



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

# **Comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental em estudantes universitários**

(VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA)

**Márcia Sofia Farias Poeta**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Silva

**Covilhã, dezembro de 2018**



# Dedicatória

À minha avó, Maria de Jesus. A memória do teu sorriso norteou todo o meu caminho.

Ao meu tio, Paulo Jorge, a razão de tudo.



# Agradecimentos

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Doutora Cláudia Silva, pela compreensão, paciência e atenção; pela confiança, apoio, sugestões e incentivos tão necessários para que esta investigação prosperasse, especialmente após todas as dificuldades encontradas ainda antes do seu início. Agradeço-lhe, ainda, por todos os ensinamentos ao longo deste percurso, por ter fomentado o meu interesse pela área da saúde e, fundamentalmente, por ter promovido as minhas competências académicas e pessoais.

Aos docentes e alunos da Universidade da Beira Interior, pela sua colaboração nesta investigação.

À Universidade da Beira Interior, em geral, e à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, em particular, o lugar onde tanto aprendi, cresci, sonhei e fui feliz!

Aos meus pais. Obrigada por me ajudarem a reerguer nos dias mais difíceis, pela força que me deram nos momentos de desalento e por nunca duvidarem de que eu seria capaz. Obrigada pelo vosso apoio incondicional e por sempre me terem incentivado a lutar pelo meu sonho.

À minha irmã. Obrigada pela força, motivação e apoio que, incansavelmente, me deste ao longo de todo este percurso. Obrigada por estares sempre ao meu lado e por me incentivares a seguir os caminhos que me fazem feliz!

À Maria e ao Lucas, a fonte de energia onde diariamente recuperava a força e o ânimo para as longas horas de trabalho que me esperavam. Não há motivação maior do que vos ver sorrir!

À minha avó, à minha prima Isaura e à minha tia Lucília pois, sem o apoio que sempre me deram, percorrer este caminho teria sido, certamente, mais difícil.

À família que a Universidade da Beira Interior me deu: Beatriz, Daniela S., Daniela V., Sara, Fabiana e Mariana. Obrigada por todas as experiências vividas, pela presença constante, pelo companheirismo, apoio e motivação. A vossa amizade dá ainda mais sentido ao caminho que percorri e ao sonho que agora cumpro. Sentir-me-ei sempre grata por vos ter na minha vida.

À Diana. Obrigada pela preocupação constante, pela presença nos momentos de maior insegurança e pela força que todos os dias, sem exceção, me deste. Obrigada pela tua amizade incondicional e por teres vivido este sonho ao meu lado!

Ao Fábio, a minha maior força! Obrigada por compreenderes as minhas ausências, por seres o meu porto de abrigo nas horas de maior desalento e a âncora onde sempre encontrei a coragem que, tantas vezes, me faltava. Obrigada por trilhares cada passo deste caminho comigo, por estares incondicionalmente ao meu lado e, sobretudo, por me motivares a ser e a sonhar sempre mais!



# Resumo

Os estudantes universitários (EU) apresentam uma prevalência elevada de comportamentos de risco e de perturbações mentais, pelo que esta população deve ser alvo de atenção acrescida. No entanto, em Portugal, os estudos sobre esta realidade ainda são escassos. Este estudo objetiva caracterizar os comportamentos de saúde e a saúde mental de EU, descrever estas variáveis em função de características sociodemográficas e explorar a relação entre a saúde mental e os comportamentos de saúde.

Para o efeito, foi utilizado um Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) (Ribeiro, 2004) e o Inventário de Saúde Mental (ISM) (Ribeiro, 2011). A amostra incluiu 339 estudantes do primeiro ano de cursos do 1º ciclo e do primeiro ano de cursos do 2º ciclo da Universidade da Beira Interior (UBI). Os participantes eram na maioria do género feminino (61%), do primeiro ano do 1º ciclo (74%) e de Ciências Sociais e Humanas (53%), com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos ( $M=21$  anos).

Os resultados obtidos apontam para um elevado número de consumidores de álcool (78%) e de alunos fisicamente inativos (58%). Evidencia-se uma prevalência elevada de distresse psicológico (17%), ansiedade (22%) e depressão (14%). Os EU do género feminino adotam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas e similares e apresentam níveis superiores de distresse psicológico, ansiedade e depressão. Os EU de Ciências Sociais e Humanas adotam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas e similares e apresentam níveis superiores de depressão. Não se verificaram diferenças significativas entre o ano de ensino relativamente ao uso de drogas e similares, nem em relação ao distresse psicológico, ansiedade e depressão. Os principais resultados indicam que as dimensões de saúde mental estão negativamente correlacionadas com a capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas. Os resultados também demonstram uma correlação negativa entre a saúde mental e a prática de exercício físico. O modelo de regressão linear múltipla revelou que a ansiedade e a depressão são preditores de comportamentos de saúde associados ao menor uso de drogas e similares e à prática de exercício físico.

Estes resultados salientam a necessidade de as instituições de ensino investirem na promoção da saúde mental e na implementação de estratégias que reduzam os comportamentos de risco.

## Palavras-chave

Comportamentos de saúde; Saúde mental; Distresse psicológico; Ansiedade; Depressão; Uso de drogas e similares; Exercício físico.



# Abstract

College students have a high prevalence of risk behaviors and mental disorders, demanding greater attention to these issues. However, in Portugal, studies about this reality are rare. This study aims to characterize the student's health behaviors and mental health, to describe these variables in terms of sociodemographic characteristics and to explore the relationship between mental health and health behaviors.

For this purpose, a Sociodemographic Questionnaire, a Health Attitudes and Behaviors Questionnaire (Ribeiro, 2004) and a Mental Health Inventory (Ribeiro, 2011) were used. The sample included 339 students from 1st year of 1st cycle courses and 1st year of 2nd cycle courses of University of Beira Interior. The majority of participants were female (61%), 1st cycle courses students (74%) and Human and Social Sciences students (53%), ages between 18 and 55 ( $M=21$ ).

The results obtained indicate a high number of alcohol users (78%) and a high number of physically inactive students (58%). There is evidence of a high prevalence of psychological distress (17%), anxiety (22%) and depression (14%). Female students adopt more risk behaviors associated with drugs and similar use and have higher levels of psychological distress, anxiety, and depression. Human and Social Sciences students adopt more risk behaviors associated with drugs and similar use and have higher levels of depression. There were no significant differences between the year of education, regarding drugs and similar use and regarding psychological distress, anxiety and depression. The main results indicate that mental health dimensions are negatively correlated with ability to function without need for chemicals. Results also showed a negative relationship between mental health and physical exercise practice. Multiple linear regression model revealed that anxiety and depression are predictors of health behaviors associated with less drugs and similar use and with practice of physical exercise.

These results enhance that college institutions needs to invest in promotion of mental health and in strategies implementation to reduce risk behaviours.

## Keywords

Health behaviors; Mental health; Psychological distress; Anxiety; Depression; Drugs and similar use; Physical exercise.



# Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento teórico.....	3
Capítulo 1 - Comportamentos de saúde dos estudantes universitários.....	3
1. Comportamentos de saúde.....	3
1.1. Perspetiva ecológica .....	6
1.1.1. Nível individual .....	7
1.1.1.1. Modelo de Crenças de Saúde .....	7
1.1.1.2. Teoria da Motivação Protetora .....	7
1.1.1.3. Modelo Transteórico dos Estágios de Mudança .....	8
1.1.1.4. Teoria do Comportamento Planeado .....	9
1.1.2. Nível interpessoal .....	9
1.1.2.1. Teoria Social Cognitiva .....	10
1.1.3. Nível comunitário.....	11
1.1.3.1. Organização comunitária e outros modelos participativos.....	11
1.1.3.2. Teoria da Difusão de Inovações.....	12
1.1.3.3. Teoria da Comunicação e efeito dos meios de comunicação social .....	13
2. Comportamentos de saúde em estudantes universitários .....	14
2.1. Perspetivas desenvolvimentistas.....	14
2.1.1. Teoria da Aduldez emergente de Arnett (2000, 2005) .....	14
2.1.2. Modelos Conceptuais de Schulenberg e Maggs (2001).....	15
2.2. Comportamentos de risco dos estudantes universitários .....	17
2.2.1. Consumo de álcool .....	18
2.2.2. Consumo de tabaco e de outras substâncias psicoativas .....	20
2.2.3. Hábitos alimentares.....	22
2.2.4. Atividade física .....	23
Capítulo 2 - Saúde mental dos estudantes universitários.....	24
1. Saúde mental.....	24
2. Saúde mental dos estudantes universitários.....	28

2.1.	Saúde mental, características sociodemográficas e académicas e os comportamentos de saúde dos estudantes universitários .....	30
II.	Corpo Empírico.....	33
1.	Tipologia do estudo .....	33
2.	Objetivos e hipóteses de investigação.....	33
3.	Metodologia.....	35
3.1.	Participantes .....	35
3.2.	Instrumentos .....	37
3.2.1.	Questionário Sociodemográfico .....	37
3.2.2.	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS).....	38
3.2.3.	Inventário de Saúde Mental (ISM).....	39
3.3.	Procedimentos .....	41
3.4.	Metodologia estatística.....	42
4.	Resultados .....	43
4.1.	Estatísticas descritivas.....	43
4.2.	Estatísticas inferenciais.....	48
4.2.1.	Género, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental .....	48
4.2.2.	Ano de ensino, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental .....	50
4.2.3.	Área de estudo, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental.....	51
4.2.4.	Comportamentos de Saúde e Saúde Mental .....	53
4.2.5.	Modelo de Regressão Linear Múltipla .....	54
5.	Discussão dos resultados .....	59
6.	Conclusão .....	67
	Referências Bibliográficas.....	71
	Anexos .....	93

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes .....	36
Tabela 2 - Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS).....	42
Tabela 3 - Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões do Inventário de Saúde Mental (ISM).....	42
Tabela 4 - Caraterização dos comportamentos dos participantes .....	44
Tabela 5 - Caraterização da saúde mental dos particiantes de acordo com o ISM.....	47
Tabela 6 - Análise das diferenças no Uso de drogas e similares, em função do género.....	48
Tabela 7 - Caraterização sociodemográfica do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas em EU do género feminino e masculino .....	49
Tabela 8 - Análise das diferenças no Distresse Psicológico, Ansiedade e Depressão, em função do género.....	49
Tabela 9 - Análise das diferenças no Uso de drogas e similares, em função do ano de ensino	50
Tabela 10 - Análise das diferenças no Distresse Psicológico, Ansiedade e Depressão, em função do ano de ensino .....	51
Tabela 11 - Análise das diferenças no Uso de drogas e similares, em função da área de estudos .....	51
Tabela 12 - Teste Post-hoc do uso de drogas e similares em função da área de estudos.....	52
Tabela 13 - Análise das diferenças no Distresse Psicológico, Ansiedade e Depressão, em função da área de estudos .....	52
Tabela 14 - Teste Post-hoc da depressão em função da área de estudos. ....	53
Tabela 15 - Correlação de Pearson entre Ansiedade e Depressão e o Uso de drogas e similares .....	53
Tabela 16 - Correlação de Perason entre Ansiedade e Depressão e o Exercício Físico.....	54
Tabela 17 - Correlação de Pearson entre Ansiedade e Depressão e a Nutrição .....	54
Tabela 18 - Análise de regressão linear sobre o impacto da Ansiedade no Uso de drogas e similares .....	55
Tabela 19 - Análise de regressão linear sobre o impacto da Depressao no Uso de drogas e similares .....	55
Tabela 20 - Modelo de regressão linear relativo à associação entre a Ansiedade e a Depressão e o Uso de drogas e similares .....	55

Tabela 21 - Análise de regressão linear sobre o impacto da Ansiedade no Exercício Físico....	56
Tabela 22 - Análise de regressão linear sobre o impacto da Depressão no Exercício Físico....	56
Tabela 23 - Modelo de regressão linear relativo à associação entre a Ansiedade e a Depressão e o Exercício físico.....	57

# Lista de Acrónimos

ACHA	<i>American College Health Association</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Desvio Padrão
EU	Estudantes Universitários
EUA	Estados Unidos da América
F	Representação para o teste ANOVA
GAP	Gabinete de Apoio Psicológico
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
HIE	<i>Health Insurance Experiment</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ISM	Inventário de Saúde Mental
LAQ	<i>Lifestyle Assessment Questionnaire</i>
M	Média
MHI	<i>Mental Health Inventory</i>
N	Tamanho da amostra total
n	Tamanho da amostra respondente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
QACS	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde
r	Representação para o coeficiente de correlação de Pearson
RESAPES	Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
t	Representação para o teste t de Student
UBI	Universidade da Beira Interior



## Introdução

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade ou doença” (OMS, 1946, p.1), asseverando, assim, a saúde mental enquanto parte integrante da saúde. Efetivamente, de acordo com a OMS (2001, cit in OMS, 2004), a saúde mental constitui a base para o bem-estar e para o funcionamento eficaz de um indivíduo e de uma comunidade, pelo que se impõe como um valor intrínseco para o potencial humano (OMS, 2004).

A saúde mental pode ser influenciada pelos estilos de vida, isto é, pelos comportamentos dos indivíduos (Justo, 2010). Neste sentido, enquanto alguns comportamentos são protetores para a saúde, outros - como o consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas, uma má alimentação ou o sedentarismo - são patogénicos, expondo o indivíduo a determinados riscos, como o desenvolvimento de doenças (Conner & Norman, 2005; Matos, 2004). Da mesma forma, a saúde mental tem influência nos comportamentos de saúde, pelo que a adoção de comportamentos de risco pode estar associada à presença de perturbações mentais (Santos, 2011). Embora seja fundamental analisar a adoção destes comportamentos e a prevalência de perturbações mentais na população em geral, é primordial atentar particularmente na população universitária.

Segundo Dworkin (2005), frequentar a Universidade incita a vivenciar um período de experimentação que tende a ser superior comparativamente ao de outras gerações ou de indivíduos que não frequentam este nível de ensino, razão pela qual os estudantes universitários estão mais suscetíveis a trespassar o limite entre a experimentação saudável e os comportamentos perigosos. Como tal, verifica-se um evidente aumento dos comportamentos de risco aquando da transição do Ensino Secundário para a Universidade (Fromme, Corbin & Kruse, 2008). Além disso, a prevalência de alguns comportamentos de risco parece decorrer entre os 18 e os 25 anos, sugerindo que a própria fase do ciclo vital em que estes jovens se encontram pode incrementar a adoção de comportamentos de risco (Arnett, 2000, 2005).

Por outro lado, alguns autores têm indicado que os estudantes universitários apresentam uma saúde mental mais pobre, comparativamente à população em geral (e.g. Stewart-Brown et al., 2000). Neste sentido, a literatura científica tem apontado para uma prevalência preocupante de perturbações mentais (Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Cruz, Pinto, Almeida & Aleluia, 2010; Galindo, Moreno & Muñoz, 2009; Rezende, Abrão, Coelho & Passos, 2005) quer no período de transição para a Universidade (Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Dyson & Renk, 2006; Reyes-Rodríguez, Rivera-Medina, Cámara-Fuentes, Suárez-Torres & Bernal, 2013) quer na fase final do percurso académico (Silveira, Norton, Brandão & Roma-Torres, 2011).

É, pois, uma evidência inegável que os estudantes universitários constituem uma população onde a prevalência de comportamentos de risco e de perturbações mentais é elevada. Não obstante, embora vários estudos internacionais tenham sido realizados sobre esta realidade,

em Portugal as investigações ainda são escassas, nomeadamente no que respeita à influência das variáveis sociodemográficas em cada um dos referidos aspetos, pelo que o presente estudo procurou colmatar esta lacuna.

Assim, este estudo, realizado com alunos da Universidade da Beira Interior (UBI), propõe-se a caracterizar os comportamentos de saúde e a saúde mental destes estudantes. Simultaneamente, objetiva descrever o comportamento destas variáveis em função de algumas características sociodemográficas, nomeadamente o género, o ano de ensino e a área de estudos, permitindo identificar potenciais grupos de risco. Por fim, aponta, fundamentalmente, para a compreensão da relação entre a saúde mental e os comportamentos de saúde.

O presente estudo apresenta-se organizado em duas partes principais. A primeira parte constitui o enquadramento teórico e encontra-se subdividida em dois capítulos - o capítulo 1, referente aos comportamentos de saúde, e o capítulo 2, respeitante à saúde mental - nos quais constarão os principais constructos teóricos que nortearam esta investigação, bem como alguns resultados relevantes de estudos empíricos nesta área. A segunda parte envolve a apresentação do estudo empírico e inclui a descrição da tipologia e metodologia de investigação, a apresentação e discussão dos principais resultados obtidos, e, por último, a exposição das principais conclusões.

# I. Enquadramento teórico

A secção que seguidamente se apresenta firma-se, essencialmente, no enquadramento teórico do presente trabalho, mediante o qual se contextualiza a investigação concretizada e se apresentam os conhecimentos e descobertas científicas sobre o tema em estudo. Este enquadramento teórico será constituído por dois capítulos principais: 1) Comportamentos de saúde dos estudantes universitários; e 2) Saúde mental dos estudantes universitários.

## Capítulo 1 - Comportamentos de saúde dos estudantes universitários

### 1. Comportamentos de saúde

Desde os primeiros dias da humanidade que culturas em todo o mundo têm procurado compreender o que significa ser saudável. Neste sentido, a definição de saúde evoluiu ao longo do tempo refletindo, essencialmente, as crenças e os níveis de compreensão científica e médica de uma determinada época (Badash, Kleinman, Barr, Jang, Rahman & Wu, 2017).

O estudo dos comportamentos na saúde e na prevenção de doenças começou a ganhar relevo após a Segunda Guerra Mundial, a partir de estudos pioneiros que procuravam compreender a relação entre esses comportamentos e as principais causas de morte nos países desenvolvidos e que culminaram no clássico relatório de Lalonde (1974) que defendia que o comportamento humano, incluindo o modo como as pessoas interagem com o meio ambiente, é, em grande parte, responsável pelas doenças nesses países (Ribeiro, 2004).

Neste sentido, várias investigações foram concretizadas com o propósito de estudar estas relações, sendo de mencionar o estudo Alameda (1983), um dos mais rigorosos do ponto de vista metodológico, que averiguou a relação entre o comportamento humano, a saúde e as doenças (Berkman & Breslow, 1983, citados por Ribeiro, 2004).

Na referida investigação, os autores identificaram sete comportamentos relacionados significativamente com a saúde física e bem-estar do indivíduo, nomeadamente: 1) dormir sete ou oito horas diárias; 2) tomar o pequeno-almoço quase todos os dias; 3) nunca ou raramente comer entre as refeições; 4) ter um peso ajustado à altura; 5) não ter hábitos tabágicos, quer atualmente quer no passado; 6) consumir moderadamente ou não consumir álcool; e 7) praticar exercício físico regularmente. Os autores constataram que quanto menos o indivíduo seguisse estas rotinas no ano inicial do estudo, maior era o risco progressivo de que viesse a morrer nos 4 anos seguintes; por sua vez, verificaram que a sua prática diária diminuía o risco de morte

em quatro vezes para os homens e em mais do dobro para as mulheres (Berkman & Breslow, 1983, cit in Gonzalez & Ribeiro, 2004). Em suma, esta pesquisa evidenciou a relação causal estabelecida entre a forma de viver e a morbidade e mortalidade revelando, assim, que comportamentos de saúde mais adaptativos estavam associados a uma saúde melhor (Belloc & Breslow, 1972, cit in Ribeiro, 2004).

Várias definições do conceito de comportamentos de saúde têm sido desenvolvidas. Kasl e Kobb (1966) propuseram uma das definições mais utilizadas, que refere que um comportamento de saúde constitui qualquer atividade realizada por uma pessoa que acredita ser saudável, visando a prevenção ou detecção de doenças num estágio assintomático. Não obstante, esta asserção apresenta limitações, nomeadamente a exclusão das atividades desenvolvidas por pessoas com doenças que procuram a autogestão, atraso da progressão e melhoria do bem-estar geral (Conner & Norman, 2005).

Posteriormente, Parkerson e colaboradores (1993) sugeriram que os comportamentos de saúde podem ser definidos como o conjunto de ações de indivíduos, grupos ou organizações assim como os seus determinantes, correlações e consequências, como a mudança social, políticas de desenvolvimento e implementação, promoção das estratégias de *coping* e melhoria da qualidade de vida (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

Por outro lado, Last (1995, cit in Figueiredo, 2015) realça que um comportamento de saúde resulta da combinação de conhecimentos, práticas e atitudes que motivam as ações consideradas saudáveis e que, neste sentido, um sujeito que pratica um comportamento saudável é alguém que promove e preserva a sua saúde.

Gochman (1982, 1997, cit in Glanz, Rimer & Viswanath, 2008) também definiu os comportamentos de saúde colocando a tónica nas ações individuais, referindo que estes constituem não só as ações observáveis mas também os estados mentais e emocionais que podem ser relatados e mensurados. Neste sentido, o autor referiu que os comportamentos de saúde constituem os atributos pessoais relativos aos elementos cognitivos (e.g., crenças, expectativas, motivos, valores, percepções); aos estados afetivos e emocionais; e, ainda, aos padrões comportamentais e hábitos que visam a manutenção, recuperação e promoção da saúde.

Por seu lado, de uma forma mais abrangente, Carmody (1997, cit in Gonzalez & Ribeiro, 2004) afirmou que qualquer conduta que afete a saúde, positiva ou negativamente, pode ser considerada um comportamento relacionado com a saúde, acrescentando que qualquer atividade ou comportamento afeta, direta ou indiretamente, a mesma.

Em suma, aludindo à definição proposta pela OMS (1986, cit in OMS, 1998), um comportamento de saúde é qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com a intenção de promover, proteger ou manter a saúde, independentemente de o comportamento ser ou não objetivamente eficiente para tal objetivo.

Esta definição foi corroborada recentemente por Conner e Norman (2005), que definiram comportamento de saúde como qualquer atividade realizada com a finalidade de prevenir ou detetar doenças ou melhorar a saúde e o bem-estar.

Neste sentido, apreende-se que os indivíduos podem desenvolver comportamentos imunogénicos ou de proteção (Matarazzo, 1984, cit in Figueiredo, 2015), que correspondem a um conjunto de ações individuais ou coletivas, realizadas de forma voluntária, que têm o objetivo de minimizar uma situação de risco (Conner & Norman, 2005; Matos, 2004) como, por exemplo, o uso de cinto de segurança, a prática de exercício físico, os cuidados com a higiene oral, a realização de exames médicos de rotina regulares, um adequado número de horas de sono por noite, uma boa nutrição, um baixo consumo de álcool e de substâncias psicoativas, práticas sexuais seguras (Belloc & Breslow, 1972, cit in Gonzalez & Ribeiro, 2004; Carter, McGee, Taylor & Williams, 2007; Conner & Norman, 2005; Krick & Sobal, 1990; Matos, 2004), entre outras.

Por outro lado, inversamente aos comportamentos de saúde, os indivíduos podem desenvolver comportamentos patogénicos ou de risco (Matarazzo, 1984, cit in Figueiredo, 2015), pautados pelo perigo de aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento de uma doença ou mesmo à morte como, por exemplo, o tabagismo, uma alimentação rica em gorduras, a ingestão de grandes quantidades de álcool, o consumo de substâncias psicoativas ou fora do contexto de vigilância médica (Belloc & Breslow, 1972, cit in Gonzalez & Ribeiro, 2004; Carter, McGee, Taylor & Williams, 2007; Conner & Norman, 2005; Krick & Sobal, 1990; Matos, 2004), entre outros.

Os comportamentos de proteção e os comportamentos de risco podem ser agrupados num padrão organizado e mais complexo de comportamentos interrelacionados denominado estilo de vida (OMS, 1998). O estilo de vida implica a escolha de atividades diárias como o que comemos e quando, o tipo e quantidade de produtos que consumimos, como e quando praticamos exercício físico ou até as formas que utilizamos para relaxar e lidar com o stress (Ribeiro, 1989), sendo que, tais comportamentos, são determinados pela interação entre as características pessoais do indivíduo, as relações sociais e as condições económicas, sociais, políticas e educacionais (OMS, 1998).

De acordo com Ribeiro (2004), o conceito “estilo de vida” pode ser considerado equivalente ao conceito de “*wellness*”, definido por Hettler (1982, cit in Ribeiro, 2004) como um processo ativo mediante o qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, isto é, à maximização das suas potencialidades no meio ambiente em que está envolvido.

Assim, considerando que o comportamento humano, enquanto estilo de vida, está relacionado com a saúde e bem-estar das populações, é preponderante que a promoção da saúde tenha por base escolhas individuais e coletivas por estilos de vida saudáveis, que devem ser adaptados às

características sociodemográficas de cada população, seja ela jovem ou idosa, estudantil ou em atividade profissional (Justo, 2010).

### **1.1. Perspetiva ecológica**

A perspetiva ecológica emergiu após a Segunda Revolução da Saúde (Matos, 2004) e enfatiza as interações das pessoas com os seus ambientes físicos e socioculturais, realçando a interação e interdependência de fatores dentro e através de todos os níveis de um problema de saúde (Grzywacz & Fuqua, 2000; Rimer & Glanz, 2005).

Esta perspetiva tem por base o modelo de Brofenbrenner (1979), que considera que o comportamento afeta e é afetado por múltiplos níveis de influência. No seu modelo, Brofenbrenner divide as influências ambientais no comportamento em quatro níveis: microssistema, que se refere às influências que ocorrem em contextos específicos, como as interações familiares; mesossistema, referente às inter-relações estabelecidas entre os vários ambientes em que o indivíduo está envolvido, como a família, a escola, o grupo de pares, entre outros; o exossistema, respeitante às forças dentro do sistema social em que o indivíduo se insere; e, por fim, o macrossistema, relativo às crenças e valores culturais aprendidos ao longo do desenvolvimento (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988).

Um dos princípios da perspetiva ecológica propõe, efetivamente, que o comportamento afeta e é afetado por múltiplos níveis de influência. Neste sentido, determina cinco níveis de influência para comportamentos de saúde, nomeadamente: 1) fatores intrapessoais ou individuais (referentes a características individuais que influenciam o comportamento e que incluem, por exemplo, os conhecimentos, atitudes e crenças); 2) fatores interpessoais (onde se inclui, por exemplo, a rede de suporte); 3) fatores institucionais ou organizacionais (como as regras, políticas e outras estruturas que podem restringir ou promover esses comportamentos); 4) fatores comunitários (regras sociais, normas ou padrões formais ou informais entre indivíduos, grupos e organizações); e 5) fatores de política pública (nos quais se inserem as políticas e leis locais e nacionais que regulam ou apoiam ações e práticas saudáveis visando a prevenção, deteção precoce, controlo e monitorização de doenças) (McLeroy et al., 1988; Rimer & Glanz, 2005).

Por outro lado, a perspetiva ecológica apresenta um outro princípio, referente à relação de causalidade recíproca entre o indivíduo e o ambiente, sugerindo, assim, que o comportamento individual molda e é moldado pelo ambiente social (Rimer & Glanz, 2005).

Ao abordar a saúde comportamental, a perspetiva ecológica é categórica, uma vez que é fundamental promover competências pessoais e sociais que conduzam ao restabelecimento rápido do indivíduo após o confronto com os riscos (Matos, 2004).

### *1.1.1. Nível individual*

Estas teorias exploram o comportamento individual, enquanto unidade fundamental do comportamento de grupo, e focalizam-se nos fatores intrapessoais, que incluem conhecimentos, atitudes, crenças, motivação, autoconceito, história do desenvolvimento, experiência passada e habilidades (McLeroy et al., 1988; Rimer & Glanz, 2005).

#### *1.1.1.1. Modelo de Crenças de Saúde*

Este modelo, desenvolvido por Rosenstock em 1974 (Coleta, 1999) e aprimorado na década seguinte por Becker e colaboradores (Couto, 1998), hipotetiza que os comportamentos de saúde dependem de duas variáveis: 1) o desejo de evitar a doença; e 2) a crença de que uma ação específica pode prevenir ou atenuar a doença, ou seja, a estimativa do indivíduo sobre a ameaça da doença e a probabilidade de, mediante a sua ação pessoal, reduzir essa ameaça (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). Assim, o Modelo de Crenças de Saúde aborda as percepções do indivíduo sobre a ameaça representada por um problema de saúde (nomeadamente a sua suscetibilidade e gravidade), os benefícios de evitar a ameaça e, ainda, os fatores que influenciam a tomada de decisão para agir (barreiras, sugestão para ação e autoeficácia) (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005; Janz & Becker, 1984; Rimer & Glanz, 2005).

