



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Comportamentos de Saúde, Bem-Estar e Sintomas Psicopatológicos em Estudantes do IPG

(Versão final após defesa)

Ana Isabel Melo Nunes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Cláudia Mendes da Silva

Covilhã, Agosto de 2019

Dedicatória

Ao meu pai, que embora não esteja presente fisicamente, me faz sentir segura 24 horas por dia.

Agradecimentos

À Professora Doutora Cláudia Silva, pela sua orientação, pelas opiniões, críticas, pela total colaboração e disponibilidade na resolução de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo desta dissertação.

Ao corpo docente por todo o conhecimento que me permitiu adquirir ao longo destes 5 anos.

À minha mãe, por ser mãe e pai, por fazer tudo e de tudo para eu ser feliz, por estar sempre lá com a palavra certa e, principalmente, por me encorajar a alcançar todos os meus sonhos, estando na primeira fila a acompanhar todo o percurso e a ajudar-me com tudo o que preciso.

Ao meu irmão, por eu saber que está sempre lá sem serem precisas palavras, por ser o meu *safe point*.

Ao Vasco, por ter sido a minha maior alegria destes dois anos.

Aos meus tios maternos, por todo o apoio e ajuda que me deram e por terem acreditado sempre em mim.

Ao Fábio, por ser sempre a pessoa que eu preciso, por saber sempre as palavras que eu preciso de ouvir, por não me deixar faltar nada, por estar sempre presente e disponível para me ajudar, por me desafiar, acreditar em mim e tentar fazer de mim a melhor versão de mim mesma.

À minha outra família: Rute, Rita e aos meus “sogros” por terem estado comigo neste percurso.

À Inês, por ser a amiga que sabe lá estar sempre que eu preciso e por ser a minha “casa” na Covilhã, de todas as horas.

Por fim, quero agradecer a todas as pessoas que me acompanharam ao longo destes 5 anos, por todo o companheirismo, amizade e momentos que me proporcionaram.

Resumo

Vários estudos têm ressaltado a importância que o comportamento humano desempenha para a saúde e Bem-estar. A entrada para o ensino superior acarreta várias mudanças no estilo de vida desempenhado pelos novos estudantes, levando a que estes, muitas vezes, adotem comportamentos de risco para a saúde e que descurem os comportamentos protetores de saúde. Dessa forma, o **objetivo** principal da presente investigação passou por analisar a existência de relação entre os comportamentos adotados pelos estudantes do ensino superior, o Bem-Estar e a Saúde Mental. A amostra foi constituída por 135 estudantes da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos e composta por 67.4% participantes do género feminino. Como **instrumentos** de recolha de dados foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), a Escala de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP) e o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS). Os **resultados** demonstraram que, em geral, os estudantes apresentam adequados comportamentos protetores de saúde, boa perceção de Bem-Estar Psicológico, boa qualidade ao nível do sono e baixa adoção de comportamentos de risco. No entanto, também se evidenciou presença de sintomatologia ansiosa na amostra geral.

Palavras-chave

Ensino Superior, Saúde Mental, Bem-Estar Psicológico, Comportamentos Protetores de Saúde.

Abstract

Several studies have highlighted the importance that the human behaviour for health and well-being. The entry for the higher education brings several changes in the lifestyle of the new students, leading them, multiple times to adopt health risk behaviours and disregard their protective health behaviours. Thus, the aim of the present investigation passes through analysing the existence of the relationship between the adopted student behaviours of the higher education, the Well-being and Mental Health. The sample was built by 135 students of The School of Technology and Management of Polytechnic of Guarda, with ages between 18 and 48 years old and made up of 67.4% of female participants. As collection data tools, Sociodemographic Questionnaires have been applied as well as the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Psychological Manifestation of Well-Being Scale (EMMBEP) and Attitude and Health Behaviours Questionnaire (QACS). The results showed that, in a general point of view, the students present appropriated protective health behaviours, good perception of the Psychological Well-Being, good sleep quality and low adoption of risk behaviours. However, it was also evidenced the presence of anxious symptomatology in the general sample.

Keywords

Higher Education, Mental Health, Psychological Well-Being, Protective Health Behaviours.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1- Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Adulto Emergente	3
1.1.1. Jovem Adulto e a Transição para o Ensino Superior	6
1.2. Comportamentos dos Jovens Universitários.....	8
1.2.1. Comportamentos de Risco.....	8
1.2.1.1. Álcool.....	8
1.2.1.2. Substâncias Ilícitas.....	9
1.2.1.3. Tabaco	10
1.2.1.4. Atividade Sexual de Risco	11
1.2.2. Comportamentos Promotores de Saúde.....	12
1.2.2.1. Alimentação.....	12
1.2.2.2. Hábitos de sono.....	13
1.2.2.3. Exercício Físico	14
1.3. Saúde Mental	15
1.3.1. Bem-Estar	16
1.3.1.1. Bem-Estar Psicológico	17
1.3.1.2. Bem-Estar Subjetivo	17
1.3.2. Ansiedade	18
1.3.3. Depressão	19
Capítulo 2- Metodologia	21
2.1. Apresentação do estudo	21
2.2. Participantes	23
2.3. Instrumentos.....	25
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	26
2.3.2. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)	26
2.3.3. Escala de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)	27
2.3.4. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	28
2.4. Procedimentos	29
Capítulo 3- Resultados	33
3.1. Estatísticas Descritivas.....	33
3.2. Estatísticas Inferenciais	35
3.2.1. Associações entre o Bem-Estar Psicológico Percebido e Sintomatologia Depressiva ou Ansiosa	35
3.2.2. Associações entre os Comportamentos Protetores de Saúde e a Sintomatologia Depressiva ou Ansiosa	37

3.2.3. Associações entre os Comportamentos Protetores de Saúde e Bem-Estar Psicológico Percebido	37
3.2.4. Diferenças entre o género ao nível dos Comportamentos Protetores de Saúde, Bem-Estar Psicológico Percebido e Sintomatologia Depressiva e/ou Ansiosa	38
3.2.5. Diferenças nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função dos comportamentos de risco adotados	40
3.2.6. Diferenças existentes nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função dos Hábitos de Sono	46
3.2.7. Diferenças existentes nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função dos Comportamentos de Saúde.	47
Capítulo 4- Discussão.....	53
4.1. Diferenças existentes entre géneros	55
4.2. Diferenças existentes em função dos comportamentos de risco adotados.....	57
4.3. Diferenças existentes em função dos hábitos de sono	59
4.4. Diferenças existentes em função dos comportamentos de saúde.....	61
4.5. Limitações do estudo	64
Conclusão	65
Referências Bibliográficas.....	67
ANEXOS	79

Lista de Tabelas

Tabela I	Caraterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes
Tabela II	Coeficiente de Consistência Interna do QACS
Tabela III	Coeficiente de Consistência Interna da EMMBEP
Tabela IV	Coeficiente de Consistência Interna da HADS
Tabela V	Normalidade da Distribuição dos Dados nas Dimensões da QACS, EMMBEP e HADS
Tabela VI	Estatísticas Descritivas - HADS
Tabela VII	Frequências - HADS
Tabela VIII	Estatísticas Descritivas - EMMBEP
Tabela IX	Estatísticas Descritivas - QACS
Tabela X	Correlações entre as Dimensões da EMMBEP e da HADS
Tabela XI	Correlações entre as Dimensões da QACS e da HADS
Tabela XII	Correlações entre as Dimensões da QACS e da EMMBEP
Tabela XIII	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Género
Tabela XIV	Diferenças nas Escalas da HADS em Função do Género
Tabela XV	Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Género
Tabela XVI	Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Género
Tabela XVII	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Consumo ou não de Álcool
Tabela XVIII	Diferenças nas Escalas da HADS em Função do Consumo ou não de Álcool
Tabela XIX	Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Consumo ou não de Álcool
Tabela XX	Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Consumo ou não de Álcool
Tabela XXI	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Consumo ou não de Tabaco
Tabela XXII	Diferenças nas Escalas da HADS em Função do consumo ou não de Tabaco
Tabela XXIII	Diferenças nos Fatores do EMMBEP em Função do Consumo ou não de Tabaco
Tabela XXIV	Diferenças nas Categorias do QACS em função do Consumo ou não de Tabaco
Tabela XXV	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas
Tabela XXVI	Diferenças nas Escalas da HADS em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas
Tabela XXVII	Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas
Tabela XXVIII	Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas
Tabela XXIX	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função da Qualidade do Sono
Tabela XXX	Diferenças nas Escalas da HADS em Função da Qualidade do Sono
Tabela XXXI	Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função da Qualidade do Sono
Tabela XXXII	Diferenças nas Categorias do QACS em Função da Qualidade do Sono
Tabela XXXIII	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Cuidado com a Alimentação
Tabela XXXIV	Diferenças nas Escalas da HADS em Função do Cuidado com a Alimentação

Tabela XXXV	Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Cuidado com a Alimentação
Tabela XXXVI	Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Cuidado com a Alimentação
Tabela XXXVII	Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função da Prática Regular de Exercício Físico
Tabela XXXVIII	Diferenças nas escalas da HADS em função da prática regular de exercício físico
Tabela XXXIX	Diferenças nos fatores da EMMBEP em função da prática regular de exercício físico
Tabela XL	Diferenças nas categorias do QACS em função da prática regular de exercício físico

Lista de Acrónimos

BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjetivo
DGS	Direção Geral de Saúde
EMMBEP	Escala de Manifestação de Bem-Estar Psicológico
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IPG	Instituto Politécnico da Guarda
MHI	Mental Health Inventory
QACS	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

Introdução

Ser estudante do ensino superior é visto como um desafio desejado e calculado para o alcance da autonomia. Como tal, o ensino superior acaba por representar um processo que implica grandes mudanças em diferentes níveis. Os estudantes desenvolvem um novo estilo de vida, assinalado pelo afastamento da família de origem, por uma nova definição de papéis, limites, rotinas e relações interpessoais. A entrada no ensino superior é marcada por um período em que o estudante já não se sente como adolescente, mas também ainda não se “vê” como um adulto, denominando-se como adulto emergente (Arnett, 2000, citado por Araújo 2015), sendo que muitas vezes o jovem adulto ainda não se encontra preparado para as mudanças que a nova realidade académica representa.

Segundo Reis (2012) e Nogueira (2016), (citados por Reis e Matos, 2016) as expectativas positivas que os jovens universitários criam face à sua “nova vida” podem, por vezes, resultar em expectativas negativas, principalmente naqueles que se encontram deslocados da sua área de residência. A saudade de casa, os anseios e inseguranças podem resultar num processo difícil de adaptação, levando a estilos de vida pouco saudáveis, desenvolvimento de psicopatologias e mudanças na perceção de bem-estar.

Vários estudos têm ressaltado a importância que o comportamento humano desempenha para a saúde e bem-estar. As pessoas ditas saudáveis desfrutam dos benefícios de uma boa qualidade de vida ao nível biológico, emocional e intelectual e social, obtendo maior satisfação e rendimento no trabalho, na escola e nas atividades de lazer.

Deste modo, a presente investigação pretendeu perceber se os comportamentos adotados pelos estudantes do ensino superior têm impacto significativo ao nível da perceção do Bem-Estar, da saúde mental e dos comportamentos protetores de saúde, considerando-se algumas características sociodemográficas.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos: 1. Enquadramento Teórico, onde será feita uma conceptualização dos construtos em estudo; 2. Metodologia, onde serão apresentados os objetivos, as hipóteses de investigação e os passos realizados na investigação; 3. Resultados, onde será feita uma análise e descrição dos principais resultados obtidos; 4. Discussão, onde será feita uma interpretação aos resultados obtidos, assim como uma comparação desses resultados com a literatura existente, findando com uma reflexão geral acerca das limitações do estudo; e, por último, 5. Conclusão, onde será feito um resumo

das principais conclusões obtidas com o estudo e sugestão de algumas investigações pertinentes para a área presentemente abordada.

Capítulo 1- Enquadramento Teórico

1.1. Adulto Emergente

A fase do ciclo vital que ocorre à passagem da adolescência para a idade adulta é marcada por diversas transições que se sucedem no desenvolvimento, realização e consolidação da identidade pessoal e social do indivíduo, findando-se com o estatuto social de adulto (Andrade, 2010). Embora não exista uma idade cronológica com precisão para marcar o período entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, uma vez que há evidências de diferenças sociais e culturais nos indivíduos nessa fase, relaciona-se a saída de casa dos pais e a independência económica como os principais acontecimentos que marcam a passagem para a idade adulta. Tendo como base esta etiologia, os jovens que ingressam na universidade não assumem o papel de adolescentes, no entanto ainda não adotam o papel de adultos, sendo considerados como jovens adultos.

As mudanças sociais vividas atualmente colocam novos desafios na forma como os jovens vivenciam a passagem para a idade adulta, assistindo-se a um prolongamento do período de dependência em relação à família de origem e um retardamento da ascensão deste ao papel social de adulto. Os acontecimentos sociais que, tradicionalmente, assinalavam a transição para a idade adulta, tais como a conclusão dos estudos, o ingresso no mundo de trabalho, a saída de casa dos pais, o casamento e a parentalidade, estão a ser consumados cada vez mais tarde, atrasando a passagem do jovem para a idade adulta, principalmente naqueles que frequentam o ensino superior e que são de origem urbana. A existência de um mercado de trabalho cada vez mais complexo e competitivo tem levado a percursos escolares, igualmente, mais longos e inserções laborais instáveis. Dessa forma, assiste-se a um adiamento de um conjunto de etapas no desenvolvimento, o que leva a que não seja possível identificar o ponto de rutura que marca o fim da adolescência e o início da idade adulta, surgindo, assim, uma nova figura de adulto “em transição”, que se passa a denominar de “jovem adulto” ou “adulto emergente” (Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009; Andrade, 2010; Reis, Matos & Equipa Aventura Social, 2017)

Erik Erikson (1950, 1968) foi pioneiro ao referir a idade adulta jovem na sua teoria do desenvolvimento humano. Embora não tenha incluído mais um estágio entre a adolescência e a idade adulta, Erikson afirmou a existência de um último estágio na adolescência, ocorrendo entre o período dos 19 aos 25 anos, o qual designou de “jovem-adulto” (Valadas, 2007, citado por Guerra, 2013). Este período pressupõe a existência de uma adolescência prolongada vivenciada nas sociedades industrializadas. Ao fazê-lo, o autor parece distinguir um período em que os indivíduos ainda são adolescentes, mas que já evidenciam traços de adulto.

Para Erickson, a tarefa fundamental do jovem adulto inicia-se na adolescência com a construção da identidade, preconizando a consolidação da individualização ou diferenciação do *self* através da autonomia e expansão dos relacionamentos interpessoais (Silva, 2011).

Em 1969, Chickering, assumiu que a faixa etária que corresponde ao período universitário é um período específico do desenvolvimento psicossocial. Para este autor a principal tarefa do estudante universitário é o desenvolvimento da sua identidade, a qual depende de vários fatores contextuais e aquisições psicossociais anteriores a esta experiência (Silva & Ferreira, 2010). A partir de vários estudos, Chickering construiu um modelo que identifica, sequencialmente, sete vetores ou dimensões do desenvolvimento psicossocial que o indivíduo tem que percorrer para alcançar o objetivo primordial do desenvolvimento da identidade: desenvolver um sentido de competência; desenvolver e integrar as emoções; desenvolver a autonomia em direção à interdependência; desenvolver as relações interpessoais; desenvolver a identidade; desenvolver um sentido da vida; e desenvolver a integridade (Silva & Ferreira, 2010; Silva, 2011).

O primeiro vetor (Desenvolver o sentido de competência) enfatiza a aquisição de conhecimento, o desenvolvimento de competência de pensamento crítico, a capacidade para analisar, a capacidade de síntese e a capacidade criativa. Para o autor a progressão nos anos universitários pressupõe um aumento de competências em três áreas: intelectual, física e manual, e interpessoal. O segundo vetor idealiza a capacidade de dominar as emoções, tendo como base a consciencialização, a expressão e integração das emoções. Por sua vez, o vetor 3 invoca o desenvolvimento da autonomia nos domínios emocional e instrumental e o reconhecimento da interdependência. No caso do vetor 4 estão inerentes as relações interpessoais, como o desenvolvimento da empatia, sinceridade, tolerância, aceitação, respeito pelas diferenças culturais e individuais e o desenvolvimento de relações de intimidade comprometidas. No 5º vetor o foco é o desenvolvimento da identidade através da integração das diversas facetas da experiência individual, negociação da autoimagem e experimentação dos vários papéis em certos domínios, nomeadamente a tomada de decisão e hierarquização de prioridades e preferências. O vetor 6 diz respeito à capacidade do indivíduo desenvolver o seu estilo pessoal de vida, interesses, formalização de planos de vida e objetivos de vida. Por último e após interiorizar os outros 6 vetores, o indivíduo entra na fase de desenvolvimento da integridade através da capacidade para encarar a relatividade dos valores, personalizar os valores e desenvolver o sentido de coerência entre os valores, as crenças e o comportamento pessoal (Silva & Ferreira, 2010; Silva, 2011).

Outra teoria que surge é a “Theory of youth” de Kenneth Keniston. O autor propõe chamar “juventude” a um novo estágio de desenvolvimento do ciclo vital, afirmando que as mudanças sentidas a nível familiar, social, educacional, económico e político são os principais fatores que permitiram a ascensão de uma nova categoria de faixa etária. Esta fase é marcada por uma ambivalência e tensão entre o *self* e a sociedade, a recusa da socialização e aculturação,

onde surgem características, identidades e regras específicas da “juventude” (Keniston, 1970). Para o autor, os estudantes universitários não assumem características de adultos, mas também já não são adolescentes. Dessa forma, os jovens têm vivências e tarefas de desenvolvimento específicas para a fase acadêmica em que se encontram e onde é comum o questionamento acerca das suas crenças, as alterações a nível social e emocional, a tendência para o desenvolvimento de um pensamento pós-formal em detrimento ao pensamento rígido, a diminuição do contacto com os pais e o desenvolvimento de novas tarefas a realizar (Guerra, 2013).

Posteriormente a Keniston, surge Levinson (1978), que ao entrevistar homens da meia idade para que descrevessem os seus primeiros anos, desenvolveu uma teoria de desenvolvimento no final da adolescência. O autor denominou as idades entre os 17 e os 33 anos como anos de fase de desenvolvimento, em que a principal tarefa dessa fase consistia em entrar no mundo dos adultos e construir estabilidade. O autor subdividiu a era do jovem-adulto em três fases distintas: a transição para a idade adulta (dos 17 aos 22 anos), a entrada no mundo adulto (dos 22 aos 28 anos) e a transição para os 30 anos (dos 28 aos 33 anos). Segundo Keniston, estas três fases seriam marcadas por diversas mudanças e instabilidade, principalmente no campo emocional e profissional, onde o jovem-adulto procura resolver os conflitos da adolescência, conquistar o seu lugar na sociedade e comprometer-se com um estilo de vida. Assim, indica que entre os 17 e os 22 anos existe uma separação financeira e emocional dos pais e a experimentação dos papéis de adulto, os 22 e os 28 anos são marcados por uma fase estável onde o indivíduo precisa de obter o equilíbrio entre as diferentes alternativas de vida e a criação de uma estrutura de vida estável; e dos 28 aos 33 anos o indivíduo reavalia as suas escolhas de vida (Monteiro, Tavares & Pereira, 2009; Silva, 2011).

Com base nas três teorias supramencionadas, Jeffrey Arnett propôs a teoria do “adulto emergente” em resposta à prolongada transição para a vida adulta que se verifica nas sociedades industrializadas do Ocidente. Para tal baseou-se em três variáveis específicas de natureza demográfica, identitária e subjetiva (Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009).

Segundo o autor, esta fase apresenta características específicas em que o indivíduo ainda não deixou de ser jovem, referindo-se ao período do desenvolvimento entre os 18 e os 25 anos de idade. Refere que neste período, o indivíduo ainda não assume as características necessárias para ser considerado adulto, estando no limbo entre as responsabilidades e autonomia de um adulto e a dependência dos pais. Esta etapa é marcada por uma independência em relação aos papéis sociais e expectativas normativas, uma exploração constante da sua identidade e das diferentes possibilidades de vida, instabilidade, *self-focus* (centrar-se em si mesmo), o sentimento de estar “entre” (sentir-se adolescente e adulto ao mesmo tempo) e ambivalência (expectativas vs medo do futuro) (Calado, 2017).

Na adultez emergente há uma exploração constante da identidade e das possibilidades profissionais e afetivas, onde as poucas obrigações e deveres sociais lhes permitem uma maior autonomia na gestão das suas vidas. É nesta fase que estes jovens adultos tendem a tomar importantes decisões acerca da sua vida futura e a clarificar a sua própria identidade (Arnett, 2000; Monteiro, Tavares & Pereira, 2009).

