A SAÚDE MENTAL GLOBAL, A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E CORRELAÇÃO

JORGE SALVADOR PINTO DE ALMEIDA

Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida
Especialidade em Saúde Mental
Faculdade de Ciências Médicas

Novembro, 2014

A SAÚDE MENTAL GLOBAL, A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E CORRELAÇÃO

JORGE SALVADOR PINTO DE ALMEIDA

PROFESSOR DOUTOR RICARDO GUSMÃO,

DOUTOR EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida

Especialidade em Saúde Mental

Novembro, 2014

O PRESENTE TEXTO NÃO FOI ESCRITO AO ABRIGO DO ACORDO ORTOGRÁFICO

Ao meu Pai,

Meu Mestre

JOÃO DOMINGOS DE ALMEIDA

"Quem busca o conhecimento e o acha, obterá dois prémio: um por procura-lo, e outro por achá-lo. Se não o encontrar, ainda reatará o primeiro prémio."

[Maomé, 278]

AGRADECIMENTOS

"Todo o nosso conhecimento se inicia com sentimentos."

[Leonardo da Vinci, 1452 - 1519]

A procura do conhecimento é, muitas das vezes, um caminho solitário. Mas há outras vezes em que esse caminho não é possível de percorrer se não houver quem o faça ao nosso lado. Por isso é de toda a justiça que se diga não haver conhecimento sem o reconhecimento de quem nos ajudou a alcança-lo.

Se por um lado se trata de um momento feliz poder agradecer a quem tanto nos apoiou, por outro é um momento de angústia pelo risco que corremos de não conseguir mencionar todos (seja por não querer ou poder ultrapassar um espaço adequado seja por um terrível esquecimento).

Começo assim por agradecer…

A todos quantos, de forma directa ou indirecta, me ajudaram a chegar a este ponto.

Agora vão-me perdoar (e esta é uma parte angustiante) mas vou ter de citar alguns nomes que não posso deixar de salientar por diferentes razões…

Ao Prof. Doutor Ricardo Gusmão, meu orientador, que sem me conhecer de lado algum teve a ousadia de me acolher neste processo criativo. O que se iniciou timidamente como uma relação formal foi-se transformando aos poucos numa relação de amizade e respeito mútuo. No tempo que levou a construção desta tese fomos pais – ele do Afonso, eu da Maria e isso já é suficiente para tornar esta tese especial para nós.

À Sónia Quintão que foi uma preciosa ajuda no tratamento estatístico, no esclarecimento de ideias e dúvidas e que sempre esteve disponível. O mais incrível de tudo é que… não nos conhecemos pessoalmente! Ainda!

Ao Ricardo Encarnação, colega de carteira neste doutoramento, e que nos momentos certos soube esclarecer-me, dar ideias e perspectivas diferentes para a elaboração da tese. Mesmo tendo percorrido caminhos diferentes e haver um espaço físico e temporal que nos tem mantido afastados, nunca deixou de estar presente sempre que necessário nem que fosse para dar alento.

Ao José Ribeiro, Enfermeiro Chefe do Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã, pelas longas conversas que fomos tendo, sobre tudo e sobre nada, mas principalmente sobre nós. Os seus conhecimentos foram essenciais e o seu apoio importante nas minhas ausências profissionais.

Aos meus muito queridos, inestimáveis e incondicionais amigos Helena Mesquita, João Ruivo, José Rafael e Paulo Afonso que nunca deixaram de dar força quando ela faltava, de corrigir ideias duvidosas que tinha, de partilhar os imensos conhecimentos de investigação que têm. Principalmente porque, com eles, sinto-me em família quando da minha família estou afastado. Os almoços das terças-feiras são um dos momentos mais altos e esperados da semana.

Aos compadres Céu e Luís Monteiro. São poucas as palavras que consigam descrever a importância que desempenharam nesta caminhada. Desde a simples palavra de apoio ao ser recebido (com o resto da família) na sua casa durante cinco dias para podermos descansar e estar juntos, foram um dos pilares essenciais para poder chegar aqui.

À Rute Crisóstomo, Alda Mendes e Edite Santos, colegas de Escola, com quem faço equipa na Presidência do Conselho Técnico-Científico e, principalmente, amigas. Além do apoio permanente, tiveram uma preocupação constante em me aliviar o trabalho ao partilharmos a gestão da Presidência do órgão. Nunca ouvi uma palavra desagradável, tiveram uma postura de menos disponibilidade, uma queixa. Antes pelo contrário, havia sempre um sorriso mesmo nos momentos mais complexos. Por falar nisso, creio que são as pessoas mais sorridentes da Escola!

À minha mãe que, ainda hoje, já avó, me "obriga" a ligar quando chego a casa para saber se cheguei bem; que deixa que a sua casa funcione como uma "pensão" onde vou jantar e dormir. Que como boa alentejana faz questão que a comida seja feita sempre como deve ser, comida a horas e todos os problemas se resolvem… com comida! Que é um exemplo de vida, coragem e abnegação por, aos 80 anos, se dedicar ao neto e aos idosos como membro activo (diariamente!) de um grupo de voluntários de apoio à 3ª Idade. E no Banco Alimentar.

À Olga, Hugo, Eva e Íris que nos acolheram como família e a quem entregamos a Maria e a Matilde sem condições. Que nos apoiam nas ausências muitas vezes forçadas e inesperadas e sempre com uma disponibilidade incrível!

E não é por serem menos importantes que guardo para o fim; é porque são o meu núcleo.

Às minhas filhas: Mafalda, Catarina, Matilde e Maria. As CM3! É sabido que não deve haver predilacção pelos filhos. Mas eu tenho, admito. Cada uma delas é a minha predilecta! Cada uma delas faz com que tenha valido a pena chegar até aqui. Nem sempre corre tudo bem; nem sempre estamos de acordo; mas é aí que está a beleza da perfeição e do meu encantamento por elas. São a razão da minha perpetuação. A prova da minha passagem pela vida. A garantia de que não serei esquecido. E isso basta-me!

À Ana Sofia, minha mulher, amiga e companheira. Pelos dias ausentes, pelas falhas cometidas. Pelas horas de namoro adiadas. Pelas imensas horas partilhadas no nosso escritório onde tantas vezes vimos nascer o sol quando o trabalho apertava. Porque tomou conta das nossas meninas sempre que eu não estava. Porque esteve sempre presente quando precisei de tempo e espaço para escrever. Porque além de mulher incrível é uma excelente profissional. E principalmente porque é daquelas raras pessoas com quem se pode contar, haja o que houver! Este trabalho aparece muito por "culpa" dela.

E vou ter de ficar por aqui. Como disse, é uma angústia perceber que se poderá tornar desadequado utilizar um espaço demasiado grande para os agradecimentos. Devem ser apenas aos mais importantes, dirão alguns. Pois é… mas quem sou eu para poder dizer quem é que é mais importante na minha vida?...

RESUMO

A saúde mental é influenciada pelos comportamentos tanto como estes são influenciados pela saúde mental. Por isso é importante compreender quer a saúde mental quer os comportamentos adoptados pelo indivíduo em qualquer momento do seu ciclo vital para melhor poder actuar quando e sempre que necessário. Nos estudantes universitários, não sendo uma população de risco, a saúde mental e os comportamentos de risco afectam não só o próprio estudante e quem com ele convive mas também as próprias instituições que o acolhem. O presente estudo teve como objectivos: nos estudantes universitários 1) caracterizar a saúde mental global; 2) caracterizar os níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa; 3) identificar os padrões de comportamentos de risco; 4) analisar a relação entre saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco. Para tal realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, transversal e exploratório com 1968 estudantes do 1º ciclo da Universidade da Beira Interior e dos Institutos Politécnicos da Guarda, Castelo Branco e Portalegre. Foram utilizados como instrumentos de investigação uma ficha de Caracterização Socio-Demográfica; o Mental Health Inventory-5; o Patient Health Questionnaire-9; Generalized Anxiety Disorder-7; e o Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários. Os principais resultados mostraram que 18,3% (n=360) apresentavam saúde mental negativa; 17,7% sintomatologia depressiva moderada a severa; 15,6% sintomatologia ansiosa moderada a severa; e que apenas 15% dos que apresentavam saúde mental global negativa recorreu a ajuda profissional. As mulheres, os alunos de 1ª e 4º ano, e os alunos dos cursos de Artes e Letras apresentavam níveis de saúde mental global inferiores. O Consumo de álcool foi superior nos homens, nos estudantes das áreas de Ciências e Ciências da Saúde e nos estudantes deslocados. Os estudantes com mais de 3 unidades curriculares em atraso apresentavam maior sintomatologia depressiva e ansiosa. Os resultados mostraram ainda que quanto mais positiva a saúde mental global maior o consumo de bebidas alcoólicas e menor a sintomatologia depressiva e ansiosa. As variáveis Curso e Sexo influenciam significativamente a saúde mental global, a depressão e a ansiedade. Apesar de a maioria dos estudantes inquiridos não revelar problemas de saúde mental nem apresentar comportamentos de risco, as principais conclusões apontam para a necessidade de programas de educação para a saúde assim como de programas de literacia de saúde mental para as instituições poderem identificar precocemente as situações problemáticas e ajudar os próprios estudantes a reconhecer em si o sofrimento psicológico e a necessidade de procurar apoio profissional.

PALAVRAS-CHAVE Saúde Mental, depressão, ansiedade, comportamentos de risco, estudantes do ensino superior.

ABSTRACT

Mental health is influenced by behaviours as much as behaviours are influenced by mental health. Thus, it is important to understand not only the mental health but also the behaviours adopted by an individual at any stage of its vital cycle in order to accurately intervene whenever and always deemed necessary. Regarding college students, despite not being deemed as a population at risk, mental health and risk behaviours affect not only the student itself and whoever interacts with him but also the institutions that host them. The main purposes of this study were: regarding college students 1) characterize the overall mental health; 2) characterize the levels of depression and anxiety symptoms; 3) identify the risk behaviours patterns; and 4) analyse the relation between overall mental health, depression, anxiety and risk behaviours. With that scope a quantitative, descriptive, correlated, transversal and exploratory study has been conducted with 1968 students of the 1st cycle of the University of Beira Interior and of the Polytechnic Institutions of Guarda, Castelo Branco and Portalegre. The investigation instruments used were a chart of Socio-Demographic Characterization; the Mental Health Inventory-5; the Patient Health Questionnaire-9; the Generalized Anxiety Disorder-7; and one Questionnaire of Risk Behaviours in College Students. The main results showed that 18.3% (n=360) revealed negative mental health; 17.7% moderated to severe depression symptoms; 15.6% moderated to severe anxiety symptoms; and that only 15% of those revealing negative overall mental health have seek for professional help. Females, students of the 1st and 4th years and students of the Artes and Letras courses revealed inferior levels of overall mental health. Alcohol consumption is higher in males, in the Sciences and Health Sciences' students and on displaced students. Students with more than 3 curricular units in delay revealed higher depression and anxiety symptoms. The results also showed that the more positive overall mental health the higher alcohol consumption and the lower depression and anxiety symptoms. The Course and Sex variations significantly influence the overall mental health, the depression and the anxiety. Although the majority of the enquired students did not reveal mental health issues or present risk behaviours, the main conclusions indicate the need to implement health education and mental health literacy programmes in order to enable the institutions to prematurely identify problematic situations and help students to recognize the psychological suffering and the need to seek for professional help

KEY WORDS

Mental Health, depression, anxiety, risk behaviours, college students

ÍNDICE SUMARIADO

INTRODUÇÃO **18**

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO **21**

CAPÍTULO 1 – O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR **22**

1.1 Desafios de Estudar no Ensino Superior – Transição e Adaptação **23**

1.2 Caracterização da população estudantil universitária Portuguesa **27**

CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL: CONCEPTUALIZAÇÃO **33**

2.1 Evolução dos conceitos de Saúde e Saúde Mental **34**

2.2 Depressão **62**

2.3 Ansiedade **72**

2.4 Comportamentos de Risco **77**

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO **94**

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA **95**

3.1 Objectivos do estudo **97**

3.2 Hipóteses de investigação **97**

3.3 Desenho e tipo de estudo **98**

3.4 Amostra **98**

3.5 Instrumentos de Recolha de Dados **99**

3.6 Procedimentos: recolha de dados, aspectos éticos e deontológicos **102**

3.7 Análise Estatística dos Dados **103**

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS **105**

4.1 Caracterização **106**

PARTE 3 – CONCLUSÕES **126**

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO **127**

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO **154**

CAPÍTULO 7 – NOTA FINAL **161**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE GERAL

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A vida académica é tida, por alguns, como um dos melhores e mais marcantes períodos da vida de quem passa por ela. É o período das descobertas, da liberdade, da responsabilidade pelas suas escolhas, da amizade para a vida e dos amores que se descobre nem sempre são eternos. É ainda o tempo em que se aprende a cair e a levantar; ou, noutras circunstâncias, que muitas vezes as más escolhas têm consequências e que, elas sim, podem ser eternas.

Frequentar o ensino superior coincide com um período específico de desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social do indivíduo. A par de lidar com as alterações típicas desse desenvolvimento, como sejam a construção da sua identidade, o estudante enfrenta ainda as exigências próprias da vida académica e da vida social que também se vai transformando (Valadas e Gonçalves, 2002).

O processo de adaptação ao ensino superior exige, por parte de alguns estudantes, estratégias que ajudem a minorar o seu sofrimentos seja físico, seja psicológico (Porta-Nova, 2010), estratégias que nem sempre são comportamentos saudáveis (Dias et al, 2001). Estes comportamentos pouco saudáveis ou de risco são, geralmente, a parte visível do conjunto de vivências, experiências, expectativas e desencantos que alguns estudantes apresentam ao longo do seu percurso académico (Porta-Nova, 2010).

Os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior mais identificados são o consumo de álcool, tabaco, substâncias psicoactivas ilícitas ou drogas, hábitos alimentares desequilibrados, actividade sexual de risco e inactividade física ou sedentarismo (Ogden, 2004).

Há um consenso entre os investigadores e responsáveis pela saúde acerca da importância de uma caracterização epidemiológica mais completa desta população específica e das suas características de saúde – física e mental – assim como dos seus comportamentos para que se consiga um maior sucesso nos programas de prevenção e promoção da saúde (Smith et al, 2004).

A população alvo do presente estudo foram os estudantes a frequentar o ensino superior por se entender que, mesmo não sendo considerada de risco, é descrita como tendo determinadas características que são associadas a vida pouco saudável. Estudos de Okoro et al (2004), por exemplo, evidenciam uma associação entre o consumo de álcool e distúrbios depressivos e ansiosos. Da mesma forma Kessler et al (2005) consideram que os estudantes do ensino superior estão numa faixa etária (18-25 anos) em que tem início os primeiros sintomas de perturbações da saúde mental como sejam os distúrbios depressivos ou os distúrbios psicóticos como a esquizofrenia. Monteiro (2008) citado por Santos (2011) refere, inclusive, que a saúde mental dos estudantes é pior que a da população em geral.

Se aliarmos estas percepções com o período académico e as suas vicissitudes (*stress*, adaptação, competitividade), percebemos que poderá haver uma exacerbação dos distúrbios ou dos problemas da saúde mental pré-existentes ou, por outro lado,

desencadear novos problemas. Aliando a existência destes problemas com o aumento da autonomia dos jovens e a baixa da responsabilidade com a adopção de comportamentos (de risco) que são encarados como naturais para este período (Jackson et al, 2005), percebe-se da necessidade de se estudar e caracterizar o melhor possível esta população quanto à sua saúde mental e os comportamentos de risco e tentar perceber até que ponto os estudantes estão conscientes dos riscos que correm e as instituições estão preparadas para lidar com eles.

O presente estudo surge, assim, derivado da nossa função – docente do ensino superior e também responsável pelo Gabinete de Apoio Psicopedagógico do Instituto Politécnico de Castelo Branco – e de preocupações que são, por si só, questões de investigação: como está a saúde mental dos estudantes do ensino superior e, mais em concreto, das quatro instituições de ensino superior do interior centro; qual a prevalência dos comportamentos de risco que apresentam; existe e, se sim, que relação há entre a saúde mental e os comportamentos de risco destes estudantes.

Além de procurarmos caracterizar a saúde mental global, os níveis de depressão e ansiedade destes estudantes, de identificar os padrões de comportamentos de risco e analisar a relação entre estas variáveis, pretendemos contribuir com os resultados para uma melhor caracterização da população estudantil de forma que as próprias instituições envolvidas possam fundamentar a eventual necessidade de recursos e a elaboração e aplicação de programas de prevenção e educação para a saúde.

O presente estudo é composto por três partes: Parte 1 referente ao enquadramento teórico com dois capítulos – Capítulo 1 onde será abordado o estudante no ensino superior, a sua transicção, adaptação e características da população estudantil universitária portuguesa. Capítulo 2 onde será abordada a conceptualização da saúde mental e conceitos de saúde mental global, positiva e bem-estar, depressão e ansiedade e também sobre os comportamentos de risco.

A Parte 2 refere-se ao estudo empírico com dois capítulos – Capítulo 3 onde são apresentados a metodologia com os objectivos, as hipóteses em estudo, o desenho da pesquisa e a amostra; os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e a análise estatística. Capítulo 4 onde são apresentados os resultados do estudo.

A Parte 3 refere-se às Conclusões com dois capítulos – Capítulo 5 onde se apresentam as conclusões e o Capítulo 6 com a nota final.

PARTE 1 — ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 — O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR

1.1 DESAFIOS DE ESTUDAR NO ENSINO SUPERIOR – TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO

A transição e adaptação ao ensino superior são dois conceitos que diversos autores consideram como momentos críticos, em especial em alunos do 1º ano na entrada para a Universidade, ao ponto de poderem ser geradores ou potenciadores de crises desenvolvimentais (Almeida, Soares e Ferreira, 2000). Os jovens, além de lidarem com o final da adolescência e início da vida adulta no processo de adaptação à universidade, confrontam-se com outras tarefas (Almeida et al, 2000): académicas (como a aprendizagem de novas estratégias de estudo, novas metodologias de ensino e avaliação e, principalmente, com uma maior autonomia e responsabilização); sociais (novos relacionamentos interpessoais com a família, colegas, professores e comunidade académica); pessoais (fortalecimento da identidade, maior autoconhecimento, maior autonomia da gestão da vida pessoal); vocacionais / institucionais (desenvolvimento de uma identidade profissional).

O primeiro ano é, pois, um período de grande importância para o estudante. Aparte do que é vivenciado no(s) período(s) da praxe académica, segundo alguns autores a adaptação à universidade trata-se de uma experiência que provoca grandes mudanças nos jovens e que o sucesso dessa adaptação está dependente de muitos factores (nem sempre ligados à vida académica) (Teixeira et al, 2008). A qualidade da experiência nesse primeiro ano é, em muitos casos, condicionante da permanência ou não no ensino superior e também para o sucesso académico (Pascarella e Terenzini, 2005; Reason, Terenzini e Domingo, 2006). Os estudantes que apresentam uma melhor integração social e académica têm melhores possibilidades de desenvolvimento intelectual e pessoal com mais qualidade do que aqueles que experienciam maiores dificuldades na transição e adaptação à universidade (Teixeira et al, 2008).

No entanto a experiência universitária não se limita à formação intelectual e/ou profissional. A entrada para a vida universitária é sinónimo de uma série de alterações e transformações nas redes de amizade e de suporte social dos estudantes caloiros (Tao et al, 2000). O mundo universitário é um mundo menos estruturado e menos protector que o do ensino secundário. Neste, os jovens têm o seu círculo de amigos e afectos, alguns construídos ao longo de anos. Na universidade têm necessidade de estabelecer novos vínculos afectivos pelo que vão enfrentar eventuais dificuldades, contando apenas com os seus próprios recursos psicológicos e com a rede de suporte anteriormente construída – amigos e família. Este apoio emocional por parte da família é essencial para a adaptação ao ensino superior (Mounts, 2004; Mounts et al, 2006). Alguns estudos indicam que os estudantes com um suporte familiar seguro e funcional, apresentam-se menos críticos, com melhores interacções sociais, menos tendência para o isolamento e para a depressão (Wei, Russel e Zakalik, 2005; Wiseman et al, 2006).

Adaptar-se e ajustar-se à vida universitária implica integrar-se socialmente a novos contextos e a novas pessoas procurando com isso obter um equilíbrio satisfatório (Pascarella e Terenzini, 2005; Diniz e Almeida, 2006). Há como que uma ruptura com contextos anteriores nomeadamente no ambiente escolar. E uma das rupturas com maior

impacto é a diminuição do seguimento de maior proximidade e do interesse no estudante como indivíduo (Teixeira et al, 2008). Em consequência, a responsabilização e a autonomia da aprendizagem, o envolvimento com o processo formativo e a administração (entre outros aspectos) do tempo e a definição de metas e estratégias, recaem inteiramente sobre o estudante (Soares, Almeida, Diniz e Grisande, 2006).

É pois, consensual, que a entrada para a universidade é um processo de transição potencialmente geradora de *stress* e ansiedade, que é vivida de forma diferente por cada um e que em alguns casos essa experiência poderá repercutir-se de forma nefasta no seu desenvolvimento psicológico (ou agravar, em outros, problemas de saúde mental pré-existentes) (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley e Audin, 2006; Costa e Leal, 2004).

Uma das primeiras modificações ocorridas na vida de alguns dos estudantes universitários é a saída de casa – nalgumas situações pela primeira vez. Este afastamento do suporte familiar e social provoca em muitos estudantes estados cognitivos e emocionais causados *apenas* pelas saudades de casa (*homesickness*). Estes estados são caracterizados pela negatividade e alguma somatização que se aproximam dos observados nos estados de ansiedade provocados pela separação, luto ou depressão (Van Tilburg, 2006). Alguns autores consideram as saudades de casa como preditores de depressão (Hafen et al, 2006) enquanto outros consideram-nas equivalentes a uma depressão reactiva à saída de casa (Baier e Welsh, 1992).

Além dos pais, alguns estudantes sentem saudades da sua rede de amigos (*friendsickness*), de tal forma que manifestam sentirem-se sozinhos ou apresentam menor auto-estima e piores índices de adaptação à universidade (Paul e Brier, 2001). Alguns estudos e dados nacionais revelam que são os alunos deslocados que apresentam níveis de adaptação mais baixos (nos aspectos pessoais, de estudo e institucionais) tendo como principal justificação o facto de sentirem menor suporte social, psicológico e material por parte de quem lhes é significativo (Seco et al, 2005).

Sair de casa, de perto da família e amigos, para um lugar desconhecido e com aspectos sociais e culturais diferentes, constitui um desafio adicional numa idade em que a maioria dos jovens estudantes se encontra a lidar com alterações desenvolvimentais significantes. A vida estudantil na universidade, com as suas exigências e vicissitudes, pode ser uma fonte geradora de *stress* que, de alguma forma, poderá exacerbar ou dar origem a problemas de saúde mental. Segundo Claire (1995), citada por Santos (2011) os estudantes que ingressam na universidade confrontam-se pela primeira vez com tarefas que podem ser geradoras de *stress*: sair de casa da família; assumir responsabilidades múltiplas na gestão do orçamento limitado, do aluguer do quarto/casa, respectiva limpeza e manutenção, da alimentação; competição directa com os seus pares (aparentemente muito competentes do ponto de vista académico, sendo frequente a constatação de que se está a competir com "os melhores" e que ter sido o melhor da sua classe do secundário pode não garantir o sucesso neste novo grau de ensino); ao contrário do ensino secundário, no ensino superior é exigido ao estudante uma maior capacidade de escolha e uma maior seletividade na apreensão dos conteúdos, pois as regras são agora menos claras ou menos organizadas e mais flexíveis; podem surgir as primeiras experiências de decepção e insucesso pessoais, com todas as implicações desse insucesso face ao próprio, à família e à instituição; há importantes descobertas, por parte dos estudantes, relativamente à sua

sexualidade com o estabelecimento de uma primeira relação mais duradoura. Há ainda casos em que o aluno, descobrindo em si uma orientação sexual diferente da que é socialmente típica ou esperada, experimenta um aumento de *stress.*

As respostas a estes desafios requerem diferentes tipos de adaptação, sendo as áreas mais significativas, segundo Santos (2011), citando Baker e Siryk (1989): 1) a adaptação académica (que envolve o desempenho mas também a motivação, a identificação de objectivos académicos, a satisfação com o ambiente académico); 2) a adaptação social (que compreende as relações interpessoais, as redes de suporte social e a satisfação com a socialização); 3) a adaptação pessoal e emocional (que diz respeito tanto ao bem-estar psicológico como ao físico); 4) o vínculo institucional (forma como o estudante se sente em relação à instituição e quanto ligado está a ela).

A transição faz-se, assim, passando por um vasto conjunto de desafios e tarefas que irão exigir um maior ou menor número de adaptações sendo que estas são influenciadas pela percepção que os estudantes têm da situação e do *stress* gerado (Pritchard e Wilson, 2003; Kerr et al, 2004). Neste processo de adaptação há alguns factores que ajudarão o jovem estudante a lidar com as exigências das diversas situações (Clare, 1995 citado por Santos, 2011): *factores individuais* (nível cognitivo-emocional, social, auto-estima e *coping*); *grupo de pares* (no envolvimento com actividades extra-curriculares onde o estudante pode obter e desenvolver aptidões sociais); *pais e restante família* (fonte de apoio, afecto e refúgio); *relação amorosa privilegiada, descoberta de um talento especial e bom ambiente de trabalho*.

As estratégias mais utilizadas pelos estudantes portugueses na vida académica, segundo Costa e Leal (2004) parecem ser a de controlo (que implica o auto-controlo perante uma situação e a coordenação de comportamentos) e a de suporte social (que abrangem o desejo, necessidade ou pedido de ajuda em termos cognitivos, cooperativos ou afectivos). Por outro lado a escolha de estratégias não tem resultado num processo fácil dado que mais de metade dos estudantes sente dificuldades na adaptação que transparecem nas alterações nos hábitos e estilos de vida (Leitão e Paixão, 1999). Daí que um processo de adaptação bem-sucedido, em especial no primeiro ano, é um preditor importante da persistência e do sucesso do aluno ao longo do seu percurso académico assim como do seu desenvolvimento e bem-estar (Almeida e Ferreira, 2000; Lente et al, 2009).

As experiências durante o primeiro ano na universidade são muito importantes para o sucesso académico dos estudantes (Pascarella e Terenzini, 2005; Reason, Terenzini e Domingo, 2006) pelo que o modo como os alunos se integram ao contexto do ensino superior faz com que eles possam aproveitar as oportunidades que a instituição disponibiliza para o seu desenvolvimento psicossocial. Desta forma os estudantes que melhor se integrarem na vida académica desde o início, terão possivelmente mais hipóteses de crescerem cognitiva e socialmente do que aqueles que tiverem mais dificuldades na transição do secundário para a universidade (Teixeira et al, 2008).

Como resultado da transição, os estudantes universitários do primeiro ano tendem a experimentar um maior *stress*, ansiedade e angústia, inclusive depressão, do que os seus colegas mais finalistas (Bayram e Bilgel, 2008). No entanto os alunos mostram diferentes níveis de resistência na sua capacidade de obter resultados positivos face a este processo

de transição e adaptação. Os estudos mostram a existência de uma série de factores protectores que permitem uma resposta positiva perante aqueles factores de *stress*, como sejam a rede social (família e amigos), a capacidade individual de auto-regulação, a flexibilidade cognitiva e a auto-percepção dos acontecimentos – optimismo e/ou pessimismo (Leary e DeRosier, 2012). Estes factores protectores parecem ter um efeito cumulativo de tal forma que quanto maior o número de factores, maior a probabilidade de se adaptar de uma forma positiva ao *stress* e obter maior resiliência (Howard, Dryden e Johnson, 1999 citado por Leary e DeRosier, 2012). Estes autores consideram ser quatro, os factores de resiliência: conexões sociais, comportamentos de autocuidado, capacidades cognitivas e capacidade psicológicas.

No entanto os desafios na adaptação poderão ser mais complicados caso haja fortes contrastes culturais entre o ambiente familiar e o escolar, ou haja problemas prévios à entrada na universidade (Fisher e Hoob, 1987; Tochkov, Levine e Sanaka, 2010). Por outro lado alunos do primeiro ano podem ter comportamentos pouco saudáveis como por exemplo consumo excessivo de álcool ou drogas (Ichiyama e Kruse, 1998 citado por Thurber e Walton, 2012), muito derivado ao desejo inato de todo o estudante querer ser socialmente aceite e pertencer ao meio universitário (Watt e Badger, 2009).

As instituições de ensino superior deverão ter, assim, um papel activo nas medidas e estratégias de apoio aos estudantes, em especial aos recém-entrados, como sejam: identificação dos estudantes de risco; serviços de apoio psicopedagógico; programas de tutoria e de aconselhamento de pares; intervenções que promovam a interacção entre pessoal da instituição e alunos; programas facilitadores da transicção e adaptação em alunos do primeiro ano (Taveira et al, 2000; Mcarthy, 2004; Patton et al, 2006).

Face aos desafios e potenciais dificuldades ou adversidades mencionados por diversos estudos e autores, a transição e adaptação ao contexto universitário são entendidos como processos com alguma complexidade e que são vivenciados de forma diferente pelos estudantes. Para alguns representa a expectativa de uma maior liberdade e autonomia (e que gera alguma excitação positiva); para outros este processo de entrar para o ensino superior e a perspectiva das exigências, irão gerar alguma ansiedade, decorrente de possíveis ameaças à auto-estima e ao próprio bem-estar físico e psicológico (Diniz e Almeida, 2006; Almeida, 2007; Soares, Guisande e Almeida, 2007). Certo que as exigências e os desafios aguçam a necessidade de mudança, que permitem o desenvolvimento psicossocial do indivíduo, importa perceber que a percepção destes desafios são graduados de diferentes formas por parte dos diferentes estudantes e, como tal, é natural que surjam indivíduos a revelar algumas fragilidades no enfrentar das exigências adaptativas (Silva et al, 2010). Daí que algumas instituições proporcionem serviços de apoio psicopedagógico para os alunos mais fragilizados em tais processos, os que adoptam estratégias de confronto menos adaptativas e/ou desajustadas e possam, por isso, precisar de ajuda, orientação e/ou aconselhamento (Almeida, 2007; Mendes, Lourenço e Pile, 2001).

Um projecto de investigação realizado em Portugal sobre "Factores de Sucesso/Insucesso no 1º Ano dos Cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia no Ensino Superior (1998/2000)" revela, entre outros aspectos, que a maioria dos alunos do 1º ano afirmam ter dificuldades relacionadas com os estudos e as aprendizagens, com problemas de

atenção e concentração e gestão dos tempos de estudo, bem como problemas de ansiedade. Por outro lado o mesmo estudo revela existir uma correlação positiva entre a percepção do grau de adaptação à instituição e o sucesso académico (Tavares et al, 2000).

Uma outra investigação com alunos do 1º Ano da Universidade do Minho revelou a existência de uma associação significativa entre a dimensão pessoal da adaptação à instituição de ensino superior e o rendimento escolar nos cursos de ciências e destacou o impacto dos métodos de estudo no rendimento académico dos alunos (Santos, 2000).

Em síntese, os primeiros tempos na universidade são, para a grande maioria dos estudantes, um período de transicção e adaptação forte e marcadamente desafiadora e que vai exigir a cada um deles bons mecanismos de *coping* e índices de resiliência elevados (Almeida, 2007).

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDANTIL UNIVERSITÁRIA PORTUGUESA

Existem dois sistemas de ensino superior em Portugal ou sistema binário: o universitário e o politécnico que abrangem aproximadamente 400 mil estudantes, distribuídos por 35 instituições públicas e 94 privadas (Fig 1).

O sistema universitário proporciona a formação académica necessária para o desenvolvimento de actividades profissionais e, ao mesmo tempo, incentiva a pesquisa e análise crítica. O sistema politécnico fornece formação técnica para desenvolver capacidades práticas.

A implementação do Processo de Bolonha em Portugal originou a adopção de medidas essenciais com vista a promover a igualdade de oportunidades no acesso ao ensino superior, melhorar os sistemas de apoio aos estudantes, incrementar os níveis de participação e conclusão em programas de ensino superior, atrair novos públicos num contexto de aprendizagem ao longo da vida e garantir as qualificações dos cidadãos portugueses no espaço europeu.

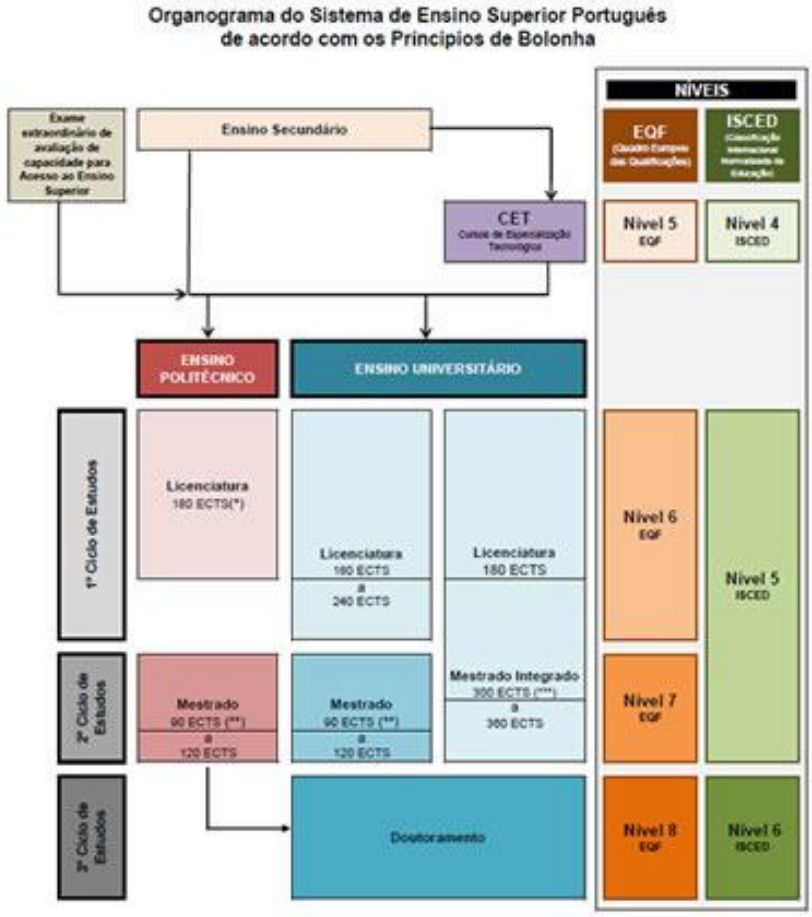
O Processo de Bolonha corresponde ao propósito da construção do espaço europeu do ensino superior, coeso, competitivo e atrativo para docentes e alunos europeus e de países terceiros, visando a construção de um ensino que promova a mobilidade de docentes, de estudantes e a empregabilidade de diplomados.

O novo enquadramento do ensino superior português ao abrigo do Processo de Bolonha está definido na alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 49/2005, de 30 de Agosto) e na respetiva regulamentação pelo Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março.

O Processo de Bolonha vem, assim, reestruturar a forma como está organizado o ensino superior português e essa reestruturação apoia-se, fundamentalmente, em três aspectos:

1) Organização dos cursos com base no sistema europeu de transferência e acumulação de créditos ECTS (European Credits Transfer System), definida no Decreto-Lei nº 42/2005, de 22 de Fevereiro.

Fig. 1 – Organograma do Sistema de Ensino Superior Português



Fonte: DGES (www.dges.mctes.pt)

2) Transição de um sistema de ensino baseado na transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências pelos próprios alunos;

3) Adopção do modelo de organização do ensino superior em três ciclos:

1º Ciclo: licenciatura (3 a 4 anos de estudo, entre 180 e 240 ects)

2º Ciclo: mestrado (1 a 2 anos de estudo, entre 90 e 120 ects)

3º Ciclo: doutoramento (3 a 4 anos de estudo, entre 180 a 240 ects)

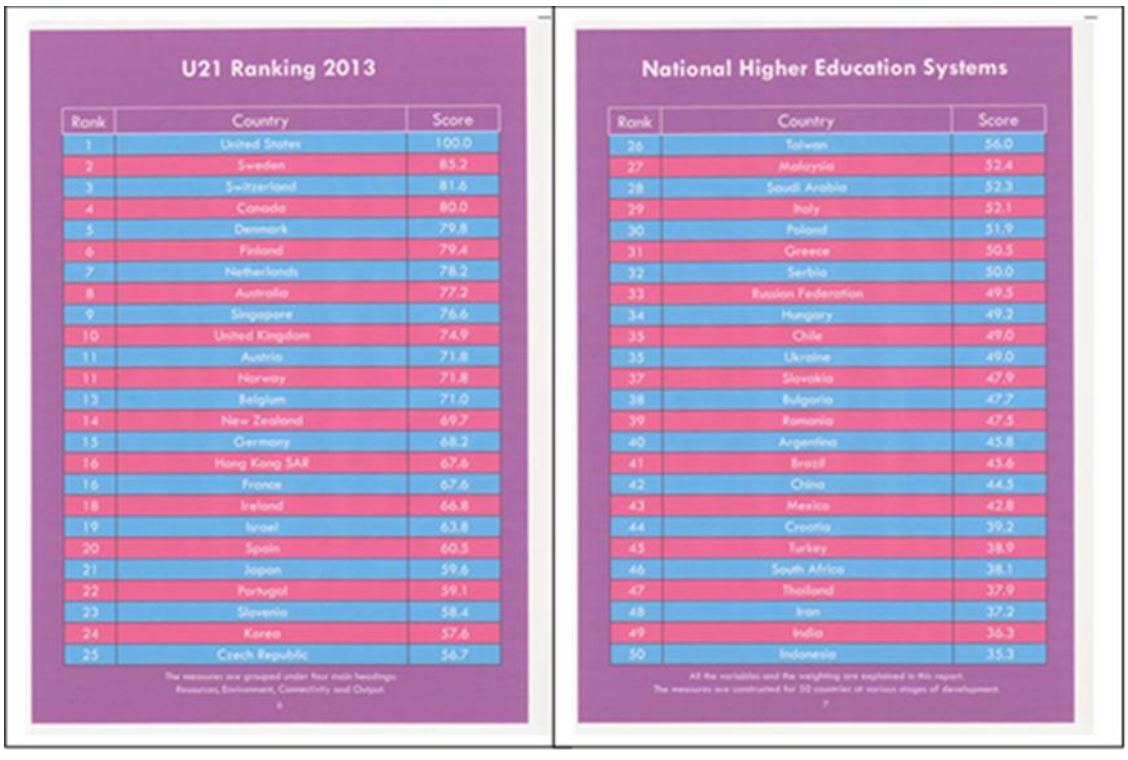
Os créditos ECTS exprimem a quantidade de trabalho que cada módulo exige relativamente ao volume global de trabalho necessário para concluir com êxito um ano de estudos no estabelecimento, ou seja: aulas teóricas, trabalhos práticos, seminários, estágios, investigações ou inquéritos no terreno, trabalho pessoal — na biblioteca ou em casa — bem como exames ou outras formas de avaliação. Assim, o ECTS baseia-se no volume global de trabalho do estudante e não se limita apenas às horas de aulas (contacto directo).

O sistema ECTS é baseado no princípio que 60 créditos medem a carga de trabalho em tempo integral ao longo de um ano académico para um estudante típico; normalmente, 30 créditos correspondem a um semestre e 20 a um trimestre, correspondendo 1 crédito a cerca de 30 horas de trabalho. A carga de trabalho de um programa de estudo integral na Europa atinge na maior parte dos casos 1500-1800 horas anuais por ano letivo e nesses casos um crédito equivale a 25-30 horas de trabalho.

O acesso ao ensino superior em Portugal está sujeito ao sistema de *numerus clausus* (número limitado de vagas por cada instituição). A instituição também pode determinar os critérios de selecção bem como a nota mínima para os candidatos. Esta selecção tem em conta as notas dos exames nacionais e específicas obtidas no ensino secundário.

O *U21 Rankings of National Higher Education Systems* 2013 (Williams et al, 2013) classifica o sistema de ensino superior de Portugal (Fig. 2) em 22º numa lista de 50 países. Trata-se de uma rede de referência que agrega universidades orientadas para a investigação de diversos países. Este *ranking* é especialmente relevante em relação a outros porque é o único que compara sistemas de ensino superior e não as instituições de ensino superior. Desta forma é possível evidenciar a qualidade da rede institucional e não apenas os casos isolados de excelência.

Fig. 2 – U21 Ranking 2013



U21 Ranking 2013

Rank	Country	Score
1	United States	100.0
2	Sweden	85.2
3	Switzerland	81.6
4	Canada	80.0
5	Denmark	79.8
6	Finland	79.4
7	Netherlands	78.2
8	Australia	77.2
9	Singapore	76.6
10	United Kingdom	74.9
11	Austria	71.8
11	Norway	71.8
13	Belgium	71.0
14	New Zealand	69.7
15	Germany	68.2
16	Hong Kong SAR	67.6
16	France	67.6
18	Ireland	66.8
19	Israel	63.8
20	Spain	60.5
21	Japan	59.6
22	Portugal	59.1
23	Slovenia	58.4
24	Korea	57.6
25	Czech Republic	56.7

The measures are grouped under four main headings: Resources, Environment, Connectivity and Output.

National Higher Education Systems

Rank	Country	Score
26	Taiwan	56.0
27	Malaysia	52.4
28	Saudi Arabia	52.3
29	Italy	52.1
30	Poland	51.9
31	Greece	50.5
32	Serbia	50.0
33	Russian Federation	49.5
34	Hungary	49.2
35	Chile	49.0
35	Ukraine	49.0
37	Slovakia	47.9
38	Bulgaria	47.7
39	Romania	47.5
40	Argentina	45.8
41	Brazil	45.6
42	China	44.5
43	Mexico	42.8
44	Croatia	39.2
45	Turkey	38.9
46	South Africa	38.1
47	Thailand	37.9
48	Iran	37.2
49	India	36.3
50	Indonesia	35.3

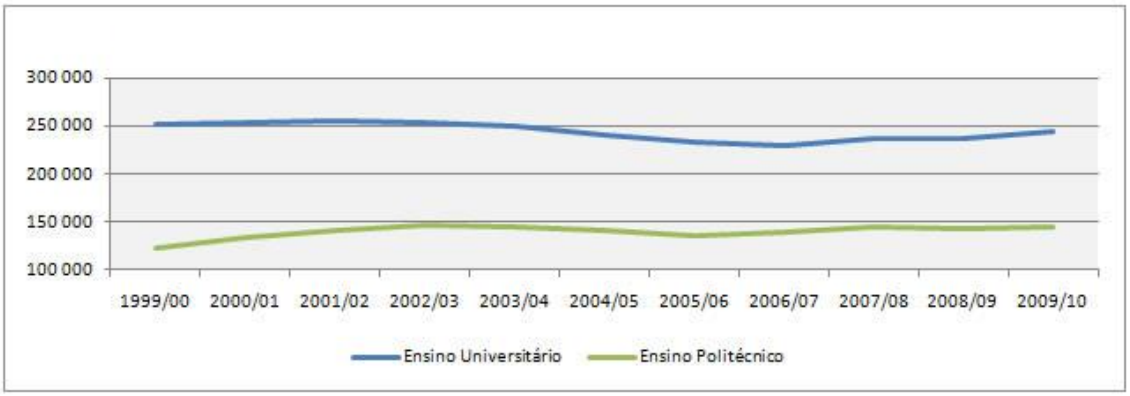
All the variables and the weighting are explained in this report.
The measures are constructed for 50 countries at various stages of development.

A Direcção Geral do Ensino Superior, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior disponibiliza, através da sua página *web*, um vasto conjunto de informações sobre o ensino superior como a evolução do sistema de ensino, o número de instituições, de vagas e de inscritos pela primeira vez.

Para o ano lectivo 2013/14 apenas concretizaram a candidatura 44% daqueles que tinham manifestado intenção de entrar nas universidades e institutos politécnicos quando realizaram os exames nacionais do ensino secundário. As universidades e institutos politécnicos da rede pública disponibilizaram 51.461 vagas para novos alunos, uma redução de 837 lugares face ao ano lectivo anterior. Os dados revelaram um número de vagas sobrantes elevado – a diferença entre o número de candidatos e de lugares disponíveis foi de quase 11 mil –, em linha com a tendência dos dois anos anteriores em que houve 8547 e 7884 vagas a mais, respectivamente.

Para tentar reverter esta tendência (Fig. 3) – quer da diminuição do número de alunos quer do desequilíbrio geográfico do número e da procura das instituições - os responsáveis políticos visam a reorganização da rede de ensino superior entre outras razões para que haja maior fixação de estudantes no interior do país. Portugal dispõe, actualmente, de uma oferta formativa que se caracteriza por uma componente pública e privada (universidades e politécnicos) mais centrada no eixo litoral e que se apresenta excessiva em vários domínios**,** por vezes redundante, com situações de manifesto conflito geográfico e perda de eficiência quer na gestão dos recursos – quer públicos quer privados – e de atração dos jovens estudantes. Desta forma *"tem-se assistido, igualmente, a fenómenos de canibalização da oferta de ensino superior por parte de instituições da mesma área geográfica"* o que provoca a fragilização das instituições, a dispersão de estudantes e o aumento do desemprego, concluindo-se que há *"instituições a mais, cursos a mais e cooperação e massa crítica a menos"* (Plataforma para o Crescimento Sustentável, 2014).

Fig. 3 – Número de Alunos no Ensino Superior na última década



Fonte: DGES *(www.dges.mctes.pt)*

No presente, o sistema de ensino superior em Portugal é constituído por 121 instituições de ensino superior com um total de 338 unidades (faculdades, escolas ou institutos), abrangendo perto de 400.000 estudantes. O setor público engloba 16 universidades e 26 institutos politécnicos, acrescidos de 3 estabelecimentos de ensino militar, acolhendo quase 80% dos estudantes inscritos (Fig. 4). Em finais de 2011, a Agência de Avaliação

e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) assinalava um total de 4.442 ciclos de estudo em funcionamento dos quais cerca de 75% são oferecidos pelas universidades e politécnicos públicos (ver anexos).

Portugal está obrigado a atingir as metas da Estratégia Comunitária Europa 2020 que, neste caso, se traduzem em 40% da população com idade entre 30 e 34 anos em 2020 ter uma graduação. A Europa reconhece que tem falta de licenciados: "*in Europe, the number of skilled jobs outnumbering the supply of students with higher education qualifications. While 35% of all jobs in the European Union will require high-level qualifications by 2020, only 26% of the workforce currently has a higher education qualification*" do discurso de Durão Barroso[1].

Para poder atingir estas metas são propostas, entre outras, as seguintes recomendações:

Reorganizar e racionalizar a rede do ensino superior em Portugal, através da fusão, extinção e associação de instituições, com recurso à avaliação das instituições, a um novo modelo de financiamento, definição de missões distintas para as instituições de ensino superior, num quadro de competição e cooperação dentro do sistema e de criação de massa crítica indispensável à internacionalização do ensino superior.

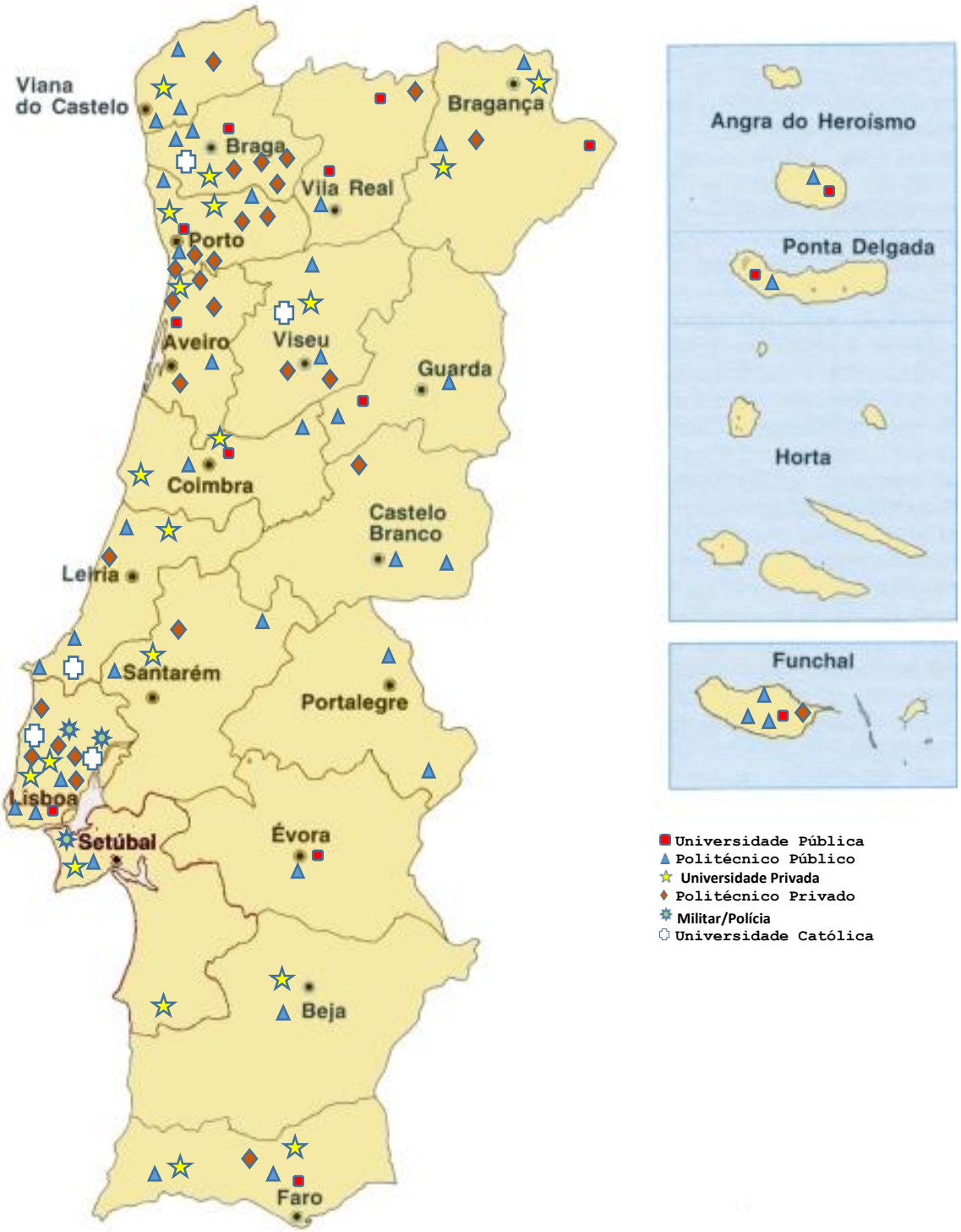
Regular a oferta formativa tendo por base a qualidade e adequação às expectativas das famílias e dos empregadores.

Aumentar o financiamento público em **bolsas para os estudantes carenciados** em articulação com um sistema de empréstimos para realização de estudos e alargar a ação social escolar, nos mesmos moldes, aos alunos do setor particular e cooperativo.

Rever o modelo de financiamento do ensino superior público, com introdução de novas regras de financiamento dos cursos por parte do Estado (para além do número de alunos) com critérios como a qualidade, empregabilidade, internacionalização; captação de receitas próprias; revisão do cálculo e do valor máximo das propinas; aumento das bolsas de natureza social e de mérito; estabelecimento de um sistema de empréstimos a estudantes;

[1] "*European higher education - an engine for growth and jobs*" na *Conferência on Higher Education in the Framework of Europe 2020.*

Fig. 4 – Distribuição das instituições de Ensino Superior Público e Privado



CAPÍTULO 2 — SAÚDE MENTAL: CONCEPTUALIZAÇÃO

2.1 EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL

A saúde e a doença têm uma história que vem de tempos longínquos e com significados diferentes quanto à sua natureza, geralmente assentes no corpo e na sua relação com o espírito e com o ambiente.

Meyers e Benson (1992) citados por Albuquerque e Oliveira (2002) apontam duas concepções a marcar a história da medicina. A **concepção fisiológica**, iniciada por Hipócrates, segundo a qual as doenças têm origem no desequilíbrio entre forças internas e externas ao indivíduo. Nesta perspectiva, a medicina centra-se no paciente e no seu ambiente evitando ligar a doença a perturbações de órgãos corporais. A **concepção ontológica**, que defende serem as doenças originadas pela invasão de diferentes causas externas ao organismo e que posteriormente se localizam em diversas partes do corpo do indivíduo. Estas causas têm, segundo Albuquerque e Oliveira (2002), diferentes significados. As doenças, no período do Antigo Egipto, eram vistas como processos mágico-religiosos ou castigos aplicados pelos deuses a quem tivesse cometido pecados (Dubos, 1966). Na concepção ontológica a medicina concentra a sua perspectiva na classificação das doenças, na elaboração do diagnóstico o mais exacto possível e procura identificar os órgãos ou sistemas afectados. Esta perspectiva, a qual na actualidade é mais conhecida como biomédica, explica os processos de doença baseados nos órgãos específicos afectados (Meyers e Benson, 1992 citados por Albuquerque e Oliveira, 2002).

Ao longo da história, várias foram as perspectivas seguidas para explicar a saúde e, principalmente, a doença. Mas só a partir do séc. XX é que surge a noção de multicausalidade onde os factores causadores das doenças eram relacionados a um agente etiológico, a um hospedeiro e ao meio ambiente (físico, social e cultural), ainda que agindo separadamente. Actualmente, além de se considerar que estes elementos actuam mais interligados, são ainda considerados os factores psíquicos como igualmente causadores de doenças, passando o Homem a ser visto como um ser bio-psico-social ou holístico (Backes et al, 2009).

Os conceitos acerca de saúde resultam, também, das práticas dos cuidados de saúde e actualmente é mais consensual entender-se que há a necessidade de não se trabalhar sob conceitos estagnados (Backes et al, 2009) dado que quer a saúde quer a doença envolvem dimensões subjectivas e não apenas as biologicamente científicas e objectivas. Esta necessidade de redimensionar os limites da ciência por forma a ampliar a sua interacção com outras formas de se apreender a realidade e, inclusivamente, explicá-la é sentida pelos profissionais de saúde. Actualmente a atenção recai, com reforçado interesse e prioridade, sobre a saúde e o indivíduo, o que requer uma mudança na concepção do mundo e na forma como o conhecimento em relação aos cuidados é aplicado. A promoção da saúde é então relacionada com as potenciais capacidades individuais e colectivas das pessoas de maneira a conduzirem as suas vidas perante diferentes e múltiplos condicionantes de saúde (Backes et al, 2009).

A saúde e a doença são partes condicionadas às escolhas individuais que envolvem valores e processos que nem sempre podem ser expressos por conceitos objectivos e

mensuráveis, o que implica uma abordagem multi e transdisciplinar, envolvendo outras áreas do conhecimento, obtendo-se desta forma uma visão mais global e completa do indivíduo, atenuando assim as diferenças e as subjectividades. Há no entanto ainda um largo caminho a percorrer pois, havendo o conhecimento da necessidade de inovar e avançar para outras abordagens que realcem a promoção da saúde (p. ex. educação para a saúde), os factos mostram haver um diferendo entre organização, prestação de cuidados e serviços versus a diminuição da prevalência da doença pela promoção de mais e melhor saúde (prevenção primária) uma vez que ainda prevalece uma visão da saúde tradicionalmente biomédica (Backes et al, 2009).

Definir a saúde mental nunca foi um processo fácil porque, a par do próprio conceito de saúde de natureza ampla e que se refere a todos e a cada elemento da sociedade (Gomes, 2008), torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e das sociedades.

Durante muito tempo tanto a saúde física como a mental foram conceptualizadas à luz do modelo biomédico em que ambas eram vistas como a ausência da doença. O Homem era equiparado a uma máquina e a doença era comparada a uma avaria – temporária ou permanente – no funcionamento de um dos componentes ou na relação entre os componentes (Santos, 2011). Tal como a saúde em geral, a saúde mental foi vista e abordada de formas diferentes em épocas diferentes. Uma característica comum e transversal a todas as épocas é que a doença mental resultava ou das mensagens dos deuses, castigo pelos mesmos deuses por pecados ou por possessões demoníacas, espíritos ou bruxaria. Os próprios tratamentos eram aplicados tendo em conta essa etiologia – exorcismos e castigos corporais – por sacerdotes e curandeiros.

Tendo em conta o modelo biopsicossocial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou na Conferência Internacional da Saúde em Nova Iorque uma definição que perdura actualmente: um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization [WHO], 1946).

A saúde mental sendo parte integrante da saúde do indivíduo, de tal forma que não existe uma sem a outra, é definida pela OMS como o estado de bem-estar no qual o indivíduo actua com as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalha produtivamente e contribui de forma eficaz para a comunidade (WHO, 2007). Apesar de ser uma definição clara, há no entanto alguns aspectos que importa salientar. Nomeadamente o facto de, em saúde mental, poderem existir elementos capazes de gerar perturbação mental sem que isso signifique doença, uma vez que o seu desenvolvimento em doença mental está dependente da inter-relação de diversos determinantes, internos ou externos, em que o indivíduo face a determinados factores de risco poderá apresentar perturbações ou não (Moreira e Melo, 2005).

Um outro aspecto a ter em conta quando se pensa em saúde mental é a necessidade de perceber as diferenças culturais, os julgamentos subjectivos e também diversas teorias que divergem em alguns pontos. Acrescenta-se ainda o facto de haver determinados aspectos na vida do indivíduo que são mais abrangentes que o mero bem-estar: o nível da qualidade de vida cognitivo e emocional; a capacidade de apreciar a vida; a procura do

equilíbrio entre as suas actividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Em qualquer um destes aspectos o indivíduo poderá apresentar-se em determinado ponto de uma linha contínua entre doença e saúde e também num quadrante entre o bem-estar e mal-estar (Townsend, 2011).

2.1.1 Saúde Mental – perspectiva positiva e bem-estar

A definição de saúde da OMS corresponde a uma visão da saúde que representa uma ruptura com o conceito biomédico ao incluir aspectos psicológicos e sociais e juntá-los à dimensão biológica. A saúde passa a ser vista como algo mais do que a ausência da doença; um bem-estar que resulta da avaliação individual que cada um faz de si mesmo; uma interdependência entre o físico, o mental e o social para a manifestação de saúde. A saúde, com esta perspectiva, passa a ser vista pela positividade, ou seja, pela presença de certas características (e não pela ausência de características de saúde) (Mandim, 2007).

Alguns autores como Illich (1997) acrescentam ainda dois estádios ao conceito de saúde – o bem-estar (saúde) e o mal-estar (doença) – e o facto do indivíduo se encontrar numa permanente e dinâmica procura do equilíbrio entre eles. Para aquele autor o bem-estar/mal-estar é um estado inter e intrapessoal que vai depender de factores como o modo como cada um se sente em função do momento da sua vida, assim como da história pessoal e, em simultâneo, na relação que tem com o meio que o rodeia – que é dinâmico, em constante mudança.

Para Lalonde (1977) o estado de saúde ou bem-estar reflecte a interacção entre quatro factores: o biológico (como seja a hereditariedade ou o processo de envelhecimento); o meio ambiente (todos os factores externos ao corpo humano e que estejam com ele relacionados); o estilo de vida (como sejam o conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação à sua saúde); sistema de saúde (como sejam os recursos de saúde). Tanto Lalonde (1977) como a OMS (1999) consideram que o estilo de vida é fortemente influenciado pelo meio envolvente e o que mais influencia a saúde dos indivíduos, sendo uma variável essencial no processo de bem-estar/mal-estar de cada pessoa e/ou comunidade.

A adopção de comportamentos que estão relacionados com a saúde/bem-estar revela-se um processo complexo uma vez que estão em causa crenças, valores e atitudes que são influenciados por diferentes contextos de vida e pela comunidade que os rodeia. Green e Simonsa-Morton (1988) apontam três factores que mais influenciam os comportamentos individuais:

- Factores predisponentes relacionados com o indivíduo (valores, crenças, atitudes, motivações);
- Factores capacitantes (conhecimento, competência);
- Factores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas de conduta, atitudes grupais).

Para Precioso (1990) os hábitos de vida dos jovens são fortemente influenciados pela conjugação de vários factores (Fig.5).

Fig. 5 – Factores condicionantes do comportamento dos jovens em relação à Saúde

(Fonte: Adaptado de Precioso, 1990)

A promoção da Saúde é um processo que procura capacitar os indivíduos no controle das diferentes determinantes da saúde e melhorar assim a qualidade da sua saúde e vida, tendo sido a grande impulsionadora deste conceito a Carta de Ottawa (Mandim, 2007). Neste documento a promoção da Saúde era definida como um processo com carácter participativo por parte dos indivíduos que ajudaria na procura da adopção de estilos de vida saudáveis e no desenvolvimento das capacidades de agir com e sobre o meio (Mandim, 2007), o que é por si só uma visão holística da Saúde já que considera ser o indivíduo, na sua plenitude, o responsável pela procura da satisfação das suas necessidades e evolução no meio em que está inserido.

Outros autores como Antonovsky (1984) citdo por Erickson (2006) apresentam um modelo em que sobressai a promoção da saúde como factor positivo para a Saúde e bem-estar do indivíduo, permitindo-lhe actuar com eficácia nos seus momentos de crise.

Tones (1995) evidência a característica de *empowerment* dos indivíduos e/ou comunidades como um dos ganhos mais importantes da promoção da Saúde. Este poder permitirá aos indivíduos desenvolver um maior grau de autonomia na resolução das situações que vão surgindo na vida e na Saúde.

Percebe-se, assim, que qualquer que seja a perspectiva da promoção da Saúde quer seja no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis quer seja no reforço de resistências

mais positivas face às adversidades da Saúde, exige sempre uma participação activa dos indivíduos.

A Saúde Mental Positiva é, igualmente, um campo da saúde que tem várias abordagens, pelo que são muitos os conceitos e as teorias a ela associada e, consequentemente, sugerindo um vasto conjunto de indicadores (Herman, Saxen e Moodie, 2005). Este conjunto de ideias, teorias e conceitos sobre Saúde Mental Positiva ajudam a compreender como esta deve ser usada para promover a Saúde Mental. Actualmente existe consenso sobre a necessidade da promoção da Saúde Mental Positiva através de intervenções que promovam a competência e o reforço psicológico e há o reconhecimento que a promoção tem efeitos positivos. No entanto há muito a fazer em especial na compreensão das diferentes culturas e necessidades dos indivíduos no sentido de os poder ajudar a desenvolver a Saúde Mental Positiva (Herman, Saxen e Moodie, 2005). Desta forma, ao mesmo tempo que se procura diminuir as tensões sociais através da sensibilização política, melhoram-se as capacidades individuais em lidar com as adversidades.

A Saúde Mental e o Bem-Estar são áreas fundamentais do quotidiano das famílias, nas escolas, no trabalho, pelo que é do interesse de todos os cidadãos, independentemente das áreas de intervenção (nomeadamente a política), sendo uma preocupação de todos os sectores com especial incidência na saúde e na educação: a Saúde Mental, a integração social e a produtividade. Em síntese, uma boa Saúde Mental é o seu grande valor intrínseco.

Uma eficaz promoção da Saúde Mental resulta na promoção do Bem-Estar, menor sofrimento humano, menor incidência e prevalência de perturbações mentais e do comportamento, uma melhor qualidade de vida (Gomes, 2008). A percepção que o indivíduo tem do seu Bem-Estar é um dos aspectos mais subjectivos e de difícil definição ligados à qualidade de vida (Guedea et al, 2006). O termo Bem-Estar subjectivo é muito abrangente e com diversas dimensões sendo a dimensão positiva da saúde uma delas (Galinha e Ribeiro, 2005; Oliveira, 2010). Daí que a abordagem ao Bem-Estar subjectivo se baseie em dois aspectos fundamentais: (1) a compreensão dos factores que dizem respeito ao indivíduo, ou seja, as suas características internas, a sua perspectiva e avaliação da qualidade de vida, satisfação e sentido de realização pessoal; (2) a compreensão da influência dos factores culturais e sociais, ou seja, a correlação entre o Bem-Estar subjectivo com as vivências experienciadas – favoráveis ou desfavoráveis – de onde se destacam a habitação, o emprego, a saúde, a educação, entre outros (Fernandes, 2011).

Outros autores apontam ainda a influência de diversos factores como sejam a capacidade funcional, a saúde física mas também a idade e o género (George, 2010).

O bem-estar pode ser perspetivado em duas dimensões: o bem-estar psicológico e o bem-estar subjectivo (Galinha e Ribeiro, 2005). O primeiro refere-se à percepção que o indivíduo tem das suas capacidades para enfrentar os desafios quotidianos enquanto o segundo diz respeito à avaliação que faz da sua própria vida ao nível da felicidade, emoções agradáveis, humor, satisfação (Imaginario, 2011).

Noutro estudo que envolvia ambiente escolar e bem-estar, realizado por Matos e Carvalhosa (2001), verificou-se uma correlação negativa do bem-estar com a idade, a

baixa autoestima e as dificuldades em falar abertamente sobre si próprio. Por outro lado verificou-se uma correlação positiva entre o bem-estar e o ambiente escolar, familiar e grupo de pares, o que parece significar que sejam factores que influenciam a avaliação do estudante sobre o seu bem-estar.

Com estudantes universitários, Albuquerque et al (2008) verificaram que a satisfação com a vida dos estudantes inquiridos tendiam a aumentar com a idade e com a progressão académica. Para os autores a conclusão deve-se ao facto de os alunos mais novos, entre os 18 e 21 anos, encontrarem-se no início da vida académica e, como tal, ainda não terem definidos os objectivos de vida, enquanto os mais velhos, de anos mais adiantados ou finalistas, têm já estabelecidos os seus planos e objectivos de vida, evidenciando maior maturidade face à vida e às suas experiências. Os estudantes com objectivos bem definidos têm nas boas notas um dos preditores mais significativos de bem-estar subjectivo (Imaginario, 2011).