Os investigadores deste modelo assumem que as pessoas estão prontas para agir quando: 1) são suscetíveis à condição (suscetibilidade percebida); 2) acreditam que a condição tem consequências graves (gravidade percebida); 3) acreditam que tomar medidas reduziria a suscetibilidade à condição ou a sua gravidade (benefícios percebidos); 4) acreditam que as dificuldades de implementar essas medidas (barreiras percebidas) são superadas pelos benefícios; 5) são expostas a fatores que promovem a ação (sugestão para ação); e 6) estão confiantes na sua capacidade para realizar uma ação com sucesso (autoeficácia) (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005; Janz & Becker, 1984; Rimer & Glanz, 2005).

#### *1.1.1.2. Teoria da Motivação Protetora*

Esta teoria, desenvolvida em 1983 por Rogers (Armitage & Conner, 2000) propõe que a concretização de respostas adaptativas e desadaptativas a uma ameaça à saúde resulta de dois processos de avaliação: 1) avaliação da ameaça, que decorre das percepções de suscetibilidade e gravidade dessa ameaça; e 2) avaliação das estratégias de enfrentamento que podem atenuar essa ameaça (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005).

Desta forma, assume-se que a intenção de desenvolver respostas adaptativas e desadaptativas constitui um processo que se baseia na expectativa do indivíduo de que a realização de um comportamento pode remover a ameaça (eficácia da resposta) e na crença na sua capacidade

de executar com êxito os comportamentos recomendados (autoeficácia). Assim, as respostas adaptativas serão mais prováveis se o indivíduo se percebe como suscetível a uma ameaça e a considera grave; além disso, também serão mais prováveis se este acreditar que pode executar, com sucesso, respostas adaptativas e que as mesmas serão eficazes na redução da ameaça (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005).

As duas avaliações sustentam a motivação protetora, que desperta, suporta e direciona a atividade para proteger o indivíduo do perigo, conduzindo à realização de um comportamento protetor da saúde ou ao evitamento de um comportamento comprometedor da mesma (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005).

### 1.1.1.3. *Modelo Transteórico dos Estágios de Mudança*

A premissa básica deste modelo, desenvolvido por Prochaska e DiClement em 1982 (Rimer & Glanz, 2005), é que a mudança de comportamento não constitui um evento, mas sim um processo que decorre ao longo de cinco etapas: 1) pré-contemplação, em que o indivíduo desconhece que o seu comportamento constitui um problema e, como tal, não tem intenção de o alterar; 2) contemplação, fase na qual o indivíduo começa a pensar em mudar o seu comportamento, ainda que não despenda muito empenho para que tal aconteça; 3) preparação, na qual já está patente a intenção de alterar o comportamento e se começa a planear a forma de o fazer; 4) ação, na qual se tenta, efetivamente, parar ou alterar um determinado comportamento; e 5) manutenção, a fase que decorre quando, após seis meses, o comportamento continua a não se evidenciar e na qual se pretende consolidar o novo comportamento adquirido (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005; Rimer & Glanz, 2005).

Todos os indivíduos passam pelos mesmos estágios, embora a forma como tal acontece possa ser diferente, dependendo do tipo de mudança de comportamento (Armitage & Conner, 2000; Conner & Norman, 2005; Rimer & Glanz, 2005).

Este modelo é circular, não linear: assim, as pessoas não progridem sistematicamente de um estágio para o outro; ao invés disso, elas podem entrar no processo de mudança em qualquer estágio, recair no estágio anterior e começar o processo novamente, progredindo de forma variável ao longo do *continuum*. Este processo pode ser percorrido repetidamente e ser interrompido a qualquer momento (Armitage & Conner, 2000; Rimer & Glanz, 2005).

#### *1.1.1.4. Teoria do Comportamento Planeado*

A Teoria do Comportamento Planeado, desenvolvida por Ajzen em 1991, assim como a Teoria da Ação Racional, desenvolvida inicialmente por Fishbein e Ajzen em 1980 (Moutinho & Roazzi, 2010), explora a relação entre o comportamento e as crenças, atitudes e intenções, considerando a intenção comportamental como o principal determinante do comportamento (Rimer & Glanz, 2005).

Segundo estes modelos, a intenção comportamental é influenciada pela atitude de uma pessoa perante a realização de um comportamento e por crenças sobre a aprovação ou desaprovação desse comportamento por parte de indivíduos que são importantes para si (norma subjetiva) (Conner & Norman, 2005; Rimer & Glanz, 2005). Por outro lado, ambos os modelos assumem que todos os outros fatores, como a cultura ou o ambiente, não explicam a probabilidade de uma pessoa se comportar de uma determinada maneira (Rimer & Glanz, 2005).

A principal diferença entre os modelos é que a Teoria do Comportamento Planeado inclui um constructo adicional - controlo comportamental percebido - relacionado com as crenças das pessoas de que podem controlar um comportamento específico, propondo que estas se podem esforçar mais para realizar um comportamento se sentirem que têm um elevado grau de controlo sobre o mesmo (Conner & Norman, 2005; Rimer & Glanz, 2005).

De acordo com o modelo, as atitudes relativas ao comportamento são moldadas por crenças sobre o que está envolvido na realização desse comportamento e no resultado do mesmo; por sua vez, as crenças sobre os padrões sociais e a motivação para os cumprir influenciam as normas subjetivas; por seu turno, a presença ou a ausência de fatores que facilitem ou dificultem a realização do comportamento afetam o controlo comportamental percebido: desta forma, o comportamento é impulsionado por uma cadeia causal de crenças, atitudes e intenções (Rimer & Glanz, 2005).

#### *1.1.2. Nível interpessoal*

Neste nível, as teorias dos comportamentos de saúde pressupõem que os indivíduos existem e são influenciados pelo ambiente social, composto por família, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, entre outros. Neste sentido, as opiniões, pensamentos, comportamento, conselhos e apoio das pessoas que rodeiam o indivíduo influenciam os seus sentimentos e comportamento; por outro lado, de forma recíproca, o indivíduo influencia, também, essas pessoas (McLeroy et al., 1988; Rimer & Glanz, 2005).

### 1.1.2.1. *Teoria Social Cognitiva*

A Teoria Social Cognitiva desenvolvida por Bandura (1986, cit in Armitage & Conner, 2000) descreve o processo dinâmico e contínuo no qual os fatores pessoais, os fatores ambientais e o comportamento humano exercem influência uns sobre os outros. De acordo com esta teoria, a probabilidade de uma pessoa mudar um comportamento de saúde é influenciada por três fatores principais: 1) autoeficácia; 2) metas; e 3) expectativas de resultado (Conner & Norman, 2005; Rimer & Glanz, 2005), sendo que as expectativas de resultado influenciam a autoeficácia na medida em que promovem a crença de que os indivíduos podem produzir as respostas necessárias para alcançar os resultados desejados: deste modo, as expectativas de autoeficácia assumem um impacto direto sobre o comportamento e um efeito indireto através da sua influência sobre as intenções (Conner & Norman, 2005).

Como tal, pressupõe-se que, se um indivíduo apresenta sentido de autoeficácia, pode modificar comportamentos mesmo quando enfrenta obstáculos; por outro lado, se não percebe que pode controlar o comportamento de saúde, não estará motivado para agir ou a persistir perante os desafios (Armitage & Conner, 2000; Rimer & Glanz, 2005).

Esta teoria assume que, quando uma pessoa adota novos comportamentos, surgem mudanças quer ambientais quer pessoais: desta forma, o comportamento não é apenas um produto do meio ambiente e da pessoa e o meio ambiente não é simplesmente um produto da pessoa e do comportamento (Rimer & Glanz, 2005).

A ideologia apresentada evoluiu a partir das investigações sobre a Teoria da Aprendizagem Social, que afirma que as pessoas aprendem não só com as suas próprias experiências mas também observando as ações dos outros e os benefícios das mesmas. Com base nestas asserções, Bandura renomeou a Teoria da Aprendizagem Social e adicionou-lhe o constructo de autoeficácia, desenvolvendo, desta forma, a Teoria Social Cognitiva (Rimer & Glanz, 2005; Rosenstock et al., 1988).

A Teoria Social Cognitiva apresenta seis constructos principais: 1) determinismo recíproco, que descreve a interação e influência recíproca entre comportamento, fatores pessoais e ambiente; 2) capacidade comportamental, que postula que, para realizar um comportamento, o indivíduo deve saber o que fazer e como fazer; 3) expectativas sobre o possível resultado que será obtido; 4) autoeficácia, enquanto fator determinante da mudança de comportamento, que pode ser incrementada mediante o estabelecimento de metas, contratos comportamentais, monitorização e reforço; 5) aprendizagem observacional - ou modelagem -, que se refere ao processo a partir do qual as pessoas aprendem através das experiências de pessoas credíveis, em vez de aprenderem através da sua própria experiência; e 6) reforços, que constituem as respostas comportamentais positivas ou negativas, internas ou externas, que influenciam a concretização e/ou repetição de um comportamento (Rimer & Glanz, 2005).

### *1.1.3. Nível comunitário*

Considerando que as estruturas e processos organizacionais influenciam substancialmente os comportamentos de saúde dos indivíduos (McLeroy et al., 1988), os modelos de nível comunitário exploram o funcionamento e mudança dos sistemas sociais, assim como a mobilização dos membros e organizações da comunidade, considerando questões individuais, grupais, institucionais e comunitárias (Rimer & Glanz, 2005).

#### *1.1.3.1. Organização comunitária e outros modelos participativos*

A organização comunitária é um processo através do qual os grupos comunitários são ajudados a identificar problemas comuns, a mobilizar recursos e a desenvolver e implementar estratégias para alcançar objetivos coletivos (Rimer & Glanz, 2005). Assim, esta abordagem centra-se na construção de poder e em encorajar os membros da comunidade a desenvolver as suas capacidades enquanto cidadãos ativos, ou seja, emprega estratégias de ação diretas enquanto meio consagrado para promover a mudança (Nepomuceno, Ximenes, Moreira & Nepomuceno, 2013; Parachini & Covington, 2001).

Neste tipo de abordagem, o interesse próprio é considerado uma motivação para a ação (Parachini & Covington, 2001): se, por um lado, os membros da comunidade se envolvem num comportamento quando percebem que isso os beneficiará, por outro lado, as instituições estarão dispostas a fazer mudanças quando acreditam que existe um interesse próprio para tal (Rimer & Glanz, 2005). A organização comunitária visa expandir o interesse próprio dos participantes para uma esfera cada vez mais ampla, do nível individual ao grupal; no decorrer desse processo, os indivíduos aprendem a ter um papel cada vez mais ativo na formação do futuro das suas comunidades (Alinsky, 1989, cit in Rimer & Glanz, 2005).

A participação comunitária envolve seis componentes principais: 1) poder, no sentido em que as comunidades adquirem confiança e habilidades para melhorar a sua qualidade de vida; 2) capacidade da comunidade, que se refere às características comunitárias que permitem a identificação e resolução dos problemas sociais; 3) participação no processo de organização, que diz respeito ao desenvolvimento de capacidades de liderança, conhecimentos e solução de problemas; 4) relevância, fator que consiste na ativação dos membros da comunidade para tratar das necessidades evidenciadas; 5) seleção de questões, referente à identificação dos problemas imediatos, específicos e solucionáveis; e 6) consciência crítica, que envolve a discussão da natureza dos problemas e o planeamento da sua resolução (Rimer & Glanz, 2005).

Os meios de comunicação social detêm um papel preponderante no que respeita à participação comunitária, uma vez que cada vez mais atraem a atenção para questões de saúde pública e, sobretudo, porque ajudam os indivíduos a reivindicar poder, provendo-os de conhecimentos e habilidades que melhor os capacitam para as mudanças sociais e políticas e, assim, contribuem para um melhor estado de saúde da comunidade. Assim, ao aumentarem a visibilidade,

legitimidade e poder dos grupos comunitários, os meios de comunicação social permitem que a comunidade apresente abordagens abrangentes para políticas públicas saudáveis (Wallack, 1994).

### 1.1.3.2. *Teoria da Difusão de Inovações*

A Teoria da Difusão de Inovações, desenvolvida por Rogers em 1962, explora a forma como as ideias, produtos e práticas sociais são percebidas como novas e expandidas numa sociedade ou de uma sociedade para outra. Assim, o autor conceptualiza “difusão de inovações” como o processo através do qual as inovações são comunicadas entre os indivíduos ao longo do tempo, através de certos canais (Rogers, 1962, cit in Filho, Goulart & Caprino, 2007). Esta teoria tem sido utilizada para estudar a adoção de vários comportamentos e programas de saúde (Rimer & Glanz, 2005).

Rogers (1962, cit in Ferreira, Ruffoni & Carvalho, 2017) preconizou que a dinâmica da difusão de inovações depende de quatro fatores, nomeadamente: a inovação em si; a comunicação; o período de tempo; e o sistema social. A inovação em si comporta cinco características percebidas pela comunidade que influenciam a adoção de um determinado comportamento: a vantagem relativa da inovação em relação aos produtos que pretende substituir; a compatibilidade com o público-alvo; a complexidade em implementar a inovação; a possibilidade de existir uma fase experimental prévia à decisão da adoção do comportamento; e, ainda, a avaliação dos resultados da inovação (Rogers, 1962, cit in Rimer & Glanz, 2005).

Por outro lado, relativamente à comunicação, a difusão de inovações inclui meios de comunicação social e interações interpessoais. O fluxo de informação dos meios de comunicação decorre em dois estágios: primeiro, os líderes de opinião, que são extremamente atentos aos meios de comunicação, recebem as informações; depois, estes transmitem o conteúdo apreendido bem como as suas próprias interpretações (Rimer & Glanz, 2005). Para Rogers (1962, cit in Ferreira, Ruffoni & Carvalho, 2017), a adoção de comportamentos assume a forma de uma curva S uma vez que decorre entre distintos grupos de adotantes.

Assim, podem ser identificadas cinco categorias no que respeita aos adotantes do comportamento: 1) inovadores (que, sem influência do meio social, são os primeiros a adotar o comportamento); 2) adotantes iniciais (são dos primeiros adotantes, a par dos inovadores); 3) maioria de adotantes iniciais (o grupo que necessita de mais informações para adotar o comportamento e, como tal, o adquire mais tarde); 4) maioria de adotantes tardios (o grupo que adota o comportamento devido à pressão social); e 5) retardatários (o grupo que só adota o comportamento depois de muito tempo, após a obtenção considerável de informação sobre o mesmo) (Rogers, 1962, cit in Ferreira, Ruffoni & Carvalho, 2017). Quando uma inovação é introduzida, a maioria das pessoas constitui a maioria inicial ou a maioria tardia; enquanto isso, os adotantes iniciais ou retardatários são menos e os inovadores formam um grupo ainda mais restrito (Rimer & Glanz, 2005).

Volvendo à dinâmica da difusão, o fator “tempo” refere-se ao período durante o qual um indivíduo conhece a inovação, desenvolve uma opinião, decide aceitá-la ou rejeitá-la, implementa a sua decisão e confirma ou reformula a sua escolha. Por fim, o sistema social diz respeito aos grupos sociais nos quais os indivíduos estão inseridos e que, pelas condutas, normas e padrões de comportamento que os caracterizam, impõem determinados comportamentos individuais, facilitando ou dificultando a difusão de inovações e, conseqüentemente, a adoção de um determinado comportamento (Rogers, 1962, cit in Ferreira, Ruffoni & Carvalho, 2017).

### *1.1.3.3. Teoria da Comunicação e efeito dos meios de comunicação social*

A Teoria da Comunicação procura explorar a forma como a informação é criada, transmitida, recebida e assimilada bem como compreender em que medida tais processos de comunicação contribuem para a mudança de comportamento (Rimer & Glanz, 2005). A *Health People 2010* (2000, cit in Bernhardt, 2004) definiu a comunicação sobre saúde como a arte para influenciar e motivar indivíduos e grupos, em geral, sobre questões de saúde relevantes. Mais tarde, a comunicação sobre saúde foi conceptualizada como o “desenvolvimento científico, disseminação estratégica e avaliação crítica de informações relevantes, precisas, acessíveis e compreensíveis sobre a saúde, comunicadas de e para os públicos-alvo, para promover a saúde pública” (Bernhardt, 2004, p.2051).

As comunicações sobre saúde podem ampliar o conhecimento e a consciencialização sobre uma questão de saúde; influenciar percepções, crenças e atitudes que afetam as normas sociais; potenciar uma ação imediata; demonstrar ou ilustrar habilidades saudáveis; aumentar o apoio aos serviços; desvendar equívocos; e, ainda, fortalecer as relações organizacionais (National Cancer Institute, 2002).

Os meios de comunicação, enquanto organizações interconectadas de larga escala que reúnem, processam e propagam informações, entretenimento e publicidade, influenciam quase todos os aspetos da vida humana (Rimer & Glanz, 2005). A exposição repetida a uma mensagem, particularmente quando é transmitida por múltiplos canais, pode incrementar o impacto sobre a audiência não só porque concede mais oportunidades para apreender a mensagem de saúde como também porque transmite uma mensagem implícita sobre o que é socialmente expectável (Institute of Medicine, 2002).

Uma mensagem, particularmente sobre saúde, pode influenciar as crenças e/ou comportamentos de alguém através de distintas formas, nomeadamente: aprendizagem imediata (as pessoas aprendem imediatamente a mensagem); aprendizagem tardia (o impacto da mensagem não é processado até algum tempo após a sua transmissão); aprendizagem generalizada (além da mensagem em si, as pessoas são persuadidas sobre outros conceitos relacionados com a mensagem); difusão social (as mensagens estimulam a discussão entre os

grupos sociais, afetando as crenças); e, ainda, através da difusão institucional (a mensagem impele uma resposta das instituições públicas, reforçando o impacto da mensagem no público-alvo) (Institute of Medicine, 2002).

## **2. Comportamentos de saúde em estudantes universitários**

Considerando que quase todos os comportamentos ou atividades influenciam a saúde (Matos, 2004) e sabendo que os comportamentos patogénicos podem colocar a vida em risco a curto, médio e longo prazo (Reis & Matos, 2017), urge refletir sobre a sua adoção por parte da população em geral, atentando, particularmente, nos estudantes universitários (EU), que, mediante a denominada “cultura universitária”, apresentam um risco aumentado para desenvolver tais comportamentos (Dworkin, 2005). Além disso, os EU encontram-se numa fase transitória, de crise (Reis & Matos, 2017), que tendem a encarar como uma oportunidade única para viver determinadas experiências, nas quais estão frequentemente envolvidos comportamentos de risco para a saúde (Ravert, 2009).

### **2.1. Perspetivas desenvolvimentistas**

A adoção de comportamentos de saúde ou de risco por parte dos estudantes universitários pode ser compreendida segundo as perspetivas que seguidamente se apresentam: a Teoria da Adulthood Emergente (Arnett, 2000, 2005) e os Modelos Conceptuais de Shulenberg e Maggs (2001).

#### *2.1.1. Teoria da Adulthood emergente de Arnett (2000, 2005)*

O estudante universitário (EU) encontra-se na denominada adulthood emergente, um estágio da vida que decorre entre os 18 e os 25 anos marcando, assim, a transição da adolescência para a idade adulta (Arnett, 2000).

Ainda assim, importa considerar que este conceito é criado e/ou prolongado por mudanças sociais e culturais (Arnett, 2000; Andrade, 2010), ou seja, não é universal, uma vez que se adapta, sobretudo, aos países industrializados e, particularmente, a indivíduos que frequentam o Ensino Superior, sendo também mais característico de indivíduos da classe média ou superior (Arnett, 2000).

Arnett (2005) defende que este é um período caracterizado por cinco aspetos principais. Em primeiro lugar, o autor propõe que, comparativamente a outros períodos do ciclo vital, a adulthood emergente é pautada pela exploração da identidade, particularmente a nível afetivo e profissional. Assim, Arnett sugere que, nesta fase da sua vida, a procura de novas sensações por parte do indivíduo é maior, aspeto que, aliado à exploração excessiva e ausência de comprometimento pode resultar em dificuldades na construção de uma identidade estável e,

deste modo, promover comportamentos patogénicos para a saúde, como o consumo de substâncias (Arnett, 2000, 2005).

Por outro lado, a adultez emergente caracteriza-se pela elevada instabilidade nas várias áreas de vida do indivíduo - afetiva, social ou profissional - (Arnett, 2000, 2005), pelo que, após determinados eventos, o indivíduo pode apresentar sintomatologia ansiógena e stresse, passíveis de promover o surgimento de determinados comportamentos de risco como forma de aliviar tais sintomas (Arnett, 2005).

Por seu turno, esta é, também, uma fase em que o indivíduo está autocentrado comparativamente a outros períodos da sua vida (Arnett, 2005). Além disso, detém maior liberdade e autonomia, que lhe permitirá testar os seus limites, expandir as suas relações interpessoais e explorar novas possibilidades, novos hábitos e múltiplas experiências capazes de condicionar os seus comportamentos de saúde (Arnett, 2000, 2005; Nogueira, 2017).

Uma outra característica distintiva desta fase consiste no facto de os indivíduos se sentirem entre a adolescência e a idade adulta, isto é, não se consideram adolescentes mas também não se julgam adultos. Desta forma, o autor sugere que estes indivíduos são mais propensos a comportamentos de risco como o consumo de substâncias, pois sentem que detêm, ainda, liberdade para o fazer, comparativamente ao que acontecerá quando se tornarem adultos. Neste sentido, os consumos de substâncias parecem ser superiores nos indivíduos que ainda não se consideram adultos, comparativamente aos restantes (Arnett, 2000, 2005).

Por fim, Arnett (2000, 2005) caracteriza a adultez emergente como um período de possibilidades, pautado pela esperança e otimismo, que se propaga, inclusivamente, para os comportamentos de risco, nomeadamente no que respeita ao consumo de substâncias, que tende a ser superior nesta idade. Além disso, embora esses comportamentos predominem nos indivíduos mais otimistas, também se podem evidenciar nos menos otimistas, desta feita como forma de automedicação.

Em suma, considerando os aspetos descritos, não surpreende que a adultez emergente constitua a fase em que se verifica o aumento dos comportamentos de risco, nomeadamente por parte dos EU (Arnett, 2000, 2005; Santos, 2011).

### *2.1.2. Modelos Conceptuais de Schulenberg e Maggs (2001)*

Os Modelos Conceptuais de Schulenberg e Maggs (2001) têm por base o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1994) - descrito na fase inicial da presente revisão - ao abordar a relação entre as fases de transição, nomeadamente para o Ensino Superior e os comportamentos de risco, propondo, neste sentido, cinco modelos explicativos.

Deste modo, no primeiro modelo, denominado “Sobrecarga”, é sugerido que a saúde pode ser afetada quando as transições de desenvolvimento ultrapassam as atuais capacidades de

enfrentamento. Assim sendo, com base em alguns estudos (e.g., Damphousse & Kaplan, 1998; Wills & Hirky, 1996, cit in Schulenberg e Maggs, 2001), os autores referem que os comportamentos de risco surgem como novas estratégias de *coping* para lidar com a transição, uma vez que ocorreu uma sobrecarga das estratégias de *coping* que o indivíduo detinha anteriormente (Schulenberg & Maggs, 2001).

Por sua vez, o modelo da “Incompatibilidade Desenvolvimental” centra-se na interação entre a pessoa em desenvolvimento e o contexto em mudança. Assim, os autores defendem que o indivíduo, ao fazer um ajustamento entre as suas necessidades desenvolvimentais e os recursos que lhe são oferecidos pelo contexto, pode, por um lado, aumentar os comportamentos de saúde ou, por outro lado, adotar comportamentos de risco (Schulenberg & Maggs, 2001), sofrendo, neste percurso, a influência do grupo de pares (Sequeira, 2015).

Por seu turno, o modelo da “Heterogeneidade” remete para as diferenças no funcionamento dos indivíduos no que respeita às suas trajetórias de vida, ou seja, as transições de desenvolvimento são consideradas fatores moderadores ou exacerbadores das trajetórias de risco para a saúde. Assim, os autores propõem que as dificuldades de transição refletem outras dificuldades passadas que foram, então, ampliadas com a entrada no Ensino Superior pois os estudantes que não detêm habilidades sociais, académicas e organizacionais podem considerar-se incapazes de lidar com os desafios que este contexto lhes apresenta e, conseqüentemente, adotar comportamentos de risco, como o consumo de substâncias (Schulenberg & Maggs, 2001).

O quarto modelo proposto por Schulenberg e Maggs (2001) - Modelo Catalisador de Transição - remete para a componente moderadora dos comportamentos do estudante durante o período de transição, nomeadamente no que respeita à exploração de identidades e ao estabelecimento de relações com novos pares, tal como demonstrado em investigações anteriores (e.g., Brown, Dolcini & Leventhal, 1997, cit in Schulenberg & Maggs, 2001; Chassin, Tetzloff & Hershey, 1985, cit in Schulenberg & Maggs, 2001).

Por fim, os autores propõem o modelo da “Vulnerabilidade a eventos” que aponta para o efeito da sensibilidade do indivíduo perante determinados acontecimentos da sua vida, como a transição para o Ensino Superior, que pode fomentar a exploração de outros comportamentos - nomeadamente de risco - e, perante os mesmos, torná-lo mais vulnerável às suas conseqüências (Schulenberg & Maggs, 2001).

## 2.2. Comportamentos de risco dos estudantes universitários

De acordo com Dworkin (2005), a maioria dos EU participa em, pelo menos, um comportamento que os adultos considerariam perigoso e comprometedor para a saúde. Estes comportamentos parecem estar associados ao decréscimo da supervisão de um adulto, à maior liberdade pessoal e ao incremento da disponibilidade e oportunidade (Fromme et al., 2008) pois o próprio ambiente universitário parece propiciar uma cultura que incita ou facilita a experimentação de um modo que outros contextos não fazem (Dworkin, 2005).

De acordo com Fromme e colaboradores (2008), os jovens que apresentam comportamentos de risco no Ensino Secundário tendem a evidenciar mais comportamentos de risco durante o Ensino Superior, particularmente no que respeita aos consumos de álcool e cannabis (e.g., marijuana). Além disso, estes comportamentos também tendem a predominar nos jovens que frequentam uma Universidade distante da sua habitual área de residência, longe dos pais (Fromme et al., 2008).

Simões (2007, cit in Almeida, 2014), refere que estes comportamentos estão associados à vivência de novas experiências, à aceitação pelo grupo de pares, à rejeição das normas e valores convencionais e, ainda, como forma de lidar com a ansiedade, frustração ou sofrimento psicológico, em geral.

Os EU parecem considerar os comportamentos de risco como uma oportunidade de aprendizagem e crescimento, independentemente das suas consequências negativas (Dworkin, 2005), aspeto que se reflete nos resultados de uma investigação realizada por Keller e colaboradores que concluiu que apenas 2% dos estudantes inquiridos não se envolvia em comportamentos de risco e que apenas 6.5% pretendia alterar o seu estilo de vida pautado pela exposição a riscos (Keller, Maddock, Hannover, Thyrian & Basler, 2008).

Neste sentido, vários estudos têm identificado os principais comportamentos de risco dos EU, realçando, sobretudo, os consumos de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, a má alimentação e a escassa prática de exercício físico (e.g., Almeida, 2014; Fromme et al., 2008; Keller et al., 2008).

Em Portugal as investigações sobre esta temática escasseiam. Ainda assim, são de realçar os estudos do *Health Behaviour in School-Aged Children*, particularmente o Projeto HBSC/JUnP, que se centra na saúde e estilos de vida dos EU. Este projeto, concretizado em 2016, indicou alguns comportamentos de risco que corroboram vários dados internacionais, sobretudo no que respeita à reduzida prática de exercício físico e à percentagem significativamente elevada de consumo de tabaco, álcool e de outras substâncias psicoativas (e.g., marijuana) (Reis & Matos, 2017).

### 2.2.1. Consumo de álcool

O álcool constitui a droga mais consumida pelos EU (O'Malley & Johnston, 2002). Relativamente a este fenómeno, várias investigações têm descrito a exposição a que, particularmente, estes jovens estão sujeitos (Lorant, Nicaise, Soto & d'Hoore, 2013) pelo que frequentar o Ensino Superior parece aumentar o risco de consumo (Santos, 2011).

Se, por um lado, o aumento do consumo de álcool pode ser explicado pelo incremento da independência do jovem e pelo menor controlo (Dworkin, 2005), por outro lado, pode ser explicado pela vivência de uma fase de vulnerabilidade intelectual, emocional e social (Karam, Kypri & Salamoun, 2007) num novo ambiente caracterizado pela influência do grupo de pares (Lorant & Nicaise, 2014). Assim, é importante considerar que o Ensino Superior incrementa, entre outros aspetos, a homogeneidade social (Read, Merrill & Bytschkow, 2010) e as atividades recreativas nas quais emergem estes consumos (Borsari, Bergen-Cico & Carey, 2003; Read et al., 2010).