1.1.1. Jovem Adulto e a Transição para o Ensino Superior

A entrada para o ensino superior é vista como um dos momentos mais marcantes na vida dos jovens estudantes. Esse momento representa a base para a emancipação, tendo como propósito dotar os universitários de capacidade e autonomia para a sua afirmação profissional, porém a experiência universitária não se enquadra apenas numa perspetiva de formação profissional (Guerreiro-Casanova & Polydoro, 2010).

Nesta fase, a maioria dos estudantes possuem expectativas muito positivas em relação à forma como se irá estruturar a sua nova vida em função dos contactos sociais, papéis e rotinas a desempenhar. No entanto, as expectativas positivas podem colmatar, principalmente no ano de caloiro, em expectativas negativas. É comum, os jovens experienciem tristeza associada ao afastamento da família, dos amigos e da segurança do local onde viviam (Guerra, 2013; Reis, Matos & Equipa Aventura Social, 2017).

Segundo a literatura, a adaptação à universidade traduz-se em duas vertentes: a vertente académica e a vertente social. O jovem adulto que passa por uma experiência universitária tem ao seu encargo tarefas específicas que ditam o seu desenvolvimento. Vários autores consideram que as alterações experimentadas ao longo do período universitário são visíveis nos aspetos cognitivos e psicossociais do indivíduo. Nesta fase da sua vida, os jovens universitários assumem como principais tarefas o sentido de competência, a integração de diferentes emoções, a autonomia, o desenvolvimento de novas relações interpessoais, a identidade, o sentido de vida e a integridade (Chickering & Reisser, 1993, citados por Durão, 2017; Guerra 2013).

A passagem para o mundo universitário traduz-se num processo complexo. Esse processo é vivenciado de forma individual e onde, nem sempre, o adulto emergente se encontra psicológica e emocionalmente preparado, podendo afetar o seu desenvolvimento psicológico. Esta transição pode ser vivida de uma forma ambivalente, sendo que por um lado o estudante sente-se ansioso e perplexo face à sua nova vida e aos desafios da transição, e por outro assume várias expectativas de conquista, liberdade e autonomia (Almeida, 2007; Teixeira, Dias, Wottrich & Oliveira, 2008).

A primeira mudança, para maior parte dos jovens universitários, caracteriza-se pela saída de casa pela primeira vez. Essa transição implica um afastamento da família de origem, novas

responsabilidades ao nível das tarefas quotidianas e da gestão dos recursos económicos, colmatando no desenvolvimento da autonomia. Para além destas mudanças, os estudantes experienciam uma mudança ao nível do suporte social proveniente da separação da família e das relações sociais desenvolvidas desde a infância. Dados nacionais demonstram que quem estuda longe de casa tende a sentir menos apoio e suporte social, psicológico e material, podendo acarretar em implicações negativas ao seu bem-estar e adaptação. Pelo contrário, relatam que os estudantes não deslocados apresentam um bem-estar físico e psicológico superior, um melhor equilíbrio emocional, maior otimismo, mais confiança e melhor capacidade de tomada de decisão, melhor gestão de tempo e melhores hábitos de estudo (Santos, 2011; Guerra, 2013). Assim, muitas vezes, este afastamento implica a necessidade de desenvolver novas relações interpessoais como forma de suporte social, integrando-se socialmente com as pessoas desse novo contexto, participando em atividades sociais e construindo relações interpessoais satisfatórias (Teixeira, Dias, Wottrich & Oliveira, 2008).

Outra mudança sentida diz respeito às exigências académicas, onde o jovem universitário se vê sujeito a novos ritmos, novas formas de aprendizagem, novos métodos de ensino, novas formas de avaliação e professores que se apresentam com uma postura completamente diferente do que estão habituados. Dessa forma, é comum os alunos referirem um menor controlo sobre a assiduidade nas aulas e menor acompanhamento pelos professores nas matérias lecionadas, tendo que o aluno adotar uma posição mais autónoma na gestão do seu tempo, na procura de mais recursos de aprendizagem, na gestão das suas expectativas e na hierarquização dos seus objetivos e prioridades (Santos, 2011).

A orientação vocacional também pode ser outra dificuldade sentida na transição para o ensino superior, uma vez que é esperado que, durante este percurso, o jovem experimente e confirme as suas opções vocacionais, que invista no curso e na sua carreira profissional. Assim, este investimento vocacional é considerado mais fácil e motivante quando o curso e as suas unidades curriculares incidem com os objetivos traçados inicialmente pelo estudante. Quando o aluno consegue entrar no curso e instituição que ambiciona, tende a sentir-se mais motivado e, por consequência, é experienciado um melhor aproveitamento académico, menores níveis de ansiedade, e maior bem-estar físico e psicológico. Se por outro lado, o curso e/ou as disciplinas provocarem um fraco sentido vocacional, é provável que o estudante se sinta menos motivado e aumente o seu desconforto emocional (Almeida, 2007).

Em função das transformações mencionadas que o adulto emergente vivencia na entrada para a universidade, é necessário o desenvolvimento de competências e estratégias de *coping* como forma de enfrentar as exigências sociais, emocionais, financeiras e educacionais do Ensino Superior. Quando essas estratégias falham os estudantes experienciam sentimentos negativos associados a um mal-estar físico e psicológico, o que pode desencadear comportamentos de risco para a saúde e estados marcados pela ansiedade, depressão e solidão (Almeida, 2007).

1.2. Comportamentos dos Jovens Universitários

A mudança para a universidade não é só marcada pela mudança acadêmica, sendo que muitas vezes os estudantes a percebem como o início de uma mudança radical no seu estilo de vida. A autonomia imposta permite o envolvimento em situações positivas e negativas de aprendizagem, cabendo ao jovem a tomada de decisão dos comportamentos a seguir. Como fase de experimentação e adequação, a vida universitária permite a inclusão em atividades enriquecedoras para o desenvolvimento profissional, social e emocional. Porém, muitas vezes a tentativa de autoafirmação, curiosidade, rebeldia, coragem e imitação dos pares pode colocar o jovem numa situação de vulnerabilidade, levando a que este se envolva em comportamentos promotores de risco para a sua saúde, (Faria, Gandolfi & Moura, 2014; Pedrosa, Camacho, Passos & Oliveira, 2011).

Vários estudos apontam para uma tendência dos jovens universitários, principalmente aqueles que se encontram numa fase inicial, adotarem comportamentos pouco saudáveis que podem colocar em risco a sua vida numa perspectiva de curto, médio e longo prazo. Esta tendência desenvolve-se numa fase de transição da saída de casa e ida para a universidade, de um período de dependência para um período de independência e questionamento de valores, crenças e atitudes. Os principais comportamentos negativos que costumam adotar relacionam-se com o excesso no consumo de álcool, drogas e tabaco, acidentes rodoviários, sexo desprotegido e casual, interrupção voluntária da gravidez, alimentação precária e pouco saudável, poucas horas de sono e falta de rigor nos tratamentos médicos (Reis, Matos e Aventura Social, 2016).

Dados estatísticos alertam para um aumento significativo da prevalência destes comportamentos, constituindo um problema grave da Saúde Pública. Assim, há uma necessidade especial na compreensão dos fatores subjacentes a esta problemática, sendo que os jovens universitários foram considerados como um grupo prioritário de intervenção (UNAIDS, 2016, citado por Reis, Matos e Aventura Social, 2016).

1.2.1. Comportamentos de Risco

1.2.1.1. Álcool

O consumo excessivo de álcool tem atingido grandes dimensões, tendo como consequência mais grave o alcoolismo. Como principais fatores para esta massificação assume-se a tolerância social, a percepção reduzida do risco associado a este consumo e a uniformização dos padrões do consumo alcoólico (Cabral, 2006, citado por Araújo, 2015).

Os estudantes do ensino superior são considerados como a população mais vulnerável para o consumo de álcool, uma vez que nesta população o consumo é considerado regular e intensivo. O fator de risco que mais se associa a este padrão é o afastamento de casa e consequente ausência de controlo parental. O ambiente social também é bastante influente no consumo excessivo de álcool neste grupo, sendo comum frequentarem espaços propícios à sua ingestão, nomeadamente, bares, discotecas e festas académicas. Outro fator que leva ao consumo excessivo prende-se com a modelagem ou imitação de comportamento, sendo que ao verem os seus pares a ingerir bebidas alcoólicas, os jovens estudantes tendem a imitar esse comportamento (Manzatto, Rocha, Júnior, Lopes & Sousa, 2011). É também comum a promoção da ingestão de álcool dentro do meio académico, como uma forma de socialização.

O abuso de bebidas alcoólicas é considerado um dos comportamentos de risco mais preocupantes, visto que, para além de afetar negativamente a saúde do indivíduo, pode desencadear graves consequências como morbidez, problemas criminais e sociais, acidentes rodoviários, comportamento sexual de risco e de violência, diminuição do desempenho académico e prejuízo no desenvolvimento e na estruturação de habilidades cognitivo-comportamentais, sendo que o aumento deste consumo em estudantes universitários tem-se mostrado um grande problema de saúde pública (Manzatto, Rocha, Júnior, Lopes & Sousa, 2011; Parreira, Dallo, Donati & Martins, 2013). Segundo Perkins (2002, citado por Araújo, 2015) as consequências negativas do consumo excessivo podem-se dividir em três níveis: danos individuais (onde se incluem menor comprometimento académico, morte precoce, doenças a longo prazo, atividade sexual desprotegida e indesejada, repercussões legais, suicídio, comportamento rodoviário de risco, reduzido desempenho atlético e risco de violação), danos a outras pessoas (em que se destacam os danos materiais e vandalismo, lutas e violência interpessoal, violência sexual, ocorrência de incidentes relacionados com ódio e distúrbios de ruído) e custos/danos institucionais (onde se podem incluir os prejuízos materiais, desavenças estudantis, custos legais e maior tensão emocional e tempo exigido aos funcionários).

1.2.1.2. Substâncias Ilícitas

O consumo de substâncias ilícitas com fins recreativos, tem-se dispersado e atingido pessoas de diferentes grupos sociais, tendo o seu consumo deixado de ser apenas utilizado para fins médicos e assumindo-se como uma forma de procura de diversão e novas emoções (Laranjeira, 2016). No caso dos estudantes do ensino superior, o uso destas substâncias é aceite comumente, sendo visto com normalidade o seu consumo em contextos recreativos, como uma forma de promoção da socialização e diversão entre pares.

Embora os estudantes portugueses, estatisticamente, se situem abaixo da média europeia tem-se assistido a um aumento do número de jovens que consomem substâncias ilícitas. Segundo o estudo realizado a nível nacional aos estudantes universitários por Reis, Matos &

Equipa Aventura Social (2017), 35.3% dos inquiridos revela já ter experimentado marijuana e 94.9% indica que o primeiro consumo foi aos 14 ou mais anos, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros. A corroborar estes dados Sousa (2014) refere que a idade mais frequente para o início do consumo destas substâncias é os 18 anos, sendo a curiosidade que, na maior parte dos casos, leva à experimentação. Segundo um estudo realizado por Fonte e Manita (2003), a droga mais consumida pelos estudantes portugueses é o *haxixe* e a fonte de obtenção são “amigos ou conhecidos”. A caracterização destes consumos foi descrita como “regular”, “ocasional” e “não dependente” e as razões apontadas para o consumo foram o “prazer/bem-estar que propicia”, “não ter efeitos negativos”, “para estar em convívio com os amigos” e “boa disposição” (após o consumo).

O consumo de substâncias ilícitas pode-se dividir-se em dois tipos: o consumo não problemático e o consumo problemático. O primeiro refere-se a utilizações experimentais, ocasionais ou recreativas e em que o consumo não interfere com o seu funcionamento global, permitindo ao sujeito manter as suas atividades normativas. Segundo a literatura, corresponde ao tipo de consumo dos estudantes universitários, uma vez que maioria utiliza as drogas para fins lúdicos/recreativos, em grupo, em situações festivas e saídas noturnas (Martins, 2014). No entanto, o estudo realizado por Reis, Matos & Equipa Aventura Social (2017) refere que 37.9% dos inquiridos referiu consumir 10 ou mais vezes nos últimos 30 dias e 38.7% apenas 1 a 2 vezes, o que acaba por ser considerado um consumo problemático.

Pelo contrário, o consumo problemático representa os consumidores que não são capazes de gerir ou controlar os seus consumos, mantendo um padrão regular e contínuo da utilização de drogas. O abuso e dependência de substâncias pode acarretar graves riscos para a saúde a curto e a longo prazo. As principais e mais usuais consequências referem-se à possibilidade de desenvolvimento de perturbações mentais, alterações de humor, alteração do nível de perceção, descoordenação motora, surtos psicóticos, problemas de memória, dificuldades de aprendizagem, sintomatologia ansiosa e doenças infectocontagiosas (Martins, 2014).

1.2.1.3. Tabaco

Embora em Portugal se verifique uma tendência para a diminuição, o consumo de tabaco é considerado como a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade, sendo descrito como o principal problema de saúde pública. É comum o seu consumo iniciar-se na adolescência ou início da idade adulta, tendo como principal precursor a publicidade da indústria tabaqueira, os preços baixos, a venda de tabaco junto das instituições de ensino e a influência social (Loureiro, 2012).

Para grande parte dos estudantes o ato de fumar representa um gesto cheio de simbolismo de afirmação pessoal, identificação com a idade adulta, melhoria da autoimagem e autoestima e aceitação no grupo de pares. O consumo de tabaco dentro desta população considera-se um comportamento psicossocial, influenciado quer por motivações psicológicas, quer por motivações sociais (Loureiro, 2012). A par do álcool, é descrito como o comportamento mais usual nos estudantes do ensino superior, sendo o seu consumo referenciado como “banal” (Silva, Borrego, Ferreira, Lavado, Melo, Rowland & Truninger, 2012). O estudo realizado por Reis, Matos & Equipa Aventura Social (2017), indica que cerca de 57.7% dos estudantes já experimentou tabaco, sendo que desses, 29.0% afirmam fumar diariamente e tinham um consumo médio diário de 8 cigarros. Destes dados não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre géneros.

O tabagismo acarreta efeitos destruidores em praticamente todos os órgãos e funções do nosso corpo (Bonito, 2010). Como principais consequências evidenciam-se as doenças cardiovasculares, cancro (principalmente pulmonar e da boca), doenças gastrointestinais, doenças pulmonares e osteoporose (Rosa et al., 2014).

1.2.1.4. Atividade Sexual de Risco

A atividade sexual é iniciada cada vez mais cedo nas populações mais jovens. A iniciação precoce e uma fraca orientação, podem causar consequências negativas a nível físico e emocional, aumentar o risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e levar a uma gravidez indesejada (Alves & Lopes, 2008, citados por Ribeiro & Fernandes, 2009). A par desta iniciação precoce, ingressar no ensino superior é considerado um fator propulsor para a expressão da sexualidade, uma vez que os jovens estão expostos a novas experiências, vivenciam novas influências e tendem a estar mais abertos e recetivos a novas situações proibidas anteriormente pela presença parental (Firmeza et al., 2016).

Segundo a literatura, o comportamento sexual de risco dos jovens adultos tende a relacionar-se com o uso de drogas ilícitas, o consumo de álcool, a precocidade das primeiras relações sexuais, a troca regular de parceiro sexual, as relações sexuais desprotegidas e o nível socioeconómico (Ribeiro & Fernandes, 2011). A corroborar esta perspetiva, vários estudos afirmam que os comportamentos de risco estão associados com o número de parceiros sexuais, a inutilização de preservativo e/ou métodos anticoncecionais, relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou drogas, contexto familiar e contexto cultural (Sales et al. 2016). Os indivíduos do sexo masculino são considerados o grupo com maior prevalência de comportamentos sexuais de risco, sendo descrito que tendem a trocar mais vezes de parceiro sexual, a não utilizar proteção e a terem relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas (Pimentel, Preto, Alves & Monteiro, 2016). Segundo os mesmos autores, a maioria dos jovens (89.44%) teve relações sexuais com uma média de 2.7 parceiros nos últimos 12

meses, mais de metade tiveram relações sexuais desprotegidas e 30.33% nunca ou quase nunca utilizaram preservativo. Um estudo realizado por Ribeiro e Fernandes (2009) a estudantes do ensino superior público de Bragança demonstra que 76% dos inquiridos já iniciaram a sua vida sexual, destes, 40.5% já tiveram relações sob o efeito de álcool e 7.8% sob o efeito de drogas e 48.4% responderam que já tiveram relações sexuais desprotegidas. A média de parceiros sexuais foi de 1.85 para o sexo masculino e 1.09 para o sexo feminino.

Os fatores intrínsecos também assumem relevância nestes comportamentos, sendo que jovens que apresentam maior autoestima e autocontrolo tendem a iniciar a sua vida sexual mais tarde e a ter atitudes positivas em relação aos métodos contraceptivos (Janeiro, Oliveira, Rodrigues, Maceiras & Rocha, 2013).

1.2.2. Comportamentos Promotores de Saúde

1.2.2.1. Alimentação

Os hábitos alimentares são um importante fator no estado de saúde dos indivíduos, constituído uma forma de prevenção de doenças crónicas não-transmissíveis (Alves & Precioso, 2017). Uma alimentação dita saudável caracteriza-se pelo equilíbrio proporcional dos alimentos que a constituem e deve ter em conta a qualidade, a quantidade, a variedade de alimentos consumidos e o modo de confeção dos mesmos (Rodrigues, 2010, citado por Rodrigues, 2012)

Para os jovens o consumo alimentar é influenciado por diversas variáveis, designadamente a imagem corporal, os valores socioculturais, a situação financeira familiar, os alimentos consumidos fora de casa, o aumento do consumo de refeições pré-feitas, a influência dos *midia* e a disponibilidade de alimentos (Salvo, 2005; Rodrigues, 2012). Dessa maneira, para a maioria dos estudantes, a entrada para o ensino superior implica grandes mudanças na sua rotina alimentar. É comum que estes passem a realizar mais refeições fora de casa, omitam refeições ou adotem práticas alimentares desviantes, tais como comidas rápidas ou escasso consumo de frutas e vegetais (Alves & Bong, 2007, citado por Precioso, 2017). É frequente que a alimentação típica de um estudante do ensino superior passe pelo consumo excessivo de energia, a predominância de alimentos ricos em gordura saturada, colesterol e sódio e baixo consumo de alimentos ricos em cálcio, frutas e legumes, não satisfazendo as recomendações para a maioria dos grupos alimentares e principais micronutrientes (Rodrigues, 2012). É visível que a exposição a fatores de risco comportamentais, tais como uma alimentação inadequada e sedentarismo tende a iniciar-se no final da adolescência e a consolidar-se na idade adulta. Estes comportamentos acabam por ter grandes repercussões a

longo prazo, traduzindo-se em graves consequências para a saúde, principalmente durante a vida adulta e velhice (Carneiro, Lima, Marinho & Souza, 2016).

O estudo realizado por Precioso (2017) a estudantes do ensino superior revela que 73.0% dos inquiridos toma o pequeno-almoço todos os dias, 84.4% almoça todos os dias e 82.4% janta todos os dias. O mesmo estudo afirma que apenas 23.2% consomem frutas todos os dias e 1.7% refere nunca comer. Em relação aos vegetais apenas 16.3% afirmam comer vegetais crus uma ou mais vezes por dia e 27.1% referem a mesma quantidade para vegetais cozinhados. Dos inquiridos, 46.3% referem não comer ou comer raramente vegetais crus e 22.6% referem a mesma frequência para vegetais cozinhados.

Outro estudo, realizado por Rodrigues (2012), aferiu que o número de refeições realizadas por dia varia entre as 3 e as 5 e que os estudantes inquiridos realizam, pelo menos, duas refeições por dia em casa e que as restantes são realizadas em cantinas, restaurantes ou *snack-bars*.

1.2.2.2. Hábitos de sono

O sono é uma função biológica fundamental para a consolidação da memória, visão binocular, termorregulação e conservação e restauração do metabolismo energético cerebral, desempenhando um papel muito importante no bem-estar físico e psíquico dos indivíduos (Cardoso et al., 2009). Há vários estudos que sugerem a necessidade de se dormir 7 a 8 horas diárias para que se possa manter uma boa saúde física e psicológica e um bom desempenho nas tarefas diárias (Pereira, 2013).

O sono desempenha uma grande importância como agente restaurador e homeostático, assumindo grande influência sobre o estado vígil do ser humano. Assim, perturbações ao nível do sono podem provocar excessiva sonolência durante o dia, problemas de memória, diminuição do rendimento académico, problemas comportamentais, irritabilidade, tensão, ansiedade, aumento de morbilidades, acidentes, envelhecimento precoce, depressão, perturbações psiquiátricas, insuficiência renal, intolerância à glicose e hipercortisolemia (Martini, 2012; Araújo et al., 2013).