No que respeita aos estudantes universitários portugueses, um estudo realizado por Michalos (1991) citado por Imaginario (2011) aponta os estudantes portugueses no final de uma lista de 39 países no que se refere ao bem-estar subjectivo. Em contrapartida, num outro estudo efectuado por Imaginario et al (2010) com 355 estudantes da Universidade do Algarve, os estudantes apresentavam uma boa satisfação com a vida, predominância de afectos positivos, sendo o bem-estar subjectivo mais elevado entre o sexo masculino e os que frequentavam os últimos anos da sua formação académica.

Coleta e Coleta (2006) concluíram que os alunos com maior bem-estar subjectivo evidenciavam mais e melhores condutas académicas (rendimento académico, expectativas quanto ao curso, tempo passado na Universidade) demonstrando ainda mais hábitos de leitura, actividades extra-curriculares e prática de actividades desportivas. Zheng, Sang e Wang (2004) encontraram, na sua investigação com alunos do ensino superior, bem-estar subjectivo mais elevado nos estudantes deslocados mas socialmente integrados na instituição frequentada.

Mahler (1980) refere que o bem-estar enquanto componente da Saúde, inicia-se em casa, na escola ou no emprego, pois é aí que as pessoas vivem, estudam e trabalham e o bem-estar acontece ou se perde. Defende ainda que os indivíduos devem poder escolher os melhores caminhos para crescer, envelhecer e morrer em paz desde que sejam devidamente esclarecidos. Assim a promoção da saúde é um processo que visa criar condições para que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde e da sua família, dos seus vizinhos e da comunidade a que pertencem.

Este envolvimento individual implica que não se pode falar de saúde mental, promoção da saúde positiva ou bem-estar subjectivo, sem falar de algumas características individuais como *coping* e resiliência já que ambos se reportam aos processos de adaptação. *Coping*, enquanto espaço cognitivo e comportamental usado para reduzir ou tolerar as exigências internas e/ou externas que são criadas por situações stressantes. Resiliência, enquanto uma capacidade do indivíduo para uma adaptação bem-sucedida, para o funcionamento positivo ou competências na presença da adversidade, envolvendo múltiplos riscos e ameaças internas ou externas ou ainda capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada. Para que estes mecanismos possam

funcionar adequadamente, é necessário que a autoestima individual esteja em níveis positivos. Ou seja é necessário que o individuo tenha a capacidade de avaliar as diferentes representações de si mesmo nos diversos papéis que desempenha nos inúmeros cenários da sua vida – familiar, social e profissional. Quando há défice na autoestima, geralmente surgem problemas diversos como nos processos de aprendizagem, baixo rendimento académico, na capacidade de comunicação verbal e não-verbal, problemas de ansiedade, sexuais ou de personalidade, instabilidade emocional, anorexia, insónia, sentimentos de destrutibilidade.

É essencial realçar a importância de fenómenos como a adaptação ao meio que rodeia o indivíduo. A saúde não é sinónimo de adaptação apesar de a inadaptação poder significar má saúde mental (Townsend, 2011). Uma sistemática adaptação do indivíduo ao seu meio ambiente pode conduzir a estados oscilantes, mais ou menos temporários, de insatisfação, descontentamento ou frustração mas que não significa forçosamente que seja um problema de saúde mental.

2.1.2 Saúde Mental Positiva

Os problemas de Saúde Mental, de um modo geral, estão associados com a depressão, suicídio, violência, abuso de substâncias, comportamentos de risco. O individuo reage a qualquer alteração importante na vida, reacção que, quando atinge determinado grau de impacto e não tem resultados esperados, pressupõe-se que utilize os mecanismos de adaptação que serão os apropriados para uma personalidade madura e mentalmente equilibrada. Caso contrário poderão surgir perturbações mentais.

Quando se aborda o tema Saúde Mental, surge de imediato a referência à ausência de doença mental. Este modelo corresponde ao considerado modelo biomédico ou tradicional em que há a necessidade de tratar as perturbações mentais, cujo postulado é a saúde igual a ausência de doença. Esta perspectiva é reducionista uma vez que omite aspectos positivos inerentes ao conceito de saúde mental. Esta perspectiva positiva define a Saúde Mental como o estado de funcionamento óptimo do individuo e que promove as suas potencialidades de ser humano (Jahoda, 1958; Tusquets e Grau, 1987). A saúde mental positiva será então o produto da interacção de múltiplos factores.

Há no entanto algumas discordâncias no que concerne à própria definição de Saúde Mental e que poderemos resumir da seguinte forma: em primeiro lugar os que defendem ser a Saúde Mental como um estado ou atributo; depois há os que defendem a Saúde Mental como a ausência da doença mental; e por fim quem defenda que a Saúde Mental se define por critérios de normalidade. De todas as orientações esta última é a que levanta mais dúvidas pois, mesmo aceitando o termo normalidade como fazendo parte de uma definição de Saúde Mental, importa perceber que alguns comportamentos desadaptativos não podem ser considerados normais ou anormais apenas porque são características de uma percentagem menos significativa da população.

Há outros autores que definem a Saúde Mental como a expressão do estado de bem-estar como resultado da interacção com o meio ambiente. Jahod (1958) citado por Townsend (2011) identificou uma lista de seis indicadores de Saúde Mental:

1. Uma atitude positiva para consigo mesmo

Um critério que se refere ao autoconceito e auto-percepção como forma de haver aceitação, autoestima e confiança em si mesmo, conhecendo as suas potencialidades, fraquezas e limitações de forma objectiva e realista, ou seja, um forte sentido de identidade pessoal.

2. Crescimento, desenvolvimento e capacidade de autorrealização

Este critério refere-se à direção que se mantém no crescimento e desenvolvimento em etapas seguintes na vida do individuo. Envolve projectos e objectivos de vida, e com o alcançar o êxito em cada nível, o individuo adquire motivação para avançar para níveis cada vez mais elevados.

3. Integração

Critério em que o individuo responde adaptativamente ao meio que o rodeia, num processo de equilíbrio entre os mais diversos processos da vida, desenvolvendo uma filosofia de vida e ajudando o individuo a manter a ansiedade num nível aceitável de *stress* funcional.

4. Autonomia

O critério autonomia refere-se à discriminação consciente, por parte do individuo, dos factores ambientais, permitindo-lhe uma capacidade de escolha e aceitação das responsabilidades inerentes à escolha.

5. Percepção da realidade

Sendo um indicador positivo de saúde mental, a percepção da realidade implica uma percepção do ambiente que rodeia o individuo sem distorções, capacidade de empatia e sensibilidade social. Apesar da percepção do ambiente não poder ser totalmente objectiva, ela deve ser o suficientemente aproximada para que haja interacções eficientes entre o individuo e o meio ambiente.

6. Domínio do ambiente

Este critério sugere que o individuo pode alcançar um papel satisfatório dentro do grupo, sociedade ou ambiente, sendo capaz de amar ou aceitar o amor dos outros. O individuo quando confrontado com qualquer situação é capaz de desenvolver estratégias, tomar decisões, mudar, ajustar-se e adaptar-se, obtendo assim satisfação pela vida.

Estes critérios não são, no entanto, consensuais. Por um lado possuem uma vertente marcadamente positiva (Vaillant, 2003), por outro a doença ou perturbação – física ou mental – faz com que a Saúde Mental, em termos de ciência, seja relegada para um plano secundário, ou seja, é encarada como uma ausência de psicopatologia (Keyes, 2005). A doença significa uma perturbação da saúde e é vista como algo natural no individuo, representando sofrimento, perigo ou ameaça de vida (Santos, 2011). Existem imensas descrições de sinais e sintomas que explicam e diagnosticam alterações de saúde (características umas mais objectivas que outras). No entanto para a saúde recorre-se a

descrições, mais ou menos vagas, mais ou menos gerais (e por vezes subjectivas) como se não houvesse uma identidade ou classificação tal como ocorre com as doenças (Santos, 2011). A definição de Saúde Mental é, por isso, um pouco difícil de se fazer, uma vez que implica um envolvimento dos aspectos mais subjectivos do individuo, como sejam manifestações características dos processos psicológicos do pensamento, emoções, sentimentos e necessidades (Zikmund, 2001). Para além de Jahod, há um outro investigador que propõe seis modelos de abordagem à positividade da Saúde Mental. Vaillant (2003) chama no entanto a atenção para o facto de cada um desses modelos descrever apenas uma parte da Saúde Mental (o que pode ser entendido como um pouco reducionista e não holística):

1) A Saúde Mental conceptualizada como um **estado mental**, desejável e que se situa acima do normal. Nesta ordem entram a capacidade de amar, trabalhar, agir, a resolução eficaz dos problemas, investimento na vida e na autonomia.

2) A Saúde Mental encarada como **ideal**, segundo a psicologia positiva, estando associada a princípios ou valores como amor, temperança, sabedoria, conhecimento, coragem, justiça e transcendência.

3) A Saúde Mental encarada como **maturidade** sendo visível na capacidade de amar, na aceitação realista dos condicionalismos impostos pelo tempo e lugar em que se encontra no mundo, com expectativas apropriadas, objectivos para si próprio e capacidade de ter esperança.

4) A Saúde Mental equiparada à **inteligência socio-emocional** que consiste em percepção e monitorização das suas próprias emoções, modificação das emoções para que a sua expressão seja mais adequada, reconhecimento e resposta adequada às emoções dos outros, motivação ou capacidade de focar as emoções num objectivo desejado.

5) A Saúde Mental percebida como **resiliência** associada à adaptação bem-sucedida e ao conceito de homeostase.

6) A Saúde Mental como **bem-estar subjectivo** – como seja estar alegre e satisfeito.

Estas duas perspectivas – Jahod e Vaillant – da Saúde Mental positiva, apesar de ter seguidores, são envoltas em grande cepticismo quanto à sua aplicabilidade de medição ou classificação dos indivíduos em termos de Saúde Mental Positiva pois não se revela muito útil quando se pretende classificar pessoas, grupos ou comunidades. Mas o facto de se avaliar apenas a psicopatologia, e de se constatar a ausência de perturbações da Saúde Mental, pode não ser suficiente para ter rendimento académico, relações sociais eficazes ou saúde física óptima (Santos, 2011). A Saúde Mental apesar de implicar a presença de bem-estar, não se reduz a ele devendo ser encarado como um estado mais completo, mais holístico (Keyes, 2005). Nesse sentido a Saúde Mental resulta da conjugação de um grau de bem-estar com os níveis de sintomatologia que possam existir e, para dessa forma, se obter uma visão mais global do individuo.

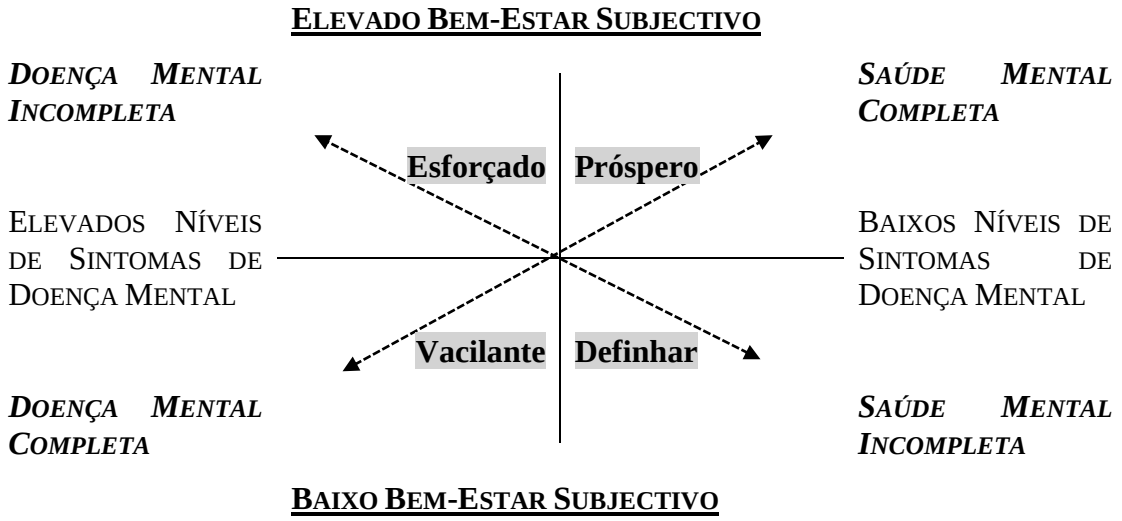
2.1.3 Bem-Estar Psicológico e subjectivo

O bem-estar, componente da Saúde Mental (WHO, 2007a), é um conceito abrangente e difuso (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005) mas que pode ser delineado em duas linhas de pensamento: 1) bem-estar subjectivo que lida com a felicidade; 2) bem-estar psicológico que lida com o potencial humano (Santos, 2011).

O modelo da Fig. 6 apresenta duas variáveis distintas: sintomatologia psicopatológica e o bem-estar. A conjugação destas duas variáveis permite quatro cenários possíveis:

- Elevados níveis de sintomatologia + elevado bem-estar = doença mental incompleta
- Elevados níveis de sintomatologia + baixo bem-estar = doença mental completa
- Baixos níveis de sintomatologia + elevado bem-estar = saúde mental completa
- Baixos níveis de sintomatologia + baixo bem-estar = saúde mental incompleta

Fig. 6 – Modelo de Saúde Mental Completa (adaptado de Keys e Lopes, 2002)



O bem-estar subjectivo caracteriza-se pela satisfação geral e pelas emoções positivas mais concretamente pela *satisfação com a vida* (reconhecimento cognitivo de felicidade global ou específica como a família, escola, trabalho), o *afecto positivo* (emoções e humores agradáveis) e o *afecto negativo* (emoções como depressão, stress) (Diener, 2000; McCullough et al, 2000). Desta forma pode-se resumir o elevado bem-estar num individuo como aquele que apresenta um elevado grau de satisfação com a vida, elevados níveis de afecto positivo e baixos níveis de afecto negativo (Santos, 2011).

O bem-estar psicológico, considerado como o processo de realização do potencial de um individuo e não apenas um resultado ou fim, tem por base conceptual as teorias da psicologia do desenvolvimento do adulto que evidenciam o potencial do individuo para uma vida com sentido e auto-realização. Ryff e Singer (2008) operacionalizaram o bem-estar psicológico em seis dimensões que se relacionam entre si:

- **Auto-aceitação** (o individuo tenta sentir-se bem consigo próprio mesmo conhecendo as suas limitações);

- **Relações positivas com os outros** (o individuo tenta desenvolver e manter relações interpessoais baseadas na confiança);

- **Mestria do ambiente** (o individuo tenta modelar o ambiente para ir ao encontro das suas necessidades e desejos);

- **Autonomia** (o individuo procura um sentido de autodeterminação e autoridade pessoal num contexto social abrangente);

- **Sentido para a vida** (o individuo tenta encontrar um significado para os seus esforços e desafios);

- **Crescimento pessoal** (o individuo tenta retirar o maior proveito para os seus talentos e capacidades).

Num estudo efectuado por Keyes, Shmotkin e Ryff (2002), recorrendo a análise factorial, foi possível confirmar que o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico são dois factores correlacionados, embora representando cada um, uma faceta distinta do bem-estar geral (Santos, 2011). Numa visão mais ampla do individuo, o desenvolvimento das suas capacidades não reside unicamente na promoção da felicidade (bem-estar subjectivo) mas também nos esforços em desenvolver as suas competências e potencial (bem-estar psicológico).

A problemática da saúde mental e do bem-estar nos estudantes do Ensino Superior tem tido alguma abordagem por parte dos investigadores embora seja mais na perspectiva dos aspectos disfuncionais e menos na abordagem da Saúde Mental positiva e do bem-estar (Porta-Nova, 2010).

Um dos aspectos que mais influencia as respostas do individuo aos acontecimentos do quotidiano e que ameaça o bem-estar é o *stress*. Nos estudantes universitários o *stress* pode determinar consequências negativas do ponto de vista emocional nomeadamente o aparecimento de perturbações da ansiedade e do humor (Nogueira-Martins et al, 2004; Grayson e Cooper, 2006; Deroma, Leach e Leverett, 2009).

Para Kadinson e DiGeronimo (2004) o *stress* experienciado pelos estudantes universitários está fortemente relacionado com as suas vivências académicas e que em estudantes estas vivências sob crise podem traduzir-se em diferentes tipos de perturbações psicológicas: depressão, perturbações do sono, abuso de substâncias, perturbações alimentares, relações sexuais inseguras e impulsivas e suicidalidade.

2.1.4 Promoção e Educação para a Saúde

Segundo alguns estudos epidemiológicos o estado de saúde do indivíduo está directamente relacionado com os comportamentos e o estilo de vida, sejam saudáveis sejam prejudiciais. Entre estes destacam-se o abuso de substâncias (álcool, tabaco, drogas ilícitas), sedentarismo, alimentação desequilibrada, actividade sexual insegura, violência (Sanmarti, 1988).

Todas as actividades de promoção e educação para a saúde devem ter em conta os indivíduos a quem se destinam. Para tal é essencial compreender os factores determinantes dos estilos de vida das pessoas. Para Mendoza et al (1994) os estilos de vida estão directamente relacionados com um conjunto de factores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais, o que dá uma ideia da complexidade da etiologia dos comportamentos humanos e, consequentemente, da necessidade de se actuar em cada um deles em separado e em conjunto. Desta forma, a melhor via para se intervir na vida dos indivíduos na procura da promoção da adaptação de comportamentos saudáveis será através da educação para a saúde (Precioso, 2004).

A educação para a saúde é um programa que se destina a capacitar os indivíduos para fazerem as suas escolhas do modo mais consciente possível em relação aos seus comportamentos. Uma das principais questões é saber quando ou qual o melhor momento para se fazer esta educação. Sanmarti (1988) e Lima (1995) citados por Precioso (2004) asseguram que é na infância e na adolescência que se encontram as raízes do nosso comportamento e que é na escola que se deve actuar pois o indivíduo, em formação física, mental e social, ainda não teve oportunidade de adquirir hábitos pouco saudáveis e, por outro lado, encontra-se mais receptivo à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos.

Assim a educação para a saúde deve preparar o aluno para que no momento de deixar a escola seja capaz de cuidar da sua própria saúde e adoptar um estilo de vida que o conduza a uma saúde positiva física, mental e social (Precioso, 2004).

Para a WHO (1999, 2001) as escolas promotoras da saúde são o modelo referencial recomendado para a promoção e educação para a saúde dos alunos. Dadas as características etárias, os programas de educação para a saúde são aplicados prioritariamente aos alunos de ensino básico e secundário – saúde infantil, rastreios e higiene dentária, profilaxia da obesidade, etc. Há no entanto razões para que os programas de promoção e educação para a saúde devam continuar, com acentuado reforço, nas instituições do Ensino Superior. Em primeiro lugar para evitar ou prevenir a adopção de comportamentos de risco ou prejudiciais para a saúde (Precioso, 2004) nos estudantes universitários uma vez que alguns estudantes vão iniciar relações com pessoas com hábitos diferentes e de risco e que poderão ser mimetizados: fumar, beber, consumir drogas, assumir comportamentos sexuais não protegidos. O contacto com estes factores, que acompanham a socialização dos novos alunos ao entrar na universidade, têm um forte impacto e fazem-se sentir com maior intensidade naqueles estudantes que saem da esfera de segurança e vigilância do ambiente familiar e estão sujeitos a estas novas influências podendo dizer-se que esta transição para o novo meio académico universitário funciona, em muitos jovens, como um factor de risco (Precioso, 2004).

Os problemas de saúde mental são sempre um problema de saúde pública. A actual saúde pública tem revelado um grande esforço no sentido de promover e proteger a saúde das populações assim como reduzir as desigualdades (Beaglehole, 2003). A própria WHO (1988a) considera que a nova saúde pública é um conceito social e político que visa melhorar a saúde, prolongar a via e melhorar a qualidade de vida das populações através da promoção da saúde e prevenção das doenças.

As estratégias actuais para os problemas de Saúde Pública vão no sentido mais programático, ou seja, abordam as questões de como a saúde é criada por cada indivíduo e, consequentemente, o objectivo é permitir às pessoas um maior controle sobre os determinantes da sua saúde.

Syme (1996) observou a importância de distinguir entre o risco individual e as causas ambientais da doença, enquanto Rose (1988) citado por Olivero (2013) sugeriu que as causas das diferenças individuais perante a doença podem não ser idênticas às diferenças observadas na população geral. Ou seja, por um lado é importante entender os factores determinantes individuais na resposta aos factores ambientais, por outro lado os determinantes populacionais são também essenciais ao ponto de serem o foco de grande atenção da nova perspectiva de promoção em Saúde Pública.

A acompanhar esta perspectiva mais evoluída da Saúde Pública, surge o crescente interesse na promoção da saúde mental (Secker, 1998; Friedli, 2002; WHO, 2002), apesar de durante muito tempo as duas áreas – Saúde Mental e Saúde Pública – terem tido uma escassa interacção (Goldstein, 2012). Esta fraca aproximação deve-se fundamentalmente ao estigma e imprecisão dos conceitos de Saúde Mental e de Doença Mental. Actualmente verifica-se um forte investimento na Saúde Mental por duas razões: em primeiro lugar, a Saúde Mental é vista como parte essencial da saúde física e qualidade de vida, crescendo as evidências da relação entre a saúde mental, a saúde física e o bem-estar, assim como o desempenho profissional, as relações interpessoais positivas e redução dos comportamentos nocivos para a saúde. Em segundo lugar, há o reconhecimento – por diversos estudos e investigações – de um aumento nos problemas da saúde mental a nível global. Se a WHO indica que no ano 2020 a depressão constituirá a segunda maior causa de morbilidade mundial, no Programa Nacional para a Saúde Mental da Direcção Geral de Saúde, prevê-se que as perturbações depressivas passem a ser a primeira causa mundial em 2030, com o consequente agravamento das taxas de suicídio e para-suicídio (DGS, 2013).

Assim, o foco de atenção da Saúde Mental centra-se nas possibilidades proporcionadas pela promoção assim como pela prevenção e tratamento das doenças mentais, pelo que a promoção da saúde mental e do bem-estar são projectos políticos e sociais emergentes (Mittelmark, 2003).

A Saúde Mental e a doença mental são determinadas pela interacção de múltiplos factores biológicos, psicológicos e sociais, tal como na saúde e doença em geral. Daí que factores como insegurança e falta de esperança, mudanças sociais repentinas ou radicais, riscos de violência física, comportamentos de risco, podem explicar esta relação e a maior vulnerabilidade do indivíduo (Patel e Kleinman, 2003).

Problemas de saúde mental, comportamentais e sociais, podem interagir entre si e intensificar os efeitos individuais sobre o comportamento e bem-estar. Problemas de saúde como o abuso de substâncias, depressão e ansiedade são mais prevalentes e mais difíceis de lidar quando interagem com determinadas condições: desemprego, fracos recursos económicos, *stress*, género, estilo de vida (Desjarlais et al, 1995). A Saúde Mental é afectada por factores individuais, experiências, interacção social, recursos e valores culturais, assim como por experiências na vida quotidiana – família, escola, trabalho (Lahtinen et al, 1999).

Persistem no entanto, e apesar dos avanços quer por estudos quer por teorias e mudança de mentalidade, diferendos entre a Saúde Mental e Doença Mental e a Saúde Pública, esta sendo vista como *outsider* apesar de partilhar conceitos fundamentais de saúde e doença com origem multifactorial (Cooper, 1993) assim como a existência de um *continuum* entre a saúde e a doença (Rose, 1988). Logo, compreender os determinantes da saúde é importante por causa do papel que o comportamento da saúde desempenha no estado geral da saúde. Por exemplo, doenças não transmissíveis como patologias cardíacas estão fortemente ligadas com comportamentos de risco como o abuso do consumo de álcool, tabaco, má alimentação ou sedentarismo. O mesmo se passa para doenças transmissíveis como o VIH/SIDA pela presença de práticas sexuais inseguras e partilha de agulhas. O comportamento de saúde de um indivíduo é fortemente dependente da saúde mental, ou seja, quer a doença mental quer o *stress* afectam o comportamento de saúde (WHO, 2001).

Nos jovens a depressão e a baixa autoestima estão ligados ao tabagismo, ao abuso do consumo de álcool, às perturbações alimentares, ao sexo inseguro, o que os coloca num grupo de risco para doenças como as sexualmente transmissíveis, as doenças hepáticas ou as cardíacas (Patton et al, 1998; Ranrakha et al, 2000) As perturbações do humor podem levar a um aumento do risco de acidentes, lesões, má condição física (Wells et al, 1989).

A interacção é complexa entre os determinantes de saúde, comportamentos e saúde mental em todas as fases da vida de um indivíduo. Uma dessas fases é a escolar onde, principalmente na universidade, há evidência de problemas de saúde mental associados ao álcool, uso de drogas, actos de violência, insucesso académico e abandono escolar. A exposição a ambientes e experiências negativas ou pouco saudáveis, acumulados durante a vida, aumenta o risco de morbilidade psiquiátrica, em especial se esses factores se acumulam logo na infância e adolescência (Holland et al, 2000).

Promoção da saúde é, sinteticamente, a abordagem feita ao individuo ou a um grupo de indivíduos que tem por objectivo melhorar a saúde pública e que exige uma ampla e activa participação (Herman et al, 2005). Para a WHO (1998), a promoção da saúde pode ser entendida como o conjunto de acções que visam abordar toda uma variedade de determinantes potencialmente modificáveis da saúde e que incluem acções que permitem às pessoas adoptar e manter uma vida saudável e criar condições de vida e ambientais que sirvam de base e suporte para a saúde. Segundo esta orientação, a promoção da saúde mental, sendo parte integrante – teórica e prática – da promoção da saúde em geral, intervém com acções direccionadas à população ou ao indivíduo nos seus diferentes contextos, dentro ou fora da saúde (Walker e Rowling, 2002).

Os factores pessoais, sociais e ambientais que determinam a saúde mental e a doença mental podem ser agrupados conceptualmente em três grandes grupos (HEA, 1997; Lahtinen et al, 1999):

- Desenvolvimento e manutenção de comunidades saudáveis;

- Capacidade individual par lidar com o ambiente que o rodeia recorrendo às suas habilidades como sejam o participar e tolerar a diversidade de forma responsável;

➢ Capacidade individual para lidar com pensamentos e sentimentos, gestão da sua vida e resiliência.

Estes três grupos têm em comum a autoestima, a capacidade de gerir conflitos e, fundamentalmente, a capacidade para aprender.

As acções que promovem a saúde mental muitas vezes têm como resultado importante a prevenção de perturbações mentais. A evidência é que a promoção da saúde mental também é eficaz na prevenção de patologias e riscos relacionados com o comportamento como, por exemplo, na ajuda na prevenção do tabagismo, gravidez não desejada ou doenças sexualmente transmissíveis ou o alcoolismo.

Todos os profissionais de saúde, desde a sua formação, têm conhecimento que uma das principais bases da saúde é a prevenção. De facto, a promoção da saúde mental para a prevenção de comportamentos de risco ou prejudiciais da saúde, são um contributo com maior potencial do que prevenir perturbações mentais ou tratar as perturbações propriamente ditos (Orley e Weisen, 1998).

Torna-se por isso importante que todos os profissionais de saúde, com especial incidência os especialistas em Saúde Mental, deverão estar directamente envolvidos na prevenção das doenças mas também na concepção e aplicação de programas de cuidados de saúde primários assim como trabalhar com e nas comunidades – em especial as mais vulneráveis – por forma a promover a consciencialização da saúde mental e ajudar na modificação dos comportamentos pouco saudáveis (Herman, 2005).

Para uma eficiente promoção e educação para a saúde, são necessários programas e políticas de saúde adequados para produzir mudanças nos indicadores e obter benefícios na saúde mental através dessas mudanças, realçando assim a importância da promoção da saúde mental. Esta concentra-se na saúde mental positiva e na construção de competências, recursos e pontos fortes do indivíduo, enquanto a prevenção das perturbações mentais está mais direccionada para patologias específicas e tem, como objectivos, a redução da incidência, prevalência ou gravidade das perturbações mentais (Barry, 2001). As consequências para a saúde pública de uma saúde mental positiva são inúmeras e quase todas as medidas de saúde pública têm efeito sobre a saúde mental (Kovess-Masfety et al, 2005).

O impacto da promoção da saúde mental tem resultados positivos (e comprovados) não só a nível psicológico mas também ao nível físico, ou seja, a promoção da saúde mental terá um impacto positivo na saúde física. Pressman e Cohen (2005) referem evidências da ligação entre o afecto positivo (como a felicidade, alegria) e uma menor morbilidade e redução de sintomas físicos. Para além das perspectivas físicas e psicológicas há ainda a considerar as condições ambientais ou sociais. A interligação entre estas três valências (físicas, psicológicas e ambientais ou sociais) fazem todo o sentido quando se procura desenvolver estratégias de promoção da saúde uma vez que estas serão mais eficazes quando se tem uma perspectiva psicossocial, dinâmica e complexa, quer da doença quer da saúde (Manderscheid et al, 2010). Desta forma a promoção de saúde mental irá ter em conta as competências individuais na construção de ambientes que potenciem os factores protectores que envolvem o indivíduo (Pollet, 2007).

Os muitos problemas da saúde do indivíduo e que são causadores de graves consequências permanentes ou morte, estão relacionados com o estilo de vida e incluem os comportamentos de risco (Precioso, 2004a), pelo que uma das vias de intervenção junto das pessoas, no sentido de as ajudar a adoptar ou a modificar os seus comportamentos menos saudáveis, será através da educação para a saúde.

A meta de qualquer programa de educação para a saúde é preparar e/ou capacitar o indivíduo para que possa cuidar da sua própria saúde e também de quem está à sua volta, assim como adoptar um estilo de vida com saúde positiva, ou seja, potenciando o seu desenvolvimento físico, mental e social.

A prevenção é a perspectiva de actuação que procura evitar a doença enquanto a promoção da saúde actua no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar do indivíduo. A prevenção tem em vista a doença e de que forma é preciso actuar para a evitar. Na promoção procura-se identificar os aspectos positivos da saúde/saúde mental, destacando-se ou direccionado-se os objectivos e programas de educação para atingir esses aspectos sem que, com isso, não se deixe de pensar nas doenças. Por exemplo, pensar-se numa intervenção de promoção da saúde mental que vise aumentar o bem-estar numa comunidade pode ter um duplo efeito – melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade e, ao mesmo tempo, diminuir a incidência de perturbações mentais (WHO, 2001).

Os determinantes da saúde mental incluem factores físicos mas também comportamentos e estilos de vida, capacidades de enfrentar as tensões do dia-a-dia, o bom relacionamento interpessoal, factores sociais e ambientais (como sejam as condições de trabalho, habitação, educação e saúde). É o realçar das qualidades individuais, sociais e ambientais que são os objectivos da promoção da saúde mental (WHO, 2001).

As actividades promocionais e preventivas da saúde, quando feitas em conjunto, produzem e estimulam a colaboração entre diferentes áreas de responsabilidade interventiva. Estas estratégias intersectoriais têm um conjunto de resultados múltiplos e com maior retorno. Mrazek e Haggerty (1994) citados por WHO (2001) referem haver vantagens na combinação entre programas de prevenção e promoção em saúde mental com idênticos programas em saúde pública, uma vez que se tornam mais eficazes no que concerne à luta contra a co-morbilidade das perturbações mentais. São argumentos a favor da prevenção e promoção em saúde mental baseada na evidência (WHO, 2001):

- Crescente consciência sobre a epidemiologia das perturbações mentais e os problemas relacionados com a saúde mental;
- Maior responsabilização pelos gastos públicos, maior exigência na eficácia, procura de melhor informação sobre o que funciona melhor e em que condições;
- Havendo uma grande resistência e crítica quanto à eficácia da promoção e prevenção da saúde, é forçoso haver bases científicas que mostrem a eficácia da promoção e prevenção da saúde mental;
- Havendo que seleccionar os programas com melhores práticas, é essencial que as populações conheçam os melhores serviços;

- As intervenções de prevenção e promoção da saúde mental estão muitas vezes sujeitas a preconceitos que levam a conclusões erradas pelo que são necessários elevados padrões de evidências dos resultados dos programas;

- Frequentemente os programas de intervenção destinam-se a largos grupos comunitários e com estratégias de intervenção indirectas, cujos resultados são avaliados a longo prazo. Daí que sejam necessários programas de acompanhamento mais restritos e específicos para que se obtenham resultados mais rápidos e de efeitos mais visíveis;

A promoção da saúde mental requer uma acção intersectorial para que os resultados sejam mais evidentes e os apoios mais relevantes. Assim as estratégias para uma promoção e prevenção em saúde mental requerem evidências dos sujeitos e dos objectivos pelo que necessita de respostas sobre:

- Prevalência e incidência de perturbações mentais ou problemas de saúde mental;

- Populações ou indivíduos em risco.

Se estudos recentes têm demonstrado haver um aumento das perturbações mentais (WHO, 2011) por outro lado os ganhos na saúde mental reflectem-se na diminuição das doenças mentais e que as perdas predizem um aumento dessas doenças havendo, por isso, necessidade de se reforçar a intervenção da promoção da saúde mental mesmo naqueles que apresentam perturbação (Keyes, Dhingra e Simões, 2010).

Maiores níveis de bem-estar relacionam-se com alguns marcadores biológicos (como menores níveis de cortisol salivar, citoquinas pré-inflamatórias e risco cardiovascular) (Ryff, Singer e Love, 2004). A par das complexas interacções entre a saúde física e saúde mental, há ainda a considerar os factores sociais, ambientais e económicos (Raphael, Schmolke e Wooding, 2005) pelo que parece provável que uma boa promoção da saúde mental terá impacto positivo na saúde física do indivíduo.

Tendo em conta a interligação entre saúde mental, saúde física e condições sociais, a tendência para compreender as doenças, o desenvolvimento de intervenções e desenho de estratégias de promoção da saúde serão mais eficazes se forem baseadas num modelo psicossocial dinâmico e complexo de doença e saúde (Manderscheid et al, 2010). Desta maneira percebe-se que as intervenções para a promoção da saúde mental deverão combinar a construção das competências pessoais com a criação de ambientes que potenciem os factores protectores nos contextos em que os indivíduos passam mais tempo (Pollet, 2007).

Em síntese, a promoção da saúde mental deve ser abordada na óptica da saúde pública já que a falta de saúde mental é também uma questão de saúde pública (Keleher e Armstrong, 2006).

2.1.5 Saúde Mental dos estudantes do Ensino Superior

Frequentar o ensino superior representa, para a maioria dos jovens, o alcançar de um objectivo conseguido com esforço e sacrifício mas não um fim em sim mesmo pois representa igualmente um período em que haverá um desenvolvimento pessoal e social

(Tavares et al, 2007), o que implica uma série de desafios – formação da identidade, autonomia, estabelecimento de novas relações, integração no meio académico, pressão académica e parental, questões financeiras e de responsabilidades (Kadison e DiGeronimo, 2004).

A ida para a universidade representa ainda uma passagem para uma nova etapa o que implica sempre um período de maior *stress* e angústia no processo de adaptação e aceitação. Para muitos dos jovens estudantes os rituais de passagem e adaptação são superados de forma adequada e saudável, o que indicará um bom grau de resiliência (Santos, 2011). No entanto, a literatura indica que há uma percentagem significativa de jovens que transporta consigo um conjunto de dificuldades psicológicas, com relatos de estudantes do primeiro ano com problemas pré-existentes: problemas emocionais, dificuldades em lidar com o *stress*, ansiedade, dificuldades relacionais (Kitzrow, 2003; Cerchiari et al, 2005; Hynn et al, 2006; Eisenberg et al, 2009; Verger et al, 2009;).

Guthman et al (2010) efectuaram um estudo em que encontraram uma percentagem elevada, de 30-40%, de estudantes com depressão grave e em que o aumento de casos graves de depressão e ansiedade poderia derivar de, cada vez mais, entrarem para a universidade estudantes com dificuldades de saúde mental pré-existentes.

Além do despiste destas situações pelos serviços de apoio, orientação e aconselhamento, é necessário que os estudantes universitários aprendam a lidar com o *stress* e com as situações conflituais. Num estudo de investigação longitudinal em jovens estudantes, a equipa de David Cassar, do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Malta, estudou a saúde mental desses jovens (Royal College of Psychiatrists, 2011). O estudo envolveu 1333 alunos do primeiro ano de diferentes cursos, tendo os resultados mostrado que 51% dos estudantes apresentavam níveis considerados problemáticos de ansiedade ou de depressão; 31% apresentavam problemas alimentares (não necessariamente bulimia ou anorexia); 17% tinha problemas de abuso de álcool e 4% com drogas. Em síntese, Cassar referiu que os problemas de saúde mental influenciavam a forma como o estudante actua na universidade e que poderão originar problemas mais complexos por influência de diversos factores, incluindo o *stress* (Royal College of Psychiatrists, 2011).

Os problemas na saúde mental dos estudantes interferem com o amadurecimento psicossocial, vocacional e com o percurso académico, quer no rendimento escolar quer na taxa de desistência e abandono escolar (Rockwell e Talley, 1985).

Um inquérito realizado nos EUA (National Survey of Counseling Center Directors) em 350 instituições do ensino superior concluiu que na última década se verificou um aumento de problemas de abuso de álcool e uso de drogas ilícitas, problemas de aprendizagem, problemas alimentares e sexuais (O'Connor, 2001).

Idêntico resultado obteve um estudo efectuado no Reino Unido no âmbito da Association for University and College Counseling, que concluiu estarem a aumentar os problemas de saúde mental entre os seus estudantes englobando patologias psiquiátricas, perturbações do comportamento e dificuldades psicológicas e sociais (Monteiro et al, 2008).

Em Portugal têm surgido, ainda que timidamente, estudos que salientam as dificuldades de ordem pessoal e emocional nos estudantes do ensino superior (Pereira e William, 2001; Pereira et al, 2006;). Um estudo de Tavares et al (1998) com 376 estudantes do primeiro ano de diversos cursos da Universidade de Aveiro revela que 70% dos estudantes refere apresentar problemas e entre 15 e 25% apresentam problemas relacionados com ansiedade, mal-estar e depressão.

Os serviços médicos da Universidade de Coimbra, com a sua consulta de Psicologia e Apoio Psicopedagógico, referem que os pedidos de ajuda mais comuns são: perturbações de ansiedade, depressão, problemas relacionados com métodos de estudo, dificuldades escolares, dificuldades de adaptação e problemas familiares (Pereira et al, 2006).

Apesar de alguns autores entenderem que este aumento de casos de perturbações psicológicas se deverem a uma diminuição do estigma associado aos problemas de saúde mental e, consequentemente, à maior procura e facilidade de acesso aos serviços de apoio, o facto é que há um aumento real das dificuldades psicológicas manifestadas pelos estudantes do ensino superior (RESADES, 2002).

Estudos epidemiológicos revelam que parte dos problemas causadores de morte ou morbilidade relacionam-se com estilos de vida onde se incluem os comportamentos de risco e comportamentos de saúde. Nestes comportamentos incluem-se os consumos de álcool, tabaco e drogas ilícitas, ausência de exercício físico, sedentarismo, alimentação desequilibrada, actividade sexual insegura, violência, condução perigosa (Sanmartin, 1988).

Verger et al (2008) num estudo sobre *distress* psicológico e factores de *stress* socioeconómicos e académicos em estudantes universitários de primeiro ano, concluíram haver uma prevalência intermédia de *distress* psicológico entre estudantes franceses e os estudantes universitários de outros países, assim como elação do *distress* psicológico com factores de stress académicos. No entanto não foi encontrada relação com factores socioeconómicos. Associaram ainda o *distress* psicológico com o aumento da ansiedade, depressão, abuso de substâncias e desordem da personalidade assim como baixo rendimento académico. Referem ainda que não são bem conhecidos os factores de risco para o *distress* psicológico em particular os que são especificamente relacionados com alterações das condições de vida ocorridos com a entrada na vida universitária.

Outros estudos revelam que os níveis de saúde mental nos estudantes universitários são inferiores aos da população em geral (Stewart-Brown et al, 2000) e tem-se verificado, através dos serviços de apoio e aconselhamento das instituições (RESAPES, 2002), um aumento da prevalência, da complexidade e da severidade das perturbações dos jovens estudantes universitários: ansiedade, sintomas depressivos, dificuldades na integração, problemas alimentares, baixo rendimento académico, insucesso e abandono escolar.

Os problemas de saúde mental dos estudantes universitários representam um problema de saúde pública (Santos et al, 2010) uma vez que as suas consequências manifestam-se essencialmente em dois níveis: **individual**, em que o estudante vê afectado o seu funcionamento físico, emocional, cognitivo e académico (Vaez e Laflamm, 2008); **institucional**, porque as instituições de ensino superior são confrontadas com novos desafios – como promoção do sucesso académico e abandono escolar – e com a

necessidade de apoiar, orientar e aconselhar os estudantes que apresentam perturbações na sua saúde mental (Stanley e Manthorpe, 2001).

Para Costa et al (2010) as perturbações mentais mais comuns nos estudantes universitários são a ansiedade, depressão, desordens somatoformes e ainda alguns sintomas como insónia, fadiga, irritabilidade, dificuldades de concentração. Para este autor, estas perturbações são igualmente consideradas um problema de saúde pública devido às restrições que podem causar assim como o agravamento do risco dos sintomas se não forem identificados atempadamente. São exemplos de sinais de alerta, uma marcada baixa de rendimento escolar, o aumento de absentismo, a verbalização ou alteração do comportamento consonantes com o aumento do sofrimento emocional em contextos que não seriam de esperar que tal ocorresse. O mesmo se passa quando surgem perturbações físicas que estarão desenquadradas do historial clínico do estudante.

Para Benton et al (2003) há uma crescente preocupação nos últimos anos com o aumento do número de estudantes que procuram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico, verificando-se ainda um aumento acentuado da gravidade das patologias. O mesmo é referido por Gallagher (2006) em que 92% dos Centros de Apoio e Aconselhamento da AUCCCD (Association for University and College Counseling Center Directors) pesquisados afirmam verificar-se um aumento de problemas de saúde mental na população estudantil nos últimos anos. Nesse estudo, com a aplicação de um questionário aplicado a uma amostra aleatória a 94.806 estudantes de universidades públicas e privadas nos EUA os resultados revelaram que:

- 94 em 100 estudantes relataram sentirem-se sobrecarregados por tudo o que tinham de fazer;

- 44 em 100 dos estudantes sentiram-se tão deprimidos que tinham dificuldade em funcionar;

- 8 em100 dos estudantes relataram terem um transtorno depressivo;

- 12 em 100 dos estudantes relataram sofrerem de ansiedade;

- 9 em 100 dos estudantes relataram terem considerado o suicídio no último ano;

- 1,3% dos estudantes fizeram tentativa de suicídio.

(AUCCCD, 2011)

Por outro lado Soet e Sevig (2006) mencionam num estudo numa universidade de Midwest (EUA) que 30% dos estudantes já tinham procurado apoio e que o questionário auto-diagnóstico dos estudantes mencionava: 20% com depressão; 6,1% com desordens alimentares; 5,9% com ansiedade; 4,2% com défice de atenção e hiperactividade; 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.

Numa pesquisa longitudinal na Universidade de Kansas entre 1989 e 2002, os resultados revelaram que os estudantes observados por perturbações de ansiedade tinham duplicado, tinha triplicado o número de estudantes com depressão e com grave ideação ou intenção suicida (Benton et al, 2003).

Santos (2011) apresenta dados provenientes das Consultas de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro e que apontam para problemas que considera poderem enquadrar-se num quadro clínico presente no DSM-IV-TR: depressão (11,6%); ataques de pânico (10,5%); ansiedade generalizada (7,4%); anorexia e bulimia (5,3%); perturbação da adaptação (5,3%).

Wong et al (2006) numa pesquisa em que aplicou um questionário via web (*web-survey*) a 28.773 estudantes de dez instituições de ensino superior de Hong Kong, tendo obtido 7.915 (27,5%) respostas, os resultados revelaram médias elevadas do DASS (Depression Anxiety Stress Scale), sugerindo que a amostra sofre mais de depressão, ansiedade e *stress* que outras amostras populacionais – locais e internacionais.

A maioria dos estudos sobre estas temáticas, neste universo, tem em comum o facto de haver uma elevada percentagem de alunos com níveis significativos de sintomatologia psicopatológica. Mesmo tendo em conta que as diferentes circunstâncias e os diferentes instrumentos de cada estudo não permitem serem feitas comparações directas, o que parece ser mais evidente é que os valores do número de estudantes com problemas e com sintomatologia clinicamente significativa são relativamente elevados (entre 20 e 40 %) (Santos, 2011), sendo que os principais problemas mencionados são perturbações do humor, da ansiedade, perturbações alimentares, perturbações ligadas ao uso e abuso de álcool e de substâncias psicoactivas, esquizofrenia e automutilação (Royal College of Psychiatrics, 2003; Sharkin, 2006).

Por fim, Santos (2011) citando Kessler et al (1995), refere que 80 % dos estudantes diagnosticados com um problema na saúde mental abandonaram o seu percurso académico no ensino superior, o que torna este problema, no actual contexto do ensino superior, um tema actual e com necessidade de rápida intervenção.

2.1.6 As variáveis sociodemográficas e académicas

Procurando dar algum alinhamento com estudos anteriores na abordagem à saúde mental dos estudantes do ensino superior, nomeadamente com o estudo de Santos (2011)[2], iremos abordar as questões da Saúde Mental (depressão e ansiedade) e os comportamentos de risco em relação às diferentes variáveis em estudo: género, idade, ano académico, área de curso, alunos deslocados e estatuto socioeconómico.

Género

Os estudos atribuem um maior sofrimento psicológico e maior sintomatologia de problemas de saúde mental ao género feminino (Rocha e Debert-Ribeiro, 2001; Evans e Steptoe, 2002; EU-WMH, 2009; Vlassoff, 2007; Afifi, 2007; Santos et al, 2009b; Freeman e Freeman, 2013).

[2] Um dos aspectos mais mencionados nos diferentes estudos sobre a Saúde Mental nos estabelecimentos de Ensino Superior, é a falta de alguma uniformidade na utilização de instrumentos que possam dar uma melhor perspectiva dos resultados obtidos e, também, para uma melhor caracterização desta problemática num espaço geográfico mais alargado

Idade

A adolescência e os jovens adultos, são duas importantes fases na relação com a saúde mental. Se por um lado autores como Schulenberg e Zarret (2006) sugerem que entre os 18 e os 25 anos se estabelece um aumento gradual do bem-estar, já Leffet e Peterson (1995) referem que é nesta fase que as perturbações mentais aumentam com maior frequência (depressão, suicídio, desordens alimentares) atingindo o pico da prevalência entre os 15 e os 25 anos. Da mesma forma Robins et al (1991) aponta esta fase como o período onde surge o aumento das primeiras manifestações de perturbação mental.

Ano académico

A maioria dos estudos efetuados aos estudantes do ensino superior abrange os estudantes de todos os anos. Apesar de o Royal College of Psychiatrists (2003) citado por Santos (2011) referir que há alguma falha na compreensão como a saúde mental e o bem-estar se se comporta ao longo do percurso académico do 1º ao último ano, alguns estudos têm demonstrado que há um decréscimo do bem-estar e da saúde mental com o passar dos anos lectivos (Kiztrow, 2003; Costa et al, 2010; Deeronaram et al, 2010; Santos et al, 2010). Um último especto que poderá merecer um futuro olhar com maior atenção: alguns estudantes finalistas revelam alguma dificuldade em aceitar o final da sua vida académica e a futura transição para a vida profissional por um lado porque irão cortar os laços relacionais com os amigos conquistados ao longo da sua vida universitária e por outro lado irão ter de enfrentar a incógnita de um trabalho (ou desemprego) e o aumento das suas responsabilidades sociais.

Área do Curso

Santos (2011) refere não haver muitos dados relativamente a esta relação entre a área do curso e a saúde mental. Talvez por uma questão de proximidade e a facilidade de acesso, os estudantes dos cursos da área de Saúde – em especial de medicina e enfermagem – são os que surgem em maior evidência nos estudos disponíveis. E, de certa forma, paradoxalmente são os que apresentam piores níveis de saúde mental quando comparados com os colegas de outros cursos (Dyrbe, et al, 2006; Robert e Almeida, 2011; Figueira, 2013). Estudos revelam ainda que os estudantes das áreas de Artes têm os níveis de saúde mental mais baixos (Cooke et al, 2006) enquanto os das áreas de Engenharias são os que têm melhores níveis de saúde mental.

Alunos Deslocados

Os estudos sugerem tanto a importância do permanecer na residência familiar para a saúde mental (Costa e Leal, 2004; Seco et al, 2007) como não encontram diferenças significativas entre os deslocados e não deslocados (Canha, 2009; Luz et al, 2009).

Estatuto Socioeconómico

Para Hudson (2005) há uma relação positiva entre o estatuto socioeconómico e a saúde mental. Os estudantes com estatutos sociais e económicos mais baixos tendem a apresentar níveis de saúde mental mais baixos (Eisenberg et al, 2007).

2.1.7 Resposta das Instituições

Em qualquer população há sempre mais pessoas com problemas de saúde mental ou perturbações mentais do que aquelas que procuram ajuda especializada nos serviços de saúde ou mesmo junto de profissionais especializados na área da Saúde Mental e Psiquiátrica (Goldberg e Huxley, 1992). As razões poderão ser de várias ordens, de onde se destacam duas: ou alguns desses indivíduos conseguem lidar com os seus problemas de forma eficaz ou com ajuda e apoio mais informal (família, amigos); ou há relutância na procura de ajuda (desconhecimento, estigma, vergonha) (Leach, 2003).

Em relação aos estudantes universitários, existem diversas razões pelas quais os estudantes com problemas de saúde mental tenham relutância em procurar ajuda, apoio ou aconselhamento. Se por um lado haverá uma possível crença de que conseguem lidar com os seus problemas ou que eles irão desaparecer, por outro há duas barreiras muito fortes: o receio do tipo de resposta que possa ser dada ao seu problema; e o forte estigma que ainda recai sobre a saúde mental e as suas perturbações (Leach, 2003).

Um significante número de estudantes vê a necessidade de procurar ajuda como uma fraqueza ou algo a esconder e não como uma via válida de abordar os seus problemas. Como resultado alguns estudantes não irão receber qualquer tipo de apoio enquanto outros irão deixar arrastar a sua situação até níveis mais graves, profundos e difíceis de tratar. Uma das principais razões apontadas por alguns estudantes porque não recorrem aos serviços de apoio é devido ao meio académico ser altamente competitivo e o receio que isso possa afectar futuramente a sua carreira profissional.

Com base numa investigação feita pela Oxford Student Mental Health Network (OSMHN) (Leach, 2003) são as seguintes as principais crenças que afectam a disposição dos alunos na procura de ajuda para os seus problemas de saúde mental:

- *Falar sobre o assunto não ajuda*
- *Poderá afectar o meu percurso académico/profissional*
- *Toda a gente irá saber*
- *Irei ser hospitalizado*
- *Eu consigo resolver o meu problema*
- *Estigma sobre a saúde mental*
- *Eu não tenho qualquer problema*
- *O meu problema não é assim tão grave*
- *Se ignorar o problema, ele irá desaparecer*
- *Não há nada a fazer.*

Para alguns estudantes com problemas de saúde mental, os amigos e os funcionários (docentes e não docentes) da instituição onde estuda são uma importante fonte de aconselhamento e incentivo para a procura de ajuda profissional. De um modo geral estes estudantes apresentam ainda alguma capacidade de discernimento e autoavaliação o que lhes permite aceitar o conselho de pessoas da sua referência e ir à procura de ajuda. No entanto há outra faixa de estudantes em que a não procura de ajuda já poderá, por si só,

ser reveladora da deterioração da sua situação. Ainda segundo OSMHN (Leach, 2003) o protelar a procura da ajuda por parte dos estudantes universitários com problemas poderá significar o agravamento dos seus problemas de saúde mental:

- *O estudante tende a isolar-se*
- *O estudante permanece em sofrimento*
- *Os outros estudantes (em especial os mais próximos) sofrem igualmente*
- *Outras pessoas em seu redor perdem a paciência*
- *O(s) problema(s) agrava(m)-se*
- *O(s) problema(s) persiste(m) indefinitivamente*
- *O estudante tem fraco rendimento escolar*
- *O estudante abandona os estudos.*

Diversos estudos revelam o aumento dos problemas na saúde mental dos estudantes. E as instituições de Ensino Superior, conscientes deste agravar da saúde mental e da necessidade de prestar aconselhamento, orientação e psicoterapia, têm procurado acompanhar aumentando os serviços de apoio psicológico a disponibilizar aos estudantes (Santos, 2011).

A intervenção de apoio psicológico, a este nível institucional, tem por objectivo a promoção do bom desenvolvimento dos estudantes assim como a prevenção das perturbações. Mas também deve estar atento àqueles que estão em risco ou apresentam problemas de forma a poder dar apoio mais terapêutico e, em caso de necessidade, o encaminhamento para os serviços especializados das unidades hospitalares (RESAPES, 2002).

Para Gonçalves e Curia (1988) citados por Santos (2011), são três os tipos de apoio prestados aos estudantes universitários:

1. Serviços Remediativos

Consistindo em apoio terapêutico ou psicoterapia aos jovens com problemas que careçam de atenção profissional imediata e que poderão conduzir a situações de depressão, abandono escolar ou suicídio.

2. Serviços Preventivos

Em que se procura identificar e controlar factores de risco tentando assim diminuir a incidência de determinados problemas. Neste tipo de apoio elaboram-se programas de promoção e educação para a saúde para os momentos de maior impacto como a entrada na universidade ou a saída da universidade.

3. Serviços de Desenvolvimento Pessoal

Indo além da identificação dos factores de risco, há a procura de optimização do desenvolvimento psicológico no sentido de ajudar os estudantes a alcançarem o seu potencial máximo.

As instituições têm assim duas áreas onde actuar: uma quando os estudantes pedem ajuda; outra na prevenção. Com a primeira respondem aos problemas de saúde mental dos seus estudantes preocupando-se e protegendo-os, proporcionando não só bem-estar académico mas também o seu desenvolvimento pessoal. Com a segunda faz-se a aposta em programas de gestão de *stress*, ansiedade e bem-estar assim como acerca do reconhecimento de sinais de alarme de comportamentos desadequados sintomáticos de distúrbio ou sofrimento mental.

Um outro aspecto a explorar – e que não tem tido grande expressão nas instituições portuguesas – é o envolvimento de outros estudantes – *peer counselling*. Geralmente são os colegas, vistos como mais acessíveis e credíveis (Santos, 2011), que se apercebem dos primeiros sinais ou incentivam o colega com problemas a recorrer aos serviços de apoio.

Os estudos realizados em Portugal têm mostrado o impacto que tem, no sucesso dos alunos no Ensino Superior, a inexistência de competências consideradas adequadas para fazer face aos obstáculos e desafios que irão encontrar ao longo do percurso académico (RESAPES, 2002). Num estudo sobre factores de sucesso/insucesso nos alunos do 1º Ano dos Cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia no Ensino Superior nos anos 1998/2000, mostrou que a maioria dos alunos do 1º ano afirmou ter tido dificuldades relacionadas com os estudos e aprendizagens, com problemas de atenção e concentração e gestão dos tempos de estudo, assim como com problemas de ansiedade (RESAPES, 2002). Outro estudo anterior (1991/1995) que incidiu sobre 537 estudantes de vários estabelecimentos do ensino superior de Lisboa, verificou-se que os jovens com piores resultados estavam mais deprimidos, com menor autoestima e menor capacidade de projectarem o futuro (RESAPES, 2002).

Sendo um facto verificar-se o aumento dos serviços de apoio e orientação nas Instituições de ensino, estes serviços de acompanhamento psicológico deverão ter como objectivo principal apoiar os estudantes nos processos de ensino, aprendizagem e desenvolvimento assim como potenciar as capacidades dos estudantes na prossecução dos seus estudos, situando os seus objectivos específicos a nível da prevenção, do desenvolvimento e do cuidar.

Seja como for, as instituições de Ensino Superior deverão estar atentas e não subestimar o facto de o investimento na Saúde Mental dos estudantes ser muito vantajoso em termos de custos/benefícios quer para as instituições quer para os estudantes quer ainda para a sociedade em geral (Archer e Cooper, 1998).

2.1.8 Perturbações da Saúde Mental nos estudantes do Ensino Superior

A exposição prolongada a situações de conflito ou *stress* pode prejudicar o organismo nomeadamente a cognição e a percepção emocional do ambiente, afectando negativamente a qualidade da vida e a saúde do indivíduo. Sendo consensual que há uma dinâmica entre o cérebro e o corpo que se reflecte no funcionamento de ambos, nomeadamente no comportamento observável pelos outros mas em especial no bem-estar do indivíduo, um vasto número de perturbações físicas e mentais podem ser iniciados, mantidos ou agravados pelas situações stressantes ou conflituosas. É também sabido que o ambiente universitário se caracteriza como stressante, competitivo e não sendo, por isso,

de estranhar a presença de perturbações mentais entre os estudantes universitários algo que é reconhecido mundialmente (Patrícia et al, 2009).

Galli et al (2002) num estudo efectuado a 250 alunos de quarto, quinto e sexto ano do curso de medicina da Universidade de Lima, encontraram uma frequência de 45,6% de estudantes com alguma patologia psiquiátrica, enquanto Savedra et al (2002) encontraram uma prevalência de 23,5% de perturbações psiquiátricas com especial destaque para a ansiedade e depressão numa população não universitária entre os 18 e os 24.

Estima-se que entre 15% a 25% dos estudantes universitários sofram de algum tipo de transtorno mental durante o tempo que decore a sua formação académica (Eric et al, 1988; Adewuya et al, 2006) nomeadamente perturbações da ansiedade e depressão (Hahn e Ferraz, 1998; Milan et al, 1995).

Mesmo sendo a entrada para a universidade um momento de grande alegria, não invalida que seja um acontecimento de tensão para alguns estudantes (Wong et al, 2006) em especial para os alunos do primeiro ano que são considerados de maior risco perante os novos desafios e situações de tensão e que mais sofrem num período de transicção para a vida académica universitária (Voelker, 2003).

Tal como qualquer outro jovem adulto, os estudantes universitários têm de lidar não só com as suas alterações (físicas, psicológicas e psicossociais) próprias de um desenvolvimento natural e da preparação para a autonomia, como têm ainda que lidar com as exigências académicas e sociais que vão encontrar no seu percurso formativo (Al-Qaisy, 2011). Trata-se pois de um período sensível na vida do jovem a ponto de ser considerado importante e essencial o desenvolvimento de sistemas e métodos de intervenção que permitam apoiar os estudantes e ajudar a prevenir ou a reduzir os problemas de saúde mental (Gjerde, 1993). Num estudo de Edwards e Holden (2001) constatou-se que os estudantes que procuraram os serviços de apoio e aconselhamento psicológico referiam em primeiro lugar problemas de ansiedade, seguindo-se as preocupações académicas e em terceiro a depressão.

Diversos estudos sugerem a vulnerabilidade de parte dos estudantes universitários a problemas de saúde mental (Stanley e Manthorpe, 2001), assim como altas taxas de morbilidade psicológica especialmente depressão e ansiedade (Voelker, 2003; Adewuya et al, 2006; Nerdrum et al, 2006; Ovuga et al, 2006).

Para Brackney e Karabenick (1995) elevados níveis de angústia conjugados com mecanismos de *coping* limitados tendem a tornar os estudantes menos capacitados para lidar com as exigências académicas e sociais da vida universitária. As mudanças ou modificações na vida do jovem que entrou para a universidade, assim como as pressões inerentes à vida académica poderão funcionar como factores desencadeadores, entre outros problemas, de saúde mental, episódios depressivos e crises de ansiedade nos estudantes mais vulneráveis e, implicitamente, interferir na sua vida interpessoal e no seu desempenho académico (Hysenbegasi, Hass e Rowland, 2005).

O Council Report (2003) destaca o aumento do número de estudantes com sintomas de transtorno mental, o facto de os problemas na saúde mental nos estudantes poderem ser profundamente prejudiciais para o seu desenvolvimento psicossocial e para a sua

educação, assim como poderem ser também prejudiciais para com outros estudantes e a própria instituição. O mesmo relatório procura justificar este aumento da procura de ajuda por parte dos estudantes com problemas na sua saúde mental com o rápido aumento do número de estudantes entrados para o ensino superior; com a progressiva aproximação das características da população universitária com a população geral; com o facto de populações universitárias anteriores terem exibido menos incidência de problemas de saúde mental; e ainda, não menos importante, os jovens estarem mais despertos e atentos para identificar, divulgar e procurar ajuda para os problemas de saúde mental.

Os efeitos deste aumento sentem-se nos próprios estudantes e tem um impacto negativo na sua própria educação mas também nos colegas, na família e na instituição. Afastados de casa, da família, dos amigos, inseridos num ambiente estranho e, muitas vezes, culturalmente diferente, é um desafio adicional para os estudantes que, na sua maioria, está ainda a sofrer alterações próprias da idade. Com esta inserção num novo ambiente aumentam as responsabilidades do estudante que, até então, poucas tinha: gerir horários e o estudo, a casa ou quarto, as limpezas, a alimentação, as finanças. Além disso e talvez a mais importante o estabelecer e gerir as novas relações. Estes são potentes factores que poderão provocar desequilíbrios ou perturbações mentais nos estudantes mais frágeis ou susceptíveis às pressões ambientais e que a falta de uma estrutura de vigilância ou supervisão resulta em situações problemáticas e passarem desapercebidas.

Outro aspecto a ter em conta é o facto de a vida académica, com as suas vicissitudes, poder agravar problemas de saúde mental ou mesmo perturbações mentais pré-existentes. Estas vicissitudes têm também sofrido um agravamento nos últimos anos: restrições financeiras, aumento da competitividade, maior especialização, aumento do desemprego. Logo jovens mais vulneráveis irão sofrer mais e precisarão de maiores níveis de apoio.

Em termos epidemiológicos não é consensual a obtenção de dados que possam caracterizar o estado da saúde mental dos estudantes universitários. Dois aspectos são logo diferenciados de país para país: a metodologia de investigação (os instrumentos utilizados não são idênticos) e as próprias definições de problemas de saúde mental não coincidentes (havendo quem se refira a perturbações mentais enquanto que outros referem problemas mentais). De um modo geral "perturbações mentais" referem-se ao conjunto de síndromes que poderão ser utilizados para estabelecer um diagnóstico enquanto os "problemas mentais" ou "problemas de saúde mental" referem-se a um conjunto de sintomas ou comportamentos problemáticos.

O Council Report (2013), nesse sentido, enfatiza o facto de haver bastantes limitações na literatura acerca de investigações sobre problemas de saúde mental entre estudantes do ensino superior, destacando os estudos incidirem sobre dados auto-referidos através da aplicação de questionários validados e, principalmente, pelo facto de os estudos focarem mais os sintomas do que as perturbações propriamente ditas.

Num estudo com 300 estudantes de dez universidades Webb et al (1996), aplicando o HAD (Hospital Anxiety and Depression) as pontuações obtidas identificaram 12% dos homens e 15% das mulheres com níveis elevados de depressão, enquanto na Universidade de Leicester, através do Student Psychological Health Project (Leicester University, 2002), numa pesquisa a mais de 1000 estudantes do segundo ano entre 1998 e 2001

utilizando o Brief Symptoms Inventory (BSI) encontraram 13% dos estudantes moderadamente deprimidos.

Mkize et al (1998) através do Beck Depression Inventory (BDI) detectaram que 14% dos estudantes universitários sul-africanos estavam, moderada ou severamente, deprimidos.

Numa outra investigação em Oxford, Sell e Robson (1998) encontraram 10% de estudantes com desordens alimentares, enquanto o estudo da Leicester University (2002) detectou 4% dos estudantes que induziam o vómito pós alimentar e 2% que ingeriam laxantes e diuréticos para controlar o peso.

Os estudantes universitários começam a ser vistos como uma população em risco, tendo em conta os estudos e as investigações feitas acerca dos seus comportamentos e da sua saúde mental (Santos, 2011). No entanto esta preocupação, relativamente recente, com o universo estudantil e seus comportamentos e problemas de saúde mental, deriva, na sua maioria, de dados dos serviços de apoio e aconselhamento psicológico das instituições. Estes dados mostram que os principais motivos para pedir ajuda são ansiedade, depressão, comportamentos suicidas, auto-mutilação, abuso de substâncias, perturbações alimentares e comportamentos psicóticos (Kadison e DiGerónimo, 2004; Sharkin, 2006) e que coincidem com os dados apresentados pela RESAPES (2002).

É frequentemente relatado nos estudos que tem aumentado o número de estudantes que recorrem aos serviços de apoio e aconselhamento. No entanto há também um número significativo dos que não procuram ajuda mesmo apresentando sintomatologia expressiva (Turner et al, 2007). Daí que seja imprescindível estar atentos também aos estudantes que não recorrem aos serviços de apoio, perceber quais são as semelhanças e as diferenças com os que estão identificados com problemas de saúde mental (Sharkin e Coulter, 2006).

O que a maioria dos estudos abordados tem em comum é a elevada percentagem de estudantes com níveis de sintomatologia psicopatológica. Mantendo-se o problema das comparações – em parte devido, como já foi referido anteriormente, aos instrumentos utilizados – os resultados apontam para valores que se situam entre os 20% e os 40% de estudantes com sintomatologia clínica significativa, dos quais se destacam as perturbações do humor, perturbações da ansiedade, perturbações alimentares, perturbações ligadas ao uso e abuso de álcool e substâncias psicoactivas, esquizofrenia e auto-mutilação (Royal College of Psychiatrics, 2003; Sharkin, 2006).