Além disso, tem-se evidenciado que as relações de amizade caracterizadas por laços recíprocos promovem os consumos de álcool, na medida em que estudantes socialmente próximos tendem a manter comportamentos semelhantes. Os resultados das investigações têm sinalizado, também, consumos de álcool mais elevados em estudantes que residem com um maior número de colegas (e.g., Lorant et al., 2013; Wicki, Kuntsche & Gmel, 2010), sobretudo se estes apresentam consumos excessivos (Karam et al., 2007).

Atendendo aos aspetos referidos, é compreensível que os EU registem um aumento acentuado de consumo, apresentem taxas mais elevadas de consumo excessivo e sejam mais suscetíveis a receber um diagnóstico de abuso de álcool do que os jovens que não frequentam o Ensino Superior (O'Malley & Johnston, 2002). Estes dados foram encontrados, por exemplo, nos estudos de Wechsler e colaboradores, que evidenciaram que cerca de 44% dos jovens universitários experienciam episódios de ingestão excessiva de álcool (Wechsler, Lee, Kuo, Seibrin, Nelson & Lee, 2002), alertando, assim, para o fenómeno do *binge drinking*, que remete para o consumo de álcool em excesso, particularmente de cinco ou mais bebidas (quatro ou mais para o sexo feminino) numa determinada ocasião, num intervalo de duas horas, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas ou no último mês (Schulenberg, Johnston, O'Malley, Bachman, Miech & Patrick, 2016; Wechsler et al., 2002). Em Portugal, dados recentes também apontam neste sentido, pois cerca de metade dos jovens refere consumir álcool entre 3 a 9 vezes no mês e a maioria afirma ter ficado embriagada, pelo menos, uma ou duas vezes nesse mesmo espaço de tempo (Reis & Matos, 2017).

Os padrões de consumo de álcool parecem variar de acordo com as características sociodemográficas e académicas dos EU. Neste sentido, os estudantes do género masculino parecem apresentar consumos superiores comparativamente a estudantes do género feminino (Amaral, Lorenço & Ronzani, 2006; Dantzer, Wardle, Fuller, Pampalone & Steptoe, 2006; Imai, Coelho & Bastos, 2014; Karam et al., 2007; O'Malley & Johnston, 2002; Stock et al., 2009; Wicki

et al., 2010) sendo estas diferenças patentes no que respeita à frequência de consumo, aos episódios de consumo excessivo, aos problemas relacionados com o álcool e, ainda, ao objetivo desse comportamento - ficar embriagado e sentir-se bem, contrariamente à motivação das mulheres, em que o consumo de álcool surge, predominantemente, como forma de lidar com os problemas (Harrell & Karim, 2008) -. Por outro lado, os efeitos do álcool nos EU do género masculino tendem a ser mais públicos, enquanto nos do género feminino tendem a ser mais privados (Perkins, 2002).

Relativamente à idade, Wechsler e colaboradores (2002) demonstraram que maiores níveis de consumo parecem verificar-se em EU com idades compreendidas entre os 21 e os 23 anos. Por sua vez, outros estudos revelaram que a média de idade de maiores consumos ou de consumos de risco se encontra nos 21 anos (e.g., Imai, Coelho & Bastos, 2014; Lorant et al., 2013). Por outro lado, um estudo com universitários suecos apontou para perturbações associadas ao consumo de álcool com uma prevalência superior entre os 21 e os 22 anos para os EU do género feminino e os 24 ou mais anos para o género masculino (Andersson, Johnsson, Berglund & Ojehagen, 2007), pelo que a idade em que se verifica o auge destes comportamentos parece situar-se entre os 21 e os 25 anos (Santos, 2011).

Também a situação de residência parece influenciar os consumos, uma vez que os EU deslocados apresentam uma maior probabilidade de consumo excessivo de álcool comparativamente aos que se encontram na sua habitual residência, com os pais (Gfroerer, Greenblatt & Wright, 1997; Dantzer et al., 2006; Fromme et al., 2008; Santos, 2011; Wicki et al., 2010). Por seu lado, um estatuto socioeconómico superior parece estar, também, positivamente associado a consumos mais elevados por parte dos EU (Karam et al., 2007; Lorant & Nicaise, 2014; Santos, 2011).

No que diz respeito ao ano que estes jovens frequentam no Ensino Superior, os resultados das investigações ainda parecem algo contraditórios. Neste sentido, Underwood e Fox (2000), por exemplo, constataram que, no que concerne ao álcool, os estudantes do 4º ano apresentavam consumos de risco superiores aos EU do 1º ano. Por seu turno, Coelho (2010) demonstrou níveis de consumo de álcool mais elevados entre estudantes do 1º ciclo comparativamente aos do 2º ciclo. Outros autores também concluíram que o consumo de álcool sofre um declínio ao longo dos anos (e.g., Bewick, Mulhern, Barkham, Trusler, Hill & Stiles, 2008), ainda que tais evidências decorram apenas do estudo de EU entre o 1º e o 3º ano.

Já no que se refere à área de estudos, várias investigações têm demonstrado que o consumo de álcool parece ser superior na área das Ciências Exatas - particularmente nos cursos de Engenharias -, comparativamente às Ciências Sociais e Humanas e às Ciências da Saúde (e.g., Bevilaqua, Braga, Leonel & Bem, 2009; Ferreira, 2008; Santos, 2011), resultados que podem ser explicados pelo maior número de jovens do género masculino na área das Engenharias que, como referido anteriormente, apresenta mais comportamentos etílicos (Santos, 2011).

### *2.2.2. Consumo de tabaco e de outras substâncias psicoativas*

Contrariamente aos dados referentes ao consumo de álcool por EU, os consumos de tabaco e de outras substâncias psicoativas parecem ser inferiores comparativamente à população não-estudante (Schulenberg et al., 2016).

Ainda assim, o consumo de tabaco é uma prática comum entre os EU (Rigotti, Lee & Wechsler, 2000). De acordo com Precioso (2004), embora a maioria dos jovens inicie o consumo tabágico durante o Ensino Secundário, uma percentagem elevada dos estudantes começa a fumar regularmente no Ensino Superior. Neste sentido, dados portugueses recentes apontam para que cerca de 29% dos EU fume diariamente, com um consumo médio de oito cigarros por dia (Reis & Matos, 2017), sendo a grande maioria fumadora ocasional (Halperin, Smith, Heiligenstein, Brown & Fleming, 2010; Moran, Wechsler & Rigotti, 2004).

As investigações concretizadas neste âmbito têm elucidado que os alunos que começaram a fumar na Universidade podem tê-lo feito por influência do grupo de pares, pela “normalidade” do comportamento durante as saídas noturnas, como uma forma de aliviar o stress ou, ainda, por mera curiosidade (Precioso, 2004), perspectiva corroborada por Almeida (2014), que refere que o estabelecimento de contactos com novas pessoas, com novos hábitos e a frequência de locais como bares ou discotecas favorece o aparecimento de hábitos tabágicos.

Tal como acontece em relação ao consumo de álcool, também no que respeita ao tabagismo se denota a interferência das variáveis sociodemográficas e académicas (Rondina, Gorayeb, Botelho & Silva, 2005). Assim, no que respeita ao género, os EU do género masculino apresentam níveis de consumo mais elevados comparativamente aos do género feminino (Ferraz, Rebelatto, Schneider & Anzolin, 2017; Imai, Coelho & Bastos, 2014; Pimentel, Mata & Anes, 2013; Ramis, Mielke, Habeyche, Oliz, Azevedo & Hallal, 2012; Thompson et al., 2007).

Por sua vez, relativamente à idade, várias investigações têm demonstrado a relação entre a idade mais avançada e um maior consumo de tabaco (Alexopoulos, Jelastopulu, Aronis & Dougenis, 2010; Imai et al., 2014; Pimentel et al., 2013; Ramis et al., 2012; Thompson et al., 2007). Neste sentido, Rondina e colaboradores (2005) afirmaram que maiores níveis de tabagismo decorrem de EU com idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos.

Por outro lado, no que respeita à situação de residência, alguns autores têm referido que o consumo tabágico aparenta ser superior nos estudantes que residem com colegas comparativamente aos que residem com familiares (e.g., Boot, Rosiers, Meijman & Hal, 2010; Ridner, 2005). Por seu turno, também um estatuto socioeconómico superior parece estar associado à maior probabilidade de consumir tabaco (Ramis et al., 2012), embora as investigações neste âmbito escasseiem.

Quanto ao ano que frequentam no Ensino Superior, vários estudos têm apontado para consumos superiores no 1º ano comparativamente ao 4º ano (e.g., Almeida, 2014; Rigotti et al., 2000; Sutfin, Reboussin, McCoy & Wolfson, 2009) bem como para um decréscimo do consumo entre

os referidos anos (e.g., Wetter et al., 2004). Ainda assim, resultados contraditórios foram encontrados por outros autores (e.g., Alexopoulos et al., 2010; Thompson et al., 2007; Underwood & Fox, 2000; Zhu, Feng, Wong, Choi & Zhu, 2004) que constataram que os EU do 4º ano apresentavam consumos tabágicos superiores aos dos EU do 1º ano.

No que respeita à área de estudos, várias investigações têm indicado que o consumo de tabaco é superior na área das Ciências Sociais e Humanas (e.g., Ferraz et al., 2017; Imai et al., 2014; Rondina et al., 2005; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010). Almeida (2014), na sua investigação, realizada em contexto português, corroborou estes dados, ao apontar para maiores consumos entre os estudantes da área das Ciências Sociais e Humanas.

No âmbito dos comportamentos de risco, urge, igualmente, analisar os consumos de outras substâncias psicoativas. Neste sentido, várias investigações têm demonstrado a prevalência do consumo de cannabis (nomeadamente marijuana, haxixe ou erva) entre EU (e.g., Arria et al., 2010; Bortoluzzi, Capella, Traebert & Presta, 2012; Canuto, Ferreira & Guimarães, 2006; Freitas, Nascimento & Santos, 2012; Nogueira, 2017; Silva, Malbergier, Stempluk & Andrade, 2006; Zeferino, Hamilton, Brands, Wright, Cumsille & Khenti, 2015).

Em Portugal, Zão (2012) revelou que o maior consumo de drogas recai sobre a cannabis, seguida pelos tranquilizantes, os cogumelos, a cocaína, o *ecstasy* e o LSD, por ordem decrescente. Por seu turno, Silva e colaboradores (2015), ao investigarem estudantes do 1º ciclo e mestrados integrados concluíram que 11.3% dos estudantes havia consumido cannabis no último mês, evidenciando, ainda, elevados índices de consumo de *smart drugs* e de cocaína. Estes resultados foram, também, encontrados recentemente num estudo que evidenciou que mais de um terço dos jovens consumiu cannabis 10 vezes ou mais (37.9%) ou 1 a 2 vezes (38.7%) durante os últimos 30 dias (Reis & Matos, 2017). Alguns estudos alertam, também, para a elevada prevalência de substâncias tranquilizantes (e.g., Freitas et al., 2012; Silva et al., 2015; Silva et al., 2006).

Relativamente ao consumo destas substâncias psicoativas, diversas investigações realçam, mais uma vez, a influência do grupo de pares, atendendo a que ter amigos consumidores parece ampliar a probabilidade de tal comportamento (Nóbrega, Simich, Strike, Brands, Giesbrecht & Khenti, 2012; Zeferino et al., 2015).

Quanto ao género, os EU do género masculino tendem a consumir mais substâncias psicoativas comparativamente aos do género feminino (Bortoluzzi et al., 2012; Canuto et al., 2004; Nóbrega et al., 2012; Schulenberg, et., 2016). Por outro lado, parecem ser os jovens com idade inferior a 21 anos quem mais consome tais substâncias (Silva et al., 2015; Zeferino et al., 2015).

No que respeita à situação de residência, os consumos parecem superiores entre os universitários que tiveram que se mudar da sua habitual residência - onde residiam com os pais -. Por outro lado, relativamente ao estatuto socioeconómico, os níveis de consumo parecem ser inferiores em estudantes cujos pais se encontram desempregados (Almeida, 2014).

Quanto ao ano de ensino que frequentam, alguns autores têm evidenciado que o consumo de substâncias tende a aumentar entre o 1º e o 4º ano (e.g., Almeida, 2014; Underwood & Fox, 2000). Além disso, os maiores índices de consumo encontram-se nos EU da área das Ciências Sociais e Humanas, seguida das Ciências Exatas, enquanto os estudantes da área da Saúde apresentam menores índices de consumo (Zeferino et al., 2015). Em Portugal, Silva e colaboradores (2015) encontraram resultados semelhantes que evidenciaram maiores consumos em estudantes da área das Ciências Sociais e Humanas, seguidos dos estudantes de Artes e Letras, de Ciências Exatas e, por último, das Ciências da Saúde. Também no contexto português, Sousa (2014) demonstrou consumos mais elevados em EU de Ciências Sociais e Humanas - particularmente dos cursos de Direito e Psicologia - e mais reduzidos nos cursos das Ciências Naturais.

### 2.2.3. Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares constituem um importante determinante do estado de saúde dos indivíduos (Alves & Precioso, 2017). Ainda assim, várias investigações têm sinalizado que os hábitos alimentares dos EU não satisfazem as recomendações para a maioria dos grupos de alimentos e micronutrientes (e.g., Cluskey & Grobe, 2009).

De acordo com Alves e Boog (2007), neste período da sua vida, os jovens tendem a realizar mais refeições fora de casa e a omitir refeições, particularmente o pequeno-almoço. De facto, na sua investigação, os autores demonstraram que mais de metade dos EU não tomava o pequeno-almoço e que a refeição mais completa era o almoço, associado, essencialmente, ao facto de a fazerem na cantina da Universidade.

Por outro lado, é comum que os EU adotem práticas alimentares desadaptativas, nomeadamente a ingestão de comidas rápidas ou o baixo consumo de frutas, vegetais (e.g., Alves & Boog, 2007; Feitosa, Dantas, Andrade-Wartha, Marcellini & Mendes-Netto, 2010; Ha & Caine-Bish, 2009; Haberman & Luffey, 1998; López, Guindo, Aponte, Martínez, Serrana & Martínez, 2006; Papadaki, Hondros, Scott & Kapsokefalou, 2007; Vieira, Priore, Ribeiro, Franceschini & Almeida, 2002) e de leite e seus derivados (Alves & Boog, 2007; Alves & Precioso, 2017) bem como o excesso de ingestão de gorduras, sal e açúcar (e.g., Davy, Benes & Driskell, 2006; Papadaki et al., 2007; Vieira et al., 2002).

Assim, embora os estudos demonstrem que a maioria dos EU apresenta um peso normal, atendendo ao seu Índice de Massa Corporal (IMC) (e.g., Davy et al., 2006; Feitosa et al., 2010; Rodrigues, 2012), não são de estranhar as referências ao aumento de peso durante o percurso académico (e.g., Cluskey & Grobe, 2009) e, particularmente, aos índices significativos de excesso de peso e obesidade neste contexto (e.g., Davy et al., 2006; Feitosa et al., 2010; Lowry, Galuska, Fulton, Wechsler, Kann & Collins, 2000; Martins et al., 2010). Por outro lado, importa, igualmente, atender aos dados que apontam para estudantes com peso abaixo dos valores normativos (Davy et al., 2006; Feitosa et al., 2010). No que respeita ao contexto português,

embora escassas, algumas investigações corroboram as práticas alimentares descritas (e.g., Martins, 2009; Rodrigues, 2012).

No que respeita às variáveis sociodemográficas e académicas, os estudos são, ainda, insuficientes ou inclusivos. Neste sentido, no que respeita ao género, enquanto alguns estudos apontam para hábitos alimentares mais saudáveis nos EU do género feminino (e.g., Teleman, Waure, Soffiani, Poscia & Pietro, 2015), outros apontam para hábitos alimentares inadequados relativamente ao consumo de frutas e consumo de doces por parte das EU (e.g., Feitosa et al., 2010). Relativamente à situação de residência, as investigações têm sinalizado a relação entre práticas alimentares desadaptativas e o facto de não residir com os pais (e.g., Bernardo, Jomori, Fernandes, Colussi, Condrasky & Proença, 2017; Ha & Caine-Bish, 2009; Papadaki et al., 2007).

Ainda no âmbito das variáveis sociodemográficas, quanto ao ano frequentado, Small e colaboradores (2012) referem existir um deterioro dos hábitos alimentares ao longo do percurso académico, pautado pelo consumo cada vez menor de frutas e vegetais (Small, Bailey-Davis, Morgan & Maggs, 2012). Por seu turno, quanto à área de estudos, alguns autores referem que os níveis de obesidade são superiores nos EU da área das Ciências Sociais e Humanas e de Artes e Letras (Oliveira, Moraes, Nunes, Gomes, Viana & Arruda, 2015; Simão, Nahas & Oliveira, 2006).

#### *2.2.4. Atividade física*

A atividade física, pelas suas vantagens físicas e psicológicas em todas as idades, constitui um elemento preponderante de um estilo de vida saudável. Ainda assim, o sedentarismo continua a ser extremamente elevado, não sendo exceção nos estudantes do Ensino Superior (Corte-Real, Dias, Corredeira, Barreiros, Bastos & Fonseca, 2008), fenómeno compreensível considerando que a prática de atividade física tende a diminuir com a idade (Stephens, Jacobs & White, 1985) - nomeadamente com a entrada para a vida adulta (Troiano, Berrigan, Dodd, Mâsse, Tilert & McDowelle, 2008) - e, mais particularmente, com o ingresso no Ensino Superior (Bray & Bron, 2004). Relativamente à faixa etária, e à semelhança do indicado inicialmente, os EU com menos de 20 anos parecem ser mais ativos fisicamente do que aqueles com idade superior a esta (Huang, Harris, Lee, Nazir, Born & Kaur, 2003; Quadros, Petroski, Santos-Silva & Pinheiro-Gordia, 2009).

A prevalência da inatividade física e de sedentarismo é superior nos EU do género feminino comparativamente aos do género masculino (Bray & Born, 2004; Corte-Real et al., 2008; Irwin, 2007; Martins et al., 2010; Quadros et al., 2009), que tendem a apresentar índices de “atividade” e de “muita atividade” superiores (Bray & Born, 2010; Guedes, Santos & Lopes, 2006; Irwin, 2007; Martins et al., 2010; Miller, Staten, Rayens & Noland, 2005; Quadros et al., 2009).

Quanto à situação de residência, os EU que vivem com a família parecem apresentar maiores níveis de inatividade e sedentarismo, contrariamente ao que acontece com aqueles que vivem em residências universitárias ou sem os pais (Guedes et al., 2006; Fontes & Vianna, 2009; Irwin, 2007). Por outro lado, um estatuto socioeconómico mais elevado parece estar associado a níveis mais elevados de atividade física por parte dos EU (Guedes et al., 2006; Quadros et al., 2009), embora outras investigações tenham encontrado resultados contrários (e.g., Fontes & Vianna, 2009).

Relativamente ao ano de ensino, os EU do 4º ano apresentam maiores níveis de inatividade física comparativamente aos de 1º ano (Guedes et al., 2006; Irwin, 2007). Não obstante, resultados contraditórios foram obtidos noutras investigações, nas quais os dados apontavam para maiores índices de inatividade física nos EU de 1º ano (e.g., El-Gilany, Badawi, El-Khawaga & Awadalla, 2011).

Quanto à área de estudo, os EU da área das Ciências Exatas, seguidos dos EU da área das Ciências da Saúde, são insuficientemente ativos em comparação com os de Ciências Sociais e Humanas e, sobretudo, com os estudantes da área de Artes e Letras (Irwin, 2007), resultados também encontrados por El-Gilany e colaboradores (2011), apenas com a exceção de terem analisado, também, o curso de “Educação física”, que apresentou níveis de atividade física ainda mais elevados do que os exibidos pelos cursos de Ciências Sociais e Humanas e de Artes e Letras.

No que respeita ao contexto nacional, o cenário parece ser ainda menos positivo pois várias investigações demonstraram que, em Portugal, a prática de atividade física é significativamente inferior à apresentada por muitos outros países (e.g., Corte-Real et al., 2008; Haase, Stepoe, Sallis & Wardle, 2004; Martinez-Gonzalez et al., 2001; Steptoe et al., 2002), resultados que vão ao encontro das evidências de alguns estudos portugueses que têm realçado, precisamente, o fenómeno da inatividade física dos EU (e.g., Reis & Matos, 2017; Ribeiro & Fernandes, 2010; Vieira, 2011).

## **Capítulo 2 - Saúde mental dos estudantes universitários**

### **1. Saúde mental**

Na antiguidade considerava-se que a doença era resultado do pecado ou maldição (Scliar, 2007) e, como tal, a conceção de saúde era indissociável da religião (Badash et al., 2017; Cilliers & Retief, 2006). A primeira grande rutura com esta ideologia surgiu no século 5 a.C. por Hipócrates, que definiu a saúde como o equilíbrio alcançado entre as forças ambientais e os comportamentos individuais: ambos os fatores constituíam o equilíbrio externo que, por sua vez, influenciava o equilíbrio interno dos quatro fluidos corporais (humores) - a bília negra, a

bílis amarela, a fleuma e o sangue (Badash et al., 2017) -, propondo que a doença resultava de desequilíbrios entre esses fluidos (Scliar, 2007; Tountas, 2009; Yapijakis, 2009).

Mais tarde, Galeno expandiu a definição de saúde de Hipócrates ao afirmar que o equilíbrio entre os quatro fluidos corporais determinava, também, o temperamento e a personalidade, desenvolvendo, assim, uma visão mais holística da saúde, que considerava, inclusivamente, os estados mentais e emocionais (Badash et al., 2017; Scliar, 2007). Assim, Galeno defendia que a doença era endógena e que decorria da constituição física do homem bem como do seu estilo de vida (Scliar, 2007).

Ainda assim, esta visão mais global e integrada que vigorava desde a Idade Média foi sendo progressivamente abandonada, dando lugar ao modelo biomédico que refletia o pensamento científico moderno da época. Com o modelo biomédico, a atenção médica deixou de estar centrada no indivíduo e passou a focalizar-se nas características universais de cada doença; além disso, a partir desse momento, a saúde e a doença passaram a ser conceptualizadas como duas entidades qualitativamente diferentes, entre as quais não existe uma continuidade. Decorreu então, nesta altura, a Primeira Revolução da Saúde, que se caracterizou pela aplicação do modelo biomédico e desenvolvimento de medidas de saúde pública (Engle, 1977; Matos, 2004).

Contudo, em 1977, Engle considerando o modelo biomédico reducionista, propôs a criação de um modelo biopsicossocial, segundo o qual as pessoas passaram a avaliar a sua saúde considerando a dimensão biológica, psicológica e social. Esta perspetiva ia ao encontro do determinado pela OMS (1946), que definiu a saúde como o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade ou doença. Dava-se, assim, a Segunda Revolução da Saúde, que visava o combate aos comportamentos que se acreditava estarem na origem de várias doenças, como o consumo tabágico, de álcool e de outras drogas (Matos, 2004).

Tal como a saúde em geral, também a saúde mental foi abordada de distintas formas em diferentes épocas, desde as perspetivas religiosas, em que a doença mental era resultado de mensagens ou castigos dos deuses (Almeida, 2014), às conceções do modelo biomédico, segundo o qual a saúde mental era definida como a ausência de doenças (Santos, 2011), até chegar, por fim, à perspetiva biopsicossocial adotada pela OMS (1946), que ultrapassou o reducionismo da perspetiva biomédica e reconheceu a saúde segundo uma abordagem integral e holística (Galinha & Ribeiro, 2005).

Embora tenha vindo a ser definida de diversas formas, é consensual que a saúde mental não se reduz à ausência de perturbações mentais (Galinha & Ribeiro, 2005). De facto, de acordo com a OMS (2001, cit in Galinha & Ribeiro, 2005), este conceito inclui dimensões positivas como o bem-estar subjetivo, a perceção de autoeficácia, a autonomia, a competência, a atualização do próprio potencial, entre outras.

O *Surgeon General* dos Estados Unidos da América (EUA) definiu a saúde mental como um estado de desempenho bem-sucedido da função mental que resulta em atividades produtivas, no estabelecimento de relacionamentos interpessoais e na capacidade de adaptação à mudança e enfrentamento das adversidades (Serviço de Saúde Pública dos EUA, 1999).

Por sua vez, a OMS definiu a saúde mental como o estado de bem-estar que possibilita ao indivíduo atuar com as suas próprias capacidades, lidar com as tensões normais da vida, trabalhar produtivamente e contribuir eficazmente para a comunidade (OMS, 2001, cit in OMS, 2004).

De acordo com Gomes (2008, cit in Almeida, 2014), a saúde mental resulta da promoção do bem-estar, menor sofrimento, menor incidência e prevalência de perturbações mentais e do comportamento e, ainda, de uma melhor qualidade de vida.

O bem-estar constitui, efetivamente, um elemento central da saúde mental (OMS, 2001, cit in OMS, 2004). Este conceito, considerado abrangente e difuso (Galinha & Ribeiro, 2005) pode ser perspectivado em duas dimensões: o bem-estar psicológico (que constitui a perspetiva eudaimónica) e o bem-estar subjetivo (que constitui a perspetiva do hedonismo) (Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar psicológico refere-se à perceção que o indivíduo tem das suas capacidades para enfrentar os desafios quotidianos (Siqueira & Padovam, 2008), constituindo, desta forma, um processo de realização de potencial (Ryan & Deci, 2001).

De acordo com Ryff e Singer (2008) o bem-estar psicológico pode ser operacionalizado em seis dimensões que se relacionam entre si: 1) autoaceitação (que pressupõe que o indivíduo se sinta bem consigo próprio, apesar de conhecer as suas limitações); 2) relações positivas com os outros; 3) crescimento pessoal (no sentido em que o indivíduo procura tirar proveito das suas potencialidades); 4) sentido para a vida (em que o indivíduo procura um significado para os seus esforços e desafios); 5) mestria do ambiente (considerando que o indivíduo procura modelar o ambiente como forma de responder às suas necessidades e desejos); e 6) autonomia (pois o indivíduo procura um sentido de autodeterminação, independência e regulação pessoal num contexto social abrangente).

Por sua vez, o bem-estar subjetivo é composto por uma dimensão cognitiva, na qual decorre a avaliação que o indivíduo faz quanto à satisfação com a própria vida, e por uma dimensão afetiva (Diener, Suh & Oishi, 1997; Galinha & Ribeiro, 2005). Assim, o bem-estar subjetivo caracteriza-se pela satisfação geral e pelas emoções positivas (particularmente a satisfação com a vida); pelo afeto positivo (relativo a emoções e humores agradáveis); e pelo afeto negativo (referente a emoções negativas, como a depressão) (Diener, 2000; Diener et al., 1997). Como tal, alguém que apresenta um elevado grau de satisfação com a vida, elevados níveis de afeto positivo e baixos níveis de afeto negativo, patenteia um elevado bem-estar subjetivo (Diener, 2000; Diener et al., 1997).

Em suma, estas duas abordagens constituem dois fatores correlacionados que representam uma faceta distinta do bem-estar geral (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; McCullough, Huebner & Laughlin, 2000), uma vez que o desenvolvimento humano depende, não só da promoção da felicidade humana (bem-estar subjetivo) mas também do desenvolvimento pleno das competências e do potencial (bem-estar psicológico) (Keyes, 2006).

Não obstante, considerando uma visão global do indivíduo, Keyes (2002) refere que a saúde mental resulta, não só do grau de bem-estar, mas da sua conjugação com os níveis de sintomatologia que possam existir. Neste sentido, Keyes e Lopez (2002, cit in Santos, 2011), propõem que a conjugação destas duas variáveis pode originar quatro cenários distintos: 1) doença mental incompleta ou *struggling* (que decorre da associação entre elevados níveis de sintomatologia e elevado bem-estar); 2) doença mental completa ou *floudering* (resultado da relação entre elevados níveis de sintomatologia e baixo bem-estar); 3) saúde mental completa ou *flourishing* (que deriva da conjugação entre baixos níveis de sintomatologia e elevado bem-estar); e 4) saúde mental incompleta ou *languishing* (que resulta da fusão entre baixos níveis de sintomatologia e baixo bem-estar).

Além do bem-estar, de acordo com Veit e Ware (1983), a saúde mental integra um outro elemento preponderante: o distresse psicológico, que reflete estados de saúde mental negativos. Neste sentido, segundo os autores, a saúde mental deve ser avaliada com base em cinco componentes principais: a ansiedade, a depressão e a perda de controlo comportamental (no que respeita ao distresse psicológico); e os afetos positivos e vínculos emocionais (no que se refere ao bem-estar psicológico).

