que ter em conta o viés ou tendenciosidade, que pode afetar a validade das informações fornecidas, além das dificuldades em recordar certos aspetos e/ou embaraço em admitir outros, dado o seu carácter íntimo (Pestana & Gageiro, 2007).

Também o facto de a avaliação ser realizada pelo mesmo observador (EES) pode introduzir viés, isto é, uma variável pode condicionar a imparcialidade da avaliação de outras, por contágio. Além disso, os sujeitos podem sub ou sobre reportar determinados tipos de comportamento, consoante os considerem ou não socialmente desejáveis. A desejabilidade social é uma questão preponderante na SM e na esfera privada e íntima das pessoas, pelo que algumas questões podem ser consideradas demasiado pessoais para serem reveladas ou podem ainda ser sentidas como fragilidades (Pillon, O'Brien, & Chavez, 2005).

Considera-se que uma das principais limitações é o facto de ser um estudo transversal, pelo que não é possível concluir pela direção dos efeitos. No que diz respeito aos instrumentos utilizados, apesar de terem demonstrado boas características psicométricas, alguns carecem de mais investigação que confirme e lhe confira maior robustez, nomeadamente na diversificação de amostras.

3. Contributos para a Prática

Os principais contributos deste estudo atribuem-se aos dados que dele emergiram, agora disponíveis para a comunidade científica, dado que os estudos sobre a SM dos EES são manifestamente escassos em Portugal, sobretudo os que investigam simultaneamente a vertente positiva e negativa da SM em EES.

Esta investigação teve como finalidade a obtenção de evidência sobre a saúde mental em EES e sobre a relação com variáveis biopsicossociais, bem como, contribuir para disseminar e transferir o conhecimento produzido para a prática, fundamentando a decisão em saúde e a melhoria dos cuidados. Por outro lado, este conhecimento pode ser útil para antecipar situações com potencial impacto negativo na saúde, suscetíveis de modificação.

Apesar das limitações, já referidas, importantes contributos podem ser retirados deste estudo, que acrescenta informação detalhada sobre relações entre comportamentos, cognições, perceções e a saúde mental dos EES na transição para o ensino superior, agora disponíveis para profissionais de saúde e educadores. Este conhecimento específico é essencial para clarificar e decifrar quais as variáveis se configuram como facilitadoras vs inibidoras/obstáculos à transição bem-sucedida, como indicadores de *screening*.

A Escala de Vulnerabilidade Psicológica-EVP e a questão “*sente-se vulnerável do ponto de vista da sua saúde mental?*”, parecem possibilitar aceder à consciência de sofrimento psicológico em EES, cujo potencial pode ser desenvolvido futuramente tanto na investigação como na clínica. Esta informação é importante para antecipar necessidades e padrões de resposta negativos dos EES em contexto, oferecendo a possibilidade de os modificar o mais precocemente possível (Happell & Cleary, 2012; Weare & Nind, 2011).

O Pacto Europeu para a Saúde Mental da OMS: Saúde Mental na Juventude e na Educação (WHO 2005b, 2008)., recomenda que as Políticas devem agir na saúde mental e na educação dos jovens incluindo as estratégias:

- Garantir mecanismos para a deteção precoce através do sistema educativo;
- Disponibilizar programas que promovam as competências parentais;
- Promover formação para os profissionais envolvidos na saúde, educação, juventude e outros sectores relevantes da saúde mental e bem-estar;
- Programas de prevenção do abuso, intimidação e violência nos jovens e exclusão social;
- Promover a participação dos jovens na educação, cultura, desporto e emprego

Facilitar os momentos transicionais é por excelência um foco de atenção do cuidado de enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994). Os enfermeiros no âmbito do processo de cuidados atuam nos períodos antecipatórios e de preparação para a mudança, focam-se na promoção da saúde e do bem-estar, no reforço dos aspetos saudáveis e em tudo o que promove a vida, visando ultrapassar os problemas do quotidiano, as situações complexas de

maior vulnerabilidade, prevenindo a morbidade mental.

Os comportamentos de saúde e a deteção precoce de sintomas depressivos, atenuam as barreiras à procura de ajuda em EES (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009; Justin Hunt & Eisenberg, 2010; Hussain et al., 2013). Também os indicadores ajustados às idiosincrasias dos EES permitem agir numa lógica articulada de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento psíquico (Wilson et al., 2014). Nessa medida recomenda-se às instituições de ensino superior, construir e manter um ambiente saudável nos *campus* dirigido a toda a comunidade educativa, na lógica das Universidades e Escolas Promotoras de Saúde (UEPS). Apresentam-se algumas sugestões de ações promotoras da saúde mental a implementar nos *campus* e no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP).

Otimizar o trabalho adaptativo aos processos de vida no *campus*:

- *Suporte pedagógico* - Oferecer informação de caráter pedagógico, emocional e instrumental aos recém-chegados e estimular a interação e suporte entre pares;

- *Oferecer instalações desportivas* – Equipar os *campus* com instalações e equipamentos desportivos (piscinas, ginásios, pavilhões), fomentando a acessibilidade à atividade física.

- *Seminários de Bem-estar e Educação para a saúde* com informação dirigida à higiene do sono, exercício físico, redução de consumos, de comportamento auto lesivo, incentivar as atividades relações interpessoais, combater o estigma (Vankim & Nelson, 2013).

- *Site Informativo* - Disponibilizar informação pertinente, atrativa e interativa dirigida à promoção, prevenção e de “primeiros socorros em saúde mental” (e.g. <http://www.learnpsychology.org/college-students-and-mental-health/>), visando capacitar os EES a reconhecer comportamentos e sinais que possam configurar sofrimento psíquico e desequilíbrio, estimulando-os a pedir ajuda caso necessário.

No âmbito dos Cuidados de Saúde primários - Saúde escolar.

- *Medidas de deteção precoce* - *Medidas de triagem rápida*⁶³ (e.g., sente-se vulnerável do ponto de vista da saúde mental?; Escala EVP). A identificação precoce de problemas de saúde mental é crucial, pois aumenta as probabilidades de sucesso da intervenção

⁶³ (1) *Triagem facultativa online*; (2) *triagem formal* - encoraja-se todos a participar; (3) *triagem obrigatória*- todos são formalmente requisitados.

terapêutica. Ao enfermeiro compete proceder à apreciação diagnóstica, planejar e intervir usando estratégias promotoras de um estilo de vida mais saudável, mudança positiva de comportamento e de melhoria de saúde, articulando com outros profissionais de saúde ações de prevenção e as respostas mais adequadas para solucionar os problemas de saúde.

- Realização de *workshops* - gestão de stress, comportamento agressivos; autoconhecimento, ventilação de sentimentos, exercícios de *relaxamento*, *mindfulness*. Todas estas abordagens poderão ser utilizadas sobretudo para reforçar as redes sociais, e para a redução da ansiedade e do sofrimento psíquico, cuja eficácia e adequação em EES tem sido consistentemente demonstrada (Chalifour, 2008; Crawford et al., 2015; Kalra et al., 2012; Mattanah et al., 2010; Qureshi & Al-Bedah, 2013).

Perante a preponderância da SM no desenvolvimento do potencial pessoal, social e académico dos EES é uma relevante questão de saúde pública, que não deve ser negligenciada quer pelas instituições de ensino ou pelos profissionais de saúde (OMS, 2009).

Numa perspetiva mais ampla, espera-se que este trabalho demonstre a pertinência da promoção da saúde mental para desenvolvimento pleno do indivíduo, tornando-o mais feliz e mais saudável a todos os níveis. O investimento na saúde mental é um recurso inteligente que incrementa o vigor social de qualquer nação, além do potencial da força de trabalho, por conseguinte é importante o desenvolvimento saudável dos EES como geração futura.

4. Sugestões para Investigações Futuras

A ausência de saúde mental fragiliza a transição saudável dos EES, promove o desequilíbrio e insucesso académico, justificando-se por isso investigar esta problemática. O interesse deste estudo atribui-se às relações agora identificadas e mais claras entre a SM dos EES, e as variáveis biopsicossociais estudadas. Atribui-se ainda particular relevância aos preditores de bem-estar e *distress* que o estudo identificou, que carecem de posterior confirmação.

Este estudo, reforçou conhecimento já existente, mas acrescentou informação original, e transferível para fundamentar futuras investigações sobre esta temática e formular hipóteses acerca deste fenómeno, agora mais claro. A título de exemplo apontam-se algumas

sugestões, sem prejuízo das que foram sendo enunciadas ao longo da discussão. Destaca-se a importância da disseminação do conhecimento científico que se produz, que em última análise contribui para divulgação da cultura científica em saúde mental.

Uma primeira sugestão é relativa aos instrumentos EVP e ESVA, embora apresentem ambos as qualidades métricas requeridas à investigação é desejável ampliar o conhecimento sobre os seus requisitos psicométricos no futuro, alargando os parâmetros a estudar e diversificando as amostras.

Uma segunda sugestão refere-se à importância de desenvolver um estudo longitudinal monitorizando a SM dos EES a interferências das variáveis, analisando a sua evolução estratificando a amostra, por exemplo por género, grupo etário e ano. Convém referir que um estudo longitudinal poderia ajudar a clarificar alguns aspetos contraditórios encontrados na literatura, especificamente no que respeita ao bem-estar dos EES conforme a progressão do curso e a idade, dado que alguns estudos mostram que o bem-estar tende a aumentar gradualmente com a idade e ano de curso, enquanto outros reportam um decréscimo ao longo do curso. Permitiria ainda estudar a direção dos efeitos das variáveis aqui estudadas.

Por último os resultados obtidos neste estudo poderão servir de suporte a estudos com metodologia de tipo quase-experimental, que no âmbito de um programa de intervenção de promoção do bem-estar, procurasse analisar os efeitos ocorridos ao nível das mudanças do estado de SM. Um estudo com esta finalidade permitiria detetar a oscilação dos resultados atribuída à referida intervenção.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahern, N. (2009). Risky behavior of adolescent college students. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(4), 21–25. Retrieved from Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database
- Albornoz, A., Garcia, C., & Bandeira, D. (2010). Eventos de vida: Investigações sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 489–497.
- Albuquerque, F., Noriega, J., Martins, C., & Neves, M. (2008). Locus de controlo e bem-estar subjectivo em estudantes universitários de Paraíba. *Psicologia PanaAmerica Latina*, 13, 1–16.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, R., ... Silva, J. (2011). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- Almeida, L. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no Ensino Superior. *Educación, Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxia*, 15(3), 203–215.
- Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. (1999a). Apresentação do Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicologia*, XIX(2), 149–160.
- Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. (1999b). Questionário de Vivências Académicas: Construção e validação de uma versão reduzida (QVA-r). *Revista Portuguesa de Pedagogia*.
- Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à Universidade: Apresentação do Questionário de Vivências Académicas (QVA). *Psicologia*, XIX(2), 189–208.
- Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, J. (2002). Questionário de vivências Académicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 81–93.
- Almeida, L., Soares, A., Guisande, M., & Paisana, J. (2007). Rendimento académico no ensino superior: estudo com alunos do 1º ano. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxia E Educación*, 14(1), 207–220.
- Almeida, S. (2014). *A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação*. Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131.
- Amar, A. F., & Gennaro, S. (2005). Dating violence in college women: Associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms. *Nursing Research*, 54(4), 235–242. <http://doi.org/00006199-200507000-00005> [pii]
- American College Health Association. (2011). *Institutional Data Report - National College Health Assessment (ACHA-NCHA-II). Institutional Data Report - Spring 2011*. Linthicum.
- American College Health Association. (2014). *Spring 2014 Reference Group Executive Summary Table of Contents*. Hanover.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5 Th). Arglinton: American Psychiatric Association. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Amirazodi, F., & Amirazodi, M. (2011). Personality traits and Self-esteem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 713–716. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.296>
- Andrade, A., Duarte, P., & Oliveira, L. (2010). *I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e*

- outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília: Presidência da República - Secretaria Nacional De Políticas Sobre Droga.
- Andriola, W., Troccoli, B., & Dias, M. (1990). Caracterização do apoio social em estudantes universitários brasileiros. *Rev Psicol*, 7/8:61-78. *Rev Psicol*, 7(8), 61–78.
- Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2011). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21–27.
- Araújo, B. (2005). *Vivências, Satisfação e Rendimento Acadêmicos em Estudantes de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *The American Psychologist*, 55(5), 469–480. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. (2004). *Emerging Adulthood*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. (2007). Emerging Adulthood : What Is It , and What Is It Good For ? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73.
- Arnett, J. J. (1994). Are college students adults? Their conceptions of the transition to adulthood. *Journal of Adult Development*, 1(4), 213–224.
- Arria, A. M., Caldeira, K. M., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., & O’Grady, K. E. (2016). Marijuana use trajectories during college predict health outcomes nine years post-matriculation. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 158–65. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.009>
- Asarnow, J., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K., ... Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–81. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Aventura Social & Saúde. (2010). *Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010*. (Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL, Ed.). Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL.
- Azevedo, V., Elias, A., Samorinha, A., & Maia, Â. (2010). Comportamentos de Risco durante o Enterro da Gata: Realidade ou Mito ? *Actas Do VII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- BaHammam, A., Alaseem, A., Alzakri, A., Almeneessier, A., & Sharif, M. (2012). The relationship between sleep and wake habits and academic performance in medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 12(1), 61. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-12-61>
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). Inquerito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. Lisboa: FCSH-CESNOVA.
- Balsamo, M., Imperatori, C., Sergi, M. R., Belvederi Murri, M., Continisio, M., Tamburello, A., ... Saggino, A. (2013). Cognitive vulnerabilities and depression in young adults: An ROC curves analysis. *Depression Research and Treatment*, 2013.
- Barchifontaine, C. (2006). Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo Da Saúde*, 30(3), 434–440.
- Bardagi, M., & Hutz, C. (2010). Satisfação de vida, comprometimento com a carreira e exploração vocacional em estudantes universitários. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 159–170.
- Bardagi, M., & Hutz, C. (2012). Rotina Acadêmica e Relação com Colegas e Professores: Impacto na Evasão Universitária. *Psico*, 43(2), 174–184.

- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar* (1º ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Barry, M. (2007). Implementing Mental Health Promotion. New York: ReportNumber.
- Bayati, A., Beigi, A., & Salehi, N. (2009). Depression prevalence and related factors in Iranian students. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 12(20), 1371–1375. <http://doi.org/10.3923/pjbs.2009.1371.1375>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387236>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment*, 2(2), 191–197. <http://doi.org/10.1037//1040-3590.2.2.191>
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90–96.
- Benincasa, M., & Rezende, M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, LVI(124), 93–110.
- Benson, K., Flory, K., Humphreys, K. L., & Lee, S. S. (2015). Misuse of Stimulant Medication Among College Students: A Comprehensive Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(1), 50–76. <http://doi.org/10.1007/s10567-014-0177-z>
- Berwick, D., Murphy, J., Goldman, P., Ware Jr., J., Barsky, A., Weinstein, M., & Ware, J. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Medical Care*, 29(2), 169–176.
- 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. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03075070903216643>
- Bhave, S., & Nagpal, J. (2005). Anxiety and depressive disorders in college youth. *Pediatric Clinics of North America*, 52(1), 97–134, ix. <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2004.11.004>
- Binelli, C., Ortiz, A., Muñiz, A., Gelabert, E., Ferraz, L., Filho, A., ... Martin-Santos, R. (2012). Social anxiety and negative early life events in university students. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 34(Supl.1), S69–74. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34s1/pt_v34s1a06.pdf
- Binelli, C., Ortiz, A., Muñiz, A., Gelabert, E., Ferraz, L., Filho, A., ... Martín-santos, R. (2012). Eventos negativos na infância e ansiedade social em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(Supl1), S76–80.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B., Shang-Min, L., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-collegeattending Peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12), 1429–1437. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1429>.
- Bowman, N. A. (2010). The Development of Psychological Well-Being Among First-Year College Students. *Journal of College Student Development*, 51(2), 180–200. Retrieved from http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/journal_of_college
- Braithwaite, S., Delevi, R., & Fincham, F. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, 17(1), 1–12.
- Branden, N. (2011). *Los Seis Pilares de la Autoestima*. Barcelona: PAIDOS IBERICA.

<http://doi.org/10.1157/13068212>

- Brás, M., & Cruz, J. (2008). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N): Construção e Validação numa População Adulta. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Atas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Universidade do Minho.
- Brooks, J., & DuBois, D. (2009). Individual and Environmental Predictors of Adjustment during the First Year of College. *Journal of College Student Development*, 36(4), 347–360. Retrieved from <http://ezproxy.usherbrooke.ca/>
- Brooks, N. (2003). Vulnerability, risk and adaptation: A conceptual framework. *Tyndall Centre for Climate Change Research*, 38(4), 20. Retrieved from papers2://publication/uuid/D2016620-F4DE-4C0A-BE4B-78E8F2701438
- Bulmer, S. (2015). Correlates and predictors of marijuana use among US undergraduates. *Addictive Behaviors*, 25(3), 206–217. Retrieved from <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Paper318939.html>
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child Maltreatment, Emotion Regulation, and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801–819. <http://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947>
- Burris, J., Brechting, E., Salsman, J., & Carlson, C. (2009). Factors Associated with the Psychological Well-Being and Distress of University Students. *Journal of American College Health*, 57(5), 536–544. Retrieved from ERIC database
- Byrd, D., & McKinney, K. (2012). Individual, Interpersonal, and Institutional Level Factors Associated With the Mental Health of College Students. *Journal of American College Health*, 60(3), 185–193.
- Cabrita, J., Ferreira, H., Iglesias, P., Batista, T., & Rocha, E. (2004). Utilização de medicamentos em situações de stress pelos estudantes da Universidade de Lisboa. *Revista de Epidemiologia (Resumos)*, 14(2), 22.
- Câmara, S. (2005). Comportamentos de risco entre jovens. *Psico*, 36(1), 89–97. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161555>
- Cameron, L. D., & Moss-Morris, R. (2010). Illness-Related Cognition and Behaviour. In *Health Psychology* (pp. 149–161).
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica (SHO/APPORT)*, pp. 305–330). Braga: Quarteto.
- Carneiro, A. (2012). *Qualidade de Vida, Satisfação com o Suporte Social e o Funcionamento Social na Esquizofrenia: Estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados*. Universidade Católica Portuguesa.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., & Reiss, A. L. (2007). Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*, 119(3), 509–16. <http://doi.org/10.1542/peds.2006-2028>
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Amaro, F., & Santos, J. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Direção Geral da Saúde Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa.
- Carvalho, L., Nunes, M., Primi, R., & Nunes, C. (2012). Evidências Desfavoráveis para Avaliação da Personalidade com um Instrumento de 10 Itens. *Paidéia*, 22(51), 63–71.

- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A Theory of Self-Esteem. *Source: Social Forces*, 80(3), 1041–1068. <http://doi.org/10.1353/sof.2002.0003>
- Catarino, H., Oliveira, A., Pereira, A., & Santos, I. (2010). A Vinculação às Figuras Parentais e Violência nas Relações de Namoro em Estudantes do Ensino Superior. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 3162–3173). Braga: Universidade do Minho.
- Center for School Mental Health. (2011). *Supporting Mental Health Needs of Community College Students*.
- Cerchiari, E., Nunes, A., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(3), 413–420. <http://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010>
- Chalifour, J. (2008). *Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda*. (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Chen, X., Gelaye, B., & Williams, M. (2013). Sleep characteristics and health-related quality of life among a national sample of American young adults: assessment of possible health disparities. *Quality of Life Research*, 23(2), 613–625. <http://doi.org/10.1007/s11136-013-0475-9>
- Chesnay, M. (2005). Vulnerable Populations: vulnerable people. In M. Chesnay (Ed.), *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research* (p. 473). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chickering, A., & Reisser, L. (1993). *Education and identity. The Jossey-Bass higher and adult education series* (Vol. 2 nd). New York: Jossey-Bass. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2007.00738.x>
- Chow, H. (2010). Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 473–496.
- 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. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-343>
- Chung, J., Robins, R., Trzesniewski, K., Nofle, E., Roberts, B., & Widaman, K. (2014). Continuity and change in self-esteem during emerging adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(3), 469–83.
- Cleary, M., Walter, G., & Jackson, D. (2011). “Not always smooth sailing”: mental health issues associated with the transition from high school to college. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(6), 250–254. <http://doi.org/10.3109/01612840.2010.548906>
- Cockerham, W. C. (2013). Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory. In W. C. Cockerham (Ed.), *Medical Sociology on the Move* (pp. 127–154). Springer Netherlands. <http://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3>
- Cohn, A. (2009). Saúde e Desenvolvimento Social. *Saúde E Sociedade*, 18(2), 41–47.
- Colares, V., Franca, C., & Gonzalez, E. (2009). Conduas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 521–528. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300007>
- Coleta, J., & Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia Em Estudo*, 11(3), 533–539. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300009>

- Conley, C., Travers, L., & Bryant, F. (2013). Promoting psychosocial adjustment and stress management in first-year college students: the benefits of engagement in a psychosocial wellness seminar. *J Am Coll Health*, 61(2), 75–86. <http://doi.org/10.1080/07448481.2012.754757>.
- Cooke, R., Bewick, B., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/03069880600942624>
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., ... Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026850>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Posttraumatic stress without trauma in children. *The American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1059–1065. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09020178>
- Costa, E., & Leal, I. (2004). Saúde mental e adaptação à vida académica : Uma investigação com estudantes de Viseu. In P. R. Isabel Leal (Ed.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (Fundação C, pp. 149–155). Lisboa.
- Costa, E., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir. In S. M. Isabel Leal, José Luís Pais Ribeiro, Isabel Silva (Ed.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213–216). Porto: Universidade do Porto.
- 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.
- Crawford, G., Burns, S. K., Chih, H. J., Hunt, K., Tilley, P. J. M., Hallett, J., ... Smith, S. (2015). Mental health first aid training for nursing students: a protocol for a pragmatic randomised controlled trial in a large university. *BMC Psychiatry*, 15, 26. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4337104&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Cruz, M. (2008). *Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: O papel do suporte social*. Universidade do Porto.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. In *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. (pp. 4670–4683). Braga: Universidade do Minho.
- Cutclif, J., & Mckenna, H. (2005). *The Essential Concepts of Nursing*. Livingstone: Elsevier Churchill.
- Dale, H., Brassington, L., & King, K. (2014). The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, 19(1), 1–26.
- Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Koller, S. H. (2014). Adaptation and psychometric properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 27(2), 323–330. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct>
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Woolley, D. P., & Shenk, C. E. (2010). Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 570–577. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp116>
- Dehne, K., & Riedner, G. (2001). Adolescence - A dynamic concept. *Reproductive Health Matters*, 9(17),