Se já se encontram disponíveis estudos sobre diferentes sintomatologias psicopatológicas entre estudantes, há no entanto lacunas quanto à perspectiva positiva da saúde mental como seja o bem-estar (Santos, 2011). Algumas investigações apontam para o facto de os estudantes com boa saúde mental serem melhor sucedidos em termos académicos – o que também influencia as suas capacidades sociais, emocionais e as próprias tomadas de decisão. Estudos mostram igualmente que os níveis de bem-estar dos estudantes são inferiores aos da população em geral (Stewart-Brown et al, 2000; Roberts e Zelenyanski, 2002;), em especial no que diz respeito à satisfação com a vida (Cummins, 2003; Vaez, Kristenson e Laflamme, 2004). Segundo Santos (2001) citando Bertoquini e Ribeiro (2006) os estudantes universitários, em Portugal, aparentam estar satisfeitos com a vida – familiar, afectos e saúde – mencionando apenas algumas dificuldades na vida académica.

É através das dificuldades académicas e dos comportamentos que apresentam que os professores, funcionários e os próprios estudantes reconhecem que os aspectos relativos à saúde mental têm um impacto muito importante no desempenho académico. Um estudo efectuado nos EUA junto a 28.000 estudantes no sentido de procurar saber quais os factores que afectariam o desempenho académico, constatou-se que grande percentagem desses factores estava relacionada com problemas psicológicos – *stress*, perturbações do sono, problemas familiares, dificuldades relacionais, depressão e ansiedade, uso e abuso de álcool e substâncias psicoactivas (ACHA, 2002).

As consequências dos problemas de saúde mental são de diversos tipos e níveis de gravidade, manifestando-se quer a nível pessoal (funcionamento físico, emocional, cognitivo e académico) quer a nível interpessoal e/ou institucional (Andrew e Wilding, 2004; Vaez e Laflamme, 2008). As próprias instituições estão, directa ou indirectamente, envolvidas nesta problemática pois, cada vez mais, vêem-se confrontadas com a necessidade de promover o sucesso académico, o combate ao abandono escolar e, em simultâneo, atrair novos estudantes, mostrando condições favoráveis para o estudo e formação profissional (Stanley e Monthorpe, 2001).

A morbilidade psiquiátrica em estudantes universitários representa um problema de saúde pública e tem repercussões importantes quer para a Universidade quer para a própria política de saúde mental (Al-Qaisy, 2011) pelo que é essencial compreender o impacto deste fenómeno quer na qualidade de vida do estudante quer ainda a nível educacional (baixo rendimento académico, insucesso e abandono escolar) e no sucesso profissional.

2.2 DEPRESSÃO

2.2.1 Conceito e classificação

A depressão é, provavelmente, a mais antiga e mais frequente das perturbações psiquiátricas diagnosticadas (Townsend, 2011). A existência de um período de tristeza ou desânimo é comum entre os indivíduos, sendo uma resposta normal às desilusões ou frustrações do dia-a-dia. São episódios de curta duração enquanto dura o processo de adaptação à perda, alteração ou fracasso (seja real ou percebido) que foi experienciado. A depressão, como quadro patológico, ocorre quando este processo de adaptação não é eficaz.

O Relatório Mundial de Saúde (2008) indica expressamente que a urbanização, o envelhecimento populacional e as mudanças de estilos de vida formam uma combinação entre si tornando as patologias crónicas e não transmissíveis - como por exemplo a depressão – cada vez mais importantes na morbilidade e mortalidade.

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual os Mental Disorders – Text Review, 4ª edição (DSM-IV-TR, p. 349), o transtorno depressivo major – depressão – caracteriza-se por um período mínimo de duas semanas durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades. Nas crianças e adolescentes, o humor pode apresentar-se irritável ou rabugento em vez de triste. O indivíduo pode ainda experienciar pelo menos quatro sintomas adicionais: alteração do

apetite, do peso, do sono e da actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

As pesquisas têm demonstrado que há uma relação inversa entre a qualidade de vida e a intensidade da sintomatologia depressiva (Rubio, 2002; Elliot et al, 2003), entendendo-se por qualidade de vida a percepção que o individuo tem sobre a sua vida inserido num contexto cultural e de sistema de valores assim como se rege para poder alcançar os seus objectivos e a gerir as suas próprias expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995).

A faixa etária dos 18 aos 24 anos, período de transicção da adolescência para a vida adulta, é um período com alguma escassez de investigação no que toca à depressão (Lopez et al, 2010). Esta transicção é uma passagem de uma etapa para outra que implica mudanças e como todas as mudanças, em si mesmo, podem ser consideradas momentos de crise que, neste caso, representam a busca de uma nova identidade enquanto adulto jovem, facto que Rubio (2002) refere como estando entre os factores de risco associados à depressão.

Um indivíduo deprimido sente-se triste, desamparado, desanimado ou abatido. No entanto muitas pessoas com depressão negam a existência de tais sentimentos que podem surgir de outras maneiras: raiva persistente, ataques de ira, constante culpabilização dos outros ou, uma das manifestações mais comuns, inúmeras dores corporais sem causa médica que as justifiquem (Morais et al, 2010). Podem ainda ocorrer perda de interesse por actividades que antes dariam prazer, passatempos, contactos sociais ou desporto. Ou, no caso dos estudantes, baixa de rendimento académico ou apresentação de comportamentos estranhos ao individuo: desleixo do cuidado pessoal, isolamento, intoxicação alcoólica recorrente, entre outros.

Tendo um conjunto de características comuns, é preciso ter em conta que o termo depressão engloba outras perturbações que se distinguem pela duração, severidade, número de sintomas depressivos, com ou sem alternância de momentos de euforia. Assim, dentro das perturbações do humor podem encontrar-se as perturbações depressivas ou depressão unipolar (que envolvem unicamente a depressão) e as depressões bipolares (que envolvem períodos de depressão e presença de um ou mais episódios de mania) (APA, 2006). As perturbações depressivas incluem a Perturbação Depressiva Major, a Distimia e a Perturbação Depressiva sem Outra Especificação, sendo a primeira a mais severa e com tendência para se tornar recorrendo ou crónica. A Distimia embora menos severa caracteriza-se pela sua extensão temporal (duração de pelo menos dois anos). A terceira, como a própria designação indica, é uma perturbação depressiva que não se enquadra em nenhuma das outras duas situações.

A depressão é uma das perturbações mentais mais prevalecentes e com consequências mais devastadoras para o individuo – pessoais, profissionais e sociais, sendo actualmente a quarta causa de incapacidade em todo o mundo, prevendo-se que entre 2020 e 2030 se torne a segunda e a primeira, respectivamente, causa incapacitante (Murray e Lopez, 1997). Só a perturbação depressiva major afecta cerca de 10% da população americana (International Society for Mental Health Online, 2004). Na Europa, estudos realizados no âmbito do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (WHO Europa, 2008) indicam

estar a ocorrer um aumento das doenças mentais e que afectam 11% da população europeia, com quase 50% dessas doenças a ter início na adolescência e atinge 10% a 20% da população de jovens adultos. Os diagnósticos clínicos com maior predominância são as perturbações da ansiedade e do humor (Fonseca et al, 2013) enquanto os estudos de Estupiña et al (2012) encontram uma percentagem de 50% de perturbações da ansiedade, do humor e relacionais na população espanhola. Num outro estudo com uma população austríaca, Pirkis et al (2011) mostra uma distribuição por quadros depressivos (29,8%), ansiosos (15,6%) e de co-morbilidade ansiosa e depressiva (26,8%), para 42 % dos participantes com idades compreendidas entre 18 e 25 anos de idade.

Em Portugal o 1º Relatório sobre o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental em Portugal de 2013 (estudo como parte da World Mental Health Survets Iniciative [WMHSI]), coordenado pelo Professor Doutor Caldas de Almeida, mostra, entre outros resultados, que as perturbações de ansiedade são o grupo que apresenta prevalência mais elevada (16,5%), seguindo-se o grupo das perturbações do humor (7,9%). No que se refere às perturbações psiquiátricas encontradas com mais frequência, são fobias específicas (8,6%), perturbação depressiva major (6,8%), perturbações obsessiva-compulsiva (4,4%), fobia social (3,1%) e perturbações pós-stress traumático (2,3%). As perturbações de abuso e dependência de álcool representam uma prevalência de 1,6%.

A depressão atinge indivíduos de todas as idades e estratos sociais mas no grupo dos adultos jovens (18 aos 25 anos) a incidência e a prevalência cumulativas dos perturbações depressivos são mais elevados que em qualquer outro grupo etário (Blazer et al, 1994; Kessler e Walters, 1998) sendo reforçado com o facto de haver estudos que indicam que um terço das pessoas com depressão major diagnosticada afirmou que o primeiro episódio ocorreu antes dos 21 anos (Andrews, Szabo e Burns, 2002). Um estudo longitudinal mostrou que os indivíduos que entraram na vida adulta com elevados níveis de sintomatologia depressiva, mantiveram esses níveis durante os anos seguintes (Salmela-Aro, Annola e Nurni, 2008).

Na génese da depressão está a interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais. Há factores biológicos como alterações nos neurotransmissores mais concretamente no funcionamento da serotonina, norepinefrina e dopamina (Baldwin e Birtwistle, 2002), alterações que poderão ocorrer por via genética ou hereditária (Levinson, 2006). Sendo estes factores biológicos relevantes na origem das perturbações depressivos, há ainda a considerar os factores psicológicos como sejam eventos negativos, abusos emocionais ou físicos, situações de elevada tensão, pressão e que poderão ser factores fundamentais ao provocar desgaste psicológico e aumentar a vulnerabilidade para as perturbações psicopatológicos. Esta vulnerabilidade aumenta se se verificar uma persistente e importante falta de suporte social (Paykel, 1994).

Há ainda dois outros factores a ter em conta na origem do distúrbio depressivo no indivíduo: o primeiro é o consumo de álcool e drogas na adolescência (Smith e Blackwood, 2004; Fergusson, Boden e Horwood, 2009). O segundo são as características psicológicas como o neuroticismo (Santos, 2011), traço de personalidade que se caracteriza por uma emocionalidade ou instabilidade emocional e vulnerabilidade ao *stress* que tem sido associada à depressão (Roberts e Kendler, 1999; Mulder, 2002; Song et al, 2008).

Há um vasto conjunto de estudos que apontam para a associação entre as perturbações depressivos e vários comportamentos de risco (Verger et al, 2009) em grupos populacionais (como sejam os adultos jovens): tabagismo, alcoolismo, ausência de actividades físicas/desposto, sedentarismo, hábitos alimentares pouco saudáveis. Outros estudos sugerem que os comportamentos de risco tendem a agrupar-se ou a co-ocorrer ao invés de serem actos isolados (Rosal et al, 2000).

Num estudo transversal na população francesa, Verger et al (2009) aplicaram o The Decennial Health Survey a 17.355 indivíduos com o objectivo de estudar como se relaciona a co-ocorrência de vários comportamentos de risco (alimentação pouco saudável, sedentarismo, uso de tabaco e álcool). As principais conclusões apontaram para a influência da depressão nos comportamentos de risco, como por exemplo a anedonia (um dos sintomas centrais da depressão) que poderá ser responsável pela diminuição do interesse na própria saúde do indivíduo e pela menor receptividade às mensagens da educação para a saúde, assim como aumentar as dificuldades em para de fumar ou beber ou em iniciar actividades físicas. Ainda segundo os mesmos autores há uma co-morbilidade substancial entre a depressão e o excesso de consumo de bebidas alcoólicas. O alcoolismo surge muitas vezes secundariamente à depressão ou ansiedade, sendo o álcool usado como forma de minimizar os efeitos do afecto negativo. Conclui o estudo que é possível que a depressão altere a própria percepção do risco associado aos comportamentos.

2.2.2 Sintomatologia

A vida universitária oferece a possibilidade de vivenciar novas experiências e, inclusivamente, a ocorrência de mudanças significativas no estudante. Se por um lado é, geralmente, uma perspectiva positiva, por outro (e para outros) tem a sua carga de tensão e *stress*, que poderão funcionar em sentido contrário à positividade da experiência académica. Se esse afecto negativo, resultante de diversos factores, for prolongado, pode interferir na vida interpessoal e intrapessoal, no funcionamento académico e social e dar origem a perturbações depressivos. Estes apresentam um conjunto de sinais e sintomas que muitas vezes não são reconhecidos, pelo menos precocemente.

A depressão pode afectar o corpo, o humor, os pensamentos e os comportamentos. Pode alterar os hábitos alimentares, a forma como se sente e pensa, a capacidade de trabalhar ou estudar, a forma como se interage com os outros. Da mesma forma que não é um estado de espírito, um sinal de fraqueza ou algo que se consegue afastar apenas pelo facto de querer.

As perturbações depressivas apresentam-se de diferentes formas, variando conforme o indivíduo, o número, a gravidade e a duração dos sintomas.

<u>Depressão Major</u>

Sendo uma combinação de sintomas que interferem com a capacidade de funcionar do indivíduo – trabalhar, dormir, comer, ter prazer no que faz. Os sintomas mais frequentes são:

- Tristeza, ansiedade e sensação de vazio;
- Diminuição da energia, fadiga e lentificação psicomotora;
- Diminuição do interesse ou prazer em actividades habituais;
- Alterações do apetite ou do peso (para mais ou para menos);
- Perturbações do sono (insónia, dormir em excesso, acordar mais cedo que o normal);
- Sentimentos de desespero, culpa ou inutilidade;
- Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio;
- Dificuldades na concentração, na tomada de decisões ou de memória;
- Irritabilidade ou choro compulsivo;
- Dores crónicas ou dores sem uma explicação física;

Distimia

Menos intensa que a depressão major apresenta-se mais prolongada no tempo, com sintomas crónicos menos severos mas que impedem o indivíduo de funcionar plenamente e de se sentir bem. Os sintomas incluem, além do humor depressivo, pelo menos dois dos seguintes sintomas:

- Alteração do apetite (para mais ou para menos);
- Alteração do sono (insónia ou hipersónia);
- Fadiga ou pouca energia;
- Baixa auto-estima;
- Dificuldades de concentração ou de tomar decisões;
- Sentimento de falta de esperança;
- Sentimento de desvalorização;

2.2.3 Perturbações Depressivas nos Estudantes do Ensino Superior

As pesquisas sobre a saúde mental nos estudantes universitários têm mostrado que estes são sujeitos a elevados níveis de *stress* (psicológico) com relatos que apontam entre 10% e 50% de estudantes clinicamente atingidos (Stewart-Brown et al, 2000; Dyrbye et al, 2006). Tem-se verificado, por isso, um crescente número de investigações em estudantes universitários que, mesmo não sendo consensual, são para alguns autores considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais (Michael et al, 2006; Vazquez e Blanco, 2008).

Como já foi referido anteriormente, a transição para a vida académica implica mudanças e pressões que poderão funcionar como factores desencadeadores de episódios depressivos nos jovens estudantes mais vulneráveis, o que irá ter influência negativa na sua vida interpessoal e académica (Hysenbegasi, Hass e Rowland, 2005). Se muitos

estudantes encaram o novo contexto com naturalidade e como algo positivo pelo que não sentem grandes dificuldades no processo de adaptação, já para muitos outros estudantes universitários esse processo de adaptação pode traduzir-se em elevados níveis de *stress* que estarão na base de problemas de saúde mental (Bouteyre el al, 2007; Michael et al, 2006).

Num estudo de Bouteyre et al (2007), realizado em França com 233 estudantes universitários, verificou que 41% sofria de sintomas depressivos enquanto numa outra investigação com 1743estudantes, Verger et al (2009) verificou uma prevalência de mal-estar psicológico associado com o aumento do risco da ansiedade e depressão, 15,7% em jovens do sexo masculino e 33% do sexo feminino.

Bayran e Bilgel (2008) ao estudar a população universitária turca, encontrou níveis de depressão moderada ou com elevada severidade em 27,1% e de ansiedade 47,1%. Estudo idêntico com 1296 estudantes nigerianos, 8,3% apresentava perturbação depressiva e 2,7% perturbação depressiva major (Adewuya et al, 2006).

Estudos noutros países revelaram valores para perturbações depressivos preocupantes: pontuações $\geq$ 35 no BDI-M (Beck Depressive Inventory – Modified) na Alemanha (26,7% para o sexo feminino, 22,8% para o sexo masculino), Dinamarca (24,9% para o sexo feminino, 12,1% para o sexo masculino), Polónia (45,5% para o sexo feminino, 27,3% para o sexo masculino), Bulgária (42,9% para o sexo feminino, 33,8% para o sexo masculino) (Mikolajczyk et al, 2008).

Um estudo mais alargado em 23 países mostrou uma larga variação nos sintomas depressivos, cujos sintomas moderadamente severos estavam presentes em um em cada cinco estudantes, distribuídos da seguinte forma: sintomas depressivos com baixos níveis na Europa Ocidental, Norte e Sul dos EUA; níveis intermédios na Europa Central e Oriental; níveis elevados nas amostras do Pacífico-Asiático (Steptoe et al, 2007).

No Brasil estudantes da Universidade Federal da Uberlândia foram avaliados com o Beck Inventory apresentaram uma prevalência de sintomas depressivos de 79%, sendo 29% de grau leve, 31% de grau moderado e 19,25% de grau elevado (Rezende et al, 2008) e em Espanha dos 4821 estudantes universitários da Universidade Católica de Murcia, 55,6% apresentavam sinais de depressão (Galindo, Moreno e Muñoz, 2009).

Em Portugal um estudo efectuado por Campos e Gonçalves (2004) com 538 estudantes universitários com a aplicação de uma versão experimental do BDI-II (Beck Depression Inventory II) encontraram 9% dos estudantes (6% masculino e 10% feminino) disfóricos ou deprimidos. Num estudo mais recente, Santos (2011) investigou 666 estudantes do 1º Ciclo da Universidade de Aveiro, aplicando, entre outros, o Inventário de Depressão em Estudantes Universitários, tendo encontrado 15% dos estudantes com sintomatologia depressiva e 26% com elevados níveis de *stress*.

Mais antigo, um projecto de investigação financiado pelo JNICT (1991/95) que pretendia verificar a existência nos estudantes universitários com dificuldades desenvolvimentais semelhantes às dos estudantes que procuravam ajuda e acompanhamento, os resultados mostraram que entre os 537 estudantes de diversos estabelecimentos de Ensino Superior de Lisboa os que apresentavam ou referiam piores resultados escolares estavam mais

deprimidos, tinham menor auto-estima e menor capacidade de projectarem o seu futuro (Dias, 1996 citado por RESAPES, 2002).

Os resultados destes e de outros estudos parecem confirmar o que defendiam Lustman e Sowa (1984) e Vredenburg e O'Brien (1988) ao dizerem que os problemas de saúde mental, nomeadamente a depressão, ser um problema muito comum entre as populações universitárias.

Pereira et al (2000, 2001 e 2002) citados por RESAPES (2002) mostram que na Consulta de Psicologia e Apoio Psicopedagógico dos Serviços Médicos Universitários da Universidade de Coimbra, as razões de procura de ajuda foram, por ordem decrescente: rendimento escolar; depressão; baixa auto-estima; variações do humor; ansiedade aos exames; motivação para o estudo; problemas relacionais.

Sendo uma patologia transversal à sociedade em geral, há determinadas características sociodemográficas que poderão constituir factores de vulnerabilidade acrescida para a depressão como sejam o género, a idade, e, no caso dos estudantes universitários, o ano que frequentam, o curso, o estatuto socioeconómico e o estar deslocado.

No que se refere ao **género**, os estudos epidemiológicos têm mostrado que há uma maior prevalência da depressão nas mulheres que nos homens. Há estudos que mostram que os níveis de depressão chegam a ser o dobro nas mulheres em relação aos homens (Salmela-Aro, Aunola e Nurmi, 2008), sendo o mesmo relatado por Mikolajczyk et al (2008) numa investigação com estudantes universitários de vários países europeus – as mulheres apresentam mais sintomas depressivos que os homens.

Quanto à **idade**, Santos (2011) refere haver poucos estudos e que estes mostram haver alguma relação entre o período de jovem adulto e a sintomatologia depressiva, constituindo assim um período de risco, enquanto Kessler e Walters (1998) afirmam que o período entre os 18 e os 25 anos os indivíduos apresentam uma incidência e prevalência de perturbações depressivas maior que em qualquer outro período etário. Por outro lado Oliver e BurKham (1979) e Lester (1990) citados por Santos (2011) defendem não haver qualquer relação entre a idade e a depressão através de estudos com estudantes universitários.

Em relação ao **ano** escolar frequentado, parece ser o 1º Ano na frequência do curso superior aquele que se afigura como o de maior risco (Adlaf et al, 2001). Há no entanto estudos que apontam direcções diferentes. Se por um lado uns indicam não haver diferenças entre os diversos anos (Cavestro e Rocha, 2006), outros estudos apontam para o facto de os perturbações depressivos aumentarem ao longo do curso frequentado (Christensson et al, 2010) atingindo o pico mais elevado no 4º Ano (Bostanci et al, 2005).

No que diz respeito ao **curso** frequentado, são os cursos de saúde, ciências sociais e ciências naturais os que apresentam maiores prevalências de perturbações depressivos (Santos, 2011) enquanto os cursos de engenharias e de economia os que apresentam menores níveis de perturbações depressivos (Turner et al, 2007).

O estar **afastado de casa** parece ser um factor de maior vulnerabilidade para a depressão nos estudantes (Santos, 2011), podendo funcionar como preditor ou como depressão reactiva à saída de casa e afastamento do seu suporte social e familiar (Hafem et al, 2006).

O factor ou **estatuto socioeconómico** parece ser dos mais consensuais das variáveis, mais concretamente uma correlação negativa entre a depressão e o estatuto socioeconómico (Santos, 2011) ou seja a um baixo estatuto socioeconómico há um aumento ligeiro do risco de episódio inicial de depressão e moderadamente o risco da sua persistência. Sendo um factor preditor válido para a depressão, ao rendimento económico juntam-se outras variáveis como o estado de emprego ou as pressões financeiras, havendo autores que defendem como sendo mais robustos em termos de relação e influência com a depressão (Zimmerman e Katon, 2005). No entanto diversos estudos com estudantes universitários têm mostrado que os sintomas de perturbações depressivos aumentam à medida que um estudo o estatuto socioeconómico baixa (Bostanci et al, 2005), como seja um estudo com estudantes universitários de diversos países (incluindo Portugal) que mostra que os sintomas depressivos forma mais prevalecentes entre os estudantes oriundos de meios menos favorecidos; estes estudantes tinham uma probabilidade de 42% maior de apresentarem níveis de depressão acima dos pontos de corte do que os estudantes com melhores condições financeiras (Steptoe et al, 2007).

Independentemente dos factores adjacentes às perturbações depressivas, as consequências para o estudante universitário podem ser de grande impacto negativo, nomeadamente em dificultar as tarefas desenvolvimentais própria da idade. Os relatos mostram que são os próprios estudantes que reconhecem que os sintomas depressivos impedem o alcance de objectivos de vida (Kuwabara et al, 2007). Em termos académicos as consequências interferem em diversos aspectos: dificuldades de concentração (Lyubomirsky, Kasri e Zehm, 2003), burnout, sensação de exaustão, de incompetência ou incapacidade (Schaufeli et al, 2002) e, inclusive, deterioração no desempenho académico (Andrews e Wlding, 2004). Para Coelho et al (2002) as primeiras áreas a serem afectadas quando os estudantes estão deprimidos são o desempenho cognitivo e académico. Há estudos que evidenciam que os estudantes com menor rendimento académico apresentam mais sintomatologia depressiva que os colegas com rendimento académico mais elevado (Ceyhan et al, 2009).

A própria área social fica afectada, verificando-se uma diminuição da qualidade de vida, a curto e médio prazo (Salmela-Aro et al, 2008) assim como aumento do risco de suicídio (Garlow et al, 2008). Num estudo de Houston et al (2001) concluiu-se que em 70% dos suicídios ocorridos entre os 14 e os 24 anos de idade havia indícios de doença mental, sendo a depressão o diagnóstico mais frequente presente em mais de metade dos casos.

2.2.4 Depressão e Suicídio

De acordo com a WHO (2010) o suicídio é um problema de saúde pública mundial uma vez que, em muitos países, a morte por suicídio situa-se entre as três principais causa de morte em indivíduos dos 15 aos 44 anos e é a segunda causa de morte em indivíduos dos 10 aos 24 anos. A nível mundial o índice de suicídios situa-se em redor dos 16 por cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país.

A literatura tem demonstrado uma distribuição estatística diferenciada nos diversos países entre sexo e grupos etários. Apesar de as taxas mais elevadas serem observadas em idosos do sexo masculino (Minayo e Cavalcante, 2010), o suicídio vem aumentando entre a

população mais jovem, sendo actualmente um grupo de maior risco (Braga e Dell'Agio, 2013). Em países como o Canadá, Áustria, Finlândia e Suíça o suicídio em adolescentes e adultos jovens tem sido tão expressivo que se aproxima de um padrão epidémico (Meneghel et al, 2004), o que torna, para alguns autores, a adolescência um período vulnerável aos comportamentos suicidários (Barros et al, 2006). Nos EUA, em 2006, o suicídio era a terceira causa de morte no grupo etário dos 10 aos 19 anos (Schwartz et al, 2010); na Europa a segunda mais comum na faixa etária dos 15 aos 35 anos (WHO, 2010).

Importa neste momento realçar o facto de diferentes autores não considerarem as estatísticas, sobre a morte por suicídio, confiáveis, não correspondendo à realidade (Braga e Cavalcante, 2013). O número de mortes que consta das estatísticas oficiais têm origem em causas de morte registadas em atestados de óbito sendo que, muitas vezes por pressão (família, comunidade), a causa de morte nem sempre seja clara quanto a ter sido por suicídio ou não (Araújo et al, 2010). Em Portugal tem havido uma imprecisão geral das estatísticas por causas de morte com cerca de 20% de causas mal definidas, o que dá lugar a suicídios mascarados e registados como outras categorias de morte como sejam mortes por acidentes, *overdose* ou causas desconhecidas (Gusmão e Quintão, 2013).

Os comportamentos suicidários não têm uma simples causa pelo que resultam da interacção de múltiplos factores. As evidências científicas têm descrito estes factores como sejam os biológicos, a depressão, o desespero, o isolamento social, o relacionamento pessoal, o desemprego. Factores que, em associação, podem potenciar ou conduzir ao suicídio. No entanto é fundamental perceber-se que os comportamentos auto-lesivos ocorrem, normalmente, no decurso de um acontecimento desencadeante ou marcante e em indivíduos com uma vulnerabilidade acrescida por estes comportamentos suicidários. Isto faz com que o suicídio seja um fenómeno complexo e multifacetado.

A adopção de um comportamento suicidário, em especial nos adolescentes e nos jovens adultos, não deve ser analisado numa perspectiva de desvalorização uma vez que podem ser indicador de uma perturbação mental. Na procura de uma resolução ou fuga de conflitos internos, os jovens podem recorrer ao álcool, às drogas ou a comportamentos sexuais de risco numa tentativa de alívio do seu sofrimento psicológico ou na procura de um equilíbrio interno, sendo estes comportamentos, muitas vezes, manifestações do fenómeno depressivo (Lutz e Warren, 2007).

Para Viana et al (2008), a depressão é o transtorno mental encontrado no maior número de indivíduos em todos os estudos sobre o suicídio que conjuntamente com perturbações afectivos bipolares representam cerca de 45% a 80% dos casos de mortalidade. Por outro lado, Abreu et al (2010) reforçam a importância da depressão mas não deixam de evidenciar a influência nestes comportamentos suicidários de outras perturbações como a ansiedade, a impulsividade, as perturbações do humor e do afecto como factores de risco.

Uma parte significativa da literatura sobre factores de risco entre estudantes concentra-se nos comportamentos suicidas e, de um modo geral, encontra maiores riscos nos estudantes com mais de 25 anos (Silverman et al, 1997), do sexo masculino, como episódios de vitimização sexual, a lidar com questões de identidade sexual, relacionamentos problemáticos (Kisch et al, 2005), com uso de substâncias (Brener et al, 1999) ou outros comportamentos de risco (Barrios et al, 2000).

O baixo nível socioeconómico é reconhecido como factor de risco na população em geral para os problemas de saúde mental (Yu e Williams, 1999). No entanto há poucos estudos ou informações sobre o real impacto do baixo nível socioeconómico nos estudantes universitários para as perturbações de saúde mental ou como factor de risco (Eisenberg et al, 2007). Um desses estudos sobre estudantes universitários britânicos identifica menores níveis de saúde mental nos estudantes com graves restrições financeiras ou naqueles que gastam mais horas em trabalho (*part* ou *full-time*) (Roberts, Golding e Weinreb, 1999).

Ainda no mesmo estudo de Eisenberg et al (2007), os estudantes que revelaram ter crescido em famílias pobres, estavam mais substancialmente (*odds ratio* acima de 3) expostos a desenvolveram sinais positivos de depressão, ansiedade ou a pensamentos suicidas, mostrando que as disparidades socioeconómicas em saúde mental são significativas mesmo em cenários muitas vezes considerados como representantes de um segmento privilegiado da sociedade.

Num outro estudo realizado por Shaffer et al (1996), sobressaíram como características mais comuns nos jovens suicidas a agressividade e o desespero, os sintomas de ansiedade em 10% e 1/3 tinha história de comportamentos de fuga; por outro lado os sujeitos mais velhos eram do sexo masculino, tinham antecedentes de abuso de álcool e outras substâncias e o diagnóstico de depressão major era duas vezes mais elevado no sexo feminino.

A maioria dos estudos efectuados revelam que as perturbações mentais e de dependência de substâncias, são os factores de risco mais poderosos para a conduta e ideação suicida em todos os grupos etários, estando presente em 90% dos suicídios consumados (Mazza e Reynolds, 2001; Esposito e Clum, 2003). Neste quadro destaca-se a vulnerabilidade psicológica ou pobre saúde mental dos jovens que cometeram suicídio, estando consistentemente associado ao acto suicida estados de impulsividade e agressão, depressão, ansiedade, desespero, desvinculação social (Conner et al, 2001). Na mesma linha aos sintomas de depressão e ansiedade, são acrescentados factores de *stress* académico, família e interpessoal como factores de risco comuns para a ideação suicida nos jovens adultos (Gutiérrez et al, 2000; Konick e Gutiérrez, 2005).

Estudos nos EUA sobre o suicídio em estudantes universitários citaram com maior frequência, quanto às razões que contribuem para a ideação e conduta suicida: (100%) o *stress* relacionado com os estudos, os problemas familiares, depressão, desespero ou ausência de soluções; (82%) a ansiedade; (78%) o *stress* económico; (76%) a solidão); (29%) os problemas profissionais ou laborais; os traumas físicos ou psicológicos; (24-26%) o uso de droga e/ou álcool (Westefeld et al, 2005).

Apesar da necessidade de haver um maior número de estudos que forneçam dados que ajudem no desenvolvimento de intervenções dirigidas às necessidades específicas, quer a conduta suicida quer a ideação suicida nos estudantes universitários poderá ser um problema sério. É essencial uma análise das condutas suicidas para avaliar o risco de suicídio na população universitária, identificar precocemente os sintomas e os comportamentos de risco, desmistificar crenças e desenhar programas de prevenção e apoio.

2.3 ANSIEDADE

A ansiedade é um estado normal no indivíduo que resulta de uma reacção normal a algo específico como um sistema de alarme. O que diferencia o estado normal do patológico é a intensidade da ansiedade (Bauer, 2002). A ansiedade generalizada pode ser definida como um estado de inquietação e tensão sem a presença de um objecto (situação ou indivíduo) específico que poderão originar queixas somáticas como dores de estômago ou cefaleias sem qualquer etiologia física (Braconnier, 2000). A ansiedade em excesso é uma reacção emocional desagradável produzida por um estímulo externo considerado pelo indivíduo como ameaçador produzindo alterações fisiológicas e comportamentais. É um sentimento de receio perante algo difuso, vago, incorrecto, mesmo indefinido e impreciso, surgindo assim como uma reacção emocional que se produz perante situações que são interpretadas como ameaça.

A ansiedade geralmente caracteriza-se por uma grande variedade de sintomas somáticos – tremores, hipotonia muscular, hiperventilação, sudorese, palpitações – e sintomas cognitivos – apreensão, inquietação, distractibilidade, perda de concentração, insónias. A ansiedade difere do medo pois neste o perigo ou ameaça é externa, real e, geralmente, de origem não conflituosa (Brandtner, 2009) enquanto na ansiedade há um sentimento que acompanha uma sensação eminente de perigo que adverte o indivíduo que existe algo a temer (Batista e Oliveira, 2005). As respostas a este sentimento varia de indivíduo para indivíduo: uns tendem a superestimar o nível e a probabilidade do perigo de uma determinada situação; outros, pelo contrário, tendem a substituir a sua capacidade de enfrentamento dessa situação, o que faz com que surjam os sintomas fisiológicos (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

A ansiedade, como sintoma, tem uma prevalência alta (18%) na população geral (Epstein, 2011). Fazendo parte natural da vida do indivíduo, a ansiedade é propulsor de mudanças e alterações experimentadas ao longo da vida que quando não desproporcionada pode ajudar o desenvolvimento e desempenho do indivíduo, promovendo criatividade e estimulando a cooperação interpessoal (Cabrera e Sponholz, 2002). Por outro lado a ansiedade patológica é caracterizada por um conjunto de respostas ou reacções desajustadas a uma percepção ou a um estímulo, podendo interferir no desenvolvimento normal do indivíduo, interferindo na autoestima, na interacção com os outros, na aquisição de conhecimentos e na memória, predispor para uma maior vulnerabilidade cm perda de defesas físicas e psíquicas (Cabrera e Sponholz, 2002).

A ansiedade patológica pode ser diferenciada da normal pelos seguintes critérios (Cabrera e Sponholz, 2002):

a) **Autonomia** – quando a ansiedade ocorre sem causa aparente ou, se existe um estímulo, a reacção é desproporcional;

b) **Intensidade** – quando elevada está relacionada com alto nível de sofrimento ou com uma baixa capacidade de tolerância;

c) **Duração** – persistente ou recorrente

d) **Comportamento** – disfuncional, com prejuízo global do funcionamento.

A ansiedade é, assim, uma resposta temporária normal e esperada perante situações de tensão e pode ser considerado um estímulo necessário à adaptação e ao enfrentar de situações inesperadas. Uma ansiedade moderada e situacional geralmente resolve-se com o desaparecer do factor desencadeante ou com a adaptação, por parte do indivíduo, à situação.

Sheehan (1982) citado por Ruiloba (1992) diferencia ansiedade exógena de ansiedade endógena. A ansiedade exógena surge como resultado de conflitos externos, pessoais ou psicossociais, estando ligada à ansiedade generalizada. Por outro lado, a ansiedade endógena, com características autónomas e relativamente independentes dos estímulos ambientais, surgem por perturbações em indivíduos com vulnerabilidade genética e/ou antecedentes familiares, sendo responsável por crises de angústia, pânico e quadros fóbicos (Ruiloba, 1992).

2.3.1 Ansiedade generalizada

A ansiedade generalizada é um quadro diagnóstico que se caracteriza por um estado persistente de ansiedade ainda que possa ser flutuante (Ruiloba, 1992). Os sintomas na ansiedade generalizada não se manifestam de forma crítica e os sintomas autónomos como sejam, por exemplo, os cardiovasculares e respiratórios, são menos frequentes e severos. Os sintomas podem ser agrupados de forma sintética em quatro categorias básicas (DSM-IV):

I. TENSÃO MOTORA

- Tremores, inquietação, tensão, dores musculares, fadiga.

II. HIPERACTIVIDADE AUTÓNOMA

- Palpitações, dor pré-cordial, dispneia, náuseas, poliúria, sudorese, dores abdominais, diarreia, sensação de sufoco.

III. EXPECTATIVAS APREENSIVAS

- Inquietação interna, desassossego, sensação de ameaça, tremores difusos, insegurança, dissociação do EU, humor ansioso.

IV. VIGILÂNCIA E ALERTA

- Nervosismo, impaciência, irritabilidade, falta de atenção e concentração, hipervigilância, insónia, pesadelos.

A ansiedade generalizada é vista como uma condição autónoma, de evolução crónica, com uma forte componente no desenvolvimento de um temperamento ansioso. O carácter multifacetado dos sintomas faz com que, a maioria dos indivíduos, procurem ajuda profissional em áreas diferenciadas deixando a psiquiatria em última opção (Ramos, 2007). A ansiedade pode ser um factor de risco para outras doenças – hipertensão, doenças cardiovasculares – como exacerbar sintomas somáticos como arritmias ou distonias.

2.3.2 Ansiedade Traço e Ansiedade-Estado

A ansiedade pode ser distinguida em ansiedade traço e ansiedade-estado. Segundo Silva (2006) estudos de investigação acerca da avaliação da ansiedade permitiram perceber que surgiam repetidamente dois constructos: estado e traço. A ansiedade traço é explicada como uma situação provisória que envolve sentimentos desagradáveis de tensão e pensamentos apreensivos; a ansiedade-estado é explicada como uma reacção episódica ou situacional, ou seja, um estado emocional transitório (Batista et al, 2005).

A ansiedade traço é uma estrutura relativamente estável e permanente no indivíduo (Telles-Correia e Barbosa, 2009) ou seja, representa um modo habitual de resposta por parte do individuo, o que faz com que seja uma diferença individual relativamente estável quanto à tendência para a manifestação da ansiedade (Silva, 2006).

A ansiedade-estado pode ser observada como um corte transversal e temporal na vida do indivíduo, passando a manifestar sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, podendo ser uma característica da personalidade estável (Barlow, 2002), precocemente presente no indivíduo e, em última instância, existente na organização biológica do ser humano (Frasquilho, 2009) e que explicam, de certa forma, o seu comportamento.

A ansiedade traço permite ao indivíduo avaliar a sensação de perigo e, por norma, os indivíduos com um traço de ansiedade mais elevado são mais vulneráveis a acontecimentos externos (Silva, 2006).

2.3.3 Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior

Os jovens estudantes que ingressam no ensino superior apresentam, muitas vezes, estados e traços de ansiedade o que lhes traz dificuldades nos processos de adaptação ao ensino universitário (Claudino e Cordeiro, 2006). A ansiedade é uma experiência emocional tendo em conta as situações com que os estudantes irão lidar, em especial se houver situações consideradas desagradáveis ou desajustadas (Cruz et al, 2010), uma vez que ao longo do percurso académico o estudante é confrontado com situações geradoras de pressão psicológica e ansiedade.

O estudante universitário é um jovem em processo de desenvolvimento e, como tal, encontra-se mais susceptível a situações de mal-estar e ao desencadear de emoções como a ansiedade. Além do mais estes jovens estudantes deparam-se com variadas situações académicas – frequências, exames, apresentações de trabalhos – que provocam ansiedade.

Sendo as perturbações de ansiedade das perturbações psiquiátricos mais frequentes, também os sintomas ansiosos podem ser vivenciados por qualquer pessoa em determinados períodos da sua vida (Andrade e Gorenstein, 2006). Tendo em conta a acção bidireccional entre as emoções e a cognição, a ansiedade pode funcionar como bloqueador das competências intelectuais (Levisky, 1995).

A ansiedade é comum e, de certa forma, normal em qualquer indivíduo sendo um estado adaptativo que o prepara para antecipar perigos ou ameaças (reais ou potenciais) a tomar medidas necessárias para reagir ou proteger. Deste modo a ansiedade pode ser

considerada essencial para a auto-preservação que quando é excessiva ou prolongada acaba por limitar ou até mesmo impedir que o indivíduo confronte a situação e se adapte (Claudino e Cordeiro, 2006).

A ansiedade, estando presente nos momentos em que se percebe um perigo ou ameaça, faz com que o indivíduo avalie cognitivamente essa situação levando-o a um sentimento de apreensão de percepção iminente e ainda a activação de sistemas psicofisiológicos (Graziani, 2005). Pode ainda ser considerado um factor que mede os agentes de tensão – os factores de *stress* – uma vez que facilita o processo de adaptação já que mobiliza os recursos físicos e psicológicos que o indivíduo necessita quando percepciona o perigo ou ameaça. No entanto quando este mecanismo/processo de defesa para a vida diária é excessivo ou se o indivíduo percepciona perigos ou ameaças de uma forma exagerada ou não existem, a ansiedade passa a patológica já que ele pode tornar-se hipervigilante face a hipotéticas ameaças (Graziani, 2005). Desta forma a ansiedade, considerada uma reação natural e fundamental para a auto-defesa, pode ter repercussões negativas uma vez que pode significar ou impossibilitar a capacidade de adaptação do indivíduo (Claudino e Cordeiro, 2006). Uma das primeiras e principais causas de procura de ajuda nos serviços de apoio e aconselhamento psicológico nos estabelecimentos de Ensino Superior é precisamente a ansiedade (Pereira et al, 2002).

Consensualmente reconhecida como associada à ansiedade está uma das principais características desenvolvimentais da adolescência – a conquista da autonomia. Os indivíduos mais ansiosos são aqueles que apresentam maior dependência e maior restrição à autonomia e dificuldade em estabelecer contactos sociais (Silva e Costa, 2005). A literatura mostra que os indivíduos com mais baixos níveis de independência apresentam maiores dificuldades em se adaptarem a novos contextos e a estabelecerem relações interpessoais. Por outro lado aqueles que construíram a sua identidade apresentam uma maior autonomia, mais confiança em si próprios, mais iniciativa e investimento e, consequentemente, menores níveis de ansiedade (Silva e Costa, 2005). Nos estabelecimentos de ensino superior as problemáticas mais comuns que levam os adolescentes a procurar ajuda são as questões de indecisão e desajustamento em relação ao curso, ansiedade em situações de avaliação, ansiedade em tomadas de decisão, perturbações de humor e problemas de realização académica (Taveira et al, 2000).

Silver (1982) refere que os estudantes universitários são submetidos, ao ingressarem no ensino superior, a uma grande carga emocional e física devido a longas horas de estudo, aos esforços de adaptação à instituição, aos professores, aos colegas, ao ambiente académico. Junta-se a estes factores os decorrentes das transformações desenvolvimentais (fisiológicas e psicológicas) levando os jovens a vivenciarem um período de crise pelas exigências dessa adaptação aos seus novos papéis. Desta forma percebe-se as circunstâncias do estado emocional dos estudantes: entrada na universidade (considerada crise ansiogénica) e a passagem por um período de desenvolvimento para outro (considerada crise normativa), podendo estas circunstâncias ser associadas à ansiedade traço e à ansiedade estado (Ferreira et al, 2009a). Numa situação de crise – seja ela pelo processo de adaptação, seja pelas transições dos períodos de desenvolvimento – as estratégias de superação dessa crise não são encaradas da mesma forma por todos os indivíduos, sendo experienciadas com mais ou menos ansiedade.

Muitos dos estudos sobre estudantes universitários concluem existir uma alta prevalência de ansiedade e de depressão com efeitos sobre o rendimento académico, sobre o bem-estar e com abandono escolar (Velez, 2008). Nesse sentido apontam igualmente os estudos de Ninan e Berger (2001) e Gorman (1996) que evidenciam a frequente co-morbilidade entre a ansiedade e a depressão e as implicações na avaliação e diagnóstico diferencial, assim como as complicações associadas à severidade e cronicidade das perturbações.

Arrivillaga et al (2008) defendem que existem variáveis individuais que se relacionam com a depressão e a ansiedade nos estudantes universitários tais como antecedentes familiares e pessoais para as perturbações do humor, dificuldades académicas, instabilidade económica, consumo de substâncias psicoactivas. Por outro lado, o estudo de Campo et al (2005) indica que a identificação precoce destas perturbações minimiza a possibilidade de fracasso académico, reduz de forma substancial comportamentos de risco para a saúde como o consumo de tabaco, álcool e de condutas alimentares desadequadas.

Vários outros estudos avaliaram a presença da depressão e ansiedade em estudantes universitários e os resultados apontam para elevados índices para ambas. Furegato et al (2006) avaliaram indicativos da depressão a níveis da autoestima entre os estudantes de Enfermagem e encontraram nos 224 indivíduos pesquisados, 10,3% para distonia e 6,7% para depressão moderada ou grave; Ferreira et al (2009a) encontraram índices elevados de ansiedade em alunos das áreas biomédicas comparando com as áreas de letras e tecnologias. Para este autor, a acumulação da carga horária e os exercícios académicos são factores desencadeadores da ansiedade nos estudantes universitários.

Bandeira et al (2005) estudaram a relações entre a ansiedade, locus de controlo, autoestima e comportamentos assertivos em 135 estudantes universitários, tendo encontrado uma correlação negativa significativa entre a assertividade e o grau de ansiedade, um maior índice de ansiedade entre alunos de ciências humanas que em alunos de ciências exactas e os períodos de início e fim do curso eram os anos mais vulneráveis.

Em relação ao género, Gama et al (2008) e Rezende et al (2008) apresentaram estudos onde defendem ser consistente um maior índice de ansiedade (e de depressão) nas mulheres.

Segundo um relatório da ADAA (2007) o *stress* e a ansiedade estão a aumentar de forma preocupante nas universidades americanas. Como causas apontam diversas barreiras que impedem os estudantes com perturbações mentais de procurarem ajuda como sejam o estigma, o desconhecimento que as doenças são tratáveis, a auto-medicação com drogas/álcool. O relatório refere ainda que há consequências sérias e graves para os estudantes que não reconhecem os sintomas das perturbações ansiosas: isolamento, abandono escolar e, em casos extremos, suicídio. Neste caso reforçam que os sintomas de perturbações ansiosas podem ser indicadores de potencial comportamento suicida.

Muitos estudantes universitários durante o seu primeiro ano, independentemente das suas características pessoais, conseguem aprender e adaptar-se às actividades e ao ambiente social e académico que os rodeia. No entanto há muitos outros que se deparam com problemas psicossociais até aí desconhecidos: conviver com maior proximidade com o

sexo oposto; participar em actividades em que tem de falar em público; fazer trabalhos de grupo ou em actividades de aprendizagem colectiva (Bhamani e Hussain, 2012). A ansiedade social reflectida por estes estudantes é o resultado da percepção de si mesmos, sobre si mesmos e de si próprio em ambiente social (Ruscio et al, 2008), havendo um conjunto de factores que contribuem para os níveis de ansiedade entre os estudantes universitários. A ansiedade social é amplamente encontrada em quase todos os tipos de ambientes educacionais e influencia o desempenho quer académico quer desenvolvimental do jovem estudante (Chen e Drummond, 2008). Segundo Bhamani e Hussain (2012) citando Van Ingen e Novocki (2009) muitos estudos mostram que a ansiedade social resulta em abuso de álcool, suicídio e perturbações de personalidade graves.

A maior parte dos estudos são consensuais em considerarem a adaptação ao contexto académico como um processo complexo e vivenciado com alguma ansiedade resultantes de potenciais ameaças à autoestima e ao bem-estar pessoal (Soares et al, 2007 citados por Almeida e Cruz, 2010). Segundo Ballone (2004) cerca de 20% dos estudantes universitários manifestam sentir-se infeliz ou com algum problema emocional devido à falta de apoio, reconhecimento pelo trabalho ou fraco desempenho académico.

Há um conjunto de problemas relacionados com a frequência do ensino superior que tem influência directa com os níveis de ansiedade e possíveis perturbações: solidão, adaptação, auto-conceito, relações interpessoais, adaptação a um novo tipo de ensino, metodologias de estudo e de avaliação. É, por isso, essencial a implementação de estratégias, o mais precocemente possível, no sentido de combater os níveis elevados de ansiedade nos estudantes universitários, em especial nos do primeiro ano e nas mulheres, melhorar a sua qualidade de vida social, formativa e educativa e, consequentemente tornar o ambiente académico mais salutar (Noriega, 2005).

2.4. COMPORTAMENTOS DE RISCO

Nos estudos sobre saúde o que é analisado, entre outros aspectos, é a ocorrência de comportamentos que são favoráveis para a saúde ou, pelo contrário, directa ou potencialmente, perigosos (Achenbach, 2001). Tais comportamentos são conhecidos por comportamentos de saúde, indicadores da saúde comportamental ou comportamentos de risco.

Alguns estudos com a saúde mental em adolescentes nos USA e Canadá, introduziram duas categorias básicas no que respeita a indicadores de comportamentos de risco: indicadores internos e externos. Os pertencentes à primeira categoria incluem comportamentos violentos ou agressivos, antissociais, uso e abuso de substâncias psicossociais. Os pertencentes à segunda categoria, incluem perturbações da emoção, depressão, perturbações da ansiedade, *stress*.

Há uma constelação de factores que afectam a saúde do indivíduo e entre essa multiplicidade de factores destacam-se os comportamentos. Estados de mal-estar, perturbação ou doença, são influenciados por estilos de vida considerados não saudáveis (Adler, 1995), sendo que um estilo de vida não saudável é composto por padrões de

comportamentos não saudáveis ou que envolvem riscos para a saúde, mantidos ao longo e apresentados em diferentes contextos (Andrews e Dishion, 1994).

Os comportamentos relacionados com a saúde poderão ser classificados em comportamentos de saúde positivos ou negativos (Simões, 2007). Os comportamentos de saúde positivos são aqueles que contribuem para a promoção da saúde, para a prevenção do risco, para a detecção precoce quer da doença quer das deficiências. São exemplos deste tipo de comportamentos cuidados de higiene, alimentação equilibrada, usar cinto de segurança, fazer exercício regular ou *check-ups* regulares. Pelo contrário, comportamentos de saúde negativos dizem respeito aos comportamentos que pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou de acidentes. São exemplos deste tipo de comportamentos o consumo de substâncias, alimentação desequilibrada, condução sob efeito de álcool, conduta sexual insegura (Ogden, 1996; Steptoe e Wardle, 1996). Estes comportamentos de saúde negativos são também conhecidos de comportamentos de risco sendo a maior ameaça à vida, à saúde e ao bem-estar dos indivíduos (Igra e Irwin, 1996).

O termo comportamentos de risco ou *risk-taking* está ligado a um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde, nomeadamente ao consumo de substâncias, condutas sexuais de risco, condução imprudente, comportamento homicida ou suicida, desequilíbrios alimentares e sedentarismo. Pode ainda ser designado como um comportamento controlado, consciente ou não, mas com uma incerteza, mais ou menos percebida, das suas consequências quer para o bem-estar quer para a saúde, física ou mental, do próprio ou dos outros (Trimpop, 1994). Uma característica que é reconhecida como comum neste tipo de comportamentos é o seu carácter voluntário. Esta característica está associada ao facto de muitos destes comportamentos de risco servirem para o indivíduo sentir novas experiências, algumas desconhecidas, para serem aceites e ganharem respeito pelos seus pares, para manifestar rejeição pelas normas e valores convencionais e, ainda, como forma de lidar com a ansiedade, frustração ou sofrimento psicológico em geral (Simões, 2007).

Para Baumrind (1987) os comportamentos de risco tornam-se destrutivos quando contribuem, directa ou indirectamente, para estados de alienação dos jovens podendo ser potencialmente perigosos quando levam os jovens a isolar-se ou a afastar-se dos seus pares, de quem são mais próximos, a ir em contraciclo no que o seu papel na sociedade, a baixar o seu rendimento escolar, a abandonar projectos ou a sentir-se incompreendido ou rejeitado pela sociedade.

Para Braconnier e Marcelli (2000) os comportamentos de risco, em alguns jovens, podem tornar-se um estilo de vida de risco, com sérias consequências para a sua vida adulta. Daí que apontem três características nestes comportamentos a que é preciso dar atenção: repetição, duração e acumulação. A repetição do comportamento de risco (consumos, condutas); a duração do comportamento (meses ou anos); acumulação de comportamentos de risco (consumo de álcool e actividade sexual).

Uma das determinantes nos comportamentos de risco nos jovens é a percepção que estes têm de invulnerabilidade sendo, para Schwarzer e Fuchf (1995) uma das potenciais causas dos comportamentos de risco. De facto alguns destes comportamentos problemáticos permitem aos jovens – em especial os adolescentes – realizar necessidades importantes

como sejam a aceitação pelos seus pares ou reivindicar a independência (Bobrowski et al, 2007). Esta perspectiva reconhece que a eventual ocorrência de alguns problemas de comportamento durante a adolescência não serão, necessariamente, problemas de saúde mental mas, pelo contrário, um comportamento normal ou padrão para esta fase da vida humana. No entanto, por outro lado, a intensificação e a frequência destes comportamentos de risco pode causar danos consideráveis na saúde física e mental do jovem e prejudicar o seu desenvolvimento.

Há factores que contribuem para a percepção de invulnerabilidade ou percepção incorrecta dos riscos de alguns comportamentos como sejam: falta de experiência pessoal com o problema; a crença que é possível prevenir o problema pelas acções pessoais; crença que se o problema ainda não apareceu também não irá aparecer; crença que não se trata de um problema frequente (Simões, 2007).

Os comportamentos problemáticos ou de risco independentemente da forma como possam ser definidos ou caracterizados podem ter consequências negativas. Não é por isso fácil ter uma definição absoluta sobre o que são comportamentos de risco ou problemáticos.

2.4.1 Conceptualização

Actualmente procura-se estudar os factores que influenciam o ser humano não de forma segmentada mas sim em conjunto, dadas as influências e as inter-relações que existem entre esses factores ou seja há uma perspectiva holística dos diversos domínios que envolvem o ser humano.

Há diversas teorias que procuram explicar os comportamentos de risco. Igra e Irwin (1996) propõem agrupar essas teorias em três tipos: biológicas, psicológicas e sociais. As teorias biológicas sugerem que os comportamentos de risco resultam de predisposições genéticas ou efeitos hormonais. As teorias psicológicas propõem o papel das competências cognitivas, o impacto dos traços de personalidade, da auto-estima ou procura de novas sensações nos comportamentos. As teorias sociais analisam o papel da família, dos pares e das normas sociais na explicação dos comportamentos de risco. Não só existem factores que explicam um determinado comportamento de risco como um mesmo factor pode conduzir a diversos comportamentos. Esta noção defendida por Thornberry et al (2001) é baseada em dois conceitos: equifinalidade (múltiplas causas conduzem a um mesmo comportamento desajustado); multifinalidade (diversidade de consequências que um único factor pode causar).

Existem ainda outras teorias que salientam o facto de haver factores comuns a diversos comportamentos de risco e a complexa relação entre estes comportamentos (Ketterlinus et al, 1994). A teoria do controle social, em que parece haver uma certa capacidade das instituições, como a família e a escola, em transformar regras e criação de auto-controle. A teoria da aprendizagem social, que defende que os factores responsáveis pelos comportamentos de risco são a associação com pares desviantes que fornecem modelos de aprendizagem deste tipo de comportamentos e a falta de modelos alternativos que sejam reconhecidos como positivos. A teoria do comportamento-problema, que tem por

base uma tendência para o desvio, tendência que é o resultado da interacção entre três elementos causais ou explicativos dos comportamentos de risco – o indivíduo, o ambiente e o comportamento (Ketterlinus et al, 1994).

2.4.2 O que dizem os estudos

Perkins et al (1996) encontram uma relação entre seis comportamentos de risco – delinquência, consumo de álcool, drogas duras, drogas leves, actividade sexual e mau comportamento escolar. Os elementos comuns ou preditores entre eles foram as características dos pares, idade, etnia, clima escolar, suporte familiar, não sendo, no entanto, significativa a comunicação pais-filhos, auto-estima e as expectativas do futuro.

Loeber et al (1998) realizaram também um estudo onde analisaram a relação entre diversos comportamentos – delinquência, consumo de substâncias, défice de atenção, agressão física, humor deprimido, isolamento – e procuraram os determinantes comuns. Uma das principais conclusões é que a fraca realização académica foi o único preditor de todos os problemas de comportamento. Encontraram ainda relações significativas entre vários comportamentos de risco e antecedentes comuns como sejam problemas de internalização – humor deprimido e isolamento.

Num outro estudo, Aseltine et al (1998) referem que os únicos factores de risco partilhados entre o humor deprimido e o consumo de substâncias foram o baixo nível de suporte familiar e o quebrar de relações íntimas. Outros resultados do seu estudo mostraram ainda que o conflito com amigos parecem ser importantes preditores do humor deprimido mas com papel pouco relevante para o consumo de álcool e drogas.

Ensminger e Juon (1998) mostraram, no seu estudo, que os indivíduos com origens sociais mais baixos não eram necessariamente os que estavam em maior risco, destacando o papel protector das fortes ligações sociais como sejam o suporte parental e uma forte ligação à escola.

2.4.3 Os comportamentos de risco no ensino superior

As particularidades próprias do ensino superior não podem ser ignoradas ou esquecidas quando se aborda a questão dos comportamentos de risco nos estudantes. Estudos revelam que os jovens que apresentam comportamentos de risco no ensino secundário apresentam mais comportamentos de risco no seu primeiro ano na universidade, com especial incidência no aumento de alguns comportamentos de risco como o número de parceiros sexuais e frequência do consumo de álcool e marijuana (Fromme et al, 2008).

Uma das principais particularidades do ambiente universitário é que permite um conjunto de experiências que, noutro período de vida do jovem, não conseguiria. Há pois como que uma cultura típica do estudante universitário em que o tempo passado na universitário é um conjunto de oportunidades que devem ser aproveitadas num contexto de liberdade e independência paternal.

Para Dinger e Waigandt (1997) a crescente autonomia e capacidade ou o poder da decisão nas escolhas que faz, são dois factores que permitem entender alguns estilos e comportamentos na vida dos estudantes. Esta liberdade e algum sentido de ausência de

responsabilidades que é consciente nos estudantes, fazem com que, no entender de alguns autores, haja a noção de oportunidade única de viver momentos e se experimentem alguns comportamentos como o consumo de álcool, tabaco e drogas (Ravert, 2009). Estes comportamentos de risco são, para alguns estudantes, momentos de experimentar algo mas também é encarado – consciente ou não – como oportunidades de aprendizagem e crescimento como sejam o facilitar o estabelecer de relações com os seus pares, o que faz com que seja encarada como momento importante mesmo que possa ter consequências negativas (Dworkin, 2005).

O tempo de estudo na universidade é um tempo de descoberta e experiências, quase sempre acompanhadas pela restrição da novidade. Mas é também um tempo em que as tarefas desenvolvimentais do jovem podem ser cansativas e difíceis de conciliar. Os jovens estudantes – em especial os deslocados – deixam a segurança em casa, experimentam ganhos e perdas, sofrem do uso e abuso do consumo de álcool e drogas, apresentam desordens alimentares, problemas sexuais, dificuldades relacionais, acompanhado da dificuldade em acompanhar as metodologias de ensino e avaliação características do ensino superior.

Uma questão importante nos comportamentos de risco nos estudantes universitários é o estabelecimento do hábito da transgressão das normas. Os comportamentos de risco representam um atentado à saúde física e mental do indivíduo e também para os outros em seu redor. O risco aumenta quando os comportamentos com uma forte associação entre si, se tornam hábitos e essas condutas apresentam repercussões negativas. O hábito, uma vez adquirido, torna-se assim um estilo de vida do estudante podendo, inclusivamente, restruturar ou constituir valores, normas e crenças (Câmara, 2005).

Os comportamentos de risco não são uniformes nos estudantes universitários, havendo estudos que atribuem pouca incidência de comportamentos de risco nos estudantes e outros estudos em que apontam um ou outro comportamento mas frequente. No entanto quase todos eles se englobam num mesmo grupo: segurança na condução, violência, tabaco e álcool, droga, comportamento sexual, alimentação, prática desportiva.

Estudos americanos apontam para o álcool como a droga mais consumada entre os jovens universitários e encontrada uma relação entre o consumo de álcool e o consumo de cigarros, marijuana e cocaína (Jones et al, 2001).

Barrios et al (2004), num estudo com estudantes universitários americanos observou uma relação entre comportamentos de risco (acidentes de trânsito, consumo de álcool e violência) e pensamentos suicidas.

Na Turquia, um estudo de Oksuz e Malhan (2005) mostra que os comportamentos de risco nos estudantes universitários de Ancara estão, na sua maioria, relacionadas com o baixo nível socioeconómico com excepção do uso de álcool, relacionado com grupos mais favorecidos.

No Brasil, Fiates e Salles (2001) num estudo sobre comportamentos de risco observaram uma maior susceptibilidade para perturbações alimentares entre as alunas – com particularidade de ser mais expressivo entre as alunas dos cursos de Nutrição, apesar dos conhecimentos adquiridos na formação.

No Paraná, os comportamentos de risco no trânsito foram mais frequentes entre estudantes de medicina (n=309) que informaram conduzir após a ingestão de álcool (35%), estiveram envolvidos em acidentes de trânsito (62,7%) e não usar cinto de segurança nos bancos traseiros (90%) (Andrade et al, 2003).

Num estudo de Franca e Colares (2008), em que comparam comportamentos de risco entre estudantes universitários no início e no fim do curso, concluíram, entre outros, que o consumo de bebida alcoólica em condutores, o consumo de tabaco e o de drogas era maior nos estudantes finalistas. Para a actividade sexual havia diferenças significativas entre os dois grupos com especial evidência no uso de preservativos (nunca usava 19,3% dos estudantes finalistas e 12% dos estudantes do 1º ano; consumo de álcool antes da relação sexual 20,6% dos estudantes finalistas e 15,7% dos estudantes do 1º ano). Concluíram que, de uma maneira geral, havia maior percentagem de comportamentos nocivos entre os estudantes finalistas do que entre os estudantes de 1º ano.

Noutro estudo Pillon, O´Brien e Chavez (2005), com o objectivo de descrever a relação entre o uso de drogas e os comportamentos de risco entre 200 estudantes universitários brasileiros, mostraram haver uma relação entre o género e o uso de drogas assim como com outros comportamentos de risco: em todos os comportamentos os homens apresentavam uma maior frequência, com especial evidência para as bebidas alcoólicas assim como no comportamento sexual, em que tiveram maior número de relações que as mulheres com maior número de parceiros com menor protecção e sob efeito de álcool.

Oliveira e Luís (2005) num estudo realizado com estudantes de diversas escolas, identificaram factores de risco para o consumo de álcool divididos em várias áreas: comportamento, saúde mental, habilidades sociais, família, escola, pares e diversão. Os resultados indicavam, como factor de risco para os consumidores de álcool, os factores socioeconómicos baixos. O grupo dos que não consumiram bebidas alcoólicas mostraram menor vulnerabilidade nas áreas do comportamento e na acticidade académica, sendo que a família funcionava, para este grupo, como factor protector.

Um estudo de Souza et al (2010), com o objectivo de avaliar a relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em 766 estudantes universitários, concluíram haver uma relação significativa entre os comportamentos de risco e a saúde mental. A maior parte dos estudos indicam que o sair ou não de casa, a distância para onde foram ou o tipo de novo ambiente, interfere na intensidade com que são vividas as experiências. Os alunos não deslocados ao manterem maior contacto com a família, são mais influenciados pelas crenças e exigências dos pais ou, pelo menos, sentem-se mais obrigados a respeitá-los. A correlação entre o suporte familiar e a saúde mental indica a importância que a família tem enquanto sistema protector ou de ajuda perante as situações de crise ou problemáticas que resultam muitas das vezes de comportamentos de risco que se traduzem, por sua vez, em implicações sérias tanto na saúde física como na saúde mental (Silva e Deus, 2005).

No entanto os estudos sobre os comportamentos – quer de saúde quer de risco – entre a população geral e a população universitária são escassos (Santos, 2011) não permitindo haver comparações com os estudos internacionais. Dados do Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Saúde 2014/2010 e referentes a 1997/1998 e 2001, indicam que a percentagem de indivíduos entre os 15 e os 24 anos e que fumaram diariamente, é de

25,8% para os homens e 10,5% para as mulheres; 12,9% dos indivíduos tinham consumido álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses; 45,5% dos homens e 64,4% das mulheres tinham a maior parte do seu tempo livre ocupado com actividades sedentárias e que 6,8% das mulheres tinham excesso de peso. Ainda assim têm surgido alguns estudos que visam especificamente os comportamentos de risco nos estudantes universitários: Loureiro (2006); McIntyre et al (2008); Ribeiro e Fernandes (2009); Santos (2011).

De qualquer forma é essencial, mais ainda nos tempos actuais, continuar a estudar as tendências dos comportamentos de risco nos estudantes universitários, quais os factores que influenciam quer por protecção quer por incentivo, tendo em conta as diferentes regiões geográficas e a multiplicidade doas características individuais. Estes estudos são importantes para a obtenção de resultados e dados o mais abrangentes possível por forma a realçar as práticas saudáveis através da promoção da saúde e combater os comportamentos de risco (Matos e Gaspar, 2005 citados por Santos, 2011).

2.4.4 Padrões dos comportamentos de risco nos estudantes universitários

Quando se fala em comportamentos de risco, é generalizada a percepção que há uma participação em actividades que podem, de alguma forma, interferir ou comprometer a saúde física ou mental, actividades essas que tanto podem iniciar-se por razões de carácter exploratório como por influência do meio. Um dos aspectos fundamentais na avaliação dos comportamentos de risco nos jovens é o tentar perceber a sua dimensão psicossocial (Feijó e Oliveira, 2001). Há factores comuns em jovens com história de comportamentos violentos, comportamentos sexuais desadequados e uso de drogas: as diferenças individuais e genéticas; o suporte familiar; a pressão dos pares; a influência da comunicação social (Strasburger, 2000).