Keyes (2005) confirmou empiricamente que a saúde mental e a doença mental não são extremidades opostas de um único conceito, constituindo eixos distintos mas correlacionados. Assim, segundo a *American Psychiatric Association* (APA), as doenças mentais são condições de saúde que envolvem mudanças cognitivas, emocionais ou comportamentais - ou a combinação destas - e estão associadas com o mal-estar e problemas de funcionamento em atividades sociais, profissionais ou familiares (APA, 2018).

Tal como acontece com a saúde e doença em geral, também a saúde e doença mental são determinadas pela interação de múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais, que abrangem, entre outros aspetos, os comportamentos e estilos de vida e a capacidade de enfrentar as tensões diárias (OMS, 2001, cit in OMS, 2004).

Atualmente, como evidencia a Direção Geral de Saúde (DGS), as perturbações mentais e os problemas relacionados com a saúde mental constituem a principal causa de incapacidade, sobretudo nos países ocidentais industrializados. Neste contexto, Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa, com notório predomínio de perturbações depressivas seguidas de perturbações de ansiedade, particularmente na zona centro do país (DGS, 2017a).

## 2. Saúde mental dos estudantes universitários

O interesse pelo estudo da prevalência de doenças mentais em EU tem sido crescente, pois várias investigações têm apontado para índices de saúde mental inferiores aos da população geral (e.g., Adlaf, Gliksman, Demers & Newton-Taylor, 2001; Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006; Nerdrum, Rustoen & Ronnestad, 2006; Stewart-Brown et al., 2000; Wong, Cheung, Chan, Ma & Tang, 2006).

Além de a própria transição para o Ensino Superior constituir uma etapa com potenciais ameaças à saúde e bem-estar dos estudantes (Negovan & Bagana, 2011), a literatura científica tem também evidenciado que frequentar o Ensino Superior pode exacerbar possíveis dificuldades psicológicas pré-existentes (e.g., Megivern, Pellerito & Mowbray, 2003; Reyes-Rodríguez et al., 2013; Verger et al., 2009), Não obstante, o próprio contexto universitário parece ser propício ao desenvolvimento de perturbações mentais (Megivern et al., 2003), pelo que estes jovens parecem constituir uma população de risco (Blanco et al., 2008).

De facto, vários estudos têm apontado para a elevada prevalência de perturbações mentais em EU (Hunt & Eisenberg, 2010). Neste sentido, a *American College Health Association* (ACHA), por exemplo, demonstrou que um em cada três estudantes se sentia de tal forma deprimido que considerava difícil ser funcional, e que cerca de um em cada dez referia ter ponderado seriamente o suicídio (ACHA, 2008, cit in Hunt & Eisenberg, 2010).

Eisenberg, Gollust, Golberstein e Hefner (2007) encontraram resultados semelhantes, com os EU a apresentarem uma prevalência de 15.6% para quaisquer perturbações depressivas ou de ansiedade. Por outro lado, demonstraram que 2% dos EU inquiridos apresentava ideação suicida nas últimas quatro semanas.

Hunt e Eisenberg (2010) constataram, entre 2007 e 2009, que 17% dos EU indagados apresentava diagnóstico de perturbação depressiva e que 10% apresentava diagnóstico de perturbação de ansiedade. Já anteriormente, um estudo que avaliou dez instituições de Ensino Superior em Hong Kong havia também demonstrado elevados índices de depressão, ansiedade e stresse nesta população (Wong et al., 2006).

Por seu lado, Blanco e colaboradores (2008) evidenciaram que mais de metade dos EU investigados tinha apresentado critérios para o estabelecimento de, pelo menos, um diagnóstico clínico com base no DSM-IV, sendo de realçar que cerca de 18% apresentava perturbações de personalidade, 12% perturbações de ansiedade e 11% perturbações de humor.

Recentemente, a *American College Health Association* reportou que 43.7% dos estudantes apresenta níveis de stresse acima da média e que 11% apresenta stresse extremo; além disso, 8.6% dos inquiridos tinha diagnóstico de depressão e 8.6% apresentava diagnóstico de ansiedade; por outro lado, 27.1% dos estudantes mencionou ter problemas de sono (ACHA, 2014, cit in Nogueira, 2017).

Smith e colaboradores também encontraram uma elevada prevalência de sintomas depressivos e insónia: na sua investigação, 19% dos EU inquiridos apresentava sintomatologia depressiva ligeira e 14.5% reportou sintomas moderados a graves; por outro lado, 47% referiu ter insónias ligeiras, enquanto 22.5% apontou para insónias em nível moderado a grave (Smith, Roubinov, Andreotti, Compas & Luecken, 2015). Também Lund, Reider, Whiting e Prichard (2010) encontraram resultados idênticos no que respeita às perturbações do sono, sendo que mais de 60% dos EU indagados relataram uma má qualidade de sono, que foi associada a outras perturbações mentais.

Por sua vez, outros estudos identificaram as perturbações ansiógena, depressivas e psicóticas como as mais prevalentes nos EU (e.g., Collins & Mowbray, 2005); enquanto outros apontaram a depressão, as perturbações alimentares, a autoflagelação e a perturbação obsessiva-compulsiva como as principais problemáticas desta população (e.g., Warwick, Maxwell, Statham, Aggleton & Simon, 2008).

No contexto português, já em 2002 a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES) tinha encontrado resultados semelhantes aos obtidos nos estudos internacionais, ao indicar a elevada prevalência das perturbações depressivas e de ansiedade, perturbações de personalidade, perturbações alimentares, problemas de sono, dificuldades de adaptação, baixo rendimento e abandono escolar, entre outros (RESAPES, 2002).

Também os dados de Silveira e colaboradores foram ao encontro dos estudos internacionais, evidenciando as perturbações de ansiedade, depressivas e de personalidade como as mais comuns nos EU, indicando, também, alguns casos de esquizofrenia, de perturbação afetiva bipolar, de perturbação obsessiva-compulsiva e, ainda, de perturbação do comportamento alimentar (Silveira et al., 2011).

Resultados idênticos foram também obtidos nas investigações de Santos (2011) que evidenciou que 32% dos EU apresenta uma saúde mental disfuncional, sendo que se denota o predomínio de perturbações depressivas, presentes em 15% dos casos. Além disso, a autora evidenciou, ainda, elevados níveis de stresse em 26% dos inquiridos.

De facto, como se apreende a partir dos dados expostos, as perturbações mentais, particularmente as perturbações depressivas e de ansiedade parecem apresentar uma prevalência elevada nos EU, sendo uma realidade evidenciada por inúmeras investigações (e.g., ACHA, 2014; Al-Qaisy, 2011; Blanco et al., 2008; Campo-Arias, Díaz-Martinez, Rueda-Jaimes & Barros-Bermúdez, 2005; Campo-Cabral & Gutierrez, 2001; Collins & Mowbray, 2005; Eisenberg et al., 2007; Hunt & Eisenberg, 2010; Medina, Pérez & Mejía, 2003; Megivern et al., 2003).

As perturbações mentais, além de influenciarem, inevitavelmente, a saúde e a qualidade de vida, influenciam, também, o percurso escolar, diminuindo o rendimento académico (Eisenberg, Golberstein & Hunt, 2009; Hysenbegasi, Hass & Rowland, 2005) e incrementando a taxa de abandono (Megivern et al., 2003).

## **2.1. Saúde mental, características sociodemográficas e académicas e os comportamentos de saúde dos estudantes universitários**

De acordo com Nogueira (2017), as perturbações mentais nos EU parecem relacionar-se com características sociodemográficas e académicas e com os comportamentos de saúde.

Neste sentido, no que respeita às características sociodemográficas, várias investigações têm apontado para os elevados índices de sintomatologia psicopatológica em EU do género feminino comparativamente ao EU do género masculino, sobretudo no que respeita à depressão (e.g., Bayram & Bigel, 2008; Nogueira, 2017; Quintero, Garcia, Jiménez & Ortiz, 2004; Santos, 2011; Sokratous, Merkouris, Middleton & Karanikola, 2014), stresse e ansiedade (e.g., Bayram & Bilgel, 2008; Eisenberg et al., 2007; Fisher & Hood, 1988; Santos, 2011; Wong et al., 2006).

Por outro lado, relativamente à idade, os dados parecem insuficientes. Ainda assim, é importante relembrar que estes jovens se encontram na denominada adultez emergente, uma fase da sua vida pautada pela instabilidade e propicia ao desenvolvimento de determinadas perturbações, como stresse e sintomatologia ansiosa (Arnett, 2005). Além disso, Voelker (2003) faz referência a dados que apontam que o pico da sintomatologia psiquiátrica decorre entre os 15 e os 19 anos, podendo, em determinadas perturbações, ocorrer até aos 27 anos. Por sua vez, Schulenberg, Bryant e O'Malley (2004), na sua investigação, concluíram que apenas 7% da amostra apresentava uma diminuição do bem-estar entre os 18 e os 26 anos, evidenciando, também, que, de forma oposta, 10% dos inquiridos apresentava um aumento do bem-estar na referida faixa etária.

No que respeita à situação de residência, alguns estudos têm indicado a relação entre sair da sua residência habitual e os problemas psicológicos, nomeadamente depressão e ansiedade (e.g., Fisher & Hood, 1988; Thurber, 1995; Thurber & Walton, 2012; Tilburg, Vingerhoets & Heck, 1996), pelo que os EU que residem com a família parecem ser menos propícios a desenvolver sintomatologia psicopatológica quando comparados com os estudantes que vivem com colegas ou em residências (Cerchiari, Caenao & Faccenda, 2005).

Relativamente ao estatuto socioeconómico, denota-se um aumento da prevalência de sintomatologia psiquiátrica à medida que o referido estatuto baixa, pelo que parece existir uma relação entre as variáveis (Nogueira, 2017; Santos, 2011), fenómeno notório sobretudo no que respeita aos índices de depressão (Bostanci et al., 2005; Eisenberg et al., 2007; Nogueira, 2017; Quintero et al., 2004; Weitzman, 2004) e ansiedade (Bayram & Bilgel, 2008; Nogueira, 2017; Santos, 2011).

Por sua vez, no que se refere às características académicas, importa considerar o ano que estes alunos frequentam, bem como a sua área de estudo. Neste sentido, quanto ao ano, os estudos parecem contraditórios: enquanto alguns consideram que os alunos de primeiro ano estão mais expostos a estas perturbações, derivado à fase de adaptação ao Ensino Superior (e.g., Almeida, Soares e Ferreira, 2000; Dyson & Renk, 2006; Reyes-Rodríguez et al., 2013), outros consideram

que o bem-estar e a saúde mental, em geral, diminuem com o decorrer dos anos (e.g., Aktekin, Karaman, Senol, Erdem, Erengin & Akaydin, 2001; Cerchiari et al., 2005; Christensson, Runeson, Dickman & Vaez, 2010). Assim, alguns estudos têm indicado que os EU do 1º ano apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e stresse do que os estudantes do 4º ano (Adlaf et al., 2001; Bayram & Bilgel, 2008). Por sua vez, outros estudos relataram que a sintomatologia psiquiátrica é mais elevada em estudantes do 4º ano comparativamente aos do 1º ano (e.g., Almeida, 2014; Bostanci et al., 2005; Sokratous et al., 2014), aspeto que pode estar associado à preocupação em terminar o curso (Silveira et al., 2011) bem como a preocupações relacionadas com a proximidade da entrada no mercado de trabalho (Cerchiari et al., 2005).

Relativamente à área de estudo, as investigações, ainda que escassas, parecem apontar para uma melhor saúde mental em EU da área das Engenharias, enquanto os estudantes dos cursos inerentes às Ciências Sociais e Humanas parecem apresentar mais sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, Turner, Hammond, Gilchrist e Barlow (2007) demonstraram que os estudantes dos cursos de Engenharias apresentavam os menores índices de perturbações depressivas, enquanto os estudantes de Artes e Design e de Economia apresentam níveis mais elevados. Por sua vez, Brayram e Bilgel (2008) encontraram resultados indiciadores de melhor saúde mental em estudantes dos cursos de Ciências Básicas, Engenharia e Medicina, enquanto os estudantes de Ciências Sociais e Políticas apresentavam níveis de ansiedade, depressão e stresse superiores. Em Portugal, Santos (2011) evidenciou maior prevalência de sintomatologia depressiva nos estudantes de Ciências da Saúde, seguidos dos alunos de Ciências Sociais e Humanas, enquanto os estudantes de Ciências e Tecnologias e de Engenharias apresentavam índices mais reduzidos.

Além das variáveis sociodemográficas e académicas, também o estilo de vida, nomeadamente a adoção de comportamentos de saúde, parece relacionar-se com a saúde mental dos EU (Barrios, Everett, Simon & Brener, 2000; Rohrer, Pierce & Blackburn, 2005).

O consumo de álcool tem sido referido por vários estudos como estando associado a uma saúde mental mais pobre (Kenney, Lac, Labrie, Hummer & Pham, 2013). Neste sentido, a sintomatologia depressiva, por exemplo, parece ser mais elevada em EU que consomem mais álcool (Quintero et al., 2004; Weitzman, 2004) sendo que parece existir uma relação bidirecional, ou seja, os EU com sintomatologia depressiva podem adotar estes hábitos etílicos como estratégia de *coping* para lidar com as emoções negativas (Beck, Arria, Caldeira, Vincent, O'Grady & Wish, 2008). De facto, estes consumos parecem estar associados a situações de stresse, pois vários estudos têm demonstrado a relação entre consumos de álcool elevados e níveis de stresse superiores, essencialmente no sexo feminino (e.g., O'Hare & Sherrer, 2000).

Ainda assim, evidências contrárias têm sido encontradas em alguns estudos, que têm indicado que grande parte dos EU tem uma visão positiva sobre as consequências do álcool, pelo que este consumo surge como forma de aumentar os afetos positivos, sendo que apenas um pequeno número de EU consome álcool enquanto estratégia de *coping* para lidar com os afetos negativos

(e.g., Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2005). Além disso, os estudantes que apresentam dificuldades a nível de saúde mental estão menos expostos a situações sociais, que têm vindo a ser referidas como o contexto em que estes consumos aumentam (Beck et al., 2008). Estas evidências foram corroboradas por McBroom, Fife e Nelson (2008), que demonstraram a relação negativa estabelecida entre a solidão e o consumo de álcool, sendo que, à medida que a solidão diminui, o consumo de álcool parece aumentar.

Alguns estudos também têm demonstrado que o consumo de tabaco e de drogas ilícitas por parte dos EU parece estar associado a sintomatologia psiquiátrica como a ansiedade, a depressão, o stress ou as insónias, pois tais sintomas são mais prevalentes nos estudantes fumadores comparativamente aos não-fumadores e nos que consomem um maior número de cigarros, bem como naqueles que consomem drogas ilícitas com maior frequência (e.g., Al-Subaie, 1998; Boehm, Lei, Lloyd & Prichard, 2016; Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Duku & Faulkner, 2016; Liu et al., 2007; Precioso, 2004; Sokratous et al., 2014).

Por sua vez, também os hábitos alimentares parecem estar relacionados com a saúde mental, sendo que comportamentos de risco como a insuficiente ingestão de fruta e vegetais e o consumo de *fast food*, bem como a obesidade, têm sido associados à sintomatologia psiquiátrica (e.g., Ansari, Adetunji & Oskrochi, 2014; Liu et al., 2007; Wattick, Hagedorn & Olfert, 2018; Ye, Wang, Qu, Yuan, Phongsavan & He, 2015). Além disso, Vieira e colaboradores (2002) sugerem que os maus hábitos alimentares dos EU podem surgir como estratégia de *coping* para lidar com situações de stress físico e mental e, neste sentido, evoluir para comportamentos de compulsão alimentar.

Por fim, de acordo com a literatura científica, a prática de atividade física tem vindo a ser associada à menor prevalência de perturbações mentais e de sintomatologia psiquiátrica (Al-Eisa, Buragadda & Melam, 2014; Nogueira, 2017; Rohrer et al., 2005; Silva & Neto, 2014), nomeadamente no que respeita à depressão, ansiedade e insónia (e.g., Al-Eisa et al., 2014; Chen, Gelaye & Williams, 2014; Kwan et al., 2016; Tyson, Wilson, Crone, Brailsford & Laws, 2010).

## **II. Corpo Empírico**

Findo o enquadramento teórico, segue-se a exposição do corpo empírico da presente investigação. Neste sentido, inicialmente, serão descritos e caracterizados os principais aspetos do estudo, nomeadamente a tipologia, os objetivos e hipóteses de investigação, a amostra e os instrumentos utilizados. Posteriormente, apresentar-se-ão os principais resultados obtidos, seguidos de uma discussão relativa aos mesmos e de uma breve confrontação com os dados referidos na literatura científica. O capítulo termina com uma conclusão da investigação realizada.

### **1. Tipologia do estudo**

O presente estudo assume um caráter quantitativo, uma vez que, perante uma realidade objetiva, foram utilizados métodos numéricos - particularmente procedimentos estatísticos -, para analisar os dados recolhidos (Canastra, Haanstra & Vilanculos, 2015).

Por outro lado, relativamente ao tipo de estudo, este é, essencialmente, descritivo, uma vez que objetivou descrever a realidade, ou seja, o comportamento das variáveis. Este estudo é, também, correlacional, pois visou a análise da relação estabelecida entre as variáveis - exceto a relação causa-efeito -, sem que as mesmas fossem manipuladas (Canastra et al., 2015; Ribeiro, 2010); e comparativo, visto que procurou comparar os resultados obtidos pelos grupos estabelecidos em função de algumas variáveis, como o género, o ano de ensino e a área de estudos (Ribeiro, 2010). Além disso, o presente estudo é transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento temporal (Ribeiro, 2010).

### **2. Objetivos e hipóteses de investigação**

A presente investigação iniciou com uma revisão da literatura científica sobre os comportamentos de saúde e a doença mental, focalizando a análise de ambas as temáticas nos estudantes universitários para, assim, incrementar um melhor enquadramento deste estudo, que apresenta, como objetivo geral, a compreensão da relação entre os comportamentos de saúde e a saúde mental dos EU.

A partir da revisão bibliográfica realizada foi possível apreender que, quer os comportamentos de saúde, quer a saúde mental dos estudantes universitários (EU) diferem em função de determinadas variáveis sociodemográficas, nomeadamente no que concerne ao género, ao ano de ensino e à área de estudo. Neste sentido, no que respeita aos comportamentos de saúde, em geral, e ao uso de drogas, em particular, várias investigações têm demonstrado que este comportamento é mais prevalente entre os alunos do género masculino. Por outro lado, tal comportamento de risco é adotado, quer por estudantes de primeiro ano de 1º ciclo, quer por

EU de primeiro ano de 2º ciclo, ainda que o uso de drogas e similares esteja predominantemente associado a situações sociais nas quais, por questões de exigência acadêmica, predominam os primeiros alunos mencionados. Além do referido, grande parte das investigações tem, também, revelado índices superiores de consumo de drogas entre os alunos de Ciências Sociais e Humanas.

Por sua vez, quanto à saúde mental, a maioria dos estudos realizados tem indicado uma prevalência expressiva de sintomatologia psicopatológica entre os EU do género feminino. Por outro lado, tem, também, apontado para índices de perturbações mentais mais elevados entre os EU de Ciências Sociais e Humanas. Não obstante, no que respeita ao ano de ensino, os dados das várias investigações são inconclusivos, pois enquanto alguns remetem para a prevalência de perturbações mentais entre EU do primeiro ano do 1º ciclo, outros apontam para uma pior saúde mental entre os EU de primeiro ano de 2º ciclo.

Além disso, a literatura científica tem demonstrado, inequivocamente, a existência de uma relação entre os comportamentos de saúde e a saúde mental, revelando uma associação entre comportamentos de risco (e.g. uso de drogas, sedentarismo, má alimentação) e uma pior saúde mental (e.g. depressão, ansiedade).

Neste sentido, na presente investigação, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar os comportamentos de saúde dos estudantes universitários;
- 2) Analisar as diferenças nos comportamentos de saúde dos estudantes universitários em função das variáveis sociodemográficas e académicas (género, ano de ensino e área de estudos);
- 3) Caracterizar a saúde mental dos estudantes universitários quanto ao distresse psicológico, ansiedade e depressão;
- 4) Analisar as diferenças na saúde mental dos estudantes universitários em função das variáveis sociodemográficas e académicas (género, ano de ensino e área de estudos);
- 5) Determinar a relação entre os comportamentos de saúde (consumo de drogas, exercício físico e nutrição) e a saúde mental dos estudantes universitários (ansiedade e depressão).

Atendendo aos objetivos anteriormente propostos, foi definida a seguinte questão de investigação “Qual a relação entre a saúde mental e a adoção de comportamentos de saúde?”, segundo a qual foram estabelecidas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1a: Os EU (estudantes universitários) do género masculino apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas.

Hipótese 1b: Os EU do género feminino apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade mais elevados.

Hipótese 2a: Os EU do primeiro ano do 1º ciclo apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas.

Hipótese 2b: Os EU do primeiro ano do 1º ciclo apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade mais elevados.

Hipótese 3a: Os EU de Ciências Sociais e Humanas apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas.

Hipótese 3b: Os EU de Ciências Sociais e Humanas apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade mais elevados.

Hipótese 4a: Os EU que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas.

Hipótese 4b: Os EU que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade revelam menos comportamentos associados a uma boa condição física.

Hipótese 4c: Os EU que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade revelam menos comportamentos associados a uma alimentação saudável.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Participantes**

A amostra utilizada para a realização do presente estudo inclui 339 estudantes ( $N=339$ ) da Universidade da Beira Interior (UBI). Os participantes foram selecionados através de amostragem por conveniência, uma vez que a seleção decorreu da acessibilidade aos mesmos.

Relativamente aos critérios de inclusão, este estudo procurou estudar uma amostra específica cujos participantes deveriam, obrigatoriamente, ter, no mínimo, 18 anos e frequentar o primeiro ano do 1º ciclo ou o primeiro ano do 2º ciclo e falar/compreender a língua portuguesa. Por outro lado, foi estabelecido, também, um critério de exclusão que, neste caso, foi relativo à área de estudos, sendo que os estudantes de Ciências da Saúde foram excluídos da amostra.

Este critério de exclusão teve por base referências da literatura científica que apontam para uma maior literacia em saúde por parte destes alunos (e.g., Alexopoulos et al., 2010; Ferreira, 2008; Haddad & Malak, 2002; Imai et al., 2014; Lorant & Nicaise, 2014; Rondina et al., 2005), o que poderia constituir uma variável parasita e influenciar os resultados. Por outro lado, considerando que esta investigação aponta, também, para a compreensão da saúde mental dos EU, poderia ser expectável que, de forma idêntica ao exposto anteriormente, também os estudantes de Psicologia fossem excluídos da amostra. Ainda assim, a literatura científica tem evidenciado que os cursos de Ciências Sociais e Humanas apresentam índices elevados no que

concerne a uma saúde mental negativa (e.g., Brayram & Bilgel, 2008; Santos, 2011; Turner et al., 2007), pelo que se considerou pertinente integrar o referido curso na amostra.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes deste estudo. A amostra é composta por sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos ( $M= 21.03$ ;  $DP= 4.49$ ). A amostra é, maioritariamente, constituída por elementos do sexo feminino ( $n=207$ , 61.1%), enquanto apenas 38.9% ( $n=132$ ) são do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira ( $n= 327$ , 96.7%), 7 são casados (2.1%), 2 encontram-se em união de facto (0.6%) e 2 estão divorciados (0.6%).

Quanto à naturalidade, 76 dos inquiridos são naturais do Norte (22.7%), a maioria ( $n=170$ , 50.7%) é natural da região Centro, 10 provêm do Sul (3%), 18 são naturais das Ilhas (5.4%) e 61 são provenientes de países estrangeiros com língua oficial portuguesa (18.2%). Em relação ao nível socioeconómico, 2 dos estudantes caracteriza-o como alto (0.6%), a maioria dos participantes ( $n= 280$ , 84.1%) avaliam-no como médio e 51 consideram-no baixo (15.3%).

Quanto ao ciclo de estudos, a amostra é, maioritariamente, composta por estudantes do 1º ciclo ( $n= 252$ , 74.4%), enquanto apenas 25.6% ( $n=87$ ) é estudante do 2º ciclo. Relativamente aos estudantes de 1º ciclo, 106 são alunos da área das Ciências Sociais e Humanas (31.3%), 86 pertencem a cursos da área das Engenharias (25.4%) e 60 alunos (17.7%) frequentam cursos de Artes e Letras. No que respeita ao 2º ciclo, a amostra é predominantemente constituída por alunos da área das Ciências Sociais e Humanas ( $n=72$ , 21.2%), sendo também integrada por 15 alunos da área de Artes e Letras.

**Tabela 1**  
*Caraterização sociodemográfica dos participantes*

	<i>N</i>	<i>N</i>	%
<b>Género</b>	339		100.0
Feminino		207	61.1
Masculino		132	38.9
<b>Estado Civil</b>	338		100.0
Solteiro/a		327	96.7
Casado/a		7	2.1
União de facto		2	0.6
Divorciado/a		2	0.6
<b>Naturalidade</b>	335		100.0
Norte		76	22.7
Centro		170	50.7
Sul		10	3.0
Ilhas		18	5.4
Estrangeiro		61	18.2
<b>Nível socioeconómico</b>	333		100.0

Alto	2	0.6
Médio	280	84.1
Baixo	51	15.3
<b>Curso (1º ciclo)</b>	<b>252</b>	<b>74.4</b>
Arquitetura	38	11.2
Ciências Políticas e Relações Internacionais	24	7.1
Ciências da Comunicação	43	12.7
Cinema	17	5.0
Economia	36	10.6
Engenharia Eletrotécnica e de Computadores	22	6.5
Informática Web	26	7.7
Marketing	27	8.0
Psicologia	19	5.6
<b>Curso (2º ciclo)</b>	<b>87</b>	<b>25.6</b>
Design e Desenvolvimento de Jogos Digitais	15	4.4
Economia	11	3.2
Marketing	2	0.6
Psicologia Clínica e da Saúde	38	11.2
Relações Internacionais	7	2.1
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais	14	4.1

### 3.2. Instrumentos

No presente estudo, os participantes responderam a um protocolo que envolvia três questionários cujo objetivo passava pela obtenção de informações relativas aos dados sociodemográficos, atitudes e comportamentos de saúde, e saúde mental, respetivamente. De seguida, será descrito cada um dos questionários incluído no referido protocolo.

#### 3.2.1. *Questionário Sociodemográfico*

O Questionário Sociodemográfico era o primeiro instrumento integrante no protocolo preenchido pelos participantes. Este instrumento de autorrelato era constituído por 30 questões que visam a caracterização da amostra no que respeita a variáveis predominantemente demográficas (como o género, a idade, o estado civil ou a naturalidade), académicas (como o ano e curso que frequentam, o desempenho académico, entre outras) e comportamentais (nomeadamente os hábitos tabágicos, o consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas, a alimentação e a prática de exercício físico).

### 3.2.2. *Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)*

Neste estudo, os comportamentos de saúde adotados pelos EU foram avaliados mediante o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), uma lista de classificação que permite obter informações sobre o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar doenças. Este instrumento foi concebido em 2004 por Ribeiro, que o aplicou a uma amostra de estudantes do Ensino Secundário e Universitário (Ribeiro, 2004).

O desenvolvimento deste instrumento teve por base o *Lifestyle Assessment Questionnaire* (LAQ), um questionário criado por Hettler (1982, cit in Ribeiro, 2004) cujo objetivo era avaliar e melhorar o estilo de vida dos estudantes, educando-os para comportamentos relacionados com a saúde que podem ser implementados e avaliados.

O QACS apresenta 28 itens que se encontram distribuídos por cinco categorias: Exercício físico (referente ao empenho em manter uma boa condição física); Nutrição (relativa à escolha de alimentos de acordo com os objetivos cientificamente definidos); Autocuidado (que diz respeito a comportamentos facilitadores da prevenção ou deteção precoce de doenças); Segurança monitorizada (que se refere à capacidade para minimizar a probabilidade de lesão ou morte em acidentes de veículos); e Uso de drogas ou similares (respeitante à capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas) (Ribeiro, 2004).

Os itens do questionário são respondidos segundo uma escala ordinal com cinco alternativas entre o “quase nunca (menos de 10% das vezes)” (1) e o “quase sempre (90% ou mais das vezes)” (5), referentes à percentagem com que o indivíduo adota, ou não, um determinado comportamento. A pontuação obtida pode variar entre os 154 (melhor comportamento e atitude face à saúde) e 22 (pior atitude e comportamento face à saúde) (Ribeiro, 2004), ou seja, pontuações mais altas referem-se a melhores atitudes e comportamentos de saúde.