As reduções das horas de sono levam a uma diminuição da latência e alteração do padrão de sono. No caso dos jovens que ingressam no superior o sono revela-se como um dos hábitos que sofre grandes mudanças. Vários estudos revelam que os padrões de sono nesta população são mais deficitários do que em quem não frequenta este tipo de ensino (Buboltz, et al., 2001; Urner et al., 2009, citado por Amaral, 2017). Um estudo realizado por Soares, Pereira e Canavarro (2014) com estudantes universitários demonstra que após a entrada na

universidade, a qualidade e duração do sono diário é afetada, verificando-se uma redução de mais de 1 hora ao nível do descanso diário. A qualidade do sono engloba fatores quantitativos como a duração do sono, a latência do sono e o número de despertares (Amaral, 2017).

O ciclo sono-vigília é um ritmo circadiano, ou seja, em condições normais este ritmo sincroniza-se com fatores ambientais e oscila com um período de 24 horas. Dessa forma, a alternância do dia-noite, os horários escolares e ou/laborais, os horários de lazer e as atividades familiares constituem fatores exógenos para a sincronização do ciclo sono-vigília (Almondes & Araújo, 2003). Os estudantes do ensino superior, normalmente, exibem um padrão irregular do ciclo vigília-sono, marcado por grande atraso de fase nos fins de semana e curta duração nos dias úteis de semana (Araújo et al., 2013). Os principais propulsores são as sessões de estudo noturnas, as festas académicas, o *stress* percebido, o consumo de álcool e drogas, a inatividade física, o uso de aparelhos eletrónicos à noite e o consumo excessivo de cafeína, principalmente em épocas de exame e frequências (Monteiro, 2016). O estudo realizado por Figueiredo (2015) a estudantes da Universidade Coimbra revela que os estudantes universitários tendem a dormir, em média, 7 horas e que não há diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Neste estudo também foi verificado que uma maior qualidade de sono afeta positivamente a qualidade de vida.

1.2.2.3. Exercício Físico

A atividade física define-se como qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular e que resulte num gasto energético acima do nível de repouso, englobando todos os movimentos corporais em ambiente laboral, ocupacional e de lazer. O exercício físico, embora faça parte da atividade física, refere-se a um conceito mais restrito referente a movimentos corporais planificados e repetidos, que têm como objetivo a manutenção ou melhoria de uma ou mais componentes de aptidão física (Alves, 2014)

O sedentarismo ou inatividade física apresentam altas prevalências a nível mundial e com tendência a aumentar, constituindo-se como um fator de risco da morbi-mortalidade e acarretando várias consequências para a saúde. Pelo contrário, a prática regular de exercício físico pode contribuir para o aumento da qualidade de vida, proporcionando a melhoria das capacidades cardiorrespiratórias e muscular, o controlo da massa corporal, a melhoria das funções cognitivas (memória, raciocínio e atenção) e melhoria da qualidade e eficiência do sono (Boscolo, Sacco, Antunes, Mello & Tufik, 2007). A par dos benefícios para a saúde física, a prática regular de exercício físico contribui para a melhoria da autoimagem corporal, resultando na melhoria do autoconceito e da autoestima, e redução da sintomatologia depressiva e ansiosa (Henriques, 2013).

De forma a corresponder às recomendações mundiais de atividade física para adultos saudáveis, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, os estudantes universitários devem cumprir pelo menos 30 minutos diários em cinco dias por semana de atividade física de intensidade moderada, ou 20 a 25 minutos diários em três dias por semana de atividade aeróbia de intensidade vigorosa (Henriques, 2013).

Como supramencionado, a entrada dos estudantes para o ensino superior aparenta um grande impacto para os mesmos, tanto a nível psicológico como comportamental, levando a grandes alterações no seu estilo de vida e a prática de exercício físico representa uma delas. Embora os estudantes universitários sejam um dos grupos com mais consciência acerca dos benefícios resultantes da prática de atividade física, continuam a representar um grupo do risco com grande prevalência de sedentarismo. Os universitários não cumprem as recomendações dos níveis de atividade física diária, embora tenham acesso facilitado a estruturas próprias para a prática de exercício físico e possibilidade de participação em desportos coletivos e individuais organizados pela própria instituição de ensino (Fernandes, 2016; Alves, 2014).

1.3. Saúde Mental

Segundo a WHO (2001) a saúde mental define-se como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. Tendo em conta este conceito não se pode definir saúde mental com base na ausência de doença, mas como um construto baseado na sensação de bem-estar físico, mental e social, dependente do próprio indivíduo e dos contextos onde está inserido, sejam eles económicos, sociais, culturais ou políticos. Assim, os conceitos subjacentes ao bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, o sentido de competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional, parecem constituir uma definição global do conceito de saúde mental (Contente, 2012).

A saúde mental e a saúde física constituem-se como dois elementos da vida interligados, mantendo uma relação de interdependência. Ao estar a sua saúde mental comprometida, o indivíduo também fica mais fragilizado no que diz respeito à adoção de comportamentos que comprometam um estilo de vida saudável (WHO, 2001).

Avanços na neurociência e no estudo do comportamento humano demonstram que as doenças físicas, a perturbação mental e comportamental advêm da interação de fatores de origem biológica, psicológica e social, sendo que existem duas vias principais pelas quais as saúdes física e mental se influenciam reciprocamente (WHO, 2001).

Assim, uma das vias diz respeito aos sistemas fisiológicos e a outra, comportamental, refere-se aos estilos de vida ditos saudáveis, tais como uma alimentação sensata, a prática regular de exercício físico, evitar o consumo de tabaco, álcool e drogas, usar cinto de segurança, praticar uma condução segura, adotar práticas sexuais sadias e dormir adequadamente. Dessa forma e embora distintas, estas duas vias complementam-se no sentido em que a alteração numa delas pode afetar a outra WHO (2001).

A população universitária apresenta-se como uma das mais vulneráveis a desenvolver perturbações psíquicas, estando a ansiedade e a depressão no topo das mais comuns. Os principais fatores que contribuem para a manifestação dessas patologias referem-se à mudança radical exigida aos estudantes no momento da entrada para o ensino superior, a exigência cada vez maior do mercado de trabalho, a intensa carga horária de estudo, as novas situações sociais e a alteração no sono-vigília (Victoria et al., 2013).

1.3.1. Bem-Estar

O Bem-Estar corresponde ao grau em que cada pessoa julga a qualidade da sua vida de forma positiva como um todo. A perceção de bem-estar ou de satisfação com a vida está estreitamente ligada com a forma como o indivíduo lida com as situações do seu dia-a-dia. Eventos stressantes na esfera social, pessoal ou cultural podem afetar o comportamento normativo da pessoa, influenciar a sua perceção de saúde e, conseqüentemente, afetar a sua sensação de bem-estar (Silva et al., 2007).

Na tentativa de uma definição consensual acerca do conceito de bem-estar surgiram duas correntes de pensamento distintas: o *Hedonismo* e o *Eudaimonismo*. Segundo a perspectiva *hedónica*, o bem-estar relaciona-se com a forma como as pessoas tendem a avaliar a qualidade e a satisfação com a sua vida, abarcando vários conceitos como a satisfação, as experiências emocionais positivas, a sensação de prazer e a felicidade, associando-se ao conceito de Bem-Estar Subjetivo (Novo, 2003, citado por Nogueira, 2015).

Por outro lado, a perspectiva *eudaimónica* foca-se no potencial do indivíduo em viver de acordo com o seu verdadeiro *self*, passando este a envolver-se subjetivamente em direção à autorrealização, de forma a que possa evoluir as suas potencialidades e conferir propósito à sua vida. Esta perspectiva está ligada à perspectiva do Bem-Estar Psicológico, centrando-se em caracterizá-lo a partir de dimensões positivas do funcionamento do indivíduo (Nogueira, 2015).

Resumidamente, na perspectiva do *hedonismo*, o Bem-Estar envolve uma avaliação subjetiva da felicidade ao nível da experiência do prazer e da dor e envolve maus e bons elementos da vida dos indivíduos e não tem em conta apenas aspetos como o funcionamento psicológico

positivo. Por outro lado, a perspectiva *eudaimónica* foca-se apenas nos aspetos positivos do ser humano, nomeadamente a autorrealização pessoal, o desenvolvimento e crescimento, fazendo distinção entre Bem-Estar e felicidade (Oliveira, 2013).

Embora distintas, Ryan e Deci (2001, citados por Nogueira, 2015) ressaltam a importância da utilização destas duas perspetivas como um construto multidimensional na concretização do bem-estar. De forma a se compreender esta posição as duas perspetivas vão ser apresentadas seguidamente.

1.3.1.1. Bem-Estar Psicológico

O Bem-Estar Psicológico (BEP) tem como base a perspectiva *eudaimónica*. Na década de 80 era evidente algum descontentamento face à falta de clareza no que concerne ao conceito de bem-estar. De forma a tentar responder às incertezas à volta deste conceito Ryff, baseando-se em modelos teóricos da personalidade, da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia Clínica (Avó, 2007), fundamentou o conceito de Bem-Estar em seis dimensões: 1) Aceitação de si (atitude de aceitação face aos diversos aspetos do *self*, da vida passada e das qualidades pessoais, sendo estas negativas ou positivas); 2) Crescimento Pessoal (perceção pessoal de um continuo desenvolvimento, abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal); 3) Objetivos na vida (medida em que os sujeitos reconhecem objetivos a atingir, aspirações e metas a alcançar); 4) Relações positivas com os outros (interesse e preocupação com a esfera interpessoal e a perceção pessoal de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e desenvolver laços interpessoais significativos); 5) Domínio do meio (sensação de domínio e de competência na forma de lidar com o meio, capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e o uso dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos em que cada um vive; e 6) Autonomia (capacidade de resistência às pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se baseado em padrões pessoais) (Novo, 2000, citado por Avó, 2017; Novo, 2005).

Ao desenvolver estas dimensões, Ryff procurou retirar o foco na experiência afetivo-emocional e evidenciar a importância das componentes cognitivas e motivacionais na perceção do Bem-Estar, estando a cognição em destaque nos julgamentos que o sujeito desenvolve relativamente às várias dimensões avaliadas. Dessa forma, para o autor o desenvolvimento do *self* e a constante procura pela potencialização das suas capacidades nos vários aspetos da sua vida será uma forma mais holística para definir o Bem-Estar (Avó, 2017).

1.3.1.2. Bem-Estar Subjetivo

Como referido anteriormente este conceito resulta da perspectiva hedónica e foca-se na perspetiva individual e subjetiva do bem-estar, privilegiando a vertente emocional, mais

especificamente procura a identificação do nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos, procurando identificar os fatores sociodemográficos, políticos e culturais que lhe estão associados (Novo, 2005). Como tal, o Bem-Estar Subjetivo (BES) constitui-se como uma dimensão positiva da Saúde, integrando uma dimensão cognitiva, que se relaciona diretamente com a satisfação com a vida, uma dimensão afetiva ou emocional, relacionado com o sentimento de felicidade ou tristeza, e um campo de estudo que integra parcialmente os outros grandes conceitos e domínios de estudo como a Qualidade de Vida e o Afeto.

A satisfação com a vida consiste na avaliação que o indivíduo faz da sua vida em diversos domínios, como por exemplo o casamento, amizade e o amor (Filipe, 2015). Os afetos positivos referem-se, por exemplo à alegria, interesse, o orgulho positivo e o carinho. De forma oposta, os afetos negativos dizem respeito a sentimentos como a culpa, a vergonha, a tristeza e a irritabilidade (Galinha, 2008).

Segundo Diener, Suh e Oishi, (1997 citado por Nogueira, 2015) este conceito está correlacionado com a forma como as pessoas avaliam a sua vida, seja esta positiva ou negativa, incluindo julgamentos e sentimentos. Este conceito distingue-se do demais pelo facto de ser o próprio indivíduo o avaliador do seu bem-estar, em função dos seus critérios internos, não se submetendo a critérios ou avaliações externas (Galinha, 2008). Assim, os pressupostos da avaliação do bem-estar passa pelo sujeito analisar se a sua vida é ou não satisfatória, estando o seu conceito de felicidade relacionado com as suas características pessoais como a idade, o género, a educação, a sua saúde, a religião, desejos, valores, objetivos, condição socioeconómicas e personalidade (Diener, 2000, citado por Filipe, 2015).

1.3.2. Ansiedade

A ansiedade caracteriza-se como uma emoção inerente ao ser humano, constituindo-se como uma reação natural e essencial à sobrevivência, mesmo sendo causadora de sensações de apreensão e alterações físicas desconfortáveis (Leão, Gomes, Ferreira & Cavalcanti, 2018). Assim, apresenta-se como uma experiência emocional em função da antecipação de situações futuras ou em presença de situações percebidas como desagradáveis ou perigosas para o indivíduo (Cruz, Pinto, Almeida & Aleluia, 2016).

Como referido anteriormente, a ansiedade faz parte do dia-a-dia do indivíduo, podendo estar presente em menor ou maior grau consoante as situações vividas. No entanto, importa referir que quando esta é adequada às circunstâncias e aceite como um acontecimento que acompanha naturalmente o estímulo necessário para lidar com uma situação específica, é considerada normativa e adaptativa. Todavia se essa ansiedade ultrapassa o nível do chamado normativo, trazendo dor e dominando a vida do indivíduo, paralisando e bloqueando o

pensamento ou comportamento, esta ansiedade passa a ser considerada de patológica (Stuart, 1993, citado por Pereira, 2009). Quando assume esta forma, pode ser tão dominadora que acaba por afetar toda a dinâmica e rotina do indivíduo, alterando a sua capacidade de trabalho, estudo, interação social, motivação, etc... (Pereira, 2009), através de uma grande diversidade de sintomas somáticos, como tremores, hipotonia muscular, hiperventilação, sudorese e palpitações, e de sintomas cognitivos, como apreensão, inquietação, distractibilidade, perda de concentração e insónias (Almeida, 2014).

Embora não haja consistência entre os diversos autores acerca do conceito de ansiedade, esta pode-se dividir, tendo em conta a sua persistência, em ansiedade-traço e ansiedade-estado. Denomina-se ansiedade-traço quando se traduz num modo habitual e consistente, ou seja, num padrão regular reativo do indivíduo, por outro lado designa-se por ansiedade-estado quando esta é uma reação episódica ou situacional, traduzindo-se por um estado emocional transitório ou por uma condição do organismo humano face à presença de situações específicas e não por questões personalísticas (Costa et al. 2018).

Enquanto jovem adulto, em processo de desenvolvimento, o estudante universitário encontra-se mais sensível a situações de mal-estar, sendo confrontado, diariamente com situações desencadeadoras de pressão psicológica e ansiedade, como as frequências, os exames, apresentações de trabalho e as expectativas acerca de uma carreira futura (Almeida, 2014; Costa et al., 2018). Segundo Silver (1982) citado por Almeida (2014), os estudantes universitários apresentam-se como uma população submetida a uma grande carga emocional e física, como consequência de longas horas de estudo, esforços e dificuldades de adaptação a todo um novo contexto (familiar, social e académico), juntamente com os fatores subsequentes às mudanças desenvolvimentais (fisiológicas e psicológicas), que os levam à vivência de um período de crise para a adaptação aos novos papéis que desempenham. Grande parte dos estudantes não consegue encontrar estratégias adaptativas, o que se pode dever a fatores individuais ou externos, à sua nova realidade, acabando por se verificar uma grande percentagem de índices elevados de ansiedade na população descrita.

1.3.3. Depressão

A depressão apresenta grande prevalência ao nível das doenças, ocupando o terceiro lugar ao nível global e a primeiro nos países desenvolvidos, sendo que se prevê que em 2030 passe a ser a primeira causa de doença no mundo (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012, citado por Certo, 2016). Para além da sua prevalência, a depressão é considerada um grave problema de saúde mental, prejudicando o indivíduo na sua qualidade de vida física, causando sintomas de caráter emocional, alterações psicomotoras, vegetativas e cognitivas.

Estes sintomas acabam por afetar a vida profissional, familiar, académica e social do indivíduo (Mesquita et al., 2016).

No que concerne aos estudantes universitários, estes representam uma população bastante vulnerável, uma vez que passam por diversos momentos considerados stressores, nomeadamente a pressão académica, a privação do sono, as expectativas em relação ao futuro, o afastamento de casa, a ausência da família de origem e as novas rotinas (Mesquita et al., 2016).

Segundo um estudo realizado por Santos, Veiga e Pereira (2012) a 666 alunos da Universidade de Aveiro, evidenciou que 11% dos participantes apresentava sintomas depressivos ligeiros e 4% apresentava sintomas moderados ou severos, sendo que desses a maior percentagem recaia para a população feminina. Ainda nesse estudo averiguaram que estudantes com estatuto socioeconómico baixo apresentaram maiores níveis de sintomas depressivos do que estudantes com estatuto socioeconómico médio e que, em relação à perceção acerca do seu rendimento académico, os estudantes com mais baixa perceção do rendimento académico apresentavam sintomas depressivos mais elevados.

O estudo realizado em 2017 por Reis, Matos e Equipa Aventura Social, também corrobora os dados supramencionados, revelando que os jovens universitários apresentam um nível de depressão ligeiramente superior à média, traduzindo-se em valores mais altos para a população feminino e com um estatuto socioeconómico baixo/médio-baixo.

Capítulo 2- Metodologia

O presente capítulo prende-se com a descrição da metodologia adotada ao longo da investigação. Numa primeira fase será feita uma breve apresentação do presente estudo, onde serão contemplados os objetivos definidos para o mesmo e as hipóteses a serem testadas estatisticamente. Em seguida proceder-se-á à caracterização da amostra, de forma a que seja apresentada a população alvo contemplada para esta investigação. Por fim, serão descritos os instrumentos e procedimentos adotados ao longo da investigação.

2.1. Apresentação do estudo

Com a entrada no ensino superior, muitos destes jovens estudantes experienciam uma nova fase da sua vida. Longe de casa e de muitas das regras impostas pelos pais, é o momento de construção ciclos compostos por novas amizades, novas rotinas e da adoção de novos comportamentos. Esta nova fase pode levar a um período de curiosidade e de experimentação, em que os novos comportamentos adotados podem não ser os melhores para a saúde. Fatores como a autoafirmação, a curiosidade, a rebeldia, a coragem, a liberdade e a tentativa de pertencer a uma nova “cultura” podem fazer com o que os universitários ingressem num estilo de vida diferente do anterior e acabem por escolher caminhos que acabem por afetar a sua saúde e levar a situações de maior vulnerabilidade (Lopes, Dantas & Oliveira, 2017).

Neste sentido, colocámos como questão de investigação: De que modo os comportamentos adotados pelos estudantes do ensino superior têm influência na sua saúde mental?

Assim, o objetivo primordial inerente a este estudo passa pela contribuição para o aprofundamento do conhecimento sobre os principais comportamentos de saúde dos estudantes do ensino superior, assim como compreender qual a relação existente entre esses comportamentos e a saúde mental, nomeadamente a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Esta investigação empírica, de carácter transversal e metodologia quantitativa, assenta na recolha e tratamento estatístico e sistemático dos dados, com vista ao estabelecimento de relações entre variáveis: género, comportamentos de risco, prática regular de exercício físico, cuidados ao nível da alimentação, qualidade do sono, ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e comportamentos protetores de saúde.

Dessa forma, para além do objetivo primordial, a investigação assenta na formulação de seis objetivos a estudo, sendo estes:

Objetivo 1: caracterizar os estudantes que frequentam o IPG, consoante as suas características sociodemográficas;

Objetivo 2: avaliar as diferenças existentes na depressão, ansiedade, perceção de bem-estar Psicológico e comportamentos protetores de saúde em função do género;

Objetivo 3: avaliar as diferenças existentes na depressão, ansiedade, perceção de bem-estar Psicológico e comportamentos protetores de saúde em função dos comportamentos de risco adotados;

Objetivo 4: avaliar as diferenças existentes na depressão, ansiedade e perceção de bem-estar Psicológico em função da qualidade do sono;

Objetivo 5: avaliar as diferenças existentes na depressão, ansiedade e perceção de bem-estar em função dos comportamentos de saúde.

Concomitantemente, a partir dos objetivos definidos pretende-se dar resposta às seguintes hipóteses:

1. Hipótese 1.1: Os estudantes universitários do género feminino apresentam maior tendência para a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa;

Hipótese 1.2: Os estudantes universitários do género feminino apresentam menor perceção de Bem-Estar Psicológico;

Hipótese 1.3: Os estudantes universitários do género feminino apresentam mais comportamentos protetores de saúde.