- 11–15. [http://doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90003-5](http://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90003-5)
- Demers, N. R. (2013). The relationship between exercise and mental health in college students. *Psychiatry Research*, 4(6), 130–141. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezproxy.library>
- DGEEC & DSEE. (2014). Perfil do Aluno 2012/2013. *Direção-Geral de Estatísticas Da Educação E Ciência E Direção-Geral de Serviços de Estatísticas Da Educação*. Lisboa: DGEEC & DSEE. Retrieved from <http://www.dgeec.mec.pt>
- Di Giunta, L., Alessandri, G., Gerbino, M., Luengo Kanacri, P., Zuffiano, A., & Caprara, G. V. (2013). The determinants of scholastic achievement: The contribution of personality traits, self-esteem, and academic self-efficacy. *Learning and Individual Differences*, 27, 102–108. <http://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.07.006>
- Dias, F. (2006). Aconselhamento psicológico a jovens do Ensino Superior: Uma abordagem psicodinâmica e desenvolvimentista. *Análise Psicológica*, XXIV(1), 39–50.
- Dias, M., Costa, A., Manuel, P., Neves, A., Geada, M., & Justo, J. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 207–220.
- Diniz, A., & Almeida, L. (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, XXIV(1), 29–38.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015. (DGS, Ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retrieved from <http://www.dgs.pt>
- Dobmeier, R., Hernandez, T., Barrell, R., Burke, D., Smith, K., Hanna, C., ... Siclare, M. (2011). Student Knowledge of Signs, Risk Factors, and Resources for Depression, Anxiety, Sleep Disorders, and Other Mental Health Problems on Campus. *Journal of Student Affairs*, 11(2), 27–46.
- Dooris, M., & Doherty, S. (2010). Healthy universities - Time for action: A qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promotion International*, 25(1), 94–106. <http://doi.org/10.1093/heapro/daq015>
- Eakin, H., & Luers, A. (2006). Assessing the Vulnerability of Social-Environmental Systems. *Annual Review of Environment and Resources*, 31(1), 365–394. <http://doi.org/10.1146/annurev.energy.30.050504.144352>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Eisenberg, D., Downs, M., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 66(5), 522–541. <http://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. (2009). Mental Health and Academic Success in College. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 9(1), 78–88.
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534–542. <http://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis.*, 201(1), 60–7.

<http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab077>.

- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301–308. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>
- El Ansari, W., & Stock, C. (2010). Is the health and wellbeing of university students associated with their academic performance? Cross sectional findings from the United Kingdom. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(2), 509–527. <http://doi.org/10.3390/ijerph7020509>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Engin, E., Gurkan, A., Dulgerler, S., & Arabaci, L. (2009). University students' suicidal thoughts and influencing factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(4), 343–354. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01377.x>
- Ennis, E., & Bunting, B. P. (2013). Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health*, 13(1), 255. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-255>
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1976). *Infancia e Sociedades*. (G. Amado, Ed.) (2^a ed). Rio de Janeiro: Zahar.
- Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating violence: mental health consequences based on type of abuse. *Violence and Victims*, 27(2), 215–28. <http://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215>
- Evans, E. A., & Sullivan, M. A. (2014). Abuse and misuse of antidepressants. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 5, 107–20. <http://doi.org/10.2147/SAR.S37917>
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., & Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics*, 131(1), 71–8. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/1/71.long>
- Fernandes, V. (2011). *Adaptação Académica e Auto- Eficácia em Estudantes Universitários do 1º Ciclo de Estudos*. UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA.
- Ferrara, C. (2009). The college experience: Physical activity, nutrition, and implications for intervention and future research. *Journal of Exercise Physiology*, 12(1), 23–35.
- Ferreira, V., Linares, O., Nobre, J., Oliveira, T., Pereira, S., Soares, T., & Tabuinhas, V. (2004). Inventário de saúde mental. O caso particular dos alunos do Instituto Politécnico de Portalegre. *Aprender*.
- Figueira, C. (2013). *Bem-estar nos estudantes do ensino superior: papel das exigências e dos recursos percebidos no contexto académico e das actividades de voluntariado*. Universidade de Lisboa. Retrieved from www.repositorio.ul.pt/celia_figueira.pdf
- Fleary, S. A., Heffer, R. W., & McKyer, E. L. J. (2013). Understanding nonprescription and prescription drug misuse in late adolescence/young adulthood. *Journal of Addiction*, 2013, 709207. <http://doi.org/10.1155/2013/709207>
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL- 100). *Rev Bras Psiquiatr*, 21, 19–28.
- Flory, K., Payne, R. A., & Benson, K. (2014). Misuse of prescription stimulant medication among college students: Summary of the research literature and clinical recommendations. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 21(12), 559–568. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward>

- Flouri, E., & Panourgia, C. (2011). Adverse life events and emotional and behavioral problems in adolescence: The role of non-verbal cognitive ability and negative cognitive errors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(5), 695–709.
- Fotiou, A., Kanavou, E., Richardson, C., & Kokkevi, A. (2014). Trends in the association between prescribed and non-prescribed use of tranquillisers or sedatives among adolescents in 22 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *31*(4), 371–387. <http://doi.org/10.2478/nsad-2014-0029>
- Freitas, F. (2004). A história da psiquiatria não contada por Foucault. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *11*(1), 75–91. <http://doi.org/10.1590/S0104-59702004000100005>
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen.
- Fromme, K., Corbin, W., & Kruse, M. (2008). Behavioral risks during the transition from high school to college. *Developmental Psychology*, *44*(5), 1497–1504. Retrieved from <http://doi.org/10.1037/a0012614>
- Furegato, A., Santos, J., & Silva, C. (2010). Depression among students from two nursing undergraduate programs: self-assessment on health and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *63*(4), 509–516.
- Furstenberg, F., Mccloyd, V., Settersten, R., & Rumbaut, R. (2003). Between Adolescence and Adulthood: Expectations about the Timing of Adulthood. *Adulthood*, *1*(1), 22.
- Gale, C., Booth, T., Mattus, R., Kuh, D., & Deary, I. (2013). Neuroticism and Extraversion in youth predict mental wellbeing and life satisfaction 40 years later. *Journal of Research in Personality*, *47*(6), 687–697.
- Galindo, S., Moreno, I., & Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica Y Salud: Revista de Psicología Clínica Y Salud*, *20*(2), 177–187.
- Gallagher, R. (2013). National Survey of College Counseling Centers 2013. Retrieved May 15, 2014, from Retrieved from www.collegecounseling.org
- Gibb, B., & Abela, J. R. (2007). Emotional Abuse, Verbal Victimization, and the Development of Children's Negative Inferential Styles and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(2), 161–176. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9106-x>
- Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2001). Childhood maltreatment and college students' current suicidal ideation: a test of the hopelessness theory. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *31*(4), 405–15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11775716>
- Goh, A., & Chiu, E. (2009). Review: Campus mental health: Are we doing enough? *Asia-Pacific Psychiatry*, *1*(2), 58–63. <http://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2009.00017.x>
- Goldstein, A. L., Flett, G. L., & Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addictive Behaviors*, *35*(6), 636–639.
- Gomes, A., Tavares, J., & Azevedo, M. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*. <http://doi.org/19944037>
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium*, *40*, 149–159.
- Gonçalves, A., Sequeira, C., Carvalho, D., Freitas, J., & Pinto, P. (2014). Ideação suicida em estudantes do

- ensino superior politécnico: influência de algumas variáveis sociodemográficas, académicas e comportamentais. *Millenium*, 47, 191–203.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755–1769.
- Gonzalez, B., & Pais-Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens universitários. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 5(1), 107–127.
- Goodyear-Smith, F., Warren, J., Bojic, M., & Chong, A. (2013). eCHAT for lifestyle and mental health screening in primary care. *Annals of Family Medicine*, 11(5), 460–466. <http://doi.org/10.1370/afm.1512>
- Gowers, S. G. (2001). Family Matters: Interfaces Between Child and Adult Mental Health. *The British Journal of Psychiatry*. <http://doi.org/10.1192/bjp.178.6.582-a>
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- Gravetter, F., & Forzano, L.-A. (2009). *Research Methods for the Behavioral Sciences*. (Wadsordth, Ed.) (4th Editio). Belmont: CENGAGE Learning.
- Gray, M., Litz, B., Hsu, J., & Lombardo, T. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330–341. <http://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Gress-Smith, J. L., Roubinov, D. S., Andreotti, C., Compas, B. E., & Luecken, L. J. (2015). Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 31(1), 63–70. <http://doi.org/10.1002/smi.2509>
- Guan, K., Fox, K., & Prinstein, M. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842–849. <http://doi.org/10.1037/a0029429>
- Guerra, M. P., Lencastre, L., Lemos, M. S., & Pereira, D. C. (2002). Problemas psicossociais dos estudantes do 1º ano da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. *Psicologia: Teoria, Investigação E Prática*, 7(2), 321–333. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213–222. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Guthman, J., Iocim, L., & Konstas, D. (2010). Increase in severity of mental illness among clinical college students: a 12-year comparison. São Diego, CA: American Psychological Association Convention. Retrieved from <http://www.apa.org/news/press/releases/2010/08/>
- Haefel, G., Gibb, B., Metalsky, G., Alloy, L., Abramson, L., Hankin, B., ... Swendsen, J. (2008). Measuring cognitive vulnerability to depression: Development and validation of the cognitive style questionnaire. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 824–836. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.12.001>
- Haefel, G. J., & Hames, J. L. (2013). Cognitive Vulnerability to Depression Can Be Contagious. *Clinical Psychological Science*, (April), 1–11. <http://doi.org/10.1177/2167702613485075>
- Hallett, J., Howat, P. M., Maycock, B. R., McManus, A., Kypri, K., & Dhaliwal, S. S. (2012). Undergraduate student drinking and related harms at an Australian university: web-based survey of a large random

- sample. *BMC Public Health*, 12(1), 37. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/37>
- Hamaideh, S. (2011). Stressors and reactions to stressors among university students. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 69–80. <http://doi.org/10.1177/0020764010348442>
- Hamdan-Mansour, A. (2010). Predictors of hostility among university students in Jordan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 125–130. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00695.x>
- Happell, B., & Cleary, M. (2012). Promoting health and preventing illness: Promoting mental health in community nursing practice. *Contemporary Nurse*, 41(1), 88–89. <http://doi.org/10.1080/10376178.2012.11002604>
- Hardy, S. A., Francis, S. W., Zamboanga, B. L., Kim, S. Y., Anderson, S. G., & Forthun, L. F. (2013). The roles of identity formation and moral identity in college student mental health, health-risk behaviors, and psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 69(4), 364–382.
- Harford, T. C., Yi, H., & Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1389–98. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.011>
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective. Integrative processes and socialization Early to middle childhood* (Vol. 1999). The Guilford Press.
- Hauschildt, K., Gwośc, C., Netz, N., & Mishra, S. (2015). *Social and Economic Conditions of Student Life in Europe. EUROSTUDENT V 2012–2015*. Bielefeld: Kristina Hauschildt. Retrieved from <http://www.eurostudent.eu>
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009a). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491–499. <http://doi.org/10.1037/a0016918>
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009b). Social support and mental health among college students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491–499. <http://doi.org/10.1037/a0016918>
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Heim, C., Newport, D. J., Wagner, D., Wilcox, M. M., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2002). The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depression and Anxiety*, 15(3), 117–25. <http://doi.org/10.1002/da.10015>
- Hicks, T., & Heastie, S. (2008). High school to college transition: a profile of the stressors, physical and psychological health issues that affect the first-year on-campus college student. *Journal of Cultural Diversity*, 15(3), 143–147. Retrieved from Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database
- Hirsch, J., Webb, J., & Jeglic, E. (2011a). Forgiveness, depression, and suicidal behavior among a diverse sample of college students. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 896–906. <http://doi.org/10.1002/jclp.20812>
- Hirsch, J., Webb, J., & Jeglic, E. (2011b). Forgiveness, depression, and suicidal behavior among a diverse sample of college students. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 896–906. <http://doi.org/10.1002/jclp.20812>
- Hlebec, V., Mrzel, M., & Kogovšek, T. (2009). Social Support Network and Received Support at Stressful Events. *Metodoloski Zvezki*, 6(2), 155–171.

- Horesh, N., & Iancu, I. (2010). A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(2), 157–164.
- Huang, J.-H., DeJong, W., Towvim, L., & Schneider, S. (2001). Sociodemographic and psychobehavioral characteristics of US college students who abstain from alcohol. *Journal of American College Health : J of ACH*, *57*(4), 395–410. <http://doi.org/10.3200/JACH.57.4.395-410>
- Hubbs, A., Doyle, E. I., Bowden, R. G., & Doyle, R. D. (2012). Relationships among self-esteem, stress, and physical activity in college students. *Psychological Reports*, *110*(2), 469–74. <http://doi.org/10.2466/02.07.09.PR0.110.2.469-474>
- Huh, H. J., Kim, S.-Y., Yu, J. J., & Chae, J.-H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, *13*, 26. <http://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, *46*(1), 3–10.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *46*(1), 3–10. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Hussain, R., Guppy, M., Robertson, S., & Temple, E. (2013). Physical and mental health perspectives of first year undergraduate rural university students. *BMC Public Health*, *13*(1), 1–11.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(3), 391–400. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 47–55. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *59*(8), 741–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12150651>
- Johnson, V., Gans, S., Kerr, S., & LaValle, W. (2010). Managing the Transition to College: Family Functioning, Emotion Coping, and Adjustment in Emerging Adulthood. *Journal of College Student Development*, *51*(6), 607–621.
- Jones, E., Hyams, K., & Wessely, S. (2003). Screening for vulnerability to psychological disorders in the military: an historical survey. *Journal of Medical Screening*, *10*(1), 40–46. <http://doi.org/10.1258/096914103321610798>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, *54*(s54), s5–10. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Jordan, C., Campbell, R., & Follingstad, D. (2010). Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 607–628. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090209-151437>
- Judd, F., Armstrong, S., & Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *17*(2), 105–111. <http://doi.org/10.1080/10398560802596108>
- Kadison, R., & DiGeronimo, T. (2004). College of the overwhelmed : the campus mental health crisis and

- what to do about it (review). *Journal of College Student Development*, 46(5), 556–558. <http://doi.org/10.1353/csd.2005.0046>
- Kahan, D. M. (2012). Cultural cognition as a conception of the cultural theory of risk. In S. Roeser, R. Hillerbrand, P. Sandin, & M. Peterson (Eds.), *Handbook of Risk Theory: Epistemology, Decision Theory, Ethics, and Social Implications of Risk* (pp. 725–759). Springer Netherlands.
- Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D., ... Bhugra, D. (2012). Mental health promotion: Guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2), 81–86.
- Kapil, V., Green, J. L., Le Lait, C., Wood, D. M., & Dargan, P. I. (2014). Misuse of benzodiazepines and Z-drugs in the UK. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(5), 407–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25061118>
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 176–187.
- Kaukinen, C., Gover, A. R., & Hartman, J. L. (2012). College Women's Experiences of Dating Violence in Casual and Exclusive Relationships. *American Journal of Criminal Justice*, 37(2), 146–162.
- Keating, X., Guan, J., Piñero, J., & Bridges, D. (2005). A Meta-Analysis of College Students' Physical Activity Behaviors. *Journal of American College Health*, 54(2), 116–126. Retrieved from <http://doi.org/10.3200/JACH.54.2.116-126>
- Kenari, M. (2014). Effect of Exercise on Mental Health in the Physical Dimension, Anxiety and Mental Disorder, Social Dysfunction and Depression. *Advances in Applied Sociology*, 4, 63–68. <http://doi.org/10.4236/aasoci.2014.43011>
- Keniston, K. (1972). *Youth and Dissent: A Rise in a New Opposition* (First Edit). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kenney, B., & Holahan, C. (2008). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking in a College Sample. *Journal of American College Health*, 56(4), 409–414. <http://doi.org/10.3200/JACH.56.44.409-414>
- Kenney, S. R., Lac, A., Labrie, J. W., Hummer, J. F., & Pham, A. (2013). Mental health, sleep quality, drinking motives, and alcohol-related consequences: a path-analytic model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(6), 841–51. Retrieved from <http://europepmc.org/articles/PMC3817046/?report=abstract>
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*. Vol 14(1), (2003), 1–26. http://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- K rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pens e infirmi re. Conceptions e strat gies*. Qu bec:  ditions  tudes Vivantes.
- Kessler, R. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191–214. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <http://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1–10. <http://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Keyes, C., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197–201. <http://doi.org/10.1080/17439760902844228>
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K., & Dhingra, S. (2012). The Relationship of Level of

- Positive Mental Health With Current Mental Disorders in Predicting Suicidal Behavior and Academic Impairment in College Students. *Journal of American College Health*.
- Keyes, C., & Magyar-Moe, J. (2003). The Measurement and Utility of Adult Subjective Well-Being. In S. Snyder & C. Lopez (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (1st ed, pp. 411–425). Washington, DC: American Psychological. <http://doi.org/10.1037/10612-026>
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2013). Psychological Processes Mediate the Impact of Familial Risk, Social Circumstances and Life Events on Mental Health. *PLoS ONE*, 8(10).
- Kitzrow, M. (2009). The Mental Health Needs of Today's College Students: Challenges and Recommendations. *Journal of Student Affairs Research and Practice*.
- Kokkinos, P. (2012). Physical Activity, Health Benefits, and Mortality Risk. *ISRN Cardiology*, 2012, 1–14. <http://doi.org/10.5402/2012/718789>
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Kreig, B. D. (2013). High expectations for higher education? Perceptions of college and experiences of stress prior to and through the college career. *College Student Journal*, 47(4), 635–644.
- Krumrei-Mancuso, E., Newton, F., Kim, E., & Wilcox, D. (2013). Psychosocial Factors Predicting First-Year College Student Success. *Journal of College Student Development*, 54(3), 247–266. <http://doi.org/10.1353/csd.2013.0034>
- Kumar, A., Nizamie, S. H., & Kumar, N. (2013). Violence against women and mental health. *Mental Health and Prevention*, 1(1), 4–10. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2013.06.002>
- Lamis, D. a, & Jahn, D. R. (2013). Parent-child conflict and suicide rumination in college students: The mediating roles of depressive symptoms and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(April 2015), 106–113. Retrieved from <http://www.gov/pubmed/23409860>
- Lamis, D., Ellis, J., Chumney, F., & Dula, C. (2009). Reasons for living and alcohol use among college students. *Death Studies*, 33(3), 277–286. <http://doi.org/10.1080/07481180802672017>
- Large, M. M., & Nielsen, O. B. (2013). Cannabis and mental health. *Medicine Today*. <http://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1183>
- Lazarevich, I., Irigoyen Camacho, M. E., Sokolova, A. V., & Delgadillo Gutiérrez, H. J. (2013). [Dating violence and mental health in Mexican college students]. *Global Health Promotion*, 20(3), 94–103. <http://doi.org/10.1177/1757975913499032>
- Le Moigne, J.-L. (1969). La théorie du système général. *Annals of Physics*, 54, 258. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
- Levav, I., & Saraceno, B. (2014). Primary prevention takes a leading role in World Mental Health Action. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 66–70. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213
- Levine, M., & Manning, R. (2012). Prosocial Behaviour. In M. Hewstone, W. Stroebe, & K. Jonas (Eds.), *An Introduction to Social Psychology* (pp. 313–352). Blackwell.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weiskopf, M. G. (2014). Sexual and

- physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359–72. <http://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Lipman, E., & Boyle, M. (2008). *Linking poverty and mental health: A lifespan view*. The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO. Retrieved from http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/position_poverty.pdf
- Lopes, E., Milheiro, I., & Maia, A. (2013). Sleep quality in college students: a study about the contribution of lifestyle, academic performance and general well-being. *Sleep Medicine*, 14, e185. <http://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.437>
- Lopez, S., & Snyder, C. (2003). *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. (S. J. L. and C. R. Snyder, Ed.) (1^o st ed). Washington, DC: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/10612-000>
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V. E., & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13, 615. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3733799&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Lund, H., Reider, B., Whiting, A., & Prichard, J. (2010). Sleep Patterns and Predictors of Disturbed Sleep in a Large Population of College Students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124–132.
- Luthar, S. (2003). *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (S. Luthar, Ed.) (1st). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511615788>
- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). Stress e Percepção do Rendimento Académico no Aluno do Ensino Superior. *Actas Do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., & Hills, K. J. (2013). The dual-factor model of mental health: A short-term longitudinal study of school-related outcomes. *Social Indicators Research*, 114(2), 549–565. <http://doi.org/10.1007/s11205-012-0161-2>
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The Dual-Factor Model of Mental Health: Further Study of the Determinants of Group Differences. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183–196. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login>
- MacFarlane, M. M. (2001). *Family therapy and mental health : innovations in theory and practice. Haworth marriage and the family*. Haworth Clinical Practice Press.
- Macfarlane, W. (2014). Personal Relationships within the Family. *Marriage and Family Living*, 3(2), 25–31.
- Mahmoud, J., Staten, R., Hall, L., & Lennie, T. (2012). The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149–156. <http://doi.org/10.3109/01612840.2011.632708>
- Maia, Â., & Resende, C. (2008). Dados de exposição potencialmente traumática na população Portuguesa utilizando as Versão Portuguesas do Life Events Checklist e o Life Stressor Checklist – Revised. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, S. Martins, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferencia Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1–14). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Manning, W., Wells, K., Duan, N., Newhouse, J., & Ware Jr., J. (1984). Cost sharing and the use of ambulatory mental health services. *American Psychologist*, 39(10), 1077–1089.
- Manning, W., Wells, K., Duan, N., Newhouse, J., & Ware, J. (1986). How Cost Sharing Affects the Use of