Os 28 itens do questionário foram avaliados quanto à validade de conteúdo e submetidos a *cognitive debriefing*, um procedimento que procura identificar se a população-alvo interpreta e compreende as perguntas, bem como a forma de responder, segundo o que o investigador pretende (Ribeiro, 2004). Relativamente à validade de critério, esta foi avaliada mediante a comparação com medidas de outros instrumentos, nomeadamente o Questionário de Saúde Mental de 5 itens (*Mental Health Inventory*, MHI-5), de Auto Conceito (Ribeiro, 1994, cit in Ribeiro, 2004), de Percepção Geral de Saúde, de Auto Eficácia (Ribeiro, 1995, cit in Ribeiro, 2004) e de Suporte Social (Ribeiro, 1999, cit in Ribeiro, 2004). Os resultados apontam que algumas categorias, como a Segurança Motorizada, Nutrição e Uso de Drogas e Similares não estabelecem relação estatisticamente significativa com as variáveis psicológicas consideradas; por sua vez, as categorias Exercício Físico e Auto Cuidado relacionam-se significativamente com todas as escalas, embora os valores sejam modestos. Neste sentido, a variável “Exercício Físico” é a que mantém valores mais significativos, sobretudo com o Questionário de Percepção Geral de Saúde, tal como já havia sido descrito por outros autores (Ribeiro, 2004).

Sendo uma lista de classificação, a avaliação da consistência interna é desnecessária, uma vez que não se assume a familiaridade entre os itens. Não obstante, a consistência interna do instrumento foi medida pelo autor através do alfa de cronbach que evidenciou correlações modestas entre os itens e a respetiva categoria, exceto a de “Nutrição” (que apresentou uma relação mais significativa), resultados que vão ao encontro do caráter do instrumento enquanto lista de classificação e não como uma escala. Por outro lado, a correlação entre as categorias que compõem o inventário é moderada ou baixa, atestando a sua interdependência. Assim, para o inventário total, a consistência interna é satisfatória (Ribeiro, 2004).

Embora não fosse necessário avaliar a consistência interna do instrumento, como explicado anteriormente, procedeu-se a essa avaliação no presente estudo, focalizando apenas as três dimensões do QACS estudadas (Exercício físico, Nutrição e Uso de drogas ou similares). Assim, foi obtido um alfa de cronbach de .68 para a dimensão “Exercício Físico”, de .81 para a “Nutrição” e de .58 para o “Uso de drogas ou similares”, resultados semelhantes aos obtidos por Ribeiro (2004).

Em suma, o QACS sintetiza adequadamente os comportamentos relacionados com a saúde e as doenças, corroborando a investigação em geral (Ribeiro, 2004).

### 3.2.3. *Inventário de Saúde Mental (ISM)*

O *Mental Health Inventory* (MHI), um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a saúde mental, foi desenvolvido por Viet e Ware (1983), no âmbito do *Health Insurance Experiment* (HIE), um dos maiores estudos realizados nos EUA, que se iniciou em 1971 e teve a duração de 15 anos. Este estudo procurava analisar o recurso das pessoas aos serviços de cuidados de saúde, em geral, e aos cuidados de saúde mental em particular (Manning, Newhouse & Ware, 1982, citados por Ribeiro, 2011; Wells, Manning, Duan, Ware & Newhouse 1982, citados por Ribeiro, 2011), evidenciando que o MHI predizia se as pessoas iriam procurar apoio dos serviços de saúde mental e a quantidade dos serviços recebidos, demonstrando a validade do instrumento enquanto medida da saúde mental (Ware, Manning, Duan, Wells & Newhouse, 1984).

Viet e Ware (1983) consideravam que as medidas de avaliação em saúde mental focalizavam, quase exclusivamente, o distresse psicológico, pelo queurgia expandir essas medidas, para que incluíssem, também, características de bem-estar psicológico e estivessem capacitadas para estabelecer diferenças entre indivíduos sem quadros psicopatológicos ou disfuncionais. Assim, o MHI, que começou a ser desenvolvido em 1975, surgiu como uma forma de avaliar a saúde no seu todo, atendendo à existência de uma dimensão positiva (bem-estar psicológico) e de uma dimensão negativa (distresse psicológico).

O MHI consiste, assim, num questionário de autorresposta que apresenta 38 itens, distribuídos por cinco fatores correlacionados de primeira ordem que, por sua vez, se agrupam em dois grandes fatores correlacionados de segunda ordem: assim, o Distresse Psicológico inclui as

escalas Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental; por sua vez, o Bem-estar Psicológico integra as escalas Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais (Ribeiro, 2011).

A resposta aos itens é dada segundo uma escala ordinal com 5 ou 6 posições, sendo alguns deles cotados de forma invertida. A pontuação total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala/dimensão, sendo que resultados mais elevados correspondem a uma melhor saúde mental e resultados mais baixos estão associados a uma pior saúde mental (Ribeiro, 2011).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Ribeiro (2011), através de um estudo realizado com alunos do 11º ano de escolas portuguesas e do último ano de Universidade, também de instituições portuguesas, tendo o instrumento sido denominado Inventário de Saúde Mental (ISM) (Ribeiro, 2011).

Na adaptação portuguesa do ISM, no que respeita à validade, vários itens das cinco subescalas não apresentaram validade convergente e discriminante com as dimensões a que pertencem. Ainda assim, ao serem consideradas as duas grandes dimensões do instrumento, os valores da validade convergente e discriminante apresentam uma estrutura mais adequada do ponto de vista psicométrico (Ribeiro, 2011). Por outro lado, a validade de critério foi analisada através da correlação entre o ISM e as suas dimensões, bem como da sua correlação com medidas de autorreferência (i.e. autoconceito e autoeficácia) e com medidas de perceção de saúde (i.e. sintomas físicos de mal-estar e perceção geral de saúde), nas quais foram obtidas correlações estatisticamente significativas.

Por sua vez, no que se refere à fidelidade da adaptação portuguesa do instrumento, foram obtidos valores elevados (bons e excelentes) nas subdimensões Ansiedade ( $\alpha = .91$ ), Depressão ( $\alpha = .85$ ), Perda de Controlo Emocional/Comportamental ( $\alpha = .87$ ), Afeto Geral Positivo, ( $\alpha = .92$ ) e Laços Emocionais ( $\alpha = .72$ ). Nas duas dimensões principais - Distresse Psicológico e Bem-estar Psicológico - alcançou-se um alfa de cronbach de .95 e de .91 respetivamente, valores considerados excelentes. Na escala global, o autor obteve um alfa de cronbach de .96, que descreve, também, a excelente confiabilidade do instrumento. Assim, o ISM apresentou uma consistência interna satisfatória nas cinco subdimensões, nas duas dimensões principais e, também, na escala global (Ribeiro, 2011).

No presente estudo, foram obtidos níveis de consistência interna idênticos em todas as dimensões: Ansiedade ( $\alpha = .91$ ), Depressão ( $\alpha = .84$ ), Perda de Controlo Emocional/Comportamental ( $\alpha = .86$ ), Afeto Positivo ( $\alpha = .89$ ) e Laços Emocionais ( $\alpha = .62$ ), no que respeita às cinco subdimensões; Distresse Psicológico ( $\alpha = .95$ ) e Bem-Estar Psicológico ( $\alpha = .89$ ), no que concerne às duas dimensões principais; e um alfa de cronbach de .96 na escala total. Assim, atendendo aos dados decorrentes da escala total, da dimensão Distresse Psicológico e das subdimensões Ansiedade e Depressão - que constituem os principais focos de

análise no presente estudo - apreende-se que o ISM constitui um instrumento confiável e adaptado à população em estudo.

De acordo com Ribeiro (2011, cit in Nogueira, 2017), através da utilização deste instrumento, os indivíduos podem ser diferenciados quanto à sua saúde mental através de pontos de corte com um desvio padrão para mais ou para menos. Neste sentido, no presente estudo, as pontuações finais do ISM foram recodificadas em três níveis: baixo (média - 1 desvio padrão), moderado (média obtida no ISM) e alto (média + um desvio padrão).

### 3.3. Procedimentos

A recolha de dados do presente estudo decorreu entre abril e junho de 2018, através da aplicação presencial de um protocolo a alunos do primeiro ano do 1º ciclo e a alunos do primeiro ano do 2º ciclo da UBI.

Um dos principais cuidados ao iniciar esta investigação consistiu na obtenção de autorização para a utilização dos instrumentos de recolha de dados, pelo que se procedeu a um contacto prévio com os autores dos mesmos, que anuíram o seu uso. Depois, foram identificados os cursos existentes na UBI, particularmente os que incluem 2º ciclo. Posteriormente, foi feito um contacto com um docente de cada turma selecionada como forma de obter autorização para proceder à aplicação do protocolo. Por fim, quando concedida a autorização pelos docentes, decorreu a aplicação do referido protocolo, que incluiu três questionários: 1) Questionário Sociodemográfico; 2) Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS); 3) Inventário de Saúde Mental (ISM).

Previamente ao preenchimento do questionário, os participantes leram e assinaram um consentimento informado que, além de conter informações sobre o estudo, realçava o carácter voluntário do mesmo e garantia a confidencialidade dos dados e a sua utilização exclusiva para fins de investigação.

O preenchimento do protocolo foi feito de forma presencial, uma vez que as investigadoras deste estudo se deslocaram à sala de aula onde os participantes se encontravam. Ainda assim, para garantir a privacidade e confidencialidade dos dados, o preenchimento dos questionários não foi supervisionado, pelo que a exclusão de protocolos decorrente de respostas insuficientes ou desapropriadas foi realizada *a posteriori*. Ao longo deste processo, todos os princípios éticos e deontológicos foram respeitados.

Após a recolha de dados, a análise estatística dos mesmos foi concretizada com recurso ao IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0.

### 3.4. Metodologia estatística

No que respeita à análise estatística dos dados, procedeu-se a uma estatística descritiva para caracterizar a amostra a nível sociodemográfico: assim, foram estabelecidas variáveis numéricas (quantitativas), para as quais se apresentaram a média ( $M$ ) e o desvio padrão ( $DP$ ); e variáveis categóricas (qualitativas), para as quais se apresentaram a frequência absoluta ( $N$ ) e a frequência relativa (%).

Posteriormente, procedeu-se à caracterização da amostra relativamente às informações adquiridas através dos dois instrumentos que avaliam as variáveis dependentes em estudo (i.e. atitudes e comportamentos de saúde e saúde mental).

Depois, foi verificada a normalidade das duas variáveis anteriormente referidas, a partir da qual se constatou que a amostra não segue uma distribuição normal (Tabelas 2 e 3). De acordo com Pallant (2007), atendendo à não normalidade da amostra, bem como ao carácter ordinal das variáveis dependentes, poderia optar-se por uma análise com recurso a testes não paramétricos. Não obstante, tal como refere a autora, é comum que, em Ciências Sociais, a amostra não apresente uma distribuição normal. Além disso, Pallant (2007) defende que, quando a amostra é grande (superior a 30 sujeitos), a violação da normalidade não é muito relevante, acrescentando que os testes não paramétricos não são tão robustos. Neste sentido, com base nos argumentos da autora imediatamente descritos, optou-se por analisar os resultados com recurso a testes paramétricos.

Com o objetivo de comparar as diferenças entre grupos nas duas variáveis dependentes foi utilizado o teste  $t$  de Student (para comparar dois grupos) e a ANOVA (para comparar três ou mais grupos). Por outro lado, para testar a correlação entre as variáveis contínuas, recorreu-se ao teste de Correlação de Pearson e a uma Regressão Linear Múltipla, que permitiu medir a direção e a força da relação entre ambas (atitudes e comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental).

As análises foram conduzidas para um intervalo de confiança de 95%, considerando-se os resultados estatisticamente significativos na presença de um valor  $p < .05$ , valor usualmente aceite para a inferência estatística. A apresentação dos valores obtidos será enunciada de forma descritiva no capítulo subsequente.

**Tabela 2**

***Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)***

	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov*</i>	
			<i>Estatística</i>	<i>Sig.</i>
Exercício físico	9.35	3.17	.170	.000
Nutrição	15.9	4.90	.067	.002
Uso de drogas e similares	13.52	4.72	.090	.000

\*Com correlação de Lilliefors.

**Tabela 3**

***Média, desvio padrão e teste de normalidade das dimensões do Inventário de Saúde Mental (ISM)***

	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov*</i>	
			<i>Estatística</i>	<i>Sig.</i>
Ansiedade	38.4	9.12	.075	.000
Depressão	20.57	4.41	.123	.000
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	40.33	7.15	.127	.000
Afeto Positivo	41.36	8.25	.070	.001
Laços Emocionais	12.98	2.50	.124	.000
Distresse Psicológico	99.29	19.21	.081	.000
Bem-Estar Psicológico	54.35	10.02	.073	.000
ISM total	153.64	27.61	.082	.000

\*Com correlação de Lilliefors.

## 4. Resultados

Esta secção assenta na apresentação dos principais resultados deste estudo. Assim, inicialmente, serão abordados os principais comportamentos de saúde e os níveis de saúde mental dos participantes. Posteriormente, serão apresentadas as diferenças nos comportamentos de saúde e na saúde mental em função das variáveis sociodemográficas. Por fim, serão exibidos os resultados alusivos à relação entre a saúde mental e os comportamentos de risco.

### 4.1. Estatísticas descritivas

De seguida apresentam-se os principais comportamentos dos EU inquiridos, de acordo com os dados obtidos através do questionário sociodemográfico (Tabela 4). Tal como expõe a referida Tabela, a maioria dos participantes do estudo passa o seu tempo livre em casa ( $n=160$ , 47.2%)

e com amigos ( $n=181$ , 53.7%). Relativamente às questões de saúde, apenas uma pequena minoria dos alunos refere ter acompanhamento psicológico ( $n=27$ , 8.0%) e ter passado por um internamento psiquiátrico ( $n=7$ , 2.1%). Estas respostas vão ao encontro de outros dados, que elucidam que a maioria dos participantes se preocupa com a sua saúde ( $n=325$ , 95.9%) e a avalia como “boa” ( $n=202$ , 59.8%).

Não obstante, em outros aspetos inerentes à saúde, nomeadamente o sono, as respostas parecem apontar noutro sentido, pois um número significativo de alunos refere apresentar problemas de sono ( $n=103$ , 30.6%), sendo que menos de metade da amostra avalia a qualidade do seu sono como “boa” ou “muito boa” ( $n=141$ , 48.0%), ainda que a maioria dos alunos mencione dormir as horas recomendadas - entre 7 a 9 horas - ( $n=227$ , 67.2%).

Relativamente ao exercício físico, a maioria dos alunos refere não praticar qualquer atividade física ( $n=195$ , 57.5%), sendo que, entre os que praticam, a maior parte fá-lo menos de 3 horas por semana ( $n=65$ , 44.8%). Quanto à alimentação, a maioria dos alunos indicou que tem cuidado com a sua alimentação ( $n=236$ , 70.4%) e que faz o número de refeições recomendado - entre 3 a 6 - ( $n=278$ , 82%). Ainda assim, importa realçar que, embora três quartos dos participantes seja normoponderal ( $n=241$ , 75.1%), uma parte significativa da amostra apresenta sobrepeso ou obesidade ( $n=54$ , 16.8%).

Relativamente aos consumos, a maioria dos alunos refere não ser consumidor de tabaco ( $n=260$ , 76.7%) e, entre os consumidores, apenas 14 fumam mais de 12 cigarros por dia (18.9%). Quanto ao álcool, denota-se uma manifesta maioria de consumidores ( $n=264$ , 77.9%), sobretudo ocasionais ( $n=170$ , 64.4%) e em circunstâncias variadas ( $n=148$ , 56.3%), sendo de realçar aquelas em que estão acompanhados de amigos ( $n=102$ , 38.8%). Ainda neste âmbito, uma minoria dos estudantes refere consumir outras substâncias psicoativas ( $n=42$ , 12.5%) - sobretudo tranquilizantes ( $n=30$ , 73.2%) -, ocasionalmente ( $n=18$ , 43.9%) e, predominantemente, na companhia de amigos ( $n=16$ , 38.1%).

**Tabela 4**

***Caraterização dos comportamentos dos participantes***

	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Onde costuma passar o tempo livre?</b>	<b>339</b>		<b>100.0</b>
Casa		160	47.2
Faculdade		18	5.3
Cafés		47	13.9
Bares/Discotecas		6	1.8
Vários		108	31.9
<b>Com quem costuma passar os tempos livres?</b>	<b>337</b>		<b>100.0</b>
Sozinho/a		47	13.9
Com amigos		181	53.7
Com familiares		20	5.9

Comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental em estudantes universitários

Vários		89	26.4
<b>Tem algum tipo de acompanhamento psicológico?</b>	338		100.0
Não		311	92.0
Sim		27	8.0
<b>Já teve algum internamento psiquiátrico?</b>	339		100.0
Não		332	97.9
Sim		7	2.1
<b>Preocupa-se com a sua saúde?</b>	339		100.0
Não		14	4.1
Sim		325	95.9
<b>Como considera a sua saúde?</b>	338		100.0
Muito má		1	0.3
Má		5	1.5
Razoável		87	25.7
Boa		202	59.8
Muito Boa		43	12.7
<b>Tem problemas de sono?</b>	337		100.0
Não		234	69.4
Sim		103	30.6
<b>Como avalia a qualidade do seu sono?</b>	335		100.0
Muito má		5	1.5
Má		40	11.9
Razoável		129	38.5
Boa		120	35.8
Muito Boa		41	12.2
<b>Quantas horas dorme por dia?</b>	338		100.0
Até 6 horas		102	30.2
7 a 9 horas		227	67.2
Mais de 9 horas		9	2.7
<b>Costuma praticar exercício físico?</b>	339		100.0
Não		195	57.5
Sim		144	42.5
<b>Quantas horas de exercício físico faz por semana?</b>	145		100.0
Menos de 3		65	44.8
3 a 5		37	25.5
Mais de 5		43	29.7
<b>Considera ter cuidado com a sua alimentação?</b>	335		100.0
Não		99	29.6
Sim		236	70.4
<b>Quantas refeições faz por dia?</b>	339		100.0
Menos de 3		26	7.7
3 a 6		278	82.0
Mais de 6		35	10.3

Comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental em estudantes universitários

<b>IMC</b>	321		100.0
Baixo peso		26	8.1
Normoponderal		241	75.1
Sobrepeso		44	13.7
Obesidade		10	3.1
<b>Fuma?</b>	339		100.0
Não		260	76.7
Sim		79	23.3
<b>Quantos cigarros fuma por dia?</b>	74		100.0
Menos de 6		36	48.6
7 a 12		24	32.4
Mais de 12		14	18.9
<b>Consome bebidas alcoólicas?</b>	339		100.0
Não		75	22.1
Sim		264	77.9
<b>Com que frequência consome bebidas alcoólicas?</b>	264		100.0
Diariamente		16	6.1
Ocasionalmente		170	64.4
Raramente		78	29.5
<b>Em que circunstâncias consome bebidas alcoólicas?</b>	263		100.0
Com amigos		102	38.8
Com família		2	0.8
Em situações sociais		11	4.2
Vários		148	56.3
<b>Consome substâncias psicoativas?</b>	336		100.0
Não		294	87.5
Sim		42	12.5
<b>Com que frequência consome substâncias psicoativas?</b>	41		100.0
Diariamente		10	24.4
Ocasionalmente		18	43.9
Raramente		13	31.7
<b>Que substâncias psicoativas consome?</b>	41		100.0
Tranquilizantes		30	73.2
Estimulantes		5	12.2
Vários		6	14.6
<b>Em que circunstâncias consome substâncias psicoativas?</b>	42		100.0
Sozinho		2	4.8
Com amigos		16	38.1
Em situações sociais		2	4.8
Vários		22	52.4

A Tabela 5 caracteriza a saúde mental dos EU inquiridos, atendendo à globalidade do ISM e às dimensões e subdimensões sob as quais incidiu a análise dos dados. Relativamente à saúde mental global, é possível verificar que a maioria dos participantes ( $n=211$ , 65.5%) apresenta índices de saúde mental moderados, ainda que 60 sujeitos (18.6%) exibam níveis baixos, que refletem uma pior saúde mental.

Na dimensão Distresse Psicológico, a maioria dos participantes apresenta, igualmente, índices moderados ( $n=213$ , 65.1%), ainda que 57 indivíduos (17.4%) apresentem índices baixos, indicativos de uma pior saúde mental. No que respeita à subdimensão Ansiedade, a maioria da amostra exhibe níveis de saúde mental moderados ( $n=191$ , 57.4%) e uma parte significativa da mesma apresenta níveis baixos ( $n=74$ , 22.2%), também reveladores de uma pior saúde mental. Por fim, quanto à subdimensão Depressão, a maioria dos sujeitos apresenta índices moderados ( $n=190$ , 56.9%), sendo que apenas uma pequena parte da amostra ( $n=47$ , 14.1%) exhibe níveis baixos e, portanto, indicadores de uma pior saúde mental (Tabela 5).

Tabela 5

*Caraterização da saúde mental dos participantes de acordo com o ISM*

	<i>N</i>	<i>N</i>	%
<b>Saúde mental global</b>	322		100.0
Baixo		60	18.6
Moderado		211	65.5
Alto		51	15.8
<b>Distresse Psicológico</b>	327		100.0
Baixo		57	17.4
Moderado		213	65.1
Alto		57	17.4
<b>Ansiedade</b>	333		100.0
Baixo		74	22.2
Moderado		191	57.4
Alto		68	20.4
<b>Depressão</b>	334		100.0
Baixo		47	14.1
Moderado		190	56.9
Alto		97	29.0

## 4.2. Estatísticas inferenciais

De seguida apresentam-se os principais resultados obtidos, que serão agrupados de acordo com as hipóteses previamente definidas. Assim, inicialmente, serão apresentadas as estatísticas inferenciais relativas ao género, ao ano de ensino e à área de estudo; posteriormente, serão exibidos os resultados referentes aos comportamentos de saúde e à saúde mental; e, por fim, apresentar-se-ão os resultados da regressão linear múltipla.

### 4.2.1. Género, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental

Como forma de testar a hipótese 1a (“Os EU do género masculino apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas”), foi realizado um teste *t* de Student. Com base nos resultados encontrados, tal como demonstra a Tabela 6, denota-se que os EU do género masculino apresentam valores médios superiores no que respeita à capacidade de funcionar sem necessidade de substâncias químicas ( $M=14.38$ ;  $DP=4.53$ ), comparativamente às EU do género feminino ( $M=13.01$ ;  $DP=4.77$ ). Assim, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p<.05$ ), com uma magnitude da diferença moderada ( $\eta^2=.02$ ).

Tabela 6

*Análise das diferenças no Uso de drogas e similares, em função do género*

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t (df)</i>	<i>Sig.</i>
Uso de drogas e similares	Feminino	191	13.01	4.77	-2.504 (309)	.013
	Masculino	120	14.38	4.53		

Visando uma análise mais abrangente destas diferenças, procedeu-me a uma análise descritiva relativamente aos vários tipos de substâncias (i.e. tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas) e respetivos consumos pelos EU do género feminino e EU do género masculino. Contrariamente aos resultados provenientes do QACS, os dados do questionário sociodemográfico apontam para níveis de consumo superiores por parte dos EU do género masculino em todas as substâncias referidas (Tabela 7).

Tabela 7

**Caraterização sociodemográfica do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas em EU do género feminino e masculino**

		<i>N</i>	<i>% da amostra por género</i>
Consumo de tabaco	Feminino	34	16.4
	Masculino	45	34.1
Consumo de álcool	Feminino	155	74.9
	Masculino	109	85.6
Consumo de outras substâncias psicoativas	Feminino	17	8.3
	Masculino	25	19.2

A fim de testar a hipótese 1b (“Os EU do género feminino apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade mais elevados”), foi conduzido um teste *t* de Student. Relativamente ao Distresse Psicológico, os EU do género masculino apresentam valores médios superiores ( $M=104.52$ ;  $DP=17.49$ ), que indicam uma melhor saúde mental comparativamente às EU do género feminino ( $M=95.82$ ;  $DP=19.55$ ). Assim, evidenciam-se diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) com uma magnitude da diferença moderada ( $\eta^2=.05$ ) (Tabela 8).

Quanto à Ansiedade, também os EU do género masculino apresentam valores médios mais elevados ( $M=40.53$ ;  $DP=8.45$ ), em relação às EU do género feminino ( $M=36.89$ ;  $DP=9.32$ ), resultados que apontam para uma pior saúde mental - ao nível da ansiedade - nas raparigas, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) com uma magnitude da diferença moderada ( $\eta^2=.04$ ) (Tabela 8).

Os resultados obtidos na dimensão Depressão vão ao encontro do exposto anteriormente, atendendo a que os EU do género masculino apresentam valores médios mais altos ( $M=21.71$ ;  $DP=4.13$ ) e, como tal, indicadores de uma melhor saúde mental comparativamente às EU do género feminino ( $M=19.79$ ;  $DP=4.43$ ), sendo evidente a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) com uma magnitude da diferença moderada ( $\eta^2=.04$ ) (cf. Tabela 8).

Tabela 8

**Análise das diferenças no Distresse Psicológico, Ansiedade e Depressão, em função do género**

		<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t (df)</i>	<i>Sig.</i>
Distresse	Feminino	201	95.82	19.55	-4.078 (325)	.000
	Masculino	126	104.52	17.49		

Ansiedade	Feminino	204	36.89	9.32	-3.605 (331)	.000
	Masculino	129	40.53	8.45		
Depressão	Feminino	205	19.79	4.43	-3.950 (332)	.000
	Masculino	129	21.71	4.13		

#### 4.2.2. Ano de ensino, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental

Para testar a hipótese 2a (“Os EU do primeiro ano do 1º ciclo apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas”) foi realizado um teste *t* de Student. Os resultados evidenciam que os valores médios obtidos pelos alunos do primeiro ano do 1º ciclo ( $M=13.40$ ;  $DP=4.70$ ) se encontram muito próximos dos valores médios dos alunos do primeiro ano do 2º ciclo ( $M=13.93$ ;  $DP= 4.79$ ). Assim, tal como ilustra a Tabela 9, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p>.05$ ).

**Tabela 9**

*Análise das diferenças no Uso de drogas e similares, em função do ano de ensino*

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t (df)</i>	<i>Sig.</i>
Uso de drogas e similares	1º/1º Ciclo	231	13.40	4.70	-.853 (309)	0.394
	1º/2º Ciclo	80	13.93	4.79		

Foi conduzido um teste *t* de Student para testar a hipótese 2b (“Os EU do primeiro ano do 1º ciclo apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade mais elevados”). No que respeita ao Distresse Psicológico, os valores médios obtidos pelos EU do primeiro ano do 1º Ciclo ( $M=100.01$ ;  $DP=19.43$ ) são muito próximos dos valores alcançados pelos alunos do primeiro ano do 2º ciclo ( $M=96.83$ ;  $DP=18.55$ ). Assim, nesta dimensão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p>0.05$ ) (Tabela 10).

Relativamente à Ansiedade, verifica-se, igualmente, a proximidade dos valores médios entre os EU do primeiro ano do 1º Ciclo ( $M=38.81$ ;  $DP=9.07$ ) e os alunos do primeiro ano do 2º ciclo ( $M=36.85$ ;  $DP=9.29$ ), não se evidenciando diferenças estatisticamente ( $p>.05$ ). Resultados idênticos foram obtidos na dimensão Depressão, na qual também se denota a proximidade dos valores médios entre os EU do primeiro ano do 1º Ciclo ( $M=20.73$ ;  $DP=4.45$ ) e os alunos do primeiro ano do 2º ciclo ( $M=19.95$ ;  $DP=4.27$ ), não sendo, portanto, verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p>.05$ ) (Tabela 10).

Tabela 10

**Análise das diferenças no Distresse Psicológico, Ansiedade e Depressão, em função do ano de ensino**

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t (df)</i>	<i>Sig.</i>
Distresse	Primeiro	241	100.01	19.43	3.321 (325)	.187
	Segundo	86	96.83	18.55		
Ansiedade	Primeiro	246	38.81	9.07	1.724 (331)	.086
	Segundo	87	36.85	9.29		
Depressão	Primeiro	248	20.73	4.45	1.409 (332)	.160
	Segundo	86	19.95	4.27		

#### 4.2.3. Área de estudo, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental

Para testar a hipótese 3a (“Os EU de Ciências Sociais e Humanas apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas”), foi realizada uma análise da variância unidirecional (*One-Way ANOVA*). Os resultados evidenciam que os alunos de Engenharias apresentam os valores médios mais elevados no que respeita à capacidade de funcionar sem necessidade de substâncias químicas ( $M=14.62$ ;  $DP=5.27$ ), seguidos dos alunos de Artes e Letras ( $M=13.47$ ;  $DP= 4.41$ ), enquanto os alunos de Ciências Sociais e Humanas apresentam os valores médios mais baixos ( $M=12.96$ ;  $DP=4.41$ ). Assim, denotam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível de significância estabelecido ( $p<.05$ ) (Tabela 11). Para completar a análise e averiguar em que grupos as diferenças eram significativas, foi realizado um teste *Post-hoc* de Bonferroni, que demonstrou que tais diferenças se encontram entre os alunos de Engenharias e os estudantes de Ciências Sociais e Humanas (Tabela 12).

Tabela 11

**Análise das diferenças no Uso de drogas e similares, em função da área de estudos**

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Uso de drogas e similares	Engenharias	91	14.62	5.27	3.66	.027
	Ciências Sociais e Humanas	165	12.96	4.41		
	Artes e Letras	55	13.47	4.41		

Tabela 12

*Teste Post-hoc do uso de drogas e similares em função da área de estudos*

		<i>Diferença média</i>	<i>Sig.</i>
<b>Engenharias</b>	Ciências Sociais e Humanas	1.652	.020
	Artes e Letras	1.143	.327
<b>Ciências Sociais e Humanas</b>	Engenharias	-1.652	.020
	Artes e Letras	-.509	.764
<b>Artes e Letras</b>	Engenharias	-1.143	.327
	Ciências Sociais e Humanas	.509	.764

Para testar a hipótese 3b (“Os EU de Ciências Sociais e Humanas apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade mais elevados”) foi realizada uma ANOVA. Relativamente à dimensão geral, ou seja, o Distresse Psicológico, os valores médios obtidos pelos EU de Engenharias ( $M=102.00$ ;  $DP=19.02$ ) são muito próximos dos valores alcançados pelos alunos de Ciências Sociais e Humanas ( $M=98.23$ ;  $DP=19.58$ ) e de Artes e Letras ( $M=97.50$ ;  $DP=18.30$ ), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p>.05$ ) (Tabela 13).

Do mesmo modo, na subdimensão Ansiedade denota-se, também, a proximidade dos valores médios entre os EU de Engenharias ( $M=39.04$ ;  $DP=8.78$ ), os EU de Ciências Sociais e Humanas ( $M=38.07$ ;  $DP=9.68$ ) e os EU de Artes e Letras ( $M=37.74$ ;  $DP=8.16$ ), não se revelando diferenças estatisticamente significativas ( $p>.05$ ) (Tabela 13).

Por outro lado, no que respeita à subdimensão Depressão, foram encontrados valores médios superiores nos estudantes de Engenharias ( $M=21.54$ ;  $DP=4.43$ ), seguidos dos EU de Artes e Letras ( $M=20.25$ ;  $DP=4.52$ ), enquanto os EU de Ciências Sociais e Humanas apresentam valores médios mais reduzidos, que indiciam uma pior saúde mental ( $M=20.21$ ;  $DP=4.29$ ), evidenciando diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ). Para complementar a análise e apurar em que grupos as diferenças eram significativas, foi realizado um teste *Post-hoc* de Bonferroni, que indicou que essas diferenças se encontram entre os alunos de Engenharias e os estudantes de Ciências Sociais e Humanas (Tabela 14).

Tabela 13

*Análise das diferenças no Distresse Psicológico, Ansiedade e Depressão, em função da área de estudos*

		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Distresse	Engenharias	93	102.00	19.02	1.439	.239
	Ciências Sociais e Humanas	176	98.23	19.58		
	Artes e Letras	58	97.50	18.30		

Ansiedade	Engenharias	99	39.04	8.78	.487	.615
	Ciências Sociais e Humanas	176	38.07	9.68		
	Artes e Letras	58	37.74	8.16		
Depressão	Engenharias	97	21.54	4.43	3.655	.027
	Ciências Sociais e Humanas	101	20.21	4.29		
	Artes e Letras	59	20.25	4.52		

Tabela 14

**Teste Post-hoc da Depressão em função da área de estudos**

		<i>Diferença média</i>	<i>Sig.</i>
<b>Engenharias</b>	Ciências Sociais e Humanas	1.463	.023
	Artes e Letras	1.282	.180
<b>Ciências Sociais e Humanas</b>	Engenharias	-1.463	.023
	Artes e Letras	-.181	.959
<b>Artes e Letras</b>	Engenharias	-1.282	.180
	Ciências Sociais e Humanas	.181	.959

**4.2.4. Comportamentos de Saúde e Saúde Mental**

Para testar a hipótese 4a (“Os EU que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas”) foi realizada uma correlação de Pearson entre as variáveis. Os resultados obtidos evidenciam uma correlação negativa fraca entre a Ansiedade e o Uso de drogas e similares ( $r=-.161$ ). Por sua vez, também entre a Depressão e o Uso de drogas e similares foi encontrada uma correlação negativa fraca ( $r=-.158$ ) (Tabela 15). Estes resultados são estatisticamente significativos ( $p<.01$ ) e indicam que, à medida que os níveis de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) aumentam, a capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas também aumenta, ou vice-versa.

Tabela 15

**Correlação de Pearson entre Ansiedade e Depressão e o Uso de drogas e similares**

	<i>R</i>	<i>Sig.</i>	<i>N</i>
Ansiedade e Uso de drogas e similares	-.161**	.005	306
Depressão e Uso de drogas e similares	-.158**	.005	307

\*\*Correlação significativa ao nível .01 (2 extremidades).

Com o objetivo de testar a hipótese 4b (“Os EU que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade revelam menos comportamentos associados a uma boa condição física”) foi realizada uma correlação de Pearson. Os resultados demonstram uma correlação negativa fraca entre a Ansiedade e a prática de Exercício físico ( $r=-.217$ ). No que à subdimensão Depressão diz respeito, também esta apresenta uma correlação negativa fraca com a prática de Exercício físico ( $r=-.167$ ). Estes resultados são estatisticamente significativos ( $p<.01$ ) e indicam que, à medida que os níveis de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão) aumentam, o empenho em manter uma boa condição física também aumenta, ou vice-versa (Tabela 16).

**Tabela 16**

***Correlação de Pearson entre Ansiedade e Depressão e o Exercício físico***

	<i>r</i>	<i>Sig.</i>	<i>N</i>
Ansiedade e Exercício Físico	-.217**	.000	328
Depressão e Exercício Físico	-.167**	.002	328

\*\*Correlação significativa ao nível .01 (2 extremidades)

Para testar a hipótese 4c (“Os EU que apresentam maiores índices de depressão e ansiedade revelam menos comportamentos associados a uma alimentação saudável”) foi realizada uma correlação de Pearson entre as variáveis. Relativamente a estas duas subdimensões, os resultados indicam que não existe uma relação estatisticamente significativa entre as duas ao nível de significância de .01 (Tabela 17).

**Tabela 17**

***Correlação de Pearson entre Ansiedade e Depressão e a Nutrição***

	<i>R</i>	<i>Sig.</i>	<i>N</i>
Ansiedade e Nutrição	-.087**	.114	329
Depressão e Nutrição	-.079**	.151	330

\*\*Correlação significativa ao nível .01 (2 extremidades).

#### ***4.2.5. Modelo de Regressão Linear Múltipla***

Após os resultados anteriores terem permitido concluir que existe uma correlação significativa entre a variável Uso de drogas e similares e as variáveis Ansiedade e Depressão, torna-se pertinente estudar até que ponto as variáveis explicativas (Ansiedade e Depressão) conseguem explicar o comportamento da variável dependente (Uso de drogas e similares). Neste sentido foi feita uma regressão linear múltipla (Tabela 18 e 19), considerando as dimensões supracitadas.

Previamente, a multicolinearidade (Tolerância > .1; VIF < 10), os *outliers*, a normalidade, a linearidade, a independência e a homocedasticidade dos resíduos foram analisados e apresentaram resultados satisfatórios, pelo que os pressupostos do modelo foram cumpridos (Pallant, 2007). Este modelo de regressão demonstrou que a Ansiedade e a Depressão explicam 2.6% e 2.5% da variância do Uso de drogas e similares por parte dos EU, respetivamente, ou seja, estas subdimensões da saúde mental influenciam significativamente o referido comportamento de saúde (Tabela 18 e 19).

**Tabela 18**

***Análise de regressão linear sobre o impacto da Ansiedade no Uso de drogas e similares***

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R quadrado</i>	<i>R quadrado ajustado</i>	<i>Erro padrão de estimativa</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	.161 <sup>a</sup>	.026	.023	9.050	8.123	.005 <sup>b</sup>

a. Variável Dependente: Uso de drogas e similares

b. Preditores: (Constante), Ansiedade

**Tabela 19**

***Análise de regressão linear sobre o impacto da Depressão no Uso de drogas e similares***

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R quadrado</i>	<i>R quadrado ajustado</i>	<i>Erro padrão de estimativa</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	.158 <sup>a</sup>	.025	.022	4.371	7.830	.005 <sup>b</sup>

a. Variável Dependente: Uso de drogas e similares

b. Preditores: (Constante), Depressão

Ao analisar a influência das variáveis preditoras do modelo, é possível concluir que a Ansiedade e a Depressão têm influência sobre o uso de drogas e similares ( $\beta = -.311$ ,  $p = .005$ ;  $\beta = -.148$ ,  $p = .005$ ), apresentando um contributo estatisticamente significativo para a compreensão do modelo ( $p < .05$ ) (Tabela 20).

**Tabela 20**

***Modelo de regressão linear relativo à associação entre a Ansiedade e a Depressão e o Uso de drogas e similares***

	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-.311	-2.850	.005*
Depressão	-.148	-1.480	.005*

Uso de drogas e similares

Depressão	-.148	-2.798	.005*
Uso de drogas e similares			

\*p&lt;.05

Por outro lado, visto que os resultados anteriores permitiram concluir que existe uma correlação significativa entre a variável Exercício Físico e as variáveis Ansiedade e Depressão, torna-se pertinente estudar até que ponto as variáveis explicativas (Ansiedade e Depressão) conseguem explicar o comportamento da variável dependente (Exercício físico). Neste sentido foi feita uma regressão linear múltipla (Tabela 21 e 22), considerando as dimensões supracitadas.

Previamente, a multicolinearidade (Tolerância>.1; VIF<10), os *outliers*, a normalidade, a linearidade, a independência e a homocedasticidade dos resíduos foram analisados e apresentaram resultados satisfatórios, pelo que os pressupostos do modelo foram cumpridos (Pallant, 2007). Este modelo de regressão demonstrou que a Ansiedade e a Depressão explicam 4,7% e 2,8% da variância do Uso de drogas e similares por parte dos EU, respetivamente, ou seja, estas subdimensões da saúde mental influenciam significativamente o referido comportamento de saúde (Tabela 21 e 22).

**Tabela 21****Análise de regressão linear sobre o impacto da Ansiedade no Exercício físico**

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão de estimativa	F	Sig.
1	.217 <sup>a</sup>	.047	.044	8.952	16.089	.000 <sup>b</sup>

a. Variável Dependente: Exercício físico

b. Preditores: (Constante), Ansiedade

**Tabela 22****Análise de regressão linear sobre o impacto da Depressão no Exercício físico**

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão de estimativa	F	Sig.
1	.167 <sup>a</sup>	.028	.025	4.348	9.387	.002 <sup>b</sup>

a. Variável Dependente: Uso de drogas e similares

b. Preditores: (Constante), Depressão

Ao analisar a influência das variáveis preditoras do modelo, é possível concluir que a Ansiedade e a Depressão influenciam o Exercício físico ( $\beta = -.612, p = .000$ ;  $\beta = -.228, p = .002$ ), apresentando um contributo estatisticamente significativo para a compreensão do modelo ( $p < .05$ ) (Tabela 23).

**Tabela 23**

**Modelo de regressão linear relativo à associação entre a Ansiedade e a Depressão e o Exercício físico**

	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-.612	-4.011	.000*
Exercício físico			
Depressão	-.228	-3.064	.002*
Exercício físico			

\* $p < .05$



## 5. Discussão dos resultados

O presente estudo propôs-se a caracterizar os comportamentos de saúde e a saúde mental dos EU, a compreender a relação estabelecida entre ambas as variáveis e a analisar a associação das mesmas com algumas variáveis demográficas e académicas. No capítulo que agora se apresenta, os resultados mais relevantes desta investigação serão analisados à luz das hipóteses definidas e da literatura científica consultada. Como tal, esta apresentação irá iniciar com a descrição do perfil sociodemográfico dos EU participantes no estudo; seguir-se-á a análise dos níveis de saúde mental; de seguida, serão apreciados os comportamentos de saúde e os níveis de saúde mental em função das variáveis sociodemográficas; e, por fim, será examinada a relação entre os níveis de saúde mental e os comportamentos de saúde.

Participaram neste estudo 339 estudantes da UBI, a frequentar o primeiro ano de cursos do 1º ciclo (licenciatura) e do primeiro ano de cursos do 2º ciclo (mestrado). A amostra foi constituída por EU com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos ( $M= 21.03$ ;  $DP= 4.49$ ), maioritariamente do género feminino ( $n=207$ ; 61.1%), do primeiro ano do 1º ciclo ( $n=252$ ; 74.4%) e da área de Ciências Sociais Humanas ( $n=178$ ; 52.5%).

As características sociodemográficas da amostra em estudo corroboram outras investigações realizadas com EU, nomeadamente no que respeita aos consumos. Relativamente aos hábitos tabágicos, denota-se a prevalência da população que não consome tabaco ( $n=260$ , 76.7%), uma fração significativa e muito idêntica à encontrada em outros estudos com EU portugueses (e.g., Guerra, Queirós, Torres, Vieira, Branco & Garrett, 2008; Saleiro, Damas & Gomes, 2008; Silva et. al., 2015). Além disso, entre os fumadores, a grande maioria fuma menos de 6 cigarros por dia ( $n=36$ , 48.6%), sendo que apenas uma pequena parte dos participantes fuma diariamente mais de 12 cigarros ( $n=14$ , 18.9%), resultados muito semelhantes aos obtidos numa investigação realizada com EU americanos (Everett, Husten, Kann, Warren, Sharp & Crossett, 1999) e, mais recentemente, com EU brasileiros (Almeida, Miranda, Miyasaki & Marques, 2011).

Por outro lado, no que concerne ao álcool, os resultados revelam que a generalidade da amostra consome esta substância ( $n=264$ , 77.9%), dados bastante expressivos e conformes com os encontrados em investigações nacionais e internacionais (e.g., Galhardo, Cardoso & Marques, 2006; Rodrigues, Salvador, Lourenço & Santos, 2014; Weitzman & Nelson, 2004), demonstrando que esta é uma prática comum na população universitária (Rodrigues et al., 2014). Este consumo ocorre frequentemente na companhia de amigos ( $n=102$ , 38.8%), conjuntura que atesta a importância do grupo de pares. De facto, tal como referem Ham e Hope (2003), o consumo de álcool pode ser motivado pela maior socialização, pela exposição a situações sociais nas quais o álcool está presente ou, ainda, pela conformidade social - enquanto forma de aceitação pelo grupo de pares -.

Ainda no que respeita aos consumos, evidenciou-se que um número significativo de EU consome substâncias psicoativas ( $n=42$ , 12.5%), dados que não são facilmente comparáveis com os

obtidos por outros autores, uma vez que grande parte das investigações não se restringe à análise do consumo geral, mas sim à apreciação do consumo de vários tipos de substâncias psicoativas. Não obstante, o estudo português de Almeida (2014) corrobora estes dados, na medida em que também evidenciou uma expressiva maioria de não consumidores. Entre os EU consumidores, grande parte consome estas substâncias na companhia de amigos ( $n=16$ , 38.1%), demonstrando, uma vez mais, a influência do grupo de pares. Efetivamente, um indivíduo cujo grupo de pares consome drogas tem uma probabilidade aumentada de adotar tal comportamento (Zeferino et al., 2015), sendo que o consumo parece aumentar à medida que se evidencia uma maior aprovação social relativamente ao mesmo (Ferreira, Andrade & Coelho, 2016). Além disso, denota-se que o consumo destas substâncias no nosso estudo recaí, preferencialmente, sob os tranquilizantes ( $n=30$ , 73.2%), dados idênticos aos encontrados recentemente em estudos com EU portugueses que evidenciaram níveis de consumo de tranquilizantes mais elevados em relação aos estimulantes (e.g., Almeida, 2014; Ferreira et al., 2016).

Por seu turno, no que respeita à prática de exercício físico, demonstrou-se que a maioria dos EU não pratica qualquer atividade física ( $n=195$ , 57.5%), um resultado bastante semelhante ao reportado em algumas investigações anteriores (e.g., Henriques, 2013; Pires, Mussi, Cerqueira, Pitanga & Silva, 2013; Silva et. al., 2015) e que descreve, de forma, expressiva, o sedentarismo destes jovens.

Por sua vez, a maioria dos EU referiu ter cuidado com a alimentação ( $n=236$ , 70.4%), asserção que, embora não se encontre aprofundada, leva a crer que estes jovens tentam fazer uma alimentação saudável, contrariando grande parte dos estudos realizados neste âmbito, que atestam as práticas alimentares desadaptativas pautadas, entre outros aspetos, pelo baixo consumo de leite e derivados, frutas, vegetais e carboidratos complexos e pelo elevado consumo de gorduras e açúcares (e.g., Alves & Precioso, 2017; Guimarães, Valente, Silva, Palheta, Castilho & Silva, 2016; Marcondelli, Costa & Schmitz, 2008). Ainda assim, algumas investigações, nomeadamente com EU portugueses, também demonstraram boas práticas alimentares, sobretudo no que respeita ao consumo diário de fruta, vegetais e produtos com fibra (e.g., Almeida, 2014; Reis & Matos, 2017). Além disso, uma maioria expressiva dos EU faz o número recomendado de refeições - entre 3 a 6 - ( $n=304$ , 89.7%), dados também encontrados por outros autores (e.g., Busato, Pedrolo, Gallina & Rosa, 2015; Guimarães et al., 2016).

Ainda neste sentido, importa referir que, embora a maioria dos participantes seja normoponderal ( $n=241$ , 75.1%), uma parte significativa da amostra reporta sobrepeso ou obesidade ( $n=54$ , 16.8%), resultados bastante semelhantes aos encontrados por Silva e colaboradores (2015) no seu estudo com EU portugueses.

Em termos de saúde mental, a maioria dos EU inquiridos apresenta índices de saúde mental global moderados ( $n=211$ , 65.5%). Não obstante, estes dados não devem ser negligenciados, pois uma parte significativa da amostra apresenta níveis baixos, indicadores de uma pior saúde

mental ( $n=60$ , 18.6%), resultados muito idênticos aos encontrados em outros estudos portugueses. Neste sentido, Santos (2011) evidenciou que 16% dos EU se encontrava em situação de risco e que 37% apresentava uma saúde mental disfuncional; Almeida (2014) constatou que 18.3% dos EU exibia uma saúde mental negativa; e Nogueira e Sequeira (2017) demonstraram que 16.6% da sua amostra apresentava níveis de saúde mental baixos.

De facto, no que respeita ao distresse psicológico em particular, uma fração considerável da amostra deste estudo apresentou valores indicativos de uma baixa saúde mental ( $n=57$ , 17.4%), ainda que a grande maioria tenha exibido valores moderados ( $n=213$ , 65.1%), dados não muito discrepantes dos obtidos por outros autores (e.g., Berwick, Gill, Mulhern, Barkham & Hill 2008; Nerdrum et al., 2006). Os resultados alcançados neste estudo vão, igualmente, ao encontro dos valores apresentados no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, que demonstrou que as perturbações psiquiátricas afetam 22.9% da população portuguesa (Almeida & Xavier, 2013, cit in DGS, 2014).

No âmbito do distresse psicológico, importa referir que uma parte significativa da amostra apresenta sintomatologia ansiógena ( $n=74$ , 22.2%), um resultado significativamente superior ao encontrado por outros autores. A título de exemplo, Garcia, Sánchez, Valencia e Franco (2008), no seu estudo com EU espanhóis, concluíram que 14.1% dos participantes apresentava sintomatologia ansiógena moderada a grave. Em Portugal, Almeida (2014), que também utilizou o ISM, concluiu que a sintomatologia ansiosa era apresentada por 15.6% dos EU. Além disso, estes resultados, embora muito inferiores aos encontrados por alguns autores (e.g., Cruz, Pinto, Almeida & Aleluia, 2010), são superiores à prevalência de perturbações ansiógenas na população portuguesa que, segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (cit in DGS, 2014), é de 16.5%.

Ainda no que respeita ao distresse psicológico, os EU do presente estudo obtiveram índices consideráveis de sintomatologia depressiva ( $n=47$ , 14.1%), à semelhança do que se apurou noutras investigações. Em Portugal, Santos (2011) verificou que 15% dos EU apresentava sintomatologia depressiva acima do normal e Almeida (2014) constatou que 17.7% dos EU apresentava sintomatologia depressiva moderada a severa. A nível internacional, Smith e colaboradores (2015) encontraram sintomas de depressão em 14.5% dos EU do seu estudo; e Hunt e Eisenberg (2010) atestaram que 17% dos EU apresentava uma perturbação depressiva.

Ainda assim, os resultados encontrados são marcadamente mais baixos que os obtidos por outros autores, que demonstraram que a sintomatologia depressiva atinge, aproximadamente, metade da população universitária (e.g., Bouteyre, Maurel & Bernaud, 2007; Galindo, Moreno & Muñoz, 2009; Rezende, Abrão, Coelho & Passos, 2005). Não obstante, tal como se verificou para os níveis de ansiedade, também os índices de depressão superam a prevalência de perturbações depressivas na população portuguesa descrita no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (7.9%) (Almeida & Xavier, 2013, cit in DGS, 2014).

O presente estudo, à semelhança de outros, também apontou para a relação estabelecida entre os comportamentos de saúde e as variáveis sociodemográficas. Os resultados encontrados nesta investigação conduziram à rejeição da hipótese 1a, uma vez que demonstraram que os EU do género feminino apresentam mais comportamentos de risco associados ao uso de drogas, avaliados pelo QACS. Não obstante, denota-se a existência de alguns fatores que podem ter influenciado tais resultados.

Em primeiro lugar, importa considerar a metodologia de recolha dos dados, uma vez que as questões relacionadas com os consumos por parte dos EU estavam incluídas quer no questionário sociodemográfico quer, de forma mais detalhada, no QACS. Assim, se atentarmos no questionário sociodemográfico, é possível compreender que são os EU do género masculino que apresentam níveis de consumo superiores no álcool, no tabaco e, também, nas substâncias psicoativas. No entanto, os resultados que aqui se discutem derivam do QACS, um questionário que avalia não só os comportamentos como também as atitudes dos EU. Assim, ao proporcionar uma visão mais abrangente, o QACS permitiu apreender que, embora os EU do género masculino apresentem maiores níveis de consumo, são os EU do género feminino que mais acreditam que não serão capazes de funcionar sem substâncias químicas, pelo que adotam menos comportamentos preventivos e, conseqüentemente, se expõem mais a este comportamento de risco.

Por outro lado, estas evidências podem ser interpretadas de acordo com fatores socioculturais, particularmente no que respeita aos papéis de género (Kerr-Corrêa et al., 2008), pois se, habitualmente, a tendência era a apresentação de maiores níveis de consumo por parte dos homens, com a emancipação feminina começa a evidenciar-se uma convergência cada vez maior dos papéis sociais dos dois géneros (Kerr-Corrêa et al., 2008). O estudo de Young, Morales, McCabe, Boyd e D'Arcy (2005) apontou neste sentido, ao demonstrar que o consumo excessivo de álcool pelas mulheres pode ser motivado pelo desejo de alcançarem o mesmo estatuto social que os homens, mediante a demonstração de serem tão capazes quanto estes relativamente a tal comportamento. De facto, alguns estudos têm evidenciado uma prevalência superior nos consumos de EU do género feminino, particularmente no que respeita ao álcool (Araújo, 2016; Dantzer et al., 2006). Por sua vez, a DGS (2017b), no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, demonstrou que o consumo diário de tabaco diminuiu nos homens e tem vindo a aumentar cada vez mais nas mulheres.

Por último, os resultados encontrados podem ser explicados pelo facto de os EU do género feminino apresentam níveis de distresse psicológico e, particularmente, de depressão e ansiedade, mais elevados, tal como reportado noutros estudos (e.g., Nerdrum et al., 2006; Verger et al., 2009), o que levou à aceitação da hipótese 1b. Neste sentido, alguns autores (e.g., Ham & Hope, 2003; O'Hare & Sherrer, 2000; Stewart, Zvolensky & Eifert, 2001) demonstraram a relação entre o distresse psicológico (no qual se inclui a depressão e a ansiedade, à semelhança do presente estudo) e o consumo de substâncias, evidenciando que as mulheres apresentam um maior risco de exposição a esta relação. Assim, os consumos

parecem surgir como uma estratégia de *coping* quando o indivíduo percebe que as suas habilidades de enfrentamento, bem como a sua autoeficácia, são insuficientes (Ham & Hope, 2003). De facto, estes resultados estão em concordância com algumas informações obtidas no questionário sociodemográfico, que apontam os tranquilizantes como a substância mais consumida, comparativamente aos estimulantes, evidências também encontradas por Ferreira, Andrade e Coelho (2016).

Ainda assim, surpreendentemente, os aspetos imediatamente mencionados não suportam, nem são suportados, pela rejeição da hipótese 4a, na medida em que os resultados obtidos evidenciaram a existência de uma relação significativa entre o uso de drogas e similares e os índices de depressão e ansiedade, mas no sentido inverso. Neste sentido, a realização de uma regressão linear múltipla elucidou que índices mais elevados de depressão e ansiedade explicam uma melhor capacidade para funcionar sem substâncias químicas. Ainda que, atendendo aos resultados anteriores, estes resultados não sejam facilmente compreensíveis, também na literatura científica, alguns estudos têm apontado no mesmo sentido, particularmente no que respeita ao álcool. Assim, vários autores têm afirmado que estes resultados podem ser justificados pela questão da socialização, uma vez que parece existir uma relação negativa entre a solidão e o consumo de álcool (Fife & Nelson, 2008), motivada pelo facto de, aparentemente, os estudantes com uma saúde mental mais pobre estarem menos expostos a situações sociais nas quais, tendencialmente, os consumos são superiores (Beck et al., 2008).

Por seu turno, o presente estudo não encontrou uma relação significativa entre o ano de ensino frequentado e o uso de drogas e similares, pelo que a hipótese 2a foi rejeitada. Estes resultados são parcialmente corroborados pelo estudo de Amaral, Lorenço e Ronzani (2006) que não evidenciou qualquer diferença entre os consumos de álcool dos EU do primeiro ano do 1º ciclo e dos EU do primeiro ano do 2º ciclo. Araújo (2016) também não encontrou diferenças entre os anos de ensino no que respeita ao consumo de outras substâncias psicoativas. Estes resultados podem ser interpretados de duas formas. Em primeiro lugar, é pertinente reavivar as perspetivas desenvolvimentistas e, mais particularmente, a Teoria da Adulthood Emergente de Arnett (2000, 2005). Segundo este autor, os jovens entre os 18 e os 25 anos encontram-se na adulthood emergente, uma fase da sua vida pautada pela exploração da identidade, pela marcada instabilidade, pela maior autonomia, otimismo e pelo sentimento de viverem uma fase “intermédia”, mediante a qual ainda não são adultos, mas também já não são adolescentes. Assim, atendendo às idades referidas, depreende-se que quer os EU do primeiro ano do 1º ciclo quer os EU do primeiro ano do 2º ciclo estão, habitualmente, a vivenciar esta fase, pelo que não é anómala a inexistência de diferenças entre os grupos no que respeita ao uso de drogas e similares.

Em segundo lugar, estes resultados apoiam a rejeição da hipótese 2b, que sugeria a existência de maiores níveis de distresse psicológico, depressão e ansiedade nos EU do primeiro ano do 1º ciclo comparativamente aos EU do primeiro ano do 2º ciclo.

No que respeita à rejeição da hipótese 2b, estes resultados também podem ser compreendidos segundo o que tem vindo a ser referido na literatura científica sobre as perturbações mentais em EU e que elucidam que ambos os grupos de alunos vivenciam fases da sua vida que podem instigar o surgimento de perturbações psicológicas. Por um lado, os EU do primeiro ano do 1º ciclo encontram-se numa fase de transição pautada pela vivência de experiências stressantes que podem estar associadas a perturbações psicopatológicas (Dyson & Renk, 2006). Durante esta fase de adaptação, os alunos parecem demonstrar, efetivamente, níveis de ansiedade e stresse elevados (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley & Audin, 2006; Diniz & Almeida, 2006), motivados, essencialmente, por exigências académicas, dificuldades interpessoais e obstáculos financeiros (associados, por exemplo, ao facto de começaram a pagar propinas) (Andrews & Wilding, 2004; Bojuwoye, 2002; Grant, 2002, cit in Cooke et al., 2006). De facto, com a entrada na Universidade, estes jovens são confrontados com novas metodologias de ensino e avaliação, com a necessidade de estabelecer novos relacionamentos interpessoais e pela maior autonomia para gerir a sua vida, tarefas que podem ter impacto ao nível da saúde mental (Almeida et al., 2000). Por sua vez, os EU do primeiro ano do 2º ciclo encontram-se na etapa final da sua escolaridade, pelo que vários são os fatores passíveis de impulsionar o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a preocupação em acabar o curso, a competição entre os pares, a apreensão relativa ao estabelecimento de relacionamentos afetivos duradouros (Silveira et al., 2011) e, ainda, a perceção de proximidade da entrada no mercado de trabalho, que pode conduzir a inseguranças (Cerchiari et al., 2005). Neste sentido, Cruz, Pinto, Almeida e Aleluia (2010) evidenciaram níveis de ansiedade superiores em EU que não acreditam que vão trabalhar na sua área de estudos logo após o término do curso (e que, neste caso, não pretendem procurar outra atividade profissional), em indivíduos que não acreditam que o curso lhes trará realização profissional, e, ainda, em EU que acreditam que não conseguirão concretizar os seus objetivos a curto prazo.

Por outro lado, este estudo evidenciou a existência de diferenças significativas no uso de drogas e similares em função da área de estudo, ainda que esta diferença tivesse sido encontrada apenas entre os EU da área das Engenharias e os EU de Ciências Sociais e Humanas, tendo estes últimos revelado uma menor capacidade para funcionar sem substâncias químicas, pelo que a hipótese 3a foi aceite. Estes resultados contrariam o estudo de Lorant, Nicaise, Soto e d'Hoore (2013) que, embora se tenha focalizado apenas no álcool, evidenciou que os níveis mais elevados de consumo se encontravam nas áreas das Engenharias e das Ciências Sociais e Humanas, cujos valores médios de consumo eram praticamente idênticos. A literatura tem descrito que a área das Engenharias se distingue pelo elevado número de EU do género masculino, enquanto a área das Ciências Sociais e Humanas é, essencialmente, representada por EU do género feminino (Silva et al., 2015). Assim, retomando os resultados iniciais que demonstravam que os EU do género masculino apresentam uma capacidade superior para funcionar sem necessidade das referidas substâncias, é normal que a área onde se encontram mais alunos deste género seja a que admite menores comportamentos de risco; da mesma forma, se são os EU do género feminino que apresentam mais dificuldade para funcionar sem o

recurso a substâncias químicas, naturalmente será na área com maior representação feminina que se encontram os maiores níveis de comportamentos de risco associados ao consumo. Estes resultados corroboram os encontrados por outros estudos que remetem para consumos superiores na área das Ciências Sociais e Humanas em relação ao tabaco (e.g., Imai et al., 2014; Rondina et al., 2005) e a outras substâncias psicoativas (e.g., Silva et al., 2015; Sousa, 2014). Ainda assim, os dados apresentados contrariam grande parte das investigações que têm apontado para consumos mais elevados na área das Engenharias no que respeita ao consumo de álcool (e.g., Bevilaqua et al., 2009; Santos, 2014).

Por sua vez, a hipótese 3b foi apenas parcialmente aceite, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre áreas de estudo relativamente ao Distresse Psicológico e à Ansiedade, sendo essa diferença apenas encontrada na subdimensão Depressão, com os EU de Ciências Sociais e Humanas a apresentar níveis mais elevados de sintomatologia. Estes resultados corroboram, parcialmente, a investigação de Brayram e Bilgel (2008) que indicou níveis superiores de depressão, ansiedade e stresse na área das Ciências Sociais e Humanas. Por outro lado, contrariam as descobertas de Almeida (2014) que indicam menores níveis de depressão e ansiedade na referida área de estudo.

Esta visão é, de certo modo, suportada por Silva e colaboradores (2015) que demonstraram a prevalência de tranquilizantes na área das Ciências Sociais e Humanas. Além disso, como também argumentado em relação à hipótese anterior, se inicialmente foi estabelecida uma relação entre o género feminino e a sintomatologia psicopatológica, é natural que, sendo a área das Ciências Sociais e Humanas maioritariamente representada por população deste género, seja também a área onde se verificam maiores níveis de patologia, neste caso depressão.

Relativamente à hipótese 4b, os resultados obtidos conduziram à sua rejeição, uma vez que demonstraram a existência de uma relação negativa significativa entre a saúde mental e o exercício físico, permitindo concluir que, à medida que os EU apresentam níveis de depressão e ansiedade superiores revelam, curiosamente, mais comportamentos associados a uma boa condição física. O modelo de regressão linear múltipla corroborou estas conclusões ao revelar a influência dos níveis de ansiedade e depressão nos comportamentos associados a uma boa condição física. Estes resultados contrariam grande parte dos estudos encontrados na literatura científica, que indicam uma relação contrária entre estas variáveis, demonstrando que uma boa condição física estaria associada a uma melhor saúde mental (e.g. Almeida, 2014; Kenari, 2014; Nogueira, 2017; Silva & Neto, 2014; Tyson e colaboradores, 2010). Ainda assim, os resultados encontrados nesta investigação podem ser, de certo modo, compreendidos sob este prisma pois, se tem vindo a ser demonstrada a relação entre a saúde mental e a atividade física, os estudantes com perturbações psicopatológicas podem ter encontrado na prática de exercício físico uma estratégia de *coping* como forma de as combater.

Por último, não foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre os níveis de depressão e ansiedade e os comportamentos associados a uma alimentação saudável, pelo que não foi possível aceitar a hipótese 4c. Estes resultados contrariam grande parte das investigações científicas realizadas neste âmbito, que atestam a existência uma relação entre a saúde mental e a nutrição na população em geral, (e.g., Akbarly, Brunner, Ferrie, Marmot, Kivimaki & Singh-Manoux, 2009; Sánchez-Villegas et al., 2009) e também no contexto universitário (e.g., Ansari et al., 2014; Lazarevich, Irigoyen-Camacho & Velázquez-Alva, 2013), onde se tem vindo a demonstrar que uma pior saúde mental está relacionada com a ingestão insuficiente de frutas e vegetais e com o consumo de açúcares e *fast food* (e.g., Liu et al., 2007). Não obstante, e embora também contrariem os resultados obtidos, outros autores propuseram que o consumo de alimentos ricos em carboidratos está associado ao decréscimo de alguns sintomas psicopatológicos, como a depressão (e.g., Wurtman & Wurtman, 1989), pelo que a relação entre a saúde mental e a nutrição carece de mais investigações.

## 6. Conclusão

Embora a literatura científica seja limitada, nomeadamente no contexto português, é inegável que os estudantes universitários representam uma população onde os comportamentos de risco para a saúde são frequentemente adotados (Dworkin, 2005; Keller et al., 2008). Além disso, a maioria dos estudantes universitários encontra-se numa fase transitória do seu ciclo vital caracterizada por uma manifesta instabilidade nas distintas áreas da sua vida, passível de conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Arnett, 2000, 2005). Por outro lado, a própria transição para o Ensino Superior, enquanto período de mudança que requer adaptação, pode influenciar a saúde mental destes indivíduos e, neste sentido, incrementar os comportamentos de risco (Schulenberg & Maggs, 2001). Assim, atendendo à pertinência desta temática, o presente estudo propôs-se a contribuir para uma maior compreensão sobre os comportamentos de saúde e a saúde mental dos estudantes universitários.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram, em primeiro lugar, constatar que, embora a maioria dos participantes não apresente perturbações psicológicas, os níveis de sintomatologia depressiva e ansiógena são elevados, ultrapassando a prevalência de perturbações deste tipo na população portuguesa, segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013, cit in DGS, 2014).

Por outro lado, este estudo possibilitou compreender as diferenças entre grupos no que respeita aos comportamentos de saúde e à saúde mental. Assim, foi possível concluir que os estudantes universitários do género feminino apresentam, como expectável, maiores níveis de distresse psicológico, ansiedade e depressão; além disso, também esta população parece apresentar maiores dificuldades para funcionar sem necessidade de substâncias químicas, aspeto que pode, efetivamente, ser motivado pelos níveis superiores de sintomatologia psicopatológica no género feminino. Os resultados também permitiram identificar os estudantes dos cursos de Ciências Sociais e Humanas como um grupo de risco, uma vez que esta área de estudo apresentou níveis significativamente superiores quer de comportamentos de risco associados ao uso de drogas, quer de sintomatologia depressiva, dados que devem atender à representatividade do género feminino nesta área. Ainda assim, não foi possível discriminar os comportamentos de saúde e os níveis de saúde mental entre o primeiro ano do 1º ciclo e o primeiro ano do 2º ciclo, sugerindo que, nesta amostra, contrariamente ao sugerido por Schulenberg e Maggs (2001), a transição para o Ensino Superior não constituiu um fator diferencial.

Pese embora a pertinência destes dados, o resultado basilar deste estudo parece ser, efetivamente, a evidência da relação existente entre a saúde mental e os comportamentos de saúde, embora num sentido distinto do expectável. Assim, em resposta à questão de investigação formulada, os dados apontam - inesperadamente - para as dimensões da saúde mental (nomeadamente a Ansiedade e a Depressão) como preditores dos comportamentos de

saúde, nomeadamente no que respeita ao menor uso de drogas e similares e a maiores níveis de atividade física.

Não obstante, este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto de a amostra ser de conveniência - e não probabilística - conduz a reservas relativamente à sua representatividade na população (Ribeiro, 2010). Além disso, o estudo foi exclusivamente realizado com estudantes universitários da UBI, pelo que não é possível generalizar os resultados obtidos, embora o objetivo inicial fosse, efetivamente, estudar os comportamentos de saúde e os indicadores de saúde mental dos alunos desta instituição de ensino.

Uma outra limitação é o facto de este estudo ser transversal, ou seja, os dados foram recolhidos num único momento, não permitindo o estabelecimento de uma relação temporal entre os eventos estudados, nem considerar, com muita certeza, se a relação entre os mesmos é causal ou não (Bastos & Duquia, 2007).

Neste sentido, importa também referir que o tempo disponível para recolher os dados constituiu outra limitação, uma vez que este processo foi realizado em pouco mais de dois meses. Outro aspeto importante está relacionado com o período de recolha de dados, que pode ter enviesado os resultados, uma vez que este se iniciou em abril, o mês em que decorreu a Semana Académica - festividade geralmente associada aos consumos (Araújo, 2016) - e terminou no mês de junho, coincidindo, assim, com um período académico mais exigente pautado pela elevada carga de testes de avaliação e de trabalhos inerentes à reta final do ano letivo, aspetos que podem estar associados a maiores níveis de ansiedade e stresse.

Além disso, também o preenchimento dos questionários por parte dos participantes se impõe como uma outra limitação, uma vez que as respostas podem ser aleatórias, falsas e, ainda, influenciadas pela desejabilidade social, visto que foram avaliados aspetos muito privados (Ribeiro, 2010).

Por fim, denotam-se limitações referentes à escassez de literatura científica (particularmente portuguesa) sobre os comportamentos de saúde e a saúde mental nas diferentes áreas de estudo e anos de ensino, particularmente no que respeita ao 2º ciclo. Neste âmbito, importa destacar que uma das principais limitações do estudo está associada aos princípios pré-Bolonha considerados em grande parte das investigações consultadas, uma vez que frequentar o 4º ano não é, necessariamente, o mesmo que cursar o primeiro ano do 2º ciclo.

Ainda assim, este estudo assume um importante contributo no que a esta temática diz respeito, realçando a urgência de promover, quer a saúde mental, quer os comportamentos saudáveis, através de ações preventivas e interventivas que devem ser destinadas à generalidade da população universitária, mas com uma atenção e preocupação acrescidas nos estudantes do género feminino e dos cursos de Ciências Sociais e Humanas, uma vez que constituem grupos de risco no que respeita aos comportamentos nocivos para a saúde e à sintomatologia psicopatológica.

Neste sentido, a própria instituição de ensino pode assumir um papel fundamental, quer ao nível da prevenção de perturbações mentais quer ao nível da intervenção, por exemplo através da disponibilização de espaços próprios destinados à prestação de serviços de apoio psicológico. A UBI, atenta a esta necessidade, criou o Gabinete de Apoio Psicológico (GAP), no qual estes serviços são disponibilizados aos seus alunos. Ainda assim, tal como concluíram Yorgason, Linville e Zitzman (2008), muitos dos estudantes não têm conhecimento sobre a existência de tais serviços, pelo que a divulgação dos mesmos é fundamental. Além disso, tal como proposto por Santos (2011), o investimento no *peer counselling* pode ser uma ação relevante, na medida em que os pares, além de auxiliarem na adaptação à vida académica, podem identificar precocemente sinais de perturbações mentais, prestando apoio neste sentido (Qin, 2017).

Por outro lado, no que respeita, particularmente, aos comportamentos de risco, as instituições de ensino podem também desempenhar um importante papel. Relativamente ao exercício físico, pode ser relevante apostar na criação ou melhoria das instalações destinadas à prática desportiva na Universidade; conceder benefícios aos alunos inscritos no desporto universitário; e publicitar os efeitos da inatividade física (por exemplo, no interior dos elevadores da instituição). Por seu turno, quanto aos consumos de substâncias químicas, a preparação de conferências e *workshops* poderia constituir uma ação importante para reduzir estes comportamentos de risco; também neste âmbito, poderia ser interessante a criação de grupos de voluntariado universitário cujas ações decorressem em instituições destinadas a utentes com dependências químicas, medida que poderia incrementar a sensibilidade, preocupação e cuidados dos estudantes relativamente ao perigo destes consumos.

Além disso, é crucial o aumento da literacia em saúde. De facto, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2015), níveis elevados de literacia em saúde estão associados, entre outros aspetos, a melhores resultados de saúde e aumento do bem-estar e à diminuição dos comportamentos de risco. Além disso, a literacia em saúde mental permitirá aos profissionais da instituição reconhecer sinais de dificuldades psicológicas nos alunos (Santos, 2011) e pode contribuir para a diminuição da estigmatização dessas mesmas dificuldades (Kadison & DiGeronimo, 2004, cit in Santos, 2011). A literacia em saúde pode ser promovida de diversas formas, nomeadamente com recurso às novas tecnologias, através das redes sociais, aplicações para *tablets* e *smartphones*, blogues, vídeos no *Youtube* e seminários virtuais (OPP, 2015), metodologias interativas e que atendem à elevada utilização das novas tecnologias pela população em geral e pelos jovens em particular.

Por fim, seria pertinente a realização de investigações longitudinais sobre esta temática, que permitissem monitorizar e clarificar a influência de algumas variáveis, quer nos comportamentos de saúde, quer na saúde mental dos estudantes. Além disso, atendendo à importância da prevenção e da intervenção, seria igualmente importante realizar estudos quase-experimentais que permitissem apreender o seu impacto.



## Referências Bibliográficas

- Adlaf, E., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health, 50*(2), 67-72. doi: 10.1080/07448480109596009
- Akbaraly, T., Brunner, E., Ferrie, J., Marmot, M., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2009). Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *British Journal of Psychiatry, 195*(05), 408-413. doi:10.1192/bjp.bp.108.058925
- Aktekin, M., Karaman, T., Senol, Y., Erdem, S., Erengin, H., & Akaydin, M. (2001). Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education, 35*(1), 12-17. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.00726.x
- Al-Eisa, E., Buragadda, S., & Melam, G. (2014). Association between physical activity and psychological status among Saudi female students. *BMC Psychiatry, 14*(1), 238-242. doi:10.1186/s12888-014-0238-3
- Al-Qaisy, L. (2011). The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International Journal of Psychology and Counselling, 3*(5), 96-100.
- Al-Subaie, A. (1998). Smoking and its relationship to depression and anxiety among Saudi university students. *International Journal of Mental Health, 27*(3), 86-95. doi:10.1080/00207411.1998.11449436
- Alexopoulos, E., Jelastopulu, E., Aronis, K., & Dougenis, D. (2010). Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students. *Environmental Health and Preventive Medicine, 15*(2), 115-120. doi:10.1007/s12199-009-0110-0
- 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 Doutorado). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Almeida, J., Miranda, J., Miyasaki, S., & Marques, S. (2011). Prevalência e características do tabagismo na população universitária da região de Lins-SP. *Revista Brasileira de Enfermagem, 64*(3), 545-550. doi:10.1590/s0034-71672011000300019
- Almeida, L., Soares, A., & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à universidade: apresentação de um questionário de vivências acadêmicas (QVA). *Psicologia, 14*(2), 189-208.

- Alves, H., & Boog, M. (2007). Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 197-204. doi:10.1590/s0034-89102007000200005
- Alves, R., & Precioso, J. (2017). Hábitos Alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación. Extra*(14), A14-243. doi: 10.17979/reipe.2017.0.14.2974
- Amaral, M., Lourenço, L., & Ronzani, T. (2006). Beliefs about alcohol use among university students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 181-185. doi:10.1016/j.jsat.2006.04.004
- American Psychiatric Association (APA). (2018). What is mental illness? [página oficial da American Psychiatric Association]. Recuperada de <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Andersson, C., Johnsson, K., Berglund, M., & Öjehagen, A. (2007). Alcohol involvement in Swedish university freshmen related to gender, age, serious relationship and family history of alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism*, 42(5), 448-455. doi:10.1093/alcalc/agn008
- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 28(2), 255-267. doi:10.14417/ap.279
- Andrews, B., & Wilding, J. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95(4), 509-521. doi:10.1348/0007126042369802
- Ansari, W., Adetunji, H., & Oskrochi, R. (2014). Food and mental health: relationship between food and perceived stress and depressive symptoms among university students in the United Kingdom. *Central European Journal of Public Health*, 22(2), 90-97. doi:10.21101/cejph.a3941
- Araújo, E. (2016). *Comportamentos de risco em jovens universitários: consumo de substâncias psicoativas* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores, Açores, Portugal.
- Armitage, C., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189. doi:10.1080/08870440008400299
- 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. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254. doi:10.1177/002204260503500202
- Arria, A., Caldeira, K., Kasperski, S., O'Grady, K., Vincent, K., Griffiths, R., (...) & Wish, E. (2010). Increased alcohol consumption, nonmedical prescription drug use, and illicit

- drug use are associated with energy drink consumption among college students. *Journal of Addiction Medicine*, 4(2), 74-80. doi:10.1097/adm.0b013e3181aa8dd4
- Badash, I., Kleinman, N., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. (2017). Redefining health: the evolution of health ideas from antiquity to the era of value-based care. *Cureus*, 9(2), e1018. doi: 10.7759/cureus.1018
- Barrios, L., Everett, S., Simon, T., & Brener, N. (2000). Suicide ideation among US college students: Associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48(5), 229-233. doi:10.1080/07448480009599309
- Bastos, J., & Duquia, R. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, 17(4), 229-232.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672. doi:10.1007/s00127-008-0345-x
- Beck, K., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., O'Grady, K., Wish, E. (2008). Social context of drinking and alcohol problems among college students. *American Journal of Health Behavior*, 32(4), 420-430. doi:10.5993/ajhb.32.4.9
- Bernardo, G., Jomori, M., Fernandes, A., Colussi, C., Condrasky, M., & Proença, R. (2017). Nutrition and Culinary in the Kitchen Program: a randomized controlled intervention to promote cooking skills and healthy eating in university students-study protocol. *Nutrition Journal*, 16(1), 83-94. doi:10.1186/s12937-017-0305-y
- Bernhardt, J. (2004). Communication at the Core of Effective Public Health. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2051-2053. doi:10.2105/ajph.94.12.2051
- Bevilaqua, N., Braga, R., Leonel, V., & Bem, A. (2009). O consumo de álcool entre estudantes de dois cursos universitários. *Revista Contrapontos*, 6(1), 123-136.
- Bewick, B., Gill, J., Mulhern, B., Barkham, M., & Hill, A. (2008). Using electronic surveying to assess psychological distress within the UK university student population: A multi-site pilot investigation. *E-Journal of Applied Psychology*, 4(2), 1-5. doi:10.7790/ejap.v4i2.120
- Bewick, B., Mulhern, B., Barkham, M., Trusler, K., Hill, A., & Stiles, W. (2008). Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health*, 8(1), 163-170. doi:10.1186/1471-2458-8-163
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B., Shang-Min, L., (...) & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-collegeattending Peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1429

- Boehm, M., Lei, Q., Lloyd, R., & Prichard, J. (2016). Depression, anxiety, and tobacco use: Overlapping impediments to sleep in a national sample of college students. *Journal of American College Health, 64*(7), 565-574. doi:10.1080/07448481.2016.1205073
- Bojuwoye, O. (2002). Stressful experiences of first year students of selected universities in South Africa. *Counselling Psychology Quarterly, 15*(3), 277-290. doi:10.1080/09515070210143480
- Boot, C., Rosiers, J., Meijman, F., & Hal, G. (2010). Consumption of tobacco, alcohol, and recreational drugs in university students in Belgium and the Netherlands: The role of living situation. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 22*(4), 527-534. doi:10.1515/ijamh.2010.22.4.527
- Borsari, B., Bergen-Cico, D., & Carey, K. (2003). Self-reported drinking-game participation of incoming college students. *Journal of American College Health, 51*(4), 149-154. doi:10.1080/07448480309596343
- Bortoluzzi, M., Capella, D., Traebert, J., & Presta, A. (2012). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes universitários em cidade do Sul do Brasil. *Arquivos de Medicina, 26*(1), 11-17.
- Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., (...) Karadag, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian Medical Journal, 46*(1), 96-100.
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health, 23*(2), 93-99. doi:10.1002/smi.1125
- Bray, S., & Born, H. (2004). Transition to university and vigorous physical activity: Implications for health and psychological well-being. *Journal of American College Health, 52*(4), 181-188. doi:10.3200/jach.52.4.181-188
- Busato, M., Pedrolo, C., Gallina, L., & Rosa, L. (2015). Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 36*(2), 75-84. doi:10.5433/1679-0367.2015v36n2p75
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G., & Barros-Bermúdez, J. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34*(1), 54-62.
- Canastra, F., Haanstra, F., & Vilanculos, M. (2015). *Manual de investigação científica da Universidade Católica de Moçambique* (2ª ed.). Beira: Instituto Integrado de Apoio à Investigação Científica.

- Canuto, M., Ferreira, R., & Guimarães, E. (2006). Uso e abuso de drogas ilícitas por jovens do 1º ano da Universidade Federal de Goiás. *Revista Paulista de Pediatria*, 24(2), 135-142.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30(1), 51-62. doi:10.1016/j.adolescence.2005.04.002
- Cerchiari, E., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(3), 413-420. doi:10.1590/s1413-294x2005000300010
- Chen, X., Gelaye, B., & Williams, M. (2014). Sleep characteristics and health-related quality of life among a national sample of American young adults: assessment of possible health disparities. *Quality of Life Research*, 23(2), 613-625. doi:10.1007/s11136-013-0475-9
- Christensson, A., Runeson, B., Dickman, P., & Vaez, M. (2010). Change in depressive symptoms over higher education and professional establishment - a longitudinal investigation in a national cohort of Swedish nursing students. *BMC Public Health*, 10(1), 343-353. doi:10.1186/1471-2458-10-343
- Cilliers, L., & Retief, F. (2006). Medical practice in Graeco-roman antiquity. *Curationis*, 29(2), 34-40. doi:10.4102/curationis.v29i2.1071
- Cluskey, M., & Grobe, D. (2009). College weight gain and behavior transitions: male and female differences. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 325-329. doi:10.1016/j.jada.2008.10.045
- Coelho, M. (2010). *Preditores do consumo de álcool: o papel das expectativas e dos motivos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Coleta, M. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em psicologia*, 7(2), 175-182.
- Collins, M., & Mowbray, C. (2005). Higher education and psychiatric disabilities: National survey of campus disability services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 304-315. doi:10.1037/0002-9432.75.2.304
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour* (2ª ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Cooke, R., Bewick, B., Barkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 505-517. doi:10.1080/03069880600942624
- Corte-Real, N., Dias, C., Corredeira, R., Barreiros, A., Bastos, T., & Fonseca, A. (2008). Prática desportiva de estudantes universitários: o caso da Universidade do Porto. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 8(2), 219-228. doi:10.5628/rpcd.08.02.219

- Couto, A. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Revista Referência*, 1, 5-9.
- Cruz, C., Pinto, J., Almeida, M., & 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. *Millenium*, 38, 223-242.
- Damphousse, K., & Kaplan, H. (1998). Intervening processes between adolescent drug use and psychological distress: An examination of the self-medication hypothesis. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 26(2), 115-130. doi:10.2224/sbp.1998.26.2.115
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S., & Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*, 55(2), 83-89. doi:10.3200/jach.55.2.83-90
- Davy, S., Benes, B., & Driskell, J. (2006). Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(10), 1673-1677. doi:10.1016/j.jada.2006.07.017
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi:10.1037/0003-066x.55.1.34
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Diniz, A., & Almeida, L. (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 24(1), 29-38.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2014). Saúde mental em números 2014. *Programa Nacional para a Saúde Mental* [página oficial da Direção Geral de Saúde]. Recuperada de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017a). *Programa nacional para a saúde mental 2017* [página oficial da Direção Geral de Saúde]. Recuperada de <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2017b). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo* [página oficial da Direção Geral de Saúde]. Recuperada de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-do-programa-nacional-para-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-2017.aspx>

- Dworkin, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of adolescent research*, 20(2), 219-241. doi:10.1177/0743558404273073
- Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373. doi:10.1097/00001888-200604000-00009
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62(10), 1231-1244. doi:10.1002/jclp.20295
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Hunt, J. (2009). Mental health and academic success in college. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 9(1), 0-35. doi:10.2202/1935-1682.2191
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. doi:10.1037/0002-9432.77.4.534
- El-Gilany, A., Badawi, K., El-Khawaga, G., & Awadalla, N. (2011). Physical activity profile of students in Mansoura University, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(8), 694-702.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Everett, S., Husten, C., Kann, L., Warren, C., Sharp, D., & Crossett, L. (1999). Smoking initiation and smoking patterns among US college students. *Journal of American College Health*, 48(2), 55-60. doi:10.1080/07448489909595674
- Feitosa, E., Dantas, C., Andrade-Wartha, E., Marcellini, P., & Mendes-Netto, R. (2010). Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública no Nordeste, Brasil. *Alimentos e Nutrição*, 21(2), 225-230.
- Ferraz, L., Rebelatto, S., Schneider, G., & Anzolin, V. (2017). O uso de álcool e tabaco entre acadêmicos de uma universidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(1), 79-85. doi:10.5020/18061230.2017.p79
- Ferreira, A. (2008). *O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Ferreira, G., Andrade, G., & Coelho, A. (2016). Consumo de substâncias na população universitária. Em L. Leal, C. Godinho, S. Marques, P. Vitória, & J. Ribeiro, *Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 287-295). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

- Ferreira, J., Ruffoni, J., & Carvalho, A. (2017). Dinâmica da difusão de inovações no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Inovação*, 17(1), 175-220. doi:10.20396/rbi.v16i4.8650852
- Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida: indicadores de risco epidemiológico: avaliação de estados de saúde e doença* (Tese de Doutorado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Filho, G., Goulart, E., & Caprino, M. (2007). Difusão de inovações: apreciação crítica dos estudos de Rogers. *Revista FAMECOS* (33), 41-45. doi: 10.15448/1980-3729.2007.33.3432
- Fisher, S., & Hood, B. (1988). Vulnerability factors in the transition to university: Self-reported mobility history and sex differences as factors in psychological disturbance. *British Journal of Psychology*, 79(3), 309-320. doi:10.1111/j.2044-8295.1988.tb02290.x
- Fontes, A., & Vianna, R. (2009). Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste-Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(1), 20-29. doi:10.1590/S1415-790X2009000100003
- Freitas, R., Nascimento, D., & Santos, P. (2012). Investigação do uso de drogas lícitas e ilícitas entre os universitários de instituições do ensino superior (públicas e privadas), no município de Picos, Piauí. *SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(2), 79-86. doi:0.11606/issn.1806-6976.v8i2p79-86
- Fromme, K., Corbin, W., & Kruse, M. (2008). Behavioral risks during the transition from high school to college. *Developmental psychology*, 44(5), 1497-1504. doi:10.1037/a0012614
- Galhardo, A., Cardoso, I., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 71-77.
- Galindo, S., Moreno, I., & Muñoz, J. (2009). Prevalencia de la ansiedad y depresion en una población de estudantes universitários: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clinica y Salud*, 20(2), 177-187.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gfroerer, J., Greenblatt, J., & Wright, D. (1997). Substance use in the US college-age population: differences according to educational status and living arrangement. *American Journal of Public Health*, 87(1), 62-65. doi:10.2105/ajph.87.1.62
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4<sup>a</sup> ed.). San Francisco: John Wiley & Sons.

- Gómez, A., Sánchez, N., Valencia, A. & Franco, J. (2008). Prevalencia de síndrome ansioso en estudiantes de medicina de una universidad privada de Medellín 2005. *Medicina UPB*, 27(1), 39-46.
- Gonzalez, B., & Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 107-127.
- Grzywacz, J., & Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26(3), 101-115. doi:10.1080/08964280009595758
- Guedes, D., Santos, C., & Lopes, C. (2006). Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 8(4), 5-15.
- Guerra, M., Queirós, C., Torres, S., Vieira, F., Branco, C., & Garrett, S. (2008). O consumo de tabaco numa instituição universitária: Prevalência e características do fumador. *Análise psicológica*, 26(2), 209-226. doi:10.14417/ap.489
- Guimaraes, R., Valente, G., Silva, J., Palheta, R., Castilho, S., & Silva, H. (2016). Hábitos alimentares de universitários da Amazônia Brasileira. *Antropologia Portuguesa*, 30, 99-112. doi:10.14195/2182-7982\_31\_5
- Ha, E., & Caine-Bish, N. (2009). Effect of nutrition intervention using a general nutrition course for promoting fruit and vegetable consumption among college students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(2), 103-109. doi:10.1016/j.jneb.2008.07.001
- Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J., & Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Preventive Medicine*, 39(1), 182-190. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.01.028
- Haberman, S., & Luffey, D. (1998). Weighing in college students' diet and exercise behaviors. *Journal of American College Health*, 46(4), 189-191. doi: 10.1080/07448489809595610
- Haddad, L., & Malak, M. (2002). Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 793-802. doi:10.1016/s0020-7489(02)00016-0
- Halperin, A., Smith, S., Heiligenstein, E., Brown, D., & Fleming, M. (2010). Cigarette smoking and associated health risks among students at five universities. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(2), 96-104. doi:10.1093/ntr/ntp182
- Ham, L., & Hope, D. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 719-759. doi:10.1016/s0272-7358(03)00071-0

- Harrell, Z., & Karim, N. (2008). Is gender relevant only for problem alcohol behaviors? An examination of correlates of alcohol use among college students. *Addictive Behaviors*, 33(2), 359-365. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.014
- Henriques, A. (2013). *Determinantes da actividade física nos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Huang, T., Harris, K., Lee, R., Nazir, N., Born, W., & Kaur, H. (2003). Assessing overweight, obesity, diet, and physical activity in college students. *Journal of American College Health*, 52(2), 83-86. doi:10.1080/07448480309595728
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.08.008
- Hysenbegasi, A., Hass, S., & Rowland, C. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(3), 145-151.
- Imai, F., Coelho, I., & Bastos, J. (2014). Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(3), 435-446. doi:10.5123/S1679-49742014000300006
- Institute of Medicine (2002). *Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Populations*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/10018
- Irwin, J. (2007). The prevalence of physical activity maintenance in a sample of university students: A longitudinal study. *Journal of American College Health*, 56(1), 37-41. doi:10.3200/jach.56.1.37-42
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. doi:10.1177/109019818401100101
- Justo, C. (2010). A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 117-118. doi: 10.1016/S0870-9025(10)70001-8
- Karam, E., Kypri, K., & Salamoun, M. (2007). Alcohol use among college students: an international perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 213-221. doi:10.1097/yc0.0b013e3280fa836c
- Kasl, S., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266. doi:10.1080/00039896.1966.10664365

- Keller, S., Maddock, J., Hannöver, W., Thyrian, J., & Basler, H. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine, 46*(3), 189-195. doi:10.1016/j.ypmed.2007.09.008
- Kenari, M. (2014). Effect of Exercise on Mental Health in the Physical Dimension, Anxiety and Mental Disorder, Social Dysfunction and Depression. *Advances in Applied Sociology, 4*(3), 63-68. doi:10.4236/aasoci.2014.43011
- Kenney, S., Lac, A., LaBrie, J., Hummer, J., & Pham, A. (2013). Mental health, sleep quality, drinking motives, and alcohol-related consequences: a path-analytic model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 74*(6), 841-851. doi:10.15288/jsad.2013.74.841
- Kerr-Corrêa, F., Tucci, A., Hegedus, A., Trinca, L., Oliveira, J., Floripes, T., (...) Kerr, L. (2008). Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(3), 235-242. doi:10.1590/s1516-44462008000300010
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207-222. doi:10.2307/3090197
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research, 77*(1), 1-10. doi:10.1007/s11205-005-5550-3
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Krick, J., & Sobal, J. (1990). Relationships between health protective behaviors. *Journal of Community Health, 15*(1), 19-34. doi:10.1007/bf01350183
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review, 25*(7), 841-861. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.002
- Kwan, M., Arbour-Nicitopoulos, K., Duku, E., & Faulkner, G. (2016). Patterns of multiple health risk-behaviours in university students and their association with mental health: application of latent class analysis. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, 36*(8), 163-170.

- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M., & Velázquez-Alva, M. (2013). Obesity, eating behaviour and mental health among university students in Mexico City. *Nutricion Hospitalaria*, 28(6), 1892-1899. doi:10.3305/nutr hosp.v28in06.6873
- Liu, C., Xie, B., Chou, C., Koprowski, C., Zhou, D., Palmer, P., (...) Johnson, C. (2007). Perceived stress, depression and food consumption frequency in the college students of China Seven Cities. *Physiology & behavior*, 92(4), 748-754. doi:10.1016/j.physbeh.2007.05.068
- López, M., Guindo, P., Aponte, E., Martínez, F., Serrana, H., & Martínez, M. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 21(2), 179-183.
- Lorant, V., & Nicaise, P. (2014). Binge drinking at University: a social network study in Belgium. *Health Promotion International*, 30(3), 675-683. doi:10.1093/heapro/dau007
- Lorant, V., Nicaise, P., Soto, V., & d'Hoore, W. (2013). Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 13(1), 615-623. doi:10.1186/1471-2458-13-615
- Lowry, R., Galuska, D., Fulton, J., Wechsler, H., Kann, L., & Collins, J. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(1), 18-27. doi:10.1016/s0749-3797(99)00107-5
- Lund, H., Reider, B., Whiting, A., & Prichard, J. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124-132. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.06.016
- Marcondelli, P., Costa, T., & Schmitz, B. (2008). Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Revista de Nutrição*, 21(1), 39-47. doi:10.1590/S1415-52732008000100005
- Martinez-Gonzalez, M., Varo, J., Santos, J., Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., (...) Martinez, J. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(7), 1142-1146. doi:10.1097/00005768-200107000-00011
- Martins, M. (2009). *Hábitos alimentares de estudantes universitários* (Trabalho de Investigação). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Martins, M., Ricarte, I., Rocha, C., Maia, R., Silva, V., Veras, A., (...) & Filho, M. (2010). Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(2), 192-199. doi:10.1590/S0066-782X2010005000069

- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 22(3), 449-462. doi:10.1417/ap.215
- McBroom, E., Fife, E., & Nelson, C. (2008). "Risky Business": The College Transition, Loneliness, and Alcohol Consumption. *Journal of the First-Year Experience & Students in Transition*, 20(2), 45-64.
- McCullough, G., Huebner, E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept and positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37(3), 281-290. doi:10.1002/(sici)1520-6807(200005)37:3<281::aid-pits8>3.0.co;2-2
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. doi:10.1177/109019818801500401
- Medina, M., Pérez, R., & Mejía, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Megivern, D., Pellerito, S., & Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 217-231.
- Miller, K., Staten, R., Rayens, M., & Noland, M. (2005). Levels and characteristics of physical activity among a college student cohort. *American Journal of Health Education*, 36(4), 215-220. doi:10.1080/19325037.2005.10608187
- Moran, S., Wechsler, H., & Rigotti, N. (2004). Social smoking among US college students. *Pediatrics*, 114(4), 1028-1034. doi:10.1542/peds.2003-0558-L
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 279-287.
- National Cancer Institute (2002). *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide*. Bethesda: US Department of Health & Human Services.
- Negovan, V., & Bagana, E. (2011). A comparison of relationship between self esteem and vulnerability to depression among high school and freshmen university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1324-1330. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.257
- Nepomuceno, L., Ximenes, V., & Moreira, A. (2013). Participação Social em Saúde: Contribuições da Psicologia Comunitária. *Psico*, 44(1), 45-54.
- Nerdrum, P., Rustøen, T., & Rønnestad, M. (2006). Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 95-109. doi:10.1080/00313830500372075

- Nóbrega, M., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N., & Khenti, A. (2012). Simultaneous polydrugs use among undergraduate students of health sciences of one university: gender, social and legal implications, Santo André-Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(n. especial), 25-33. doi:10.1590/S0104-07072012000500003
- Nogueira, M. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade* (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa, 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*, (n. especial5), 51-56. doi:10.19131/rpesm.0167
- O'Hare, T., & Sherrer, M. (2000). Co-occurring stress and substance abuse in college first offenders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 3(1), 29 - 44. doi:10.1300/j137v03n01\_02
- O'Malley, P., & Johnston, L. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol* (Suplem. N°14), 23-39. doi:10.15288/jsas.2002.s14.23
- Oliveira, A., Moraes, J., Nunes, P., Gomes, E., Viana, K., & Arruda, S. (2015). Hábitos alimentares de académicas do primeiro e do último ano de cursos de graduação em nutrição no estado do Maranhão. *Nutrire*, 40(3), 328-336. doi:10.4322/2316-7874.62114
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1946). *Constitution of the World Health Organization* [página oficial da Organização Mundial de Saúde]. Recuperada de <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1998). *Health promotion glossary* [página oficial da Organização Mundial de Saúde]. Recuperada de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Promoting Mental Health*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using the SPSS program* (3ª ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Papadaki, A., Hondros, G., Scott, J., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169-176. doi:10.1016/j.appet.2007.01.008

- Parachini, L., & Covington S. (2001). *Community Organizing Toolbox: A Funder's Guide to Community Organizing Neighborhood Funders Group*. Washington, D. C.: Neighborhood Funders Group (NFG).
- Perkins, H. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (14), 91-100. doi:10.15288/jsas.2002.s14.91
- Pimentel, M., Mata, M., & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 185-204.
- Pires, C., Mussi, F., Cerqueira, B., Pitanga, F., & Silva, D. (2013). Prática de atividade física entre estudantes de graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 436-43. doi:10.1590/s0103-21002013000500006
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 22(3), 499-506. doi: 10.14417/ap.221
- Qin, J. (2017). The Research and Implement of Peer Counseling to College Students. *Computer Science and Engineering*, 262-266. doi: 10.12783/dtce/icicee2017/17157
- Quadros, T., Petroski, E., Santos-Silva, D., & Pinheiro-Gordia, A. (2009). The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. *Revista de Salud Pública*, 11(5), 724-733.
- Quintero, M., Garcia, C., Jiménez, V., & Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- Ramis, T., Mielke, G., Habeyche, E., Oliz, M., Azevedo, M., & Hallal, P. (2012). Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 376-385. doi:10.1590/s1415-790x2012000200015
- Ravert, R. (2009). "You're Only Young Once." *Journal of Adolescent Research*, 24(3), 376-396. doi:10.1177/0743558409334254
- Read, J., Merrill, J., & Bytschkow, K. (2010). Before the party starts: Risk factors and reasons for "pregaming" in college students. *Journal of American College Health*, 58(5), 461-472. doi:10.1080/07448480903540523
- Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES). (2002). *A situação do Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal, ano de 2002. Contexto e Justificação*. Portugal: Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior.

- Reis, M., & Matos, M. (2017). *Relatório JUnP - Comportamentos de saúde dos jovens universitários portugueses* [página oficial da Aventura Social]. Recuperada de [http://aventurasocial.com/verartigo.php?article\\_id=532](http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=532)
- Reyes-Rodríguez, M., Rivera-Medina, C., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A., & Bernal, G. (2013). Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 324-330. doi:10.1016/j.jad.2012.08.010
- Rezende, C., Abraão, C., Coelho, E., & Passos, L. (2008). Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 315-323. doi:10.1590/s0100-55022008000300006
- Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia*, 8(2), 19-22.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(2), 387-397.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, J. (2011). *Inventário de saúde mental* (1ª ed.). Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, M., Fernandes, A. (2010). Prática de actividade física em jovens alunos do ensino superior público do concelho de Bragança. Em V. Lopes, V. Rodrigues, E. Coelho, e M. Monteiro, *Promoção da Saúde e Actividade Física: Contributos para o Desenvolvimento Humano* (pp.534-544). Vila Real: UTAD.
- Ridner, S. (2005). Predicting Smoking Status in a College-Age Population. *Public Health Nursing*, 22(6), 494-505. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220605.x
- Rigotti, N., Lee, J., & Wechsler, H. (2000). US college students' use of tobacco products: results of a national survey. *Jama*, 284(6), 699-705. doi:10.1001/jama.284.6.699
- Rimer, B., & Glanz, K. (2005). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice* (2ªed.). Washington, D.C.: US Department of Health & Human Services.
- Rodrigues, P., Salvador, A., Lourenço, I., & Santos, L. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 32(4), 453-466. doi: 10.14417/ap.789
- Rodrigues, T. (2012). *Avaliação dos hábitos alimentares de estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Rohrer, J., Pierce J., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Preventive Medicine*, 40(4), 438-443. doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.003

- Rondina, R., Gorayeb, R., Botelho, C., & Silva, A. (2005). A relação entre tabagismo e características sócio-demográficas em universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 35-45.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. doi:10.1177/109019818801500203
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Saleiro, S., Damas, C., & Gomes, I. (2008). Hábitos tabágicos e conhecimento dos riscos do tabagismo em função da formação académica em estudantes universitários. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(2), 231-238. doi:10.1016/s0873-2159(15)30232-4
- Sánchez-Villegas, A., Delgado-Rodríguez, M., Alonso, A., Schlatter, J., Lahortiga, F., Majem, L. S., (...) & Martínez-González, M. (2009). Association of the Mediterranean Dietary Pattern With the Incidence of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(10), 1090-1098. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.129
- Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Schulenberg, J., Bryant, A., & O'Malley, P. (2004). Taking hold of some kind of life: How developmental tasks relate to trajectories of well-being during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1119-1140. doi:10.1017/s0954579404040167
- Schulenberg, J., Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., Miech, R., & Patrick, M. (2016). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2016: Volume II, college students and adults ages 19-55*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Schulenberg, J., & Maggs, J. (2001). *A developmental perspective on alcohol and other drug use during adolescence and the transition to young adulthood*. Ann Arbor: Institute for Social Research University of Michigan. Disponível em <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/137876/occ51.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. doi:10.1590/S0103-73312007000100003

- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2010). *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Sequeira, J. (2015). *Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior: prevalências e relação com o bem-estar subjetivo e desempenho acadêmico* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Serviço de Saúde Pública dos EUA (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville: US Department of Health Human Services.
- 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: Observatório Permanente da Juventude, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Silva, L., Malbergier, A., Stempliuk, V., & Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 280-288. doi:10.1590/s0034-89102006000200014
- Silva, A., & Neto, J. (2014). Association between levels of physical activity and common mental disorder in university students. *Revista de Motricidade*, 10(1), 45- 59. doi:10.6063/motricidade.10(1).2125
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 247-256.
- Simão, C., Nahas, M., & Oliveira, E. (2006). Atividade física habitual, hábitos alimentares e prevalência de sobrepeso e obesidade em universitários da Universidade do Planalto Catarinense-UNIPLAC, Lages. SC. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 11(1), 3-12. doi:10.12820/rbafs.v.11n1p3-12
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. doi:10.1590/S0102-37722008000200010
- Small, M., Bailey-Davis, L., Morgan, N., & Maggs, J. (2012). Changes in eating and physical activity behaviors across seven semesters of college: living on or off campus matters. *Health Education & Behavior*, 40(4), 435-441. doi:10.1177/1090198112467801
- Smith, J., Roubinov, D., Andreotti, C., Compas, B., & Luecken, L. (2015). Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. *Stress and Health*, 31(1), 63-70. doi:10.1002/smi.2509
- Sokratous, S., Merkouris, A., Middleton, N., & Karanikola, M. (2014). The prevalence and socio-demographic correlates of depressive symptoms among Cypriot university students: a

- cross-sectional descriptive co-relational study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 235-249. doi:10.1186/s12888-014-0235-6
- Sousa, N. (2014). *Os estudantes universitários e o consumo de substâncias psicoativas* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona do Porto, Porto, Portugal.
- Stephens, T., Jacobs, D., & White, C. (1985). A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity. *Public Health Reports*, 100(2), 147-158.
- Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A., Baranyai, R., & Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Preventive Medicine*, 35(2), 97-104. doi:10.1006/pmed.2002.1048
- Stewart, S., Zvolensky, M., & Eifert, G. (2001). Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. *Personality and Individual Differences*, 31(2), 157-171. doi:10.1016/s0191-8869(00)00213-0
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, J., Petersen, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem?. *Journal of Public Health Medicine*, 22(4), 492-499. doi:10.1093/pubmed/22.4.492
- Stock, C., Mikolajczyk, R., Bloomfield, K., Maxwell, A., Ozcebe, H., Petkeviciene, J., (...) Krämer, A. (2009). Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students. *Public health*, 123(2), 122-129. doi:10.1016/j.puhe.2008.12.009
- Sutfin, E., Reboussin, B., McCoy, T., & Wolfson, M. (2009). Are college student smokers really a homogeneous group? A latent class analysis of college student smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(4), 444-454. doi:10.1093/ntr/ntp006
- Teleman, A., Waure, C., Soffiani, V., Poscia, A., & Pietro, M. (2015). Physical activity and health promotion in Italian university students. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 51(2), 106-110. doi: 10.4415/ANN\_15\_02\_06
- Thompson, B., Coronado, G., Chen, L., Thompson, L. A., Halperin, A., Jaffe, R., (...) Zbikowski, S. (2007). Prevalence and characteristics of smokers at 30 Pacific Northwest colleges and universities. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 429-438. doi:10.1080/14622200701188844

- Thurber, C. (1995). The experience and expression of homesickness in preadolescent and adolescent boys. *Child Development*, 66(4), 1162-1178. doi:10.1111/j.1467-8624.1995.tb00929.x
- Thurber, C., & Walton, E. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health*, 60(5), 415-419. doi:10.1080/07448481.2012.673520
- Tilburg, M., Vingerhoets, A., & Van Heck, G. (1996). Homesickness: A review of the literature. *Psychological Medicine*, 26(5), 899-912. doi:10.1017/s0033291700035248
- Tountas, Y. (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*, 24(2), 185-192. doi:10.1093/heapro/dap006
- Troiano, R., Berrigan, D., Dodd, K., Mâsse, L., Tilert, T., & McDowell, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(1), 181-188. doi:10.1249/mss.0b013e31815a51b3
- Turner, A., Hammond, C., Gilchrist, M., & Barlow, J. (2007). Coventry university students' experience of mental health problems. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(3), 247-252. doi:10.1080/09515070701570451
- Tyson, P., Wilson, K., Crone, D., Brailsford, R., & Laws, K. (2010). Physical activity and mental health in a student population. *Journal of Mental Health*, 19(6), 492-499. doi:10.3109/09638230902968308
- Underwood, B., & Fox, K. (2000). Law and ethics: A survey of alcohol and drug use among UK based dental undergraduates. *British dental journal*, 189(6), 314-317.
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. doi:10.1037/0022-006x.51.5.730
- Verger, P., Combes, J., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., (...) & Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 643-650. doi:10.1007/s00127-008-0486-y
- Vieira, S. (2011). *Estudo comparativo do nível de actividade física e de alguns hábitos de vida saudável em alunos do ensino universitário - Beira Interior e Madeira* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Vieira, V., Priore, S., Ribeiro, S., Franceschini, S., & Almeida, L. (2002). Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira Socioeconomic, nutritional and health profile of adolescents recently

- admitted to a Brazilian public university. *Revista de Nutrição*, 15(3), 273-282. doi:10.1590/S1415-52732002000300003
- Voelker, R. (2003). Mounting student depression taxing campus mental health services. *Jama*, 289(16), 2055-2056. doi:10.1001/jama.289.16.2055
- Wallack, L. (1994). Media Advocacy: A Strategy for Empowering People and Communities. *Journal of Public Health Policy*, 15(4), 420-436. doi:10.2307/3343024
- Ware, J., Manning, W., Wells, K., Duan, N., & Newhouse, J. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10), 1090-1100. doi:10.1037/0003-066X.39.10.1090
- Warwick, I., Maxwell, C., Statham, J., Aggleton, P., & Simon, A. (2008). Supporting mental health and emotional well-being among younger students in further education. *Journal of Further and Higher Education*, 32(1), 1-13. doi:10.1080/03098770701560331
- Wattick, R., Hagedorn, R., & Olfert, M. (2018). Relationship between Diet and Mental Health in a Young Adult Appalachian College Population. *Nutrients*, 10(8), 957-965. doi:10.3390/nu10080957
- Wechsler, H., Lee, J., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T., & Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: findings from 4 Harvard School of Public Health college alcohol study surveys 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50(5), 203-217. doi:10.1080/07448480209595713
- Weitzman, E. (2004). Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(4), 269-277. doi:10.1097/01.nmd.0000120885.17362
- Weitzman, E., & Nelson, T. (2004). College Student Binge Drinking and the "Prevention Paradox": Implications for Prevention and Harm Reduction. *Journal of Drug Education*, 34(3), 247-265. doi:10.2190/w6l6-g171-m4ft-twap
- Wetter, D., Kenford, S., Welsch, S., Smith, S., Fouladi, R., Fiore, M., (...) Baker, T. (2004). Prevalence and predictors of transitions in smoking behavior among college students. *Health psychology*, 23(2), 168-177. doi:10.1037/0278-6133.23.2.168
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35(11), 913-924. doi:10.1016/j.addbeh.2010.06.015
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and*

- New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 777-782. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01883.x
- Wurtman, R., & Wurtman, J. (1989). Carbohydrates and depression. *Scientific American*, 260(1), 68-75.
- Yapjakis, C. (2009). Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and Asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. *In vivo*, 23(4), 507-514.
- Ye, Y., Wang, P., Qu, G., Yuan, S., Phongsavan, P., & He, Q. (2015). Associations between multiple health risk behaviors and mental health among Chinese college students. *Psychology, Health & Medicine*, 21(3), 377-385. doi:10.1080/13548506.2015.1070955
- Yorgason, J., Linville, D., & Zitzman, B. (2008). Mental Health Among College Students: Do Those Who Need Services Know About and Use Them? *Journal of American College Health*, 57(2), 173-182. doi:10.3200/jach.57.2.173-182
- Young, A., Morales, M., McCabe, S., Boyd, C., & D'Arcy, H. (2005). Drinking like a guy: Frequent binge drinking among undergraduate women. *Substance Use and Misuse*, 40(2), 241-267. doi:10.1081/JA-200048464
- Zão, I. (2012). *Consumo de álcool e outras drogas e comportamentos sexuais: estudo numa população universitária* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Zeferino, M., Hamilton, H., Brands, B., Wright, M., Cumsille, F., & Khenti, A. (2015). Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(Especial), 125-135. doi:10.1590/0104-07072015001150014
- Zhu, T., Feng, B., Wong, S., Choi, W., & Zhu, S. (2004). A comparison of smoking behaviors among medical and other college students in China. *Health Promotion International*, 19(2), 189-196. doi:10.1093/heapro/dah206

## **Anexos**



# Comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental em estudantes universitários

## Consentimento Informado

Título do estudo: Comportamentos de saúde e indicadores de saúde mental em estudantes universitários.

Introdução:

Como investigadores responsáveis por esta investigação da Universidade da Beira Interior, vimos convidá-la(o) a participar num estudo sobre atitudes e comportamentos de saúde em estudantes universitários.

Objetivo do estudo:

O objetivo deste estudo é investigar os comportamentos promotores de saúde e de prevenção da doença, analisar se existem e quais os níveis presentes de ansiedade e depressão em estudantes da Universidade da Beira Interior.

Participação:

A sua participação no estudo é voluntária, como tal pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar, será pedido que responda a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer altura. A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que os dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

**Obrigada pelo tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar este Consentimento Informado.**

Ao assinar este documento confirmo o seguinte:

Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como colocar todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação.

Assinatura da(o) participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Agradecemos a sua colaboração!



Leia todas as questões com atenção e responda de acordo com a sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, por isso, responda tão sinceramente e rapidamente quanto possível. Todas as suas respostas são confidenciais e serão exclusivamente utilizadas para fins de investigação.

## I

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Género: Feminino\_\_\_ Masculino\_\_\_ Outro\_\_\_
3. Estado civil: Solteiro\_\_\_ Casado\_\_\_ União de facto\_\_\_
4. Agregado familiar (nº de pessoas):sozinho \_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4 ou mais \_\_\_
5. Região de onde é natural: Norte\_\_\_ Centro\_\_\_ Sul\_\_\_ Ilhas\_\_\_ Estrangeiro\_\_\_
6. Como classifica o seu nível socioeconómico: Alto\_\_\_ Médio\_\_\_ Baixo\_\_\_

## II

7. Curso que frequenta: \_\_\_\_\_
8. Ano que frequenta: 1º\_\_\_ 2º\_\_\_ 3º\_\_\_ 4º\_\_\_ 5º\_\_\_
9. O curso que frequenta foi a sua primeira opção? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
10. É trabalhador(a)-estudante? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
11. Como avalia o seu desempenho académico?Mau\_\_\_ Razoável\_\_\_ Bom\_\_\_Muito bom\_\_\_
12. Onde costuma passar os tempos livres? Casa\_\_\_ Faculdade\_\_\_ Cafés\_\_\_ Bares/Discotecas\_\_\_
13. Com quem costuma passar os tempos livres? Sozinho\_\_\_ Com amigos\_\_\_ Com família\_\_\_

## III

14. Tem algum tipo de acompanhamento psicológico? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
15. Já teve algum internamento psiquiátrico? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
16. Toma alguma medicação farmacológica? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
  - 16.1. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
  - 16.2. Se sim, é prescrita pelo médico? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
17. Preocupa-se com a sua saúde? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
18. Como considera a sua saúde? Muito má\_\_\_ Má\_\_\_ Razoável\_\_\_ Boa\_\_\_ Muito boa\_\_\_

19. Como avalia a qualidade do seu sono? Muito má\_\_\_ Má\_\_\_ Razoável\_\_\_ Boa\_\_\_ Muito boa\_\_\_
20. Em média, quantas horas dorme por dia? \_\_\_\_\_
21. Costuma praticar exercício físico? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
- 22.1. Se sim, que atividade física/desporto pratica? \_\_\_\_\_
- 22.2. Quantas horas por semana (em média)? \_\_\_\_\_
- 22.3. Como se desloca habitualmente? A pé\_\_\_ De transportes\_\_\_
23. Considera ter cuidado com a sua alimentação? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
24. Quanto pesa? \_\_\_\_\_
25. Quanto mede? \_\_\_\_\_
26. Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_
27. Considera ter cuidado na condução rodoviária? Sim\_\_\_ Não\_\_\_ (não aplicável caso não possua carta de condução)
28. Fuma? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
- 28.1. Se sim, há quanto tempo fuma? \_\_\_\_\_
- 28.2. Se sim, quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_\_
29. Consome bebidas alcoólicas? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
- 29.1. Se sim, com que frequência? Diariamente\_\_\_ Ocasionalmente\_\_\_ Raramente\_\_\_
- 29.2. Se sim, em que circunstâncias? Sozinho\_\_\_ Com amigos\_\_\_ Com familiares\_\_\_ Em situações sociais\_\_\_ Em situações de stress\_\_\_ Outra (qual?) \_\_\_\_\_
30. Consome substâncias psicoativas? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
- 30.1. Se sim, com que frequência? Diariamente\_\_\_ Ocasionalmente\_\_\_ Raramente\_\_\_
- 30.2. Se sim, quais? Tranquilizantes\_\_\_ Estimulantes\_\_\_
- 30.3. Se sim, em que circunstâncias? Sozinho\_\_\_ Com amigos\_\_\_ Com familiares\_\_\_ Em situações sociais\_\_\_ Em situações de stress\_\_\_ Outra (qual?) \_\_\_\_\_