2. Hipótese 2.1: Os estudantes universitários que assumem comportamentos considerados de risco apresentam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão;

Hipótese 2.2: Os estudantes universitários que assumem comportamentos considerados de risco apresentam menor perceção de Bem-Estar Psicológico.

3. Hipótese 3.1: Os estudantes universitários com perturbações ao nível do sono apresentam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão;

Hipótese 3.2: Os estudantes universitários com perturbações ao nível do sono apresentam menor perceção de Bem-Estar Psicológico.

4. Hipótese 4.1: Os estudantes universitários com maiores comportamentos protetores de saúde apresentam níveis inferiores de ansiedade e/ou depressão;

Hipótese 4.2: Os estudantes universitários com maiores comportamentos protetores de saúde apresentam maior perceção de Bem-Estar Psicológico.

2.2. Participantes

Tendo por base os objetivos e a natureza do estudo, a população alvo os estudantes do ensino superior, a recolha foi realizada no IPG junto dos estudantes dos cursos de Contabilidade, Design de Equipamentos, Gestão de Recursos Humanos e Marketing. A seleção dos participantes foi realizada através de um processo de amostragem não probabilística ou intencional, contando com um total de 135 participantes.

Em relação ao curso que estavam a frequentar, 43.7% frequentava Gestão de Recursos Humanos, 25.2% frequentava o curso de Contabilidade, 25.2% de Marketing e 5.9% de Design de Equipamentos. No que respeita ao ano em que estavam inscritos, 41.5% encontravam-se no 1ºano, 20.7% no 2ºano, 37.7% no 3ºano e 0.7% no 4º ano. Em relação ao desempenho académico, apenas 1.5% dos participantes consideraram ter um mau desempenho, 48.1% considerava ter um desempenho razoável e mais de metade ter um desempenho bom ou muito bom. A maioria dos estudantes referiu que só estuda, no entanto 11.9% dos participantes respondeu ser trabalhador-estudante.

A maioria dos participantes era do género feminino (67.4%) e com idades compreendidas entre os 18-48 anos, com uma média de 21.81 anos. A maioria (47.4%) dos participantes eram originários do Centro do país, 29.6% do Norte, 1.5% do Sul e 20.7% são estrangeiros. No que concerne ao agregado familiar, 14.8% responderam que vivem sozinhos, 8.1% com mais uma pessoa, 26.7% responderam que o agregado familiar é composto por 3 pessoas e 48.1% que vivem com 3 ou mais pessoas. Em relação ao estado civil, a grande maioria era solteira e apenas 1.5% referiu estar numa união de facto. Acerca da perceção sobre o seu estatuto socioeconómico, a grande maioria considerou ter um estatuto socioeconómico médio, 9.6% consideram que é baixo e, apenas, 3.0% consideram que é alto.

Relativamente à saúde mental, a grande maioria dos estudantes afirmou que nunca teve acompanhamento psicológico (97.0%), nem foram sujeitos a internamento psiquiátrico (99.3%). Ao nível do ciclo do sono, a grande maioria (74.8%) considerava não ter problemas do sono. No entanto 4.4% referiu dormir menos de 6 horas diárias e 60.7% afirmou dormir 6 horas, o que é considerado insuficiente para a população em estudo.

No que concerne aos comportamentos de saúde, a maior parte dos estudantes (64.4%) referiu ter cuidado com a alimentação. Em relação ao número de refeições, 4.4% indicam saltar pelo menos uma das principais refeições diárias, 61.5% ficam-se pelas principais refeições diárias e 32.6% referem consumir mais de 5 refeições por dia. Ao nível da prática regular de exercício

físico, a população em estudo aparentou ser, maioritariamente, sedentária, sendo que apenas 40.7% respondeu ter hábitos de prática regular de exercício físico. Grande parte dos estudantes encontrava-se com peso normal (73.3%), todavia 3.7% encontravam-se abaixo do peso e 19.3% acima dos níveis de IMC considerados aceitáveis para o grupo etário.

Por último, em relação aos comportamentos de risco, 34.8% afirmaram ter cuidados ao nível da segurança rodoviária e, apenas 3.0% responderam o oposto. Dos participantes, a grande maioria afirmou que não consumiam substâncias psicotrópicas (91.1%) e que não fumavam (8.1%), todavia 76.3% afirmou consumir bebidas alcoólicas. Os resultados mais detalhados encontram-se na tabela I.

Tabela I
Caraterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes

Variáveis		<i>n</i>	Frequência (%)
Curso	Contabilidade	34	25.2%
	Design de Equipamentos	8	5.9%
	Gestão de Recursos Humanos	59	43.7%
	Marketing	34	25.2%
Ano de escolaridade	1º	56	41.5%
	2º	28	20.7%
	3º	50	37.0%
	4º	1	0.7%
Desempenho académico	Mau	2	1.5%
	Razoável	65	48.1%
	Bom	67	49.6%
	Muito Bom	1	0.7%
Trabalhador-estudante	Sim	16	11.9%
	Não	118	87.4%
Idade	18-21	79	58.5%
	22-25	46	34.1%
	26 ou mais	9	6.7%
Género	Feminino	91	67.4%
	Masculino	44	32.6%
Agregado familiar	Sozinho	20	14.8%
	2	11	8.1%
	3	36	26.7%
	4 ou mais	65	48.1%
Estado civil	Solteiro	133	98.5%
	União de Facto	2	1.5%
Região	Norte	40	29.6%
	Centro	64	47.4%
	Sul	2	1.5%

	Estrangeiro	28	20.7%
Estatuto Socioeconómico	Alto	4	3.0%
	Médio	117	86.7%
	Baixo	13	9.6%
Acompanhamento Psicológico	Sim	4	3.0%
	Não	131	97.0%
Internamento Psiquiátrico	Sim	1	0.7%
	Não	134	99.3%
Qualidade do Sono	Boa	101	74.8%
	Má	32	23.7%
Média de horas de sono diárias	5 ou menos	6	4.4%
	6	82	60.7%
	7 ou mais	44	32.6%
Cuidados com a Alimentação	Sim	87	64.4%
	Não	46	34.1%
Número médio de refeições diárias	2 ou menos	6	4.4%
	3-4	83	61.5%
	5 ou mais	44	32.6%
Prática Regular de Exercício Físico	Sim	55	40.7%
	Não	80	59.3%
IMC	Baixo	5	3.7%
	Normal	99	73.3%
	Pré-Obesidade	24	17.8%
	Obesidade	2	1.5%
Cuidados com Segurança Rodoviária	Sim	47	34.8%
	Não	4	3.0%
Consumo de Tabaco	Sim	28	20.7%
	Não	107	79.3%
Consumo de Álcool	Sim	103	76.3%
	Não	32	23.7%
Consumo de Substâncias Psicotrópicas	Sim	11	8.1%
	Não	123	91.1%

2.3. Instrumentos

Para a recolha dos dados necessários à avaliação das hipóteses em estudo, foram utilizados quatro questionários de autorresposta. Com a escolha destes procurou-se escolher instrumentos adequados aos objetivos e questões de investigação, com base na sua robustez psicométrica, facilidade e brevidade de aplicação. Desse modo os instrumentos escolhidos passaram por um Questionário Sociodemográfico, construído para este estudo, o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), a Escala de Medida de Manifestação de Bem-

Estar Psicológico (EMMBEP), e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Em seguida, será feita uma caracterização sumária dos respetivos instrumentos

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve como objetivo a recolha de alguns aspetos acerca da população participante neste estudo. Dessa forma este questionário é constituído por diversos itens de formato variável, formado por perguntas fechadas e abertas

Com a sua aplicação pretende-se a recolha de dados sociodemográficos, nomeadamente sexo, idade, estado civil, agregado familiar, nível socioeconómico; informação relativa ao percurso escolar (curso e ano que frequenta), desempenho académico e estatuto profissional/académico; e informações acerca do estado e comportamentos de saúde, mais propriamente a toma de medicação, acompanhamento psicológico, qualidade do sono, cuidados ao nível alimentação, Índice de Massa Corporal (IMC), a prática regular de atividade física, comportamentos ao nível da segurança rodoviária e comportamentos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias psicotrópicas.

2.3.2. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

De forma a se proceder à avaliação do estilo de vida e comportamentos de saúde adotados pelos estudantes, optou-se pela utilização do QACS, desenvolvido por Ribeiro, num estudo com uma população juvenil.

Na criação do questionário supramencionado, Pais Ribeiro, baseou-se na versão original de Hetler, o Life-Style Assessment Questionnaire (LAQS). Este último é agrupado em quatro secções: Inventário de Wellness, Crescimento Pessoal, Risco de Morte e Alertas. A primeira secção é constituída por onze categorias: Exercício Físico (12 itens), Físico Nutricional (13 itens), Auto Cuidado Físico (14 itens), Segurança Física relacionada com veículos (9 itens), Aspetos Físicos relacionados com Drogas (13 itens), Meio Ambiente (17 itens), Aceitação e Despertar Emocional (30 itens), Gestão Emocional (22 itens), Intelectual (14 itens), Ocupacional (15 itens), Espiritual (14 itens). A segunda secção inclui 31 itens, a terceira 43 itens e a última 39 itens, perfazendo um total de 289 itens (Pais Ribeiro, 2004).

O questionário desenvolvido por Pais Ribeiro foi inspirado nos primeiros 61 itens da Secção de *Wellness*, baseando-se na perceção do modo como as pessoas se costumam comportar, habitualmente, no seu dia-a-dia. Assim, é constituído por 28 itens agrupados em cinco categorias: Exercício Físico (3 itens); Nutrição (5 itens); Autocuidado (11 itens); Segurança Motorizada (3 itens); e Uso de Drogas ou Similares (6 itens). A resposta aos itens é dada numa

escala ordinal de cinco posições entre o “quase sempre” num extremo da escala e o “quase nunca” no extremo oposto. O seu tempo de resposta é de cerca de 10 minutos (Pais Ribeiro, 2004).

Em relação à consistência interna do instrumento, o estudo realizado por Pais-Ribeiro obteve através do alfa de Cronbach um valor de 0.76, sendo considerada uma consistência interna boa. No que concerne às categorias constituintes do QACS, a consistência interna é considerada boa para a categoria “Nutrição”, com um valor de alfa de Cronbach de 0.78 e aceitável para as restantes categorias, com valores entre o 0.42 e 0.67 (Ribeiro, 2004).

Tal como se pode observar na tabela II, no presente estudo o valor obtido para o alfa de Cronbach para soma de todos os itens do QACS foi de 0.816, sendo considerada uma boa consistência interna. Para as diferentes categorias os valores obtidos sugerem que todas apresentam uma consistência interna considerada boa (com valores entre o 0.700 e 0.829), à exceção das categorias “Segurança Motorizada” e “Uso de drogas ou similares”, que obtiveram uma consistência interna considerada aceitável.

Tabela II
Coeficiente de Consistência Interna do QACS

Instrumento	Categorias	Alfa de Cronbach
QACS	Exercício Físico	0.700
	Nutrição	0.829
	Autocuidado	0.714
	Segurança Motorizada	0.495
	Uso de Drogas e Similares	0.659
	Total	0.816

2.3.3. Escala de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)

Sabendo que os estudantes do ensino superior constituem uma população vulnerável a ações que ponham em causa o seu bem-estar e pela falta de instrumentos de medida do bem-estar adaptados para a população universitária portuguesa, Monteiro, Tavares e Pereira, 2012. procederam à adaptação de um instrumento de avaliação do bem-estar psicológico, a *Échelle de Mesure de Manifestations du Bien-Être Psychologique* (EMMBEP; Massé et al., 1998), numa amostra de estudantes universitários, para contexto nacional (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

A EMMBEP tem como objetivo apresentar-se como um instrumento adequado para a avaliação do bem-estar psicológico em estudantes universitários, sendo constituída por 25 itens e por seis fatores: Felicidade (8 itens); Sociabilidade (4 itens); Controlo de Si e dos Acontecimentos

(3 itens); Envolvimento Social (3 itens); Autoestima (4 itens); e Equilíbrio (3 itens). As respostas são dadas pelos respondentes numa escala ordinal de cinco posições entre o “Nunca”, num extremo e “Quase sempre” noutro extremo (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

O estudo levado a cabo para a adaptação portuguesa da EMMBEP, na sua análise psicométrica, obteve um valor de Alpha de Cronbach de 0.93, o que indica que esta apresenta uma consistência interna considerada muito boa. Em termos mais específicos, os fatores “Felicidade”, “Sociabilidade”, “Controlo de Si e dos Acontecimentos” e “Autoestima” assumem valores entre os 0.89 e 0.83, o que nos indica uma consistência interna considerada boa. Por outro lado, os fatores “Envolvimento Social” e “Equilíbrio” obtiveram valores entre os 0.67 e os 0.69, o que nos indica uma consistência interna considerada aceitável (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

Em relação à amostra em estudo e como se pode observar na tabela III, os valores obtidos para o Alpha de Cronbach da EMMBEP foram de 0.932, o que indica uma consistência interna considerada muito boa. Relativamente aos fatores constituintes, os valores obtidos para os fatores “Felicidade”, “Sociabilidade”, “Controlo de Si e dos Acontecimentos”, “Envolvimento Social” e “Autoestima” situam-se entre 0.716 e 0.883, sendo considerada uma boa consistência interna. No caso do fator “Equilíbrio”, este obteve um valor de 0.65, indicando uma consistência interna considerada aceitável.

Tabela III
Coeficiente de Consistência Interna da EMMBEP

Instrumento	Fatores	Alfa de Cronbach
EMMBEP	Felicidade	0.883
	Sociabilidade	0.822
	Controlo de Si e dos Acontecimentos	0.842
	Envolvimento Social	0.716
	Autoestima	0.780
	Equilíbrio	0.651
	Total	0.932

2.3.4. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS foi desenvolvida, na sua forma original, por Zigmond e Snaith, em 1983. com o objetivo de auxiliar os clínicos a detetar componentes emocionais da doença física, presentes no utente (Snaith & Zigmond, 1994, citado por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007). Através desta escala foi possível a identificação de sintomas de ansiedade e de depressão, avaliando as mudanças no estado emocional do utente (Snaith & Zigmond,

1994, citado por Pais-Ribeiro, et al., 2007). Embora tenha sido desenvolvida com o intuito de ser utilizada em contexto hospitalar, tal como o próprio nome indica, a HADS demonstrou ser válida para ser utilizada em cuidados primários, ambientes comunitários e em Psicologia (Pais-Ribeiro, et al., 2007).

Em relação à sua estrutura, a HADS é constituída por 14 itens, em 2 subescalas, sendo que uma está indicada para avaliação de sintomatologia ansiosa (7 itens) e a outra para medir a depressão (7 itens). Cada item tem subjacente uma escala de 4 categorias, variando a pontuação de cada item ente 0 e 3, sendo que a pontuação total varia entre 0 a 42 e a pontuação total de cada uma das escalas varia de 0 a 21. Analisando as pontuações obtidas em cada subescala, é passível de se afirmar que entre 0 e 7 se situam os resultados normativos, entre 8 e 10 são interpretados como casos em que pode existir dúvida, e acima de 11 considera-se a presença clinicamente significativa de perturbação do humor (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

A adaptação desta escala para a população portuguesa foi realizada por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso em 2006. Os resultados da análise psicométrica demonstraram a existência de uma boa correlação entre os resultados do teste-reteste e um alfa de Cronbach razoável, auferindo tratar-se se uma escala fiel (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

Como se pode observar na tabela IV, em relação à população em estudo o alfa de Cronbach obtido para a HADS foi de 0.785, o que indica uma consistência interna boa. Em relação às duas escalas constituintes, para a “Depressão” encontrou-se um valor de 0.711, sendo também considerada uma consistência interna boa. No caso da “Ansiedade” o valor foi de 0.578, indicando uma consistência interna aceitável.

Tabela IV
Coeficiente de Consistência Interna da HADS

Instrumento	Escalas	Alfa de Cronbach
HADS	Ansiedade	0.711
	Depressão	0.578
	Total	0.785

2.4. Procedimentos

O presente projeto de investigação foi aprovado pela Direção da Escola Superior de Gestão do IPG, tendo a recolha da amostra decorrido no período de 14 de janeiro de 2019 a 14 de março de 2019 nas instalações do IPG. Os alunos foram convidados a participar no estudo no início

da aula, sendo que numa primeira fase se procedeu à leitura e assinatura de um consentimento informado, que antecedeu a passagem dos questionários.

Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado o software Statistical Package for Social Science® versão 23.0 (SPSS) para o Windows. A fim de se testar a normalidade dos dados recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov. Através dos resultados foi possível confirmar a normalidade no total dos instrumentos QACS e EMMBEP ($p > .05$), no entanto, não foi possível confirmar a normalidade na HADS ($p < .05$). Tendo em conta as dimensões constituintes dos instrumentos, apenas é possível confirmar a normalidade no fator “Felicidade” (EMMBEP) e na categoria “Nutrição” (QACS), uma vez que as restantes obtiveram um valor p inferior a 0.05 (tabela V). O Teorema do Limite Central indica que à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição média da mesma tende para uma distribuição normal (Marôco, 2011). Assim, segundo Marôco (2011), as amostras de dimensões superiores a 30 participantes assumem uma distribuição aproximadamente normal, quando aplicado o teorema supramencionado. Uma vez que a amostra em estudo é constituída por 135 participantes, é possível pressupor que se trata de uma amostra com tendência a uma distribuição normal. Dessa forma, optou-se pela utilização de testes paramétricos, uma vez que são considerados estatisticamente mais robustos.

Tabela V
Normalidade da Distribuição dos Dados nas Dimensões da QACS, EMMBEP e HADS

Instrumento	Dimensões	Kolmogorov-Smirnov
QACS	Exercício Físico	0.000
	Nutrição	0.196
	Autocuidado	0.010
	Segurança Motorizada	0.000
	Uso de Drogas e Similares	0.000
	Total	0.081
EMMBEP	Felicidade	0.200
	Sociabilidade	0.000
	Controlo de Si e dos Acontecimentos	0.000
	Envolvimento Social	0.003
	Autoestima	0.010
	Equilíbrio	0.000
HADS	Total	0.200
	Ansiedade	0.001
	Depressão	0.000
	Total	0.001

Na segunda parte da investigação, foi realizada uma análise descritiva dos resultados obtidos em cada instrumento e a caracterização das variáveis sociodemográficas recolhidas junto dos participantes. Em relação à estatística inferencial, foram utilizados testes *t* de *student* (*t*) de forma a verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre diferentes grupos. Posteriormente, procedeu-se ao cálculo de correlação de Pearson (*r*) de modo a verificar qual o grau de associação/correlação entre as diferentes variáveis. Ainda tendo em conta a correlação de Pearson, consideram-se correlações fracas se o valor for inferior a .25, moderadas se o valor variar entre .25 e .50, fortes se o valor variar entre .50 e .75 e, por último, muito fortes quando o valor é acima dos .75 (Marôco, 2011). Em todas as análises efetuadas foi assumido um nível de significância de 95%.

Capítulo 3- Resultados

Este capítulo tem como objetivo a apresentação dos resultados da análise estatística dos dados, realizada através da utilização do programa *IMB SPSS* (versão 23). Serão apresentados os principais resultados obtidos através das estatísticas descritivas e das estatísticas inferenciais.

3.1. Estatísticas Descritivas

Procedeu-se a uma análise descritiva a fim de se caracterizarem os resultados obtidos pelos participantes nas variáveis em estudo, em função das médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos encontrados, ao nível dos fatores e subescalas integrantes dos instrumentos de avaliação utilizados (HADS, QACS e EMMBEP).

Como demonstra a tabela VI, o valor médio para a HADS foi de 11.86 ($DP= 5.67$). Em termos mais específicos e diferenciado a subescala de depressão e a subescala de ansiedade, pode-se aferir que, em média, a subescala da Depressão apresentou valores inferiores ($M= 4.46$; $DP= 2.84$) à subescala da Ansiedade ($M= 8.05$; $DP= 4.09$). Tendo em conta que o ponto de corte para a existência de sintomas depressivos ou ansiogénicos é 7, apura-se que a amostra não aparenta revelar sintomatologia depressiva, contudo aparenta a existência de sintomatologia ansiógena.

Tabela VI
Estatísticas Descritivas - HADS

HADS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Ansiedade	8.05	4.09	0-20	0-21
Depressão	4.46	2.84	0-13	0-21
Total	11.86	5.67	2-29	0-42

Na análise da tabela VII pode-se observar que maior parte dos participantes (82.2%) não apresentava sintomatologia depressiva, mas que 11.9% apresentavam indícios de sintomatologia depressiva e 3% apresentavam sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Em relação à ansiedade, 49.6% da amostra não aparentou sintomatologia ansiógena, no entanto 48.2% obtiveram pontuações congruentes com a presença de

sintomatologia ansiógena, sendo que 23.0% apenas revelaram indícios de sintomatologia ansiógena e 25.2% apresentaram sintomatologia ansiógena clinicamente significativa.