Estudos nos EUA demonstraram que uma percentagem significativa (10%-30%) das ocorrências com actos de violência, sexo ou drogas são atribuídas à influência da comunicação social, seguindo-se a influência dos pais e, em terceiro, do grupo de iguais (Aktin, 1990). Outro aspecto muito importante nestes processos de influência são os modelos que são transmitidos aos jovens: modelos nutricionais, de saúde e beleza. Estes modelos, muitas vezes impostos como exigências da sociedade para o sucesso, saúde e bem-estar, são geralmente incompatíveis com as condições socioeconómicas ou com a fase de desenvolvimento do jovem, em especial, a maturidade mental, o que ocasiona perturbações a diversos níveis – físicos e mentais (Feijó e Oliveira, 2001).

A avaliação do comportamento de risco deve incluir as características do próprio indivíduo, da sua família e da sociedade na qual está inserida através dos seus diversos e diferentes grupos de referência – amigos, colegas, escola (Burak, 1999). Da mesma forma é essencial perceber as causas ou consequências do comportamento de risco em associação com diferentes factores: genéticas/hereditárias; endócrinas; ambientais. Alguns estudos indicam haver uma associação significativa entre ideação suicida, comportamento suicida e doença clínica (Druss e Pincus, 2000). Estes factores podem interferir no jovem interrompendo processos de separação/desvinculação parental, modificações da imagem corporal, limitações nas actividades grupais ou dificuldades no

desenvolvimento da sua própria identidade. Esta interferência pode, assim, manifestar-se através de comportamentos de risco devido à consequente baixa da autoestima, segregação do grupo, abandono escolar, baixa de rendimento académico, disfunção sexual e sintomas depressivos (Neinstein e Zeltzer, 1996).

Além de ser importante perceber como surgem os comportamentos de risco, é igualmente essencial identificar as causas que levam os estudantes universitários a estados de sofrimento ou desequilíbrio que conduzem a escolher comportamentos de risco como forma de o combater. São pontos de distress nos estudantes:

- **Frustração** – quando as expectativas sobre si ou sobre os outros não são alcançadas ou falhados (os resultados da acção ficam abaixo do esperado) ou por perda (de membros da família, amigos, suporte emocional ou financeiro);

- **Solidão** – a vontade ou necessidade de procurar o contacto está inibido (por falta de auto-confiança social, falta de capacidade de encontrar necessidade numa relação, solidão existencial, incapacidade de encontrar um objectivo ou propósito na vida, baixa auto-estima);

- **Pressão/Stress** – a confiança ou a vontade de conhecer quer a sua quer a expectativa dos outros é baixa (a competição com outros estudantes, as expectativas académicas, as expectativas sociais, as expectativas familiares, a complexidade e o ritmo da vida moderna);

- **Conflito** – as intenções ou motivações estão divididas (ter ou não colega de quarto, ter ou não uma relação afectiva, dependência ou independência, segurança ou risco, actividade sexual ou abstinência, estudar ou festejar);

São, de uma forma sintética, estas as principais razões que causam estados de sofrimento e/ou desorientação psicológica e que facilita o enveredar por comportamentos de risco como forma de compensar ou aliviar esse sofrimento ou sensação de vazio (NDNU, 2013).

Os padrões de comportamentos de risco mais abordados pelos estudos são: uso/abuso de álcool/drogas, tabaco, actividade sexual insegura, alimentação desequilibrada, condução insegura e pouca ou ausência de actividade desportiva. De todos os comportamentos o que tem maior expressão e é mais estudado é o do consumo de álcool (Pillon e Webster, 2006).

2.4.5 Consumo de Álcool

O álcool é a droga psicoactiva mais utilizada pelos estudantes universitários, sendo comum encontrar abusos no seu consumo, assim como de outras drogas quer com prescrição (ex. antidepressivos) quer ilícitos (NDNU, 2013). De um modo geral a comunicação social e a pressão dos pares afectam os níveis de consumo sendo consensual por parte dos investigadores que não há, nos estudantes, a noção que o consumo de álcool em grandes quantidades pode ser fatal ou ter consequências futuras. Em períodos de festejos académicos é grande a percentagem de estudantes universitários que recorrem ao denominado *binge drinking* (ingestão rápida e consecutiva de cinco bebidas [rapazes] ou

quatro [raparigas] para atingirem rapidamente o estado de embriaguez) (NDNU, 2013). Há outras consequências neste consumo excessivo de álcool nos estudantes: ressacas, hospitalizações, mau desempenho académico, falta às aulas, ferimentos, alimentação e aspecto descuidado, actividade sexual desprotegida (Santos, 2011). Os efeitos são fácil e rapidamente identificados pelos professores (comportamentos imprevisíveis e irresponsáveis em sala de aula; súbita diminuição do desempenho e dos resultados escolares) e por colegas (comportamento desleixado; atitudes violentas; dormir de dia e viver de noite) (NDNU, 2013).

As estratégias de prevenção têm tido resultados pouco efectivos na redução do consumo excessivo ou no sentido do consumo ponderado devido a diversos factores difíceis de combater: o *glamour* das festas académicas; as promoções dos bares (*happy-hour*, noite das mulheres,…); descontos especiais (fim de semana, "*tudo o que puder beber por x euros*",…); patrocínio das festas académicas (a bebida mais barata e os valores envolvidos são elevadas).

2.4.6 Actividade Sexual

O comportamento sexual de risco pode ser definido como o comportamento que aumenta a possibilidade de consequências negativas associadas à actividade sexual (ex. SIDA/HIV) e a gravidez não desejada. Há ainda a considerar duas categorias que importa mencionar nestes comportamentos: 1) comportamentos sexuais indiscriminados com múltiplos parceiros (desconhecidos, conhecidos ou casuais) sem abordagem aos riscos antes da actividade sexual; 2) ausência de medidas protectoras (contraceptivos ou preservativos) (Cooper, 2002 citado por Santos, 2011).

Segundo alguns estudos a maioria dos comportamentos sexuais de risco estão relacionados com o consumo de álcool, sendo que o consumo antes das relações sexuais condiciona a escolha do parceiro de forma arriscada, e também com a existência de múltiplos parceiros bem como com a menor disposição para abordar, com o parceiro, os riscos envolvidos (Baskin-Sommers e Sommers, 2006; Cardoso et al, 2008).

A actividade sexual, para muitos dos jovens que ingressam na vida universitária, já terá tido início numa idade anterior, pelo que não será uma verdadeira descoberta. O que diferencia é que ao serem confrontados com situações novas, com o estabelecimento de novas relações, os festejos académicos, o consumo de álcool e drogas, a maior liberdade, há muitas vezes o adoptar de comportamentos sexuais de risco com a negligência no uso de métodos contraceptivos e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (Akvardar, 2003).

Apesar das informações que têm, alguns jovens optam por não utilizar preservativos ou como significado da relação afectiva que tem com o parceiro ou por resistência na sua utilização, geralmente baseada no desconhecimento do uso correcto ou receio de prejudicar a saúde (Sant'Ana et al, 2008).

Num estudo com 465 estudantes universitários (43% do sexo feminino e 57 % do sexo masculino) sobre comportamentos sexuais, Sant'Ana et al (2008) observaram que o uso

do preservativo era maior nos alunos do primeiro ano, verificando-se uma queda no seu uso ao longo dos anos do curso.

Num outro estudo com 572 estudantes do sexo feminino de duas universidades brasileiras, Moser et al (2007) realçam nos seus resultados o facto de a prática de sexo inseguro ser maior nos estudantes que moram com os pais ou parceiros (namorados, casados ou em união de facto) (34%) do que entre os que moram sozinhos ou com outras pessoas (colegas) (26,6%). Outro resultado destacado foi o de cerca de 50% dos estudantes dos cursos de saúde relatarem praticar sexo inseguro sem as devidas e adequadas protecções contra possíveis contaminações, concluindo que, tal como outros estudos o referem, o facto de serem estudantes universitários e de um curso de saúde não afecta o comportamento sexual. Um outro dado do mesmo estudo foi que o sexo mais seguro se verificava nos estudantes com menor idade, havendo sexo com maior risco nos estudantes mais velhos, ou seja, dos últimos anos de curso. Os autores atribuem esta diferença ao facto de quanto maior a idade os relacionamentos afectivos são mais estáveis e, logo, um maior relaxamento quanto ao uso do preservativo.

Para Ribeiro e Fernandes (2009), na literatura os jovens apresentam determinadas características, associadas ao comportamento sexual de risco, e que devem ser tidos em conta quando do estudo dos comportamentos sexuais dos jovens: uso de drogas ilícitas, consumo de álcool, baixa idade das primeiras relações sexuais, variabilidade dos parceiros, não utilização do preservativo, fraco desempenho escolar, assim como o género, a idade, o nível sócio-económico, o nível de escolaridade.

Hamburg (1989) e Brook et al (2006) argumentam que o consumo de álcool e de drogas estão na base de determinados comportamentos sexuais de risco mencionada a crença de que o consumo de álcool desinibe e aumenta o prazer sexual fazendo com que as bebidas alcoólicas sejam, fácil e usualmente, consumidas antes ou durante os actos sexuais.

O estilo de vida, caracterizado por alguns comportamentos com uma periodicidade diária, representa um dos moduladores da qualidade de vida, assim como dos níveis de saúde dos indivíduos. E são estes comportamentos os considerados de risco – consumo de álcool, tabaco e drogas, hábitos alimentares inadequados, insuficiente actividade física, actividade sexual insegura – que mais têm preocupado os responsáveis pela educação e saúde dos jovens e mais são estudados nos adolescentes e nos estudantes universitários (Reis e Matos, 2007; Alvarez e Nogueira, 2008), dado que, segundo a OMS, é na adolescência e nos jovens adultos que se concentra metade das infecções por VIH em todo o mundo (Nogueira et al, 2008).

2.4.7 Consumo de Tabaco e outras drogas

Uma questão que levanta sempre dúvidas é o significado de drogas, sejam lícitas e ilícitas. Droga poder-se-á entender como toda a substância que modifica funções sensoriais, humor e comportamentos no indivíduo. Podendo ser, do ponto de vista legal, lícitas/legais ou ilícitas/ilegais, é do ponto de vista fisiológico e bioquímico que elas mais se diferenciam. As substâncias psicoactivas – ou psicotrópicas – actuam a nível do sistema nervoso central (substâncias depressoras, estimulantes ou perturbadoras), dependendo do comportamento do consumo (Coon e Mitterer, 2008). Ainda segundo estes autores, os

comportamentos do consumo são diferenciados em: experimentais (curto tempo de consumo mais baseado na curiosidade); situacionais (quando usado para ajudar a lidar com algum problema); intensivos (quando o consumo é diário) e compulsivos (quando o consumo tem uma expressão intensiva e dependência extrema). Sejam quais forem as razões do consumo e as perspectivas epidemiológicas, políticas, económicas ou sociais, o problema do consumo de drogas constitui-se de grande importância dada a sua incidência e os riscos para a saúde (Peuker et al, 2010).

O consumo de tabaco é uma das causas mais devastadoras de morte prematura, estando associado a um conjunto de doenças onde se destaca o cancro do pulmão, boca e laringe, doenças cardíacas e cerebrovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crónicas (Ogden, 2004). Segundo Eriksen e Mackay (2002) o consumo de tabaco está associado à morte de muitos mais indivíduos do que a SIDA, as drogas ilícitas, os acidentes de viação, os assassinatos e os suicídios, em conjunto.

A maioria dos fumadores iniciam o consumo do tabaco na adolescência (Macedo e Precioso, 2004) embora se um individuo não começar a fumar na adolescência raramente adquire esse hábito posteriormente (Byrne, 2001). Estudos epidemiológicos em Portugal têm demonstrado que o consumo regular de tabaco ocorre mais tardiamente (Precioso, 2004). O Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1995, em Portugal, revela que 39% dos fumadores iniciaram o hábito de fumar entre os 18 e os 24 anos (Nunes, 2002; DEPS,1997). Os dados do mesmo inquérito de 1999 mostraram um aumento da prevalência de fumadores na faixa etária 24-34 anos e dos 34-45 anos em ambos os sexos relativamente a idade mais precoces, o que parece revelar que muitos indivíduos começaram a fumar já em idade adulta.

As pesquisas indicam que fumar é um comportamento essencialmente psicossocial motivado por influências psicológicas e sociais, o que significa o risco de se tornar fumador aumenta quando o indivíduo é confrontado com mudanças no seu ambiente social como seja a mudança de nível de ensino (Precioso, 2004).

Num estudo estratificado com 388 estudantes universitários da universidade do Minho, Precioso (2004) concluiu que a maioria dos estudantes fumadores iniciara o consumo do tabaco sobretudo por influência de amigos, pelas saídas à noite, por ser usual nos locais de diversão noturna e, também, como forma de aliviar o *stress*. Uma das conclusões do estudo é que embora a maioria dos estudantes universitários tenha começado a fumar antes da entrada para o ensino superior, uma percentagem elevada destes estudantes começa a fumar na universidade. E quanto ao género, esta percentagem é superior no género feminino à do género masculino, o que confirma o aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino em Portugal na faixa etária dos 18-24 anos.

O facto de ingressar no ensino superior parece, por si só, um factor de risco associado com o consumo de tabaco – entre outros. O estabelecerem contactos com novas pessoas, com novos hábitos (beber álcool, consumir drogas ilícitas, ter comportamentos sexuais de risco) passar a frequentar locais de lazer e convívio como bares, discotecas, favorece o aparecimento de hábitos tabágicos, uma vez que a componente social e ambiental é muito forte e determinante.

O consumo de tabaco tem vindo a aumentar no género feminino (Precioso, 2004) o que é preocupante a diversos níveis, nomeadamente a nível da gravidez. Como já foi referido um indivíduo que inicie o consumo de tabaco no período da adolescência ou jovem adulto, tem mais probabilidade de prosseguir o consumo ao longo da vida (Valero e Oscar, 2002).

Para além de tabaco, há outras substâncias consumidas que colocam em risco a saúde dos estudantes. Num estudo da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM) revela que 30% dos estudantes universitários do Porto consomem psicotrópicos assim como um elevado consumo de antidepressivos, hipnóticos e ansiolíticos. Para o SPESM (2010) este consumo deve-se a estados de ansiedade, risco de suicídio e questões de isolamento.

Num estudo de Zão (2012) com 620 estudantes da universidade da Beira Interior dos cursos de Saúde e de Engenharia e idades compreendidas entre 18-36 anos, revela que o maior consumo de drogas recai sobra a cannabis, os tranquilizantes, os cogumelos, a cocaína, o *ecstasy* e o LSD, respectivamente.

Grande percentagem dos estudos sobre os consumos na população universitária mostra que o consumo das drogas está bastante disseminado (Mourão, 2008).

2.4.8 Actividade Física

Nos últimos tempos a actividade física passou a ser vista numa perspectiva diferente: deixou de ser apenas um meio para atingir forma física ou nível de embelezamento mas um meio de atingir ou manter melhores níveis de saúde. A actividade física passou a ser estudada e valorizada como um aspecto fundamental na manutenção, recuperação ou melhoria das condições de saúde (Silva et al, 2010).

Segundo Guedea et al (2006) apesar de ter conhecimento da importância de uma actividade física, a população universitária não é regularmente activa. Para Fontes e Vianna (2009) o estudante universitário não pratica actividade física porque o ingresso na universidade é marcado pelo estabelecimento de novas relações, pela confraternização, por grandes períodos de tempo ocupado com testes, trabalhos e estudo, o que facilita a adopção de um estilo de vida mais sedentário.

Neto et al (2011) revelam nos seus estudo que factores como baixa disponibilidade de tempo, baixo rendimento económico e falta de companhia para a prática de actividade desportiva influenciam negativamente a prática de actividade física.

Para além dos prejuízos na saúde física, a inactividade física ou sedentarismo influencia de igual modo a saúde mental. A entrada na universidade expõe os estudantes a factores e situações de *stress* – ansiedade, afastamento da família, novas metodologias de estudo, preparação de trabalhos, incertezas do futuro profissional – proporcionam riscos à saúde mental dos estudantes (Polydor, 2001), sendo a actividade física essencial para a prevenção e manutenção da saúde mental procurando assim desenvolver-se um estilo de vida activo (Roeder, 1999).

A actividade física contribui para a melhoria da saúde mental do indivíduo, melhorando a sua condição de vida, melhorando o sono, o humor, a memória e na dificuldade de

concentração (Araújo, Pinho e Almeida, 2005), alguns dos factores que caracterizam problemas de saúde mental.

Para Faulkner e Taylor (2005) a prática de actividades físicas tem efeitos protectores contra as perturbações mentais uma vez que a sua prática regular influenciará na obtenção da melhoria da qualidade do sono, das funções cognitivas, no humor, na autoestima, produzindo efeitos que protegem o organismo contra desequilíbrios físicos e mentais (Calfas e Taylor, 1994).

Um estudo efectuado com 220 estudantes universitários dos cursos da área da saúde de uma universidade brasileira mostrou que, na associação entre nível de actividade física e perturbações mentais, 32,6% dos estudantes activos apresentavam predisposição a desenvolver algum tipo de transtorno mental enquanto dos estudantes inactivos 67,4% apresentavam predisposição a desenvolver algum tipo de transtorno mental (Silva e Neto, 2014). Noutro estudo com uma população universitária de uma universidade americana também foi encontrada essa associação entre actividade física e saúde mental concluindo-se que os estudantes, numa percentagem significativa, estaria em situação de risco (Demont-Heinrich, 2009).

No estudo de Silva e Neto (2014) verificou-se haver uma associação significativa (OR=0,575; IC 95%: 0,337-0,980) entre os estudantes do 1º Ano (44,7% dos estudantes inactivos) e os estudantes finalistas (58,5% dos estudantes inactivos) resultados que coincidiam com outros estudos (Bray e Born, 2004; Silva et al, 2007) que também identificaram os estudantes mais activos no início do curso do que no fim. Quanto ao género verificaram que a prevalência das perturbações mentais foram maiores no sexo feminino (47,6%) que no masculino (34,7%) ainda que sem diferença estatística (p=0,085), resultados que se encontram replicados noutros estudos (Facundes e Ludemir, 2005; Almeida et al, 2007).

Comum a todos os estudos é a evidência que o período decorrente do curso universitário pode ser uma fase de risco para os estudantes seja por factores stressantes, a ausência de hábitos saudáveis ou à pouca prática de actividade física, o que torna fundamental a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção nos estudantes universitários.

2.4.9 Hábitos Alimentares

Uma alimentação dita saudável baseia-se no fracionamento das refeições ao longo do dia e no equilíbrio do consumo dos alimentos expressos na pirâmide alimentar, devendo ser consumidos em quantidades adequadas, respeitando os grupos e as necessidades energéticas individuais (Gil, 2005). Sendo um acto voluntário, a alimentação depende na sua maior parte da vontade do indivíduo pelo que as escolhas alimentares são influenciadas por um conjunto de factores como os alimentos que agradam, o modo como são preparados, a disponibilidade, o tipo e quantidade ou ainda do estado de humor ou a condição física (Rodrigues, Soares e Boog, 2005).

A dieta denominada ocidental é rica em gorduras, açúcares simples e reduzida em fibras e fazem parte do estilo de vida de grande parte da população (Soar et al, 2012). A associação da dieta de alta densidade energética e o sedentarismo podem conduzir à

obesidade que é um factor determinante para o aparecimento de diversas patologias como diabetes tipo 2, dislipidémias e hipertensão (WHO, 2003).

Na população universitária tem sido identificado um estilo de vida associado ao aparecimento deste tipo de doenças. É comum identificar um conjunto de hábitos alimentares nos estudantes universitários que se poderão denominar de desequilíbrios alimentares: omissão de refeições; consumo de lanches rápidos; refeições nutricionalmente desequilibradas; elevada ingestão de alimentos ricos em açúcares e em gorduras; baixa ingestão de frutas e verduras (Petribu et al, 2009).

Para Vieira et al (2002) os maus hábitos alimentares nos estudantes universitários podem sugerir indícios de compulsão alimentar em alguns deles que, por via da ansiedade e do *stress*, podem transformar a alimentação – refeição e alimentos – como uma espécie de válvula de escape ou mecanismo de defesa para as situações de stress físico e mental. A principal consequência destes maus hábitos alimentares adquiridos enquanto estudantes universitários é que continuam na idade adulta, perpetuando assim um estilo de vida não saudável (Haberman e Suffey, 1998).

As escolhas alimentares são influenciadas por múltiplos factores entre os quais se destacam a idade, o género, factores genéticos, estilos de vida, família, ambiente envolvente, tradições culturais e religiosas, publicidade, grupo de pares, preferências, propriedades sensoriais, até a própria condição física do indivíduo (EUFIC, 2005).

Larson et al (2007) indicam que a ingestão nutricional deve ser valorizada nesta fase da vida do indivíduo dada a sua relação com a promoção de um peso e condição de saúde e, ao mesmo tempo, prevenir as patologias crónicas podendo mesmo interferir no desempenho académico.

Actualmente há falta de estudos que demonstrem a eficácia da alimentação saudável nas perturbações psiquiátricas. No entanto existem evidências epidemiológicas que confirmam a relação entre a nutrição e a saúde mental (Freeman, 2010). Esses estudos epidemiológicos, com o objectivo de intervir a nível das perturbações mentais e visando a saúde mental, têm recaído nas manifestações das deficiências nutricionais como sejam os sintomas psiquiátricos, dando assim a conhecer evidências sobre os padrões e risco de depressão pela ingestão de determinados alimentos (Bodnar e Wisner, 2005). Um desses estudos é de Jacka et al (2010) cujo estudo transversal em mulheres revelou dados que dão uma associação entre os padrões alimentares com a depressão e a ansiedade.

Dois estudos prospectivos, um em Espanha e ou outro no Reino Unido, contribuíram igualmente para fornecer informações sobre a relação entre os padrões de ingestão nutricional e a depressão. Em Espanha, a dieta mediterrânica confere protecção contra a depressão (Sanchez-Villega et al, 2009) e no Reino Unido um padrão alimentar contendo maior quantidade de alimentos processados (carnes cozinhadas, produtos de panificação e lacticínios ricos em gordura) foram associados com o maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva (Akbarly et al, 2009). Os padrões alimentares são, assim, influenciados por factores culturais e ambientais, incluindo a disponibilidade e acessibilidade de alimentos, horários, capacidade de compra-los e prepara-los, esforços educacionais para a promoção da ingestão alimentar saudável (Jacques e Tucker, 2001).

Segundo Davy et al (2006) os hábitos alimentares tendem a piorar durante a permanência no ensino universitário sendo frequente a omissão de refeições nomeadamente o pequeno-almoço, a falta de variabilidade de alimentos ingeridos, ingestão de certo tipo de alimentos fora das refeições - alimentos de elevada densidade energética, ricos em gordura e em açúcares – em substituição de refeições equilibradas. Acrescenta ainda o aumento de refeições extra-domiciliárias e o aumento da ingestão de refeições *fast-food* (Morse e Driskell, 2009).

Os maus hábitos alimentares têm consequências, independentemente da idade. No entanto esses maus hábitos adquiridos durante a adolescência e em jovem adulto tendem a repercutir-se na vida adulta, pelo que os estudantes universitários deverão ser um alvo importante para a aplicação de estratégias de redução da prevalência de excesso de peso e obesidade na população adulta (Lowry et al, 2000).

Uma nutrição equilibrada e adequada é essencial para a saúde do indivíduo, em especial naqueles que se encontram em processos de crescimento, uma vez que contribuem para o desenvolvimento de todo o seu potencial (França et al, 2006).

PARTE 2 — ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 — METODOLOGIA

3.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO

Estabelecemos, para o presente estudo, objectivos gerais e específicos.

Objectivos Gerais

I. Contribuir para a compreensão do processo de adaptação, percurso e saída dos jovens no Ensino Superior, identificando os níveis de perturbação de saúde mental e mecanismos de adaptação que permitam vivências de bem-estar psicológico ao longo do seu percurso académico;

II. Contribuir para o esclarecimento da finalidade, estratégia e instrumentos susceptíveis de potenciar uma intervenção especializada de serviços de apoio psicológico, pedagógico e social aos estudantes do Ensino Superior desde a sua entrada no meio académico, durante o percurso e na transição para o mundo do trabalho, para que a adaptação a constantes novas exigências possa ajudar a fazer a diferença no futuro e para que seja um profissional mentalmente saudável.

Objectivos Específicos

I) Caracterizar a saúde mental global dos estudantes universitários;

II) Caracterizar os níveis de depressão e ansiedade dos estudantes universitários;

III) Identificar os padrões de comportamentos de risco dos estudantes universitários;

IV) Analisar a relação entre a saúde mental global, depressão, ansiedade e os comportamentos de risco dos estudantes universitários.

3.2 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta os objectivos anteriormente estipulados assim como a revisão da literatura efectuada, foram estabelecidas as seguintes hipóteses de investigação:

H1 – O Curso e o Ano frequentado influenciam significativamente a saúde mental global, a depressão;

H2 – A Idade, o Género e o estar Deslocado influenciam significativamente a saúde mental, a depressão e a ansiedade;

H3 – Os níveis de depressão e ansiedade são mais elevados nas mulheres, nos alunos do 1º ano e nos alunos deslocados;

H4 – Os níveis de depressão e ansiedade são mais baixos nos homens, nos alunos dos cursos de Saúde e alunos cujos pais trabalham;

H5 – Os níveis de depressão e ansiedade são mais elevados nos alunos deslocados, com mais de 3 unidades curriculares em atraso e a trabalhar (a tempo parcial ou integral);

H6 – Os níveis de saúde mental reflectem significativamente os níveis de depressão e ansiedade;

H7 – Os níveis de depressão, ansiedade e comportamentos de risco predizem a saúde mental global de modo diferenciado;

H8 – Há maior frequência de comportamentos de risco, em especial maior consumo de álcool, nos alunos deslocados, do 1º ano e com níveis mais elevados de depressão e ansiedade;

H9 – Quanto maior o consumo de álcool, menores os níveis de saúde mental e maiores os níveis de depressão e ansiedade.

Para o presente estudo considera-se rendimento académico o número de unidades curriculares efectuadas por semestre e ano lectivo e, igualmente, os anos curriculares completos.

Por outro lado, não sendo uma hipótese em estudo, procuraremos saber se os estudantes com problemas de saúde mental são ou não acompanhados por serviços especializados e se, havendo esses serviços, há procura efectiva de ajuda de acordo com os dados obtidos.

3.3 DESENHO E TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta as características do presente estudo, este pode ser caracterizado como um estudo **quantitativo** – *recorre-se a técnicas quantitativas na medida em que se recorre a meios para sumariar, de forma numérica, grandes quantidades de informação com vista a obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas com recurso a métodos variados* (Coolican, 2004), **descritivo** e **correlacional** – *por ser o tipo de pesquisa que procura explorar relações que possam existir entre variáveis com excepção da relação de causa-efeito. Por outro lado o estudo das relações entre variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida* (Fortin, 2003), **transversal** – considerando a dimensão tempo, em que cada indivíduo é avaliado apenas num único momento e são comparados grupos de pessoas com base nas suas características, e **exploratório** (Prince, 2003).

3.4 AMOSTRA

População é o conjunto de todos os elementos que constituem um determinado grupo que se pretende estudar. Na área da saúde mental, as populações tendem a ser muito grandes pelo que é prática habitual recorrer-se a amostras ou seja a grupos de elementos que são retirados da população de interesse e que se espera que partilhem as mesmas características (Coolican, 2004). No presente estudo recorreu-se a uma **amostra não probabilística selecionada por conveniência** – *apesar deste tipo de amostragem não ser representativo da população, recorre-se a ela quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Por outro lado este processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que os resultados desta só se aplicam a ela própria. No entanto pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspectos críticos do que propriamente a objectividade científica. Além de ser um método que tem a vantagem de ser rápido, barato e fácil* (Correa, 2003).

A população em estudo são os estudantes matriculados nas quatro instituições de ensino superior do centro do país: **Instituto Politécnico da Guarda** (IPG); **Universidade da Beira interior** (UBI); **Instituto Politécnico de Castelo Branco** (IPCB) e **Instituto Politécnico de Portalegre** (IPP), com a seguinte distribuição aproximada: Instituto Politécnico da Guarda: 3.200 alunos; Universidade da Beira Interior: 6.000 alunos; Instituto Politécnico de Castelo Branco: 4.200; Instituto Politécnico de Portalegre: 2.600 o que perfaz um total de 16.000 alunos para o ano lectivo 2012/2013.

Segundo Ribeiro (2010) para um universo com dimensão entre 10.000 a 20.000 indivíduos, serão necessárias como unidades de amostra valores entre 1.061 e 1.121, com uma percentagem de universo entre 5,6% e 10,6% e uma margem de erro de 1%. Assim, preconizámos uma dimensão da amostra que variasse entre 896 (5,6%) e 1.696 (10,6%) estudantes inquiridos.

A área geográfica do estudo circunscreveu-se à Guarda, Covilhã, Castelo Branco e Portalegre.

No que respeita aos critérios de selecção incluíram-se todos os estudantes de ambos os sexos, de todos os cursos de 1º Ciclo, Cursos com Mestrado integrado e anos ministrados nas instituições.

Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes:

Estudantes de cursos noturnos ou pós-laborais (*geralmente são estudantes com características diferentes dos estudantes diurnos: v.g. casados, com família, emprego. Ou seja, com factores potencialmente favorecedores de estabilidade psicológica*);

Cursos de Pós-Graduações, Mestrado e Doutoramento;

Inquéritos mal preenchidos

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para este estudo foram abordadas diferentes vertentes mas que têm uma base comum: o estudante do ensino superior. Assim será abordada a sua saúde mental, os comportamentos de risco que apresenta, a ansiedade e os momentos de depressão experienciados durante o seu período de estudante. Importante é também conhecer as principais características da população em estudo, como sejam o curso e ano que frequenta, que escolhas fez quanto ao curso e instituição que frequenta, se é deslocado, se tem bolsa, o género e a idade. Para obter estes dados serão aplicados os seguintes instrumentos, cuja utilização foi devidamente autorizada:

3.5.1 Questionário Demográfico

Dados respeitantes à **Instituição** em que o estudante se encontra matriculado, **Curso** frequentado e respectivo **Ano**, **Género**, **Idade, Opção de escolha do Curso**, **Opção Instituição**, **Situação do Estudante** (v.g. deslocado, residência, bolsa), assim como situação profissional dos pais – as suas profissões foram agrupadas segundo a

Classificação Nacional de Profissões, edição 2011, rendimento académico e outros dados relativos ao estudante universitário da população em estudo.

3.5.2 Mental Health Inventory (MHI, Pais Ribeiro, 2001)

O MHI foi construído por Ware, Manning, Duan, Wells e Newhouse (1984) consistindo num estudo com base na população do Rand Corporation's Health Insurance Study (HIE) abrangendo 4444 pessoas de seis zonas de seis estados dos EUA. Os resultados obtidos evidenciaram a validade do MHI como medida de Saúde Mental (Ribeiro, 2011).

Como explicam Veit e Ware (1983), o MHI começou por ser desenvolvido, em 1975, como uma medida destinada a avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar, na população em geral, e não somente nas pessoas com doença mental.

O MHI foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Ostroff et al, (1996) num estudo comunitário com adolescentes (n=953) confirmaram a validade e fidelidade do MHI, recomendando que este questionário seja utilizado em estudos de comparação de saúde mental em população não psiquiátrica.

O MHI é um questionário de auto-resposta, que inclui itens para medir tanto o *distress* psicológico como o bem-estar psicológico. Os 38 itens que constituem o questionário distribuem-se por cinco subescalas: ansiedade (10 itens); depressão (5 itens); perda de controlo emocional / comportamental (9 itens); afecto positivo (11 itens); e laços emocionais (3 itens).

Estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes dimensões:

- **Estado de saúde mental negativa** (ansiedade, depressão e perda emocional / comportamental)
- **Estado de saúde mental positiva** (afecto positivo e laços emocionais)

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de 5 ou 6 posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada subescala. Parte dos itens são cotados de modo invertido. Valores mais altos correspondem a melhor saúde mental.

A estrutura do MHI é mantida, na versão adaptada ao nosso país, sendo as suas propriedades métricas semelhantes às propriedades do instrumento original, apresentando-se como um questionário adequado para a investigação sobre a saúde mental ou em rastreios, não sendo, no entanto, indicado para a realização de diagnósticos de perturbações mentais (Pais Ribeiro, 2007).

Para o presente estudo, considerou-se a versão MHI-5. Esta versão reduzida do MHI-38 inclui cinco itens e tem sido considerada apropriada para identificar pessoas com sintomas depressivos (Ribeiro, 2011). McCabe et al, (1996) citados por Ribeiro (2011), compararam o General Health Questionnaire de 12 itens com o MHI-5 em 3000 participantes de ambos os sexos com idade compreendidas entre os 16 e os 64 anos e confirmaram a validade, a fidelidade e a sensibilidade de ambos os instrumentos na

caracterização da saúde mental estudada, concluindo ser o MHI-5 o mais adequado para a investigação.

O MHI-5 é uma versão rápida que tanto pode ser aplicada isoladamente como teste de rastreio (*screening*) como com outras escalas. Inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 do MHI-38, sendo três desses itens dedicados à escala de saúde mental negativa e dois à escala de saúde mental positiva, representando quatro dimensões da saúde mental: ansiedade; depressão; perda de controlo emocional e comportamental; e bem-estar psicológico. Segundo Ribeiro (2011) o MHI-5 tem sido evidenciado em diversas investigações como um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental.

3.5.3. Questionário de Comportamentos de Risco nos Estudantes Universitários (QREU; Pereira et al, 2007)

Para avaliar os comportamentos de risco mais comuns nos estudantes recorreu-se ao QREU. Este questionário, que tem por base o *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS/CDC, 1997) é constituído por vinte e quatro itens, avaliando seis categorias de comportamentos: **uso de tabaco**; **consumo de álcool e outras drogas**; **comportamentos sexuais de risco**; **hábitos alimentares**; **inactividade física**; **condução de risco**. Com cinco categorias de resposta, algumas são intervalares e outras nominais.

Os autores referem que, tendo em conta a forma e o conteúdo do instrumento, a realização de uma análise das características psicométricas é difícil, nomeadamente pelo facto de ter algumas categorias de respostas nominais. Citam Brener, Billy e Grady (2003), ao mencionarem o facto de não se conhecerem estudos que analisem a validade de instrumentos que abarquem vários comportamentos.

3.5.4 Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)

O Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) foi um instrumento desenvolvido e validado na década de 90 para diagnosticar, de forma eficaz, cinco dos tipos mais comuns de perturbações na população: depressão, ansiedade, perturbações somatoformes, alcoolismo e desordens alimentares (Spitzer el al, 1994).

Na última década a escala da depressão PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) teve uma crescente utilização tanto na prática clínica como na investigação (Kroenke et al, 2001; Löwe et al, 2004). Após o sucesso do PHQ-9 surge uma nova escala para diagnosticar a perturbação de ansiedade generalizada – o GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) (Spitzer et al, 2006). Tanto o PHQ-9 como o GAD-7 são, por vezes, utilizados em determinados estudos de rastreio ou de pesquisa.

Os pontos de corte de 5, 10, 15 e 20 representam os níveis leve, moderado, moderadamente grave e grave para a depressão (PHQ-9) e 5, 10 e 15 os níveis leve, moderado e grave para a ansiedade (GAD-7). Um ponto de corte de 10 ou superior é considerado um aviso de alerta em qualquer destes testes ou seja chama a atenção para

uma possível condição clínica significativa, enquanto um ponto de corte de 15 é um forte sinal de alerta em ambos os testes ou seja o(s) indivíduo(s) necessita(m) de tratamento activo para alguma das situações.

No PHQ-9 há uma pergunta final (*se os problemas dificultam a relação com o trabalho, com as simples atividades domésticas ou com o convívio com outras pessoas*) que não tem valor para a pontuação final. Apenas tem como objectivo perceber a impressão geral que o indivíduo tem sobre o peso dos seus sintomas na sua vida do dia-a-dia.

Em síntese, no PHQ-9 o valor é calculado através da atribuição da pontuação de 0, 1, 2 e 3 para as categorias de "nenhum", "vários dias", "mais de metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. A pontuação total para os nove itens varia entre 0 e 27. As pontuações de 5, 10, 15 e 20 representam os pontos de corte para a depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente. No GAD-7, escala para o despiste e a gravidade da ansiedade, o valor é calculado através da atribuição da pontuação de 0, 1, 2 e 3 para as categorias de resposta de "nenhum", "vários dias", "mais de metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. A pontuação total do GAD-7 para os sete itens varia entre o 0 e os 2. Os scores de 5, 10 e 15 representam pontos de corte para a ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente. Este teste foi concebido essencialmente como medida de rastreio e gravidade para a perturbação de ansiedade generalizada.

3.6 PROCEDIMENTOS: RECOLHA DE DADOS, ASPECTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Um dos principais cuidados nos processos de investigação é o obter autorizações seja para utilização de instrumentos de recolha de dados validados seja para os aplicar a uma população ou amostra. Outro aspecto fundamental numa investigação é o cumprimento das regras éticas e deontológicas de forma a não serem feridas a confidencialidade e o anonimato dos indivíduos participantes.

3.6.1 Autorizações, ética e deontologia

Em primeiro foi obtida autorização dos autores dos questionários (que careciam de autorização) para se proceder à sua aplicação. Em segundo lugar submeteram-se os questionários à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) para análise, não tendo sido obtida qualquer objeção à sua aplicação. Em terceiro foi solicitada, e obtida, aos responsáveis das Instituições envolvidas autorização para aplicação dos questionários, apresentando-se os objectivos do estudo, os procedimentos e os questionários propriamente ditos, pressupondo-se que tenham sido objecto de avaliação por parte das Comissões de Ética das respectivas Instituições.

Respeitaram-se todos os princípios éticos, legais e deontológicos ao longo de todo o processo da investigação, desde a pesquisa bibliográfica à recolha e tratamento dos dados. Teve-se ainda em atenção os Princípios Éticos da Investigação Médica em Seres Humanos, da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Outubro de 2013).

3.6.2 Recolha de dados

Após as autorizações, os responsáveis institucionais procederam ao envio do *link* para os serviços de informática onde fizeram chegar os questionários aos estudantes via *mailing list*. Os estudantes tiveram assim acesso a um *email* onde constavam o convite à participação, os objectivos e a finalidade do estudo, um *link* de acesso aos questionários e a garantia do seu carácter confidencial, voluntário e liberdade de escolha na participação e nas respostas. O estudante que aderisse encontrava um conjunto de perguntas, de resposta obrigatória sem a qual não permitira prosseguir no questionário, de escolha múltipla. No final bastava submeter o questionário para finalizar o processo.

Uma vez que todo o processo era informatizado (uma das mais valias deste modelo de aplicação de questionários) os dados resultantes das escolhas efectuadas eram de imediato guardados numa base de dados a que só o investigador tinha acesso. Os dados recolhidos forma posteriormente migrados para um processador de tratamento estatístico (SPSS® versão 21).

Ou seja, o investigador nunca teve acesso (directo ou indirecto) aos endereços electrónicos dos estudantes, sendo unicamente as respostas direccionadas para uma base de dados.

A recolha das respostas foi realizada entre Junho e Setembro de 2013.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Foi realizada a estatística descritiva para caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, relativamente à frequência do ensino superior e às necessidades de utilização de serviços de apoio psicológico, tendo sido apresentadas frequências e percentagens para as variáveis qualitativas e valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas.

Os participantes foram classificados tendo em consideração os pontos de corte apresentados pelos autores das escalas utilizadas (Pais-Ribeiro, 2011; Kroenke et al, 2010) no que concerne à saúde mental global, à depressão e à ansiedade.

Foi verificada a distribuição não normal, através do teste Kolmogorov-Smirnov, tendo-se optado pela utilização de testes não paramétricos. Assim, para estudar as diferenças entre dois grupos independentes foi utilizado o teste Mann-Whitney e para estudar as diferenças entre mais do que dois grupos independentes foi utilizado o teste Kruskal-Wallis.

Para a realização das análises correlacionais foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para averiguar a influência do curso, ano de escolaridade, idade, sexo e estar fora de casa (variáveis independentes) na saúde mental global, na depressão e na ansiedade (variáveis dependentes) foram realizadas regressões lineares univariadas.

Para analisar o poder discriminante da depressão, ansiedade e comportamentos de risco (variáveis independentes) na classificação da saúde mental (variável dependente) foi realizada uma análise multivariada discriminante, uma vez que é uma técnica de regressão adequada para quando a variável dependente é categórica e as variáveis independentes são intervalares

A análise dos dados foi executada com recurso ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) versão 21.

CAPÍTULO 4 — RESULTADOS

Este capítulo é dedicado aos resultados do estudo empírico. São apresentados os resultados da saúde mental global, depressão e ansiedade, assim como os comportamentos de saúde. São ainda apresentados os resultados das relações entre a saúde mental global, a depressão e a ansiedade com os comportamentos de risco encontrados nos estudantes universitários estudados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO

A amostra de conveniência é constituída por 1968 estudantes da Universidade da Beira Interior e dos Institutos Politécnicos da Guarda, Castelo Branco e Portalegre, num universo de 16.000 estudantes (aproximadamente) dos quais 1415 (71,9%) são do sexo feminino e 553 (28,1%) do sexo masculino. A **Tabela 1** apresenta frequências e percentagens das características sociodemográficas e informações referente ao curso.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

	N	%
Sexo		
Feminino	1415	71.9
Masculino	553	28.1
Estado civil		
Solteiro	1774	90.1
Casado	139	7.1
União de facto	48	2.4
Divorciado	7	.4
Pai trabalha		
Sim	1383	70.3
Não	585	29.7
Mãe trabalha		
Sim	1281	65.1
Não	687	34.9
Curso		
Artes e letras	358	18.2
Ciências	98	5.0
Engenharias	187	9.5
Ciências sociais e humanas	479	24.3
Ciências da saúde	846	43.0
Opção de curso		
1ª	1590	80.8
2ª	251	12.8
3ª	127	6.5
Ano curricular completo		
Sim	1472	74.8
Não	496	25.2
Semestre completo		
Sim	1538	78.2
Não	430	21.8
Unidades curriculares em atraso		
Sim	524	26.6
Não	1444	73.4

Tabela 1 (cont.) - Caracterização da amostra

	N	%
Frequência do ensino superior implicou sair de casa		
Sim	1347	68.4
Não	621	31.6
Onde mora		
Residência universitária	405	20.6
Num apartamento sozinho	65	3.3
Num apartamento com outros estudantes	814	41.4
Com familiares	311	15.8
Outros	373	19.0
Desloca-se para a faculdade		
A pé	1043	53.0
Carro próprio	725	36.8
Transporte público	173	8.8
Moto/bicicleta	15	.8
Outro	12	.6
Tempo gasto na deslocação		
<15 minutos	1342	68.2
15-30 minutos	451	22.9
30-60 minutos	112	5.7
>60 minutos	63	3.2
Meio de subsistência		
A cargo da família	1297	65.9
Bolsa de estudo	428	21.7
Trabalho em part-time	75	3.8
Trabalho em full-time	168	8.5
Situação profissional		
Só a estudar	1557	79.1
Estudar e trabalhar part-time	243	12.3
Estudar e trabalhar full-time	168	8.5
Tem estatuto de trabalhador-estudante		
Sim	222	11.3
Não	1746	88.7

Em relação ao estado civil, 1774 (90,1%) são solteiros, 139 (7,1%) casados, 48 (2,4%) vivem em união de facto e 7 (0,4%) são divorciados.

Os estudantes distribuem-se por cinco grandes áreas de estudos: Artes e Letras 358 (18.2%), Ciências 98 (5,0%), Engenharias 187 (9,5%), Ciências Sociais e Humanas 479 (24,3%) e Ciências da Saúde 846 (43,0%), sendo o curso escolhido como 1ª opção para 80,8%, 2ª opção para 12,8% e 3ª opção para 6,5%.

A maioria dos estudantes (68,4%) está deslocada, ou seja, saíram de casa da família para frequentar o ensino superior: 20,6% estão numa residência universitária; 41,4% vivem num apartamento com outros estudantes, 3,3% vivem num apartamento sozinhos.

Quanto ao estatuto, 88,7% afirmam ser estudantes ordinários e 11,3% afirmam ser trabalhadores estudantes. No entanto, e no que se refere à situação profissional, estudam e trabalham em tempo parcial 12,3% e em tempo completo 8,5%.

Quanto ao ano de frequência os estudantes distribuem-se da seguinte forma: 1º Ano, 407 (20,7%); 2º Ano, 564 (28,7%); 3º Ano, 605 (30,7%); 4º Ano, 250 (12,7%); 5º Ano, 95 (6,6%) e 6º Ano, 47 (2,4%). Os cursos com 5º e 6º Ano referem-se aos cursos com mestrado incluído como são os casos de Medicina, Farmácia e Arquitectura.

A grande maioria dos estudantes, 1297 (65,9%), refere ter como meio de subsistência estar a cargo da família, enquanto para 428 (21,7%) dos estudantes esse meio de subsistência depende da bolsa de estudo. De referir ainda que 75 (3,8%) estudantes afirmam depender de um trabalho em tempo parcial e 168 (8,5%) de um trabalho em tempo completo enquanto estudam.

A maioria dos estudantes desloca-se a pé (53%) para a universidade enquanto 725 (36,8%) o faz de carro próprio, demorando menos de 15 minutos neste trajecto 68,2%.

Em relação ao rendimento académico, 1472 estudantes (74,8%) refere ter o ano curricular completo e 1444 (73,4%) não ter unidades curriculares em atraso.

A **Tabela 2** apresenta o valor mínimo, valor máximo, média e desvio-padrão para as dimensões quantitativas descritivas da amostra.

Tabela 2. Descrição da amostra – dimensões quantitativas

	Min	Max	M	DP
Ano de frequência (N=1968)	1	6	2.60	1.22
Idade (N=1968)	18	30	22.02	2.46

Para perceber as necessidades dos estudantes universitários em termos de utilização de serviços de apoio psicológico, apresenta-se na **Tabela 3**, frequências e percentagens das dimensões estudadas neste contexto.

Tabela 3. Necessidades em termos de utilização de serviços de apoio psicológico – amostra total

	N	%
Já precisou de recorrer aos serviços de apoio psicológico que a sua universidade/Instituto politécnico disponibiliza?		
Sim	297	15.1
Não	1671	84.9
Teve dificuldades psicológicas circunstanciais		
Sim	112	5.7
Não	1856	94.3
Teve dificuldades psicológicas moderadas		
Sim	98	5.0
Não	1870	95.0
Teve dificuldades psicológicas severas		
Sim	87	4.4
Não	1881	95.6
Teve motivos que justificassem pedir ajuda		
Sim	673	34.2
Não	1295	65.8

Embora apenas 15.1% dos participantes tivessem recorrido aos serviços de apoio psicológico que a sua universidade/Instituto politécnico disponibiliza, 34.2% referiu ter tido motivos que justificassem pedir ajuda, reportando 5.7% dificuldades psicológicas circunstanciais, 5.0% dificuldades psicológicas moderadas e 4.4% dificuldades psicológicas severas.

Saúde Mental Negativa e utilização de serviços de apoio psicológico

Após cotação da medida de Saúde Mental Global, classificando os participantes com Saúde mental negativa (*distress* psicológico, estado de saúde mental negativo) ou positiva (bem estar psicológico, estado de saúde mental positivo), foi realizado o mesmo tipo de análise apenas para os participantes classificados como tendo saúde mental negativa. A **Tabela 4** apresenta os resultados obtidos.

Tabela 4. Necessidades, em termos de utilização de serviços de apoio psicológico – participantes com saúde mental negativa (N=360)

	N	%
Já precisou de recorrer aos serviços de apoio psicológico que a sua universidade/Instituto politécnico disponibiliza?		
Sim	54	15.0
Não	306	85.0
Teve dificuldades psicológicas circunstanciais		
Sim	19	5.3
Não	341	94.7
Teve dificuldades psicológicas moderadas		
Sim	28	7.8
Não	332	92.2
Teve dificuldades psicológicas severas		
Sim	18	5.0
Não	342	92.2
Teve motivos que justificassem pedir ajuda		
Sim	122	33.9
Não	238	66.1

Dos 360 participantes com saúde mental negativa somente 15.0% dos participantes recorreram aos serviços de apoio psicológico que a sua universidade/Instituto politécnico disponibiliza, 33.9% referiu ter tido motivos que justificassem pedir ajuda, reportando 5.3% dificuldades psicológicas circunstanciais, 7.8% dificuldades psicológicas moderadas e 5.0% dificuldades psicológicas severas.

Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade.

Com o objetivo de descrever a amostra em função dos pontos de corte das dimensões Saúde Mental Global (Pais-Ribeiro, 2011), Depressão e Ansiedade (Kroenke et al, 2010), são apresentadas na **Tabela 5** as frequências e percentagens para cada classificação.

Tabela 5. Classificação da amostra em termos de saúde mental global, depressão e ansiedade

	N	%
Saúde mental global		
Negativa	360	18.3
Positiva	1608	81,7
Depressão		
Sem depressão	809	41.1
Suave	811	41.2
Moderada	247	12.6
Moderada a severa	59	3.0
Severa	42	2.1
Ansiedade		
Sem ansiedade	725	36.8
Suave	935	47.5
Moderada	191	9.7
Severa	117	5.9

Da totalidade da amostra, 18.3% dos participantes apresentaram saúde mental global negativa, 17.7% depressão moderada, moderada a severa ou severa e 15.6% apresentaram ansiedade moderada ou severa.

Tipo de Distribuição

Com a finalidade de averiguar se as dimensões em estudo seguem a distribuição normal, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, sendo os resultados apresentados na **Tabela 6**.

Tabela 6. Normalidade das dimensões em estudo

	Kolmogorov-Smirnov	p
Saúde mental global	5.662	< .001
Depressão	5.796	< .001
Ansiedade	7.294	< .001
Comportamentos de risco	2.740	< .001
Consumo de tabaco	18.847	< .001
Consumo de álcool	4.508	< .001
Consumo de outras drogas	22.258	< .001
Comportamentos sexuais de risco	6.062	< .001
Hábitos alimentares	4.181	< .001
Inatividade física	9.637	< .001
Condução de risco	11.795	< .001

Como todas as dimensões estudadas não seguem a distribuição normal ($p < .05$), optou-se pela utilização de **testes não paramétricos**.

Diferenças entre Grupos

Para estudar as diferenças entre sexos para a Saúde Mental Global, Depressão, Ansiedade e Comportamentos de Risco foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na **Tabela 7**.

Tabela 7. Diferenças entre sexos

	Sexo Feminino (N=1415)	Sexo Masculino (N=553)	z
	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	948.13	1077.57	-4.554***
Depressão	1015.62	904.87	-3.900***
Ansiedade	1024.48	882.20	-5.014***
Comportamentos de risco	959.21	1049.22	-3.162**
Consumo de tabaco	972.81	1014.42	-1.794
Consumo de álcool	952.82	1065.55	-3.975***
Consumo de outras drogas	993.7	960.97	-1.979*
Comportamentos sexuais de risco	993.71	960.93	-1.162
Hábitos alimentares	974.26	1010.69	-1.290
Inatividade física	1038.59	846.10	-7.064***
Condução de risco	923.90	1139.56	-8.069***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a saúde mental global com $Z = -4.554$; $p < .001$, para a depressão com $Z = -3.900$; $p < .001$, para a ansiedade com $Z = -5.014$; $p = .007$, para os comportamentos de risco com $Z = -3.162$; $p = .002$, para o consumo de álcool com $Z = -3.975$; $p < .001$, para o consumo de drogas com $Z = -1.979$; $p = .048$, para a inatividade física com $Z = -7.064$; $p < .001$ e para a condução de risco com $Z = -8.069$; $p < .001$.

Os resultados mostram que as mulheres apresentam valores superiores nas dimensões depressão, ansiedade, consumo de outras drogas e inatividade física e que os homens apresentam valores superiores nas dimensões saúde mental global, comportamentos de risco, consumo de álcool e condução de risco.

Curso e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco.

Para estudar as diferenças entre cursos para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Os resultados são apresentados na **Tabela 8**.

Tabela 8. Diferenças entre cursos

	Artes e Letras (N=358)	Ciências (N=98)	Engenharias (N=187)	Ciências Sociais e Humanas (N=479)	Ciências da saúde (N=846)	χ^2
	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	907.24	961.46	913.52	1028.69	1010.53	14.444**
Depressão	1034.14	968.95	1090.16	957.00	957.51	12.392*
Ansiedade	1060.97	968.21	1026.33	928.46	976.51	12.507*
Comportamentos de risco	952.32	1070.14	1050.90	952.67	991.54	7.576
Consumo de tabaco	980.51	942.84	975.37	1038.94	962.21	9.494*
Consumo de álcool	974.28	1067.33	997.62	886.61	1031.75	22.578***
Consumo de outras drogas	986.67	975.10	995.34	966.86	992.26	2.135
Comportamentos sexuais de risco	951.79	976.41	1007.75	1006.73	981.55	2319
Hábitos alimentares	944.97	1107.42	1079.36	991.26	962.20	13.129*
Inatividade física	956.89	904.94	978.12	940.58	1031.68	12.560*
Condução de risco	1033.36	1096.29	1133.36	991.50	914.01	36792***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os cursos para a saúde mental global com χ^2 (4) = 14.444; p = .006, para a depressão com χ^2 (4) = 12.392; p = .015, para a ansiedade com χ^2 (4) = 12.507; p = .014, para o consumo de tabaco com χ^2 (4) = 9.494; p = .050, para o consumo de álcool com χ^2 (4) = 22.578; p < .001, para os hábitos alimentares com χ^2 (4) = 13.129; p = .011, para a inatividade física com χ^2 (4) = 12.560; p = .014 e para a condução de risco com χ^2 (4) = 36.792; p < .001. Os resultados mostram que os alunos do de **Ciências Sociais e Humanas** e os de **Ciências da Saúde** têm melhor saúde mental global, menor depressão e menor ansiedade; os alunos de Ciências da Saúde apresentam maior inatividade física e menos condução de risco; os alunos de Ciências Sociais e Humanas têm maior consumo de tabaco; os alunos de Ciências e de Ciências da Saúde têm maior consumo de álcool; e os alunos de Artes e Letras e de Ciências da Saúde têm melhores hábitos alimentares.

Ano frequentado e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco.

Para estudar as diferenças entre ano frequentado para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Os resultados são apresentados na **Tabela 9**.

Tabela 9. Diferenças entre anos de escolaridade

	1º ano (N=407)	2º ano (N=564)	3º ano (N=605)	4º ano (N=250)	5º ano (N=95)	6º ano (N=47)	χ^2
	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	979.48	988.38	990.78	950.18	996.36	1059.20	1.908
Depressão	1000.10	962.37	962.10	1107.22	892.11	937.34	16.718**
Ansiedade	946.78	957.49	998.79	1092.19	983.12	881.19	14.102*
Comportamentos de risco	1005.31	990.03	944.31	1048.50	954.25	976.03	7.091
Consumo tabaco	1024.24	991.91	981.53	971.45	881.03	868.32	11.093*
Consumo de álcool	955.26	985.52	964.61	1065.34	995.48	1029.29	7.277
Consumo outras drogas	1008.01	976.50	957.67	1018.12	1045.38	920.34	14.020*
Comportamentos sexuais de risco	1018.61	1004.91	941.38	991.54	963.57	1004.07	6.016
Hábitos alimentares	1009.07	968.16	934.52	1027.23	1078.31	1194.38	16.612**
Inatividade física	951.77	958.85	1013.20	1084.61	911.16	822.12	18.838**
Condução de risco	1001.79	1023.57	997.36	905.58	885.32	820.66	17.025**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os anos de escolaridade para a depressão com χ^2 (5) = 16.718; p = .005, para a ansiedade com χ^2 (5) = 14.102; p = .015, para o consumo de tabaco com χ^2 (5) = 11.093; p = .050, para o consumo de drogas com χ^2 (5) = 14.020; p = .015, para os hábitos alimentares com χ^2 (5) = 16.612; p = .005, para a inatividade física com χ^2 (5) = 18.838; p = .002 e para a condução de risco com χ^2 (5) = 17.025; p = .004.

Os resultados mostram que os alunos do 1º ano apresentam valores superiores de consumo de tabaco, mais comportamentos sexuais de risco; que os alunos do 1º e 2º ano apresentam mais comportamentos de condução de risco; que os alunos do 4º ano apresentam mais depressão, ansiedade e inatividade física; que os alunos do 5º ano apresentam maior consumo de outras drogas e que os alunos do 6º ano apresentam piores hábitos alimentares.

Estudantes deslocados e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco

Para estudar as diferenças entre os participantes que tiveram e não tiveram de sair de casa para estudar, para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na **Tabela 10**.

Tabela 10. Diferença entre ter e não ter de sair de casa para estudar

	Sim (N=1347)	Não (N=621)	z
	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	980.74	992.66	-.433
Depressão	1001.79	947.00	-1.995*
Ansiedade	1002.05	946.42	-2.027*
Comportamentos de risco	1015.15	918.02	-3.528***
Consumo de tabaco	988.28	976.29	-.535
Consumo de álcool	1030.77	884.14	-5.345***
Consumo de outras drogas	1001.79	946.99	-3.426***
Comportamentos sexuais de risco	1000.15	950.56	-1.817
Hábitos alimentares	982.52	988.79	-.229
Inatividade física	1011.22	926.55	-3.213***
Condução de risco	962.54	1032.13	-2.692**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que tiveram e não tiveram de sair de casa para estudar, para a depressão com Z = -1.995; p = .046, para a ansiedade com Z = -2.027; p = .043, para os comportamentos de risco com Z = -3.528; p < .001, para o consumo de álcool com Z = -5.345; p < .001, para o consumo de drogas com Z = -3.426; p = .001, para a inatividade física com Z = -3.213; p = .001 e para a condução de risco com Z = -2.692; p = .007.

Os resultados mostram que os participantes que tiveram de sair de casa devido à frequência do ensino superior apresentam valores superiores nas dimensões depressão, ansiedade, comportamentos de risco, consumo de álcool, consumo de outras drogas e inatividade física e que os participantes que não tiveram de sair de casa devido à frequência do ensino superior apresentam valor superior no comportamento de condução de risco.

Pai empregado e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco

Para estudar as diferenças entre participantes com pai que trabalha e pai que não trabalha, para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na **Tabela 11**.

Tabela 11. Diferenças entre participantes com pai que trabalha e pai que não trabalha

	Sim (N=1383)	Não (N=585)	z
	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	1002.27	942.50	-2.138*
Depressão	995.08	959.49	-1.274
Ansiedade	988.64	974.72	-.499
Comportamentos de risco	1003.11	940.49	-2.237*
Consumo de tabaco	985.67	981.73	-.173
Consumo de álcool	1016.88	907.96	-3.905***
Consumo de outras drogas	986.27	980.31	-.367
Comportamentos sexuais de risco	977.85	1000.23	-.806
Hábitos alimentares	995.33	958.89	-1.312
Inatividade física	965.25	1030.01	-2.417*
Condução de risco	991.77	967.32	-.930

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com pai que trabalha e com pai que não trabalha, para a saúde mental global com Z = -2.138; p = .032, para os comportamentos de risco com Z = -2.237; p = .025, para o consumo de álcool com Z = -3.905; p < .001 e para a inatividade física com Z = -2.417; p = .016.

Os resultados mostram que os participantes com pai que trabalha apresentam valores superiores nas dimensões saúde mental global, comportamentos de risco e consumo de álcool e os participantes com pai que não trabalha apresentam maior inatividade física.

Mãe empregada e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco

Com o objetivo de estudar as diferenças entre participantes com mãe que trabalha e mãe que não trabalha, para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na **Tabela 12**.

Tabela 12. Diferenças entre participantes com mãe que trabalha e mãe que não trabalha

	Sim (N=1281)	Não (N=687)	z
	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	1010.18	936.61	-2.745**
Depressão	990.88	972.60	-.683
Ansiedade	985.03	983.52	-.056
Comportamentos de risco	1010.88	935.31	-2.815**
Consumo de tabaco	994.34	966.15	-1.289
Consumo de álcool	1013.80	929.86	-3.139**
Consumo de outras drogas	986.11	981.49	-.296
Comportamentos sexuais de risco	984.81	983.93	-.033
Hábitos alimentares	1006.84	942.85	-2.402*
Inatividade física	975.82	1000.68	-.967
Condução de risco	980.01	992.88	-.511

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com mãe que trabalha e com mãe que não trabalha, para a saúde mental global com Z = -2.745; p = .006, para os comportamentos de risco com Z = -2.815; p = .005, para o consumo de álcool com Z = -3.139; p = .002 e para os hábitos alimentares com Z = -2.402; p = .016. Os resultados mostram que os participantes com mãe que trabalha apresentam valores superiores nas dimensões saúde mental global, comportamentos de risco, consumo de álcool e hábitos alimentares de maior risco.

Rendimento académico e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco

Para estudar as diferenças entre participantes com menos ou mais de três unidades curriculares em atraso para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na **Tabela 13**.

Tabela 13. Diferenças entre participantes com menos ou mais de três unidades curriculares em atraso

	3 ou menos (N=1803)	Mais de 3 (N=165)	z
	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	993.44	886.76	-2.314*
Depressão	967.53	1169.93	-4.395***
Ansiedade	975.95	1077.91	-2.215*
Comportamentos de risco	966.95	1176.32	-4.535***
Consumo de tabaco	973.07	1109.38	-3.623***
Consumo de álcool	979.74	1036.48	-1.234
Consumo de outras drogas	977.08	1065.57	-3.299***
Comportamentos sexuais de risco	976.63	1070.47	-2.050*
Hábitos alimentares	971.56	1125.85	-3.368***
Inatividade física	982.05	1011.31	-.662
Condução de risco	977.62	1059.67	-1.893

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes com menos ou mais de três unidades curriculares em atraso para a saúde mental global com Z = -2.314; p = .021, para a depressão com Z = -4.395; p < .001, para a ansiedade com Z = -2.215; p = .027, para os comportamentos de risco com Z = -4.535; p < .001, para o consumo de tabaco com Z = -3.923; p < .001, para o consumo de outras drogas com Z = -3.299; p = .001, para os comportamentos sexuais de risco com Z = -2.050; p = .040 e para os hábitos alimentares com Z = -3.368; p = .001.

Os resultados mostram que os participantes com mais de três unidades curriculares em atraso apresentam valores superiores nas dimensões depressão, ansiedade, comportamentos de risco, consumo de tabaco, consumo de outras drogas, comportamentos sexuais de risco e piores hábitos alimentares e que os participantes com três ou menos unidades curriculares em atraso apresentam valor superior de saúde mental global.

Estudante Trabalhador e Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e Comportamentos de Risco

Com o objetivo de averiguar se existem diferenças entre participantes que trabalham e não trabalham, para a saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na **Tabela 14**.

Tabela 14. Diferenças entre participantes que trabalham e não trabalham

	Não (N=1557)	Sim (N=411)	z
	M Rank	M Rank	
Saúde mental global	979.07	1005.08	-.828
Depressão	980.73	998.77	-.574
Ansiedade	995.18	944.02	-1.630
Comportamentos de risco	998.91	929.89	-2.193*
Consumo de tabaco	971.47	1033.86	-2.432*
Consumo de álcool	1013.11	876.12	-4.368***
Consumo de outras drogas	990.27	962.65	-1.510
Comportamentos sexuais de risco	991.59	957.65	-1.088
Hábitos alimentares	981.93	994.25	-.394
Inatividade física	981.11	997.33	-.538
Condução de risco	986.11	978.40	-.261

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes que trabalham e não trabalham para os comportamentos de risco com Z = -2.193; p = .028, para o consumo de tabaco com Z = -2.432; p =.015 e para o consumo de álcool com Z = -4.368; p < .001.

Os resultados mostram que os participantes que trabalham apresentam maior consumo de tabaco e que os participantes que não trabalham apresentam mais comportamentos de risco e maior consumo de álcool.

Depressão e Comportamentos de Risco

Para estudar as diferenças entre níveis de depressão para os comportamentos de risco foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Os resultados são apresentados na **Tabela 15**.

Tabela 15. Diferenças entre níveis de depressão para os comportamentos de risco

	Sem depressão (N=809)	Suave (N=811)	Moderada (N=247)	Moderada a severa (N=59)	Severa (N=42)	χ^2
	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	
Comportamentos de risco	953.56	983.58	1064.01	1089.86	982.65	9.284
Consumo de tabaco	981.96	969.52	1033.42	1015.89	990.81	3.918
Consumo de álcool	1005.77	966.21	1016.62	944.80	794.95	7.798
Consumo de outras drogas	945.08	978.01	1060.36	1187.21	1138.07	56.339***
Comportamentos sexuais de risco	956.51	1015.46	957.37	1128.73	882.85	10.275*
Hábitos alimentares	927.39	985.47	1116.20	1054.27	1193.44	28.508***
Inatividade física	905.82	1018.12	1084.12	1084.31	1124.76	33.163***
Condução de risco	1012.74	972.06	945.45	952.99	954.77	4.376

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre níveis de depressão para o consumo de outras drogas com $\chi^2 (4) = 56.339$; $p < .001$, para os comportamentos sexuais de risco com $\chi^2 (4) = 10.275$; $p = .036$, para os hábitos alimentares com $\chi^2 (4) = 28.508$; $p < .001$ e para a inatividade física com $\chi^2 (4) = 33.163$; $p < .001$.

Os resultados mostram que os participantes com depressão moderada a severa apresentam valores superiores de comportamentos sexuais de risco e que os participantes com depressão severa apresentam mais consumo de outras drogas, piores hábitos alimentares e mais inatividade física.