- Ambulatory Mental Health Services. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 256(14), 1930–1934. Retrieved from <http://jama.ama-assn.org/content/256/14/1930.abstract>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5º ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., Campos, J., Vinagre, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala de Satisfação com o Suporte Social para estudantes do ensino superior. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 27(2), 247–256. <http://doi.org/10.1590/1678-7153.201427205>
- Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. (2011). Use of the “Mental Health Inventory - 5” with Portuguese 10-15 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 478–485.
- Martins, M. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Educação Ciência E Tecnologia*. Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/575>
- Mason, M. J., Zaharakis, N., & Benotsch, E. G. (2014). Social Networks, Substance Use, and Mental Health in College Students. *Journal of American College Health*, 62(7), 470–477. <http://doi.org/10.1080/07448481.2014.923428>
- Matos, M., Gaspar, T., Tomé, G., & Paiva, T. (2015). Sleep variability and fatigue in adolescents: Associations with school-related features. *International Journal of Psychology*. <http://doi.org/10.1002/ijop.12167>.
- Matsukura, T., Marturano, E., & Oishi, J. (2002). Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 675–681.
- Mattanah, J., Ayers, Brand, Brooks, Quimby, & McNary. (2010). A Social Support Intervention to Ease the College Transition: Exploring Main Effects and Moderators. *Journal of College Student Development*, 51(1), 93–108.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2008). Impact of child maltreatment and interadult violence on children’s emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12361317>
- McFarlane, a H., Bellissimo, a, & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: the transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 36(5), 847–64. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01333.x>
- McGovern, M. K. (2005). The effects of exercise on the brain. *Serendip. Brymawr. Edu*, 35(4), 363–373. Retrieved from <papers2://publication/uuid/00ECFEA3-2E88-4>
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 40(10), 1647–58. <http://doi.org/10.1017/S0033291709992121>
- Meeusen, R., & De Meirleir, K. (1995). Exercise and brain neurotransmission. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 20(3), 160–188.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory- Middle Range and Situation Specific in nursing research and practice*. New York (Springer P). New York: Springer.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (A. I. Meleis, Ed.), *Springler Publishing Company*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). The Discipline of Nursing: Perspective and Domain. In A. Meleis (Ed.), *Theoretical Nursing: development and progress* (pp. 87–112). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [http://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: adaptação do Questionário de Marcadores da Adultez junto de jovens portugueses. *Psichologia*, 51, 147–168. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_51_10
- Merianos, A. L., Nabors, L. A., Vidourek, R. A., & King, K. A. (2013). The Impact of Self-Esteem and Social Support on College Students' Mental Health. *American Journal of Health Studies*, 28(1), 27–34. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct>
- Mikolajczyk, R., El Ansari, W., & Maxwell, A. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal*, 8, 31. <http://doi.org/10.1186/1475-2891-8-31>
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007—2016*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Möller, N. (2012). The Concepts of Risk and Safety. In S. Roeser, R. Hillerbrand, P. Sandin, & M. Peterson (Eds.), *Handbook of Risk Theory. Volume 1*. (pp. 55–86). Springer. <http://doi.org/10.1007/978-94-007-1433-5>
- Moreira, D., & Furegato, R. (2013). Stress and depression among students of the last semester in two nursing courses. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21, 155–162. <http://doi.org/S0104-11692013000700020> [pii]
- Morse, J. (1994). Designing Funded Qualitative Research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 220–235). London: SAGE Publications.
- Moure-Rodríguez, L., Caamaño-Isorna, F., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S., & Cadaveira, F. (2014). Heavy drinking and alcohol-related injuries in college students. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 376–380.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. <http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- National Alliance on Mental Illness. (2012). *College students speak: A survey report on mental health*. Retrieved from http://www2.nami.org/Content/NavigationMenu/Find_Support/NAMI
- National Center for Health Statistics. (2012). *Healthy People 2010: final review. Evolution*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 650804. <http://doi.org/10.1155/2015/650804>
- Negovan, V. (2010). Dimensions of students' psychosocial well-being and their measurement: Validation of a students' Psychosocial Well Being Inventory. *Europe's Journal of Psychology*, 6(2), 85–104. <http://doi.org/10.5964/ejop.v6i2.186>
- Negovan, V., & Bagana, E. (2011). A comparison of relationship between self esteem and vulnerability to depression among high school and freshmen university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1324–1330. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.257>
- Nemer, A. S. de A., Fausto, M. A., Silva-Fonseca, V. A. da, Ciomei, M. H., & Quintaes, K. D. (2013). Pattern

- of alcoholic beverage consumption and academic performance among college students. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 65–70. <http://doi.org/10.1590/S0101-60832013000200003>
- Nguyen, H. T., Dunne, M. P., & Le, A. V. (2010). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 22–30.
- Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., & Fracolli, L. (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 34–43.
- Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrieri, V. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nurse Research*, 30(5), 264–269.
- Norman, I., & Ryrie, I. (2004). *The Art and Science of Mental Health Nursing. A Textbook of Principles and Practice* (1 Fst). Berkshire: Open University Press.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*.
- Noronha, A., Martins, D., Gurgel, M., & Ambiel, R. (2009). Estudo correlacional entre interesses profissionais e vivências acadêmicas no ensino superior. *Revista Semestral Da Associação Brasileira de Psicologia Escolar E Educacional*, 13(1), 143–154. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n1/v13n1a16.pdf>
- Novo, R. (2004). EBEP.
- Nunes, M., Montibeller, C., Oliveira, K., Arrabaca, R., & Theiss, M. (2013). Autoestima e saúde mental: Relato de experiência de um projeto de extensão. *PSICOLOGIA ARGUMENTO*, 31(73), 283–289.
- O’Riordan, T. (1995). *Social theories of risk. Journal of Rural Studies* (Vol. 11). [http://doi.org/10.1016/0743-0167\(95\)90025-X](http://doi.org/10.1016/0743-0167(95)90025-X)
- Oldehinkel, A. J., & Ormel, J. (2014). A longitudinal perspective on childhood adversities and onset risk of various psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 641–650. <http://doi.org/10.1007/s00787-014-0540-0>
- Oliveira, L., Alberghini, D., Santos, B., & Andrade, A. (2013). Polydrug use among college students in Brazil: A nationwide survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 221–230.
- Oliveira, S. F. (2011). *Saúde Mental e Consumo de Substâncias Psicoativas em Adultos na Comunidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- OMS. (2009). *Integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primários: Uma Perspectiva Global*. Retrieved from www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Ores, L., Quevedo, L., Jansen, K., Carvalho, A., Cardoso, T., Souza, L., ... Silva, R. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 305–312. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200009>
- 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. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social. Instrumentos de Avaliação* (1ª Edição). Lisboa: Placebo Editora.
- Paiva, T., Gaspar, T., & Matos, M. (2015). Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Med*, 16(4), 521–7. <http://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.010>

- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Parker, G., Gladstone, G., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Roy, K. (2000). Do early adverse experiences establish a cognitive vulnerability to depression on exposure to mirroring life events in adulthood? *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 209–15. [http://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00091-9](http://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00091-9)
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615. <http://doi.org/Article>
- Pedersen, D. E. (2013). Gender differences in college binge drinking: Examining the role of depression and school stress. *Social Science Journal*, 50(4), 521–529.
- Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., ... Xu, Y. (2012). Negative life events and mental health of Chinese medical students: The effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Research*, 196(1), 138–141. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.006>
- Pepper, G. V., & Nettle, D. (2014). Socioeconomic disparities in health behaviour: An evolutionary perspective. In D. W. Lawson & M. Gibson (Eds.), *Applied Evolutionary Anthropology: Darwinian Approaches to Contemporary World Issues* (pp. 225–239). Springer. http://doi.org/10.1007/978-1-4939-0280-4_10
- Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. *J Marital Fam Ther*, 36(1), 13–27. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2007). *Análise de Dados para Ciências Sociais , A complementaridade do SPSS - 5ª Edição*. (Edições Silabo, Ed.).
- Pilcher, J., Ginter, D., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583–596.
- Pimentel, C. (2014). *A Saúde Mental dos Estudantes do 6º ano de Medicina da UBI em preparação para a Prova Nacional de Seriação*. Universidade Da Beira Interior.
- Pimentel, M., Mata, M., & Pereira, F. (2012). Práticas iniciáticas de integração no ensino superior. Um ritual institucionalizado ou um processo de (des)integração? In *Atas do V Encontro do CIED - Escola e Comunidade* (pp. 393–401). Centro de Interdisciplinar de Estudos Educacionais.
- Pirkola, S., Isometsä, E., Aro, H., Kestilä, L., Hämäläinen, J., Veijola, J., ... Lönnqvist, J. (2005). Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders: results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 769–77. <http://doi.org/10.1007/s00127-005-0950-x>
- Polydoro, A., Santos, S., & Schleich, A. (2006). Escala de satisfação com a experiência acadêmica de estudantes do ensino superior. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 11–20. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712006000100003&script=sci_arttext
- Porta-Nova, R. (2009). *Adaptabilidade, Competências Pessoais e Bem-Estar Psicológico de Jovens do Ensino Superior na Área das Ciências da Saúde*. Universidade do Porto.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804063>
- Qureshi, N. A., & Al-Bedah, A. M. (2013). Mood disorders and complementary and alternative medicine: a literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 639–58. <http://doi.org/10.2147/NDT.S43419>

- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J., & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenas, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 29(1), 11–21. [http://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70003-7](http://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70003-7)
- Reis, M., Figueira, I., Ramiro, L., & Matos, M. (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In M. MG & T. G (Eds.), *Aventura Social Lisboa*. Lisboa: Placebo Editora.
- Renshaw, T. L., & Cohen, A. S. (2014). Life Satisfaction as a Distinguishing Indicator of College Student Functioning: Further Validation of the Two-Continua Model of Mental Health. *Social Indicators Research*, 117(1), 319–334.
- Reyes-Rodríguez, M., Rivera-Medina, C., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A., & Bernal, G. (2012). Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 324–330. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.010>
- Ribeiro, A. (2013). “Life is a struggle and we have to keep on fighting”: first generation students in Portugal in the age of economic crisis. *Proktika*, 1(13), 220–240.
- Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students’ academic performance: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 353–87. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22352812>
- Ridner, S. L., Newton, K. S., Staten, R. R., Crawford, T. N., & Hall, L. A. (2015). Predictors of well-being among college students. *Journal of American College Health*, 64(2), 116–24. <http://doi.org/10.1080/07448481.2015.1085057>
- Roberto, A., & Almeida, A. (2011). A Saúde Mental de Estudantes De Medicina. Estudo Exploratório na Universidade da Beira Interior. *Acta Med Port*, 24(S2), 279–286.
- Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I., & Santos, L. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 4(XXXII), 453–466.
- Rodrigues, V., & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da Literatura. *Análise Psicológica*, 6(7), 390–399.
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 65–72.
- Rohrer, J. E., Rush Pierce, J., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40(4), 438–443. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.07.003>
- Rosinha, A., & Coelho, M. (2010). Desempenho Académico e Adaptação ao Ensino Superior Militar. *Luisiada. Economia & Empresa*, 10, 141–160.
- Royal College of Psychiatrists. (2006). *The mental health of students in higher education. Council Report CR112*. London.
- Royal College of Psychiatrists. (2010). No Health Without Public Mental Health the case for action. *Position Statement PS4/2010*. Royal College of Psychiatrists.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *Mental Health of Students in Higher Education. College Report CR116. September, 2011*. London.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <http://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12. <http://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(02), 335–344. <http://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99–104. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <http://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C., & Singer, B. (2000). Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30–44. http://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_4
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <http://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Sabina, C., & Ho, L. Y. (2014). Campus and College Victim Responses to Sexual Assault and Dating Violence: Disclosure, Service Utilization, and Service Provision. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(3), 201–226. Retrieved from <http://resolver.scholarsportal.inf>
- Saed, B. a, & Talat, L. a. (2013). Prevalence of childhood maltreatment among college students in Erbil, Iraq. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(5), 441–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617122>
- Santa Mina, E., Gallop, R., LINKS, P., Hesselgrave, R., Pringle, D., Weckerele, C., & Grewal, P. (2006). The self-injury questionnaire: evaluation of the psychometric qualities in a clinical population, 000, 221–227.
- Santos, A., Polydoro, S., Scortegagna, S., & Linden, M. (2013). Integração ao Ensino Superior e Satisfação Acadêmica em Universitários. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 33(4), 780–793.
- Santos, A., & Suehiro, A. (2007). Instrumentos de avaliação da integração e da satisfação acadêmica: estudo de validade. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología E Educación*, 14(1), 107–119.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15(3), 2–5. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, L. (2000). *Vivências Acadêmicas e Rendimento Escolar: Estudo com alunos Universitários do 1º ano*. Universidade do Minho, Braga.
- Santos, L., Veiga, F., & Pereira, A. (2010). Bem-estar, sintomas emocionais e dificuldades interpessoais dos estudantes de ensino superior. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2652–2662). Braga: Universidade do Minho.
- Santos, M. L. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro.

- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Saranson, B. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *J Personal Soc Psychol*, *44*(1), 127–139.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, *370*(9590), 810–811.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine* (1982), *66*(5), 1140–51. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.023>
- Schry, A. R., Norberg, M. M., Maddox, B. B., & White, S. W. (2014). Gender Matters: The Relationship between Social Anxiety and Alcohol-Related Consequences. *PloS One*, *9*(12), e115361. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0115361>
- Schry, A. R., & White, S. W. (2013). Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, *38*(11), 2690–2706. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.014>
- Schulenberg, J., & Zarrett, N. (2006). Mental Health During Emerging Adulthood: Continuity and Discontinuity in Courses, Causes, and Functions. *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century*. Retrieved from <http://doi.org/10.1037/11381-006>
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119–127. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Schumacher, K., Meleis, A., Sawyer, L., Im, O., & Messias, D. (2010). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory - Middle-Range and Situation Specific in Nursing Research and Practice*. (p. 300). Mew York: Springer Publishing Company.
- Schwartz, L., & Friedman, H. (2009). College Student Suicide. *Journal of College Student Psychotherapy*, *23*(2), 78–102. <http://doi.org/10.1080/87568220902743058>
- Schwartz, S. J., Forthun, L. F., Ravert, R. D., Zamboanga, B. L., Umaña-Taylor, A. J., Filton, B. J., ... Hudson, M. (2010). Identity Consolidation and Health Risk Behaviors in College Students. *American Journal of Health Behavior*, *34*(2), 214–224. <http://doi.org/10.5993/AJHB.34.2.9>
- Sequeira, C., Carvalho, J., Borges, E., & Sousa, C. (2013). Mental Vulnerability of nursing degree students in higher education: exploratory study. *Journal of Nursing and Health*, *3*(2), 170–181.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *11*, 45–53.
- Serras, A., Saules, K., Cranford, J., & Eisenberg, D. (2010). Self-injury, substance use, and associated risk factors in a multi-campus probability sample of college students. *Psychol Addict Behav*, *24*(1), 119–28. <http://doi.org/10.1037/a0017210>.
- Sevlever, M., & Rice, K. (2010). Perfectionism, Depression, Anxiety, and Academic Performance in Premedical Students. *Canadian Medical Education*, *1*(2), 96–104. Retrieved from <http://cmej.synergiesprairies.ca/cmej/index.php/cmej/article/view/43>
- Shanahan, M. J. (2000). Pathways to Adulthood in Changing Societies: Variability and Mechanisms in Life Course Perspective. *Annual Review of Sociology*, *26*(1), 667–692. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.26.1.667>
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(3), 209–23. <http://doi.org/10.1002/jclp.22011>

- Sharma, S., & Sharma, M. (2010). Self, social identity and psychological well-being. *Psychological Studies*, 55(June), 118–136. <http://doi.org/10.1007/s12646-010-0011-8>
- Shikai, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 198–204. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01745.x>
- Sierra, V., & Mesquita, W. (2006). Vulnerabilidades e Fatores de risco na Vida de crianças e adolescentes. *São Paulo Em Perspectiva*, 20(1), 148–155.
- Silva, A., & Neto, J. (2014). Association between levels of physical activity and common mental disorder in university students. *Revista de Motricidade*, 10(1), 45–59. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php/motricidade>
- Silva, M., Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., & Ferreira, M. (2016). Sleep Quality Determinants among Nursing Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 999–1007. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.090>
- Simões, M. (2007). *Comportamentos de Risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sinclair, V., & Wallston, K. (1999). The Development and Validation of the Psychological. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 119–129.
- Sinclair, V., & Wallston, K. (2010). Psychological vulnerability predicts increases in depressive symptoms in individuals with rheumatoid arthritis. *Nursing Research*, 59(2), 140–146. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181d1a6f6>
- Sisto, F., Muniz, M., Bartholomeu, D., Pasetto, N., Oliveira, A., & Lopes, W. (2008). Estudo para a Construção de uma Escala de Satisfação Acadêmica para Universitários. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 45–55.
- Sisto, F., & Oliveira, A. (2007). Traços de personalidade e agressividade: um estudo de evidência de validade. *Psic: Revista Da Vetor Editora*, 8(1), 89–99. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1676-73142007000100011
- Slagueiro, T. (2013). *Impacto da Crise Socioeconómica na Saúde Mental e no Consumo de Substâncias*. Universidade de Coimbra.
- Snider, L., & Dawes, A. (2006). *Psychosocial Vulnerability and Resilience Measures For National-Level Monitoring of Orphans and Other Vulnerable Children: Recommendations for Revision of the UNICEF Psychological Indicator*.
- Snyder, S. H. (2009). Neurotransmitters, receptors, and second messengers galore in 40 years. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 29(41), 12717–12721. <http://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3670-09.2009>
- Soares, A., & Almeida, L. (2011). Questionário de Satisfação Acadêmica (QSA). In M. Machado, L. Almeida, & R. Simões (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (pp. 103–124). Coimbra: Almedina.
- Soares, A., Almeida, L., Dinis, A., & Guisande, A. (2006). Modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica*, 1, 15–27.
- Soares, A., Almeida, L., & Ferreira, J. (2005). Questionário de Vivências Académicas: Versão Integral (QVA) e Versão Reduzida (QVA-r). *Minho, Universidade Coimbra, Universidade De*.

- Soares, A., Guisande, A., & Almeida, L. (2007). Autonomía y ajuste académico: un estudio con estudiantes portugueses de primer año. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 753–765. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2357265>
- Soares, A., Guisande, A., Diniz, A., & Almeida, L. (2006). Construcción y validación de un modelo multidimensional de ajuste de los jóvenes al contexto universitario. *Psicothema*, 18(2), 249–255.
- Soares, A., Mourão, L., & Mello, T. (2011). Estudo para a construção de um instrumento de comportamentos acadêmico-sociais para estudantes universitários. *Estudos Pesquisas Em Psicologia*, 11(2), 488–506.
- Someren, M., Barnard, Y., & Sandberg, J. (1994). *The Think Aloud Method. A practical guide to modelling cognitive processes*. (Department of Social Science Informatics University of Amsterdam, Ed.). London: Academic Press.
- Souza, I., Paro, H., Morales, R., Pinto, R., & Silva, C. (2012). Qualidade de vida relacionada à saúde e sintomas depressivos de estudantes do curso de graduação em Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 8 telas. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_14.pdf
- Souza, M., Baptista, A., & Baptista, M. (2010a). Relação Entre Suporte Familiar, Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 143–154.
- Souza, M., Baptista, A., & Baptista, M. (2010b). Relation Between Family Support , Mental Health and Risk Behavior. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 143–154.
- Souza, M., & Baptista, M. (2008). Associações entre Suporte Familiar e Saúde Mental. *Psicologia Argum*, 26(54), 207–215.
- Souza, M., Baptista, M., & Alves, G. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, 28(1), 45–59. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a05.pdf>
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 715–721. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01328.x>
- Spinoven, P., Elzinga, B., Hovens, J., Roelofs, K., Zitman, F., Oppen, P., & Penninx, B. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103–112. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.132>
- Spinoven, P., Elzinga, B., Hovens, J., Roelofs, K., Zitman, F., van Oppen, P., & Penninx, B. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *J Affect Disorder*, 126(1-2), 103–12. <http://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2010.02.132>
- Spinoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103–12. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.132>
- Ståhlbrandt, H., Andersson, C., Johnsson, K., Tollison, S., Berglund, M., & Larimer, M. (2008). Cross-cultural patterns in college student drinking and its consequences a comparison between the USA and Sweden. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 698–705.
- Steele, R. H. (2008). *Substance Use Problems and Negative Life Events in College Students: An Examination*

- of Individual Differences Variables as Potential Moderators and Mediators*. Florida State University.
- Stein, M., & Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371(9618), 1115–1125. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Stephens, 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.
- Stoeber, J. (2012a). Perfectionism and performance. In M. Murphy (Ed.), *The Oxford handbook of sport and performance psychology* (pp. 294–306). New York: Oxford University Press.
- Stoeber, J. (2012b). The model of perfectionism: A critical comment and some suggestions. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 541–545. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.029>
- Stoeber, J. (2014). Multidimensional perfectionism and the DSM-5 personality traits. *Personality and Individual Differences*, 64(2), 115–120. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.031>
- Stoeber, J., & Corr, P. J. (2015). Perfectionism, personality, and affective experiences: New insights from revised Reinforcement Sensitivity Theory. *Personality and Individual Differences*, 86, 354–359. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.045>
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010a). A systematic review: Students with mental health problems a growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1–6. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x>
- Storrie, K., Ahern, K., & Tuckett, A. (2010b). A systematic review: Students with mental health problems—A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1–6.
- Swenson, L., Nordstrom, A., & Hiester, M. (2008). The Role of Peer Relationships in Adjustment to College. *Journal of College Student Development*, 49(6), 551–567.
- Tarefas Desenvolvimentais e Bem-Estar de Jovens Universitários*. (2001) (1 Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Tavares, D. (2008). *O Superior Ofício de ser Aluno. Manual de sobrevivência do caloiro*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Tavares, D. (2012). *Adaptação ao Ensino Superior e Otimismo em Estudantes do 1º ano*. Universidade Fernando Pessoa.
- Taylor, D., Gardner, C., Bramoweth, A., Williams, J., Roane, B., Grieser, E., & Tatum, J. (2011). Insomnia and mental health in college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(2), 107–116.
- Taylor, D. J., Bramoweth, A. D., Grieser, E. A., Tatum, J. I., & Roane, B. M. (2013). Epidemiology of Insomnia in College Students: Relationship With Mental Health, Quality of Life, and Substance Use Difficulties. *Behavior Therapy*, 44(3), 339–348.
- Thomas, J., & Altareb, B. (2012). Cognitive vulnerability to depression: an exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology and Psychotherapy*, 85(1), 117–21. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02015.x>
- Thurber, C., & Walton, E. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *J Am Coll Health*, 60(5), 415–9. <http://doi.org/10.1080/07448481.2012.673520>.
- Tognoli, J., Thurber, C., Walton, E., Stroebe, M., van Vliet, T., Hewstone, M., ... Bromnick, R. (2007). Homesickness in University Students: The Role of Multiple Place Attachment. *British Journal of Psychology*, 22(3), 425–441. <http://doi.org/10.1016/j.chc.2007.05.003>

- Townsend, M. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (7th ed.).
- Trainor, K., Mallett, J., & Rushe, T. (2013). Age related differences in mental health scale scores and depression diagnosis: Adult responses to the CIDI-SF and MHI-5. *Journal of Affective Disorders, 151*(2), 639–645.
- Trockel, M., Barnes, M., & Egget, D. (2000). Health-Related Variables and Academic Performance Among First-Year College Students: Implications for Sleep and Other Behaviors. *Journal of American College Health : J of ACH*. <http://doi.org/10.1080/07448480009596294>
- Turner, A., Hammond, C., Gilchrist, M., & Barlow, J. (2007). Coventry university students' experience of mental health problems. *Counselling Psychology Quarterly, 20*(3), 247–252. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/09515070701570451>
- Unwin, B. K., Goodie, J., Reamy, B. V., & Quinlan, J. (2013). Care of the college student. *American Family Physician, 88*(9), 596–604. <http://doi.org/d10904> [pii]
- Van Tilburg, M., Vingerhoets, A., & Van Heck, G. (1999). Homesickness, mood and self-reported health. *Stress Medicine, 15*(3), 189–196. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199907\)15:3%3C189::AID-SMI814%3E3.0.CO;2-U](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199907)15:3%3C189::AID-SMI814%3E3.0.CO;2-U)
- Van Tilburg, M., Vingerhoets, J., & Van Heck, G. (2006). Homesickness: a review of the literature. *Psychological Medicine, 26*(5), 899–912. <http://doi.org/10.1017/S0033291700035248>
- Vankim, N., & Nelson, T. (2013). Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. *American Journal of Health Promotion, 28*(1), 7–15.
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., Mano, M., & Martins, E. (2009). Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. *Motricidade Fundação Técnica E Científica Do Desporto, 5*(1), 21–32.
- Vázquez, F., Otero, P., & Díaz, O. (2012). Psychological distress and related factors in female college students. *Journal Am Coll Health, 60*(3), 219–25. <http://doi.org/10.1080/07448481.2011.587485.22420699> [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 730–742. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Venezia, A., & Jaeger, L. (2013). Transitions from High School to College. *The Future of Children, 23*(1), 117–136. <http://doi.org/10.1353/foc.2013.0004>
- Verger, P., Combes, J., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(8), 643–650. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0486-y>
- Veríssimo, A., Costa, R., Eliana, G., & Araújo, F. (2010). Níveis de stress no Ensino Superior. *Psicologia E Educação, Vol Branco*(1 e 2), 41. Retrieved from [http://psicologiaeducacao.ubi.pt/2011_volbranco/Ana Verissimo.pdf](http://psicologiaeducacao.ubi.pt/2011_volbranco/Ana%20Verissimo.pdf)
- Vohs, K. D. (2013). The Poor's Poor Mental Power. In *Science* (Vol. 341, pp. 969–970).
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(41), 1–5. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41>
- Wang, Y., Cullen, K. L., Yao, X., & Li, Y. (2013). Personality, freshmen proactive social behavior, and college