Tabela VII
Frequências - HADS

HADS		<i>n</i>	%
Ansiedade	Resultados Normativos	67	49.6%
	Possível presença de sintomatologia	31	23.0%
	Presença clinicamente significativa	34	25.2%
Depressão	Resultados Normativos	111	82.2%
	Possível presença de sintomatologia	16	12.2%
	Presença clinicamente significativa	4	3.1%

No que concerne à escala EMMBEP, quando interpretamos os resultados globais prevê-se que quanto mais elevados forem, maior é o nível de bem-estar percebido, variando a pontuação total entre 25 e 125 pontos. Na análise da amostra em estudo verificou-se que o valor médio se situava em 95.42, com um desvio-padrão de 14.32. Este valor situa-se mais próximo do valor máximo do que do valor mínimo (tabela VIII) revelando que, em média, os participantes aparentam ter uma boa perceção de bem-estar. Em termos mais específicos, os valores médios foram mais baixos no fator “Envolvimento Social” ($M= 10.89$), seguindo-se o fator “Controlo de Si e dos Acontecimentos” ($M= 10.94$), o que indica que os participantes assumem uma menor perceção de envolvimento social e motivação e sensação de controlo de si e dos acontecimentos, embora ainda se situem mais próximo do valor máximo do que do mínimo.

Tabela VIII
Estatísticas Descritivas - EMMBEP

EMMBEP	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.- Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Felicidade	30.23	6.08	8-40	8-40
Sociabilidade	16.81	2.85	6-20	4-20
Controlo de Si e dos Acontecimentos	10.94	2.30	5-15	3-15
Envolvimento Social	10.89	2.20	3-15	3-15
Autoestima	14.97	2.72	4-20	4-20
Equilíbrio	11.92	2.19	5-15	3-15
Total	95.42	14.32	47-12	25-125

Na escala QACS é previsto que quanto mais baixos forem os resultados globais, mais e melhores comportamentos protetores de saúde são utilizados pelos participantes, sendo que a pontuação total varia entre 28 e 140. Assim, a amostra em estudo obteve um valor médio de 71.47, com um desvio-padrão de 16.10, o qual se situa mais próximo do valor mínimo do que

do valor máximo, revelando que os participantes, em média, assumiram comportamentos protetores de saúde. Em termos mais específicos, a categoria “Exercício Físico” ($M= 3.26$) foi a que obteve um valor médio mais alto, o que indica que os participantes evidenciaram menor empenho em manter a condição física, seguindo-se a categoria “Nutrição” ($M= 3.06$), significando que os participantes assumiram pouco cuidado na escolha de alimentos saudáveis. (tabela IX).

Tabela IX
Estatísticas Descritivas - QACS

QACS	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.- Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Exercício Físico	9.71	3.54	3-15	3-15
Nutrição	15.23	5.15	5-25	5-25
Autocuidado	25.88	7.55	12-44	11-55
Segurança Motorizada	6.05	2.95	3-14	3-15
Uso de Drogas e Similares	14.56	5.67	6-30	6-30
Total	71.47	16.10	34-111	28-140

3.2. Estatísticas Inferenciais

Neste ponto procura-se, através da utilização do teste de correlação de *Pearson*, analisar a relação existente entre as variáveis, com o objetivo de se perceber se existe associação significativa entre os sintomas depressivos e/ou ansiogénicos, os comportamentos protetores de saúde e o bem-estar psicológico percebido.

3.2.1. Associações entre o Bem-Estar Psicológico Percebido e Sintomatologia Depressiva ou Ansiosa

Encontrou-se uma correlação negativa forte entre a HADS e a EMMBEP ($r= -.638$) (tabela X). Este resultado significa que à medida que a presença de sintomas depressivos e/ou ansiógenos aumenta, a percepção do bem-estar psicológico tende a diminuir, ou pelo contrário, quanto menor a presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos maior a percepção do bem-estar psicológico.

Relativamente à análise das relações entre os fatores da EMMBEP e a escala da Depressão destacam-se a correlação entre o fator “Felicidade” com a escala “Depressão”, que apresentam uma relação negativa forte ($r= -.528$), indicando que à medida que os sintomas depressivos aumentam, a felicidade tende a diminuir, ou vice-versa. No que concerne ao

fator “Equilíbrio”, encontrou-se uma relação negativa com a escala “Depressão” ($r = .409$), sendo que à medida que os sintomas depressivos aumentam a percepção de equilíbrio emocional tende a diminuir e vice-versa. Em relação ao fator “Controlo de si e dos acontecimentos”, os resultados indicam uma relação negativa moderada com a escala “Depressão” ($r = -.388$), sendo que à medida que os sintomas depressivos aumentam, o controlo de si e dos acontecimentos tende a diminuir. No que concerne ao fator “Sociabilidade”, este apresenta uma correlação negativa moderada com a subescala “Depressão” ($r = -.348$), o que indica que quanto maior é a sociabilidade menos sintomas depressivos estão presentes. Por último, o fator “Autoestima” também apresenta uma relação negativa moderada com a escala “Depressão” ($r = -.339$), indicando que à medida que a autoestima aumenta, os sintomas depressivos tendem a diminuir e vice-versa

No que respeita à associação da subescala “Ansiedade” da HADS com os fatores constituintes da EMMBEP, destaca-se a correlação negativa forte entre o fator “Felicidade” com a subescala “Ansiedade” ($r = -.528$), que indica que à medida que os sintomas de ansiedade aumentam, a felicidade tende a diminuir, ou vice-versa. Em relação ao fator “Autoestima” verifica-se uma relação negativa com a subescala “Ansiedade” ($r = -.419$), sendo que quando os sintomas ansiógenos aumentam, a autoestima diminui. No caso do fator “Equilíbrio”, também se verifica uma relação negativa com a subescala “Ansiedade” ($r = -.416$), sendo que à medida que a presença de sintomas ansiógenos diminui, a percepção de equilíbrio emocional tende a aumentar. No que concerne ao fator “Controlo de si e dos Acontecimentos”, este apresenta uma correlação negativa moderada com a subescala “Ansiedade” ($r = -.393$), indicando que à medida que os sintomas ansiógenos aumentam, a percepção do controlo de e dos acontecimentos tende a diminuir. Por fim, o fator “Sociabilidade” apresenta uma relação negativa fraca com a escala “Ansiedade” ($r = -.187$), sendo que à medida que os sintomas ansiógenos aumentam, tende a diminuir a sociabilidade.

Pode-se concluir que dos seis fatores que constituem a EMMBEP, apenas o fator “Envolvimento Social” não apresenta relação estatisticamente significativa com as subescalas “Depressão” ($r = -.163$) e “Ansiedade” ($r = -.125$).

Tabela X
Correlações entre as Dimensões da EMMBEP e da HADS

	Ansiedade	Depressão	HADS total
Felicidade	-.528**	-.469**	-.600**
Sociabilidade	-.187*	-.345**	-.305**
Controlo de Si e dos Acontecimentos	-.393**	-.388**	-.468**
Envolvimento Social	-.125	-.163	-.190*
Autoestima	-.419**	-.334**	-.463**
Equilíbrio	-.416**	-.409**	-.499**

EMMBEP total	-.544**	-.500**	-.638**
--------------	----------------	----------------	----------------

3.2.2. Associações entre os Comportamentos Protetores de Saúde e a Sintomatologia Depressiva ou Ansiosa

No que concerne à associação entre a HADS e o QACS, tal como se pode observar na tabela XI, verifica-se a inexistência de uma correlação ($r = .133$). No entanto, analisando os valores de correlação entre as categorias constituintes do QACS e as escalas “Ansiedade” e “Depressão” da HADS, é possível verificar a existência de uma relação positiva fraca entre a categoria “Uso de Drogas ou Similares” e a escala “Ansiedade” ($r = .239$). Este resultado indica que quanto maior é a presença de sintomatologia ansiógena maior é a necessidade de substâncias químicas para poder funcionar, e vice-versa.

Tabela XI
Correlações entre as Dimensões da QACS e da HADS

	Ansiedade	Depressão	HADS total
Exercício-Físico	.009	.046	.003
Nutrição	.050	.065	.069
Autocuidado	.130	.132	.153
Segurança Motorizada	-.076	.026	-.053
Uso de Drogas e Similares	.239**	.032	.184*
QACS total	.125	.085	.133

3.2.3. Associações entre os Comportamentos Protetores de Saúde e Bem-Estar Psicológico Percebido

Analisando a tabela XII é possível determinar a existência de uma correlação negativa fraca entre o QACS e a EMMBEP ($r = -.209$), significando que quando a pontuação total do QACS aumenta, indicando menores comportamentos protetores de saúde, a percepção do bem-estar psicológico tende a diminuir. Analisando a associação entre os fatores constituintes da EMMBEP e as categorias do QACS, encontrou-se uma relação negativa moderada entre a categoria “Autocuidado” e o fator “Equilíbrio” ($r = -.308$), o que significa que à medida que aumentam os comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce de doenças também há um aumento da sensação de equilíbrio emocional. No caso do fator “Controlo de Si e dos Acontecimentos” apura-se uma relação negativa fraca entre este e as categorias “Nutrição” ($r = -.239$) e “Autocuidado” ($r = -.202$), indicando que o a sensação de controlo de si e dos acontecimentos leva à escolha de alimentos saudáveis e a comportamentos que

facilitam a prevenção ou deteção precoce de doenças. Relativamente ao fator “Envolvimento Social” encontrou-se uma relação negativa fraca com a categoria “Nutrição” ($r = -.195$), sendo que há medida que aumenta a sensação de envolvimento social verifica-se um aumento da escolha de alimentos saudáveis. No que concerne ao fator “Felicidade” encontrou-se uma relação negativa fraca com a categoria “Nutrição” ($r = -.183$), sendo que uma maior sensação de felicidade leva a um aumento da escolha de alimentos saudáveis. Por último, também se verificou a existência de uma relação negativa entre a categoria “Uso de Drogas e Similares” e o fator “Equilíbrio”, sendo que à medida que a capacidade de funcionar sem necessidade de substâncias químicas aumenta, a perceção de equilíbrio emocional também tende a aumentar ou vice-versa.

Tabela XII
Correlações entre as Dimensões da QACS e da EMMBEP

	Exercício-Físico	Nutrição	Autocuidado	Segurança Motorizada	Uso de Drogas e Similares	QACS total
Felicidade	-.156	-.183*	-.159			
Sociabilidade	-.028	-.060	-.142	-.030	.054	-.098
Controlo de Si e Acontecimentos	-.156	-.224*	-.202*	.081	-.113	-.254**
Envolvimento Social	.002	-.195*	-.034	-.058	-.064	-.123
Autoestima	.005	-.057	-.006	.121	.072	-.029
Equilíbrio	-.052	-.169	-.308**	-.015	-.200*	-.261**
EMMBEP total	-.063	-.185	-.149	.022	-.114	-.209*

3.2.4. Diferenças entre o género ao nível dos Comportamentos Protetores de Saúde, Bem-Estar Psicológico Percebido e Sintomatologia Depressiva e/ou Ansiosa

Em seguida serão apresentadas as diferenças encontradas nos instrumentos HADS, EMMBEP e QACS, tendo em conta variáveis sociodemográficas, nomeadamente o género, o ano de frequência, a região de onde são naturais e os cuidados ao nível da saúde. De forma a ser possível analisar e avaliar as diferenças entre os grupos recorreu-se ao teste *t de Student*.

No que concerne ao género, como se pode observar na tabela XIII, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação à escala HADS ($p < .05$). Através da análise deste resultado, retira-se que as mulheres aparentam apresentar valores mais elevados na escala HADS, o que indica uma maior predisposição à sintomatologia depressiva e/ou ansiosa nas pessoas do género feminino. Nos instrumentos QACS e EMMBEP,

embora os homens tenham apresentado valores que indicam maior percepção do bem-estar psicológico e menor predisposição aos comportamentos protetores de saúde, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre géneros ($p > .05$).

Tabela XIII
Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Género

	Género	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
HADS	Feminino	88	12.58 (5.77)	2.12	.036
	Masculino	42	10.36 (5.19)		
EMMBEP	Feminino	82	94.45 (14.58)	-1.12	.265
	Masculino	35	97.69 (13.63)		
QACS	Feminino	72	70.56 (17.09)	-0.85	.397
	Masculino	34	73.41 (13.82)		

Em termos mais específicos e analisando a tabela XIV, em relação às escalas que constituem a HADS, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas ao nível dos sintomas depressivos entre mulheres e homens. Porém, na sintomatologia ansiosa encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que as mulheres apresentavam maiores níveis de ansiedade em comparação com os homens.

Tabela XIV
Diferenças nas Subescalas da HADS em Função do Género

Escalas	Género	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Feminino	90	8.71 (4.06)	2.81	.006
	Masculino	42	6.62 (3.83)		
Depressão	Feminino	88	4.45 (2.92)	-0.39	.949
	Masculino	43	4.49 (2.71)		

Em relação ao QACS, e tal como demonstrado na tabela XV, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas categorias “Exercício Físico”, “Autocuidado” e “Segurança Motorizada”. Através da análise destes resultados apurou-se que as mulheres demonstraram menor empenho em manter boa condição físico em comparação com os homens, mas verificaram-se maiores comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce de doenças e maior capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidente com veículos nas mulheres.

Tabela XV
Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Género

Categorias	Género	n	M (DP)	t	p
Exercício-Físico	Feminino	88	10.35 (3.15)	3.10	.002
	Masculino	42	8.36 (3.98)		
Nutrição	Feminino	85	15.19 (4.78)	-0.15	.885
	Masculino	39	15.33 (5.93)		
Autocuidado	Feminino	79	24.81 (7.51)	-2.31	.023
	Masculino	35	28.29 (7.17)		
Segurança Motorizada	Feminino	84	5.58 (2.82)	-2.58	.011
	Masculino	41	7.00 (3.02)		
Uso de Drogas e Similares	Feminino	83	14.13 (3.35)	-1.19	.238
	Masculino	41	15.41 (6.25)		

Relativamente à EMMBEP encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre géneros nos fatores “Felicidade” e “Controlo de Si e dos acontecimentos” (tabela XVI). Estes resultados sugerem uma maior perceção dos níveis de felicidade e do controlo de si e dos acontecimentos nos homens.

Tabela XVI
Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Género

Fatores	Género	n	M (DP)	t	p
Felicidade	Feminino	86	29.35 (6.18)	-2.46	.015
	Masculino	40	32.15 (5.46)		
Sociabilidade	Feminino	89	16.96 (2.66)	0.79	.429
	Masculino	43	16.53 (3.21)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Feminino	89	10.61 (2.31)	-2.45	.016
	Masculino	42	11.64 (2.14)		
Envolvimento Social	Feminino	85	11.04 (2.27)	1.11	.270
	Masculino	39	10.56 (2.04)		
Autoestima	Feminino	90	14.79 (2.76)	-1.13	.261
	Masculino	41	15.37 (2.61)		
Equilíbrio	Feminino	90	12.07 (2.26)	1.11	.270
	Masculino	41	11.61 (2.04)		

3.2.5. Diferenças nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função dos comportamentos de risco adotados

De forma a analisar os comportamentos de risco dos estudantes, avaliou-se o consumo de tabaco, álcool e substâncias psicotrópicas. Ao nível do consumo de álcool, os resultados obtidos indicam diferenças estatisticamente significativas entre consumidores e não

consumidores ao nível do QACS, sendo que os estudantes que consumiam bebidas alcoólicas aparentavam menor predisposição para a adoção de comportamentos protetores de saúde. Na EMMBEP e HADS não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo os valores médios tendencialmente homogéneos (tabela XVII).

Tabela XVII
Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Consumo ou não de Álcool

	Álcool	n	M (DP)	t	p
HADS	Não	31	11.71 (5.74)	-0.17	.865
	Sim	99	11.91 (5.68)		
EMMBEP	Não	27	97.85 (13.35)	1.01	.316
	Sim	90	94.69 (14.59)		
QACS	Não	22	63.64 (17.03)	-2.64	.010
	Sim	84	73.52 (15.30)		

Numa análise mais específica, na EMMBEP foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre consumidores e não consumidores de álcool nos fatores “Autoestima” e “Equilíbrio”, sendo que os resultados demonstraram que os estudantes que assumem consumir álcool percebem maior autoestima e sensação de equilíbrio (tabela XIX). Por outro lado, no QACS identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos nas categorias “Nutrição” e “Autocuidado”, indicando que os estudantes que afirmaram consumir bebidas alcoólicas atentam mais comportamentos para manter a boa condição física e, pelo contrário, menos comportamentos ligados à escolha de alimentos considerados saudáveis (tabela XX). No caso das escalas da HADS não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (tabela XVIII).

Tabela XVIII
Diferenças nas Subescalas da HADS em Função do Consumo ou não de Álcool

	Álcool	n	M (DP)	t	p
Ansiedade	Não	31	4.52 (2.38)	0.11	.910
	Sim	100	4.45 (2.98)		
Depressão	Não	32	7.78 (4.12)	0.42	.675
	Sim	100	8.13 (4.10)		

Tabela XIX
Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Consumo ou não de Álcool

	Álcool	n	M (DP)	t	p
Felicidade	Não	31	31.52 (5.20)	1.36	.179
	Sim	95	29.82 (6.31)		

Sociabilidade	Não	30	16.10 (3.82)	-1.58	.116
	Sim	102	17.03 (2.48)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Não	30	11.07 (2.45)	0.35	.731
	Sim	101	10.90 (2.27)		
Envolvimento Social	Não	29	11.31 (2.21)	1.18	.239
	Sim	95	10.76 (2.72)		
Autoestima	Não	29	16.00 (2.48)	2.36	.020
	Sim	102	8.13 (2.72)		
Equilíbrio	Não	30	12.77 (1.83)	2.44	.016
	Sim	101	11.67 (2.24)		

Tabela XX

Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Consumo ou não de Álcool

	Álcool	n	M (DP)	t	p
Exercício-Físico	Não	31	9.00 (3.04)	-1.28	.204
	Sim	99	9.93 (3.67)		
Nutrição	Não	27	12.44 (5.33)	-3.31	.001
	Sim	97	16.01 (4.84)		
Autocuidado	Não	23	22.83 (6.81)	-2.21	.029
	Sim	91	26.65 (7.57)		
Segurança Motorizada	Não	27	5.81 (3.04)	-0.46	.644
	Sim	98	16.11 (2.94)		
Uso de Drogas e Similares	Não	28	12.75 (5.24)	-1.94	.055
	Sim	96	15.08 (5.71)		

No que concerne ao consumo de tabaco, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos ao nível do QACS, sendo que os estudantes que referiram fumar apresentaram menores comportamentos protetores de saúde do que os não fumam. No entanto, foi possível identificar que os estudantes que não fumavam aparentavam pontuações médias mais altas nas escalas HADS e EMMBEP, o que indica uma possível tendência para a sintomatologia depressiva/ansiosa, mas maior perceção de bem-estar psicológico percebido (tabela XXI).

Tabela XXI

Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Consumo ou não de Tabaco

	Tabaco	n	M (DP)	t	p
HADS	Não	102	12.22 (5.97)	1.36	.175
	Sim	28	10.57 (4.22)		
EMMBEP	Não	89	94.38 (15.19)	-1.40	.164
	Sim	28	98.71 (10.73)		

QACS	Não	81	68.35 (15.29)	-3.82	.000
	Sim	25	81.60 (14.67)		

Em termos mais específicos, apenas se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos nas categorias “Exercício Físico”, “Nutrição”, “Autocuidado” e “Uso de Drogas ou Similares” da QACS (tabela XXIV). Os resultados obtidos indicam que os participantes que negam fumar aparentam mais comportamentos para manter a boa condição física, melhores comportamentos ligados à escolha de alimentos saudáveis, mais comportamentos que facilitam a prevenção ou detecção precoce de doenças e maior capacidade para funcionar sem a necessidade de consumo de substâncias químicas. Nas escalas da HADS e nos fatores da EMMBEP não foi possível a identificação de diferenças estatisticamente significativas entre estudantes fumadores e não fumadores, como pode ser observado na tabela XXII e tabela XXIII.