Ansiedade e Comportamentos de Risco

Para estudar as diferenças entre níveis de ansiedade para os comportamentos de risco foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Os resultados são apresentados na **Tabela 16**.

Tabela 16. Diferenças entre níveis de ansiedade para os comportamentos de risco

	Sem ansiedade (N=725)	Suave (N=935)	Moderada (N=191)	Severa (N=117)	χ^2
	M Rank	M Rank	M Rank	M Rank	
Comportamentos de risco	943.13	996.91	1103.89	946.76	12.264**
Consumo de tabaco	939.74	1014.55	1030.91	945.96	13.472**
Consumo de álcool	1022.90	965.69	1052.44	785.91	21.561***
Consumo de outras drogas	941.55	978.72	1055.61	1180.72	62.878***
Comportamentos sexuais de risco	960.13	1007.16	979.35	962.83	3.065
Hábitos alimentares	958.85	970.74	1086.32	1087.19	12.192**
Inatividade física	917.25	1021.13	1027.02	1039.12	17.709***
Condução de risco	955.45	987.84	1033.42	1057.93	6.021

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre níveis de ansiedade para os comportamentos de risco com χ^2 (3) = 12.264; p = .004, para o consumo de tabaco com χ^2 (3) = 13.472; p = .004, para o consumo de álcool com χ^2 (3) = 21.561; p < .001, para o consumo de outras drogas com χ^2 (3) = 62.878; p < .001, para os hábitos alimentares com χ^2 (3) = 12.192; p = .007 e para a inatividade física com χ^2 (3) = 17.709; p = .001.

Os resultados mostram que os participantes com ansiedade moderada apresentam valores superiores de comportamentos de risco, maior consumo de tabaco e de álcool e que os participantes com ansiedade severa apresentam mais consumo de outras drogas, piores hábitos alimentares e mais inatividade física.

CORRELAÇÕES

Saúde Mental Global, Depressão, Ansiedade e Comportamentos De Risco

Para analisar as relações existentes entre saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. A **Tabela 17** mostra os resultados.

Tabela 17. Correlações entre saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco

	Saúde mental global	Depressão	Ansiedade
Depressão	-45***		
Ansiedade	-.69***	.47***	
Comportamentos de risco	.02	.07**	.05*
Consumo de tabaco	-.06*	.03	.05*
Consumo de álcool	.13***	-.02	-.04
Consumo de outras drogas	-.20**	.14***	.14***
Comportamentos sexuais de risco		.03	-.01
Hábitos alimentares	-.04	.13***	.05*
Inatividade física	-.12***	.14***	.08***
Condução de risco	.02	-.05*	.05*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

A saúde mental global correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o consumo de álcool com um valor de correlação de $r_s = .13$; $p < .001$ e correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a depressão, ansiedade, consumo de tabaco, consumo de outras drogas e inatividade física, com valores de correlação entre $r_s = -.06$; $p = .014$ (consumo de tabaco) e $r_s = -.96$; $p < .001$ (ansiedade).

Os resultados mostram que quanto mais positiva é a saúde mental global maior é o consumo de álcool e menor é a depressão, ansiedade, consumo de tabaco, consumo de outras drogas e inatividade física.

A depressão correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a ansiedade, comportamentos de risco, consumo de outras drogas, hábitos alimentares e inatividade física, com valores de correlação entre $r_s = .07$; $p = .002$ (comportamentos de risco) e $r_s = .47$; $p < .001$ (ansiedade) e correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a condução de risco com um valor de correlação de $r_s = -.05$; $p = .018$.

Os resultados mostram que quanto maior é a sintomatologia depressiva maior é a sintomatologia ansiosa, os comportamentos de risco, o consumo de outras drogas, piores são os hábitos alimentares e maior é inatividade física, havendo menor a condução de risco.

A ansiedade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os comportamentos de risco, consumo de tabaco, consumo de outras drogas, hábitos alimentares, inatividade física e condução de risco, com valores de correlação entre $r_s = .05$; $p = .044$ (condução de risco) e $r_s = .14$; $p < .001$ (consumo de outras drogas).

Os resultados mostram que quanto maior é a sintomatologia ansiosa maiores são os comportamentos de risco, o consumo de tabaco e de outras drogas, piores são os hábitos alimentares, maior é inatividade física e mais frequente é a condução de risco.

Regressões

Para averiguar se o curso, o ano de escolaridade, a idade, o sexo e o estar fora de casa influenciam a saúde mental global, a depressão e a ansiedade foram realizadas regressões lineares univariadas. A **Tabela 18** mostra os resultados obtidos para a predição da saúde mental global.

Tabela 18. Predição da saúde mental global

Variável preditora	R	R^2 ajustado	Constante	B	ß	Significância do modelo	t	p
Curso	.073	.005	20.403	.239	.073	F (1; 1966) = 10.554; p = .001	3.249	.001
Ano	.007	.000	21.361	.030	-.007	p > .05	-.321	p > .05
Idade	.014	.000	21.906	-.028	-.014	p > .05	-.625	p > .05
Sexo	.101	.010	19.871	1.10	.101	F (1; 1966) = 20.173; p < .001	4.491	<.001
Saiu de casa	.010	.000	21.151	.102	.010	p > .05	.427	p > .05

As variáveis curso e sexo influenciam significativamente a saúde mental global. A variável curso explica 5.0% da variância explicada da saúde mental global e a variável sexo explica 10.0% da variância explicada da saúde mental global.

A **Tabela 19** mostra os resultados obtidos para a predição da depressão.

Tabela 19. Predição da depressão

Variável	R	R^2 ajustado	Constant	B	ß	Significância do modelo	t	p
Curso	.070	.004	6.978	-.208	-.070	F (1; 1966) = 9.688; p = .002	-3.113	.002
Ano	.010	.000	6.307	-.037	-.010	p > .05	-.448	p > .05
Idade	.030	.000	7.412	-.055	-.030	p > .05	-1.329	p > .05
Sexo	.062	.003	7.004	-.620	-.062	F (1; 1966) = 7.653; p = .006	-2.766	.006
Saiu de casa	.044	.001	6.766	-.423	-.044	p > .05	-1.949	p > .05

As variáveis curso e sexo influenciam significativamente a depressão. A variável curso explica 4.0% da variância explicada da depressão e a variável sexo explica 3.0% da variância explicada da depressão.

A **Tabela 20** mostra os resultados obtidos para a predição da ansiedade.

Tabela 20. Predição da ansiedade

Variável	R	R^2 ajustado	Constante	B	ß	Significância do modelo	t	p
Curso	.05	.002	6.750	-.155	-.052	F (1; 1966) = 5.353; p = .021	-2.314	.021
Ano	.04	.002	5.727	.174	.047	F (1; 1966) = 4.437; p = .035	2.106	.035
Idade	.00	.000	5.995	.008	.005	p > .05	.204	p > .05
Sexo	.09	.009	7.396	-.950	-.096	F (1; 1966) = 18.134; p < .001	-4.258	<.001
Saiu de casa	.04	.001	6.690	-.388	-.040	p > .05	-1.792	p > .05

As variáveis curso, ano e sexo influenciam significativamente a ansiedade. A variável curso explica 2.0% da variância explicada da ansiedade, a variável ano explica 2.0% e a variável sexo explica 9.0%.

Variáveis discriminantes da Saúde Mental

Para analisar até que ponto, os valores obtidos na depressão, ansiedade e comportamentos de risco (variáveis independentes) discriminam os sujeitos pela classificação da saúde mental (variável dependente) foi realizada uma análise multivariada discriminante. Foram admitidos os 1968 participantes (100%) como casos válidos para a análise **Tabela 21**.

Tabela 21. Variáveis discriminantes da saúde mental global

	Wilks' Lambda	F	p
Depressão	.814	225.219	<.001
Ansiedade	.635	564.472	<.001
Comportamentos de risco	1.000	.385	.681
Consumo de tabaco	.995	5.431	.004
Consumo de álcool	.988	11.941	<.001
Consumo de outras drogas	.949	52.490	<.001
Comportamentos sexuais de risco	.998	2.396	.091
Hábitos alimentares	.999	.671	.511
Inatividade física	.989	10.925	<.001
Condução de risco	.999	.645	.525

As variáveis depressão, ansiedade, consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo de outras drogas e inatividade física mostram discriminar significativamente a saúde mental global em saúde mental negativa, saúde mental normal e saúde mental positiva. A variável que mais discrimina as categorias da saúde mental global é a ansiedade (W_L = .635), seguida da depressão (W_L = .814) e só posteriormente as variáveis dos comportamentos de risco.

Funções discriminantes

Foram encontradas duas funções discriminantes, sendo os resultados apresentados na **Tabela 22**.

Tabela 22. Funções discriminantes

	Eigenvalue	% variância	χ^2	df	p
Função 1 (F1)	.700	98.5	1060.508	18	<.001
Função 2 (F2)	.010	1.5	20.373	8	.009

Embora as duas funções discriminem de forma significativa as categorias da saúde mental global, a Função 1 contribui mais para demostrar as diferenças entre grupos, explicando 98.5% das diferenças entre grupos, enquanto a Função 2 explica apenas 1.5%.

A **Tabela 23** apresenta a importância das variáveis independentes em cada função.

Tabela 23. Importância das variáveis independentes em cada função

	F1	F2
Depressão	.906*	.123
Ansiedade	.572*	.017
Consumo de tabaco	-.132*	.007
Consumo de álcool	.031*	-.023
Consumo de outras drogas	.094	.684*
Comportamentos sexuais de risco	-.017	.464*
Hábitos alimentares	.273	-.328*
Inatividade física	.002	.193*
Condução de risco	-.023	.168*

* $p \leq .05$.

As variáveis que mais contribuem para a função discriminante F1 são a depressão, ansiedade, consumo de tabaco e consumo de álcool (apresentam maior correlação com a função) e as variáveis que mais contribuem para a função discriminante F2 são consumo de outras drogas, comportamentos sexuais de risco, hábitos alimentares, inatividade física e condução de risco. Com este modelo discriminante, 63.6% dos casos foram corretamente classificados nas três categorias da saúde mental global.

PARTE 3 — CONCLUSÕES

CAPÍTULO 5 — DISCUSSÃO

Ao contrário do que é comum nos relatórios de investigação, iremos começar este capítulo por apresentar alguns aspectos que, mais do que indicar limitações, procurarão enquadrar ou justificar algumas opções tomadas.

Uma das primeiras limitações do presente estudo é o facto de se tratar de uma amostra não probabilística de conveniência, o que nestes casos poderá levantar sempre reservas quanto à sua representatividade face à população (Pais-Ribeiro, 2007). No entanto esta limitação poderá estar diluída pelo facto do estudo decorrer em quatro instituições. Não sendo um factor de generalização dá, no entanto, uma perspectiva mais alargada dos jovens a estudar no ensino superior ao apostar numa vasta região geográfica do interior do País (Centro Interior): Guarda, Covilhã, Castelo Branco e Portalegre. O número total aproximado de estudantes das instituições destas cidades é de 16.000 (2013). Este aspecto da generalização foi apontado como limitação no estudo de Santos (2011) uma vez que se cingiu a uma única instituição (666 estudantes) tendo deixado como proposta o alargar o estudo (saúde mental e comportamentos de risco) a outras regiões com instituições de ensino superior.

Um outro aspecto que nos pareceu vantajoso para o estudo foi a opção pela aplicação dos instrumentos, para auto-resposta, via *online*. Se há relatos de estudos via *web* (e.g. Wong, 2006) e com algumas limitações – o retorno das respostas é o principal – o facto é que se trata de um meio com mais vantagens que o realizado através da utilização do papel e/ou presencial: mais económico (dispensa impressão de cópias ou deslocações aos locais), mais rápido (facilidade da construção da base de dados e posterior cotação), mais cómodo (para os estudantes que poderão responder quando lhes for mais conveniente, para os professores que não têm de abdicar de tempo de aula). Apesar da utilização de estudos de investigação via *web* ter vantagens e desvantagens em relação ao papel, alguns autores defendem a necessidade de estudos mais aprofundados, utilizando ambos os métodos para se poderem comparar os resultados de pesquisa. As desvantagens deste método são os já referidos baixo feedback, a desconfiança dos inquiridos sobre a segurança da net, muitas vezes o *email* principal do aluno não é o que é indicado na mailing lista da instituição, relutância em abordar assuntos da esfera privada e íntima, demasiado pessoais, pela internet (Pealer, 2000; McCabe, 2002; Wong et al, 2006).

Outro aspecto que importa salientar tem a ver com os instrumentos utilizados. Sendo validados e com boas características psicométricas, foram também escolhidos com base na sua curta extensão e facilidade de preenchimento. Procurámos que não fossem demasiado extensos para não causar desinteresse e provocar o abandono por parte do estudante.

5.1 Mental Health Inventory (MHI-5)

É constituído por cinco itens dos 38 do MHI – três correspondem à sub-escala da dimensão *distress psicológico* e dois à sub-escala aspecto positivo da dimensão *bem-estar psicológico*. A resposta a cada item é realizada através de uma escala ordinal de cinco ou seis opções, resultando o score final do somatório dos valores brutos, com alguns itens

cotados de modo invertido. Trata-se de uma escala em que a maior cotação corresponde a uma melhor saúde, entendendo-se por melhor saúde o indivíduo que apresenta menos ansiedade e *stress*, mais afecto positivo e bem estar-psicológico (Ribeiro, 2011). Yamazaki et al (2005) utilizou a escala MHI-5 para identificar a prevalência de sintomas depressivos em 4500 indivíduos da população geral do Japão, transformando os valores numa escala de 0 a 100 e um ponto de corte de 52 para a existência de sintomas graves e 60 para a existência de sintomas moderados, tendo concluído pela adequação da escala no despiste dos sintomas depressivos.

No presente estudo seguimos o indicado por Ribeiro (2011) em que o ponto de corte foi obtido a partir do desvio padrão, ou seja, entre +1 e -1 desvio padrão onde estarão os indivíduos com saúde mental positiva ou normal. Os que estão afastados 1 (ou mais) desvios padrão são os que apresentam saúde mental negativa. Ainda segundo o autor, tratando-se de uma população estudantil, é suficiente considerar um desvio padrão para mais ou para menos.

Uma revisão da literatura mostra-nos que o MHI-5 é bastante utilizado quer para a população geral quer para populações mais específicas, podendo funcionar como um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental (Veit e Ware, 1983), tendo esta escala uma grande capacidade discriminativa entre indivíduos com ou sem depressão (Berwick et al, 1991). O MHI-5 integra o Inquérito Nacional de Saúde e é um instrumento de saúde mental recomendado pela OMS para fazer parte dos estudos de saúde das populações cujos resultados medem a existência provável de sofrimento psicológico.

Apesar de não estar indicado para obter dados mais precisos para a estimativa ou prevalência de várias perturbações psiquiátricas é, porem, considerada mais adequada para a saúde mental positiva e ao provável sofrimento psicológico assim como indicado para o despiste da ansiedade e depressão considerados importantes pelo peso relevante que têm na saúde pública (Nosikov e Gudex, 2003). A maior parte dos utentes dos cuidados dessaúde primários não apresentam, propriamente, uma doença mental. No entanto, segundo Ribeiro (2001) tem sido evidenciada a existência de uma dimensão positiva (bem-estar positivo, estado de saúde mental positiva) e uma dimensão negativa (distress psicológico, sofrimento psicológico). Desta forma o MHI é um instrumento adequado para diferenciar níveis de saúde mental em indivíduos sem quadros psicopatológicos ou disfuncionais (Ribeiro, 2001) permitindo identificar um número substancial de indivíduos que, de outra forma, não teriam sido identificados (Gerson et al, 2004). É por isso um bom instrumento para a investigação e rastreio que tanto pode ser utilizado como teste de rastreio (*screening*) ou incluindo em ou com outras escalas (Ribeiro, 2001). A investigação tem demonstrado a utilidade do MHI em diferentes populações. Por exemplo Ostroff et al (1996) citados por Ribeiro (2001) efectuaram um estudo com adolescentes confirmando a validade e a fidelidade do MHI, recomendando que este questionário seja utilizado em estudos de comparação da saúde mental em populações sem diagnóstico psiquiátrico.

Sequeira et al (2013) utilizaram o MHI-5 em conjunto com outros instrumentos para estudar a vulnerabilidade mental de 980 estudantes de Enfermagem no ensino superior, cujos resultados concluíram pela existência de tensão, ansiedade e depressão que evidenciava a necessidade de implementação de programas de promoção da saúde mental.

A mesma escala foi utilizada num estudo de Costa e Leal (2004) com 145 estudantes do Instituto Piaget de Viseu onde se estudou a relação entre as dimensões distress psicológico, ansiedade, depressão, bem-estar psicológico, laços emocionais e afecto geral positivo com estratégias de controlo, retraimento social e conversão, tendo-se revelado uma escala bastante útil para o efeito.

Verger et al (2009) num estudo com 1743 estudantes do primeiro ano de seis universidades francesas, utilizaram o MHI-5, entre outros instrumentos e concluíram pela prevalência do distress psicológico nesses estudantes relacionada com factores de *stress* ligados à vida académica e diferenciada quanto ao género. Concluíram ainda pela facilidade e bons resultados obtidos pela aplicação do MHI-5.

O MHI-5 é também utilizado noutras populações para além dos estudantes universitários. Lucas (2012) estudou 43 mães de famílias monoparentais femininas com o objetivo de analisar a percepção que essas mães têm das suas forças familiares, o suporte social e a sua saúde mental, utilizando entre outros instrumentos o MHI-5. A autora introduziu um ponto de corte indicado pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde como indicador de sofrimento psicológico (valores $\leq$52 correspondem a um provável sofrimento psicológico) após a padronização linear (0 a 100).

Fernandes (2013) estudou a saúde mental em 188 indivíduos pertencentes à Polícia de Segurança Pública aplicando o MHI-5. Também aqui o autor aplicou a padronização linear (0-100) e adoptou um ponto de corte para valores $\leq$52 como indicador de sofrimento psicológico e $\leq$60 de provável sofrimento psicológico moderado.

Num outro estudo de Holmes (1998) com pacientes seropositivos em ambulatório, concluiu que o MHI-5 é o melhor instrumento para os clínicos gerais detectarem a emergência da perturbação psiquiátrica neste grupo específico.

Rumpf et al (2001) mostraram nos seus estudos que o MHI-5 tem um bom desempenho no rastreio das perturbações do humor e da ansiedade (em especial na relação com o tempo: é melhor na aplicação para os dados acerca das últimas quatro semanas que nos últimos doze meses) mas um fraco desempenho na detecção de perturbações somáticas e perturbações do uso e dependência de substâncias. Recomendam, no entanto, a utilização do MHI-5 no rastreio das perturbações do humor e perturbações da ansiedade tendo sempre o cuidado do diagnóstico definitivo depender sempre do psiquiatra.

Noutro estudo Houghton et al (2011), com 763 estudantes universitários, referem que os resultados apoiaram a utilização do MHI como medida de saúde mental valido e fiável em estudantes: as mulheres apresentaram valores mais elevados que os homens e os alunos do último ano revelaram pior saúde mental que os alunos de anos anteriores.

O **SLÁN** (*Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland - Mental Health and Social Well-being Report*) (2007) é um relatório que apresenta os principais resultados sobre a saúde mental e o bem-estar entre 10.363 adultos irlandeses utilizando, entre outros, o MHI com bons resultados para o relatório (Ward et al, 2009).

5.2 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

O PHQ-9 é um instrumento utilizado como ferramenta para despiste da sintomatologia depressiva na população geral. Os nove itens que compõem a escala PHQ-9 são baseados nos critérios de diagnóstico para o distúrbio depressivo do DSM-IV. Para Li et al (2007) as duas primeiras questões do questionário servem para uma selecção inicial sobre a depressão ou seja se a resposta for afirmativa para essas duas questões prossegue-se com o restante questionário fazendo com que esta escala, na opinião do investigador, seja bastante eficiente para detectar níveis de depressão não diagnosticada em grandes grupos populacionais. No entanto reforça a ideia que se é uma boa ferramenta para identificar a sintomatologia depressiva não é indicada para fornecer um diagnóstico definitivo de depressão.

Esta escala, tendo em conta aquilo que se pretende com a sua aplicação, é mencionada como tendo diversas e úteis vantagens: é mais curta que outras escalas de avaliação de sintomas depressivos; pode ser administrada por um entrevistador ou auto-administrada; facilita o diagnóstico da depressão major; fornece a avaliação da gravidade dos sintomas; está bem documentada e validade numa grande variedade de populações (Hammash, 2013).

A última questão do PHQ-9 procura perceber, no indivíduo, qual a sua percepção geral sobre os danos ou prejuízos causados pelos sintomas relatados. Esta percepção pode ser útil para a tomada de decisão no que concerne a estabelecer um plano terapêutico em casos em que haja indícios de valores severos. O PHQ-9 é cotado de 0 a 3 cujo resultado final se situa entre o 0 e 27 com os pontos de corte nos valores 5, 10, 15 e 20 representando, respectivamente, leve, moderada, moderadamente severa e severa. Um ponto de corte de $\geq$ 10 mostrou-se mais adequado para o rastreio da depressão com sensibilidade de 1,00, especificidade de 0,98, valor predictivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (Osório et al, 2008). Um score entre 0 e 4 indica ausência de sintomatologia depressiva ou mínima; entre 5 e 9 uma gravidade leve com indicação para repetir o PHQ-9, vigilância e acompanhamento; entre 10 e 14 gravidade moderada com indicação encaminhamento especializado, aconselhamento, farmacoterapia e plano de tratamento; entre 15 e 19 moderadamente severa com indicação para encaminhamento especializado, tratamento activo com farmacoterapia e psicoterapia; entre 20 e 27 severa com indicação para encaminhamento especializado, tratamento farmacológico e eventual internamento (Kroenke e Spitzer, 2002).

Diversos estudos, tanto nacionais como internacionais, utilizam como instrumento de rastreio da sintomatologia depressiva na população o PHQ-9.

Santos e Tavares (2013), num estudo com 447 participantes, o PHQ-9 mostrou-se apropriado para o rastreio de episódios depressivos major, com boa sensibilidade e boas propriedades diagnósticas embora recomendando que o diagnóstico definitivo só poderia ser confirmado pelo psiquiatra.

Mendes (2008) utilizou o PHQ-9 para estudar 185 mães e despistar sintomatologia depressiva, com o objectivo final de caracterizar os comportamentos das crianças cujas mães sofrem de depressão. Concluíram, além dos resultados obtidos, pela importância da adaptação e validação do PHQ-9 em diferentes populações, destacando a relevância do

uso do instrumento no rastreio de perturbações mentais na área dos cuidados de saúde primários e em populações sem antecedentes psiquiátricos.

Num estudo de Bergerot et al (2014), compararam a psicométrica de três instrumentos (Escala de Ansiedade e Depressão [HADS]; Transtorno Geral de Ansiedade [GAD-7] e Questionário sobre Saúde do Paciente [PHQ-9]) em 200 pacientes com cancro diagnosticado, procurando avaliar os níveis de sintomatologia de ansiedade e depressão. Concluíram que o PHQ-9 se mostrou adequado para avaliar a depressão e sugeriam que os três instrumentos deveriam ser adoptados para a triagem, diagnóstico e monitorização de perturbações mentais em pacientes oncológicos.

Em sentido contrário Castro e Costa (2010), numa pesquisa de artigos publicados em revistas internacionais indexadas sobre a depressão pós-parto paterna e a sua influência na criança e na família, concluíram que a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) é muito mais precisa e com uma eficácia diagnóstica superior que o PHQ-9 na detecção da depressão pós-parto.

A maior parte da literatura é, no entanto, unânime na classificação positiva do PHQ-9. Num estudo de Baader et al (2012) os autores procuraram a validação e a utilidade da aplicação do PHQ-9 para o diagnóstico da depressão em pacientes dos cuidados de saúde primários do Chile. Nas suas conclusões salientaram que o PHQ-9 é um instrumento que, além de permitir o rastreio de pacientes sobre as perturbações depressivas, definem o nível de gravidade das mesmas. Segundo os autores este instrumento de avaliação permite identificar com maior precisão os indivíduos com episódios depressivos, ajudando e melhorando, desta forma, uma avaliação clínica psicopatológica posterior efectuada pelo médico, separando-os dos casos falsos positivos.

Rosser et al (2013) efectuaram um estudo em que procuraram demonstrar a eficácia da intervenção dos farmacêuticos na identificação precoce de pacientes com depressão e que recorriam às farmácias em Cincinatti, EUA. Entre 2010 e 2011 aplicaram o PHQ-9 a 3726 utentes e identificaram 67 (1,8%) dos utentes com sintomatologia depressiva, concluindo pelo potencial na identificação e despiste precoce de indivíduos com sintomatologia depressiva no uso do PHQ-9 nas farmácias. Segundo estes autores os resultados obtidos confirmam os resultados obtidos num estudo similar de Bell et al (2005) em que defendiam que os serviços das farmácias comunitárias podem optimizar o recurso à medicação em doenças mentais.

Segundo o New Zealand Guidelines Group (NZGG) (2008) há todo o interesse e vantagem em iniciar um tratamento e supervisionar a resposta do indivíduo através da avaliação clínica e, em simultâneo, da utilização do PHQ-9 (Kroenle et al, 2001), considerando esta escala como um questionário mais robusto, mais rápido de aplicar e melhor aceite pelos utentes, recomendando por isso o seu uso como instrumento de despiste da depressão na população geral e nos utentes dos cuidados de saúde primários (Bryan et al, 2011)

Para Williams et al (2014) argumentando que os dados indicam haver um aumento da prevalência da depressão entre estudantes universitários, estudou a viabilidade e aceitação de um modelo de rastreio da sintomatologia depressiva através da *internet* em 972 estudantes utilizando o Skype e o PHQ-9. A conclusão a que chegaram é que as

tecnologias actuais fornecem bons meios de rastreio da depressão e orientação dos estudantes universitários para melhorar a qualidade de vida e combater a sintomatologia depressiva com o apoio de especialistas em saúde mental. Referem ainda que os estudantes manifestaram ter sido uma experiência positiva e sentiram que, mesmo sendo utilizados meios informáticos, sentiram estar assegurada a confidencialidade dos dados.

Num estudo de Steele (2013) com 225 estudantes universitários do 1º ano procurou responder à questão como é que um instrumento de rastreio da depressão combinado com o protocolo de encaminhamento e tratamento implementado num centro de saúde universitário influencia o comportamento do cuidador? Uma das conclusões a que o autor chegou é a recomendação do uso do PHQ (2 ou 9) como instrumento apropriado para o rastreio da sintomatologia depressiva e que, os indivíduos sinalizados com perturbação depressiva, sejam acompanhados em *follow-up* com aplicação do PHQ-9.

Eisenberg e Chung (2012) consideram tanto o PHQ-2 como o PHQ-9 instrumentos válidos devendo ser ponderada a sua aplicação em indivíduos quando se pretende fazer o rastreio dos sintomas depressivos reforçando a ideia que este rastreio contribui para os cuidados de qualidade e adequados aos estudantes universitários, algo que deveria ser prioritário em qualquer instituição de ensino superior.

5.3 Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

O Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) é um instrumento de rastreio com boa sensibilidade e especificidade para as perturbações como estado de pânico, ansiedade social e stress-pos-traumático. O GAD-7 mede a ansiedade em sete itens cotados de 0 a 3, resultando valores entre 0 e 21. Os valores da escala são: 0-5 sem ansiedade, 5-9 ansiedade leve; 10-14 ansiedade moderada; 15-21 ansiedade severa.

Utilizando o valor limite ou ponto de corte $\geq$ 10, o GAD-7 apresenta uma boa sensibilidade (80%) e especificidade (82%) para as perturbações de ansiedade generalizada; é, no entanto, moderada para o rastreio de outro tipo de perturbações de ansiedade: pânico (sensibilidade 74% e especificidade 80%); ansiedade social (72% e 80%, respectivamente); *stress* pós-traumático (66% e 81%, respectivamente) (Spitzer et al, 2006).

Estudos e investigações têm revelado que as perturbações de ansiedade entre os estudantes universitários tem vindo a aumentar, afectando entre 25% a 30% da população estudantil, revelando que os estudantes universitários são dos grupos mais vulneráveis ao aparecimento de perturbações ansiosas e que qualquer agente stressor pode servir de catalisador para o início de algum episódio de níveis de ansiedade elevados (Richards et al, 2014).

Um estudo de Richards et al (2014) visando investigar a eficácia de um acompanhamento e tratamento *online* a estudantes com perturbações de ansiedade generalizada numa população de estudantes universitários (todos os estudantes da Universidade Trinity College, Dublin), aplicou o GAD-7, entre outros instrumentos, cada vez mais utilizado em estudos de grande escala como medida genérica de alterações na sintomatologia ansiosa (Richards, 2009; Clark et al, 2009). Neste estudo os autores consideram o GAD-

7 uma medida bem estabelecida e que tiveram em conta o facto de já ter sido utilizada em estudos anteriores, com bons resultados, através da *web.*

Bergerot (2013) num estudo com 200 indivíduos em que procuraram compreender o impacto do stress na incidência da ansiedade e depressão, evidenciou as vantagens e desvantagens da aplicação do GAD-7, realçando que este instrumento de rastreio é o mais adequado para as triagens de rotina na abordagem aos indivíduos na procura de sintomatologia ansiosa.

Christensen et al (2011) avaliou em 4233 indivíduos da população geral australiana a precisão de quatro novos protótipos de triagem da depressão e ansiedade e a comparação dos resultados com as escalas já existentes. Os resultados sugerem ainda que os indivíduos conseguem identificar, com maior rapidez e precisão, em si próprios, sintomatologia ansiosa de que sintomatologia depressiva com recurso à escala GAD-7 ou com o protótipo do GAD mais curto.

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados mais relevantes da investigação tendo em conta os objectivos e as hipóteses inicialmente enumeradas. Em simultâneo serão comparadas com a literatura pertinente.

Sendo bastante a informação disponibilizada, iremos cingir a análise em primeiro lugar à Saúde Mental Global dos estudantes universitários, seguindo-se a caracterização dos seus níveis de depressão e ansiedade; os padrões de comportamentos de risco; e terminaremos com a relação entre a saúde mental global, depressão e ansiedade com os comportamentos de risco. A análise destes aspectos terão em linha de conta as hipóteses colocadas para a investigação, que recordamos, são as seguintes:

H1. O Curso e o Ano frequentados influenciam significativamente a Saúde Mental Global, a Depressão e a Ansiedade;

H2. A Idade, o Género e os estar Deslocado influenciam significativamente a Saúde Mental Global, a Depressão e a Ansiedade;

H3. Os níveis de Depressão e Ansiedade são mais elevados nas Mulheres, nos alunos do 1º Ano e nos alunos Deslocados;

H4. Os níveis de Depressão e Ansiedade são mais baixos nos Homens, nos alunos dos Cursos de Saúde e em alunos cujos pais trabalham;

H5. Os níveis de Depressão e Ansiedade são mais elevados nos alunos Deslocados, com alunos com mais de 3 UC em atraso e a trabalhar (*part* e *full-time*);

H6. Os níveis de Saúde Mental Global reflectem significativamente os níveis de Depressão e Ansiedade;

H7. Os níveis de Depressão, Ansiedade e Comportamentos de Risco predizem a Saúde Mental Global de modo diferenciado;

H8. Há maior frequência de Comportamentos de Risco, em especial maior consumo de álcool, nos alunos Deslocados, do 1º Ano e com níveis mais elevados de Depressão e Ansiedade;

H9. Quanto maior o consumo de álcool, menores os níveis de Saúde Mental Global e maiores os níveis de Depressão e Ansiedade.

Os resultados obtidos com o Mental Health Inventory-5 sugerem que 18,3% (n=360) dos estudantes se encontram com a saúde mental em risco. Os níveis médios de saúde mental global são de 21,28 (dp=4,922), sendo o valor mais baixo 6 e o mais elevado 30. Conforme é descrito na interpretação da escala, quanto mais elevados os resultados melhores os índices de saúde mental.

Estes valores estão de acordo com os resultados de vários outros estudos, nomeadamente Cristovão (2012) em que os estudantes apresentavam uma Saúde Mental Global média de 19,93 (dp=4,57) e o de Santos (2011) em que 16% dos estudantes universitários estudados se encontravam em situação de risco e 32% estariam disfuncionais em termos de saúde mental. Para além destes, em outros estudos, os valores apresentados variam, de uma forma geral, entre os 21% de estudantes com problemas de saúde mental clinicamente significativos numa Universidade da Noruega (Nerdrum et al, 2006) e os 35% com saúde mental pobre na Universidade de Queen's, em Ontário, no Canadá (Report of Principal's Comission, 2012).

De um modo geral os estudos apontam para a maioria dos estudantes com boa saúde mental apesar de haver indícios significativos de que há um aumento de estudantes que referem vários problemas de saúde mental. Estes estudantes são na sua maioria detectados nas consultas dos serviços de apoio das instituições embora haja ainda uma percentagem, também significativa, que seja identificada através de questionários de auto-resposta (Santos, 2011). Ou, antes de chegar aos serviços especializados, são detectados comportamentos desajustados pelos seus colegas ou professores.

No presente estudo 15,1% dos estudantes recorreram aos serviços de Apoio Psicológico disponibilizado pelas instituições, valor que se mantém aproximado (15%) se se refinar essa procura por parte de quem tem saúde mental negativa (n=360). Ou seja, apenas uma pequena percentagem embora significativa [34,2% (n=673)] de estudantes referem ter tido motivos que justificassem pedir ajuda. No ensino superior o número de estudantes com perturbações ou problemas de saúde mental tem vindo a aumentar progressivamente (Eisenberg et al, 2007; Castillo e Schwartz, 2013) assim como a gravidade dos problemas psicológicos (Hunt e Eisenberg, 2010; Nacional Survey of Counseling Center Directors, 2010/2013).

No que respeita ao género foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) entre o género feminino (mrank=948,13) e o género masculino (mrank=1077,57). Optámos por utilizar o termo diferença de "género" e não de "sexo" uma vez que, concordando com o referido por Santos (2011), o termo "género" é mais abrangente já que perspectiva o sexo feminino em diversas componentes que não unicamente a biológica: variações biomédicas (genéticas, hormonais, anatómicas, fisiológicas), psicossociais (personalidade, estratégias de coping) e epidemiológicas (factores de risco e vulnerabilidade baseados na população). As diferenças verificadas no presente estudo

são igualmente encontradas noutros estudos cujos resultados atribuem padrões de saúde mental mais elevados nos homens (Adlaf et al, 2001; Nerdrum et al, 2006; Rabasquinho e Pereira, 2007; Roberto e Almeida, 2011).

No que se refere ao ano frequentado não há evidência estatisticamente significativa de diferença na saúde mental global dos estudantes. Os valores mais elevados encontram-se nos estudantes do 6º ano (finalistas) e os mais baixos nos alunos de 4º ano.

Os alunos do 6º ano são os que frequentam os cursos com mestrado integrado – medicina, arquitectura, ciências farmacêuticas, engenharia civil e engenharia aeronáutica. Uma provável justificação de uma melhor saúde mental será o facto de estarem a terminar a sua formação académica e em vias de iniciarem uma nova etapa – a vida profissional (Gonçalves et al, 2006; Ferreira, 2009). No que se refere aos alunos do 4º ano como provável explicação para uma saúde mental com valores mais baixos, salientam-se dois aspectos: 1) estarem a meio de um percurso académico, faltando ainda percorrer um período académico com algumas características de dificuldade acrescidas – geralmente os últimos anos dos cursos são caracterizados por uma maior exigência, 2) os alunos que terminam o 4º ano são os estudantes ligados a outras áreas da saúde: Enfermagem e outras tecnologias da saúde (Cardiopneumologia, Análises Clínicas e de Saúde Pública, Radiologia e Fisioterapia). Cerchiari (2005) refere que é precisamente no 4º ano que se observa um comprometimento maior da saúde mental do estudante universitário, com o desencadeamento de ansiedade e stress psíquico, falta de confiança na capacidade de desempenho/auto-eficácia, perturbações do sono e perturbações psicossomáticas. Apesar de ser tema que desperte algum interesse (mas que ainda é pouco estudado) parece existir alguma perturbação na saúde mental destes estudantes pelo facto de estarem a terminar o seu curso. O problema poderá residir em duas vertentes: a) o terem de terminar um período extremamente rico em convívio e experiência inter e intrapessoais como a vida académica proporciona; b) o encarar um nível de desemprego elevado, mesmo na área da saúde, que há uns anos não se verificava. Nos tempos actuais uma das alternativas é o emigrar para conseguir obter um emprego, algo que não estaria nos planos de muitos destes jovens. Este aspecto da alteração da saúde mental em estudantes em final de vida académica carece de estudos para tentar perceber até que ponto há ou não relação entre aquelas justificações (Menezes et al, 1989; Estevinha, 2008; Ferreira et al, 2010).

Os valores do presente estudo revelam que apenas uma pequena percentagem dos estudantes com níveis disfuncionais de saúde mental está a receber ajuda psicológica. Estes valores (15%) estão acima dos encontrados (6 - 8%) por Santos (2011) e um pouco mais próximos dos dados de Rosenthal e Wilson (2008) que revelam que um quarto dos estudantes com problemas de saúde mental procurou e recebeu ajuda especializada.

Alguns autores apontam diversas razões para que a procura de ajuda, por parte dos estudantes em sofrimento ou com problemas de saúde mental, seja mais baixa que o recomendável: preocupações com a falta de privacidade; dificuldade na abertura emocional perante estranhos; procrastinação; cepticismo acerca da eficácia do tratamento ou aconselhamento (Hunt e Eisenberg, 2010; Stead, Shanahan e Neufeld, 2010). Há ainda duas outras com grande peso na altura de decidir a procura de ajuda: uma, a incapacidade de reconhecer que o seu estado psicológico não é "normal"; a segunda, o estigma sobre

as doenças mentais (Lopez et al, 1998; Komiya et al, 2000; Mackenzie et al, 2004; Lucas et al, 2010).

Mesmo sendo poucos os estudantes que procuram ajuda no caso de sintomatologia depressiva e ansiosa, são as mulheres quem mais a procura por geralmente apresentarem mais sintomatologia e, também, terem menor estigma no que respeita à procura de ajuda especializada (Chang, 2007; Lucas et al, 2010).

As mesmas razões fazem com que sejam os estudantes mais velhos que mais rapidamente procuram ajuda (Stead et al, 2010). No presente estudo as razões de procura de ajuda ou apoio varia desde as dificuldades psicológicas circunstanciais (ansiedade perante exames, problemas relacionais ocasionais) (5,7%), passando por dificuldades psicológicas moderadas (dificuldades de integração ou de se relacionar com colegas) (5,0%) até a dificuldades psicológicas graves (alcoolismo, depressão, tentativa de suicídio) (4,4%).

Dos estudantes com problemas de saúde mental (n=360, 18,3%), apenas 15% (n=54) recorreram aos serviços de apoio psicológico e fizeram-no por dificuldades psicológicas circunstanciais (5,3%) moderadas (7,8%) e graves (5,0%), sendo que no total 33,9% (n=122) destes estudantes entenderam ter tido motivos para procurar ajuda.

Estes resultados estão de acordo com o relatado anterior em que há resistências na procura de ajuda especializada. Mas contradizem os de outros estudos como os de Erdur-Baker et al (2006) que referem serem os estudantes que exibiam problemas psicológicos mais graves os que estavam a receber apoio psicológico ou os de Green et al (2003) que mostravam que os alunos com apoio exibiam níveis inferiores de saúde mental global. Estes autores sugerem ainda que tanto a gravidade dos sintomas assim como os níveis de bem-estar parecem ser factores decisivos na procura de ajuda.

No que diz respeito à depressão, os resultados do estudo indicam que, segundo o PHQ-9, 58,9% apresenta sintomatologia depressiva, sendo 41,2% suave, 12,6% moderada, moderada a severa 30% e 21% severa.

Estes valores estão bastante acima de outros encontrados em estudos com o mesmo instrumento e numa população semelhante. Por exemplo um estudo de Al-Busaid et al (2011) refere que 27,7% dos estudantes apresenta vários graus de sintomatologia depressiva. Noutro estudo de Mellal et al (2014) 22,2% da amostra apresentava sintomatologia depressiva. Destes, 35,8% apresentava depressão ligeira, 44,8% moderada e 19,4% depressão grave. Uma revisão sistemática de 24 estudos sobre prevalência da depressão em estudantes universitários de Ibraim et al (2013) em apenas três foi usado o PHQ-9 e foram relatadas prevalências de 13,8%, 84,5% e 44%, ressalvando que o estudo que apresentou 84,5% teve uma taxa de resposta muito baixa o que poderá justificar os valores obtidos. Ou seja, são poucos os estudos efectuados com o PHQ-9 que permitam efectuar uma comparação adequada, sendo o mesmo válido para Portugal.

Apesar das cautelas necessárias nas comparações é perceptível pela literatura consultada que a depressão entre os estudantes universitários é extremamente prevalente. Os estudantes universitários são um grupo com algumas particularidades pelo facto de passarem por um período de transição, mais ou menos crítico, da adolescência para a vida adulta e por apresentarem momentos de *stress*. Um estudo de Sarokhani et al (2013) mostra que a prevalência da depressão entre os estudantes universitários foi de 33% e

refere que a variação de valores encontrados noutros estudos se deve à aplicação de diferentes ferramentas de avaliação da depressão, diferentes métodos de recolha dos dados e a aspectos culturais. E ainda que a prevalência de sintomas depressivos, naquele estudo, seja mais elevada que a observada na população em geral.

Quanto ao género, no nosso estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a depressão, com os valores mais elevados no género feminino. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por outros estudos (Adewuya et al, 2006; Connell, Barkham e Mellor-Clark, 2007; Santos, 2011) em que as mulheres apresentavam maior sintomatologia a nível depressivo.

Há um papel importante dos factores biológicos, havendo estudos que apontam a importância dos processos hormonais (Seeman, 1997; Parker e Brotchie, 2001); factores psicossociais, em que o papel sócio-familiar da mulher é diferente do papel do homem, mesmo que nas últimas décadas se tenham verificado mudanças nos papéis de género. No entanto as mulheres continuam a interiorizar mais, a mostrar-se mais sensíveis a conflitos e às relações sócio-familiares que os homens, mas também a conseguirem, mais facilmente, em falar sobre os seus problemas e dificuldades (Kendler et al, 2001; Maciejewski et al, 2001).

Numa pesquisa da literatura, encontram-se poucos estudos sobre ansiedade com estudantes universitários em que se utilize o GAD-7. Há no entanto diversos estudos sobre a componente ansiosa e a sua sintomatologia recorrendo-se a outros instrumentos de avaliação. De novo é essencial chamar a atenção que é necessário ser-se cauteloso no que concerne a comparações dos resultados.

Em relação à ansiedade, os resultados do estudo, segundo a aplicação do GAD-7, revelam que 63,2% (n=1243) apresentam sintomatologia de ansiedade: 47,6% (n=935) ansiedade ligeira; 9,7% (n=191) ansiedade moderada; 5,9% (n=117) ansiedade grave.

Num estudo de Cruz et al (2010), concluiu-se que 52,3% dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem se encontravam no nível II de ansiedade ou seja, moderada (utilizando o IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado).

Filho et al (2010), num estudo com 355 estudantes universitários verificaram que 233 (65,6%) apresentavam os maiores níveis de gravidade quanto à ansiedade.

Garcia et al (2008) num estudo com 183 estudantes de medicina com a aplicação do Teste de Zung, revelou que 45,3% dos estudantes não apresentavam sintomatologia ansiosa enquanto 40,6% revelavam ansiedade ligeira, 12,9% ansiedade moderada e 1,2% ansiedade severa.

Pereira (2009) num estudo com 152 estudantes do 1º e 4º Anos do Curso de Radiologia das Escolas de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra, aplicando o IDATE, verificou que todos os estudantes apresentavam sintomatologia ansiosa que variava entre ligeira e moderada e que nenhum apresentava ausência de sintomatologia.

Noutro estudo Valles e Saucedo (2007) procurando identificar os factores convergentes entre os sintomas de ansiedade e depressão em estudantes universitários, aplicaram o GHD a 13.342 estudantes de 1º Ano entre 2004 e 2007, tendo os resultados revelado que

62,8% apresentavam sintomatologia de ansiedade ligeira, 19,5% sintomas de ansiedade moderada e 3,2% ansiedade grave ou elevada, sendo que 13,9% não apresentava qualquer sintomatologia. Ressalva-se que na ansiedade, como na depressão, a sintomatologia ligeira é por norma correspondente à experiência normal. As que têm provável significado patológico são as moderadas, graves e muito graves.

Wong et al (2006) numa pesquisa em que aplicou um questionário via *web* (*web-survey*) a 28.773 estudantes de dez instituições de ensino superior de Hong Kong, tendo obtido 7.915 (27,5%) respostas, estudaram, além da depressão e do *stress*, a ansiedade nos estudantes universitários do 1º Ano em Hong Kong, tendo obtido os seguintes resultados: sem sintomatologia 46,7%; sintomatologia de ansiedade ligeira 12,1%; de ansiedade moderada 22,3% e de ansiedade grave 11,3%.

A ansiedade tem-se revelado nos muitos estudos efectuados com estudantes universitários como um problema crescente, verificando-se que ele resulta tanto de factores externos como internos, provocando alterações fisiológicas, cognitivas e comportamentais (Cano, 1999). Num estudo de Kohn et al (2005) os resultados encontrados mostraram que havia uma alta frequência na população de ansiedade generalizada sendo mais frequente nas mulheres que nos homens, confirmando que há uma maior vulnerabilidade para as perturbações de ansiedade por parte do género feminino.

Em síntese, os resultados do presente estudo estão de acordo com os encontrados nas diferentes investigações realizadas no âmbito da ansiedade nos estudantes universitários ainda que não havendo uniformidade nos instrumentos de avaliação. No entanto revelam que perante a elevada prevalência de sintomatologia ansiosa há necessidade de uma intervenção mais intensiva nesta população pois os efeitos que esta perturbação da saúde mental provoca interferem com o desenvolvimento pessoal e académico.

5.4 Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários (QCREU)

É comum associar-se a vida académica a comportamentos pouco saudáveis e/ou de risco por parte dos estudantes universitários, o que é sempre motivo de preocupação crescente em determinadas circunstâncias (como sejam o excesso de consumo de substâncias psicoactivas como o álcool e drogas) e em determinados estudantes (como sejam os que apresentam dificuldades de adaptação e/ou problemas de saúde mental).

Para o estudo dos comportamentos de risco na nossa população optámos pelo instrumento QCREU (Questionário de Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários) de Santos, Pereira e Veiga (2007). A escolha deveu-se ao facto de ser um instrumento específico para os estudantes universitários portugueses com preparação e estudo das propriedades psicométricas ou seja um instrumento devidamente validado.

O instrumento é constituído por 24 itens, alguns com base no National College Health Risk Behavior Survey (NCHRBS/CDC, 1997; Santos, 2011) procurando avaliar 6 categorias de comportamentos: uso de tabaco; consumo de álcool e outras drogas; comportamentos sexuais; hábitos alimentares; inactividade física; hábitos de condução.

5.4.1. USO DE TABACO

Os resultados indicam que a maioria dos estudantes (69,7%) não fuma e 18,1% é fumador regular, variando entre 6-10 cigarros/dia (7,4%) e 11-20 cigarros/dia (4,9%).

Rheinstein et al citado por Trullén e Labarga (2002) afirma que o início do consumo do tabaco se dá pela experiência por volta dos 14 anos e tornam-se consumidores diários antes dos 18 anos, e que os estudos mostram que mais de 80% dos fumadores começam a fumar antes dessa idade.

Alguns autores consideram que a idade crítica para se começar a fumar é a faixa 12-15 anos com o risco de se tornar fumador a diminuir a partir daí (Byrne, 2001).

Um estudo de Precioso (2004b) com 388 estudantes universitários da Universidade do Minho, 18% fumava regular e diariamente e 7% ocasionalmente (menos de um cigarro por dia), sendo a prevalência dos fumadores (20%) maior que o das fumadoras (16%).

Noutro estudo de Ramis et al (2012) com 485 estudantes de uma universidade brasileira, os resultados mostraram que 11,4% dos estudantes homens fumavam regularmente e o mesmo fazia 8,8 das mulheres.

Resultados similares foram obtidos num estudo de Pimentel et al (2013) com 672 estudantes do ensino superior em que havia maiores consumos de tabaco entre homens (48,5%) que entre as mulheres (36,3%). Os não fumadores eram a maioria (59%) e os que fumavam (31,4%) fazia-o diariamente.

Sousa et al (2012) ao estudarem a prevalência e factores associados ao tabagismo em 482 estudantes universitários, verificaram que 90% não fumavam e 6% eram fumadores (4% eram ex-fumadores). Dos que fumavam, 40% fumava entre 5 a 20 cigarros/dia.

Segundo Steptoe et al (2002) a prevalência geral de estudantes universitários fumadores era de 47,4% para rapazes e 42,5% para raparigas, valores que nem sempre estão de acordo com outros estudos.

Noutro estudo Monteiro et al (2004), em 4214 estudantes universitários da Universidade do Porto, revela uma prevalência de fumadores que variava nas diferentes faculdades: o valor máximo foi na Faculdade de Belas Artes (51,6% das raparigas e 49,3% dos rapazes) e o valor mínimo em estudantes de Medicina (13,1% das raparigas e 20,3% dos rapazes).

Ferrer et al (2001) obtiveram no seu estudo na Universidade de Alicante resultados que apontam para 34% de estudantes fumadores habituais, sendo que as raparigas (40%) fumavam mais que os rapazes (27%).

5.4.2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

No que respeita às bebidas alcoólicas os resultados indicaram que, nos 30 dias anteriores à resposta do questionário, 38% admitiu ter consumido uma bebida alcoólica em 2 a 4 dias enquanto 7,7% bebeu em 2 a 3 dias/semana e 5,2% bebeu em 4 a mais dias/semana.

Procurámos também saber as características nos estudantes de *binge drinking* (consumo de uma bebida alcoólica com a intenção atingir o estado de embriaguez no mais curto espaço de tempo) e os resultados apontam para 16,2% de binge drinking entre 2 a 4 dias nos últimos 30 dias, 3,3% para 5 a 14 dias e 1,0% para 15 ou mais dias.

Quanto ao tipo de bebidas alcoólicas mais consumidas é, sem surpresa, que a cerveja é a bebida eleita pelos estudantes (47,2%), seguida pelas bebidas destiladas (16,2%), sendo também estas as bebidas preferidas para consumir nas festas académicas. Nestas festas a quantidade consumida varia entre os 3-4 copos (26,8%) e mais de 8 copos (11,1%).

5.4.3. CONSUMO DE DROGAS OU SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS ILÍCITAS

O questionário aborda o consumo de 5 tipo de drogas: marijuana, cocaína, tranquilizantes ou barbitúricos, e drogas sintéticas. Os resultados revelam que a maioria dos estudantes nunca consumiu qualquer tipo de drogas indicadas sendo, nos consumidores, a mais usada os tranquilizantes ou barbitúricos (6,9%), seguindo-se a marijuana (5,9%), as drogas sintéticas (1%) e a menos consumida foi a cocaína (0,3%).

Um dos comportamentos de maior risco é o do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas e fármacos (pelos efeitos físicos, psicológicos e sociais imediatos e a longo prazo, forma de obtenção) sendo também um dos comportamentos mais analisados em diferentes estudos.

Os estudos nacionais e internacionais são coincidentes nas suas conclusões referindo que o uso/consumo de substâncias psicoactivas lícitas é maior que o uso/consumo das ilícitas e que predominam, em ordem decrescente, álcool, tabaco e marijuana (Feijó et al, 2001).

Um estudo de Lopes et al (2008) com 243 estudantes do ensino superior da área da saúde, revelou que 13,2% dos rapazes e 6,3% das raparigas consome ou consumiu uma substância ilícita, com a maioria dos estudantes a referir que nunca consumiu. Os autores compararam o seu estudo com um anterior (2004/2005) e os resultados foram semelhantes: 87,5% dos estudantes nunca consumiram e 12,5% assumiu já o ter feito. Ainda segundo os mesmos autores o problema do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas não aparenta sinais de diminuição havendo inclusive um aumento do número global dos consumidores de cocaína e heroína. Ainda assim Portugal terá, segundo o anterior organismo controlador de drogas (Instituto da Droga e Toxicodependência), uma das taxas mais baixas de prevalência de consumo de substâncias ilícitas.

Num estudo de Ferrer et al (2001), sobre o consumo de substâncias – fármacos e drogas ilícitas – em estudantes do ensino superior, foi observada uma elevada prevalência de consumo de cannabis (40%).

Costa et al (2005) com um estudo similar em estudantes da Universidade do Porto, verificaram que 11,2% consumiam haxixe diariamente, 0,4% consumiam LSD/Ácidos, 0,5% anfetaminas e 0,9% *ecstasy*.

Um outro estudo de Cabrita et al (2004), com 1147 estudantes de faculdades em Lisboa aponta para um consumo de substâncias psicoactivas (tranquilizantes, antidepressivas e estimulantes) com maior prevalência nas raparigas que nos rapazes. Ainda neste estudo e

no que respeita a fármacos, 28% dos estudantes inquiridos admitiram consumir regularmente medicamentos em períodos de maior *stress*, número mais elevado no sexo feminino (32%).

Num outro estudo com 553 estudantes universitários da área das ciências da saúde, Feijó et al (2001) afirma que os estudantes destas áreas adquirem conhecimentos científicos que lhes conferem capacidade crítica no que concerne à utilização de medicamentos. O mesmo autor referiu ainda no mesmo estudo que estes estudantes consomem mais fármacos que a restante população universitária e os resultados mostraram que 60,8% consumiram pelo menos um medicamento nos 15 dias que antecederam o estudo, com maior prevalência nos estudantes da Licenciatura em Enfermagem (73,9%) e no sexo feminino (71%).

Pinto (2010) estudou o consumo de substância psicoactivas ilícitas em 1918 estudantes de uma instituição de ensino superior em Portugal e os resultados mostraram que 68,7% consumiu cannabis.

Loureiro (2012) afirma que nos anos 2010-2012 se constatou um decréscimo generalizado de taxas de continuidade de consumo na população adulta/jovem de substâncias psicoactivas ilícitas com excepção da subida de taxa de consumo de anfetaminas e de heroína (esta na população adulta).

Estudos realizados por Portugal e Siqueira (2011) revelam que as substâncias psicoactivas mais utilizadas pelos estudantes universitários, a seguir ao álcool, é a marijuana, com maior prevalência no sexo masculino.

Já Saldivia e Vizcarra (2012) realizaram um estudo com a população universitária chilena e os resultados mostraram que também nestes estudantes o álcool e a marijuana eram as substâncias psicoativas mais consumidas, seguidas de alucinogénios, anfetaminas e cocaína.

5.4.4. COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Em relação à actividade sexual a maioria (63,1%) revela ter tido nos últimos 12 meses um único parceiro sexual, 6,4% dois parceiros sexuais e 2,4% mais do que três parceiros.

No que concerne ao uso de preservativo destacam-se os que usam sempre (28,2%) e os que nunca usaram (20,4%). Entre os que nunca usaram e os que usaram sempre preservativo, há um número considerável dos que usaram às vezes [26,5%]. Ainda assim a maioria dos estudantes 54,7% refere já ter feito um teste de despistagem do HIV/SIDA enquanto 43,3% nunca fizeram qualquer tipo de despiste.

No que se refere à conjugação álcool – actividade sexual, 6,2% refere já ter tido sexo após ingestão de bebidas alcoólicas que de outra forma não teria ocorrido.

Os estudantes universitários, no início desta sua etapa da vida, para além do fascínio pelo que é novo e da tendência, própria da idade, em considerarem-se invulneráveis e indestrutíveis, deparam-se com um alargar de horizontes e liberdade comportamental que

suscitam alegria e excitação a par de incerteza, insegurança e ansiedade (Sant'Anna et al, 2008).

É nestes contextos que muitos iniciam a sua experiência sexual que se traduz em comportamentos de risco pela negligência no uso de métodos contraceptivos, nomeadamente preservativos, e prevenção das DST's (Akvardar et al, 2003).

Um estudo de Sant'Anna et al (2008), com 465 estudantes universitários, 85,3% referiram terem actividade sexual regular, 91% com apenas um único parceiro sexual (96% do género masculino e 88% do género feminino); 88,8% referem o uso de preservativo na primeira relação sexual e 35,6% não usam preservativo regularmente.

Moser et al (2007), estudou os comportamentos sexuais de risco de estudantes do género feminino a estudar em cursos de Saúde. Os resultados mostraram que 60% teve actividade sexual regular nos 12 meses anteriores à aplicação dos questionários, percentagem que descia para 49,2% nas jovens entre os 18-20 anos e subia (73%) para as de 21-24 anos. Neste estudo os resultados mostraram um equilíbrio entre as que praticavam sexo seguro (49,1%) e as que que não praticavam (50,9%).

Um estudo de Ribeiro e Fernandes (2009), com 367 estudantes do ensino superior, 76% tiveram actividade sexual nos 12 meses anteriores à resposta ao questionário, 40,5% tiveram relações sob efeito de álcool e 7,8% sob efeito de substâncias psicoactivas; 48,4% tiveram relações sexuais sem usarem preservativos e 3,6% afirma nunca ter usado preservativo. Além disso 64,5% nunca fez um teste para despistar DST's ou HIV/SIDA e os inquiridos do género masculino referiram um número de parceiros, nos 12 meses anteriores ao questionário, maior (média de parceiros = 1,85) que os de género feminino (média de parceiros = 1,09).

Um estudo de Gomes e Fernandes (2009), com 176 estudantes universitários, acerca dos seus comportamentos sexuais revelou, no que concerne ao número de parceiros, que os rapazes apresentam uma média (6,30) superior que à das raparigas (2,49). No que respeita ao uso de preservativo, 38% dos rapazes e 26,3% das raparigas usaram sempre. No total 24,3% nunca utilizaram preservativo e 27,8% fizeram uma utilização inconstante do método contraceptivo.

Por fim, os Dados Nacionais 2010 sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior revelaram alguns dados sobre comportamentos sexuais de 3278 indivíduos (70% raparigas e 30% rapazes): o preservativo é o método usado por 69%; a maioria refere ter um relacionamento afectivo estável e uma vida sexual com elevado grau de satisfação; quanto aos comportamentos de protecção, abordagem ao sexo seguro e testes de HIV são os estudantes mais novos (geralmente do 1º ano) que apresentam uma atitude negativa face aos mecanismos/comportamentos protectores, pelo que o estudo revela que a maioria dos estudantes não teve intenção de fazer o teste HIV nem pedir ao parceiro para o fazer.

Ainda no campo dos comportamentos de risco, a grande maioria não teve relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso (92,3%); 67% afirmou nunca ter tido um parceiro ocasional mas 11,9% referiu quatro ou mais parceiros ocasionais nos 12 meses anteriores ao questionário; nos 30 dias antes do inquérito o número de parceiros

ocasionais foram de 2 a 3 (16,2%) e mais de 3 (2,9%). Quanto às relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas 35% afirmou já ter acontecido, em particular nos rapazes.

Uma das conclusões do estudo é que, ainda assim, os jovens dos 18 aos 21 anos têm mais competências, menos comportamentos de risco e mais comportamentos preventivos que os mais velhos.

5.4.5. HÁBITOS ALIMENTARES

Outra característica muito associada à vida académica é que os hábitos alimentares dos estudantes nem sempre são os mais saudáveis. Os resultados do presente estudo mostram que nos últimos trinta dias a maioria (71,5%) tomou o pequeno-almoço quase todos os dias; 67,3% come, diariamente, fruta, vegetais ou produtos com fibras, resultados que revelam que a maioria dos estudantes parece apresentar uma dieta alimentar equilibrada.

Por outro lado 67,6% consome diariamente bebidas ricas em cafeína, 56,9% consome usualmente alimentos ricos em açúcar adicionados e 76,3% ingeriu menos de duas vezes comida tipo *fast food*.

Outra imagem que é associada aos estudantes universitários e à vida académica, além de um padrão alimentar desequilibrado, é um estilo de vida sedentária. Tem havido por isso uma preocupação crescente na alteração dos hábitos alimentares e no estímulo ao exercício físico por parte dos profissionais de saúde através de programas de educação para a saúde – alimentar e física.

Os resultados obtidos no presente estudo estão em linha com as investigações encontradas. Por exemplo o consumo de *fast-food*: segundo Cruz (2000) nos países do Sul da Europa (Portugal, Espanha, Itália) a frequência de consumo de *fast-food* é mais baixa que nos EUA e nos países nórdicos, sendo inferior a uma vez por semana.

De acordo com Davy et al (2006) os hábitos alimentares dos estudantes tendem a piorar durante a permanência no ensino superior universitário, sendo frequente a omissão do pequeno-almoço e/ou ausência na dieta alimentar de verduras, proteínas (o que contradiz os resultados obtidos pelo nosso estudo), verificando-se um aumento de ingestão, de certo tipo de alimentos de elevada densidade energética, ricos em gordura e açúcar (Niclas et al, 1998; Driskell et al, 2005; Há et al, 2009;).

Marcondelli et al (2008) num estudo com 281 estudantes revelou que a alimentação destes estudantes era inadequada para a maioria (79,7%) com os menores valores percentuais a recaírem no leite e derivados (23%), frutas e vegetais (24,9%) e carbohidratos complexos (25,9%) e, igualmente, um elevado consumo inadequado de refrigerantes e doces (74,0%).

Num outro estudo, Feitosa et al (2010) caracterizou a alimentação de 718 estudantes universitários como inadequada: baixo consumo de frutas (67,7%), verduras e legumes (84,4%) e elevado consumo de alimentos ticos em gorduras e açucares.

Ao fazer a avaliação dos hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior Rodrigues (2012) verificou que o padrão alimentar dos estudantes inquiridos (n=80) se caracterizou

por um consumo predominante de carne, cereais, gordura e açúcar o que indica uma alimentação hipoglucídica, hiperproteica e hiperlipídica. A mesma autora defende que a alimentação nesta faixa etária deve conter produtos lácteos, hortícolas e leguminosas.

Um estudo de Kutlu e Civi (2013), com 262 estudantes universitários, revelou que 5% apresentava desordens no padrão alimentar contra 95% sem desordens ou com hábitos alimentares equilibrados.

A reforçar a ideia de que a alimentação dos estudantes universitários é pobre e desequilibrada estão estudos como os de Brevard e Rickets (1996) e de Racette et al (2006) ou ainda um estudo de 2004 da American College Health Association (2006) que revela que apenas 7,3% dos estudantes comem 5 ou menos peças de fruta e/ou vegetais diariamente.

Papadiki et al (2007), num estudo sobre hábitos alimentares com estudantes universitários Gregos deslocados e não deslocados de casa, perceberam que os hábitos alimentares dos alunos que ficaram em casa não se modificaram significativamente enquanto os alunos deslocados apresentaram mudanças – nem sempre consideradas negativas ou pouco saudáveis. Por exemplo estes alunos deslocados referiram ter diminuído o consumo de pão branco, queijo feta, iogurtes gordos e margarinas. A parte menos saudável é que se verificou igualmente a diminuição de consumo de refeições confecionadas, fruta, vegetais (crus ou cozinhados). Uma das conclusões do estudo é que, tal como é referido na literatura, a saída de casa dos estudantes que vão estudar para universidades longe implica modificações na dieta e comportamentos alimentares uma vez que cada um se torna responsável pela sua própria alimentação.

5.4.6. ACTIVIDADE FÍSICA

A grande maioria dos estudantes inquiridos (89,9%) refere fazer exercício físico 2 a 3 vezes por semana, o que revela que a maioria destes estudantes combate de alguma forma o sedentarismo, o que contradiz a imagem de uma vida sedentária.

Apesar destes resultados, a literatura, no entanto, aponta para percentagens bastante elevados de estudantes que enveredam mais para uma vida de sedentarismo.

Segundo Ferrara (2009), pesquisas sugerem que aproximadamente 35% dos estudantes universitários apresentam obesidade ou excesso de peso contribuindo para tal uma má nutrição ou a inactividade física/sedentarismo.

Estudos de Suminski et al (2002), Huang et al (2003) e Keating et al (2005) mostraram que 40% dos estudantes inquiridos praticam exercício físico regular e que menos de 30% não praticam qualquer actividade física ou desporto.

A maioria dos investigadores apresenta nos seus estudos taxas de inactividade física mais elevada nos estudantes do género feminino que no género masculino (Suminski et al, 2002) com os estudantes mais activos durante a semana que nos fins-de-semana e os exercícios mais frequentes são *jogging*, ciclismo e aeróbica.

Estudos de Gyurcsik et al (2004) e de Dinger e Waigant (1997), mostram que 47% dos estudantes universitários não têm uma actividade física que se considere adequada e

suficiente. Por outro lado um estudo de Pinto et al (1998) revela que 35% dos estudantes praticam regularmente exercício físico.

Silliman et al (2004), defendem que a falta de tempo, motivação, vontade ou de energia são as principais razões apontadas para a não prática de exercício físico sendo estas razões referidos essencialmente por estudantes de anos mais adiantados e que os estudantes do 1º e 2º ano são os que mais participam nas actividades físicas.

Henrique (2013), num estudo com 220 estudantes do curso de Medicina da Universidade da Beira Interior, revelou que 54,1% não praticavam exercício, que os estudantes do 6º ano praticavam menos que os dos primeiros dois anos, resultados que estão de acordo com o que outros estudos descrevem.

Pires et al (2013), estudaram a prática de actividade física entre estudantes de Enfermagem e os resultados mostraram que dos 154 estudantes, 57,8% são considerados como sedentários dos quais 61,5% são do primeiro ano e 52,4% finalistas.

Em relação ao género um estudo realizado com estudantes recém-entrados numa universidade do Sul do Brasil mostra que as mulheres apresentam um comportamento mais sedentário (17,4%) que os homens (11,2%) (Quadros et al, 2009). Estes dados vão de encontro ao que Duca et al (2009) encontraram no seu estudo com apenas 18,3% dos homens fisicamente activos e 11,9% das mulheres a apresentarem actividade física.

Por fim um estudo sobre consumo e estilos de vida dos estudantes do ensino superior da Universidade de Lisboa realizado em 2012 (n=3327, 9,7% do total de estudantes inscritos) revela que 39,7% não pratica alguma actividade física estando mais disseminada a actividade física entre os homens (50,1%) que entre as mulheres (34,5%). Ao contrário de outros estudos, este mostrou que são mais activos os estudantes dos anos mais adiantados (5º ano, 49,7%) e os de 1º ano os menos activos (33,9%). Por outro lado são os estudantes da área das Ciências da Vida e da Saúde os que apresentam maior preocupação em ter actividade física (45%) (Silvestre et al, 2012).

5.4.7. HÁBITOS DE CONDUÇÃO

No que se refere à utilização de cinto de segurança enquanto viaja de automóvel, os resultados revelam que 18,2% nunca usou cinto e 58,4% usou sempre. Quando ao consumo de álcool e a condução de um veículo, 30,6% já conduziu sob efeito de álcool e 30,2% já andou num veículo conduzido por alguém que consumiu bebidas alcoólicas.

Os resultados do nosso estudo mostram um conjunto de estudantes cautelosos, conscientes e responsáveis na sua maioria quanto à condução de veículos: 58,4% usa sempre cinto de segurança quando viaja (quer como condutor quer como passageiro); 69,8 nunca andou de carro conduzido por alguém que tivesse consumido álcool; 69,4% nunca conduziu sob efeito de bebidas alcoólicas.

Jones et al (2008) e Marleo et al (2009) referem nas suas investigações que independentemente das razões subjacentes, atendendo que a maioria dos jovens consomem álcool ou substâncias psicoactivas quando saem à noite (Calafat et al, 2009),

o facto é que muitos desses jovens optam por regressar a casa conduzindo carro próprio aumentando assim o risco de acidentes.

Esta tendência contraria o que defende Pimentão (2008) que refere que aumentam os comportamentos de risco à medida que o número de anos de carta aumenta, indicando inclusive que a partir do 6º ano de carta é quando se começam a verificar os comportamentos de risco. Este estudo revela ainda que os inquiridos admitem infringir as regras de boa condução considerando como comportamentos de risco o exceder o limite de velocidade, o conduzir cansado ou o falar ao telemóvel. Curiosamente consideram que conduzir após consumo de álcool ou outras substâncias psicoactivas é o comportamento de risco que menos correm classificando-o como o de maior risco de todos. No entanto neste estudo os homens da faixa etária 23-24 anos são os que referem comportamentos de maior risco de desrespeito pelas regras e de consumo.

Outro estudo de Marín-León e Vizzotto (2003) com 2116 estudantes universitários revela que 82,8% dos estudantes usa sempre cinto de segurança mas, por outro lado, 89,2% admitiu já ter conduzido após ter consumido bebidas alcoólicas. Estes autores citam Arnett et al (1997) ao descreverem que alguns destes estudantes apresentavam características como agressividade e cansaço e que estariam significativamente relacionados com os comportamentos de risco na condução.

Girão e Oliveira (2005) afirmam no seu estudo sobre condução de risco que há uma desvalorização do risco nos jovens e do sexo masculino, estando de acordo com a literatura. Defendem ainda que o tipo de risco é diferente entre os géneros já que o masculino apresenta uma maior predisposição para manifestar/exteriorizar os seus conflitos transferindo para a condução toda a sua carga emocional em especial quando é negativa.

Marín e Queiroz (2000) afirmam que o consumo de substâncias psicotrópicas, drogas, álcool e medicamentos condicionam fortemente o tipo de condução e que muitos dos jovens estudantes estarão sob efeito destas substâncias enquanto conduzem.

Em síntese, os estudantes inquiridos no presente estudo são não fumadores, não são consumidores habituais de bebidas alcoólicas nem recorrerem ao *binge drinking*, mas apresentam um consumo elevado nas festas académicas com preferência para cerveja e bebidas destiladas. Não são consumidores de drogas, têm uma actividade sexual que se pode considerar equilibrada (no que se refere ao número de parceiros) e consciente (testes de HIV/SIDA), mas descuidada do ponto de vista da segurança (uso do preservativo). Ingerem com frequência fruta, vegetais e produtos com fibras, tomam o pequeno-almoço e são pouco consumidores de *fast food*. No entanto consomem bastantes bebidas ricas em cafeína e alimentos ricos em açúcar adicionado. São regulares praticantes de exercício físico e utilizam cinto de segurança quando andam de carro, tendo o cuidado de não conduzirem nem serem conduzidos sob efeito de bebidas alcoólicas.

Os estudos revelam diferentes resultados com idênticas populações. O facto de nesses estudos serem utilizados diferentes instrumentos torna uma pouco difícil a comparação ou generalização dos resultados para a população universitária em geral.

5.5 DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES

Após a abordagem aos resultados e ao que dizem os diferentes estudos e autores, terminamos este capítulo verificando a tendência das hipóteses de estudo colocadas. Em síntese aceita-se parcialmente as hipóteses H1, H2, H3, H4, H5 e H8; aceita-se totalmente a H6 e H7; rejeita-se a H9.

H 1. O CURSO E O ANO FREQUENTADOS INFLUENCIAM SIGNIFICATIVAMENTE A SAÚDE MENTAL GLOBAL, A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE.

Os resultados mostram que o CURSO é uma variável que influencia com significância estatística, se bem que de modo muito ligeiro, a Saúde Mental Global (explicando 5% da variância), a Depressão (explicando 4% da variância) e a Ansiedade (explicando 2% da variância). O ANO frequentado apenas tem influência significativa na Ansiedade, explicando apenas 2% da sua variância, não sendo por isso significativo quer na Saúde Mental Global quer na Depressão.

Assim, apesar da influência ligeira, aceitamos a hipótese do Curso influenciar a Saúde Mental Global e a Depressão, com o Ano frequentado a influenciar os níveis da Ansiedade. Rejeita-se a hipótese do Ano frequentado influenciar a Saúde Mental Global e a Depressão.

H 2. A IDADE, O GÉNERO E O ESTAR DESLOCADO INFLUENCIAM SIGNIFICATIVAMENTE A SAÚDE MENTAL GLOBAL, A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE.

Os estudos mostram que o GÉNERO tem uma influência, mais uma vez ligeira mas estatisticamente significativa, para a Saúde Mental Global (10% explica a variância), a Depressão (3% explica a variância) e a Ansiedade (9% explica a variância). Tanto a IDADE como o ESTAR DESLOCADO não exercem qualquer tipo de influência na Saúde Mental Global, Depressão ou Ansiedade das estudantes.

Assim aceita-se a hipótese da influência estatisticamente significativa e ligeira do GÉNERO para a Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade e rejeita-se a hipótese que tanto a IDADE como o ESTAR DESLOCADO tenha alguma influência nas três dimensões.

H 3. OS NÍVEIS DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE SÃO MAIS ELEVADOS NAS MULHERES, NOS ALUNOS DO 1º ANO E NOS ALUNOS DESLOCADOS.

Os resultados mostram que há diferença estatisticamente significativa no género quanto à Depressão e Ansiedade, sendo as MULHERES que apresentam valores superiores nas duas dimensões. O mesmo já não se verifica quanto às variáveis ANO frequentado (1º Ano) e ESTAR DESLOCADO.

Assim aceitamos a hipótese de que as MULHERES têm níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa mais elevados que os homens e rejeitamos que ser aluno do 1º ANO e DESLOCADO determine níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa mais elevada.

H 4. OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE SÃO MAIS BAIXOS NOS HOMENS, NOS ALUNOS DO CURSO DE SAÚDE E CUJOS PAIS TRABALHAM.

Os resultados indicam que o género masculino apresenta menos indícios de sintomas depressivos e menores níveis de ansiedade ($p < .001$). Os resultados mostram também que os estudantes dos cursos das CIÊNCIAS DA SAÚDE têm menor sintomatologia depressiva e menores níveis de ansiedade. Já o terem os pais a trabalhar ou desempregados/reformados não tem influência estatística significativa nas duas dimensões.

Assim concluímos pela aceitação da hipótese que são os HOMENS e os estudantes dos cursos das CIÊNCIAS DA SAÚDE que apresentam os índices de depressão e ansiedade mais baixos e rejeitamos a hipótese que o ter PAIS A TRABALHAR contribua para esses valores mais baixos.

H 5. OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE SÃO MAIS ELEVADOS NOS ALUNOS DESLOCADOS, COM MAIS DE 3 UNIDADES CURRICULARES (UC) EM ATRASO E A TRABALHAR (PART OU FULL-TIME).

Os resultados mostram que efectivamente há diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que tiveram de sair de casa para estudar e os que não tiveram de sair para os níveis de depressão e ansiedade. Estas duas dimensões têm valores mais elevados para quem teve de se DESLOCAR de casa. Os resultados mostram ainda que os estudantes com mais de 3 UC EM ATRASO apresentam valores superiores nas dimensões Depressão e Ansiedade. Quanto à variável TRABALHAR (tempo parcial ou tempo inteiro) ou não trabalhar (ou seja, apenas estuda) não tem qualquer influência nas dimensões.

Assim concluímos pela aceitação da hipótese que os alunos DESLOCADOS e com MENOR SUCESSO ACADÉMICO (> 3 UC em atraso) têm influência estatisticamente significativa nos níveis de depressão e ansiedade. Já o TRABALHAR ou não, não influencia as duas dimensões pelo que se rejeita essa hipótese.

H 6. OS NÍVEIS DE SAÚDE MENTAL GLOBAL REFLECTEM SIGNIFICATIVAMENTE OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE.

Os resultados mostram que há uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a Depressão e Ansiedade ou seja mostram que quanto mais positiva é a Saúde Mental Global menor é a Depressão e a Ansiedade

Assim aceita-se a hipótese que a SAÚDE MENTAL GLOBAL reflete significativamente as duas dimensões.

H 7. OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E COMPORTAMENTOS DE RISCO PREDIZEM A SAÚDE MENTAL GLOBAL DE MODO DIFERENCIADO.

Os resultados indicam que as variáveis Depressão, Ansiedade, consumo de tabaco, de álcool, outras drogas e inactividade física discriminam significativamente a Saúde Mental Global em Saúde Mental Negativa e Saúde Mental Positiva. A variável que mais discrimina as categorias da Saúde Mental Global é a Ansiedade (W_L =.635), seguida da Depressão (W_L =.814) e de seguida as variáveis dos comportamentos de risco.

Pelo que se aceita a hipótese que os níveis de Depressão, Ansiedade e Comportamentos de Risco predizem a Saúde Mental Global de modo diferenciado.

H 8. HÁ MAIOR FREQUÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO, EM ESPECIAL MAIOR CONSUMO DE ÁLCOOL, NOS ALUNOS DESLOCADOS, DO 1º ANO E COM NÍVEIS MAIS ELEVADOS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE.

Os resultados mostram que os estudantes que tiveram de SAIR de casa para frequentar o ensino superior apresentam valores superiores que os seus colegas não deslocados nos comportamentos de risco, consumo de álcool, consumo de substâncias psicoactivas ilícitas e na inactividade física. Já os estudantes do 1º ANO apresentam valores superiores para o consumo de tabaco e comportamentos sexuais de risco. Quanto às dimensões Depressão e Ansiedade, os valores mais elevados verificam-se nos alunos DESLOCADOS mas não nos alunos do 1º ANO.

Assim conclui-se pela aceitação da hipótese que diz serem os alunos DESLOCADOS que apresentam maiores valores para o consumo de álcool, Depressão e Ansiedade. Rejeita-se a hipótese que os alunos de 1º ANO tenham valores de maior consumo de álcool, mais sintomatologia de Depressão e Ansiedade que os seus colegas de outros anos.

H 9. QUANTO MAIOR O CONSUMO DE ÁLCOOL, MENORES OS NÍVEIS DE SAÚDE MENTAL GLOBAL E MAIOR OS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE.

Os resultados mostram que quanto mais positiva é a Saúde Mental Global, maior é o consumo de álcool. O mesmo não se verifica com as dimensões depressão e ansiedade ou seja a maiores níveis de depressão e de ansiedade não se verifica o aumento do consumo de bebidas alcoólicas apesar de se verificar uma correlação significativa com outros comportamentos de risco.

Assim conclui-se pela rejeição da hipótese que relaciona os maiores consumos de bebidas alcoólicas com menores níveis de Saúde Mental Global e maiores níveis de Depressão e Ansiedade.

A literatura acerca da influência da área do curso frequentado sobre a saúde mental mostra que os estudantes dos cursos das áreas de Saúde apresentam menores níveis de bem-estar e maiores níveis de sintomatologia depressiva e de ansiedade (Santos, 2011). Para Turner et al (2007) estes resultados devem-se ao facto de o curso da área da Saúde serem,

geralmente, muito exigentes, competitivos e indutores de stress, fazendo com que os estudantes da saúde sejam um dos grupos mais estuados e que maior atenção têm recebido por parte dos investigadores (Dahlin et al, 2005).

Por outro lado Savedra et al (2010) chama a atenção para o facto de cursos como as Engenharias serem maioritariamente frequentados por homens enquanto os da área da Saúde são maioritariamente frequentados por mulheres, não estando por isso isento da influência do género na diferenciação da saúde mental.

Se os cursos das áreas de saúde oferecem, de um modo geral, melhores perspectivas de futuro profissional que noutras áreas de formação (e.g. Letras, Ciências Sociais), os seus níveis de exigência são muito elevados, assim como o facto da matéria com que lidam (o ser humano) não permitir falhas nem uma menor responsabilização nos erros cometidos. Deste modo os níveis de envolvimento e desgaste físico e psíquico são bastante elevados o que poderá influenciar a própria saúde mental: muitas horas dedicadas ao estudo, às aulas e às práticas, o lidar com a doença e o sofrimento humano; a dificuldade muitas das vezes em dar resposta ao solicitado; a frustração na obtenção de resultados positivos de saúde; a competitividade interpares. São um conjunto de factores desgastantes, permanentes que não se verifica na maioria das outras áreas de formação e que, na maioria dos estudantes, impede de ter oportunidades ou disponibilidade para o desenvolvimento e manutenção de relações sociais ou afectivas ou, tão simplesmente, interesse noutras actividades mais lúdicas ou recreativas (Wolf, 2001).

Em relação ao Ano frequentado, o nosso estudo revela uma associação significativa mas pouco expressiva quanto à ansiedade mas sem relação com a saúde mental global e a depressão.

Estes resultados vão de encontro ao de outros autores como por exemplo Grayson e Cooper (2006) que indicam que os alunos de 1º Ano apresentam níveis de ansiedade um pouco mais elevados que os dos seus pares de anos posteriores uma vez que é o ano de entrada na universidade sendo por isso natural os problemas relacionais, desconfiança em relação aos outros, alguma timidez e solidão, até preocupações de natureza sexual. Estas dificuldades têm tendência para se desvanecerem à medida que avançam na vida académica.

Outro problema evidenciado por Kuh et al (2005) é que há uma maior preocupação e ansiedade nestes estudantes de 1º Ano para com as metodologias de ensino e aprendizagem, uma vez que no ensino superior são muito diferentes àquelas a que vêm habituados no ensino antecedente. Além da adaptação às exigências curriculares, para alguns estudantes o período da praxe académica também não ajuda a uma melhor e mais rápida integração e adaptação (ao contrário do que dizem as associações de estudantes e comissões de praxe) uma vez que as actividades de praxe exigem um esforço – físico e mental – maior por parte do estudante recém-entrado, o que lhe retira disponibilidade de tempo e possibilidade de concentração nas actividades lectivas, provocando-lhe estados de ansiedade.

Uma revisão da literatura mostra que a investigação é quase unânime no reconhecimento que os alunos do 1º Ano, no curso superior, são os que apresentam um maior risco para problemas que afectam o bem-estar psicológico (Diniz e Almeida, 2006) e em particular

os estudantes do 1º Ano dos cursos das áreas das Ciências da Saúde (Omigbodun et al, 2006).

Para Santos (2011), globalmente são os alunos de 3º Ano que apresentam pior saúde mental, com mais sintomas depressivos, verificando-se diferenças entre os anos frequentados. Se alguns autores apontam o 1º Ano como o ano mais problemático, outras investigações, como a de Berwick et al (2010) indicam que os níveis de saúde mental e bem-estar psicológico diminuem ao longo do curso. De uma maneira geral é reconhecido que a saúde mental global ou as dimensões níveis de sintomatologia depressiva ou ansiosa, são influenciados pelo ano frequentado pelos estudantes do ensino superior, sejam do 1º ano por ser o ano de entrada para uma nova realidade, seja pela crescente complexidade ao longo do curso seja ainda por, o último ano, se caracterizar pelas incertezas quanto ao futuro, onde a preparação para uma carreira profissional é uma grande preocupação para o estudante universitário (desemprego, medo de não estar bem preparado, o assumir de responsabilidades) (Grant, 2002).

O nosso estudo revela, de novo, uma influência estatisticamente significativa mas ligeira para a Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade no que respeita ao género. O género masculino apresenta melhores níveis de saúde mental global, e menos níveis de sintomatologia depressiva e ansiedade que o género feminino.

Os resultados vão ao encontro de grande parte dos estudos revistos. Zahn-Waxler et al (2006) indicam, no seu estudo, haver uma maior incidência e prevalência de problemas de saúde mental no género feminino. O mesmo conclui um estudo do Alto Comissariado da Saúde (2008) que aponta os rapazes com maiores valores nas dimensões da saúde mental, e menores de depressão e ansiedade que os das raparigas. Estes resultados estão igualmente presentes noutras investigações com estudantes universitários em geral (Goldman e Wong, 1997) e em estudantes da área das Ciências da Saúde (Hojat et al, 1999).

Se os resultados no nosso estudo indicam uma diferença ligeira embora estatisticamente significativa, no estudo de Santos (2011) as diferenças foram mais claras em que, igualmente, as mulheres apresentam níveis mais baixos de saúde mental e maior sintomatologia depressiva e de ansiedade.

Outros estudos vão ao encontro destes resultados como sejam o de Nerdrum et al (2006) que encontraram maiores níveis de saúde mental nos homens ou os de Connell et al (2007) e Pereira et al (2009) cujos resultados atribuem maior sintomatologia depressiva e ansiedade nas mulheres.

Independentemente das razões Brougham et al (2009) referem que, efectivamente, homens e mulheres reagem de forma diferente às circunstâncias que os envolvem e que adoptam diferentes atitudes de confronto e resolução dos problemas.

No que respeita à Idade não encontrámos no estudo qualquer relação com a alteração da saúde mental ou à sintomatologia depressiva ou ansiosa.

Um estudo de Porta-Nova (2009) com estudantes universitários da área das Ciências da Saúde mostra, no entanto, que a maior idade está associada a melhor bem-estar

psicológico e que os alunos mais novos têm maior risco de apresentarem problemas relacionados com a saúde mental.

Outros estudos estão na linha dos resultados e conclusões do nosso estudo, como os de Santos (2011) que conclui, no seu estudo, não haver uma correlação entre a Idade e a saúde mental ou os de Sayiner (2006) que também estudou a relação da idade com a saúde mental em estudantes universitários e não descortinou uma relação estatisticamente significativa.

Ao contrário do que seria esperado, o estar deslocado da sua residência (a maioria dos estudantes do nosso estudo) não representa ou tem relação estatisticamente significativa com problemas de saúde mental ou sintomatologia depressiva ou ansiosa.

Estes resultados estão de acordo com outros estudos como o de Santos (2011) que também não encontrou essa relação ou o de Porta-Nova (2009) cujos resultados mostram que os alunos deslocados na sua amostra não apresentam, em comparação com os não deslocados, uma percepção significativamente diferente nas dimensões da saúde mental.

Os resultados do estudo de Ferreira (2009) também indicam não haver essa relação, concluindo que o processo de saída de casa é atenuado pela importante presença, ainda que não física, de retaguarda do suporte social como sejam a família, em especial dos pais e os dos amigos (Loureiro et al, 2008).

Para Seco et al (2007) os estudantes deslocados apresentam uma maior disponibilidade para criarem novas interacções e relações que os que não têm de se deslocar para estudar, privilegiando o contacto social com outras pessoas e grupos sendo, por isso, percepcionados como fontes de suporte social ou seja factor de protecção da saúde mental.

O consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes universitários varia de acordo com o género, sendo o masculino o que apresenta um maior consumo estando em linha com o verificado na população geral (Harrell e Karim, 2008).

No que respeita ao Ano frequentado os resultados do nosso estudo parecem estar de acordo com alguns estudos que indicam que o maior consumo de bebidas alcoólicas se verifica mais nos 2ºs e 3ºs Anos (Santos, 2011).

Já com os estudantes deslocados os resultados estão de acordo com outros autores. No estudo de Santos (2011) os estudantes que saíram de casa para estudar consomem maior quantidade de bebida alcoólica que os estudantes que se mantiveram em casa. O mesmo refere estudo de Dworkin (2005) em que são os estudantes deslocados a apresentarem maiores consumos pois são aqueles que estando afastados da família – e, de certa forma, fora do seu controle e vigilância – não têm de justificar horários, comportamentos ou tomadas de decisões ou escolhas (Dinger e Waigandt, 1997).

Quanto à associação da sintomatologia depressiva e ansiosa com um maior consumo de álcool, ela não se verifica no nosso estudo nem é consensual nos estudos encontrados. Alguns investigadores como Wicki et al (2010) não encontraram uma correlação positiva entre os consumos e os sintomas depressivos e ansiosos, estando, isso sim, mais ligada ao género.

Tal como noutros estudos, a associação de problemas de saúde mental com o consumo de álcool não se verifica nem é linear que seja. Read et al (2003) refere que muitos jovens ingerem bebidas alcoólicas mais por motivos celebrativos do que para lidar com a emotividade negativa. Os resultados de um outro estudo, de Kuntsche et al (2005), estão em linha com esta perspectiva uma vez que os resultados mostraram que a maioria dos estudantes universitários consomem bebidas alcoólicas por razões sociais e uma minoria o faz para lidar com emoções negativas como o *stress* ou tristeza. De um modo geral os estudantes universitários associam ao consumo de álcool expectativas positivas (e.g. prazer, confiança, bem-estar) (Albuquerque et al, 2010) ao ponto que quanto maior a positividade das expectativas maior o seu consumo (Amaral et al, 2006).

Por outro lado, segundo Beck et al (2008), os estudantes com problemas de saúde mental, sintomatologia depressiva ou ansiosa (em especial a ansiedade social) não se expõem tanto aos episódios de consumo de álcool, tendendo mais para o isolamento. Este conceito é defendido por McBroom et al (2008) num estudo efectuado com estudantes universitários do 1º Ano em que procurou perceber se haveria relação entre a solidão e o consumo de bebidas alcoólicas. Concluiu que à medida que a procura da solidão diminui, aumentava o consumo de álcool.

Dawson et al (2005) referem que os estudantes universitários raramente apresentam ansiedade ou perturbações depressivas associados ao consumo de bebidas alcoólicas, sugerindo que os episódios de consumo excessivo esporádico não seja típico de indivíduos com problemas de saúde mental. O que não quer dizer que, com este comportamento, mantido de forma prolongada, não venha a ter problemas futuramente, sendo para isso necessário estudos mais longitudinais para perceber se há ou não relação positiva e bidireccional entre o consumo de álcool e problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (Marmorstein, 2009). Por fim é importante referir que alguns autores como Peele e Brodsky (2000) alertam que mesmo havendo uma associação entre o consumo de álcool (mesmo que moderado) e melhor saúde mental, é necessário cautela na atribuição de uma direccionalidade na relação ou estabelecer uma causalidade.

CAPÍTULO 6 — CONCLUSÃO

Os comportamentos de risco e os problemas de saúde mental surgem frequentemente alinhados e associados às principais causas de morbilidade e mortalidade (Santos, 2011). Sendo duas dimensões com forte impacto no individuo no que concerne às consequências, físicas e psicológicas, imediatas e a longo prazo, é indiscutível que uma intervenção o mais precoce possível oferece maiores ganhos ao indivíduo para uma vida com qualidade. Por outro lado os distúrbios da saúde mental nem sempre são ou estão diagnosticados, havendo muitas vezes problemas na saúde mental que são subliminares, camuflados ou demasiado discretos para serem rapidamente reconhecidos e muito menos diagnosticados e permitir uma intervenção rápida. Estes indivíduos ainda assim estão em sofrimento e necessitam de intervenção especializada (Xavier et al, 2013).

Se por um lado o Ministério da Saúde admite serem insuficientes os estudos e os dados acerca da saúde mental (recentemente foi tornado público o 1º Relatório sobre o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental), a Direcção Geral de Saúde através do Programa Nacional para a Saúde Mental (Portugal – Saúde Mental em Números – 2013) recomenda, entre outros aspectos, a prevenção e redução da prevalência do consumo de substâncias psicoactivas, lícitas (psicofármacos e álcool) como ilícitas, em particular nos jovens; prevenir, detectar e acompanhar os comportamentos de risco nos vários grupos etários.

Para tal é necessário uma caracterização epidemiológica deste grupo de jovens que frequentam o ensino superior: em termos de dimensão, diferenças por género, grupo etário, classes sociodemográficas, distribuição e caracterização geográfica, tendências de evolução (Ministério da Saúde, 2004). Mais recentemente o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 é reforçada a importância das políticas saudáveis construídas e analisadas na evidência científica em que a prioridade recai sobre as intervenções onde há evidência de benefício-custo para o individuo, ou seja, torna-se importante a existência de estudos o mais generalizados e fortemente caracterizados possível da população estudantil do ensino superior.

Apesar de não haver consenso quanto ao classificar os estudantes universitários como grupo de risco, parece evidente ser uma população onde há uma forte prevalência de comportamentos de risco, sendo o consumo de álcool uma área prioritária e a actividade física uma meta a desenvolver no Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

O presente estudo procurou descrever e analisar duas áreas essenciais como sejam a saúde mental e os comportamentos de risco. A população-alvo foi o dos estudantes do ensino superior de quatro instituições do ensino superior do centro do país – três institutos politécnicos e uma universidade, perfazendo um total aproximado de 16.000 estudantes. A população-alvo, como já foi referido, apesar de não ser considerada como tal, aparenta ser uma população de risco em termos de saúde mental e de prática de alguns comportamentos de risco (Slutske, 2005; Kessler et al, 2005).

O primeiro objectivo foi caracterizar a saúde mental dos estudantes. Os resultados mostram que 18,3% dos estudantes se encontra com a saúde mental disfuncional; 17,7% dos estudantes apresentam sintomatologia depressiva entre o moderado (12,6%), o

moderado a severa (3%) e a severa (2,1%); 15,6% dos estudantes apresentavam sintomatologia de ansiedade de moderada (9,7%) a severa (5,9%).

Dos estudantes com problemas de saúde mental (n= 360; 18,3%) apenas 15% (n= 54) recorreu aos serviços de apoio psicológico disponibilizados pela sua instituição.

Por grupos os resultados mostram que são as mulheres, dos cursos das áreas das Artes e Letras cujos pais não trabalham e têm mais de três unidades curriculares em atraso que apresentam maior vulnerabilidade na saúde mental. Não foram encontradas evidências estatisticamente significativas que diferenciassem os níveis de saúde mental dos diferentes anos frequentados nem se o estar deslocado é sinónimo de pobre saúde mental.

O segundo objectivo foi o caracterizar os níveis de depressão e ansiedade dos estudantes universitários. Os resultados mostram que 17,7% dos estudantes apresentam sintomatologia depressiva que vai de moderada a severa. No entanto, sendo ainda mais rigorosos, percebe-se que os resultados indicam que 58,9% tem sintomatologia depressiva de suave a moderada ou seja 41 dos estudantes revelam sintomatologia depressiva suave o que significa que, sob determinadas circunstâncias e não havendo intervenção, os sintomas poderão agravar-se. Por grupos os resultados indicam que as mulheres, do 1º e 4º Ano do curso que frequentam, deslocados, têm mais de três unidades curriculares em atraso e estudam na área das Artes e Letras e das Engenharias.

Em relação à ansiedade, 15,6% dos estudantes inquiridos apresentam níveis de ansiedade moderada a severa e, tal como na depressão, sendo mais rigorosos, percebemos que 63,1% dos estudantes apresentam sintomatologia ansiosa desde suave a severa ou seja 47,5% tem sintomatologia suave de ansiedade. Tendo a ansiedade uma componente de aprendizagem, se não houver uma intervenção atempada com complemento da educação para a saúde há o risco da agudização da ansiedade. Para a ansiedade são, de novo, as mulheres, os estudantes que frequentam o 4º Ano, que saíram de casa para estudar, que têm mais de três unidades curriculares em atraso e dos cursos das áreas das Artes e Letras e das Engenharias que têm níveis mais elevados.

Com o terceiro objectivo pretendemos identificar os padrões dos comportamentos de risco destes estudantes. Os comportamentos de risco abordados são o uso de álcool, tabaco, substâncias psicoactivas ilícitas, actividade sexual de risco, hábitos alimentares desequilibrados, inactividade física e condução de veículos de forma insegura. De um modo geral os resultados indicam que os estudantes, na sua maioria, não apresenta comportamentos de risco apesar de haver percentagens que merecem atenção em termos de saúde.

A maioria (n= 1371, 69,7%) dos estudantes não fuma mas 597 (30,4%) é fumador regular com um consumo diário entre 1 e 10 cigarros/dia para 486 (24,7%) e entre 11 e mais de 20 cigarros/dia para 111 estudantes (5,7%).

Em relação às bebidas alcoólicas, apenas 26,1% dos estudantes não bebe. Os restantes ingerem bebidas alcoólicas em diferentes quantidades e em diferentes períodos sendo que a maioria ingere bebidas alcoólicas durante quatro ou mais dias por semana, ou seja, bebe quase todos os dias. No que se refere ao binge drinking a maioria (n=1196, 60,8%) não recorre a esta forma de ingestão enquanto 687 (35%) já o fez nos últimos 30 dias antes de responder ao inquérito por quatro vezes e 85 (4,3%) estudantes fizeram-no cinco ou

mais de 15 vezes. Sem surpresa a cerveja é a bebida mais consumida entre os estudantes (para 929, 47,2%) seguindo-se as bebidas destiladas (318, 16,2%). Por isso nas festas académicas estas são as bebidas mais consumidas em quantidades que variam entre 1 e 4 copos (n=915, 46,5%) e 5 a mais de 8 copos (n= 533, 27,1%).

Quanto ao consumo de substâncias psicoactivas ilícitas a maioria não consome; 4,4% consome esporadicamente marijuana; 0,3% consumiu uma única vez cocaína; 3,5% consumiu até 10 ou mais vezes tranquilizantes e/ou barbitúricos e 1% consumiu até 9 vezes nos últimos 30 dias drogas sintéticas.

Na actividade sexual verifica-se uma estabilidade na relação para a maioria (n=1242, 63,1%) que refere ter apenas um parceiro/a sexual. Três ou mais parceiros/as sexuais é referido por 91 estudantes (4,6%). No que se refere ao uso de preservativos, 554 (28,2%) utiliza sempre, 401 (20,4%) nunca o utiliza, enquanto 522 (26,5%) utiliza de forma irregular. Uma característica considerada comportamento de risco (conjuntamente com o não uso de preservativo) é a prática de actividade sexual após ingestão de bebidas alcoólicas. Os estudantes inquiridos, na sua maioria, refere nunca ter tido sexo após beber (n=1848, 93,9%). No entanto 120 estudantes (6,2%) já o fizeram entre uma vez (3,5%) a mais de três vezes (0,8%). Quando questionado sobre se já fizeram testes de despistagem sobre VIH/SIDA, a maioria (n=1076, 54,7%) já fez o teste enquanto 854 (43,4%) não o fez ou não sabe (1,9%).

Quanto aos hábitos alimentares a maioria dos estudantes (n=1033, 52,5%) ingere duas ou mais doses por dia de frutas, vegetais ou produtos com fibras; 58,8% (n=1157) ingere no máximo duas doses de bebidas ricas em cafeína e 506 (25,7%) ingere três a mais de cinco doses por dia de bebidas ricas em cafeína. A maioria também não ingere fast-food de forma regular (n=1115, 56,7%) enquanto 94 (4,8%) o faz de forma mais regular – 6 a mais de 10 vezes nos últimos 30 dias. A quantidade de alimentos com açúcar adicionado ingerida divide, mais ou menos, os estudantes inquiridos. Para 848 (43,1%) a ingestão é menor que três vezes por semana; para 716 (36,4%) uma a seis doses por dia. Por último questionados sobre a toma de pequeno-almoço, a maioria (n=1408, 71,8%) toma regularmente o pequeno-almoço e apenas 95 (4,8%) afirma nunca ter tomado o pequeno-almoço nos últimos 30 dias antes da aplicação do questionário.

Quanto ao exercício físico, a grande maioria dos estudantes revelou-se bastante ativa: n=1929 (98%) pratica exercício físico no mínimo uma vez por semana (e.g. fins de semana) até à prática quase diária.

Por fim procuramos perceber os riscos corridos na condução de veículos. A maioria (n=1149, 58,4%) usa sempre cinto de segurança (seja como condutor seja como passageiro); 358 (18,2%) nunca o utiliza; e 363 (18,4%) usa-o às vezes. Já o conduzir sob efeito de álcool ou ser conduzido por alguém alcoolizado, a maioria (n=1169, 59,4%) nunca conduziu após beber álcool mas 629 (32%) refere já o ter feito desde duas vezes a mais de seis vezes. O ser conduzido por alguém que ingeriu bebidas alcoólicas 1373 (69,8%) nunca o fez enquanto 326 (16,6%) já o fez por várias vezes.

O último objectivo do presente estudo é o analisar a relação entre a Saúde Mental Global, a Depressão e a Ansiedade e os comportamentos de risco. Os resultados mostram que os participantes com depressão moderada a severa apresentam valores superiores de

comportamentos sexuais de risco e que os estudantes com depressão severa apresentam maiores consumos de outras substâncias psicoactivas ilícitas, piores hábitos alimentares e maior inactividade física. Quanto à ansiedade os resultados mostram que os estudantes com níveis de ansiedade moderada apresentam valores superiores de comportamentos de risco, maior consumo de tabaco e álcool e os que apresentam ansiedade severa apresentam maior consumo de substâncias psicoactivas ilícitas, piores hábitos alimentares e maior inactividade física.

Quanto maior a sintomatologia depressiva, maior a sintomatologia ansiosa, o consumo de substâncias psicoactivas ilícitas, piores os hábitos alimentares, maior a inactividade física mas menor a condução de risco.

Quanto maior a sintomatologia ansiosa maiores o consumo de tabaco e de substâncias psicoactivas ilícitas, piores os hábitos alimentares, maior a inactividade física e mais frequentes os riscos na condução.

Apesar de não fazer parte dos objectivos centrais do estudo quisemos saber um pouco mais, nomeadamente se o curso, o ano frequentado, a idade, o género e o estar deslocado seriam vaiáveis que influenciariam a Saúde Mental Global, a Depressão e a Ansiedade. E os resultados mostram que tanto as variáveis Curso e Sexo/Género influenciam significativamente a Saúde Mental Global. A variável Curso explica 5,0% e a variável Sexo/Género 10,0% da variância explicada da Saúde Mental Global. Para a Depressão, a variável Curso e Sexo/Género explicam respectivamente 4,0% e 3,0%. Para a Ansiedade, as variáveis Curso, Sexo/Género e Ano explicam a variância respectivamente 2,0%, 2,0% e 9,0%.

As variáveis Depressão, Ansiedade, consumo de tabaco, de álcool, de substâncias psicoactivas ilícitas e inactividade física mostram discriminar significativamente a Saúde Mental Global em saúde mental positiva e saúde mental negativa. A variável que mais discrimina as categorias Saúde Mental Global são a Ansiedade (W_L= .635), seguindo-se da Depressão (W_L= .814) e posteriormente as variáveis do comportamento de risco.

Tendo os objectivos sido atingidos, resta-nos abordar as hipóteses em estudo.

Das nove hipóteses colocadas, resumidamente, podemos dizer que: as hipóteses H1, H2, H3, H4, H5, e H8 foram confirmados parcialmente; as hipóteses H6 e H7 foram confirmadas totalmente e a hipótese H9 foi rejeitada.

Na H1 é confirmado que o Curso influencia significativamente a Saúde Mental Global, os níveis de Depressão e de Ansiedade. O mesmo já não se confirma no que respeita ao Ano frequentado que apenas tem influência nos níveis de Ansiedade. Esta conclusão não deixa de fazer sentido pois a literatura mostra que alguns anos provocam mais estados de ansiedade que outras por diferentes razões: ou por serem anos que estão a meio do curso (como sejam os que têm mestrado integrado) ou o ano final e prestes a iniciar a transição para a vida profissional (como sejam os cursos de Enfermagem ou os das Tecnologias da Saúde).

Na H2 confirma-se que o Género influencia significativamente as três dimensões (Saúde Mental Global, Depressão e Ansiedade) e o estar deslocado influencia a dimensão Depressão e Ansiedade. A Idade não tem qualquer influência nas três dimensões.

Na H3 confirma-se que são as mulheres e os alunos deslocados que apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa. Quanto ao Ano frequentado os níveis de sintomatologia depressiva confirmam-se para o 1º Ano mas a ansiosa verifica-se no 4º Ano.

Na H4 confirma-se que são os estudantes do género masculino e a frequentar os cursos de Saúde que apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa. Já variável ter pais a trabalhar ou desempregados/reformados, não se verifica diferença estatisticamente significativa.

Na H5 confirma-se que são os estudantes com mais de três unidades curriculares em atraso e deslocados que apresentam valores superiores nas dimensões Depressão e Ansiedade. Quanto à variável – o estudante trabalha em part ou em full-time ou só estuda – não tem expressão na diferença estatisticamente significativa.

Na H6 confirma-se que o nível de Saúde Mental Global influência de forma significativa as dimensões Depressão e Ansiedade.

Na H7 confirma-se que os níveis de Depressão e Ansiedade, assim como a presença de comportamentos de risco predizem, de forma diferenciada, a Saúde Mental Global.

Na H8 confirma-se a hipótese que são os alunos deslocados que apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa assim como mais comportamentos de risco incluindo maior consumo de álcool (consumo de substâncias psicoactivas ilícitas e inactividade física). Quanto aos alunos do 1º Ano não se confirma nem os níveis das duas dimensões nem os comportamentos de risco.

Na H9 não foi confirmada a afirmação uma vez que não se verificou, nos resultados, que haveria menores níveis da Saúde Mental Global ou maiores níveis de sintomatologia depressiva ou ansiosa com o consumo de álcool.

Constatamos assim que estes estudantes, na sua maioria, não apresentam problemas psicológicos nem comportamentos de risco. No entanto há um considerável número de estudantes que estão identificados como sofrendo ou estar em risco de vir a sofrer distúrbios na sua saúde mental.

Além de ser um imperativo de saúde pública, os estudos mostram que os estudantes com problemas de saúde mental como depressão ou ansiedade além de verem o seu rendimento académico afectado negativamente tendem a abandonar os seus estudos numa percentagem que ronda os 5% (Santos, 2011). Mesmo não classificando-os de grupo de risco, há esse número considerável que merece a atenção por parte das instituições que se comprometem na formação – profissional e social – dos seus alunos.

São ainda poucos os estudantes que recorrem aos serviços de apoio disponibilizados à procura de ajuda e são ainda menos os que reconhecem estar em risco e/ou em sofrimento, pelo que é fundamental o envolvimento dessas instituições de ensino superior na prevenção, no encaminhamento (mesmo no tratamento) e na promoção da Saúde Mental da sua comunidade estudantil.

Há ainda muito trabalho a fazer neste processo de melhoria da saúde mental e combate aos comportamentos de risco. Um dos principais obstáculos é o estigma da doença mental em que todo o individuo com problemas de saúde mental ou que procura ajuda especializada é alguém que entrou num mundo sem saída, alguém a evitar ou alguém incapaz. Outro obstáculo, tanto ou mais importante que o estigma, é a incapacidade em reconhecer (e aceitar) que se tem um problema psicológico (Rosenthal e Wilson, 2008) ou as crenças que alguns comportamentos não são de risco. Por isso é importante que haja programas de educação para a saúde de forma a combater a iliteracia em saúde mental não só dos estudantes mas de toda a equipa de profissionais que rodeiam os estudantes como sejam os docentes e os não docentes (funcionários administrativos, pessoal de apoio, vigilantes de residências universitárias) e, essencialmente, os seus pares. Rickwood, Deane e Wilson (2007) chamam a atenção para o facto de muitos dos problemas de saúde mental dos estudantes, dos mais comuns como a depressão e ansiedade, ao abuso do consumo de álcool e de substâncias psicoactivas ilícitas, dificultarem a procura de ajuda e promovem, no estudante, o isolamento. Daí ser tão importante que as pessoas, que rodeiam o estudante em sofrimento, estejam atentas aos sinais.

Um objectivo máximo deste trabalho é contribuir para a sensibilização de todos os agentes envolvidos neste processo de ensino e formação de jovens: sensibilizar para a alerta dos sinais de alarme, identificar, sinalizar e encaminhar todos aqueles que possam estar a precisar de qualquer tipo de apoio. Uma instituição que só se prepara e preocupa em ensinar, não está a ajudar.

CAPÍTULO 7 — NOTA FINAL

O objectivo deste estudo não foi o de fazer diagnósticos das perturbações da saúde mental, depressão ou ansiedade em estudantes universitários. Pretendeu-se sim fazer uma caracterização, o mais completa possível, da saúde mental, da eventual presença de sintomatologia depressiva e ansiosa e que comportamentos de risco apresentam um conjunto específico de estudantes assim como tentar perceber se há ou não relação entre as diferentes dimensões e variáveis.

Ao fazermos esta caracterização pretendíamos também perceber se o quadro psicológico geral era preocupante e permitir ter dados para fundamentar programas de ajuda, prevenção e encaminhamento dos estudantes com dificuldades. Assim na primeira linha de abordagem esteve a caracterização da saúde mental e o elencar factores de risco como seja o estar deslocado ou a presença de comportamentos de risco.

Apesar de, numa perspectiva geral, a maioria dos estudantes que participaram no estudo não apresentarem indícios de sofrimento psicológico nem razões que justifiquem, aparentemente, o recurso a ajuda especializada, é preciso não esquecer que apesar do número de participantes é necessário alguma cautela na generalização dos resultados (lembramos que numa população aproximada de 16.000 estudantes, responderam 1968 [12,3%]).

Independentemente do número de estudantes com problemas, é essencial que se criem condições de acessibilidade aos serviços de apoio e aconselhamento para que os estudantes com problemas de saúde mental deixem de resistir à procura de ajuda por questões como o estigma.

É ainda importante a implementação de programas que se destinem a promover a saúde mental e a adopção de comportamentos saudáveis. A par destes programas mais específicos é também importante apostar em intervenções estruturadas com o objectivo de apoiar o estudante a lidar com a ansiedade e o *stress*, dificuldades académicas e outras vertentes pedagógicas e didáticas.

Uma experiência que tem resultado onde tem sido aplicada é a adopção/implementação de programas de tutorias ou *peer counselling*. Desta forma consegue-se que os estudantes tenham uma melhor integração e adaptação à vida académica e, por outro lado, sejam identificados o mais precocemente possível os sinais de perturbações ou de sofrimento psicológico. Esta tem sido também uma barreira na prestação de ajuda e apoio aos estudantes universitários: a incapacidade que o estudante apresenta, por vezes, em reconhecer que tem problemas psicológicos. É por isso importante aumentar a literacia em saúde mental pois permite reconhecer a existência de problemas de saúde mental, conhecimentos e crenças sobre riscos, causas e tratamentos eficazes assim como procurar informação e serviços de saúde mental.

As perturbações de saúde mental dos estudantes afectam não só o indivíduo, neste caso o estudante, mas também afectam os que o rodeiam e a própria instituição. Se os ganhos para o estudante e para quem vive e convive mais de perto com ele são evidentes, para a instituição de ensino esses ganhos também são essenciais e fáceis de perceber: menor insucesso escolar, menor taxa de abandono, e também elevar a reputação da instituição.

Por isso, além dos estudantes, é importante o envolvimento de docentes e pessoal não docente neste processo de vigilância e com conhecimentos para a detecção precoce de estudantes com dificuldades psicológicas.

Os resultados obtidos, em conjunto com outros estudos, poderão ser uma ajuda para poder fazer uma caracterização generalizada do estado de saúde mental dos estudantes universitários assim como o tipo de comportamentos de riscos evidenciados.

No entanto será uma medida mais eficaz a realização de estudos com outras características mais longitudinais ou com uma perspectiva mais experimental no sentido de avaliar os efeitos dos programas preventivos na promoção de comportamentos de saúde ou na modificação de comportamentos de risco.

Podendo não ser considerada uma população de risco é, no entanto, uma população que merece toda a atenção como qualquer outra. Além de ser uma questão de saúde pública, é uma questão de aposta no futuro: uma população saudável – física e psiquicamente – é uma fonte de riqueza – pessoal, social e familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, K. et al (2010). Comportamento suicida: factores de risco e intervenções preventivas. Revista Electrónica de Enfermagem (online), 12(9), 195-200. Retrieved from http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12/n1a24.htm.

American College Health Association-National College Health Assessment (ACHA-NCHA) (2002). Reference group executive summary Spring 2002. American College Health Association, 17. Retrieved from www.acha.org.

American College Health Association-National College Health Assessment (ACHA-NCHA). (2006). Spring 2004 Reference Group data report (abridged). Journal of American College Health : Journal of ACH, 54(4), 201–211. http://doi.org/10.3200/jach.54.4.201-212

American College Health Association-National College Health Assessment. (ACHA-NCHA). (2008). Spring 2008 Reference Group Data Report (abridged): the American College Health Association. Journal of American College Health : Journal of ACH, 57(5), 477–488. http://doi.org/10.3200/JACH.57.5.477-488

Achenbach, T. M. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35(3), 263–271.

Adewuya, A. O.; Ola, B. A.; Aloba, O. O.; Mapayi, B. M.; Oginni, O. O. (2006). Depression amongst Nigerian university students: Prevalence and sociodemographic correlates. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(8), 674–678. http://doi.org/10.1007/s00127-006-0068-9

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

Adler, B. (1995). Psychology of health applications of psychology for health professionals. Luxembourg: Harvard Academic Publishers.

Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. Singapore Medical Journal, 48(5), 385–391.

Agudelo, D. M.; Casadiegos, C. P.; Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. International Journal of Psychological Research, 1(1), 34–39.

Akbaraly, T.; Brunner, E.; Ferrie, J.; Marmot, M.; Kivimaki, M.; Singh-Manoux, A. (2009). Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. British Journal of Psychiatry, 195, 408–413. Retrieved from http://discovery.ucl.ac.uk/70009/

Akvardar, Y.; Demiral, Y.; Ergör, G.; Ergör, A.; Bilici, M.; Özer, Ö. A. (2003). Substance use in a sample of Turkish medical students. Drug and Alcohol Dependence, 72(2), 117–121.

Al, K.-C. et. (2003). Prevenção ao uso de álcool por estudantes universitários. Retrieved from www.viverbem.fmb.unesp.br

Albino, I. A.; Cerchiari, N. (2004). Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Retrieved from http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document.

Albuquerque, C.; Ferreira, A. P.; Pereira, A.; Oliveira, C. P. (2010). P03-195 - Reasons associated with alcohol use in young Portuguese students. European Psychiatry. http://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)71249-9

Albuquerque, C.M.S.; Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e Doença: significações e perspectivas de mudança. Retrieved from www.ipv.pt/millenium

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.

Al-Busaidi, Z.; Bhargava, K.; Al-Ismaily, A.; Al-Lawati, H.; Al-Kindi, R.; Al-Shafaee, M.; Al-Maniri, A. (2011). Prevalence of depressive symptoms among university students in Oman. Oman Medical Journal, 26(4), 235–239. http://doi.org/10.5001/omj.2011.58

Alder, B. (1999). Psychology of Health: Applications of Psychology for Health Professionals. (O. P. Association, Ed.) (2ª edition). Amsterdam: Harwood academic publishers.

Allison, K. R.; Ph, D.; Dwyer, J. J. M.; Makin, S.; Ed, M. (1999). Perceived Barriers to Physical Activity among High School Students 1. Health Promotion, 615, 608–615.

Almeida, A. de M.; Godinho, T. M.; Bitencourt, A. G. V.; Teles, M. S.; Silva, A. S.; Fonseca, D. C.; Oliveira, I. R. (2007). Common mental disorders among medical students. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56(4), 245–251. http://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400002

Almeida, J. C. et al. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º relatório.

Almeida, L. S. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no Ensino Superior. Educación, Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxia E, 203–215.

Almeida, L. S.; Cruz, J. F. A. (2010). Transição e Adaptação Académica: reflexões em torno dos alunos do 1.º ano da Universidade do Minho. In Ensino superior em mudança: Tensões e possibilidades. Congresso Ibérico (pp. 429–439).

Almeida, L.; Soares, A.; Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à Universidade: apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). Psicologia, XIV (2), 189–208.

Almeida, L.S.; Soares, A.P.C.; Ferreira, J. A. (2002). Questionário de Vivências académicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. Avaliação Psicológica. 1(1 e 2). São Paulo. 81-93.

Al-qaisy, L. M. (2011). The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. International Journal of Psychology and Counselling, 3(5), 96–100.

Al-Qaisy, L. M. (2011). The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. International Journal of Psychology and Counseling, 3(5), 96–100.

Alvarez, M.; Nogueira, J. (2008). Definições sexuais dos estudantes universitários. Psicologia, 22(1), 50–76.

Amaral, M.B.; Lourenço, L.M.; Ronzani, T.M. (2006). Beliefs about alcohol use among university students. Journal of Substance Abuse Treatment, 31(2), 181-185.

American Psychiatrists Association (APA) (2006). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition. Text Revision. Washington, DC: APA.

Amine, E. K.; Baba, N. H.; Belhadj, M.; Deurenberg-Yap, M.; Djazayery, A.; Forrester, T.; Yoshiike, N. (2003). Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, 916.

Anderson, E. R.; Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. Clinical Psychology Review, 28(2), 275–287. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.004

Andrade, S. M. et al. (2003). Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. Revista Da Associação de Medicina Brasileira, 49(3), 439–444.

Andrade, L.H.; Gorenstein, C. (2006). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade (on-line). Retrieved from www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/ansi256.htm

Andrews, G.; Szabo, M.; Burns, J. (2002). Preventing major depression in young people. British of Psychiatry, 181(6), 460-462.

Andrews, B.; Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. British Journal of Psychology (London, England : 1953), 95(Pt 4), 509–521. http://doi.org/10.1348/0007126042369802

Andrews, D.W.; Dishion, T. J. (1994). The microsocial structure underpinnings of adolescent problem behavior. In M. E. Ketterlinus, R.D.; Lamb (Ed.), Adolescent Problem Behavior: issues and research (pp. 187–207). L. Erlbaum Associates, 1994.

Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention, Eds. J.D. Matarazzo; S.M. Weiss; J.A. Herd; and N.G. Miller. 114-129. New York: John Wiley & Sons.

Anxiety Disorders Association of America. (2007). An Audit of Mental Health Care at U.S. Colleges and Universities: Focus on Anxiety Disorders.

Araújo, T. M.; Pinho, P. S.; Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5(3), 337–348. http://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010

Araújo, L.C.; Vieira, K.; Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Psico-USF, 15(1), 45–47. http://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006.

Archer, J.; Cooper, S. (1998). Counseling and Mental Health Services on Campus: A Handbook of Contemporary Practices and Challenges (1ª edition). London: Jossey-Bass.

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

Arnett, J. J.; Offer, D.; Fine, M. A. (1997). Reckless driving in adolescence: State and trait factors. Accident Analysis & Prevention, 29(1), 57–63.

Arrivillaga, M. C. et al. (2008). Caracterización de la depressión en jovenes universitarios. Universitas Psicologica, 3, 17–26.

As, F.; Mcf, F.; Trzesniak, C.; Martı, R.; Filho, A. S.; Hetem, L. A. B.; Crippa, J. A. S. (2010). Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? Acta Psychiatrica Scandinavica, 121(3), 216–226. http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01459.x

Aseltine, R. H.; Gore, S.; Colten, M. E. (1998). The co-occurrence of depression and substance abuse in late adolescence. Development and Psychopathology, 10(3), 549–570. http://doi.org/10.1017/S0954579498001746

Association for University and College Couseling Center Directors (AUCCCD) Annual Servey (2011). Reporting period: September 2010 through August 2011, pp. 177. Retrieved from http://www.files.cmcglobal.com/aucccd/directors/survey/monograph/2011.pdf.

Atkin, C. K. (1990). Effects of televised alcohol messages on teenage drinking patterns. Journal of Adolescent Health Care : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 11(1), 10–24. http://doi.org/10.1016/0197-0070(90)90125-L

Baader, T. M. et al. (2012). Validity and utility of PHQ-9 in the diagnosis of depression in user patients of primary care in Chile. Revista Chilena de Neuropsiquiatria, 50(1), 10–22.

Backes, M. T. S.; Rosa, L. M.; Fernandes, G. C. M.; Becker, S. G.; Meirelles, B. H. S.; Santos, S. M. A. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Revista de Enfermagem. UERJ, 17(1), 111–117.

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

Baldwin, D.; Birtwistle, J. (2002). An Atlas of Depression. Depression. CRC Press. http://doi.org/10.1201/NOE1850709428

Ballone, G. J. (2004). Problemas emocionais na escola. Parte 1. Retrieved from http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html

Bandeira, M.; Quaglia, M. A. C.; Bachetti, L. S.; Ferreira, T. L., Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. Estudos de Psicologia (Campinas), 22(2), 111–122. http://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200001

Baptista, A.; Carvalho, M.; Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. Psicologia [online], 19, 267–277.

Barlow, D. (2002). Anxiety and its disorders - the nature and treatment of anxiety and panic. (New York:). New York: The Guilford Press; Second Edition.

Barrios, L. C. et al. (2004). Suicide ideation among college students: associations with other injury risk behaviors. Journal American College Health, 8(5), 229–233.

Barrios, L. C.; Everett, S. A.; Simon, T. R.; Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. Journal of American College Health : Journal of ACH, 48(5), 229–233. http://doi.org/10.1080/07448480009599309

Barros, A.P.R.; Coutinho, M.P.L.; Araújo, L.F.; Castanha, A. R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. Estudos de Psicologia, 23(1), 19–28. http://doi.org/0.1590/S0103166X2006000100003

Barry, M. M. (2001). Promoting positive mental health: theoretical frameworks for practice. International Journal of Mental Health Promotion, 3, 25–34.

Barry, M.M.; Van Lente, E.; Molcho. M. (2009). SLÁN 2007: Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in Ireland. Mental Health and Social Well-being Report. Department of Health and Children. Dublin: The Stationary Office.

Baskin-Sommers, A.; Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. Journal of Adolescent Health, 38(5), 609–611.

Batista, M. A.; Oliveira, S. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. Revista de Psicologia Da Vetor Editora, 6(2), 43–50. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142005000200006&lng=pt&tlng=pt

Bauer, S. (2002). Da ansiedade à depressão - da psicofarmacologia à psicoterapia ericksoniana. S. Paulo: Livro Pleno.

Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America. New Directions for Child Development, (37), 93–125. http://doi.org/10.1002/cd.23219873706

Bayram, N.; Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43(8), 667–672.

Beaglehde, R. (2003). Global Public Health: a new era. Oxford University Press, 253–265.

Beck, K. H.; Arria, A. M.; Caldeira, K. M.; Vincent, K. B.; O'Grady, K. E.; Wish, E. D. (2008). Social context of drinking and alcohol problems among college students. American Journal of Health Behavior, 32(4), 420–430.

Bell, S.; McLachlan, A. J.; Aslani, P.; Whitehead, P.; Chen, T. F. (2005). Community pharmacy services to optimize the use of medications for mental illness: a systematic review. Australia and New Zealand Health Policy, 2, 29. http://doi.org/10.1186/1743-8462-2-29

Benton, S.; Benton, S. L.; Tsing, W. C.; Newton, F. B.; Robertson, J. M.; Benton, K. L. (2003). Changes in clients problems: contributions and limitations from a 13-year study. Professional Psychology: Research and Practice, 34, 66–72.

Bergerot, C. D. (2013). Avaliação do distresse para a identificação de factores de risco e protecção na experiência oncológica: contribuições para a estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia. Retrieved from http://hdl.handle.net/10.482/15392

Bergerot, C.D.; Laros, J.A.; Araújo, T. C. C. F. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparações psicométricas. Psico-USF, 19(2), 187–197. http://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004

Berwick, D. M.; Murphy, J. M.; Goldman, P. A.; Ware, J. E.; Barsky, A. J.; Weinstein, M. C. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. Medical Care, 29(2), 169–176. http://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008

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.

Bhamani, S.; Hussain, N. (2012). Social anxiety in higher education learning context: scale construction and reliability. Indian Streams Research Journal, 2(5), 1–5.

Bhngra, D. et al. (2011). Mental Health Promotion and Illness Prevention: EPA Guidance and Strategies. European Psychiatry, 27, 81–86. Retrieved from http://ac.els-cdn.com.dbgw.lis.curtin.edu.au/S0924933813772213/1-s2.0-S0924933813772213-main.pdf.

Blazer, D.G.; Kessler, R.C.; McGonagle, K.D.; Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. American Journal of Psychiatry, 151, 979-986.

Bobrowski, K. J.; Czabała, J. C.; Brykczyńska, C. (2007). Risk behaviors as a dimension of mental health assessment in adolescents. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1(2), 17–26.

Bodnar, L. M.; Wisner, K. L. (2005). Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. Biological Psychiatry, 58(9), 679–685.

Bostanci, M.; Ozdel, O.; Oguzhanoglu, N. K.; Ozdel, L.; Ergin, A.; Karadag, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. Croatian Medical Journal, 46(1), 96–100.

Bouteyre, E.; Maurel, M.; Bernaud, J. L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. Stress and Health, 23 (2), 93–99. http://doi.org/10.1002/smi.1125

Brackney, B.E.; Karabenick, S.A. (1995). Psychopathology and academic performance. The role of motivation and learning strategies. Journal of Counseling Psychology, 42, 456-465.

Braconnier, A. (2000). Psicologia dinâmica e psicanálise. (1ª Edição). Climepsi Editores. Retrieved from http://www.ispa.pt/biblioteca/localizacao_do_documento/c3.htm

Braconnier, A.; Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. (C. Editores, Ed.). Lisboa.

Braga, L.L.; Dell'Agio, D. D. (2013). Suicide in adolescence: risk factors, depression and gender. Contextos Clínicos, 6(1), 2–14.

Branconnier, A.; Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. (C. Editores, Ed.). Lisboa: Confrontações.

Brandtner, M.; Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 2(2), 81–91. Retrieved from http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/67/49

Bray, S. R.; Born, H. A. (2004). Transition to university and vigorous physical activity: implications for health and psychological well-being. Journal of American College Health : J of ACH, 52(4), 181–188. http://doi.org/10.3200/JACH.52.4.181-188

Brener, N.D.; Billy, J.O.G.; Grady, W.R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. Journal of adolescent health, 33, 436-457.

Brener, N. D.; Hassan, S. S.; Barrios, L. C. (1999). Suicidal ideation among college students in the United States. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(6), 1004–1008. http://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.1004

Brevard, P. B.; Ricketts, C. D. (1996). Residence of college students affects dietary intake, physical activity, and serum lipid levels. Journal of the American Dietetic Association, 96(1), 35–38. http://doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00011-9

Britain, H. E. A. (Great. (1997). Mental Health Promotion: A Quality Framework. London: Health Education Authority.

Brook, D. W.; Morojele, N. K.; Zhang, C.; Brook, J. S. (2006). South African adolescents: pathways to risky sexual behavior. AIDS Education and Prevention : Official Publication of the International Society for AIDS Education, 18(3), 259–272. http://doi.org/10.1521/aeap.2006.18.3.259

Brooks, T. L.; Harris, S. K.; Thrall, J. S.; Woods, E. R. (2002). Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 31(3), 240–246.

Brougham, R. R.; Zail, C. M.; Mendoza, C. M.; Miller, J. R. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. Current Psychology, 28(2), 85–97.

Bryan, J.M.G.-H.P.; Mocillas, E.V.N.; Cobos, F.M.; Asencio, J. M. M. (2011). Guia de prática clínica para el tratamiento de la depression en atencion primaria. Distrito Sanitario Malaga - UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario, 631.

Burak, S. D. (1999). Protección, riesgo e vulnerabilidad. Adolescencia Latinoamericana, 1, 222–230.

Butler, S. M.; Black, D. R.; Blue, C. L.; Gretebeck, R. J. (2004). Change in diet, physical activity, and body weight in female college freshman. American Journal of Health Behavior, 28(1), 24–32.

Byrne, D. (2001). The European dimension of tobacco control legislation. In Office of Tobacco Control (OTC) (Ed.). Dublin.

Cabrera, C.C.; Sponholz, A. (2002). Ansiedade e insónia. In N. J. (Botega, Ed.), Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. (3ª Edição, pp. 411–429). Porto ALegre: Porto Alegre Artmed. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000200016

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), 15(2), 22.

Calafat, A.; Blay, N.; Juan, M.; Adrover, D.; Bellis, M. A.; Hughes, K. (2009). Traffic risk behaviors at nightlife: drinking, taking drugs, driving, and use of public transport by young people. Traffic Injury Prevention, 10(2), 162–169.

Calfas, K. J.; Taylor, W. C. (1994). Effects of Physical Activity on Psychological Variables in Adolescents. Pediatric Exercise Science, 6, 406–423.

Callega, C. (2011). Anxiety, depression, affect half of first-year university students. Retrieved from http://www.timesofmalta.com/articles/view/20111011.

Câmara, S. G. (2005). Comportamentos de risco entre jovens. Psico, PUCRS, 36(1), 89–97.

Campo, A.; Gonzalez, S.; Sanches, Z.; Rodriguez, D.; Dallos, C.; Diaz, L. (2005). Percepcion de rendimiento académico y sintomas depressivos en estudantes de media vocacional de Bucaramanga (Colombia). Archivos de Pediatria de Uruguay, 76. 21-26

Campo-arias, A.; Díaz-Martinez, L. A.; Rueda-Jaimes, G. E.; Barros-bermudez, J. A. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatria, XXXIV(1), 54–62.

Campos, R.C.; Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre prevalência da sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos. (Psiquilíbrios, pp. 50–53). Braga.

Canha, J. I. E. (2009). Adaptação, saudades de casa e sintomatologia depressiva nos estudantes deslocados. Universidade de Lisboa.

Cano, V. A. (2002). La ansiedad. Claves para vencerla. Universidad Complutense.

Cano-Vindel, A.; Miguel-Tobal, J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad -isra Antonio Cano-Vindel 1 y Juan José Miguel-Tobal. Psicología Contemporánea, 6(1), 14–21.

Cardoso, L. R. D.; Malbergier, A.; Figueiredo, T. F. B. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. Revista de Psiquiatria Clínica, 35(1), 70–75. http://doi.org/10.1590/S0101-60832008000700015

Castillo, L.; Schwartz, S. (2013). Introduction to the Special Issue on College Student Mental Health. Journal of Clinical Psychology, 69(4), 291–7. http://doi.org/10.1002/jclp.21972

Castro, A.; Costa, F. (2010). Depressão pos-parto paterna e sua influência na criança e família. Revista Da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstectras, 11, 40–44.

Cavestro, J. M.; Rocha, F. L. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 55(4), 264–267. http://doi.org/10.1590/S0047-20852006000400001

Center, A. (2012a). IMPACT - Evidence-based depression care. AIMS Center. University of Washington – Psychiatry & Behavioral Sciences. http://impact-uw.org/about/key.html

Cerchiari, E. A. N.; Caetano, D.; Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. Estudos de Psicologia (Natal). http://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000300010

Ceyhan, A.; Ceyhan, E.; Kurtylamz, Y. (2009). Investigation of University students' depression. Egitim Arastirmalari-Eurosian Journal of Educational Research., 36, 75–90.

Chaleta, M. E. (2010). Tutoria de acompanhamento (Docentes). GPSA-Gabinete para a Promoção do Sucesso Académico. Universidade de Évora. www.estudar.uevora.pt/content/.../Tutoria%20Docentes%202011.pdf

Chang, H. (2007). Psychological distress and help-seeking among Taiwanese college students: role of gender and student status. British Journal of Guidance & Counselling, 35(3), 347–355. http://doi.org/10.1080/03069880701418789

Chen, V., & Drummond, P. (2008). Fear of negative evaluation augments negative affect and somatic symptoms in social-evaluative situations. Cognition & Emotion, 22(1), 21–43. http://doi.org/10.1080/02699930701273815

Christensen, H.; Batterham, P.J.; Grant, J.B.; Griffiths, K.M.; Mckinnon, A.J. (2011). A population study comparing screening performance of prototypes for depression and anxiety with standard scales. BMC Medical Research Methodology, 11, 2-9. Retrieved from http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/154

Christensson, A.; Runeson, B.; Dickman, P. W.; Vaez, M. (2010). Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment - a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students. BMC Public Health, 10, 343–353. http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-343

Clare, A. (1995). Change: a precipitant of growth and stress? In Fedora Sunimer School - Successful Adjustment to University and Progression Beyond in a European Context. (Trinity Co, pp. 19–20).

Clark, D. M.; Layard, R.; Smithies, R.; Richards, D. A.; Suckling, R.; Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. Behaviour Research and Therapy, 47(11), 910–920.

Claudino, J.; Cordeiro, R. (2005). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem, o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre. Educação, Ciência E Tecnologia, 197–210.

Coelho, R.; Martins, A.; Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists, 17(4), 222–226. http://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00663-6

Coleta, J.; Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjectivo e comportamento académico de estudantes universitários. Psicologia em Estudo, 11(3), 533–5339.

Connell, J.; Barkham, M.; Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. British Journal of Guidance & Counselling, 35(1), 41–57. http://doi.org/10.1080/03069880601106781

Conner, K. R.; Duberstein, P. R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L.; Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. Suicide & Life-Threatening Behavior, 31(4), 367–385. http://doi.org/10.1521/suli.31.4.367.22048

Cooke, R.; Bewick, B. M.; 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. http://doi.org/10.1080/03069880600942624

Coolican, H. (2004). Research Methods and Statistics in Psychology. (A Hodder Arnold Publication, Ed.) (Hodder & S). London: Hodder and Stonghton.

Coolican, H. (2009). Research Methods and Statistics in Psychology. Routledge. Retrieved from http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=iNCQ8wP2Q-0QC&pgis=1

Coon, D.; Mitterer, J. O. (2008). Introduction to Psychology: Gateways to Mind and Behavior (Vol. 20). Cengage Learning. Retrieved from http://books.google.com/books?id=vw20LEaJe10C&pgis=1

Cooper, C.L. (1993). Identifying workplace stress: costs benefits and way forward. In Brussels, Editors. Proceedings of the European Conference on Stress at work: foundation for the improvement of living and working conditions, 9-10

Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. Journal of Studies on Alcohol. Supplement, (14), 101–117.

Correa, S. M. B. B. (2003). Probabilidade e estatística (Biblioteca). Belo Horizonte. Retrieved from http://www.virtual.pucminas.br

Costa, E. F.; Andrade, T. M.; Silvany Neto, A. M.; Melo, E. V; Rosa, A. C.; Alencar, M. A.; Silva, A. M. (2010). Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(1), 11–19.

Costa, A.; Costa, N.; Magalhães, J.; Santos, M.; Soares, S.; Teixeira, H. (2005, June 22). Caraterização dos hábitos toxicofílicos dos alunos universitários. Comércio Do Porto.

Costa, E; Leal, I. (2004). Estratégias de coping e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. In Acta do 5º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde. (pp. 157–162). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Council, E. F. I. (2005). The Determinants of Food Choice EUFIC. Retrieved from http://www.eufic.org/article/en/page/RARCHIVE/expid/review-food-choice/

Craig, T. K. J. (2004). Students' Mental Health Needs: Problems and Responses. Psychiatric Bulletin, 28(2), 69–a–70. http://doi.org/10.1192/pb.28.2.69-a

Cristovão, F. C. C. (2012). Sofrimento emocional, stress e depressão em estudantes universidtários. Universidade de Aveiro.

Cruz, J. A. (2000a). Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe-Southern Europe. European Journal of Clinical Nutrition, 54(1), 29–35.

Cruz, J. A. (2000b). Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe-Southern Europe. European Journal Of Clinical Nutrition, 54(1), 29–35.

Cruz, M.; Pinto, J. R.; Almeira, M. & Aleluia, S. (2010). A Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior. Um Estudo com Estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. Centro de Estudos Em Educação, Tecnologias E Saúde.

Cummins, R. A. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. Social Indicators Research, 64(2), 225–256. http://doi.org/10.1023/A:1024712527648

Dahlin, M.; Joneborg, N.; Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. Medical Education, 39(6), 594–604. http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02176.x

Davy, S. R.; Benes, B. A.; Driskell, J. A. (2006). Sex Differences in Dieting Trends, Eating Habits, and Nutrition Beliefs of a Group of Midwestern College Students. Journal of the American Dietetic Association, 106(10), 1673–1677.

Dawson, D. A.; Grant, B. F.; Stinson, F. S.; Chou, P. S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. Drug and Alcohol Dependence, 77(2), 139–150.

Deeromram, C.; Suwnnimitr, A.; Jundeekrayom, S. (2010). Mental health promoting among nursing students. Journal of Social Sciences, 6(2), 133–140.

Demont-Heinrich, C. (2009). The Association Between Physical Activity, Mental Health and Quality of Life: A Population-Based Study. Health Watch, 71, 1–4.

Denny, S. J.; Robinson, E. M.; Utter, J.; Fleming, T. M.; Grant, S.; Milfont, T. L.; Clark, T. (2011). Do schools influence student risk-taking behaviors and emotional health symptoms? Journal of Adolescent Health, 48(3), 259–267.

DEPS - Ministério da Saúde. (1997). Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996.

DeRoma, V. M.; Leach, J. B.; Leverett, J. P. (2009). The relationship between depression and college academic performance. College Student Journal, 43(2), 325–334.

Deshpande, S.; Basil, M. D.; Basil, D. Z. (2009). Factors influencing healthy eating habits among college students: an application of the health belief model. Health Marketing Quarterly, 26(2), 145–164. http://doi.org/10.1080/07359680802619834

Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B; Kleinman, A. (1995). World Mental Health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press.

Direcção Geral de Saúde (2013). Portugal: Saúde Mental em Números – 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental, pp. 101.

Dias, M. R.; Costa, A. C.; Manuel, P.; Neves, A. C.; Geada, M.; Justo, J. M. (2001). Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. Revista Portuguesa de Psicossomática, 3(2), 207–220.

Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. The American Psychologist, 55(1), 34–43. http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34

Dinger, M. K.; Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. American Journal of Health Promotion : AJHP, 11(5), 360–362. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov

Diniz, A. M.; Almeida, L. S. (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, 1 (XXIV), 29–38.

Dodd, L. J.; Al-Nakeeb, Y.; Nevill, A.; Forshaw, M. J. (2010). Lifestyle risk factors of students: A cluster analytical approach. Preventive Medicine, 51(1), 73–77.

Driskell, J. A.; Kim, Y. N.; Goebel, K. J. (2005). Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. Journal of the American Dietetic Association, 105(5), 798–801.

Druss, B.; Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. Archives of Internal Medicine, 160(10), 1522–1526. http://doi.org/10.1001/archinte.160.10.1522

Dubos, R. (1966). Man and his environment: biomedical knowledge and social action. WHO, Scientific Publication, Nº 131, pp. 5–16. Washinton.

Duca, G.F.; Rombaldi, A.J.; Knuth, A.G.; Azevedo, M.R.; Nahas, M. V. (2009). Associação entre nível econômico e inatividade física em diferentes domínios. Revista Brasileira Atividade Fisica E Saúde, 14(2), 123–131.

Dworkin, J. (2005). Risk Taking as Developmentally Appropriate Experimentation for College Students. Journal of Adolescent Research, 20(2), 219–241. http://doi.org/10.1177/0743558404273073

Dyrbye L.N.; Thomas M. R.; Shanafelt, T. D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. Academic Medicine, 81, 354–373.

Dyson, R.; Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. Journal of Clinical Psychology, 62(10), 1231–1244. http://doi.org/10.1002/jclp.20295

Edwards, M. J.; Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. Journal of Clinical Psychology, 57(12), 1517–1534. http://doi.org/10.1002/jclp.1114

Eisenberg, D.; Chung, H. (2012). Adequacy of depression treatment among college students in the United States. Gen Hosp Psychiatry, 34(3), 213–220. http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.002

Eisenberg, D.; Golberstein, E.; Hunt, J. B. (2009). Mental Health and Academic Success in College. The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy, 9(1), 1935–1682. http://doi.org/10.2202/1935-1682.2191

Eisenberg, D.; Gollust, S. E.; Golberstein, E.; Hefner, J. L. (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.; Golberstein, E.; Hunt, J. (2009). Mental Health and Academic Success in College. Journal of Economic Analysis and Policy, 9(1). http://doi.org/10.2202/1935-1682.2191

Elliot, T.E.; Renier, C.M.; Palcher, J. A. (2003). Chronic pain, depression and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. Pain Medicine, 4(4), 331–339. http://doi.org/0.1111/j.1526-4637.2003.03040.x

Ensminger, M. E.; Juon, H. S. (1998). Transition to adulthood among high-risk youth. In R. Jessor (Ed.): New perspectives on adolescent risk behavior (pp. 365–391). Cambridge University Press.

Epstein, S.; Hicks, D. (2011). Anxiety disorders. In L. Levenson, J.L.; Wulsin (Ed.), The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill (pp. 241–259). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Erdur-Baker, O.; Aberson, C. L.; Barrow, J. C.; Draper, M. R. (2006). Nature and Severity of College Students' Psychological Concerns: A Comparison of Clinical and Nonclinical National Samples. Professional Psychology: Research and Practice, 37(3), 317–323. http://doi.org/10.1037/0735-7028.37.3.317

Erić, L.; Radovanović, Z.; Jevremović, I. (1988). Mental disorders among Yugoslav medical students. The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 152, 127–129. http://doi.org/10.1192/bjp.152.1.127

Eriksen, M.; MacKay, J. (2002). The tabacco atlas. World Health Organization. (L. Jeremy, Paul; Candida, Ed.) (Myriad Edi). London.

Eriksson, M.; Lindström, B.; (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health. 60(5), 376-381. http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2563977.

Esposito, C. L.; Clum, G. A. (2003). The relative contribution of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicidal ideation. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 32(3), 386–395. http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203_07

Esteves, M. T. (2011). Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas). UTL. Retrieved from www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4505

Estevinha, S. (2008). Representações dos estudantes universitários face ao papel do estado a questão da transição para a vida activa. ISCTE. Retrieved from http://repositorio.iscte.pt/handle/10071/1441

Estupiñá, F. J.; Labrador, F. J.; García-Vera, M. P. (2012). A Study of Patients who go to a Psychology Clinic Seeking Treatment. The Spanish Journal of Psychology, 15(1), 275–285. http://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37334

European Food Information Council (EUFIC). (2005). Determinantes na escolha dos alimentos. Revista do EUFIC 2004/2005. Retrieved from http://www.eufic.org/article/pt/expid/37.

European Contribution-World Mental Health (EU-WMH). (2009). The EU-WMH contributions to the World Mental Health (WMH) surveys iniciative. The gender perspective on mental health in Europe. Retrieved from www.eu-wmh.org/pdf/gender.pdf

Evans, O.; Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. Social Science and Medicine, 54(4), 481–492. http://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00044-2

Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults (US). (1998). *Executive summary of the clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. http://doi.org/10.1001/archinte.158.17.1855

Faculdade, P. (2002). Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal. Retrieved from http://idt.pt/Pt/investigacao/documents.

Facundes, V. L. D.; Ludermir, A. B. (2005). Common mental disorders among health care students. Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999), 27(3), 194–200.

Familiar, M. M. G. (2008). Investigação passo-a-passo - perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica. Retrieved from http://www.apmgf.pt/ficheiros-Investigacao/Passo.a.Passo.pdf

Faulkner, G. E. J.; Taylor, A. H. (2005). Exercise, Health and Mental Health: Emerging Relationships. Routledge. Retrieved from http://books.google.com/books.

Feijó, R.B.; Oliveira, E. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. Jornal de Pediatria, 77(2), 125–134.

Feitosa, E. P. S.; Dantas, C. A. O.; Andrade-Wartha, E. R. S.; Marcellini, P. S.; Mendes-netto, R. S. (2010). Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública no nordeste, Brasil. Alimentação e Nutrição, 21(2), 225–230.

Feltham, Colin (2002). What's the good of counseling & psychotherapy?: benefits explained. SAGE, Ed. pp. 285.

Fergusson, D. M.; Boden, J. M.; Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. Archives of General Psychiatry, 66(3), 260–266. http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.543

Fernandes, M. C. J. (2011). Relação entre bem-estar subjectivo, saúde física e mental do idoso sob resposta social. Universidade de Coimbra.

Fernandes, H.M.S.S. (2013). Comprometimento organizacional, autocriticismo e autocompaixão na PSP. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Retrieved from http://repositorio.ismt.pt

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, C. L. et al. (2009). Evaluation of trait and state anxiety in first year student. Ciência E Saúde Colectiva, 14(3), 973–981.

Ferreira, C. L.; Almondes, K. M.; Braga, L. P.; Mata, A. N. S.; Lemos, C. A.; Maia, E. M. C. (2009). Universidade, contexto ansiogénico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3), 973–981. http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300033

Ferreira, C. L.; Almondes, K. M.; Braga, L. P.; Mata, A. N. S.; Lemos, C. A.; Maia, E. M. C. (2009). Evaluation of trait and state anxiety in first year students. Ciencia & Saude Coletiva, 14(3), 973–981.

Ferreira, H. M. M. G. (2009). Promoção do desenvolvimento vocacional na transição universidade - mundo do trabalho. Retrieved from http://www.psicologia.pt

Ferreira, I. M. E. S. (2009). Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior: fatores familiares e sociodemográficos. Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, J. B.; Seco, G.; Canastra, F.; Dias, I. S.; Abreu, M. O. (2010). Sucesso académico e satisfação dos estudantes finalistas do Instituto Politécnico de Leiria. In Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 3044 – 3059). Núcleo de Investigação e Desenvolvimento em Educação (NIDE), Instituto Politécnico de Leiria.

Ferrer, A.R.; García, J.C.; Cascales, R.F.; Martínex, M.R. (2001). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Publicaciones de la Universidade de Alicante. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes http://www.cervantesvirtual-comnd/ark.59851/bmcb56h4

Fiates, G.M.R.; Salles, R.K. (2001). Factores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitários. Revista de Nutrição, 14, 3-6.

Figueira, C. P. (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

Filho, J.B.; Miron, A.D.; Satoh, I.; Gensel, J.; Martin, H. (2010). Modeling and measuring quality of context information in pervasive environments. In Proceedings of the 24th IEEE International Conference on Advanced Information Networking and Applications, 690-697.

Fisher, S.; Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: a longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. British Journal of Psychology (London, England : 1953), 78 (Pt 4), 425–441. http://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1987.tb02260.x

Fisher, S.; Hood, B. (1988). Vulnerability factors in the transition to university: self-reported mobility history and sex differences as factors in psychological disturbance. British Journal of Psychology (London, England : 1953), 79 (Pt 3), 309–320. http://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1988.tb02290.x

Fisher, S.; Murray, K.; Frazer, N. A. (1985). Homesickness, health and efficiency in first year students. Journal of Environmental Psychology. http://doi.org/10.1016/S0272-4944(85)80016-5

Fonseca, A.B.; Fialho, T.; Matos, M.G.; Figueira, M. L. (2013). Caracterização da população que recorre a uma consulta de psicoterapia hospitalar. Psicologia, Saúde E Doenças, 14(3), 405–419.

Fontes, A. C. D.; Vianna, R. P. T. (2009). Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 12(1), 20–29 http://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000100003

Fortin, M. F. (2003). Processo de Investigação - da concepção à realização. (Decarie Editeur, Ed.) (3ª edition). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

França, A. A. et al. (2006). Hábitos alimentares e estilo de vida em estudantes na rede pública. Iniciação Científica CESUMAR, 8(2), 175–183.

Franca, C.; Colares, V. (2008). Comparative study of health behavior among college students at the start and end of their courses. Revista de Saude Publica, 42(3), 420–427.

Frasquilho, M. (2009). Stress. In C. F. (Coords) Filho, H.C.; Borges (Ed.), Stress, depressão e suicídio - gestão de problemas de saúde em meio escolar (pp. 63–81).

Freeman, M. P. (2010). Nutrition and Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 167, 244–247. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09121746

Freeman, D.; Freeman, J. (2013). The Stressed Sex: Uncovering the Truth About Men, Women, and Mental Health. Oxford: OUP Oxford.

Friedli, L. (2002). Editorial. Journal of Mental Health Promotion, 1(2), 1–2.

Fromme, K.; Corbin, W. R.; Kruse, M. I. (2008). Behavioral risks during the transition from high school to college. Developmental Psychology, 44(5), 1497–1504. http://doi.org/10.1037/a0012614

Furegato, A. R. F. et al. (2006). Depressão e auto-estima entre académicos de enfermagem. Revista de Psiquiatria Clínica, 33(5), 239–244.

Galindo, S. B.; Moreno, I. M.; Muñoz, J. G. (2009). Prevalencia de la ansiedade y depresion en una población de estudantes universitários: factores académicos y sociofamiliares associados. Clinica y Salud, 20(2), 177-187.

Galinha, I. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. Psicologia, Saúde E Doença, 6, 203–214.

Galinha, I. C.; Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. Análise Psicológica, 2(XXIII), 219–227.

Gallagher, R. P. (2006). National survey of counseling center directors 2006 (No. Monograph Series Number 8P). Pittsburg. Retrieved from www.collegecounseling.org/pdf/2006_survey.pdf

Gallagher, R. P. (2010). National survey of counseling center directors. International Association of Counseling Services, Inc.

Gallagher, R. P. (2013). National Survey of College Counseling Centers 2013. The International Association of Counseling Services, Inc. Retrieved from www.collegecounseling.org

Gallagher, R. P.; Webmaster, R. T. (2013). National Survey of College Counseling, (9).

Galli, E. (2002). Aplicacion del Mini como orientacion diagnostica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidade Pemana Caytano Heredia - Informa preliminar epidemiologico. Revista de Medicina Herediana (online), 13(1), 19–25. Retrieved from www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf

Gama, M. et al. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju. Revista de Psiquiatria Do Rio de Janeiro, 30(1), 19–24.

Gama, M. M. A.; Moura, G. S.; Araújo, R. F.; Teixeira-Silva, F. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul, 30(1), 19–24.

García, Alejandra Gómez; Castillo, Natalia Sánchez; Mesa, Ana Lucía Valencia; Vásquez, J. G. F. (2008). Prevalence of the anxious syndrome in students of a private medical school. Medicina Upb, 27(1), 39–46.

Garlow, S.; Rosenberg, J.; Moore, D.; Haas, A.; Koestna, B.; Hendin, H. (2008). Depression, desperation and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. Depression and Anxiety, 25, 482-488.

George, L. K. (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 65B(3), 331–339. http://doi.org/10.1093/Advance

Gerson, S.; Mistry, R.; Bastani, R.; Blow, F.; Gould, R.; Llorente, M.; Jarvik, L. (2004). Symptoms of depression and anxiety (MHI) following acute medical/surgical hospitalization and post-discharge psychiatric diagnoses (DSM) in 839 geriatric US veterans. International Journal of Geriatric Psychiatry, 19(12), 1155–1167. http://doi.org/10.1002/gps.1217

Gil, I. T. (2005). A ciência e a arte dos alimentos. São Paulo: Varela.

Girão, R.; Oliveira, R.A. (2005). Condução de risco: um estudo exploratório sobre os aspectos psicológicos do risco na tarefa de condução. Análise Psicológica, 1(XXIII), 59-66.

Gjerde, P. F. (1993). Symptoms in young adults: a developmental perspective on gender differences. In K. Funder, D.C.; Parke, R.D.; Tomilinson-Keasy; Wildaman (Ed.), Studying lives through time: personality and development (pp. 255–288). Washington, DC.

Goldberg, D.; Huxley, P. (1992). Common Mental Disorders: a bio-social model. London: Routledge.

Goldman, C.; Wong, E. (1997). Stress and the college student. Education, 117(4), 604-611.

Goldstein, M. S. (2012). Mental Health and Public Health: strengthening a working relationship. Journal of Primary Prevention, 10(2), 99–132.

Gomes, A. I. C. S. (2008). Comportamentos sexuais de risco: um estudo com estudantes universitarios. Retrieved from http://hdl.handle.net/10400.1/283

Gomes, J. C. (2008). Construir boa saúde mental: orientações baseadas no conhecimento existente. Retrieved from www.mmha.eu

Gonçalves, D. M.; Kapczinski, F. (2008). Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil. Cadernos de Saude Publica / Ministerio Da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica, 24(9), 2043–2053.

Gonçalves, F.; Carreira, T. (2006). Percursos de empregabilidade dos licenciados: Perspectivas europeias e nacional. Análise Psicológica, 1(XXIV), 99–114. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n1/v24n1a10.pdf

Gonçalves, O.F.; Cruz, J. F. (1988). A Organização e a Implementação de serviços universitários de consulta de psicologia e desenvolvimento humano. Revista Portuguesa de Educação, 1, 127–145.

Gorman, J.M. (1986). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. Depression and anxiety, 4(4), 160-168.

Grant, A. (2002). Identifying students' concerns: Taking a whole institutional approach. In N. Stanley & J. Manthorpe (Eds.), Students' mental health needs: Problems and responses. Jessica Kinsley.

Grayson, P.A.; Cooper, S. (2006). Depression and anxiety. In P. W. Grayson, P.A; Meilman (Ed.), College Mental Health Pratice (pp. 113–134). New York: N.Y. - Routledge.

Graziani, P. (2005). Ansiedade e perturbações da ansiedade. (C. Editores, Ed.). Lisboa.

Green, J. L.; Lowry, J. L.; Kopta, S. M. (2003). College Students versus College Counseling Center Clients. Journal of College Student Psychotherapy, 17(4), 25–37. http://doi.org/10.1300/J035v17n04_05

Guedea, M.A.; Alburquerque, F.J.; Troccoli, B.T.; Noriega, J.A.; Seabra, M.A.; Guedea, R. L. (2006). Relação do Bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em Idosos. Psicologia, Reflexão E Crítica, 19, 301–308.

Gusmão, R.; Quintão, S. (2013). Registo de suicídio e de mortes resultantes de eventos com intenção indeterminada: uma revisitação de "A verdade sobre o suicídio em Portugal" 20 anos depois. Portugal Saúde Em Números 2013, 1, 19–34.

Guthman, J.C.; Iocin, L.; Konstas, D.D. (2010). Increase in severity of mental illness among clinical college students: a 12-year comparison. Paper presented at the American Psychological Association Convention, San Diego, C.A. Retrieved from http://www.apa.org/news/press/releases/2010/08/students-mentalillness.Aspx.

Gutierrez, P. M.; Osman, A.; Kopper, B. A.; Barrios, F. X.; Bagge, C. L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. Journal of Counseling Psychology, 47(4), 403–413. http://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.403

Greene, W.W.H.; Simons-Morton, B.G. (1988). Education para la salud. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

Gyurcsik, N. C.; Bray, S. R.; Brittain, D. R. (2004). Coping with barriers to vigorous physical activity during transition to university. Family & Community Health, 27(2), 130–142.

Silver, H.K. (1982). Medical Student and medical school. Jamaica, 247, 304–320.

Ha, E.J.; Caine-Bish, N. (2009). Effect of nutrition intervention using a general nutrition course for promoting fruit and vegetable consumption among college students. Journal of Nutrition Education and Behavior, 41(2), 103–109. http://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.07.001

Haberman, S.; Luffey, D. (1998). Weighing in college students' diet and exercise behaviors. Journal of American College Health : J of ACH, 46(4), 189–191. http://doi.org/10.1080/07448489809595610

Hafen, M.; Reisbig, A. M. J.; White, M. B.; Rush, B. R. (2006). Predictors of depression and anxiety in first-year veterinary students: a preliminary report. Journal of Veterinary Medical Education, 33(3), 432–440. http://doi.org/10.3138/jvme.33.3.432

Hahn, M.S.; Ferraz, M. P. T. (1998). Características da clientela de um programa de saúde mental para estudantes universitarios brasileiros. Revista Da Associação Brasileira de Psiquiatria, 20(2), 45–53.

Hammash, M.H.; Hall, L.A.; Lennie, T.A.; Heo, S.; Chung, M.L.; Lee, K.S.; Moser, D.K. (2013). Psychometrics of the PHQ-9 as a measure of depressive symptoms in patients with heart failure. European Journal Cardiovascular Nursing, 12(5), 446-453. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263270.

Hamburg, D. (1989). Preparing for life: the critical transition of adolescence. Crisis, 10(1), 4–15. http://doi.org/10.1037/0003-066X.44.5.825

Harrell, Z. A. T.; Karim, N. M. (2008). Is gender relevant only for problem alcohol behaviors? An examination of correlates of alcohol use among college students. Addictive Behaviors, 33(2), 359–365.

Health Education Authority (1997). Mental health promotion: a quality framework. London: health education authority.

Henrique, A. C. J. (2013). Determinantes da actividade física nos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. Universidade da Beira Interior.

Herman, H.; Saxena, S.; Moodie, R.; Walker, L. (2005). Promoting Mental Health as a Public Health Priority. In Promoting mental health: concepts, emerging evidence, pratice - a report of the WHO (pp. 23–38). WHO.

Hojat, M.; Glaser, K.; Xu, G.; Veloski, J. J.; Christian, E. B. (1999). Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles. Medical Education, 33(5), 342–349.

Holland, P.; Berney, L.; Blane, D.; Davey Smith, G.; Gunnell, D. J.; Montgomery, S. M. (2000). Life course accumulation of disadvantage: Childhood health and hazard exposure during adulthood. Social Science and Medicine, 50(9), 1285–1295.

Holmes, W. C. (1998). A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatients: performance characteristics of the 5-item mental health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. Medical Care, 36(2), 237–243.

Houghton, F.; Keane, N.; Houghton, S.; Dunne, C. (2011). Tertiary Level Students and the Mental Health Index (MHI-5) in Ireland. Irish Journal of Applied Social Studies, 10(1), 40–48.

Houston, K.; Hawton, K.; Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24: A psychological autopsy study. Journal of Affective Disorders, 63(1-3), 159–170. http://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00175-0

Howard, S.; Dryder, J.; Johnson, B. (1999). Childhood resilience: review and critique of literature. Oxford Review of Education, 307–323.

Huang, T. T. K.; Harris, K. J.; Lee, R. E.; Nazir, N.; Born, W.; Kaur, H. (2003). Assessing overweight, obesity, diet, and physical activity in college students. Journal of American College Health : Journal of ACH, 52(2), 83–86. http://doi.org/10.1080/07448480309595728

Hudson, C.G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. American Journal of Orthopsychiatry, 75(1), 3-18.

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

Hynn, J.K.; Quinn, B.C.; Madn, T.; Lustig, S. (2006). Graduate student Mental Health: needs assessment and utilization of counseling services. Project Muse, 47(3), 247–266.

Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 8(3), 145–151.

Hyun, J. K.; Quinn, B. C.; Madon, T.; Lustig, S. (2006). Graduate Student Mental Health: Needs Assessment and Utilization of Counseling Services. Journal of College Student Development, 47(3), 247–266. http://doi.org/10.1353/csd.2006.0030

Ibrahim, A.; Kelly, S.; 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.

Ichiyama, M. A.; Kruse, M. I. (1998). The Social Contexts of Binge Drinking Among Private University Freshmen. Journal of Alcohol and Drug Education, 44(1), 18–33. Retrieved from http://psycnet.apa.org/index.cfm.

Igra, V.; Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. Handbook of Adolescent Health Risk Behavior, 35–51. http://doi.org/10.1007/978-1-4899-0203.

Illich, Ivan (1997). Limites para a medicina. Lisboa. Livraria Sá da Costa Editora.

Imaginário, S. (2011). Bem-estar subjectivo e ajustamento académico em alunos do Ensino Superior. Universidade do Algarve.

Imaginário, S.; Duarte, J; Jesus, S.; Vieira, L. (2010). O bem-estar subjectivo em estudantes universitários da Universidade do Algarve. Poster No IX Encontro de Psicologia No ALgarve. Faro.

Jacka, F. N.; Pasco, J. A.; Mykletun, A.; Williams, L. J.; Hodge, A. M.; O'Reilly, S. L., Berk, M. (2010). Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. The American Journal of Psychiatry, 167(3), 305–311. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060881

Jackson, K. M.; Sher, K. J.; Park, A. (2005). Drinking among college students. Consumption and consequences. Recent Developments in Alcoholism : An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism, 17, 85–117.

Jacques, P. F.; Tucker, K. L. (2001). Are dietary patterns useful for understanding the role of diet in chronic disease? The American Journal of Clinical Nutrition, 73(1), 1–2.

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Retrieved from www.archive.org/details/currentconcepts000jaho

Jones, L.; Bellis, M.; Dedman, D.; Tocque, K. (2008). Attributable fractions for England. alcohol-attributable mortality and hospital admission. Retrieved from http://www.nwph.net/nwpho/publications/alcoholattributablefractions.pdf

Jones, S. E.; Oeltmann, J.; Wilson, T. W.; Brener, N. D.; Hill, C. V. (2001). Binge drinking among undergraduate college students in the United States: implications for other substance use. Journal of American College Health : Journal of ACH, 50(1), 33–38. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov

Kadison, R.D.; DiGeronimo, T. F. (2004). The College of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass.

Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1994). Compêndio de Psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J. A. (1997). Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed.

Keating, X. D.; Guan, J.; Piñero, J. C.; Bridges, D. M. (2005). A Meta-Analysis of College Students' Physical Activity Behaviors. Journal of American College Health, 54(2), 116–126. http://doi.org/10.3200/JACH.54.2.116-126

Keleher, H; Armstrong, R. (2006). Evidence-based mental health promotion resource (report for the Department of Human Services and Vic Health). Retrieved from www.health.vic.gov.an/healthpromotion/downloads/mental_health_resource.pdf

Kendler, K. S.; Thornton, L. M.; Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. American Journal of Psychiatry, 158(4), 587–593. http://doi.org/10.1176/appi.ajp

Kerr, S.; Johnson, V. K.; Gans, S. E.; Krumrine, J. (2004). Predicting Adjustment During the Transition to College: Alexithymia, Perceived Stress, and Psychological Symptoms. Journal of College Student Development. http://doi.org/10.1353/csd.2004.0068

Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K. R.; Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602. http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler, R.C.; Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. Depression and Anxiety, 7(1), 3–14. http://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:13.0.CO;2-F

Ketterlinus, R.D.; Lamb, M.E.; Nitz, K.A. (1994). Adolescent nonsexual and sex-related problem behaviors: their prevalence, consequences and co-occurrence. In R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.). Adolescent problems behaviors: issues and research (17-39). New Jersey: Laurence Erlbann Associates.

Keyes, C.; Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health. In Handbook of Positive Psychology. Snyder & Lopez (Editores), 45-59.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(3), 539–548. http://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C.L.M.; Dhingra, S.S.; Simões, E.J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. American Journal of Public Health, 100, 2379-2384.

Keyes, C.L.; Shmotkin, D.; Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 82(6), 1007-1022.

Kisch, J.; Leino, E. V.; Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: results from the spring 2000 national college health assessment survey. Suicide & Life-Threatening Behavior, 35(1), 3–13. http://doi.org/10.1521/suli.35.1.3.59263

Kitzrow, M. A. (2003). The Mental Health needs of today's college students: challengs and recommendations. NASPA Journal (online), 41(1), 165–179. http://doi.org/10.2202/1949-6605.1310

Kohn, R.; Levav, I.; Caldas, J.; Vicente, B.; Andrade, L.; Caraveo-Anduaga, J.; Saxena, S.; Saraceno, S. (2005). Los transtornos mentales en America Latina. Revista Panamericana de Salud Publica, 18(4/5), 229–240.

Komiya, N.; Good, G. E.; Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. Journal of Counseling Psychology, 47(1), 138–143. http://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.138

Konick, L. C.; Gutierrez, P. M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. Suicide & Life-Threatening Behavior, 35(2), 181–192. http://doi.org/10.1521/suli.35.2.181.62875

Korkeila, J. (2000). Measuring Aspects of Mental Health. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_frep_11_a_en.pdf

Kovess-Mafesty, V.; Murray, M.; Gurje, O. (2005). Evolution of our understanding of positive mental health. In Promoting mental health: concepts, emerging evidence, pratice - a report of the WHO (pp. 35–45).

Kroenke, K.; Spitzer, R. (2002). The PHQ -9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. Psychiatric Annals, 32(9), 1–7.

Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606–613. http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. (2010). ScienceDirect.com - General Hospital Psychiatry - The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. General Hospital Psychiatry. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pnpapers2.

Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.; Lowe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety and depressive symptom scales: a systematic review. General Hospital Psychiatry, 32(4), 345–359.

Kuh, G.; Kinzie, J.; Schuh, J.; Whitt, E.; Associates. (2005). Student success in college: creating conditions that matter. San Francisco: Jossey-Bass.

Kuntsche, E.; Knibbe, R.; Gmel, G.; Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. Clinical Psychology Review.

Kutlu, R.; Civi, S. (2013). Evaluation of eating habits, body perception and depression status of university students. Gulhane Medicine Journal, 55(3), 196–202.

Kuwabara, S. A.; Van Voorhees, B. W.; Gollan, J. K.; Alexander, G. C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. General Hospital Psychiatry, 29(4), 317–324. http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.04.001

Lahtinen, E; Lahtinen, V; Riikonen, E; Ahonen, J. (1999). Framework for Promoting mental Health in Europe. Hamiina: National Research and Development Center for Welfare and Health. Retrieved from www.ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion.

Lalonde, Marc (1997). The physician and health promotion. Canadian Medical Association Journal, 116(7), 1040-1045. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/bmc.1879036/pdf/canmeda701503.1085.pdf.

Larson, N. I.; Neumark-Sztainer, D.; Hannan, P. J.; Story, M. (2007). Family Meals during Adolescence Are Associated with Higher Diet Quality and Healthful Meal Patterns during Young Adulthood. Journal of the American Dietetic Association, 107(9), 1502–1510.

Leach, J. (2003). Oxford Student Mental Health Network (OSMHN). Retrieved from www.osmhn.org.uk/documents/freport.pdf

Leary, K.A; DeRosier, M. E. (2012). Factors promoting positive adaptation and resilience during the transition to college. Journal of Psychology, 3(12A), 1215–1222. Retrieved from http://www.scirp.org/journal/psych

Leffert, N.; Petersen, A. (1995). Patterns of development during adolescence. In D. J. Ruther, M.; Smith (Ed.), Psychosocial Disorders in Young People: Time Trends and Their Causes (pp. 67–103). Chichester: WILEY.

Leitão, L.; Paixão, M. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no Ensino Superior. Psicologia: Teoria, Investigação E Prática, 4(1), 191–210.

Leicester University (2002). Student Psychological Health Project. Retrieved from http://www.le.ac.uk/edsc/sphp.

Lent, R. W.; Taveira, M. C.; Sheu, H. B,; Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: A longitudinal analysis. Journal of Vocational Behavior, 74(2), 190–198.

Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. Biological Psychiatry, 60(2), 84–92. http://doi.org/10.1016

Levisky, D. L. (1995). Adolescência - reflexões psicanalíticas. Artes Médicas, 161–184.

Li, C.; Friedman, B.; Conwell, Y.; Fiscella, K. (2007). Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. Journal of the American Geriatrics Society, 55(4), 596–602. http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01103.x

Loeber, R. et al. (1998). Multiple risk factors for boys: co-occurence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood and shy withdrawn behaviors. In R. Jessos (Ed.), New perspectives on adolescent risk behavior (p. 564). New York: Cambridge University Press.

Lopes, R. et al. (2008). Avaliar comportamentos de risco para intervir junto dos estudantes do ensino superior. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(4), 565–574.

Lopes, R.; Melo, R.; Brito, I.; Freitas, H.; Vidigueira, P.; Neves, M.; Amado, R.; Carrageta, M.; Neto, M.; Pedroso, R. (2008). Avaliar comportamentos de risco para intervir junto dos estudantes do ensino superior. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(4), 565–574.

Lopez, F. G.; Melendez, M. C.; Sauer, E. M.; Berger, E.; Wyssmann, J. (1998). Internal working models, self-reported problems, and help-seeking attitudes among college students. Journal of Counseling Psychology, 45(1), 79–83. http://doi.org/10.1037/0022-0167.45.1.79

Lopez, M.R.A.; Mascarenhas, S.; Ribeiro, J. L. P. (2010). Diagnóstico de stress, ansiedade e depressão em universitários: desafios para um serviço de orientação e promoção da saúde psicológica na universidade - um estudo com estudantes da UFAM-Brasil. Revista Amazónica - Universidade Federal Amazonas, IV(1), 55–76.

Lopez, M.R.A.; Ribeiro, J.P.; Ores, L.C.; Jasen, L.D.M.; Pinheiro, R.T.; Silva, R. A. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. Revista de Psiquiatria Rio Grande Do Sul, 33(2), 103–108. http://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000001

Loureiro, E. et al (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade Medicina do Porto. Acta Médica Portuguesa, 21, 209-214.

Loureiro, L. A. (2012). Consumo de substâncias psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from www.http.esec.pt/DownloadsD2011_10001522017_2914031_1.pdf

Löwe, B.; Unützer, J.; Callahan, C. M.; Perkins, A. J.; Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. Medical Care, 42(12), 1194–1201. http://doi.org/10.1097/00005650-200412000-00006

Lowry, R.; Galuska, D. A.; Fulton, J. E.; Wechsler, H.; Kann, L.; Collins, J. L. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. American Journal of Preventive Medicine, 18(1), 18–27. http://doi.org/10.1016/S0749-3797(99)00107-5

Lucas, M. C. S. (2012). Forças nas famílias monoparentais femininas. Instituto superior Miguel Torga.

Lucas, C; Oliveira, F.; Soares, L. (2010). Crenças, porquês e ses relativos à procura de ajuda psicológica: caracterização preliminar numa amostra de alunos universitários. RESAPES I, 480–486.

Lustman, P.J.; Sowa, C. J. (1984). Factors influencing college student health: development of the psichological distress inventory. Journal of Counseling Psychologist, 31, 28–35. http://doi.org/10.1037/0022-0167.31.1.28

Lutz, W. J.; Warren, B. J. (2007). The state of nursing science--cultural and lifespan issues in depression: part II: focus on children and adolescents. Issues in Mental Health Nursing, 28(7), 749–764. http://doi.org/10.1080/01612840701405091

Luz, A.; Castro, A.; Conto, D.; Santos, L.; Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico do aluno do ensino superior. In Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. (pp. 4663–4669). Braga: Universidade do Minho.

Lyubomirsky, S.; Kasri, F.; Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. Cognitive Therapy and Research, 27(3), 309–330. http://doi.org/10.1023/A:1023918517378

Macedo, Manuel; Precioso, J. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbi-mortalidade a ela associada. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22, 91–100.

Maciejewski, P. K.; Prigerson, H. G.; Mazure, C. M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. Psychological Medicine, 31(4), 593–604. http://doi.org/10.1017/S0033291701003877

Machado, W.L. (2010). Escala de bem-estar psicológico: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.

Mackenzie, C. S.; Knox, V. J.; Gekoski, W. L.; Macaulay, H. L. (2004). An Adaptation and Extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale. Journal of Applied Social Psychology, 34(11), 2410–2433. http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x

Mahler, H. (1980). Hospitals and health for all by the year 2000. Canada Journal of Public Health, 70, 347-349.

Manderscheid, R. W.; Ryff, C. D.; Freeman, E. J.; McKnight-Eily, L. R.; Dhingra, S.; Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. Preventing Chronic Disease, 7(1), A19.

Mandim, J.F.O. (2007). As dinâmicas para a promoção da saúde numa escola do ensino básico do Porto: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta, Porto. Retrieved from http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/642/1/Lc.324.pdf.

Marcondelli, P.; Costa, T.H.M.; Schmitz, B. A. S. (2008). Nivel de actividade física e hábitos alimentares de universitarios do 3º ano no 5º semestre da área de Saúde. Revista de Nutrição (online), 21(1), 39–47. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732008000100005

Marín, L.; Queiroz, M. S. (2000). A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. Cadernos de Saúde Pública, 16(1), 7–21. http://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100002

Marín-León, L.; Vizzotto, M. M. (2003). Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. Cadernos de Saúde Pública, 19(2), 515–523. http://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200018

Marmorstein, N. R. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 33(1), 49–59. http://doi.org/ACER810[pii]\r10.1111/j.1530-0277.2008.00810.x

Maslow, L. (1968). Towards a psychology of being. (2ª Edition). New York: D. Van Nostrand.

Matos, M; Carvalhosa, S. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. Psicologia, Saúde E Doença, 2(2), 43–53.

Mazza, J.J.; Reynolds, W.M. (2001). An investigation of psychopathology in non-referred suicidal and non-suicidal adolescents. Suicide and life threatening behavior, 31, 282-302.

McBroom, E. M.; Fife, E. M.; Nelson, C. L. (2008). Risky Business: The College Transition, Loneliness, and Alcohol Consumption. Journal of The First-Year Experience & Students in Transition, 20(2), 45–64.

McCabe, S. E. (2004). Comparise of web and mail surveys in collecting illicit drug use data: a randomized experiment. Journal of Drug Education, 34, 61–72.

McCabe, S. E.; Boyd, C. J.; Couper, M. P.; Crawford, S.; D'Arcy, H. (2002). Mode effects for collecting alcohol and other drug use data: Web and U.S. mail. Journal of Studies on Alcohol, 63(6), 755–761. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov

McCarthy, C.J.; Lambert, R.G.; Moller, N.P. (2006). Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students stress outcomes. International Journal of Stress Management, 13(1), 1-22. http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.13.1.1

McCullough, G.; Henbner, E. S.; Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept and positive subjective well-being. Psychology in the Schools, 37, 281–291.

Mcintyre, T.; Loureiro, E.; Mota-Cardoso, R.; Ferreira, M.A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. Acta Médica Portuguesa, 21, 209-214.

Mechanic, D. (1999). Mental Health and social policy: the emergence of managed care. Needham Heights, M.A.: Allyn Bacon.

Mellal, A.A.; Albluwe, T.; al-Ashkar, D. (2014). The prevalence of depressive symptoms and its socioeconomic determinants among university students in al ain, uae. International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, 6(5), 309–312.

Mendes, A.V. (2008). Cuidados primários à saúde mental: depressão materna e aspectos comportamentais. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de S. Paulo. Retrieved from http://teses.usp.br/teses/disponíveis/17/17148/tde-26032009/A.pdf.

Mendes, R.; Lourenço, L.; Pile, M. (2001). Abandono Universitário: estudo de caso do Instituto Superior Técnico. In III Simpósio de Pedagogia na Universidade: Terceiras Jornadas de Sucesso e Insucesso Escolar. Reitoria de Lisboa: Reitoria da UTL.

Mendonza, R; Perez, M; Foguet, J. (1994). Condutas de los escolares españoles relacionadas com la salud (1986-1990). (C. S. de I. Científicas, Ed.). CSIC Editorial - CSIC Imprensa.

Meneghel, S.N.; Victoria, C.G.; Faria, N.M.X.; Carvalho L.A.; Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Pública, 38(6), 804–810.

Menezes, I.; Matos, P.M.; Costa, M. E. (1989). Consulta de Psicologia em grupo e transição universidade-mundo do trabalho. Cadernos de Consulta Psicológica, 5, 95–102.

Mental, Plano Nacional de Saúde (2013). Portugal - Saúde Mental em números – 2013. Lisboa.

Michael, K.D.; Herelsman, T.J.; Gerard, C.; Gillian, T.M.; Gustafson, M. R. (2006). Depression among college students: trends in prevalence and tratment seeking. Counseling and Clinical Psychology Journal, 3(2), 60–70. Retrieved from www.psychologicalpublishing.com

Mikolajczyk, R. T.; Maxwell, A. E.; El Ansari, W.; Naydenova, V.; Stock, C.; Ilieva, S.; Nagyova, I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43(2), 105–112. http://doi.org/10.1007/s00127-007-0282-0

Milan, L.R.; Rossi, E.; De Marco, O. L. N. (1995). A procura espontânea de assistência psicológica pelos estudantes de medicina. Revista Brasileira de Psiquiatria, 17(1), 11–16.

Minayo, M. C. S.; Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, 44(4), 750–757. http://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020

Mittelmark, M. (2003). Mental Health and well-being. Vichealth Newsletter, 21, 13–14.

Mkize, L. P.; Nonkelela, N. F.; Mkize, D. L. (1998). Prevalence of depression in a university population. Curationis, 21(3), 32–37.

Monteiro, A; Neves, A.; Marques, M.; Lopes, C. (2004). Hábitos tabágicos em estudantes da Universidade do Porto. Arquivos de Medicina, 18(3), 98–103.

Monteiro, S.; Tavares, J.; Pereira, A. (2008). A Saúde Mental do estudante do 1º ano do Ensino Superior: avaliar para intervir. In J. Bonito (Ed.), Educação para a Saúde no Sec. XXI: teorias, modelos e práticas. (pp. 739–748). Évora: CIEP.

Morais, L.M.; Mascarenhas, S.; Ribeiro, J.L.P. (2010). Diagnóstico de estresse, ansiedade e depressão em universitários: desafios para um serviço de orientação e promoção da saúde psicológica na universidade – um estudo com estudantes da UFAM-Brasil. Revista AMAzónica, IV(1), 55-76.

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

Moreira, P.; Melo, A. (2005). Saúde Mental - do tratamento à prevenção. (Porto Edit).

Morleo, M.; Elliott, G. & Cook, P. (2009). Alcohol in transport: issues and interventions. Centre for Public Health.

Morse, K. L.; Driskell, J. A. (2009). Observed sex differences in fast-food consumption and nutrition self-assessments and beliefs of college students. Nutrition Research, 29(3), 173–179.

Moser, A. M.; Reggiani, C.; Urbanetz, A. (2007). Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da saúde. Revista Da Associação Médica Brasileira, 53(2), 116–121. http://doi.org/10.1590/S0104-4230200700

Mounts, N. S. (2004). Contributions of Parenting and Campus Climate to Freshmen Adjustment in a Multiethnic Sample. Journal of Adolescent Research. http://doi.org/10.1177/0743558403258862

Mounts, N. S.; Valentiner, D. P.; Anderson, K. L.; Boswell, M. K. (2006). Shyness, sociability, and parental support for the college transition: Relation to adolescents' adjustment. Journal of Youth and Adolescence, 35(1), 71–80.

Mourão, M. V. (2008). Identidades fracturadas: consumidores e abstinentes de droga em meio universitário. IV Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes E Práticas, 177, 2–13.

Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. American Journal of Psychiatry, 159(3), 359–371. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.359

Murray, C.J.; Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet, 349, 1436–1442.

Nacional College Health Risk Behaviors/Center for Disease Control and Prevention (NCHRBS/CDC). (1997). Youth risk behavior surveillance, vol. 46/nº SS-6. Retrieved from http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss4606.pdf.

Neinstein, L.S.; Zeltzer, L. K. (1996). Chronic illness in the adolescent. In L. S. Neinstein (Ed.), Adolescent Health Care: a pratical guide. (Wilhins an, pp. 1173–1195). Baltimore.

Nelson, D. E.; Moon, R. W.; Holtzman, D.; Smith, P.; Siegel, P. Z. (1997). Patterns of health risk behaviors for chronic disease: a comparison between adolescent and adult American Indians living on or near reservations in Montana. The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 21(1), 25–32.

Nerdrum, P., Rustøen, T., & Rønnestad, M. H. (2006). Student Psychological Distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. Scandinavian Journal of Educational Research, 50(1), 95–109. http://doi.org/10.1080/00313830500372075

Neto, P. F. V. et al. (2011). Inactividade física e obesidade central em estudantes de educação física de uma instituição de ensino superior. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, 5, 162–168.

Neufeld, C. B. (2013). Ansiedade Social e Interação Social em Universitários. https://uspdigital.usp.br/tycho/ProducaoAcademicaIntelectualPessoaProducao.

Nicklas, T.A.; Meyers, L.; Reger, C. (1998). Impact of breakfast consumption on nutritional adequacy of diets of young adults in Bogalusa, Louisiana: ethnic and gender contrasts. Journal of American Diets Association, 98, 1432-1938.

Ninan, P.; Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression. Depression and anxiety, 14(2), 79-85.

Nogueira, C.; Saavedra, L.; Costa, C. (2008). (In)Visibilidade do género na sexualidade juvenil: propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. Pro-Posições, 19(2), 59–79. http://doi.org/10.1590/S0103-73072008000200006

Nogueira-Martins, L. A.; Neto, R. F.; Macedo, P. C. M.; Citero, V. A.; Mari, J. J. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 37(10), 1519–1524.

Noriega, R. C. (2005). Depresión en estudiantes de enfermería. Avances En Psiquiatria Biológica, 6, 126 – 141.

Nozikov, A.; Gudex, C. (2003). EUROHIS: developing common instruments for health surveys. Amesterdam: IOS Press, pp 180.

Nunes, E. (2002). Consumo de Tabaco: estratégias de prevenção e controlo. Cadernos Da Direcção Geral de Saúde.

Notre Dame de Naum University (NDNU) (2013). Student conduct office. Drug and alcohol abuse prevention program. Retrieved from http://www.ndnu.edu/campus-life/2013/01/drug-alcohol-report.pdf.

O'Connor, E. (2001). Student Mental Health: Secondary Education No More. Monitor on Psychology, 32(8), 44–47.

Ogden, J. (1996). Health Psychology: a textbook (2ª edition). Open University Press Buckingham · Philadelphia. Retrieved from http://www.mheducation.co.uk/pdf

Ogden, J. (2004). Psicologia da Saúde. (C. Editors, Ed.). Lisboa.

Okoro, C. A.; Brewer, R. D.; Naimi, T. S.; Moriarty, D. G.; Giles, W. H.; Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life: Do popular perceptions match reality? American Journal of Preventive Medicine, 26(3), 230–233.

Oksuz, E.; Malhan, S. (2005). Socioeconomic factors and health risk behaviors among university in Turkey: questionnaire study. Croat Medicine Journal, 46(1), 66–73.

Oliveira, B. (2010). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso (4ª edição). Livpsic.

Oliveira, M. R.; Luis, M. A. V. (2005). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de La Paz - Bolivia (2003 - 2004). Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13(spe), 880–887. http://doi.org/10.1590/S0104-11692005000700016

Olivero, I.V. (2013). Manual Básico de Epidemiologia en alimentacion y nutricion. 1ª Ed. San Luís: Nueva Editorial Universitaria. UNSL. E-book.

Omigbodun, O.; Omigbodun, A.; Odukogbe, A. (2006). Counseling Undergraduates of the Health Care Professions in a Developing Country: Are There Peculiar Needs or Desires? Landow, Mery, 187–225. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2007). Mental health: strengthening mental health promotion. Fact sheet nº 220. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs220/en.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários - Agora mais que nunca. Retrieved from http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf

Organization, World Health. (1946). Constitution of the World Health Organization. Retrieved from www.whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

Organization, World Health. (1999). Improving Health trought Schools: National and International Strategies.

Organization, World Health (2001). Local Action: creating health promoting schools.

Organization, World Health (2007). Mental Health: strengthening mental health promotion. Retrieved from www.who.int/mediacenter/factsheets/fs220/eu

Orley, J.; Weisen, R. B. (1998). Mental Health Promotion. International Journal of Mental Health Promotion, 1, 1–4.

Osório, F. D. L.; Mendes, A. V.; Crippa, J. A.; Medicine, T.; Paulo, S. (2009). PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. Perspectives In Psychiatric Care, 45, 216–27. http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x

Ostroff, J.S.; Woolverton, K.S.; Berry, C.; Lesko, L.M. (1996). Use of the Mental Health Inventory adolescents: a secondary analysis of the rand health insurance study. Psychological Assessment, 8(1), 105-107.

Ovuga, E.; Boardman, J.; Wasserman, D. (2006). Undergraduate student mental health at Makerere University, Uganda. World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 5(1), 51–52.

Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia, Saúde & Doenças, 2(1), 77–99.

Patton, G.C.; Carlin, J.; Coffrey, C.; Wolfe, R.; Hibbert, M.; Bowes, G. (1998). Depression, anxiety and smoking initiation: a prospective study over 3 years. American Journal of Public Health, 88, 1518-1520.

Patton, L.D.; Morelon, C.; Withehead, D.M.; Hossler, D. (2006). Campus-based retention initiatives: does the emperor have clothes? In E.P. St. John & M. Wilkerson (Eds.), Reframing persistence research to improve academic success (pp. 9-24). New Directions for Institutional Research, nº 130. San Francisco: Jossey-Bass

Papadiki, A. et al. (2007). Eating habits of University students living at or away from home in Greece. ScienceDirect, Elsevier, 49, 169–176.

Parker, G.; Ritch, J. (2001). The influence of an uncaring partner on the type and outcome of depression. Journal of Affective Disorders, 66(2-3), 207–214. http://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00311-6

Pascarella, E. T., & Terenzini, P. T. (2005). How college affects students : a third decade of research. The JosseyBass higher and adult education series (Vol. 2). http://doi.org/10.2307/1982025

Patel, V.; Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the WHO, 81, 1518–1522.

Patricia, R.D.; Gabriel, S.C.L.; Horacio, V. M. (2009). Frequency of mental disorders in third year medical school students of a private university in Lima. Retrieved from www.scielo.org.pe/scielo.php.

Paul, E. L.; Brier, S. (2001). Friendsickness in the Transition to College: Precollege Predictors and College Adjustment Correlates. Journal of Counseling & Development, 79(1), 77–89. http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01946.x

Pauley, P. M.; Hesse, C. (2009). The Effects of Social Support, Depression, and Stress on Drinking Behaviors in a College Student Sample. Communication Studies.

Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. Acta Psychiatric Scandinavica, 89(s377), 50–58. http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05803.x

Pealer, L.N.; Weiler, R. M. (2000). Web-based health survey research: a primer. American Journal of Health Behavior, 24, 69–72.

Peele, S.; Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: A necessary corrective to assessments of drinking outcomes? Drug and Alcohol Dependence.

Pereira, A.; Motta, E.; Vaz, A.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A. C.; Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: estratégias de intervenção. Análise Psicológica, 1(XXIV), 51–59.

Pereira, A.C.M. (2009). Análise da depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de Radiologia. Repositório do IPCB. Retrieved from http://repositorio.ipcb.pt/handle/10.400/1/442.

Pereira, A. et al. (2002). A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal, Ano de 2002. Contexto e Justificação. RESAPES (Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico No Ensino Superior).

Pereira, A. Et al (2009). Stress vulnerability and traumatic events in students. Psychology & Health Review, 24(1), 309.

Pereira, M. E. B. R. (2013). Comportamento na condução: a sua relação com os estilos educativos parentais e a personalidade em jovens condutores. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Pereira, A; Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. Counseling Psychology Quartley, 14(1), 43–47. http://doi.org/10.1080/09515070124198

Perkins, D. F. et al. (1996). Individual and contextual variables related to risk behaviors and resiliency among diverse youth. Retrieved from http://www.cyfernet.org/research/danperkins.html

Petribú, M. M. V.; Cabral, P. C.; Arruda, I. K. G. de. (2009). Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. Revista de Nutrição, 22(6), 837–846. http://doi.org/10.1590/S1415-52732009000600005

Peuker, A. N. et al. (2010). Factores associados ao abuso de drogas numa população clínica. Paideia, 20(46), 165–173.

Pillon, S.; Webster, C. (2006). Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. Revista de Enfermagem UERJ, 14(3), 325–332. Retrieved from http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a01.pdf

Pillon, S.C.; O'Brien, B.; Chavez, K. A. P. (2005). A relação entre o uso de drogas e os comportamentos de risco entre universitários brasileiros. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13, 888–895.

Pimentão, C. (2008). Análise do comportamento de risco ao volante de jovens condutores com base na teoria do comportamento planeado de ajzen. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/911/1/202-217.pdf

Pimentel, M. H.; Mata, M. A. P.; Anes, E. M. G. J. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. Psicologia, Saúde & Doenças, 14(1), 185–204. Retrieved from http://www.scielo.gpeari.mctes.pt

Pinto, B. M.; Cherico, N. P.; Szymanski, L.; Marcus, B. H. (1998). Longitudinal changes in college students' exercise participation. Journal of American College Health : J of ACH, 47(1), 23–27.

Pinto, B. M.; Marcus, B. H. (1995). A stages of change approach to understanding college students' physical activity. Journal of American College Health : J of ACH, 44(1), 27–31. http://doi.org/10.1080/07448481.1995.9937506

Pinto, C. M. M. (2010). Consumo de sustâncias lícitas e ilícitas de los estudiantes universitarios del Instituto Piaget. Universidade de Extremadura. Retrieved from www.http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=25548

Pires, C.G.S; Mussi, F.C.; Cerqueira, B.B.; Pitanga, F.J.G.; Silva, D. O. (2013). Prática de atividade física entre estudantes de graduação em enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, 6(5), 436–443. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500006

Pirkis, J.; Bassilios, B.; Fletcher, J.; Sanderson, K.; Spittal, M. J.; King, K.; Blashki, G. (2011). Clinical improvement after treatment provided through the Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) programme: do some patients show greater improvement than others? The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45(4), 289–298. http://doi.org/10.3109/00048674.2010.539195

Plataforma Crescimento Sustentável (PCS) (2014). Reorganizar a Rede do Ensino Superior. Relatório para o Crescimento Sustentável – uma visão pós-troika: 27 desafios, 511 recomendações. Retrieved http://www.crescimentosustentavel.org/27-desafios

Pollet, H. (2007a). Mental health promotion: a literature review (report prepared for the Mental Health Promotion of the providencial wellness advisory council). Retrieved from www.cmhanl.ca/pdf/mental.018.pdf

Pollet, H. (2007b). Mental Health Promotion: a literature review (Report prepared for the Mental Health Promotion of the Provinvial Wellness Advisory Council). Retrieved from www.cmhanl.ca/pdf/Mental_Health_Promotion_lit_Review/june_2018.pdf

Polydoro, S. A. J.; Primi, R.; Serpa, M. N. F.; Zaroni, M. M. H.; Pombal, K. C. P. (2001). Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. Psico-USF (Impresso), 6(1), 11–17. http://doi.org/10.1590/S1413-82712001000100003

Porta-Nova, R. M. M. M. (2010). Adaptabilidade, competências pessoais e bem-estar psicológico de jovens do ensino superior na área das ciências da saúde. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/24450

Porta-Nova, R. M. M. M. (2009). Adaptabilidade, competências pessoais e bem-estar psicológico de jovens do Ensino Superior na área das Ciências da Saúde. Universidade do Porto. Retrieved from www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream-10216/24450/dissertao20%doutoramento20%rui20%portanova.pdf

Portugal, F.; Siqueira, M. (2011). Factores associados ao uso de substâncias psicoactivas entre estudantes universitarios de pedagogia da Universidade Federal Espírito Santo. Caderno Saúde Pública, 19(3), 348–355.

Precioso, J.A.G. (1999). Educação para a saúde na Escola: um estudo sobre prevenção do hábito de fumar. Braga, Livraria do Minho.

Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. Revista Electrónica de Enseñanza de Las Ciências., 3(2), 161–170.

Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar : Implicações para a prevenção. Análise Psicológica, 3(22), 499–506. Retrieved from http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a07.pdf

Pressman, S.D.; Cohen, S. (2005). Does Positive affect influence health? Psychological Bulletin, 131(6), 925–971.

Prince, M. et al. (2003). Pratical Psychiatric Epidemiology. (R. . F. T. . H. Price, Martin; Stewart, Ed.) (Press Oxfo). Oxford.

Principle's Commision on Mental Health. (2012). Student Mental Health and Wellness: Framework and Recommendations for a Comprehensive Strategy. Retrieved from http://queensu.ca/cmh/index/CMHFinalReport.pdf

Pritchard, M.; Wilson, G. (2003). Using emotional and social factors to predict student success. Journal of College Student Development, 18–28. Retrieved from http://muse.jhu.edu/journals/csd/summary/v044/44.1pritchard.html

Quadros, T. M. B.; Petroski, E. L.; Santos-Silva, D. A.; Pinheiro-Gordia, A. (2009). The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. Revista de Salud Publica (Bogota, Colombia), 11(5), 724–733.

Rabasquinho, C.; Pereira, H.; (2007). Género e Saúde Mental: uma abordagem epidemiológica. Análise Psicológica, 3(XXV), 439-454.

Racette, S. B.; Deusinger, S. S.; Strube, M. J.; Highstein, G. R.; Deusinger, R. H. (2006). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. Journal of American College Health : J of ACH, 53(6), 245–251. http://doi.org/10.3200/JACH.53.6.245-251

Ramis, T. R.; Mielke, G. I.; Habeyche, E. C.; Oliz, M. M.; Azevedo, M. R.; Hallal, P. C. (2012). Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Epidemiologia, 15(2), 376–385. http://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200015

Ramos, R. T. (2007). Transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de stress pós-traumático e transtorno da adaptação. In H. (org. Neto, M.R.L.; Elkis (Ed.), Psiquiatria Básica, 2ª Ed. (2ª ed, pp. 338–345). Porto Alegre: Artmed.

Ramrakha, S.; Caspi, A.; Dickson, N.; Moffitt, T.E.; Paul, C. (2000). Psychiatric disorders and risk sexual behaviors in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. BMJ: British Medical Journal, 321 (7256), 263-266.

Raphael, B.; Scholmoke, M.; Wooding, S. (2005). Links between mental and psysical health and ilness. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Pratice - a Report of the WHO, pp. 132–147. Geneva, Switzerland: WHO.

Ravert, R. D. (2009). You're Only Young Once: Things College Students Report Doing Now Before It Is Too Late. Journal of Adolescent Research, 24(3), 376–396. http://doi.org/10.1177/0743558409334254

Read, J.P.; Wood, M.D.; Kahler, C.W.; Meddock, J.E.; Palfai, T.P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. Psychology of Addictive Behaviors, 17, 13-23.

Reason, R. D.; Terenzini, P. T.; Domingo, R. J. (2006). First things first: Developing academic competence in the first year of college. Research in Higher Education, 47(2), 149–175.

Reche, C. (2004). Essa tal de depressão: doença ou resposta? (2ª Edição). Campinas: Atomo.

Reis, M.; Matos, M. G. (2007). Contracepção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. Psicologia, Saúde E Doenças, 8(2), 209–220.

RESAPES. (2002). A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal (Vol 1-3). Lisboa.

Rezende, C.H.A; Abraão, C.B.; Coelho, E.P.; Passos, L. B. (2008). Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Revista Brasileira de Educação Médica., 32(3), 315–323. http://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300006.

Ribeiro, J. L. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (Ed. Legis). Livpsic/ Legis Editora.

Ribeiro, J. L. P. (2011). Inventário de Saúde Mental (1ª Edição). Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Ribeiro, M.I.B.; Fernandes, A. J. G. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público na cidade de Bragança. Psicologia, Saúde E Doenças, 10(1), 99–113.

Richards, D. A.; Suckling, R. (2009). Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society (Vol. 48).

Richards, D.; Timulak, L.; Doherty, G.; Sharry, J.; McLaughlin, O.; Rashleigh, C.; Joyce, C. (2014). Low-intensity internet delivered treatment for generalized anxiety symptoms in routine care: protocol for a randomized controlled trial. Trials, 15, 145.

Rickwood, D.; Deane, F. P.; Wilson, J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? Medical Journal of Australia, 187(7), 35–39.

Robert D. Ketterlinus, M. E. L. (1994). Adolescent problem behaviors: issues and research. (M. E. L. Robert D. Ketterlinus, Ed.). L. Erlbaum Associates, 1994.

Roberto, A; Almeida, A. (2011). A saúde mental de estudantes de medicina: estudo exploratório na UBI. Acta Médica Portuguesa, 24(S2), 279–286.

Roberts, R.; Golding, J.; Towell, T.; Weinreb, I. (1999). The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. Journal of American College Health : Journal of ACH, 48(3), 103–109. http://doi.org/10.1080/07448489909595681

Roberts, S. B.; Kendler, K. S. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. Psychological Medicine, 29(5), 1101–1109. http://doi.org/10.1017/S0033291799008739

Roberts, R.; Zelenyanski, C. (2002). Degrees of debt. In J. (eds) Stanley, N and Manthorpe (Ed.), Students' Mental Health Needs Problems and Responses. (pp. 107–120). London.

Robins, L.N.; Locke, B.Z.; Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In D. Robins, L.; Regier (Ed.), Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study (Free Press, pp. 328–366). New York.

Robinson, L. (1983). Psychiatric nursing as a human experience (3ª Edition). Philadelphia: WB Saunders.

Rocha, L.S.; Debert-Ribeiro, M. (2001). Trabalho, saúde e género: estudo comparativo sobre audistas de sistemas. Revista de Saúde Pública, 35(6), 539–547.

Rockwell, J.K.; Talley, J. E. (1985). Who seeks psychological services on campus and why. In Counseling and psychotherapy services for university students. (pp. 3–17). Springfield: Talley, J.E.; Rockwell, J.K.

Rodrigues, E. M.; Soares, F. P. T. P.; Boog, M. C. F. (2005). Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Revista de Nutrição, 18(1), 119–128. http://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100011

Rodrigues, T. H. (2012). Avaliação dos Hábitos Alimentares de Estudantes do Ensino Superior. Instituto Politécnico de Viseu.

Roeder, M. A. (1999). Benefícios da actividade física em pessoas com transtorno mental. Revista Brasileira de Actividade Física E Saúde., 4(2), 62–76.

Ronzani, T. M. (2006). Beliefs about alcohol use among university students ´. Journal of Substance Abuse Treatment, 31, 181 – 185. http://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04

Rose, G. (1988). Individuos enfermos e poblaciones enfermas. In Organizacion Panamericana de la Salud. El desafio de la Epidemiologia. Washington D.C., 505, 900-909.

Rosal, M. C.; Ockene, J. K.; Hurley, T. G.; Reiff, S. (2000). Prevalence and co-occurrence of health risk behaviors among high-risk drinkers in a primary care population. Preventive Medicine, 31(2 Pt 1), 140–147. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov

Rosenthal, B.; Wilson, W. C. (2008). Mental health services: use and disparity among diverse college students. Journal of American College Health : J of ACH, 57(1), 61–68. http://doi.org/10.3200/JACH.57.1.61-68

Rosser, S. et al. (2013). Development, implementation and evaluation of a pharmacist - conducted screen program for depression. Journal of American Pharmacy Association, 53(1), 22–29. http://doi.org/10.1331/japha.2013

Royal College of Psychiatrists (2003). The Mental Health of Students in Higher Education. Council Report, 112. January.

Royal College of Psychiatrists (2011). Mental Health of Students in Higher Education. College Report CR116. September, 2011, London.

Rubio, H. (2002). Relações entre qualidade de vida e estrutura da personalidade em pessoas deprimidas. Revista Psicologia Vector (online), 3(1), 58–85.

Ruiloba, J. V. (1992). Transtornos de angústia. In J. V. (Org. . Ruiloba (Ed.), Introducion a la psicopatologia y la psiquiatria (pp. 340–354). Barcelona: Masson-Salvat Medicina, Ediciones Científicas y Técnicas,SA. Retrieved from http://www.ispa.pt/biblioteca/localizacao_do_documento/c1.htm

Rumpf, H. J.; Meyer, C.; Hapke, U.; John, U. (2001). Screening for mental health: Validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. Psychiatry Research, 105(3), 243–253. http://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00329-8

Ruscio, A. M.; Brown, T. A.; Chiu, W. T.; Sareen, J.; Stein, M. B.; Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychological Medicine, 38(1), 15–28. http://doi.org/10.1017/S0033291707001699

Ryff, C.D.; Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of happiness studies, 9, 13-19.

Ryff, C.; Singer, B.; Love, D. (2004). Positive Health: connecting well-being with biology. Philosophical Transactions of the Royal Socieaty B: Biological Sciences., 29(359), 1383–1394.

Saavedra, L.; Taveira, M.C.; Silva, A.D. (2010). The under-representation of women in typicall male areas: exploratory factors and paths for interventions. Revista brasileira de orientação professional, 11(1) 49-60.

Saito, M. I. (2001). Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In L. E. V. Saito, M.I.; Silva (Ed.), Adolescência: prevenção e risco. (Ed. Athene, pp. 33–38). São Paulo.

Saldivia, C.; Vizcarra, B. (2012). Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. Terapia Psicológica, 30(2), 43–49. http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200004

Salmela-Aro, K.; Aunola, K.; Nurmi, J.-E. (2008). Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. European Journal of Developmental Psychology, 5(4), 439–465. http://doi.org/10.1080/174056206008.

Sampilo, R. S. (2013). Violencia e consumo de drogas em contexto universitário - Programa de Prevenção do Polo de Asprela. Universidade Fernando Pessoa.

Sánchez-Villegas, A.; Delgado-Rodríguez, M.; Alonso, A.; Schlatter, J.; Lahortiga, F.; Majem, L.; Martínez-González, M. A. (2009). Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. Archives of General Psychiatry, 66(10), 1090–1098. http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.129

Sanmarti, L. (1988). Educación Sanitária: principios, metodos e aplicaciones. (E. D. de Santos, Ed.) (Eu reimpre). Madrid: Diaz dos Santos.

Sant'Anna, M. J. C. et al. (2008). Comportamento sexual entre jovens universitários. Adolescência E Saúde, 2(5), 52–56.

Santos, I.; Tavares, B. (2013). Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. Cadernos de Saúde. 9(8), 1533–1543. http://doi.org/10.1590/0102-311X00144612

Santos, L. (2000). Adaptação Académica e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano na Universidade do minho. Análise Psicológica, 2 (XIX), 205–217.

Santos, L.; Veiga, F.; Pereira, A. (2010). Bem-Estar, Sintomas Emocionais e Dificuldades Interpessoais dos Estudantes do Ensino Superior. Actas Do VII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia Univ. Minho, 2652 – 2662.

Santos, L., Pereira, A., Veiga, F. (2009). How's the mental health of higher education students in Portugal? Actas da 1st International Conference of Psychology and Education, Covilhã.

Santos, M.; Pereira, A.; Veiga, F. (2011). Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Dep. Educação. Universidade de Aveiro. Retrieved from http://hdl.handle.net/10773/6738

Santos, M.L.R.R. (2011). Saúde Mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Universidade de Aveiro.

Sarokhani, D.; Delpisheh, A.; Veisani, Y.; Sarokhani, M.T.; Manesh, R.E.; Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of depression among university students: a systematic review and meta-analysis. Depression Research and Treatment. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1155/2013/373857.

Saúde, D. G. (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental: orientações programáticas. Retrieved from www.dgs.pt

Saúde, Ministério. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Direcção Geral de Saúde. Retrieved from http://www.dgs.min-saude.pt/pns/media/pns_vol.1.pdf

Saúde, W. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Retrieved from www.dgs.pt/upload/membro.id-ficheiros/i006020.pdf

Savedra, J. (2002). Estudio epidemiologico metropolitano en salud mental. Anales de Salud Mental 2002, 42, 1–2. Retrieved from www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1

Sax, L. J.; Bryant, A. N.; Gilmartin, S. K. (2004). A longitudinal investigation of emotional health among male and female first-year college students. Journal of the First-Year Experience & Students in Transition, 16(2), 39–65.

Sax, L.J.; Bryant, A.N.; Gilmartin, S. K. (2004). A longitudinal investigation of emotional health among male and female first-year college students. Journal of The First-Year Experience & Students in Transition, 16(2), 39–65.

Sayiner, B. (2006). Stress level of university students. Istanbul Ticarey Üniversitesi Bilimleri Dergisi Yil, (2000), 23–34. Retrieved from http://www.istu.edu.tr/uploads/Kutuphane/dergi/f10/M00134.pdf

Schaufeli, W. B.; Martinez, I. M.; Pinto, A. M.; Salanova, M.; Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. Journal of Cross-Cultural Psychology, 33(5), 464–481. http://doi.org/10.1177/002202210

Schulenberg, J. E.; Zarrett, N. R. (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, 135–172. http://doi.org/10.1037/11381-006

Schwartz, K. A.; Pyle, S. A.; Dowd, M. D.; Sheehan, K. (2010). Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. Pediatrics, 125(2), 221–227. http://doi.org/10.1542/peds.2008-2248

Schwarzer, R.; Fuchf, R. (1995). Changing Risk Behaviour and Adopting Health Behaviours:The Role of Self Efficacy Belief. In A. Bandura (Ed.), Self Efficacy in Changing Societ edited by Albert Bandura (pp. 259–288). Cambridge university press.

Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. Health Education Research, 13(1), 57–66.

Seco, G.; Casimiro, M.; Pereira, M.I.; Dias, M.I.; Custódio, S. (2005). Contribuindo pontes para uma adaptação bem-sucedida ao ensino superior: implicações práticas de um estudo. In Comunicação apresentada no Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. Retrieved from www.iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8

Seco, G.; Casimiro, M.; Pereira, M.I.; Dias, M.I.; Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. Instituto Politécnico de Leiria.

Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. American Journal of Psychiatry, 154(12), 1641–1647.

Sell, L.; Robson, P. (1998). Perceptions of College Life, Emotional Well-being and Patterns of Drug and Alcohol Use among Oxford Undergraduates. Oxford Review of Education. http://doi.org/10.1080/0305498980240207

Sequeira, C.; Carvalho, J.C.; Borges, E.; Sousa, C. (2013). Mental vulnerability of nursing degree students in higher education: exploratory study. Journal of Nursing and Health, 3(2), 170–81.

Shaffer, D.; Gould, M. S.; Fisher, P.; Trautman, P.; Moreau, D.; Kleinman, M.; Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 53(4), 339–348. http://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040075012

Sharkin, B. S. (2006). College students in distress: A resource guide for faculty, staff, and campus community. College students in distress A resource guide for faculty staff and campus community. Haworth Press.

Sharkin, B.S.; Coulter, L.P. (2005). Empirically supporting the increasing severity of college counseling center client problems: why is it so challenging? Journal of College Counseling, 8, 165–171.

Sheehan, D. (1982). Current perspectives in the treatment of panic and phobic disorders. Drug Therapy.

Bhamani, S.; Hussain, N. (2012). Social anxiety in higher education learning context: scale construction and reliability. Golden Research Thoughts, 2(5), 1–5. Retrieved from http://www.aygrt.net/PublishArticles/1311.pdf

Silliman, K., Rodas-Fortier, K., & Neyman, M. (2004). A survey of dietary and exercise habits and perceived barriers to following a healthy lifestyle in a college population. Californian J Health Promot, 2(2), 10–19.

Silva, L.V., Malbergier, A., Stempliuk, V. A.; Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Revista de Saude Publica, 40(2), 280–288.

Silva, A. D. (2010). A subrepresentatividade das mulheres em áreas tipicamente masculinas : Factores explicativos e pistas para a intervenção, 11(1), 49–59.

Silva, A. N.; Deus, A. E. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes : Estudo comparativo. Análise Psicológica, 23(2), 151–172.

Silva, R. S. et al. (2010). Actividade física e qualidade de vida. Revista Ciência E Saúde Coletiva, 15(1), 115–120.

Silva, D. (2006). O inventário de estado-traço de ansiedade - STAI. In C. (Coords) Gonçalves, M.; Simões, M.; Almeida, L.; Machado (Ed.), A Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa (Quarteto E, pp. 45–60).

Silva, J. L. et al. (2010). Ensino Superior em mudança: tensões e possibilidades. In Actas do Congresso Ibérico, Braga. (pp. 429–440).

Silva, M.; Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. Análise Psicológica, 2(23), 111–127.

Silva, A.D.; Neto, J. L. C. (2014). Association between levels of physical activity and commom mental disorder in university students. Revista de Motricidade, 10(1), 45-59. Retrieved from http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php/motricidade

Silveira, C.; Norton, A.; Brandão, I.; Roma-Torres, A. (2011). Saúde Mental em estudantes do Ensino Superior: experiência de consulta de psiquiatria do Centro Hospitalar São João. Acta Médica Portuguesa, 24(S2), 247–256.

Silver, H.K. (1982). Medical student and medical school. Journal of the American Medical Association, 247(3), 304-320.

Silverman, M. M.; Meyer, P. M.; Sloane, F.; Raffel, M.; Pratt, D. M. (1997). The Big Ten Student Suicide Study: a 10-year study of suicides on midwestern university campuses. Suicide & Life-Threatening Behavior, 27(3), 285–303. http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00411.x

Silvestre, S.; Rowland, J.; Melo, R. (2012). Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior. Lisboa: Conselho Nacional da Juventude em parceria com o Observatório Permanente da Juventude do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (UL) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Simões, M. (2007). Comportamentos de Risco na Adolescência. FCG FCT.

Slutske, W. S. (2005). Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. Archives of General Psychiatry, 62(3), 321–327. http://doi.org/10.1016/S0084-3717(08)70186-7

Smith, T. W.; Orleans, C. T.; Jenkins, C. D. (2004). Prevention and health promotion: decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 23(2), 126–131. http://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.126

Smith, D.; Blackwood, H. (2004). Depression in Young Adults. Advances in Psychiatric, 10, 4–12. http://doi.org/10.1192/apt.10.1.4

Soar, C.; Silva, P.S.; Lira, J. G. (2012). Food consumption and physical activities of college students in the health field. Revista Univap, 18(31), 41–47.

Soares, A.P.; Almeida, L.A.; Diniz, A.M.; Guisande, M. 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, 15–27.

Soares, A.P.; Guisande, M.A.; Almeida, L. S. (2007). Autonomia y ajuste academico: un estudio com estuduantes portugueses de primer año. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7, 753–765.

Soet, J.; Sevig, T. (2006). Mental Health Issues Facing a diverse sample of college students: results from college student mental health survey. NASPA Journal (online), 43(3), 410–431.

Song, Y.; Huang, Y.; Liu, D.; Kwan, J. S. H.; Zhang, F.; Sham, P. C.; Tang, S. W. (2008). Depression in college: depressive symptoms and personality factors in Beijing and Hong Kong college freshmen. Comprehensive Psychiatry, 49(5), 496–502. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.02.005

Sousa, L. G.; Martins, M. C.; Andrade, F. T.; Souza Filho, M. D.; Assis, R. C.; Santos, T. L.; Oliveira, G. P. (2012). Prevalência e Fatores Associados ao Tabagismo entre Estudantes Universitários. ConScientiae Saúde, 11(1), 17–23. http://doi.org/10.5585/conssaude.v11n1.2962

Souza, M.S.; Baptista, A.S.D.; Baptista, M.N. (2010). Relation between family support, mental health and risk behavior in undergraduates' students. Acta Columbiana de Psicologia 13(1), 143–154. http://www.researchgate.net/publication/262721026_relation_between_family_support_mental_health_and_risk_behavior_in_undergraduates_students

Spitzer, R. L. et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 Study. Jama, 272, 1749–1756.

Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J.B.W.; Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092–1097. http://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Kroenke, K.; Linzer, M.; Verloin, F.; Hahn, S. R.; Johnson, J. G. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. JAMA, 272(22), 1949–1756.

Stanley, N.; Manthorpe, J. (2001). Students' mental health needs: problems and responses. (S. N. & M. J. (Eds.), Ed.) (British Jo). London & NY: London & New York: Jessica Kingsley. http://doi.org/10.1080/0306988031000086224

Stanley, N; Manthorpe, J. (2001). Responding to student's mental health needs: impermeable systems and diverse users. Journal of Mental Health, 10(1), 41–52.

Stead, R.; Shanahan, M. J.; Neufeld, R. W. J. (2010). I'll go to therapy, eventually: Procrastination, stress and mental health. Personality and Individual Differences, 49(3), 175–180. http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.028

Steele, M. R. (2013). Depression screening of young adult freshman students. Valparaiso University.

Steptoe, 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. http://doi.org/10.1007/BF03004175

Steptoe, A.; Wardle, J. (1996). The European Health and Behaviour Survey: the development of an international study in health psychology. Psychology of Health, 11, 49–73. Retrieved from http://discovery.ucl.ac.uk/111579/

Steptoe, A.; Wardle, J.; Cui, W.; Bellisle, F.; Zotti, A.-M.; Baranyai, R.; Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. Preventive Medicine, 35(2), 97–104. http://doi.org/10.1006/pmed.2002.1048

Stewart-Brown, S.; Evans, J.; Patterson, J.; Petersen, S.; Doll, H.; Balding, J.; Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? Journal of Public Health Medicine, 22(4), 492–499.

Strasburger, V. C. (2000). Getting teenagers to say no to sex, drugs, and violence in the new millennium. The Medical Clinics of North America, 84(4), 787–810, v. http://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70261-3

Suen, L.J.; Morris, D. L. (2006). Depression and gender differences: focus on Taiwanese American older adults. Journal of Gerontology Nursing, 32(4), 28–36.

Suminski, R. R.; Petosa, R.; Utter, A. C.; Zhang, J. J. (2002). Physical activity among ethnically diverse college students. Journal of American College Health : J of ACH, 51(2), 75–80. http://doi.org/10.1080/07448480209596333

Syme, L. (1996). The preventive disease: the need for new approach. In R. Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson (Ed.), Health and Social Organization (pp. 21–31). London - Routledge.

Tao, S.; Dong, Q.; Pratt, M. W.; Hunsberger, B.; Pancer, S. M. (2000). Social Support: Relations to Coping and Adjustment During the Transition to University in the People's Republic of China. Journal of Adolescent Research.

Tavares, J.; Santiago, R.; Tavareira, M.C.; Lencastre, L.; Gonçalves, F. (2000). Factores de Sucesso/Insucesso no 1º Ano dos Cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia do Ensino Superior. In S. M. Soares, A.P.; Osório, A.; Capela, J.V.; Almeida, L.S.; Vasconcelos, R.M.; Caires (Ed.), Transição para o Ensino Superior. Universidade do Minho: Conselho Académico.

Tavares, J; Pereria, A.; Gomes, A.A.; Monteiro, S.; Gomes, A. (2007). Manual de Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem. Porto Editora.

Taveira, M. C. et al. (2000). Apoio psicossocial na transicção para o Ensino Superior: um modelo integrado de serviços. Retrieved from http://hdl.handle.net/1822/1213

Taylor, Y. (2006). College of the Overwhelmed: The Campus Mental Health Crisis and What to Do About It. Journal of College and Character. http://doi.org/10.2202/1940-1639.1223

Teixeira, M.A.; Dias, A.C.; Wottrich, S.H.; Oliveira, A. M. (2008). Adaptação à universidade em jovens calouros. Revista Semestral Da Associação Brasileira de Psicologia Escolar E Educacional, Vol. 12 (1), 185–202.

Telles-Correia, D.; Barbosa, A. (2009). A ansiedade e depressão em Medicina - modelos teóricos e avaliação. Acta Médica Portuguesa, 22, 89–98. Retrieved from http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../1260

Terri, G. (1992). Review of Global Report on Student Well-Being, Vol. 1: Life Satisfaction and Happiness. PsycCRITIQUES. 37(3). 269. http://doi.org/10.10037/031430.

Thompson, B. L.; Nelson, D. E.; Caldwell, B.; Harris, J. R. (1998). Assessment of Health Risk Behaviors and Purchasers. American Journal of Preventive Medicine, 16(2), 48–59.

Thornberry, T. P.; Ireland, T. O.; Smith, C. A. (2001). The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. Development and Psychopathology, 13(4), 957–979. http://doi.org/doi:null

Thurber, C. A.; Walton, E. A. (2012). Homesickness and Adjustment in University Students. Journal of American College Health. http://doi.org/10.1080/07448481.2012.673520

Tobal, J. J. M. (1990). La ansiedad. In J. L. (Eds. . Mayor. J y Pinillos (Ed.), Tratado de Psicología General. Alambra.

Tochkov, K.; Levine, L.; Sanaka, A. (2010). Variation in the prediction of cross-cultural adjustment by Asian-Indian students in the U.S. College Student Journal, 44(3), 677–689.

Tones, K.; Tilford, S. (2001). Health promotion: efectiveness, efficiency and equity. Ed. Nelson Thornes, pp. 524.

Toro, J. S. et al. (2011). Prevalência da ansiedade y depression entre los estudiantes de medicni da la Pontificia Universidade Catolica de Chile. Revista Chilena de Neuropsiquiatria, 49(1), 47–55.

Townsend, M. C. (2009). Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados na prática baseados na evidência. In Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica (pp. 12–29). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Trimpop, R. M. (1994). The Psychology of Risk Taking Behaviour. (G. E. Stelmach & P. A. Vroon, Eds.)Advance in Psychology (Vol. 107). North-Holland\nElsevier Science B.V. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov

Trullén, A.; Labarga, I. (2002). El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. Prevencion Del Tabaquismo, 4(1), 1–2.

Trullén, A; Labarga, I. (2002). El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. Prevention Del Tabaquismo, 4(1), 1–2.

Turner, A. P.; Hammond, C. L.; Gilchrist, M.; Barlow, J. H. (2007). Coventry university students' experience of mental health problems. Counselling Psychology Quarterly, 20(3), 247–252. http://doi.org/10.1080/09515070701570451

Tusquets, M.; Gran, M. M. (1987). Conceptos fundamentales de epidemiologia psiquiatrica. Grafesa. Barcelona. Pp. 228.

Universitas21 Rankings of National Higher Education Systems 2013. (2013). Retrieved from http://www.universitas21.com/article/projects/?parentID=152

Universitas21. (2014). U21 Ranking of National Higher Education Systems: A ranking of higher education systems based on resources, environment, connectivity and output. Retrieved from http://www.universitas21.com/article/projects

University, L. (2012). Student Psychological Health Project. Retrieved from www.lc.ac.uk/edsc/sphp

Vaez, M.; Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish university students. Social Behavior and Personality: An International Journal. http://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.2.183

Vaez, M.; Kristenson, M.; Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first university students. Social Indicators Research, 68, 221–234.

Vaillant, G. (2003). Mental Health: reviews and overviews. American Journal of Psychiatry, 160, 1373–1384.

Valadas, S.C.; Gonçalves, F. R. (2002). As abordagens à aprendizagem de estudantes da Universidade do Algarve. In Quarteto Editora (Ed.), Pedagogia e apoio psicológico no ensino superior. Coimbra.

Valero, F.; Ciscar, C. (2002). El tabaquismo pasivo en la infancia; nuevas evidencias. Prevención Del Tabaquismo, 4(1), 20–25. Retrieved from http://personales.unican.es/ayestaf/esh/El.tabaquismo.pasivo.en.la.infancia.Nuevas evidencias.pdf

Valles, Alberto Castro; Saucedo, I. C. (2007). Convergences between anxiety and depression in university college students. Retrieved from http://www2.uacj.mx/UniversidadSaludable/memorias/documentos/pdf.Resumenes/-convergencias.entre.ansiedad.y.depresion.en.universitarios.pdf

Van Tilburg, M. A. L. (2006). The psychological context of homesickness. In A. J. J. M. Van Tilburg, M.A.L.; Vingerhoets (Ed.), Psychological aspects of geographical moves: homesickness and acculturation stress. (pp. 37–49).

Vazquez, F.L.; Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among spanish university students. Journal of American College Health, 57(2), 165–172. http://doi.org/10.3200/JACH.57.2

Veit, C. T.; Ware, J. E. (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

Velez, D. et al (2008). Characteristics of depression and anxiety in university students. International Journal of Psychological Research, 1(1), 34-39.

Verger, P.; Combes, J. B.; 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.

Verger, P.; Lions, C.; Ventelou, B. (2009). Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults. European Journal of Public Health, 19(6), 618–624. http://doi.org/10.1093/eurpub/ckp057

Verger, P.; Combes, J-B.; Kovess-Masfety, V.; Choquet, M.; Lenagliardo, V.; Rouillon, F.; Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: socioeconomic anda academica stressors, mastery and social support in young men and women. Society of Psychiatric: Psychiatric Epidemiology, 44, 643–650. http://doi.org/DOI.10.1007/s00127-008-0486-y

Viana, G. et al. (2008). Prevalência do Suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. http://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100008

Viana, G. et al. (2010). Comportamento Suicida: factores de risco e intervenções preventivas. Retrieved from www.fen.ufg.br/revista/v12/ul/v12nla24.htm

Vieira, V. C. R.; Priore, S. E.; Ribeiro, S. M. R.; Franceschini, S. C. C.; Almeida, L. P. (2002). Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. Revista de Nutrição, 15(3), 273–282. http://doi.org/10.1590/S1415-52732002000300003

Vlassoff, C. (2007). Gender differences in determinants and consequences of health and illness. Journal of Health, Population, and Nutrition, 25(1), 47–61. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov

Voelker, R. (2003). Mounting students depression taxing campus mental health services. Journal of the American Medical Association, 289, 2055–2056.

Vredenburg, K.; O'Brien, E.; Krames, L. (1988). Depression in college students: Personality and experiential factors. Journal of Counseling Psychology, 35(4), 419–425. http://doi.org/10.1037/0022-0167.35.4.419

Wagner, G.; Andrade, A. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. Revista Brasileira de Psiquiatria, 35(1), 48–54.

Wagner, G. A.; Andrade, A. G. de. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. Revista de Psiquiatria Clínica, 35(1), 48–54.

Walker, L.; Rowling, L. (2002). Debates and confusion, collaboration and emerging practice. In Mental health promotion and young people : concepts and practice (pp. 4–10). Sydney: McGraw Hill. Retrieved from http://trove.nla.gov.au-version/166851322

Ware, J. E.; Sherbourne, C. D.; Davies, A. R. (1992). Developing and testing the MOS 20-item short-form health survey: A general population application. In A. L. S. & J. E. W. (eds.) (Ed.), Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study approach. (pp. 277–290). Durham: Duke University Press.

Ward, M.; McGee, H.; Morgan, K.; Lente, E.J.; Layte, R.; Barry, M.M.; Watson, D.; Shelley, E.; Perry, I. (2009). SLOÁN2007: survey of lifestyle, attitudes and nutrition in Ireland. "One Island-one lifestyle?" Health and lifestyles in the Republic of Ireland and Northern Ireland: Comparing the population surveys SLOÁN2007 and NIHSWS2005, Department of Health and Children. Dublin: the Stationary Office. Retrieved from http://www.sloan07.ie.

Watt, S. E.; Badger, A. J. (2009). Effects of social belonging on homesickness: an application of the belongingness hypothesis. Personality and Social Psychology Bulletin, 35(4), 516–530. http://doi.org/10.1177/0146167208329695

Webb, E.; Ashton, C.; Kelly, P.; Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. The Lancet, 348(9032), 922–925. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)03410-1

Webb, E.; Ashton, C.H.; Kelly, P. (1996). Alcohol and drug use in UK University students. Lancet, 348, 922–925.

Wei, M.; Russell, D. W.; Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Social Self-Efficacy, Self-Disclosure, Loneliness, and Subsequent Depression for Freshman College Students: A Longitudinal Study. Journal of Counseling Psychology. http://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.602

Wells, K. B. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcome study. Journal of The American Medical Association, 262, 916–919.

Westefeld, J. S.; Homaifar, B.; Spotts, J.; Furr, S.; Range, L.; Werth, J. L. (2005). Perceptions concerning college student suicide: data from four universities. Suicide & Life-Threatening Behavior, 35(6), 640–645. http://doi.org/10.1521/suli.2005.35

Westerhof, G. J.; Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. Journal of Adult Development, 17(2), 110–119.

WHO (2001). Mental Health: evidence and research. Retrieved from www.who.int/mental_health/media/eu/545.pdf

WHO (2002). Prevention and promotion in mental Health. Geneva. Retrieved from www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf

WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization (Vol. 78).

WHO (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 states (official records of the World Health Organization, nº 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Wolf, T.M. (2001). To your health: achieving well-being during medical school. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.

World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health, 23, 24–56. Retrieved from http://www.mendeley.com/research/development-whoqol-rationale-current-status/

World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) (1995). Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine (1982), 41(10), 1403–9.

Wicki, M.; Kuntsche, E.; Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. Addictive Behaviors, 35(11), 913–924. http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.015

Williams, A.; Larocca, R.; Chang, T.; Trinh, N.-H.; Fava, M.; Kvedar, J.; Yeung, A. (2014). Web-based depression screening and psychiatric consultation for college students: a feasibility and acceptability study. International Journal of Telemedicine and Applications, 2014, 580786. http://doi.org/10.1155/2014/580786

Williams, R.; Rassenfosse, G.; Jensen, P.; Marginson, S. (2012). U21 Rankings of National Higher Education Systems. Institute of Applied Economic and Social Research, University of Melbourne. Retrieved from http://www.universitas21.com/news/details/61/u21-rankings-of-national-higher-education-systems-2012

Wiseman, H.; Mayseless, O.; Sharabany, R. (2006). Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. Personality and Individual Differences, 40(2), 237–248.

Wong, J. G. W. S.; Cheung, E. P. T.; Chan, K. K. C.; Ma, K. K. M.; Tang, S. W. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(9), 777–782. http://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01883.x

Xavier, M.; Baptista, H.; Mendes, J. M.; Magalhães, P.; Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. International Journal of Mental Health Systems, 7(1), 19. http://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19

Yamazaki, S.; Fukuhara, S.; Green, J. (2005). Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. Health and Quality of Life Outcomes, 3(48), 48. http://doi.org/10.1186/1477-7525-3-48

Yu, Y.; Williams, D. (1999). Socioeconomic status and mental health. Handbook of the Sociology of Mental Health, 151–166. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-36223-1_8

Zahn-Waxler, C.; Crick, N. R.; Shirtcliff, E. A.; Woods, K. E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method (pp. 76–138). John Wiley & Sons Inc.

Zão, I. V. B. (2012). Consumo de Álcool e outras Drogas e Comportamentos Sexuais - estudo numa população universitária. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Retrieved from http://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1/dissertacao.pdf

Zheng, X.; Sang, D.; Wang, L. (2004). Acculturation and Subjective well-being of Chinese Students in Australia. Journal of Happiness Studies, 5, 57–72. http://doi.org/10.1023/B:JOHS.0000021836.43694.02

Zikmund, V. (2003). Health, well-being and the quality of life: some psychosomatic reflections. Neuro Endocrinology Letters, 24(6), 401–403.

Zikmund, V. (2001). Health-mental health: quality of life. Bratisl Lek Listy, 102(11), 527–529.

Zimmerman, F. J.; Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: What lies behind the income-depression relationship? Health Economics, 14(12), 1197–1215. http://doi.org/10.1002/hec.1011

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1
Organograma do Sistema de Ensino Superior Português **18**

FIGURA 2
U21 Ranking Ensino Superior por Países 2013 **20**

FIGURA 3
Número de Alunos no Ensino Superior na última década **21**

FIGURA 4
Distribuição das instituições de Ensino Superior Público e Privado **23**

FIGURA 5
Factores condicionantes do comportamento dos jovens em relação à Saúde **28**

FIGURA 6
Modelo de Saúde Mental Completa **34**

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização da amostra	**96**
TABELA 2	Descrição da amostra – dimensões quantitativas	**97**
TABELA 3	Necessidades em termos de utilização de serviços de apoio psicológico – amostra total	**98**
TABELA 4	Necessidades, em termos de utilização de serviços de apoio psicológico – participantes com saúde mental negativa (N=360)	**99**
TABELA 5	Classificação da amostra em termos de saúde mental global, depressão e ansiedade	**100**
TABELA 6	Normalidade das dimensões em estudo	**100**
TABELA 7	Diferenças entre sexos	**101**
TABELA 8	Diferenças entre cursos	**102**
TABELA 9	Diferenças entre anos de escolaridade	**103**
TABELA 10	Diferença entre ter e não ter de sair de casa para estudar	**104**
TABELA 11	Diferenças entre participantes com pai que trabalha e pai que não trabalha	**105**
TABELA 12	Diferenças entre participantes com mãe que trabalha e mãe que não trabalha	**106**
TABELA 13	Diferenças entre participantes com menos ou mais de três unidades curriculares em atraso	**107**
TABELA 14	Diferenças entre participantes que trabalham e não trabalham	**108**
TABELA 15	Diferenças entre níveis de depressão para os comportamentos de risco	**109**
TABELA 16	Diferenças entre níveis de ansiedade para os comportamentos de risco	**110**
TABELA 17	Correlações entre saúde mental global, depressão, ansiedade e comportamentos de risco	**111**
TABELA 18	Predição da saúde mental global	**112**
TABELA 19	Predição da depressão	**112**
TABELA 20	Predição da ansiedade	**112**
TABELA 21	Variáveis discriminantes da saúde mental global	**113**
TABELA 22	Funções discriminantes	**113**
TABELA 23	Importância das variáveis independentes em cada função	**114**

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO **18**

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR **22**

1.1 Desafios de Estudar no Ensino Superior – Transição e Adaptação **23**

1.2 Caracterização da população estudantil universitária Portuguesa **27**

CAPÍTULO 2 – SAÚDE MENTAL: CONCEPTUALIZAÇÃO **33**

2.1 Evolução dos conceitos de Saúde e Saúde Mental **34**

2.1.1 Saúde Mental – perspectiva positiva e bem-estar **36**

2.1.2 Saúde Mental Positiva **40**

2.1.3 Bem-Estar Psicológico e subjectivo **43**

2.1.4 Promoção e Educação para a Saúde **44**

2.1.5 Saúde Mental dos estudantes do Ensino Superior **50**

2.1.6 As variáveis sociodemográficas e académicas **54**

2.1.7 Resposta das Instituições **56**

2.1.8 Perturbações da Saúde Mental nos estudantes do Ensino Superior **58**

2.2 Depressão **62**

2.2.1 Conceito e classificação **65**

2.2.2 Sintomatologia **65**

2.2.3 Perturbações Depressivas nos Estudantes do Ensino Superior **66**

2.2.4 Depressão e Suicídio **69**

2.3 Ansiedade **72**

2.3.1 Ansiedade generalizada **73**

2.3.2 Ansiedade Traço e Ansiedade-Estado **74**

2.3.3 Ansiedade nos Estudantes do Ensino Superior **74**

2.4 Comportamentos de Risco **77**

2.4.1 Conceptualização **79**

2.4.2 O que dizem os estudos **80**

2.4.3 Os comportamentos de risco nos Estudantes no Ensino Superior **80**

2.4.4 Padrões dos comportamentos de risco nos estudantes universitários **83**

2.4.5 Consumo de Álcool **84**

2.4.6 Actividade Sexual **85**

2.4.7 Consumo de Tabaco e outras drogas **86**

2.4.8 Actividade Física **88**

2.4.9 Hábitos Alimentares **89**

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA **95**

3.1 Objectivos do estudo **97**

3.2 Hipóteses de investigação **97**

3.3 Desenho e tipo de estudo **98**

3.4 Amostra **98**

3.5 Instrumentos de Recolha de Dados **99**

3.5.1 Questionário Demográfico **99**

3.5.2 Mental Health Inventory (MHI, Pais Ribeiro, 2001) **100**

3.5.3 Questionário de Comportamentos de Risco nos Estudantes Universitários (QREU; Pereira et al, 2007) **101**

3.5.4 Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) **101**

3.6 Procedimentos: recolha de dados, aspectos éticos e deontológicos **102**

3.6.1 Autorizações, ética e deontologia **102**

3.6.2 Recolha de dados **103**

3.7 Análise Estatística dos Dados **103**

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS **105**

4.1 Caracterização **106**

PARTE 3 – CONCLUSÕES

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO **126**

5.1 MHI-5 **127**

5.2 PHQ-9 **130**

5.3 GAD-7 **132**

5.4 QCREU **138**

5.4.1 Uso de Tabaco **139**

5.4.2 Consumo de bebidas alcoólicas **139**

5.4.3 Consumo de drogas/substâncias psicoactivas ilícitas **140**

5.4.4 Conportamantos sexuais **141**

5.4.5 Hábitos alimentares **143**

5.4.6 Actividade física **144**

5.4.7 Hábitos de condução **145**

5.5 Discussão das Hipóteses **147**

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO **154**

CAPÍTULO 7 – NOTA FINAL **161**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **164**

ÍNDICE DE FIGURAS **220**

ÍNDICE DE TABELAS **219**

ÍNDICE GERAL **221**

ANEXOS

Anexo 1 – Instituições de Ensino Superior em Portugal 2013/2014

Anexo 2 – Número de Instituições de Ensino Superior por Tipo de Ensino

Anexo 3 – Número de Vagas por Curso/Área de Formação 1995-2013

Anexo 4 – Número de Inscritos por nível de formação 1995/2013

Anexo 5 – Número de Inscritos por Sexo 1995/2013

Anexo 6 – Número de Inscritos por Subsistema de Ensino 1995-2013

Anexo 7 – Inscritos 1º Ano-1ª Vez por Subsistema de Ensino 1995-2013

Anexo 8 – Inscritos 1º Ano-1ª Vez por Área de Educação 1995-2013

Anexo 9 – Inscritos 1º Ano-1ª Vez por Sexo 1995-2013

Anexo 10 – Inscritos 1º Ano-1ª Vez por Nível de Formação 1995-2013

Anexo 11 – Dados Sociodemográficos

Anexo 12 – Dados do QCREU

Anexo 13 – Dados do MHI-5

Anexo 14 – Dados do PHQ-9

Anexo 15 – Dados do GAD-7

Anexo 16 – Outputs dos dados gerais em SPSS

ANEXOS

ANEXO 1

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL ANO LECTIVO 2013/14

(DGES – MCTES)

ENSINO SUPERIOR PÚBLICO

ENSINO SUPERIOR UNIVERSITÁRIO (15)

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Universidade do Minho
Universidade do Porto
Universidade de Aveiro
Universidade de Coimbra
Universidade da Beira Interior
Universidade Aberta
Universidade de Lisboa
Universidade Nova de Lisboa
Universidade Técnica de Lisboa
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Universidade de Évora
Universidade do Algarve
Universidade dos Açores
Universidade da Madeira

ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO (32+85)

Instituto Politécnico Viana do Castelo	5 Escolas
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	1 Escolas
Instituto Politécnico de Bragança	5 Escolas
Instituto Politécnico Cávado e Ave	2 Escolas
Universidade do Minho	1 Escolas
Instituto Politécnico Porto	7 Escolas
Esc. Sup. Enf. Cidade do Porto	
Esc. Sup. Enf. Ana Guedes	
Esc. Sup. Enf. S. João	
Instituto Politécnico Viseu	6 Escolas
Universidade Aveiro	4 Escolas
Instituto Politécnico Guarda	4 Escolas
Instituto Politécnico Coimbra	6 Escolas
Esc. Sup. Enf. Bissaya Barreto	
Esc. Sup. Enf. Dr. Ângelo da Fonseca	
Instituto Politécnico Castelo Branco	6 Escolas
Instituto Politécnico Santarém	5 Escolas
Instituto Politécnico Tomar	3 Escolas
Instituto Politécnico Lisboa	8 Escolas
Esc. Sup. Enf. Artur Ravara	
Esc. Sup. Enf. Calouste Gulbenkian	
Esc. Sup. Enf. Francisco Gentil	
Esc. Sup. Enf. Fernanda Resende	
Esc. Sup. Hotelaria e Turismo do Estoril	
Esc. Náutica Infante D. Henrique	
Instituto Politécnico Portalegre	4 Escolas
Instituto Politécnico Setúbal	5 Escolas
Universidade de Évora	1 Escolas
Instituto Politécnico Beja	4 Escolas
Universidade do Algarve	5 Escolas
Universidade dos Açores	2 Escolas
Universidade da Madeira	1 Escolas

ENSINO SUPERIOR PARTICULAR E COOPERATIVO

ENSINO UNIVERSITÁRIO (43)

Escola Superior Gallaecia
Universidade Fernando Pessoa (unidade de Ponte de Lima)
Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Mirandela
Instituto Superior de Línguas e Administração de Bragança
Universidade Lusíada de Vila Nova de Famalicão
Instituto Superior da Maia
Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
Instituto Superior de Línguas e Administração de Vila Nova de Gaia
Universidade Fernando Pessoa
Universidade Lusíada (Porto)
Universidade Portucalense Infante D. Henrique
Escola Superior Artística do Porto
Instituto Superior de Educação do Porto
Instituto Superior Serviço Social do Porto
Instituto Superior Estudos Interculturais e Interdisciplinares de Viseu
Instituto Superior Bissaya Barreto
Instituto Superior Miguel Torga
Escola Universitária de Artes de Coimbra
Escola Universitária Vasco da Gama
Escola Superior de Línguas e Administração de Leiria
Escola Superior de Línguas e Administração de Santarém
Universidade Lusíada
Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto Superior de Comunicação Empresarial
Instituto Superior de Gestão
Instituto Superior de Línguas e Administração de Lisboa
Instituto Superior Novas Profissões
Instituto Superior Psicologia Aplicada
Instituto Superior Serviço Social de Lisboa
Instituto Superior Actividade Imobiliária
Instituto Superior Design
Instituto Superior Marketing e Publicidade
Universidade Atlântica
Instituto Superior Estudos Interdisciplinares e Transculturais de Almada
Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz
Dinensino Setúbal
Instituto Superior Estudos Interdisciplinares e Transculturais de St. André
Dinensino de Beja
Instituto Superior Psicologia Aplicada de Beja
Instituto Superior Serviço Social de Lisboa (Beja)
Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes
Instituto Superior D. Afonso III

ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO (66)

Instituto Superior Alto Ave
Escola Superior Artística do Porto (Guimarães)
Escola Superior de Educação de Fafe
Escola Superior de Tecnologia de Fafe
Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima (Instituto Politécnico)
Escola Superior de Enfermagem Dr. Timóteo Montalvão Machado
Instituto Politécnico de Saúde Norte – Esc. Sup. Saúde Vale do Sousa
Instituto Politécnico de Administração e Marketing de Matosinhos
Escola Superior de Artes e Design
Escola Superior de Educação Jean Piaget – Nordeste
Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Nordeste
Escola Superior de Ciências Educativas de Felgueiras
Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Esc. Sup. Saúde Vale do Ave
Escola Superior de Educação Paula Frassineti
Escola Superior de Educação St. Maria
Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição
Escola Superior de Enfermagem St. Maria
Instituto Superior de Administração e Gestão
Instituto Superior de Assistentes e Interpretes
Instituto Superior de Ciências Empresariais e do Turismo
Instituto Superior de Tecnologias Avançadas de Lisboa (Porto)
Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde
Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Português de Oliveira de Azeméis
Escola Superior de Educação Jean Piaget de Arcozelo (Viseu)
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu
Instituto Superior de Ciências Educativas de Mangualde
Instituto Superior de Espinho
Conservatório Superior de Música de Gaia
Escola Superior de Educação Jean Piaget de Arcozelo
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
Instituto de Estudos Superior Financeiros e Fiscais (Porto)
Instituto Superior Politécnico Gaya – Escola Superior de Ciências e Tecnologia
Instituto Superior Politécnico Gaya – Escola Superior de Desenvolvimento Social e Comunitário
Instituto Superior de Entre Douro e Vouga
Instituto Superior Paços Brandão
Instituto Superior de Administração de Marketing de Matosinhos (Aveiro)
Instituto Superior Ciências da Informação e da Administração
Instituto Superior D. Dinis
Instituto Superior de Matemática e Gestão (Fundão)
Escola Superior de Educação de Torres Novas
Instituto Politécnico do Oeste
Instituto Superior de Ciências Educativas
Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica
Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada
Escola Superior de Saúde Egas Moniz
Academia Nacional Superior de Orquestra
Escola Superior de Artes Decorativas
Escola Superior de Educação Almeida Garret
Escola Superior de Educação João de Deus
Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
Escola Superior de Enfermagem S. Vicente de Paulo
Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches
Escola Superior de Tecnologias e Artes de Lisboa
Instituto de Estudos Superiores de Contabilidade

Instituto Português de Administração de Marketing de Lisboa
Instituto Superior Autónomo de Estudos Politécnicos
Instituto Superior de Humanidades e Tecnologias de Lisboa
Instituto Superior de Educação e Ciências
Instituto Superior de Gestão Bancária
Instituto Superior de Tecnologias Avançadas de Lisboa
Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve
Escola Superior de Administração e Línguas (Madeira)
Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny (Madeira)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (18)

Faculdade de Ciências Sociais
Faculdade de Filosofia
Faculdade de Teologia (Braga)
Escola das Artes
Escola Superior de Biotecnologia
Faculdade de Direito (Porto)
Faculdade de Economia e Gestão
Faculdade de Teologia (Porto)
Instituto de Educação (Porto)
Faculdade de Letras
Escola Superior de Ciências e Tecnologia (Viseu)
Instituto Universitário de Desenvolvimento e Promoção Social
Escola Superior de Biotecnologia (Caldas da Rainha)
Faculdade de Engenharia
Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais
Faculdade Ciências Humanas
Faculdade Direito
Faculdade Teologia

ESCOLAS MILITARES E POLICIAIS (8)

Academia da Força Aérea (Univ.)
Escola Superior de Tecnologias Militares Aeronáuticas (Polit.)
Academia Militar (Univ.)
Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna (Univ.)
Escola Superior de Saúde Militar (Polit.)
Instituto Militar Pupilos do Exército (Polit.)
Escola Naval (Univ.)
Escola Naval (Polit.)

ANEXO 2

Número de Instituições e Unidades Orgânicas por tipo de Ensino

Tipo		Nº Instituições	Nª Unidades Orgânicas
Ensino Público	Universidades	15	85
	Politécnicos	21	100
	Escolas não integradas	11	
	Inst. Ens. Militar e Policial	8	
Ensino Privado e Cooperativo	Universidades	43	
	Politécnicos	66	
	Universidade Católica	1	18
Total		165	203

ANEXO 3

Vagas* para cursos de formação inicial do ensino superior por área de educação e formação - 1995/96 a 2012/13

Área de educação e formação	1995/2000	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Artes e Letras	**7 8940**	**8 2654**	**6 9314**	**3 8737**
Educação	**4 0977**	**4 0657**	**2 2267**	**9266**
Artes e Humanidades	**3 7963**	**4 1997**	**4 7047**	**2 9471**
Ciências	**5 0759**	**4 5295**	**4 1263**	**2 2942**
Ciências, Matemática e Informática	**4 1584**	**3 7023**	**3 4910**	**1 8677**
Agricultura	**9175**	**8272**	**6353**	**4265**
Ciências da Saúde	**2 6789**	**5 2388**	**7 2119**	**4 2609**
Saúde e Protecção Social	**2 6789**	**5 2388**	**7 2119**	**4 2609**
Ciências Sociais e Humanas	**18 4000**	**15 7535**	**17 3057**	**10 5997**
Ciências Sociais, Comércio e Direito	**16 4188**	**13 2758**	**14 1332**	**8 5057**
Serviços	**1 9812**	**2 4777**	**3 1725**	**2 0940**
Engenharia	**7 7980**	**7 8656**	**7 9901**	**4 8039**
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	**7 7980**	**7 8656**	**7 9901**	**4 8039**
TOTAL	**75 7996**	**75 0402**	**80 1994**	**47 7911**

* Não inclui as formações ministradas na Universidade Aberta

ANEXO 4

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior por nível de formação

1995/96 a 2012/13

Nível de formação	1995/2000	2000/2005	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Bacharelato	273 014	34 166	34 166	7 649	0
Bacharelato em ensino+licenciatura em ensino	32 494	2	2	1	1
Bacharelato/Licenciatura	8 275	5 719	5 719	1 590	0
Licenciatura - 1.º ciclo	-	-	-	786 839	732 538
Licenciatura Bietápica (1.º ciclo)	100 419	363 910	363 910	132 545	1
Licenciatura Bietápica (2.º ciclo)	27 787	122 635	122 635	58 887	7
Licenciatura	1 160 194	1 268 616	1 268 616	466 980	658
Licenciatura (parte terminal)	7 800	6 022	6 022	1 865	14
Curso de estudos superiores especializados	54 328	949	949	0	0
Complementos de formação	8 292	67 056	67 056	11 797	242
Especializações	8 126	15 400	15 400	26 016	11 611
Mestrado Integrado	-	-	-	183 066	187 348
Mestrado Integrado (parte terminal)	-	-	-	-	358
Mestrado - 2º ciclo	-	-	-	103 038	167 298
Mestrado	36 819	50 289	50 289	28 074	110
Doutoramento - 3.º ciclo	-	-	-	15 878	50 958
Doutoramento	8 000	26 371	26 371	43 362	5 984
Subtotal (Ensino Superior)	*1 725 548*	*1 961 135*	*1 961 135*	*1 867 587*	*1 157 128*
Curso de Especialização Tecnológica	-	294	294	20 369	21 694
TOTAL	**1 725 548**	**1 961 429**	**1 961 429**	**1 887 956**	**1 178 822**

ANEXO 5

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior por sexo - 1995/96 a 2012/13

Sexo	1995/2000	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Homens	747 795 (43,3%)	853 571 (43,5%)	861 669 (46,1%)	539 611 (46,6%)
Mulheres	977 753 (56,7%)	1 107 564 (56,5%)	1 005 918 (53,9%)	617 517 (53,4%)
TOTAL	1 725 548	1 961 135	1 867 587	1 157 128

Fonte: Inquérito ao Registo de Alunos Inscritos e Diplomados do Ensino Superior, DGEEC/MEC

ANEXO 6

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior por subsistema de ensino

1995/96 a 2013/14

Sistema de Ensino	1995/2000	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Ensino Superior Público	1 132 007	1 419 433	1 411 441	922 849
Universitário	763 973	876 762	876 293	587 641
Politécnico	368 034	542 671	535 148	335 208
Ensino Superior Privado	593 541	541 702	456 146	234 279
Universitário	451 148	375 381	302 427	164 315
Politécnico	142 393	166 321	153 719	69 964
TOTAL	1 725 548	1 961 135	1 867 587	1 157 128

ANEXO 7

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior no 1.º ano, pela 1.ª vez, por subsistema de ensino - 1995/96 a 2012/13

Subsistema de ensino	1995/2000	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Ensino Superior Público	**269 677**	**327 656**	**400 509**	**286 344**
Universitário	166 122	202 553	254 011	183 208
Politécnico	103 555	125 103	146 498	103 136
Ensino Superior Privado	**139 387**	**126 507**	**129 352**	**67 890**
Universitário	94 072	75 257	85 760	47 127
Politécnico	45 315	51 250	43 592	20 763
TOTAL	**409 064**	**454 163**	**529 861**	**354 234**

ANEXO 8

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior no 1.º ano, pela 1.ª vez, por área de educação - 1995/96 a 2012/13

Área de educação e formação	1995/2000	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Artes e Letras	**94 293**	**103 838**	**89 486**	**66 898**
Educação	**55 992**	**62 281**	**35 862**	**28 890**
Artes e Humanidades	**38 301**	**41 557**	**53 624**	**38 008**
Ciências	**47 323**	**41 194**	**50 437**	**32 748**
Ciências, Matemática e Informática	**36 831**	**34 857**	**42 491**	**27 327**
Agricultura	**10 492**	**6 337**	**7 946**	**5 421**
Ciências da Saúde	**32 566**	**74 482**	**86 438**	**49 509**
Saúde e Protecção Social	**32 566**	**74 482**	**86 438**	**49 509**
Ciências Sociais e Humanas	**161 625**	**161 141**	**213 363**	**146 179**
Ciências Sociais, Comércio e Direito	**142 341**	**135 929**	**179 173**	**121 767**
Serviços	**19 284**	**25 212**	**34 190**	**24 412**
Engenharia	**73 257**	**73 508**	**90 137**	**58 806**
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	**73 257**	**73 508**	**90 137**	**58 806**
TOTAL	**409 064**	**454 163**	**529 861**	**354 140**

ANEXO 9

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior no 1.º ano, pela 1.ª vez, por sexo - 1995/96 a 2012/13

Sexo	1995/00		2000/05		2005/10		2010/13	
Homens	171 142	41,8 %	182 088	40 %	235 105	44,4 %	156 762	*44,3 %*
Mulheres	237 922	58,2 %	272 075	60 %	294 756	55,6 %	197 472	*55,7 %*
TOTAL	**409 064**	**100 %**	**454 163**	**100 %**	**529 861**	**100 %**	**354 234**	***100 %***

ANEXO 10

Inscritos em estabelecimentos de ensino superior no 1.º ano, pela 1.ª vez, por nível de formação - 1995/96 a 2012/13

NÍVEL DE FORMAÇÃO	1995/2000	2000/2005	2005/2010	2010/2013
Bacharelato	76 448	8 808	1 962	0
Bacharelato em ensino+licenciatura em ensino	9 146	0	0	0
Bacharelato/Licenciatura	1 594	879	0	0
Licenciatura - 1.º ciclo	0	0	246 205	199 999
Licenciatura bietápica (1.º ciclo)	29 972	98 600	34 166	0
Licenciatura	227 387	246 171	76 438	0
Licenciatura (parte terminal)	4 729	3 750	898	0
Curso de estudos superiores especializados	20 472	0	0	0
Complementos de formação	5 887	39 668	6 740	207
Especializações	5 882	12 184	20 829	9 245
Mestrado Integrado	0	0	37 225	34 811
Mestrado - 2.º ciclo	0	0	69 288	94 901
Mestrado	25 239	37 639	20 854	24
Doutoramento - 3.º ciclo	0	0	8 456	14 984
Doutoramento	2 308	6 464	6 800	63
Subtotal (Ensino Superior)	**409 064**	**454 163**	**529 861**	**354 234**
Curso de Especialização Tecnológica	**0**	**223**	**14 375**	**16 419**
TOTAL	**409 064**	**454 386**	**544 236**	**370 653**

ANEXO 11

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instituição (lista da Universidade/Politécnico e Faculdade/Escola)
Curso (lista dos Cursos)
Candidatura Contingente Geral ○ Concursos Especiais ○
Ano

1º A ○ 2º A ○ 3º A ○
4º A ○ 5º A ○ 6ª A ○

Idade (lista de idades)
Sexo M ○ F ○
Estado Civil

Solteiro ○ Casado ○ União de Facto ○
Divorciado/Separado ○ Outro (especifique) ○ _____

O Curso que frequento corresponde à minha

1ª Opção ○ 2ª Opção ○ 3ª Opção ○

A Universidade que frequento corresponde à minha

1ª Opção ○ 2ª Opção ○ 3ª Opção ○

A frequência do Ensino Superior implicou a minha saída de casa

Sim ○ Não ○

Se SIM estou a viver

- numa residência universitária ○
- num apartamento com outros estudantes ○
- num apartamento sozinho ○
- numa casa/apartamento com familiares ○
- noutro local (especifique) ○ _____

Neste momento encontro-me

- só a estudar ○
- trabalho em part-time ○
- trabalho em full time ○

Tenho estatuto de trabalhador estudante

- Sim ○
- Não ○

Desloco-me para a faculdade

- a pé ○
- transporte público ○
- carro próprio ○
- mota/bicicleta ○
- outro (especifique) ○ _____

O tempo gasto na deslocação é de (aprox.)

- < 30m minutos ○
- 30-60 minutos ○
- > 60 minutos ○

O meu meio de subsistência é

- a cargo da família ○
- bolsa de estudo ○
- trabalho part-time ○
- trabalho full time ○
- outro (especifique) ○ _____

Para as questões que se seguem, entende-se por:

- Unidades curriculares (UC)	*- Disciplinas que compõem a licenciatura*
- Semestre completo	*- Ter nota positiva a todas as UC (independentemente de ter sido por exame)*
- Ano curricular completo	*- Ter tido nota positiva a todas as UC do Ano, não ter ficado nenhuma UC por fazer (independentemente de ter sido por exame)*
- Unidades curriculares em atraso	*- Número de UC deixadas por fazer no semestre/ano*

Semestre completo

- Sim ○
- Não ○

Número de UC atrasadas no presente semestre ○ _____

Ano curricular completo

- Sim ○
- Não ○

Número de UC atrasadas no presente Ano ○ _____

Unidades curriculares em atraso

- Sim ○
- Não ○

Número de UC atrasadas no total ○ _____

Assisti às aulas das UC feitas

- Sim ○
- Não ○

Assisti às aulas das UC não feitas

- Sim ○
- Não ○

Qual a actual situação dos seus pais perante o trabalho

	Pai	Mãe
Exerce uma profissão	○	○
Ocupa-se só das tarefas do lar	○	○
Desempregado/a	○	○
Frequenta um curso de formação profissional	○	○
Está à procura de emprego	○	○
Reformado/a /pensionista	○	○
Incapacitado/a para o trabalho	○	○
Outra (especifique)	○	○

Indique a Profissão* actual dos seus pais (a última opção é para no caso de estarem reformados, desempregados ou falecidos)

	Pai	Mãe
Directores e Quadros Superiores Administrativos (ex. gestores de empresas, membros de corpos legislativos, dirigentes superiores da Administração Pública)	○	○
Empresários e Patrões da Indústria, Comércio e Agricultura	○	○
Profissões Científicas, Técnicos e Liberais (ex. engenheiros, advogados, enfermeiros, médicos, investigadores, professores,…)	○	○
Profissões Técnicas Intermédias (ex. técnico informático, chefe de cozinha, inspector de polícia, encarregado de armazém, administrativo,…)	○	○
Pessoal Administrativo (ex. recepcionista, empregado de escritório, carteiro, caixa bancário,…)	○	○
Pessoal dos Serviços de Protecção, Segurança, Serviços Pessoais e Domésticos (ex. cozinheiro, empregado de mesa, cabeleireiro, PSP, GNR,…)	○	○
Agricultores ou outros Trabalhadores ligados à Silvicultura e Pescas	○	○
Trabalhadores de Produção Industrial e Artesões (ex. pedreiro, carpinteiro, electricista, mecânico, operário construção civil, canalizador, …)	○	○
Nunca exerceu uma profissão (ex. doméstica)	○	○
Não identificado	○	○

**** Segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, Edição 2011***

Qual a situação que melhor se aplica à actividade profissional dos seus pais (a última opção é para no caso de estarem reformados, desempregados ou falecidos)

	Pai	Mãe
Patrão ou empresário com assalariados	○	○
Patrão ou empresário sem assalariados/trabalhador por conta própria	○	○
Assalariado/trabalhador por conta de outrem	○	○
Trabalhador independente (recibos verdes)	○	○
Trabalhador em empreendimento familiar (com/sem remuneração)	○	○
Não identificado	○	○

A instituição onde estuda disponibiliza algum tipo de ajuda psicológica aos estudantes que precisam dela

- Sim ○
- Não ○
- Não sei ○

Já precisou de recorrer aos serviços de apoio psicológico que a sua instituição disponibiliza?

- Sim ○
- Não ○

Se SIM, qual o motivo que o/a levou a procurar ajuda

- Dificuldades psicológicas circunstanciais (ex. ansiedade perante exames, problemas relacionais ocasionais,…)	○
- Dificuldades psicológicas moderadas (ex. incapacidade de relacionar com colegas, dificuldades de integração, problemas afectivos…)	○
- Dificuldades psicológicas severas (ex. alcoolismo, depressão, drogas, tentativas de suicídio, …)	○

Está a frequentar actualmente algum serviço de apoio psicológico

- Sim ○
- Não ○

Se SIM, qual o motivo que o/a levou a procurar ajuda	
- Dificuldades psicológicas circunstanciais (ex. ansiedade perante exames, problemas relacionais ocasionais,…)	○
- Dificuldades psicológicas moderadas (ex. incapacidade de relacionar com colegas, dificuldades de integração, problemas afectivos…)	○
- Dificuldades psicológicas severas (ex. alcoolismo, depressão, drogas, tentativas de suicídio, …)	○

ANEXO 12

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS (QCREU)
(Luísa Santos, Anabela Pereira e Feliciano Veiga, 2007)

Com este questionário pretende-se caracterizar os comportamentos de risco no estudante do Ensino Superior. As respostas são confidenciais, pelo que pedimos que seja o mais sincero possível. Assinale **apenas uma resposta** em cada questão.

1. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias fumou cigarros?		**2. Nos últimos 30 dias, tendo em conta os dias que fumou, quantos cigarros fumou por dia?**	
0 dias	O	Não fumei nos últimos 30 dias	O
1 dia	O	1 a 5 cigarros por dia	O
2 a 4 dias	O	6 a 10 cigarros por dia	O
2 a 3 dias por semana	O	11 a 20 cigarros por dia	O
4 ou mais dias por semana	O	Mais do que 20 cigarros por dia	O
3. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu pelo menos uma bebida alcoólica?		**4. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias bebeu 5 (4 se for mulher) ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, em apenas algumas horas**	
0 dias	O	0 dias	O
1 dia	O	1 dia	O
2 a 4 dias	O	2 a 4 dias	O
2 a 3 dias por semana	O	5 a 14 dias	O
4 ou mais dias por semana	O	15 dias ou mais	O
5. Que tipo de bebidas alcoólicas ingere com mais frequência?		**6. Que tipo de bebidas alcoólicas ingere em festas académicas?**	
Não consumo bebidas alcoólicas	O	Não vou a festas académicas / não consumo bebidas alcoólicas nas festas académicas	O
Cerveja	O	Cerveja	O
Vinho	O	Vinho	O
Bebidas destiladas (vodka, whisky, licores…)	O	Vodka e Whisky, licores e bebidas espirituosas	O
Shots	O	Shots	O
7. Que quantidade de bebidas alcoólicas costuma ingerir em festas académicas?		**8. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes usou marijuana?**	
Não vou a festas académicas / não consumo bebidas alcoólicas nas festas académicas	O	0 vezes	O
		1 vez	O
1 a 2 copos	O	2 a 5 vezes	O
3 a 4 copos	O	6 a 9 vezes	O
5 a 8 copos	O	10 ou mais vezes	O
Mais de 8 copos	O		
9. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu cocaína (pó, crack, base, etc.)?		**10. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu tranquilizantes (valium, etc.) ou barbitúricos (calmantes, vermelhos, amarelos, etc.) sem consentimento médico?**	
0 vezes	O	0 vezes	O
1 vez	O	1 vez	O
2 a 5 vezes	O	2 a 5 vezes	O
6 a 9 vezes	O	6 a 9 vezes	O
10 ou mais vezes	O	10 ou mais vezes	O
11. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes consumiu drogas sintéticas (ecstasy, LSD, ácido, cogumelos, mescalino, anfetaminas, etc.)?		**12. Durante os últimos 12 meses teve…?**	
0 vezes	O	0 parceiros sexuais	O
1 vez	O	1 parceiro sexual	O
2 a 5 vezes	O	2 parceiros sexuais	O
6 a 9 vezes	O	3 parceiros sexuais	O
10 ou mais vezes	O	Mais do que 3 parceiros sexuais	O
13. Durante os últimos 12 meses com que frequência você ou o seu parceiro usaram preservativo durante a actividade sexual (vaginal, oral ou anal)?		**14. Durante os últimos 12 meses teve relações sexuais (vaginais, orais, anais) depois de ter consumido álcool, que não ocorreriam caso não tivesse bebido?**	
Não tive parceiro sexual	O	0 vezes	O
Nunca (0% das vezes)	O	1 vez	O
Às vezes (1 a 50 % das vezes)	O	2 vezes	O
Habitualmente (51 a 99 % das vezes)	O	3 vezes	O
Sempre (100 % das vezes)	O	Mais do que 3 vezes	O
15.Já realizou alguma vez o teste para a infecção por VIH/SIDA ?		**16. Durante os últimos 30 dias comeu frutas, vegetais ou produtos com fibras?**	

Sim	O	Menos do que 3 doses por semana	O
Não	O	3 a 6 doses por semana	O
Não sei	O	1 dose por dia	O
		2 a 3 doses por dia	O
		4 ou mais doses por dia	O

17. Durante os últimos 30 dias ingeriu bebidas ricas em cafeína (ex. café, chá, coca-cola, redbull)?		**18.Durante os últimos 30 dias, ingeriu comida rápida (hambúrgueres, cachorros quentes, pizas, etc)?**	
Nunca	O	0 vezes	O
Menos de 1 dose por dia	O	1 a 2 vezes	O
1 a 2 doses por dia	O	3 a 5 vezes	O
3 a 4 doses por dia	O	6 a 10 vezes	O
5 ou mais doses por dia	O	Mais do que 10 vezes	O
19. Durante os últimos 30 dias ingeriu alimentos com açúcar adicionado (ex. refrigerantes, doces, sobremesas)?		**20. Durante os últimos 30 dias, tomou o pequeno-almoço?**	
Menos do que 3 doses por semana	O	0 vezes	O
3 a 6 doses por semana	O	1 a 4 vezes	O
1 dose por dia	O	5 a 9 vezes	O
2 a 3 doses por dia	O	10 a 19 vezes	O
4 ou mais doses por dia	O	20 ou mais	O
21. Durante os últimos 30 dias, praticou exercício ou actividade física (como basquetebol, jogging, natação, ténis, andar de bicicleta, levantamento de pesos,…)?		**22.Durante os últimos 30 dias, com que frequência usou cinto de segurança quando viajou de carro (como condutor e/ou passageiro)?**	
0 vezes	O	Nunca estive num carro	O
1 vez por semana (ex. ao fim de semana)	O	Nunca (0% das vezes)	O
2 a 3 vezes por semana	O	Às vezes (1 a 50% das vezes)	O
4 a 6 vezes por semana	O	Habitualmente (51 a 99 % das vezes)	O
7 vezes por semana	O	Sempre (100 % das vezes)	O
23. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes andou de carro ou outro veículo, conduzido por outra pessoa que tivesse consumido álcool?		**24. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes conduziu um carro ou outro veículo, depois de ter consumido álcool?**	
0 vezes	O	0 vezes	O
1 vez	O	1 vez	O
2 a 3 vezes	O	2 a 3 vezes	O
4 a 5 vezes	O	4 a 5 vezes	O
6 ou mais vezes	O	6 ou mais vezes	O

ANEXO 13

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL
(MENTAL HEALTH INVENTORY – MHI-5)

(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 rectângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre		Quase sempre		A maior parte do tempo		Durante algum tempo		Quase nunca		Nunca	
1	O	2	O	3	O	4	O	5	O	6	O

2. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre		Quase sempre		A maior parte do tempo		Durante algum tempo		Quase nunca		Nunca	
1	O	2	O	3	O	4	O	5	O	6	O

3. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre		Quase sempre		A maior parte do tempo		Durante algum tempo		Quase nunca		Nunca	
1	O	2	O	3	O	4	O	5	O	6	O

4. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre		Com muita frequência		Frequentemente		Com pouca frequência		Quase nunca		Nunca	
1	O	2	O	3	O	4	O	5	O	6	O

5. NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre		Quase sempre		A maior parte do tempo		Durante algum tempo		Quase nunca		Nunca	
1	O	2	O	3	O	4	O	5	O	6	O

ANEXO 14

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE
(PHQ – 9)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	**Em vários dias**	**Em mais de metade do número de dias**	**Em quase todos os dias**
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	O	O	O	O
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	O	O	O	O
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	O	O	O	O
4. Senti cansaço ou falta de energia	O	O	O	O
5. Tive falta ou excesso de apetite	O	O	O	O
6. Senti que não gosto de mim próprio/a ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	O	O	O	O
7.Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	O	O	O	O
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que as outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	O	O	O	O
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	O	O	O	O

Se indicou **alguns** problemas, até que ponto é que eles **dificultaram** o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?			
Não dificultaram	Dificultaram um pouco	Dificultaram muito	Dificultaram extremamente
O	O	O	O

ANEXO 15

QUESTIONÁRIO SOBRE ANSIEDADE
(GAD – 7)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afectado/a pelos seguintes problemas?

	Nunca	**Em vários dias**	**Em mais de metade do número de dias**	**Em quase todos os dias**
1. Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	O	O	O	O
2. Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações	O	O	O	O
3. Preocupei-me demais com diferentes assuntos	O	O	O	O
4. Tive dificuldade em relaxar	O	O	O	O
5. Estive tão inquieto/a que era difícil ficar sossegado/a	O	O	O	O
6. Estive facilmente incomodado/a ou irritável	O	O	O	O
7. Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer	O	O	O	O