- transition: Predictors beyond academic strategies. *Learning and Individual Differences*, 23(1), 205–212.
- Wang, Y., Gorenstein, C., Andrade, L., Oliveira, L., & Andrade, A. (2009). Morbidades Psiquiátricas, sintomas depressivos e psicóticos entre os universitários brasileiros. *American Psychologist*, 5(3), 22–35.
- Ware, J., Manning, W., Wells, K., Duan, N., & Newhouse, J. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10), 1090–1100.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(SUPPL. 1), 40–59.
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*.
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.
- WHO. (1995). The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403–1409.
- Wilkinson, P. (2011). Nonsuicidal self-injury: a clear marker for suicide risk. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 741–3. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.008>
- Wilson, K., Bohnert, A., Ambrose, A., Davis, D., Jones, D., & Magee, M. (2014). Social, behavioral, and sleep characteristics associated with depression symptoms among undergraduate students at a women's college: a cross-sectional depression survey, 2012. *BMC Women's Health*, 14, 8. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-8>
- Winnicott, D. W. (1987). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. Retrieved from <http://libproxy.tulane.edu:2048/login?>
- Winnicott, D. W. (2005). *Privação e Delinquência* (4ª Edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Woodhouse, A. (2010). Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses? *Contemporary Nurse*, 34(2), 177–189. <http://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.177>
- World Health Organization. (1015). *Cultural Contexts of Health and Well-being, nº1 Beyond bias: exploring the cultural contexts of health and well-being measurement*. Copenhagen.
- World Health Organization. (1948). WHO definition of Health. <http://doi.org/10.1016/B978-012466044-1/50296-9>
- World Health Organization. (1989). *Approach to Adolescence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Investing in Mental Health*. (D. of M. H. and S. Dependence & N. D. and M. Health, Eds.). Geneva: World Health Organisation. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf
- World Health Organization. (2004a). *Promoting mental health. Concepts, Emerging, Evidence Practice*.
- World Health Organization. (2004b). The global burden of disease 2004. *Update*, 1, 160. <http://doi.org/10.1038/npp.2011.85>
- World Health Organization. (2005a). *Mental health policy and services guidance package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. World Health Organization. Geneva.
- World Health Organization. (2005b). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*:

Summary report. Genebra.

- World Health Organization. (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar. Conferência de alto nível da WHO.* Bruxelas: Presidencia Slovenian da UE.
- World Health Organization. (2010a). *Effective and Humane Mental Health Treatment and Care For All.* Geneva. Retrieved from http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/en/index.html
- World Health Organization. (2010b). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011a). *Mental Health Atlas 2011.* World Health Organization. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
- World Health Organization. (2011b). *Urbanization, social disparities and their impact on mental health.* Geneva.
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors: Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action.* Geneva, Switzerland: Author, 14.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020.* Geneva.
- World Health Organization. (2015a). *European health report 2015 Targets beyond-reaching new frontiers in evidence.* UN City Copenhagen.
- World Health Organization. (2015b). *WHO/Europe | The European health report 2015.* Genebra.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>
- Zão, I. (2012). *Consumo de Álcool e outras Drogas e Comportamentos Sexuais - estudo numa população universitária.* Universidade da Beira Interior. Retrieved from <http://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1/dissertacao.pdf> Zheng,
- Zeigler-Hill, V. (2013). The importance of self-esteem. In V. Zeigler-Hill (Ed.), *Self-esteem* (pp. 1–20). Psychology Press. Retrieved from <https://books.google.com/books>
- Zeni, C. P., Coelho, R. P. S., Ferreira, A. A. M., Machado, P. de O., Tramontina, S., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Tradução e adaptação semântica para versão em português do Stressful Life Events Schedule (SLES). *Psico-USF*, 18(2), 221–229. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036095006>
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999–1029. <http://doi.org/10.1111/1467-6494.00124>

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da ESEL para realização do Estudo

Exma. Senhora
Professora Maria José Nogueira

Em resposta ao seu pedido para apreciação do projeto de investigação no âmbito do doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa “Saúde mental em estudantes do ensino superior. Fatores de vulnerabilidade e fatores protetores”, por parte da Comissão de Ética da ESEL, e de acordo com o despacho da Presidência da ESEL, somos a informar que a mesma deu parecer favorável à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Marques

Assistente Técnico

Secretariado da Presidência

Serviços Centrais - Pólo Maria Fernanda Resende

Av^a do Brasil, 53-B 1700-063 LISBOA – PORTUGAL

Tel.: (351) 21 792 41 00 Fax: (351) 21 792 41 97

E-mail: secretariadocd@esel.pt

Antes de imprimir este email pense bem se tem mesmo de o fazer.

ANEXO II

Autorização para utilização e adaptação da Escala de Vulnerabilidade Psicológica

Dear Professor:

You have our permission to translate the Psychological Vulnerability Scale into Portuguese for you in your research. Would you please send us a copy of the translation for our record

Ken Wallston and Vaughn SinClair

On Jan 31, 2012, at 2:59 PM, MARIA JOSE CARVALHO NOGUEIRA wrote:



Re: Permission to
translate Psychologic

Dear Professor

I'm writing to you because I am conducting a research on college students and mental health vulnerability.

I want to use the instrument that you and your colleagues developed - Psychological Vulnerability Scale.

I need to ask for your permission to translate and adapt it to Portuguese culture and college students.

Thank you in advance

Best regards

Maria José

ANEXO III

Protocolo de Recolha de dados

“Inquérito para Estudantes do Ensino Superior” .

“INQUÉRITO PARA ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR”

(Versão em papel do formulário online)

A - Caracterização Sociodemográfica e Académica	
1 - Idade _____ anos	
2 - Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	
3 - Estado Civil: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> União de facto 4 <input type="checkbox"/> Divorciado	
4 - Qual a Unidade Orgânica/Instituição de Ensino Superior que frequenta: _____	
5 - Qual o curso que frequenta? _____	
6 - Ano? 1 <input type="checkbox"/> 1º ano 2 <input type="checkbox"/> 2º ano	
7 - Como classifica o seu desempenho académico: 1 <input type="checkbox"/> Medíocre 2 <input type="checkbox"/> Suficiente 3 <input type="checkbox"/> Bom 4 <input type="checkbox"/> Muito bom 5 <input type="checkbox"/> Excelente	
8 - Neste momento, qual a descrição de relação afetiva que mais se adequa a si: 1 <input type="checkbox"/> Relação estável e satisfatória 2 <input type="checkbox"/> Relações curtas e ocasionais 3 <input type="checkbox"/> Relação pouca satisfatória 3 <input type="checkbox"/> Relação tensa ou conflituosa 4 <input type="checkbox"/> Sem relação sentimental	
9 - Coabitação em tempo de aulas: 1 <input type="checkbox"/> Com os Pais 2 <input type="checkbox"/> Com familiares 3 <input type="checkbox"/> Com colegas/amigos 4 <input type="checkbox"/> Sozinho 5 <input type="checkbox"/> Com companheiro... 6 <input type="checkbox"/> Outro _____	
10 - Se está deslocado, com que frequência vai a casa? 1 <input type="checkbox"/> Todos os fim-de-semana 2 <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês 3 <input type="checkbox"/> Uma vez por mês 4 <input type="checkbox"/> Pausas escolares/ferias 5 <input type="checkbox"/> Outra _____	
11 - Para além de estudar também trabalha? 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> sim trabalho _____ horas por semana.	
Nível Socioeconómico Escala de Graffar Adaptada (Amaro, Fausto, 1990) Adaptada por Costa, Ana M ^a Bénard et al. (1996) e DSEEASE, 2006	
<u>Relativamente ao seu agregado familiar por favor responda considerando apenas o elemento do agregado familiar que aufero o maior rendimento</u>	
1. Profissão: 1 <input type="checkbox"/> Grandes empresários; 1 <input type="checkbox"/> Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); 1 <input type="checkbox"/> Professores universitários; 1 <input type="checkbox"/> Brigadeiro, general, marechal; 1 <input type="checkbox"/> Profissões liberais (curso superior); 1 <input type="checkbox"/> Altos dirigentes políticos 2 <input type="checkbox"/> Médios empresários 2 <input type="checkbox"/> Dirigentes de empresas (500 empregados); 2 <input type="checkbox"/> Agricultores e proprietários; 2 <input type="checkbox"/> Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; 2 <input type="checkbox"/> Oficiais das forças armadas	

- 2 Professores do ensino básico e secundário
- 3 Pequenos empresários (50 empregados);
- 3 Quadros médios;
- 3 Médios agricultores;
- 3 Sargentos e equiparados.
- 4 Pequenos agricultores e rendeiros
- 4 Técnicos Administrativos;
- 4 Operários semiqualeificados
- 4 Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas
- 5 Assalariados agrícolas
- 5 Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.

2. Nível de Escolaridade:

- 1 Licenciatura; Mestrado /Doutoramento
- 2 Bacharelato (curso médio ou técnico superior)
- 3 12º ano de escolaridade
- 3 9 ou mais anos de escolaridade
- 4 Escolaridade > 4anos e <a9 anos
- 5 Menos de 4 anos de estudo
- 5 Analfabetos

3. Origem do Rendimento Familiar:

- 1 lucros de propriedades, de heranças, de empresas
- 2 Altos vencimentos ou honorários (> 10 vezes salario minino nacional)
- 3 Vencimento certo
- 4 Remuneração ≤ salário mínimo nacional; pensionistas/reformados; vencimentos incertos
- 5 Assistência (subsídios)

4. Tipo de Habitação:

- 1 Casa ou andar de luxo, espaçoso, com o máximo de conforto
- 2 Casa e andar bastante espaçoso e confortável
- 3 Casa ou andar modesto em bom estado de conservação
- 4 Casa ou andar degradado
- 5 Imprópria (barraca, andar ou outro) casa sem conforto
- 5 Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade

B- Consumos de Substancias

1 – Fuma tabaco? com que frequência?

- 1 Sou não fumante 2 Fumo 1 cigarro /dia 3 fumo 2-3 cigarro /dia 4 Fumo até 5 cigarros/dia ... 5 Fumo entre 5 e 10 cigarros/dia 6 Fumo mais de 10 cigarros/dia

2 –Consumiu álcool na ultima semana? com que frequência

- 1 Não se aplica, não bebi 2 bebi diariamente 3 bebi 2 a 3 vezes por semana
- 4 bebi apenas no fim de semana

3 - Na ultima semana bebeu cerveja? que quantidade

- 1 Não se aplica, não bebi 2 bebi 1 cerveja 3 bebi 2-3 cervejas 4 bebi 4-10 cervejas
- 5 mais de 10 cervejas

4- Na última semana bebeu bebidas espirituosas/destiladas (shots, whisky, vodca, licores, Martini, aguardentes) que quantidade (1bebida = 1 copo/1 shot)?

1 Não se aplica, não bebi 2 bebi 1 a 2 bebidas 3 bebi 3 a 5 bebidas 4 bebi 6 a 10 bebidas 5 mais de 10 bebidas

5 - Na última semana consumiu tanto álcool que ficou muito alcoolizado?

1 Não se aplica, não bebi 2 Sim, no fim de semana 3 Sim, uma vez semana 4 Sim, 2-3 vezes semana

6 – Assinale os produtos que já consumiu pelo menos uma vez?

1 Não se aplica, nunca experimentei 2 Cannabis/Haxixe/Erva/Liamba/marijuana
5 Ecstasy 5 Anfetaminas 7 Cocaína 8 Heroína 9 LSD/Cogumelos

7 – No último mês consumiu algum destes produtos?

1 Não se aplica, não consumi 2 Cannabis/Haxixe/Erva/Liamba/marijuana
5 Ecstasy 5 Anfetaminas 7 Cocaína 8 Heroína 9 LSD/Cogumelos

8 – Se consumiu no último mês indique a frequência?

1 Não se aplica não consumi... 2 Diariamente 3 2 a 3 vezes por semana
4 Todos os fins-de- semana 5 Ocasionalmente

C: Comportamentos de Saúde?

1 - Pratica exercício físico/desporto? com que frequência?

1 Diariamente 2 2 a 3 vezes por semana 3 1 vez por semana 4 1 vez por mês
5 Raramente/Nunca

2 – Em tempo de aulas, em média, quantas horas costuma dormir?

1 8h ou mais 2 entre 7h e 8h 3 entre 6h e 7h 4 entre 6 e 5h 4 menos de 5h

3 - Considera que dorme as horas suficientes para as suas necessidades?

1 Sim 2 Não

D- Historia Saúde Mental

1 - Na sua família há história de problemas de saúde mental, se existe refira qual o parentesco?

1 Não 2 Desconheço 3 Sim no pai 4 sim na mãe 5 sim em irmãos
6 sim nos avós 7 sim nos tios 8 som nos primos

2 – Refira qual(is) o(s) problema(s) de saúde mental do(s) seu(s) familiar(s)?

1 Não se aplica 2 Alcoolismo 3 Depressão 4 Suicídio 5 Esquizofrenia.
5 Desconheço 6 Outro _____

3 – No último mês toma regularmente Indutores do Sono/Hipnóticos?

1 Sim 2 Não

4 - No último mês toma regularmente Analgésicos?

1 Sim 2 Não

5 - Toma Antidepressivos?

1 Não 2 Sim tomo há menos de 1 mês 3 Sim tomo há mais 1 mês 4 tomo há mais 6 meses

6 – No último ano foi a alguma consulta? Se sim refira qual?

1 Não fui a consulta 2 sim Psicologia 3 sim Psiquiatria 4 sim Enfermagem
4 Outra, qual? _____

7 - Se respondeu sim na pergunta anterior, refira onde:

1 Centro Saúde 2 Hospital 3 Campus Universitário/GAE 4 Privado 5 Outra, qual?

8- Durante o último ano já tentou ou fez mal a si próprio?

1 nunca 2 já tentei 3 já fiz 1 vez 4 já fiz 2 a 5 5 já fiz mais de 5

E-Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais Ribeiro,1999)

Apresenta-se de seguida, um conjunto de afirmações para avaliar a sua satisfação com a sua vida social.
Por favor responda sem pensar muito, assinalando com X a sua opinião

		1 Concordo totalmente	2 Concordo na maior parte	3 Não concordo nem discordo	4 Discordo na maior parte	5 Discordo totalmente
1	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
2	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
3	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
4	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
5	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					
6	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
7	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
8	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					

9	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
10	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
11	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com minha família					
12	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
13	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
14	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam					
15	Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex: Clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					

VII- INVENTÁRIO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS (IAV-N)
(Brás & Cruz, 2008)

Apresenta-se de seguida, uma lista de acontecimentos que pode ter experienciado ao longo da sua vida e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo. Assinale, de forma sincera, com um X, os acontecimentos que viveu até aos **12 anos**. Na coluna "**frequência**" indique a frequência com que esses acontecimentos ocorreram e na coluna "**impacto**", caracterize o tipo e a intensidade do impacto/consequências que os mesmos tiveram em si. Não responda nas linhas que estão a sombreado (*categorias*), mas sim nas seguintes (*subcategorias*). Quando assinalar a frequência do acontecimento como "**0=Nunca**", não é preciso assinalar o impacto.

Escala de resposta

Frequência (até aos 12 Anos)

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes

Impacto /consequências

1	2	3	4	5
Nenhum	Negativo, mas também positivo	Ligeiramente negativo	Moderadamente negativo	Extremamente negativo

	Frequência					Impacto				
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5
SEPARAÇÕES DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS										
1. Intermitentes (nem a presença nem a ausência das pessoas significativas foram contínuas; progenitor que só vinha a casa ao fim-de-semana).										
2. Prolongadas (superior a 3 meses; ex. progenitor emigrante)										
3. Definitivas (por abandono ou por morte)										
NEGLIGÊNCIA										
4. Negligência Física (Recusa ou ineficácia em satisfazer										

G- Inventário de Saúde Mental

(Brooks et al., 1979, adaptação portuguesa de Pais Ribeiro, 2001)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a Si.

1- COMO TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- ₁ Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
₂ Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
₃ Geralmente satisfeito e feliz
₄ Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
₅ Geralmente insatisfeito, infeliz
₆ Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- ₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- ₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- ₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- ₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- ₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- ₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

<input type="checkbox"/> 1	Não, nunca	
<input type="checkbox"/> 2	Talvez um pouco	
<input type="checkbox"/> 3	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	
<input type="checkbox"/> 4	Sim, e fiquei um bocadinho preocupado	
<input type="checkbox"/> 5	Sim, e isso preocupa-me	
<input type="checkbox"/> 6	Sim, e estou muito preocupado com isso	
9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?		
<input type="checkbox"/> 1	Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	
<input type="checkbox"/> 2	Sim, muito deprimido quase todos os dias	
<input type="checkbox"/> 3	Sim, deprimido muitas vezes	
<input type="checkbox"/> 4	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	
<input type="checkbox"/> 5	Não, raramente me sinto deprimido	
<input type="checkbox"/> 6	Não, nunca me sinto deprimido	
10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3 A maior parte das vezes
<input type="checkbox"/> 4 Algumas vezes	<input type="checkbox"/> 5 Muito poucas vezes	<input type="checkbox"/> 6 Nunca
11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3 A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> 4 Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> 5 Quase nunca	<input type="checkbox"/> 6 Nunca
12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Com muita frequência	<input type="checkbox"/> 3 Frequentemente
<input type="checkbox"/> 4 Com pouca frequência	<input type="checkbox"/> 5 Quase nunca	<input type="checkbox"/> 6 Nunca
13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Quase sempre	<input type="checkbox"/> 3 A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> 4 Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> 5 Quase nunca	<input type="checkbox"/> 6 Nunca
14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?		
<input type="checkbox"/> 1 Sim, completamente	<input type="checkbox"/> 2 Sim, geralmente	<input type="checkbox"/> 3 Sim, penso que sim
<input type="checkbox"/> 4 Não muito bem	<input type="checkbox"/> 5 Ando um pouco perturbado	<input type="checkbox"/> 6 Ando muito perturbado
15 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Com muita frequência	<input type="checkbox"/> 3 Frequentemente
<input type="checkbox"/> 4 Com pouca frequência	<input type="checkbox"/> 5 Quase nunca	<input type="checkbox"/> 6 Nunca
16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?		
<input type="checkbox"/> 1 Sempre	<input type="checkbox"/> 2 Com muita frequência	<input type="checkbox"/> 3 Frequentemente
<input type="checkbox"/> 4 Com pouca frequência	<input type="checkbox"/> 5 Quase nunca	<input type="checkbox"/> 6 Nunca

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> ₄ Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> ₄ Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> ₄ Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Com muita frequência	<input type="checkbox"/> ₃ Frequentemente
<input type="checkbox"/> ₄ Com pouca frequência	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Com muita frequência	<input type="checkbox"/> ₃ Frequentemente
<input type="checkbox"/> ₄ Com pouca frequência	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> ₄ Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
23 NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Quase sempre	<input type="checkbox"/> ₃ A maior parte do tempo
<input type="checkbox"/> ₄ Durante algum tempo	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?		
<input type="checkbox"/> ₁ Sempre	<input type="checkbox"/> ₂ Com muita frequência	<input type="checkbox"/> ₃ Frequentemente
<input type="checkbox"/> ₄ Com pouca frequência	<input type="checkbox"/> ₅ Quase nunca	<input type="checkbox"/> ₆ Nunca
25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?		
<input type="checkbox"/> ₁ Extremamente	<input type="checkbox"/> ₂ Muito incomodado	<input type="checkbox"/> ₃ Um pouco incomodado
<input type="checkbox"/> ₄ Algo incomodado	<input type="checkbox"/> ₅ Apenas de forma muito ligeira	<input type="checkbox"/> ₆ Nada incomodado
26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?		

₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

₁ Sempre ₂ muitas vezes ₃ algumas vezes
₄ poucas de vezes ₅ uma vez ₆ Nunca

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO, INQUIETO E IMPACIENTE?

₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU DE MAU HUMOR?

₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

₁ Extremamente ₂ Muito ₃ Um pouco
₄ O suficiente para me incomodar ₅ de forma muito ligeira ₆ De maneira nenhuma

34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

₁ Sempre ₂ Com muita frequência ₃ Frequentemente
₄ Com pouca frequência ₅ Quase nunca ₆ Nunca

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- ₁ Sempre ₂ Quase sempre ₃ A maior parte do tempo
₄ Durante algum tempo ₅ Quase nunca ₆ Nunca

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- ₁ Sempre, todos os dias ₂ Quase todos os dias ₃ Frequentemente
₄ Algumas vezes ₅ Quase nunca ₆ Nunca

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- ₁ Sim, quase a ultrapassar os meus limites
₂ Sim, muita pressão
₃ Sim, alguma, mais do que o costume
₄ Sim, alguma, como de costume
₅ Sim, um pouco
₆ Não, nenhuma

**H: Escala de Vulnerabilidade Psicológica,
(SinClair & Wallston, 1999, adaptação portuguesa Nogueira, Maria José 2014).**

Apresentamos-lhe abaixo um conjunto de 6 frases que dizem respeito à forma como cada um se vê a si mesmo(a). Para cada item, por favor assinale com uma cruz **X**, de forma espontânea, o número que na sua opinião melhor o(a) descreve.

1 «Não me descreve nada» 5 «Descreve-me muito bem»

	Itens	1	2	3	4	5
1	Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa.					
2	Sinto que mereço melhor tratamento do que aquele que normalmente recebo dos outros.					
3	Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros.					
4	Preciso da aprovação dos outros para me sentir bem comigo mesmo.					
5	Tenho tendência para definir metas demasiado elevadas e depois a sentir-me frustrado ao tentar alcançá-las.					
6	Sinto-me frequentemente ressentido quando outros se aproveitam de mim.					

I - Perceção de Vulnerabilidade

1 -. Considera-se uma pessoa vulnerável do ponto de vista da Saúde mental?

- ₁ Nada vulnerável ₂ Um pouco vulnerável ₃ Moderadamente vulnerável
₄ Muito vulnerável ₅ Extremamente vulnerável

Muito obrigado pela sua colaboração