Tabela XXII
Diferenças nas Subescalas da HADS em Função do Consumo ou não de Tabaco

	Tabaco	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Não	104	8.23 (4.23)	1.82	.071
	Sim	28	7.36 (3.49)		
Depressão	Não	103	4.70 (2.92)	1.00	.318
	Sim	28	3.61 (2.38)		

Tabela XXIII
Diferenças nos Fatores do EMMBEP em Função do Consumo ou não de Tabaco

	Tabaco	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Felicidade	Não	98	29.83 (6.25)	-1.43	.156
	Sim	28	31.68 (5.28)		
Sociabilidade	Não	104	16.67 (3.04)	-1.13	.261
	Sim	28	17.36 (1.89)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Não	103	10.98 (2.31)	0.40	.693
	Sim	28	10.79 (2.32)		
Envolvimento Social	Não	96	10.82 (2.25)	0.60	.550
	Sim	28	11.11(2.06)		
Autoestima	Não	103	14.76 (2.80)	-1.73	.087
	Sim	28	15.75 (2.87)		
Equilíbrio	Não	103	11.89 (2.29)	-0.30	.762
	Sim	28	12.036 (1.84)		

Tabela XXIV

Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Consumo ou não de Tabaco

	Tabaco	n	M (DP)	t	p
Exercício-Físico	Não	103	9.39 (3.36)	-2.03	.044
	Sim	27	10.93 (4.00)		
Nutrição	Não	97	14.43 (4.98)	-3.43	.001
	Sim	27	18.11 (4.77)		
Autocuidado	Não	87	25.03 (7.29)	-2.18	.032
	Sim	27	28.59 (7.88)		
Segurança Motorizada	Não	97	5.87 (2.91)	-1.14	.256
	Sim	28	6.61 (3.06)		
Uso de Drogas e Similares	Não	97	13.96 (5.90)	-2.26	.026
	Sim	27	16.70 (4.19)		

Ao nível do consumo de substâncias psicotrópicas, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos ao nível do QACS, sendo perceptível a evidência de menos comportamentos protetores de saúde pelos participantes que assumiram consumir substâncias psicotrópicas (tabela XXV). Nas outras escalas não foi possível a identificação de diferenças estatisticamente significativas entre consumidores e não consumidores de psicotrópicos.

Tabela XXV

Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas

	Substâncias Psicotrópicas	n	M (DP)	t	p
HADS	Não	118	12.05 (5.77)	1.62	.108
	Sim	11	19.18 (3.49)		
EMMBEP	Não	107	95.31 (14.68)	-0.65	.515
	Sim	9	98.56 (8.72)		
QACS	Não	96	70.43 (16.29)	-2.10	.038
	Sim	10	81.50 (10.15)		

Em termos mais específicos, os resultados obtidos não permitiram identificar diferenças estatisticamente significativas entre grupos em função do consumo ou não de substâncias psicotrópicas nos estudantes do ensino superior, quer nas escalas que constituem a HADS

(tabela XXVI), quer nos fatores que compõem a EMMBEP (tabela XXVII), quer ao nível das categorias que integram o QACS (tabela XXVIII).

Tabela XXVI

Diferenças nas Subescalas da HADS em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas

	Substâncias Psicotrópicas	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Não	119	8.20 (4.17)	1.64	.103
	Sim	11	6.09 (2.70)		
Depressão	Não	119	4.51 (2.87)	1.09	.279
	Sim	11	3.55 (2.16)		

Tabela XXVII

Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas

	Substâncias Psicotrópicas	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Felicidade	Não	115	30.18 (6.26)	-0.61	.546
	Sim	10	31.40 (3.66)		
Sociabilidade	Não	120	16.89 (2.79)	0.89	.376
	Sim	11	16.01 (3.62)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Não	119	10.97 (2.33)	-0.04	.972
	Sim	11	11.00 (1.55)		
Envolvimento Social	Não	112	10.96 (2.23)	0.85	.398
	Sim	11	10.36 (1.96)		
Autoestima	Não	120	11.91 (2.25)	-0.75	.454
	Sim	10	12.40 (1.26)		
Equilíbrio	Não	120	11.91 (2.25)	-0.68	.497
	Sim	10	12.40 (1.26)		

Tabela XXVIII

Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Consumo ou não de Substâncias Psicotrópicas

	Substâncias Psicotrópicas	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício-Físico	Não	103	9.71 (3.50)	0.15	.883
	Sim	27	9.55 (4.34)		
Nutrição	Não	97	15.03 (5.17)	-1.44	.151
	Sim	27	17.36 (4.54)		
Autocuidado	Não	87	25.45 (7.58)	-1.96	.052
	Sim	27	30.30 (5.79)		
Segurança Motorizada	Não	97	5.92 (2.90)	-1.64	.105

	Sim	28	7.50 (3.24)		
Uso de Drogas e Similares	Não	97	14.32 (5.73)	-1.61	.111
	Sim	27	17.30 (4.27)		

3.2.6. Diferenças existentes nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função dos Hábitos de Sono

Em relação aos hábitos de sono, identificaram-se dois grupos, tendo em conta os participantes que consideram ter problemas ao nível sono e aqueles que consideram dormir bem. Nesse sentido e atendendo aos instrumentos de avaliação, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre grupos na HADS, sendo que os participantes que assumiram ter problemas de sono apresentaram pontuações mais elevadas na HADS, congruentes com maior predisposição à sintomatologia depressiva/ansiosa. Embora não sejam diferenças estatisticamente significativas, os participantes sem problemas ao nível do sono referiram maior percepção do bem-estar psicológico e maior tendência para a adoção de comportamentos protetores de saúde (tabela XXIX).

Tabela XXIX
Diferenças de Qualidade do Sono nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS

	Qualidade do sono	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
HADS	Boa	97	11.35 (5.73)	-2.19	.030
	Má	31	13.87 (5.04)		
EMMBEP	Boa	88	96.38 (14.08)	1.38	.172
	Má	28	92.11 (8.72)		
QACS	Boa	79	70.22 (14.72)	-1.31	.192
	Má	26	75.00 (19.83)		

Em termos mais específicos, foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas no fator “Felicidade” da EMMBEP (tabela XXI) e na escala “Ansiedade” da HADS (tabela XXX), sendo que os participantes que referiram má qualidade do sono apresentaram menor sensação de felicidade e maiores níveis de ansiedade do que aqueles que referem dormir bem. No caso das categorias do QACS não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas (tabela XXXII).

Tabela XXX
Diferenças nas Escalas da HADS em Função da Qualidade do Sono

	Qualidade do Sono	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Boa	99	7.64 (2.89)	-2.43	.016

	Má	31	9.65 (2.76)		
Depressão	Boa	98	4.33 (2.89)	-1.15	.255
	Má	31	5.00 (2.76)		

Tabela XXXI
Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função da Qualidade do Sono

	Qualidade do Sono	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Felicidade	Boa	95	31.06 (5.77)	2.87	.005
	Má	30	27.50 (6.40)		
Sociabilidade	Boa	99	16.69 (2.96)	-0.76	.451
	Má	32	17.13 (2.46)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Boa	98	11.12 (2.26)	1.53	.128
	Má	32	10.41 (2.42)		
Envolvimento Social	Boa	94	10.77 (2.11)	-1.09	.279
	Má	29	11.28 (2.42)		
Autoestima	Boa	98	15.07 (2.58)	0.86	.391
	Má	32	14.59 (3.14)		
Equilíbrio	Boa	98	12.09 (2.19)	1.54	.127
	Má	32	11.41 (2.20)		

Tabela XXXII
Diferenças nas Categorias do QACS em Função da Qualidade do Sono

	Qualidade do Sono	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício-Físico	Boa	97	9.77 (3.58)	0.39	.696
	Má	31	9.48 (3.58)		
Nutrição	Boa	93	15.02 (5.27)	-0.67	.505
	Má	29	15.76 (4.89)		
Autocuidado	Boa	85	25.13 (6.76)	-1.82	.071
	Má	28	28.11 (9.47)		
Segurança Motorizada	Boa	94	6.07 (2.79)	0.51	.615
	Má	29	5.76 (3.42)		
Uso de Drogas e Similares	Boa	93	14.09 (5.68)	-1.13	.262
	Má	29	15.41 (5.05)		

3.2.7. Diferenças existentes nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função dos Comportamentos de Saúde.

De forma a analisar a frequência e intensidade de alguns comportamentos de saúde nos estudantes do IPG, avaliaram-se os resultados nas escalas HADS, EMMBEP e QACS em função do comportamento alimentar e do exercício físico.

Em relação ao comportamento alimentar foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre estudantes que afirmam ter ou não ter cuidado com a alimentação nos três instrumentos (tabela XXXIII), sendo que os alunos que referiram ter cuidados ao nível da alimentação também aparentaram menor tendência à sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, maior percepção de bem-estar e mais comportamentos protetores de saúde.

Tabela XXXIII
Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função do Cuidado com a Alimentação

	Cuidados com a alimentação	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
HADS	Sim	85	11.05 (5.52)	2.15	.034
	Não	44	13.27 (5.69)		
EMMBEP	Sim	76	97.74 (13.78)	-2.45	.016
	Não	40	91.00 (14.65)		
QACS	Sim	68	64.29 (13.42)	7.94	.000
	Não	37	85.00 (11.45)		

Em termos mais específicos, foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre grupos em todas as categorias do QACS (tabela XXXVI), sendo que os estudantes com cuidados ao nível da alimentação aparentaram mais comportamentos para manter a boa condição física, melhores comportamentos ligados à escolha de alimentos saudáveis, mais comportamentos que facilitam a prevenção ou deteção precoce de doenças, maior capacidade para minimizar as probabilidades de lesão ou morte em acidentes com veículos e maior capacidade para funcionar sem a necessidade de consumo de substâncias químicas. Também foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos fatores “Felicidade”, “Controlo de Si e dos Acontecimentos”, “Envolvimento Social” e “Equilíbrio” (tabela XXXV), o que indicou menor sensação de felicidade, menor controlo de si e dos acontecimentos, maior sensação de envolvimento social e menor sensação de equilíbrio nos estudantes que admitem ter cuidados ao nível da alimentação. Na HADS foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na escala “Depressão” (tabela XXXIV), indicando maior tendência à sintomatologia depressiva nos estudantes que não referiram cuidados ao nível da alimentação.

Tabela XXXIV
Diferenças nas Escalas da HADS em Função do Cuidado com a Alimentação

	Cuidados com a alimentação	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
--	----------------------------	----------	---------------	----------	----------

Ansiedade	Sim	86	7.65 (4.13)	1.44	.152
	Não	44	8.73 (3.99)		
Depressão	Sim	86	4.05 (2.70)	2.24	.027
	Não	45	5.20 (2.96)		

Tabela XXXV
Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função do Cuidado com a Alimentação

	Cuidados com a alimentação	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Felicidade	Sim	81	31.15 (6.25)	-2.30	.023
	Não	44	28.57 (6.25)		
Sociabilidade	Sim	84	16.98 (2.83)	-.95	.345
	Não	46	16.48 (2.92)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Sim	84	11.32 (2.09)	-2.88	.005
	Não	45	10.13 (2.47)		
Envolvimento Social	Sim	81	11.30 (2.19)	-2.83	.005
	Não	42	10.14 (2.04)		
Autoestima	Sim	83	15.04 (2.81)	-.37	.710
	Não	46	14.85 (2.62)		
Equilíbrio	Sim	83	12.24 (2.10)	2.05	.042
	Não	46	11.43 (2.20)		

Tabela XXXVI
Diferenças nas Categorias do QACS em Função do Cuidado com a Alimentação

	Cuidado com a alimentação	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício-Físico	Sim	85	9.11 (3.51)	-2.73	.007
	Não	43	10.89 (3.42)		
Nutrição	Sim	82	12.86 (4.29)	-9.46	.000
	Não	40	20.05 (3.06)		
Autocuidado	Sim	73	23.60 (6.25)	-4.81	.000
	Não	40	30.15 (8.00)		
Segurança Motorizada	Sim	81	5.74 (3.11)	-1.74	.085
	Não	43	6.70 (2.52)		
Uso de Drogas e Similares	Sim	80	13.45 (5.81)	-3.10	.002
	Não	40	16.67 (4.85)		

No que concerne à prática regular de exercício físico, apenas foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas no QACS, sendo que os estudantes que referiram

uma prática regular de exercício físico evidenciaram maior tendência à adoção de comportamentos protetores de saúde. Embora não sejam diferenças estatisticamente significativas, também se observou que com a prática regular de exercício físico, os estudantes tendem a exibir níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão e maior percepção de bem-estar (tabela XXXVII).

Tabela XXXVII
Diferenças nas Escalas HADS, EMMBEP e QACS em Função da Prática Regular de Exercício Físico

Prática regular de exercício físico		<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
HADS	Sim	53	11.92 (5.89)	0.11	.917
	Não	77	11.83 (5.55)		
EMMBEP	Sim	46	96.87 (15.57)	0.88	.380
	Não	71	94.48 (13.49)		
QACS	Sim	44	66.43 (14.96)	-2.80	.006
	Não	62	75.05 (16.04)		

Em termos mais específicos, apenas foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre a prática regular de exercício físico e as categorias “Exercício Físico” e “Nutrição” do QACS (tabela XL). Assim, evidencia-se que os alunos que praticam regularmente exercício físico apresentam maior empenho em manter a boa forma física e a selecionar alimentos saudáveis. Nas escalas que constituem a HADS (tabela XXXVIII) e nos fatores que compõem a EMMBEP (tabela XXIX), não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas.

Tabela XXXVIII
Diferenças nas Subescalas da HADS em Função da Prática Regular de Exercício Físico

Prática regular de exercício físico		<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	Sim	54	8.28 (4.21)	0.54	.589
	Não	78	7.88 (4.02)		
Depressão	Sim	53	4.42 (2.99)	.0.17	.868
	Não	78	4.50 (2.76)		

Tabela XXXIX
Diferenças nos Fatores da EMMBEP em Função da Prática Regular de Exercício Físico

Prática regular de exercício físico		<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Felicidade	Sim	50	31.32 (6.67)	1.63	.106

	Não	76	29.53 (5.59)		
Sociabilidade	Sim	53	16.62 (3.24)	-0.65	.520
	Não	79	16.95 (2.56)		
Controlo de Si e dos Acontecimentos	Sim	52	11.33 (2.11)	1.57	.118
	Não	79	10.68 (2.40)		
Envolvimento Social	Sim	49	11.06 (2.37)	0.71	.479
	Não	75	10.77 (2.10)		
Autoestima	Sim	52	14.90 (2.99)	-0.22	.824
	Não	79	15.01 (2.54)		
Equilíbrio	Sim	51	11.71 (2.35)	-0.91	.366
	Não	80	12.06 (2.09)		

Tabela XL
Diferenças nas Categorias do QACS em Função da Prática Regular de Exercício Físico

	Prática regular de Exercício Físico	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício-Físico	Sim	54	6.56 (2.69)	-12.93	.000
	Não	76	11.95 (2.06)		
Nutrição	Sim	50	13.98 (5.25)	-2.27	.025
	Não	74	16.08 (4.93)		
Autocuidado	Sim	47	25.85 (7.47)	-0.03	.975
	Não	67	25.90 (7.66)		
Segurança Motorizada	Sim	52	6.38 (3.43)	1.08	.283
	Não	73	5.81 (2.55)		
Uso de Drogas e Similares	Sim	51	14.69 (6.41)	0.21	.832
	Não	73	14.47 (5.14)		

Capítulo 4- Discussão

A presente investigação teve como objetivo principal analisar e compreender a relação existente entre a prática de comportamentos de saúde, Bem-Estar Psicológico e sintomas psicopatológicos nos estudantes do IPG. Para tal, tiveram-se em conta algumas variáveis sociodemográficas, a qualidade do sono, assim como os comportamentos de saúde e de risco dos estudantes.

O estudo contou com a participação de 135 estudantes do IPG, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos. Os estudantes participantes frequentavam o curso de Contabilidade, Design de Equipamentos, Gestão de Recursos Humanos ou Marketing, do primeiro ao quarto ano. Os participantes eram maioritariamente de nacionalidade portuguesa, no entanto, cerca de 21% dos participantes eram estrangeiros. Dos participantes 9.6% referiram ter um estatuto socioeconómico baixo e 89.6% um estatuto socioeconómico médio/alto. Um estudo nacional às condições socioeconómicas dos estudantes do ensino superior em Portugal, realizado por Martins, Mauritti, Machado e Costa (2017), indicou que 21.9% considera que o nível riqueza do seu agregado familiar se encontra abaixo da média, não corroborando os valores obtidos na presente investigação.

Em relação aos comportamentos de saúde, foi avaliada a qualidade do sono, os comportamentos alimentares e a atividade física. Os resultados demonstram que quase um quarto da amostra refere problemas ao nível do sono e 65% afirmou dormir menos de 7 horas por dia. Um estudo realizado por Nogueira e Sequeira (2017) indicou que 57.5% dos estudantes universitários refere dormir menos de 7 horas por dia e 64.4% consideram que o tempo que dormem é insuficiente, o que corrobora os resultados obtidos. Em relação aos comportamentos alimentares 64% dos participantes afirmam ter cuidados com alimentação. Através do cálculo do IMC concluiu-se que apenas 73.3% estão dentro dos valores médios, sendo que dos restantes, 19.3% está acima dos valores desejáveis de peso e 3.7% encontra-se abaixo. Estes resultados estão próximos dos resultados obtidos por Lucas (2014), onde 75.0% estudantes do ensino superior apresentavam peso normal e 16% excesso de peso. No que concerne à atividade física, 59.3% dos nossos participantes afirmou não praticar exercício físico regularmente. Também Silva, Borrego, Ferreira e Lavado (2012) verificaram que 41.1% dos estudantes do ensino superior que participaram no estudo referiam fazer exercício físico regularmente, um resultado um pouco abaixo do obtido no presente estudo.

No que concerne aos comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior selecionou-se analisar o consumo de tabaco, álcool e substâncias psicotrópicas, por serem os mais

referenciados ao nível da literatura. Nesse sentido, da amostra em estudo, 20.7% afirmaram fumar, 76.3% afirmou consumir bebidas alcoólicas e 8.1% afirmou consumir substâncias psicotrópicas. De acordo com os dados recolhidos por Pimentel, Anes e Mata (2013), entre os estudantes universitários, apenas 59% se enquadram no grupo de não fumadores e 9.1% não tinha consumido bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, valores superiores para a média de consumos destas substâncias encontradas no presente estudo. Já no que diz respeito às substâncias psicotrópicas, os resultados obtidos por Galhardo, Cardoso e Marques (2006) indicam um consumo de substâncias psicotrópicas de 9.1%, aproximando-se dos valores obtidos na nossa investigação.

Em relação aos instrumentos utilizados nesta investigação, optou-se pela HADS de forma a avaliar a presença/ausência da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, da EMMBEP para avaliar a perceção do bem-estar psicológico e do QACS para avaliação dos comportamentos protetores de saúde. Relativamente à subescala Ansiedade da HADS, 23.0% da população em estudo apresentava possível presença de sintomatologia ansiosa e 25.2% apresentava sintomatologia ansiosa clinicamente significativa. Estes resultados parecem ir ao encontro do estudo nacional com estudantes do ensino superior realizado por Cruz (2008), em que 55% da amostra evidenciou presença de sintomatologia de ansiosa. No caso da subescala “Depressão”, os resultados foram mais baixos, sendo que 11.9% da população aparenta possível presença de sintomatologia depressiva e 3.0% apresenta sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Estes dados não corroboram os dados obtidos por Almeida (2014), em que a maioria dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva. Todavia, no estudo mencionado o autor optou pela utilização do *Mental Health Inventory* (MHI) para analisar a presença de sintomatologia depressiva, o que pode ter influência nas diferenças obtidas entre o referido estudo e a presente investigação.

No caso da EMMBEP, os resultados obtidos na investigação apontam para uma média ($M=95.42$) próxima do valor máximo da escala, o que indica uma boa perceção de bem-estar psicológico. Estes dados corroboram o estudo de Figueiras (2017), que encontrou uma média de 75 (sendo o valor mínimo é 30 e o máximo 130) para o bem-estar psicológico, o que também corresponde a uma boa perceção de bem-estar psicológico em estudantes do ensino superior.

Em relação aos comportamentos protetores de saúde, a média do QACS foi de 71, estando mais próximo do valor mínimo do que do valor máximo. Estes resultados indicam uma tendência positiva para a adoção de comportamentos protetores de saúde pela população estudantil. Os estudantes apresentam menor empenho nas questões relacionadas com o exercício físico, nutrição e segurança motorizada, sendo que nestes a tendência é relacionar-se menos com os comportamentos protetores de saúde. Um estudo realizado por Figueiredo

(2015) corrobora os resultados ao nível do exercício físico, autocuidado e uso de drogas e similares, sendo que nos dois últimos se verificou um índice bastante positivo ao nível dos comportamentos protetores de saúde. Todavia, ao nível da nutrição e segurança motorizada os resultados são diferentes, uma vez que a população do estudo de Figueiredo (2015) expressa maior preocupação com a escolha de alimentos mais benéficos para a saúde e assumem mais comportamentos de prevenção reduzindo o risco de lesão ou morte associada a acidentes.

4.1. Diferenças existentes entre géneros

Com o segundo objetivo desta investigação pretendeu-se avaliar de que forma o género influencia a perceção do Bem-Estar Psicopatológico, a adoção de comportamentos protetores de saúde e a presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. Para tal, dividiu-se a amostra em dois grupos, um dos grupos era constituído por participantes do género feminino e o outro grupo por participantes do género masculino. Posteriormente, procedeu-se à comparação entre os dois grupos e as escalas HADS, EMMBEP e QACS.

Os resultados obtidos não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no total da EMMBEP relativamente ao género. Os resultados obtidos por Monteiro (2008), num estudo com estudantes do ensino superior, são corroborados pelos resultados obtidos na presente investigação, uma vez que não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre géneros. Igualmente, os resultados obtidos por Cordeiro, Lobo e Coelho (2017) não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros ao nível da EMMBEP.

Tendo em conta os 6 fatores que compõem a EMMBEP encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores “Felicidade” e “Controlo de Si e dos Acontecimentos”. Os resultados indicam uma menor sensação de felicidade e de controlo de si e dos acontecimentos em estudantes do género feminino. Estes resultados refutam os obtidos por Cordeiro, Lobo e Coelho (2017), que apenas encontraram diferenças estatisticamente significativas no fator “Felicidade”, com as mulheres a apresentarem maior sensação de felicidade do que os homens. Similarmente, o estudo de Monteiro (2008) não foi corroborado pelos resultados obtidos, sendo que não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre géneros. Também o estudo de Rosa (2016) não evidenciou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos 6 fatores. No entanto, o estudo de Candeias (2018) é corroborado pelos nossos resultados, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos fatores “Felicidade” e “Controlo de Si e dos Acontecimentos”, sendo verificada uma menor sensação de felicidade e de controlo de si e dos acontecimentos pelos estudantes do género feminino.

Embora os resultados obtidos sugiram que, em média, as mulheres revelem uma percepção de Bem-Estar Psicológico ligeiramente inferior à dos homens, as diferenças apresentadas não são estatisticamente significativas, pelo que não é possível confirmar-se a **hipótese 1.2: “Os estudantes universitários do género feminino apresentam menor percepção de Bem-Estar Psicológico”**.

No que concerne ao QACS os valores registados pela amostra em estudo não permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nos comportamentos protetores de saúde. Os dados obtidos não estão de acordo com os resultados de Nabais (2014) que, num estudo com adolescentes e jovens adultos, encontrou diferenças estatisticamente significativas entre géneros, sendo que os participantes do género feminino apresentaram, em média, comportamentos protetores de saúde superiores aos participantes do género masculino.

Considerando as 5 categorias constituintes do QACS, apenas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do género nas categorias “Nutrição” e “Uso de Drogas e Similares”. Em relação aos fatores “Segurança Motorizada” e “Exercício Físico”, os homens aparentaram menor capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidente com veículos e menor empenho em manter a boa condição física. Já ao nível do “Autocuidado” foram as mulheres a evidenciar menos comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce de doenças. Um estudo realizado por Antunes (2015) corrobora que o género influencia significativamente as categorias “Exercício Físico”, “Autocuidado” e “Segurança Motorizada”. Em relação à categoria “Exercício Físico” também se evidenciou que os homens revelam menor empenho em manter a condição física e na categoria “Autocuidado” também se verifica um menor cuidado das mulheres em comportamentos que facilitam a prevenção ou deteção precoce de doenças. Pelo contrário, na categoria “Segurança Motorizada” o estudo de Antunes (2015) indicou que eram os homens que revelavam maior capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidentes com veículos, sendo que estes dados não são corroborados pelo presente estudo.

Dessa forma, e apesar de as mulheres, em média, apresentarem maior tendência à adoção de comportamentos protetores de saúde em relação aos homens, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas, pelo que a **hipótese 1.3: “Os estudantes universitários do género feminino apresentam mais comportamentos protetores de saúde”**, também não se confirma.

Relativamente à HADS, foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre géneros, tendo-se verificado maior tendência a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em estudantes do género feminino. Estes dados corroboram o estudo de Almeida (2014), em que

os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, com maior prevalência de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em estudantes do género feminino. Concomitantemente, um estudo realizado por Santos (2011) indicou níveis mais baixos de saúde mental e com maior prevalência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva em estudantes do género feminino.

Tendo em consideração as duas escalas da HADS, a “Ansiedade” e “Depressão”, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na escala “Ansiedade”, com maior manifestação de sintomatologia ansiosa nas mulheres. Sousa, Moreira e Telles-Correia (2018) na aplicação da HADS em população universitária apenas encontraram diferenças estatisticamente significativas na escala “Ansiedade”, onde as mulheres evidenciaram uma pontuação mais alta em comparação com os homens, sendo possível corroborar estes dados com os obtidos na presente investigação. Similarmente, o estudo de Pereira (2017) também indicou diferenças estatisticamente significativas na escala “Ansiedade”, com as estudantes do género feminino a apresentar maior sintomatologia ansiosa.

A hipótese 1.1: “Os estudantes universitários do género feminino apresentam maior tendência à sintomatologia depressiva e/ou ansiosa” aceita-se em parte, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros na presença de sintomatologia ansiosa. Dessa forma, é passível de se afirmar que as estudantes universitárias apresentam maior tendência à presença de sintomatologia ansiosa os estudantes universitários.

Esta diferença encontrada entre homens e mulheres, pode ser explicada através de fatores genéticos e dos ciclos hormonais das mulheres. Estudos acerca da neuroimagem, também indicam que o facto do córtex anterior do giro do cíngulo ser maior e mais ativo, refletem em maiores níveis de ansiedade em mulheres (Kinrys & Wygant, 2005).

4.2. Diferenças existentes em função dos comportamentos de risco adotados

Em relação aos comportamentos de risco selecionaram-se o consumo de tabaco, de álcool e de substâncias psicotrópicas por serem os mais populares entre a população estudantil. Assim, pretendeu-se avaliar se a adoção de comportamentos de risco pelos estudantes universitários influencia a saúde mental e a perceção de bem-estar.

No que concerne à comparação entre o consumo de álcool e a HADS não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas ao nível da pontuação global e das duas escalas que

a constituem (“Depressão” e “Ansiedade”). Os resultados obtidos por Santos (2011) não são corroborados pelos presentes dados, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de álcool e a saúde mental global. A autora verificou que os participantes que referiam consumir álcool apresentavam uma saúde mental mais positiva. O resultado obtido para a subescala “Depressão” em função do consumo de álcool corrobora o estudo de Almeida (2014), sendo que também não foi possível encontrar associação entre o consumo de álcool e a depressão. Os resultados obtidos por Pereira (2017) são refutados pelos resultados obtidos ao nível da subescala “ansiedade”, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o consumo de álcool e a ansiedade.

Em relação aos resultados na EMMBEP em função do consumo ou não de álcool, não foi possível a evidência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos ao nível da pontuação global. Assim, não se verificaram diferenças ao nível de Bem-Estar entre alunos que consumem e não consumem álcool. Dessa forma, os resultados obtidos por Santos (2011) são refutados, na medida em que foram encontradas associações entre as variáveis, sendo que há medida que aumenta o consumo de álcool também aumenta a percepção de bem-estar. Já os resultados obtidos por Sequeira (2015) são corroborados na presente investigação, sendo que o autor também não encontrou relações significativas entre as componentes de Bem-Estar avaliadas (afetividade positiva e negativa, e satisfação com a vida) e o consumo de substâncias lícitas.

Tendo em conta os fatores constituintes da EMMBEP, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos fatores “Autoestima” e “Equilíbrio”, com maior percepção de autoestima e equilíbrio nos estudantes que referem consumir álcool. Estes valores não são congruentes com os resultados obtidos por Araújo (2015), em que não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre a autoestima e os alunos em função do consumo de álcool.

Em relação à comparação do resultado na HADS entre grupos de acordo com o consumo ou não de tabaco, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da pontuação global e das duas escalas constituintes (“Ansiedade” e “Depressão”). Os resultados ao nível da subescala “depressão” corroboram o estudo de Almeida (2014), sendo que o autor também não encontrou diferenças ao nível da presença de sintomatologia depressiva em função do consumo de tabaco. No entanto, o mesmo estudo é refutado pelos resultados encontrados na subescala “ansiedade”, uma vez que se verificou que os estudantes que consomem tabaco tendem a manifestar níveis mais altos de ansiedade.

No que concerne ao bem-estar, também não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos em função do consumo ou não de álcool, quer ao nível da pontuação global, quer ao nível dos 6 fatores que a compõem a EMMBEP. Contrariamente, o estudo de Tietzen (2010) com estudantes do ensino superior permitiu encontrar relação entre a percepção do bem-estar e o consumo de tabaco, sendo que os estudantes que consomem tabaco tendem a exibir menor percepção de bem-estar.

Em relação à comparação dos resultados na HADS em função do consumo ou não de substâncias psicotrópicas, não foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas, nem ao nível da escala global, nem ao nível das duas subescalas constituintes (“Ansiedade” e “Depressão”). Estes resultados indicam que o grau de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva não é diferente entre estudantes que consomem substâncias psicotrópicas e os que não consomem. Os resultados obtidos por Almeida (2014) são refutados pela presente investigação, sendo que nesse tinham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomatologia ansiosa e depressiva em função do consumo de substâncias psicotrópicas.

No caso da percepção de bem-estar também não foi possível a identificação diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que consumiam e que não consumiam substâncias psicotrópicas, quer ao nível da pontuação global, quer ao nível dos 6 fatores da EMMBEP. O estudo de Sequeira (2015) é corroborado pelos resultados obtidos, sendo que também não foi encontrada relação entre as componentes de bem-estar e o consumo de substâncias ilícitas. Todavia, a ausência de estudos de comparação dos comportamentos de riscos com as variáveis analisadas não permite uma comparação fidedigna entre os resultados obtidos e a literatura.

Sendo que em nenhuma das comparações foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os comportamentos de risco, a presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e a percepção de Bem-Estar Psicológico, a hipótese 2.1: “Os estudantes universitários que assumem comportamentos considerados de risco apresentam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão” e a hipótese 2.2: “Os estudantes universitários que assumem comportamentos considerados de risco apresentam menor percepção de Bem-Estar Psicológico”, não se podem confirmar. Todavia, os resultados obtidos indicam que, em geral, a adoção de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de tabaco, álcool e substâncias psicotrópicas, se traduz numa maior percepção de Bem-Estar Psicológico e resultados mais baixos para a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa.

4.3. Diferenças existentes em função dos hábitos de sono

O quinto objetivo da presente investigação passava por avaliar se existem diferenças na percepção de bem-estar e na presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, tendo em conta a existência ou não de problemas na qualidade do sono.

Em relação à percepção de bem-estar, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas na escala EMMBEP entre estudantes que referem má qualidade do sono e aqueles que consideram dormir bem. Os estudos de Gomes (2005), Soares (2014) e Nogueira (2017) são refutados pelos resultados obtidos, sendo que nas três investigações encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o bem-estar Psicológico e as horas de sono, na medida em que os estudantes que dormiam pouco referiram pior percepção de bem-estar Psicológico.

Tendo em conta os 6 fatores constituintes da EMMBEP, apenas foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas no fator “Felicidade”. Os resultados obtidos nesse fator apontam para uma maior sensação de felicidade em estudantes que referem não ter problemas ao nível do sono. Os resultados obtidos por Silva (2015) vão em sentido contrário, uma vez que não foi possível encontrar associação entre a qualidade do sono e a satisfação com a vida.

Através dos resultados obtidos a **hipótese 3.2: “Os estudantes universitários com perturbações ao nível do sono apresentam menor percepção de Bem-Estar Psicológico”** não se confirma. No entanto, as diferenças nas médias indicam que os estudantes que revelam melhor qualidade ao nível do sono apresentam maior percepção de Bem-Estar Psicológico, em relação aos estudantes com perturbações ao nível do sono.

Em relação à presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva em função da qualidade de sono, foi possível verificarem-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos, com os estudantes que assinalaram uma melhor qualidade de sono a apresentarem menor presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. Os estudos de Faria (2015) e Nogueira (2017) são possíveis de se corroborar por estes resultados, sendo que, em ambos estudos, na comparação entre a saúde mental e a qualidade do sono encontraram diferenças estatisticamente significativas, obtendo piores resultados ao nível do *distress* psicológico em estudantes que revelavam dormir poucas horas.

Considerando as escalas “Depressão” e “Ansiedade” da HADS, apenas foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas na escala “Ansiedade”, onde os estudantes com problemas ao nível do sono apresentam pontuações mais elevadas na referida escala. Os resultados relacionados com a ansiedade corroboram os obtidos por Nogueira (2017), sendo que num estudo com estudantes do ensino superior encontrou relação entre a ansiedade e a

qualidade de sono, aferindo que quanto pior é a qualidade de sono mais elevados são os níveis de ansiedade. Similarmente, o estudo de Certo (2016) também é corroborado pelos resultados apresentados, uma vez que identificou diferenças na presença de ansiedade em função da qualidade do sono, sendo que os estudantes que referiam pior qualidade do sono maior obtiveram pontuações mais elevadas em relação à ansiedade. No caso dos resultados relacionados com a depressão, os estudos de Silva (2015) e Certo (2016) são refutados pelo presente estudo, na medida em que pior qualidade de sono se traduz numa predisposição à sintomatologia depressiva.

Os resultados obtidos permitem confirmar a **hipótese 3.1: “Os estudantes universitários com perturbações ao nível do sono apresentam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão”**, sendo que se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre grupos definidos em função da qualidade do sono, a favor da hipótese delineada.

Segundo a literatura, os resultados encontrados, que vão ao encontro de um padrão de sono irregular nos estudantes, parecem relacionar-se com os horários inconsistentes, as festas noturnas, as sessões de estudo noturnas, o uso de álcool e drogas, a inatividade física, o uso de aparelhos eletrónicos e os quadros de ansiedade (Monteiro, 2016). Também indivíduos que apresentam traços de ansiedade tendem a apresentar maior dificuldade em adormecer, a acordar mais cedo e a consumir substâncias como tabaco e cafeína, o que produz efeito direto na qualidade do sono. A qualidade do sono ser deficitária aparenta representar efeitos na saúde mental, aumentando os níveis de ansiedade (Almondes & Araújo, 2003), o que pode justificar as diferenças analisadas.

4.4. Diferenças existentes em função dos comportamentos de saúde

O último objetivo pretendeu avaliar a forma como alguns comportamentos de saúde, nomeadamente a prática regular de exercício físico e a alimentação, influenciava a saúde mental e a perceção de bem-estar nos estudantes do ensino superior.

Em relação ao bem-estar em função da prática regular ou não de exercício físico, não foi possível a identificação de diferenças estatisticamente significativas entre grupos, quer na pontuação global da EMMBEP, quer na pontuação global de cada um dos 6 fatores. Os estudos de Rodrigues (2012) e Giesta (2015) são corroborados pelos resultados obtidos, uma vez que não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a prática desportiva e o bem-estar em estudantes do ensino superior. No entanto, Nogueira e Sequeira (2017) encontraram correlação entre a prática de exercício físico e a perceção de bem-estar

psicológico, sendo que os estudantes que praticam exercício físico tendem a ter uma maior percepção de bem-estar psicológico.

No que concerne à análise de presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em função da prática regular ou não de exercício físico, também não foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na HADS, quer na pontuação global que na pontuação total de cada uma das duas escalas constituintes. Nogueira e Sequeira (2017) encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a prática de exercício físico e a saúde mental, na medida em que os estudantes que referem praticar exercício físico regularmente tendem a exibir níveis de saúde mental, nomeadamente ansiedade e depressão, mais favorável do que aqueles que não praticam, sendo esses resultados refutados pela presente investigação.

Relativamente aos níveis de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva em função da adoção de uma alimentação cuidada, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas. Os resultados obtidos indicam pontuações mais elevadas de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva em estudantes que indicam não ter cuidados ao nível da alimentação. O estudo de Antunes (2015) também encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os cuidados ao nível da alimentação, sendo que estudantes que não revelaram cuidados na escolha de alimentos saudáveis evidenciavam maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa. Apenas foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas na escala “Ansiedade”. Dessa forma, evidenciou-se maior presença de sintomatologia ansiosa em estudantes que negam ter cuidado com a alimentação. O estudo realizado por Bosa (2010) em estudantes universitários do Brasil, é corroborado pelos resultados obtidos, uma vez que foi possível encontrar diferenças ao nível da alimentação e a ansiedade, sendo que os estudantes que apresentavam sintomatologia demonstravam menos cuidados ao nível da alimentação, nomeadamente maior ingestão de calorias e de consumo de carboidratos.

No que concerne ao bem-estar em função da adoção ou não de cuidados com a alimentação, também foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Assim, os resultados obtidos indicam maior percepção de bem-estar nos estudantes que assumem cuidados ao nível da alimentação. O estudo realizado por Soares (2014) é corroborado pelos resultados obtidos, sendo que também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a alimentação e o bem-estar, com os estudantes que referem cuidados ao nível da alimentação a terem maior percepção de bem-estar.

Em relação aos fatores que compõem a EMMBEP encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores “Felicidade”, “Controlo de Si e dos Acontecimentos” e “Envolvimento Social”. A partir desses dados, é possível verificar que os estudantes que

revelam cuidados ao nível da alimentação evidenciam maior sensação de felicidade, maior perceção de controlo de si e dos acontecimentos e maior sensação de envolvimento social. Os resultados obtidos por Soares (2014) são corroborados por estes dados, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões “Propósito de Vida” e “Domínio do meio”, em que os estudantes com cuidados ao nível da alimentação percecionam maior motivação no alcance das metas, maior controlo si e das situações que os rodeiam.

Através dos resultados obtidos é possível confirmarem-se a **hipótese 4.1: “Os estudantes universitários com maiores comportamentos protetores de saúde apresentam níveis inferiores de ansiedade e/ou depressão”** e **hipótese 4.2: “Os estudantes universitários com maiores comportamentos protetores de saúde apresentam maior perceção de Bem-Estar Psicológico”**. Embora só se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas na comparação das médias em relação aos cuidados na alimentação, os resultados obtidos permitem afirmar que ao adotarem os comportamentos analisados (prática regular de exercício físico e cuidados ao nível da alimentação) os estudantes tendem a apresentar maior perceção de Bem-Estar Psicológico e níveis inferiores de presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva.

Segundo a literatura, os jovens universitários aparentam alguma dificuldade em conseguir gerir os cuidados com a alimentação e a prática de atividade física com as exigências do “mundo” académico, assim é frequente que os jovens universitários omitam refeições, careçam de diversidade de alimentos, ingiram mais alimentos de elevada densidade energética, ricos em gordura e açúcar e realizem mais refeições fora de casa (Rodrigues, 2012). No que concerne à prática de exercício físico, as razões apontadas para a inatividade física em estudantes do ensino superior são os custos, a falta de espaços para a prática desportiva e o aumento de atividades de lazer “sedentárias” (e.g. redes sociais e jogos de computador) (Fernandes, 2016; Lemos, 2016).

Almeida (2014) refere que indivíduos com níveis mais altos de depressão e ansiedade tendem a evidenciar maior predisposição para a adoção de comportamentos de risco, de forma a diminuir os sintomas exibidos, assim como a revelar menos comportamentos protetores de saúde. O facto de os estudantes exibirem níveis inferiores de ansiedade e/ou depressão, leva a que os comportamentos protetores de saúde aumentem e reduzam os comportamentos de risco. Também é referido que comportamentos protetores de saúde, nomeadamente, a atividade física leva a uma melhor sensação de bem-estar e redução de sintomas como a ansiedade e a depressão, sendo que os dados obtidos na presente investigação aparentam corroborar e ir ao encontro da literatura analisada.

4.5. Limitações do estudo

Posteriormente à discussão global dos principais resultados obtidos importa refletir acerca de algumas limitações encontradas ao longo do estudo. Uma das principais limitações encontradas diz respeito à caracterização da amostra, sendo que para além de ser considerada uma amostra reduzida também se destaca o facto de esta ser uma amostra de conveniência, fazendo com que os resultados não possam ser generalizados para outras populações, devido à carência de aleatoriedade dos participantes.

Outra limitação do presente estudo diz respeito à recolha de dados, sendo que esta se obteve através da aplicação de questionários de autorresposta. Este método, embora seja mais fácil de aplicar e de obter resultados rápidos, tem como desvantagem o facto de não ser possível garantir que as respostas dadas não tenham sido deturpadas e possam ter como influência a tendência de os participantes darem respostas tendo em conta o fator da desejabilidade social.

A última limitação que se pôde constatar, refere-se à escassez de estudos que integrem uma análise aos construtos abordados, o que não permitiu uma discussão exaustiva e detalhada em algumas temáticas mais específicas.

Conclusão

A presente investigação assumiu como objetivo analisar a relação existente entre os comportamentos adotados pelos estudantes universitários, a saúde mental e a percepção de Bem-Estar Psicológico. Para tal procedeu-se à recolha de informações sociodemográficas e à aplicação de três instrumentos (EMMBEP, a HADS e o QACS) numa amostra constituída por 135 estudantes do IPG.

Através dos resultados obtidos é possível concluir que, em geral, a amostra em estudo apresenta adequados comportamentos protetores de saúde, percepção de bem-estar psicológico positiva, baixa percentagem de estudantes com sintomatologia depressiva e adoção de comportamentos de risco (consumo de álcool, tabaco e substância psicotrópicas) inferior, quando comparados com outros estudos com estudantes do ensino superior.

No entanto, também foi possível verificar a presença de sintomatologia ansiosa numa parte significativa dos participantes, sendo estes resultados congruentes com a literatura. Os principais fatores apontados para estes resultados podem se relacionar com a "rivalidade" entre colegas, as provas académicas, a pressão em relação aos prazos de entrega e as expectativas acerca de uma carreira futura.

Em relação aos hábitos de sono, foi possível aferir que a maioria dos participantes não considera ter perturbações ao nível do sono, no entanto, a maior parte dos participantes assume dormir 6 horas ou menos por dia, sendo considerado insuficiente.

Outros dados a destacar referem-se aos cuidados ao nível da alimentação e a prática regular de exercício físico, sendo que mais de metade dos participantes não referiram cuidados nestas áreas. Em relação aos cuidados ao nível de alimentação, os principais fatores que parecem justificar o pouco cuidado com a alimentação parecem estar relacionados com a escolha de alimentos menos saudáveis, a mudança de horários, a falta de tempo disponível, a conveniência e o custo.

Sumariamente, em relação aos objetivos e hipóteses de investigação, apenas se confirmaram as hipóteses: **“Os estudantes universitários do género feminino apresentam maior tendência à sintomatologia depressiva e/ou ansiosa”, “Os estudantes universitários com perturbações ao nível do sono apresentam níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão”, “Os estudantes universitários com maiores comportamentos protetores de saúde apresentam níveis inferiores de ansiedade e/ou depressão” e “Os estudantes**

universitários com maiores comportamentos protetores de saúde apresentam maior percepção de Bem-Estar Psicológico.

Em jeito de conclusão, considera-se importante o investimento em pesquisas que abordem estas temáticas. A literatura onde se pôde basear esta investigação revelou-se bastante escassa, particularmente no que concerne à comparação entre os comportamentos de saúde e o impacto na saúde mental. Este fator serviu como limitador a uma análise e comparação fidedigna e exaustiva dos resultados obtidos.

Uma vez que os estudantes universitários são considerados como uma das populações com maior risco de desenvolvimento de psicopatologias e de adoção de comportamentos de risco, esta investigação assume grande importância, permitindo uma análise dos comportamentos adotados pelos estudantes e a forma como esses comportamentos têm consequência na saúde mental e no bem-estar. Assim, como aplicações futuras, esta investigação pode assumir um carácter preventivo, na medida em que a sua análise pode resultar em medidas e estratégias que diminuam a prevalência de comportamentos de risco em estudantes universitários. Similarmente, também assume um carácter interventivo, uma vez que foram identificadas algumas áreas problemáticas, podendo servir como base à delimitação de um projeto interventivo.

Referências Bibliográficas

- Alves, D. (2014). *Ganho de Peso, Alteração de Hábitos Alimentares e Prática de Atividade Física em Estudantes que Ingressam no Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina de Lisboa- Universidade de Lisboa, Portugal.
- Alves, R. & Precioso, J. (2017). Hábitos Alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (14), 239-244. DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2974>.
- Almeida, J. (2014). *A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências Médicas- Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Almondes, K. & Araújo, J. F. (2003). Padrão do Ciclo Sono-Vigília e Sua Relação Com a Ansiedade em Estudantes Universitários. *Estudos de Psicologia* 8(1), 37-43. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2003000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Andrade, C. (2010). Transição para a Idade Adulta: Das Condições Sociais às Implicações Psicológicas. *Análise Psicológica* 2(28), 255-267.
- Alves, R. & Precioso, J. (2017). Hábitos Alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. *Revista de Estudios e Investigación*, 14, 214-243. DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2974>.
- Amaral, A. (2017). *Qualidade de Sono, Higiene do Sono e Temperamento: Estudo com Estudantes Universitários Portugueses*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia- Universidade de Lisboa, Portugal.
- Antunes, A. (2015). *Estilos de Vida, Stresse, Ansiedade, Depressão e Adaptação Académica em Alunos Universitários de 1ºano*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola de Psicologia e Ciências da Vida- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.

- Araújo, E. (2015). *Comportamentos de Risco em Jovens Universitários: Consumo de Substâncias Psicoativas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade dos Açores, Portugal.
- Araújo, M., Lima, A., Alencar, A., Araújo, T., Fragoaso, L. & Damasceno, M. (2013). Avaliação da Qualidade do Sono em Estudantes Universitários de Fortaleza-CE. *Texto Contexto Enfermagem* 22(3), 352-360. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200011&script=sci_abstract&tlng=pt
- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist* 55(5), 469-480. DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. (2001). Conceptions of the Transition to Adulthood: Perspectives From Adolescence Through Midlife. *Journal of Adult Development* 8(2), 133-143. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/227120805_Conceptions_of_the_Transition_to_Adulthood_Perspectives_From_Adolescence_Through_Midlife
- Avó, I. (2017). *Correlatos de Personalidade das dimensões do Bem-Estar: relação dos Cinco Fatores de Personalidade com o Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia- Universidade de Lisboa, Portugal.
- Belem, I., Rigoni, P., Santos, V., Vieira, J. & Vieira, L. (2016). Associação entre Comportamentos de Risco para a Saúde e Fatores Sociodemográficos em Universitários de Educação Física. *Motricidade* 12(1), 3-16. DOI: <https://doi.org/10.6063/motricidade.3300>.
- Bonito, J. (2010). Consumo de tabaco entre os Estudantes de Enfermagem: Uma Primeira Aplicação do Global Health Professional in H. Pereira, L. Branco, F. Simões, G. Esgalhado e R. M. Afonso (Eds.), *Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado*, (pp. 833-843). Covilhã: Universidade da Beira Interior. [ISBN 978-989-96996-0-1].
- Bosa, V. (2010). *Ansiedade, Consumo Alimentar e o Estado Nutricional de Adolescentes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

- Boscolo, R., Sacco, I., Antunes, H., Mello, M. & Tufik, S. (2007). Avaliação do Padrão de Sono, Atividade Física e Funções Cognitivas em Adolescentes Escolares. *Revista Portuguesa Ciências do Desporto* 7(1), 18-25. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232007000100003.
- Cardoso, H., Bueno, F., Mata, J., Alves, A., Jochims, I., Filho, I. & Hanna, M. (2009). Assessing Quality of Sleep in Medical Students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 349-355. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/05.pdf>.
- Candeias, H. (2018). *Bem-Estar, Satisfação Académica e Atividades Extra-Académicas: Um Estudo na Universidade de Évora*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Évora, Portugal.
- Carneiro, M., Lima, P., Marinho, L. & Souza, M. (2016). Estado Nutricional de Estudantes Universitários Associados aos Hábitos Alimentares. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* 14(2), 84-88. Acedido em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1248/14284.pdf>.
- Coleta, D., Ferreira, E. & Ferreira, M. (2012). Felicidade, Bem-Estar Subjetivo e Variáveis Sociodemográficas, em Grupos de Estudantes Universitários. *PsicoUSF* 17(1), 129-139. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036088014>.
- Contente, N. (2012). *Bem-Estar, Qualidade de Vida e Saúde Mental: Estudo Descritivo na Cidade da Horta*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Cordeiro, S., Lobo, C. & Coelho, A. (2016). Contributos para o Estudo da Relação entre Bem-Estar Psicológico e Ajustamento Académico. *Livro de Atas do IV Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho*, 148-161. Acedido em <https://www.researchgate.net/publication/315611192>.
- Cruz, C., Pinto, J. & Aleluia, S. (2010). 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. *Revista Millenium* 38, 223-242. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/305>

- Cruz, M. (2008). *Ansiedade e Bem-Estar na Transição para o Ensino Superior: O Papel do Suporte Social*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação- Universidade do Porto, Portugal.
- Faria, C. (2015). *Qualidade do Sono em Estudantes Universitários*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina- Universidade de Coimbra, Portugal.
- Faria, Y., Gandolfi, L. & Moura, L. (2014). Prevalence of Risk Behaviors in Young University Students. *Revista Acta Paulista de Enfermagem* 27(6), 591-595. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400096>.
- Fernandes, J. (2016). *Estudo Comparativo dos Níveis de Atividade Física, Comportamento Sedentário e Hábitos Alimentares de Estudantes do Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Educação Física e Desporto- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Figueiras, M. (2017). *A Relação entre Bem-Estar Psicológico, Autoestima e Felicidade: Diferenças entre alunos do ensino superior privado e alunos do ensino superior público em Portugal*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de Saúde, Costumes e Estilos de Vida- Indicadores de Risco Epidemiológico: Avaliação de Estados de Saúde e Doença*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Medicina- Universidade de Coimbra, Portugal.
- Filipe, P. (2015). *Relações entre o Stresse, a Ansiedade, a Depressão com o Bem-Estar Subjetivo: Estudo do Papel Protetor da Esperança e do Otimismo em Sujeitos da Região da Amazônia*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Universidade do Algarve, Portugal.
- Firmeza, S., Fernandes, K., Santos, E., Wylania, J., Oliveira, E. & Silva, A. (2016). Comportamento Sexual entre Acadêmicos de uma Universidade Pública. *Revista Rene* 4. 17(4), 506-511. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400010.
- Fonte, C. & Manita, C. (2003). Consumos de Drogas em Estudantes da Universidade do Minho: Construções de Significados. *Revista Toxicodependências* 9(3), 61-74. Acedido em https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=82678.

- Galhardo, A., Cardoso, I. & Marques, P. (2006). Consumo de Substâncias em Estudantes do Ensino Superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências* 12(1), 71-77. Acedido em http://www.sicad.pt/PT/REVISTATOXICODEPENDENCIAS/Paginas/detalhe.aspx?itemId=63&lista=SICAD_Artigos&bkUrl=http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists
- Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjetivo: Fatores Cognitivos, Afetivos e Contextuais* (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Gaspar, T. & Balancho, L. (2017). Fatores Pessoais e Sociais que Influenciam o Bem-Estar Subjetivo: Diferenças Ligadas ao Estatuto Socioeconômico. *Ciênc. saúde coletiva* 22 (4), 1373-1380. DOI: 10.1590/1413-81232017224.07652015.
- Giesta, L. (2016). *Saúde Mental e Nível de Atividade Física em Estudantes do Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Gomes, A. (2005). *Sono, Sucesso Académico e Bem-Estar em Estudantes Universitários*. (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Ciências da Educação- Universidade de Aveiro, Portugal.
- Henriques, A. (2013). *Determinantes de Actividade Física nos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Janeiro, J., Oliveira, I., Rodrigues, M., Maceiras, M. & Rocha, G. (2013). As Atitudes Sexuais, Contraceptivas, o Locus de Controle da Saúde e a Autoestima em Estudantes do Ensino Superior. *Revista Brasileira Promoção da Saúde* 26(4), 505-512. Acedido em 18 de fevereiro de 2019 em <http://www.redalyc.org/pdf/408/40831096008.pdf>.
- Kinrys, G. & Wygant, L. (2005). Transtornos de Ansiedade em Mulheres: Gênero Influência o Tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27(2), 43-50. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000600003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Laranjeira, M. (2016) *A Relação do Consumo de Substâncias Psicoativas com o Comportamento Sexual de Risco: Estudo realizado com estudantes do Ensino Superior de Coimbra*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade de Coimbra, Portugal.

- Lemos, F. (2016). *Motivação e Prática de Exercício Físico em Estudantes do Ensino Superior: Um estudo realizado no Instituto Politécnico do Porto*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Desporto- Universidade do Porto, Portugal.
- Lopes, T., Dantas, E. & Oliveira, A. (2017). Comportamento de risco à saúde de universitários. Acedido em <https://journaldedados.wordpress.com.br/>.
- Loureiro, L.(2012). *Consumo de Substâncias Psicoativas e Estilos de Vida nos Estudantes do Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Lucas, J. (2014). *Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico da Guarda, Portugal.
- Manzatto, L., Rocha, T., Júnior, G., Lopes, G. & Sousa, J. (2011). Consumo de Álcool e Qualidade de Vida em Estudantes Universitários. *Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP* 9(1), 37-53. Acedido em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637712>.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro:ReportNumber.
- Martins, J. (2014). *Perceção dos Jovens Universitários Sobre os Conceitos de Consumo Problemático e não Problemático e Sobre Formas de Prevenção Eficazes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior da Maia, Portugal.
- Mendonça, M., Andrade, C. & Fontaine, A. (2009). Transição para a Idade Adulta e Adulterz Emergente: Adaptação do Questionário de Marcadores da Adulterz Junto de Jovens Portugueses. *Psychologica- Imprensa da Universidade de Coimbra*, 51. 147-168. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_51_10.
- Mesquita, A., Lemes, A., Carrijo, M., Moura, A., Couto, D., Rocha, E. & Valpato, R. (2016). Depressão entre Estudantes de Curso da área da Saúde de uma Universidade em Mato Grosso. *Jornal Health NPEPS* 1(2), 218-230. Acedido em <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1433>

- Monteiro, F. (2016). *Padrões de Sono de Estudantes Universitários em Época de Avaliações: Comparação com a Década Anterior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Educação e Psicologia- Universidade de Aveiro, Portugal.
- Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. (2009). Adulter Emergente: Na Fronteira entre a Adolescência e a Adulter. *Revista @mbienteeducação* 2(1), 129-137. Acedido em <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/545.A>.
- Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. (2012). Adaptação Portuguesa da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico com Estudantes Universitários- EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças* 13(1), 66-77. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000100006.
- Monteiro, S. (2018). *Optimismo e Vinculação na Transição para o Ensino Superior: Relação com Sintomatologia Psicopatológica, Bem-Estar e Rendimento Académico*. (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro.
- Nabais, L. (2014). *Comportamentos de Risco em Adolescentes e Jovens Adultos da Região de Lisboa: Perspectivas de Prevenção*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Aberta, Portugal.
- Nogueira, M. (2015). *A Relação entre o Bem-Estar Subjetivo, o Suporte Social e a Esperança, na População Prisional*. (Dissertação de mestrado não publicado). ISPA- Instituto Universitário, Portugal.
- Nogueira, M. (2017). *Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Nogueira, M. & Sequeira, C. (2017). A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Relação com o Género, Nível Socioeconómico e os Comportamentos de Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 51-56. Acedido em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0167>.
- Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP* 20(2). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/17844>.

- Oliveira, M. (2013). *Avaliação de Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida em Mulheres com Menopausa*, (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Pimentel, M., Mata, M. & Anes, M. (2013). Tabaco e Álcool em Estudantes: Mudanças Decorrentes do Ingresso no Ensino Superior. *Psicologia, Saúde & Doenças* 14(1), 185-204. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100012
- Pedrosa, A., Camacho, L., Passos, S. & Oliveira, R. (2011). Consumo de Álcool entre Estudantes Universitários. *Cadernos de Saúde Pública* 27(8). 1611-1621. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/16.pdf>.
- Pereira, A. (2013). *Hábitos de Sono em Estudantes Universitários*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Pereira, R. (2017). *Influência dos Grupos Académicos nos Comportamentos de Consumo de Álcool e sua Relação com Sintomas Ansiosos e Depressivos numa População do Ensino Superior de Lisboa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina- Universidade de Lisboa, Portugal.
- Pimentel, M., Preto, L., Alves, M. & Monteiro, A. (2016). Comportamento Sexual e Estudantes do Ensino Superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 352-367. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170304>.
- Reis, M., Matos, M. & Equipa Aventura Social (2017). *Comportamentos de Saúde dos Jovens Universitários Portugueses - Dados Nacionais de 2016*. Lisboa: Aventura Social.
- Reis, R. (2015). *Consumo de Álcool, Personalidade e Ajustamento Emocional em Estudantes Universitários*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola de Psicologia e Ciências da Vida- Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias, Portugal.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das Intenções Comportamentais Relacionadas com a Promoção e Proteção da Saúde e com a Prevenção das Doenças. *Análise Psicológica* 2(21), 387-397. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>.

- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007) Validation Study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 12(2), 225-237. DOI: 10.1080/13548500500524088.
- Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). Comportamentos Sexuais de Risco em Estudantes do Ensino Superior Público da Cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças* 10(1), 99-113. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000100008.
- Rodrigues, N. (2012). *Contributos da Prática de Atividade Física no Estilo de Vida e no Bem-Estar Psicológico: Estudo com Alunos do Ensino Superior da Universidade do Algarve*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Algarve, Portugal.
- Rodrigues, T. (2012). *Avaliação dos Hábitos Alimentares de Estudantes do Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior Agrária de Viseu- Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
- Rosa, M., Caciatori, J., Panatto, A., Silva, B., Pandini, J., Freitas, L., Reis, M., Souza, S. & Simões, P. (2014). Tobacco Use and Associated Factors Among Students of a University of Criciúma (SC). *Cadernos de Saúde* 22(1), 25-31. DOI: 10.1590/1414-462X201400010005.
- Sales, W., Caveião, C., Mocelin, D., Costa, P. & Simm, E.(2016). Risky Sexual Behavior and Knowledge of STIs/AIDS Among University Health Students. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10). DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16019>.
- Salvo, V. (2005). Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Universitários do Curso de Nutrição. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 5, 11-15. Acedido em http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/639.
- Santos, M. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Educação- Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sequeira, J. (2015). *Consumo de Substâncias em Estudantes do Ensino Superior: Prevalências e Relação com o Bem-Estar Subjetivo e Desempenho Académico*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade de Coimbra, Portugal.

- Silva, I., Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Contributo para a Adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à População Portuguesa com Doença Crónica. *Psychologica* 41, 193-204. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/317934187_CONTRIBUTO_PARA_A_ADAPTA CAO_DA_HOSPITAL_ ANXIETY_AND_DEPRESSION_SCALE_A_POPULACAO_PORTUGUESA_CO M_DOENCA_CRONICA
- Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V., Lavado, E., Melo, R. Rowland, J. & Truninger, M. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: O Caso dos Estudantes da ULisboa-2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).
- Silva, R., Horta, B., Pontes, L., Faria, A., Souza, L., Cruzeiro, A. & Pinheiro, R. (2007). Bem-Estar Psicológico e Adolescência: Fatores Associados. *Cad. Saúde Pública* 23(5), 1113-1118. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500013.
- Soares, A., Pereira, M. & Canavarro, J. (2014). Saúde e Qualidade de Vida na Transição para o Ensino Superior. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150204>.
- Soares, M. (2014). *Bem-estar Psicológico em Estudantes do Ensino Superior: Caracterização, Correlatos e Proposta de Intervenção*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Sousa, J., Moreira, C. & Telles-Correia, D. (2018). Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(9), 454-462. Acedido em <https://doi.org/10.20344/amp.9996>.
- Sousa, N. (2014). *Os Estudantes Universitários e o Consumo de Substâncias Psicoativas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia- Universidade Lusófona da Porto, Portugal.
- Tietzen, A. (2010). *Vivências Académicas do Alunos do Ensino Superior*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Universidade do Algarve, Portugal.

Victoria, M., Bravo, A., Felix, A., Neves, B., Rodrigues, C., Ribeiro, C., Canejo, D., Coelho, D., Sampaio, D., Esteves, I., Silva, J., Marotta, L., Rosa, M., Rosa, M., Ribeiro, M., Santos, N., Barbosa, T., Silva, T., Brito, T., Santos, V., Lima, V. & Saltoris, W. (2013). Níveis de Ansiedade e Depressão em Graduandos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). *Encontro- Revista de Psicologia* 16(25). Acedido em <http://revista.pgskroton.com.br/index.php/renc/article/view/2447>

WHO, 2001. *The World Health Report 2001- Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS