



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

“Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: Despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior”

Paulo Fernando Espinho Pessoa

Covilhã

2010



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

“Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: Despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior”

Paulo Fernando Espinho Pessoa

Covilhã

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Ema Patrícia Oliveira apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o 9463.

“**S**ê todo em cada coisa...”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

A primeira palavra de profundo agradecimento vai para a minha orientadora de mestrado Professora Doutora Ema Oliveira por toda a orientação pedagógica e científica, apoio, confiança, dedicação e amizade que depositou em mim.

Agradeço também a alguns professores do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior não só pelo ânimo e sugestões que me transmitiram durante a elaboração desta dissertação mas também pela troca de experiências e amizade ao longo da minha formação académica, nomeadamente: Prof. Dr. Manuel Loureiro, Prof. Dr. Henrique Pereira, Dr.^a Ludovina Ramos, Dr.^a Carina Guimarães, Dr.^a Cláudia Silva, Dr.^a Marta Alves, Dr.^a Paula Carvalho e Dr. Samuel Monteiro.

Por último, mas não menos importantes, agradeço aos meus pais, avó, irmãos, sobrinhos, cunhados, amigos, e à minha colega de licenciatura Dr.^a Cristina Batista, por estarem sempre ao meu lado. Quero ainda agradecer a algumas pessoas em particular por terem estado sempre comigo neste percurso académico: à Maria João, ao Nuno Pessoa, ao Renato Oliveira e à Sofia Pinto. Obrigado por toda amizade e apoio neste projecto.

Quero ainda deixar uma palavra de agradecimento a alguns colegas de trabalho nomeadamente ao Sr. Marco Madeira e à Dr.^a Elisabete Ramos.

A todos o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo tem como principais objectivos analisar a sintomatologia psicopatológica em estudantes da Universidade da Beira Interior e contribuir para um melhor conhecimento acerca das necessidades de intervenção psicológica neste contexto. Para o efeito, foi utilizado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory-BSI) com uma amostra de 378 sujeitos (163 homens e 215 mulheres) que frequentavam o 1º ciclo e mestrado integrado das diversas faculdades. A grande maioria dos estudantes frequentavam o 2º ou 3º anos do curso e a idade dos participantes variou entre os 18 e os 48 anos ($M=21.4$; $DP=3,45$). Realizou-se uma análise descritiva no sentido de verificar as diferenças entre os alunos sinalizados com sintomatologia psicopatológica ($ISP \geq 1.7$) e o restante grupo de alunos (e.g. género, ano escolar, rendimento académico, curso/faculdade, mobilidade, prática desportiva, apoio psicológico, doença familiar, ingestão de medicação não prescrita e importância atribuída às necessidades de intervenção). Em termos gerais, os resultados apontam para valores de sintomatologia psicopatológica que se aproximam da população normativa, embora se tenha verificado um número significativo de estudantes (117 alunos) com presença destes sintomas. Os resultados sugerem ainda um maior risco no sexo feminino, nos estudantes do 1º ano e nos estudantes que se percebem com um pior rendimento académico face à turma. Embora não tenham sido encontradas diferenças significativas quanto à Faculdade, alguns cursos revelaram melhores resultados no BSI (e.g. Curso de Ciências do Desporto) o que sugere menores índices de psicopatologia nestes alunos. Finalizamos este trabalho reflectindo sobre as suas principais implicações para a prática psicológica no contexto do Ensino Superior, apresentando ainda algumas limitações e sugestões para futuras investigações nesta temática.

Palavras-chave: Sintomatologia psicopatológica, Ensino Superior, necessidades de intervenção psicológica, psicopatologia, serviços de apoio psicológico, Índice de Sintomas Positivos.

ABSTRACT

This study's main objectives are to analyze the psychopathological symptoms in students of the University of Beira Interior and contribute to a better understanding about the need for psychological intervention in this context. To this end, we used the Brief Symptom Inventory (BSI) with a sample of 378 subjects (163 men and 215 women) who attended the 1st cycle and integrated Masters of the various faculties. The vast majority of students attending the 2nd or 3rd year of the course and the participants age ranged between 18 and 48 years ($M = 21.4$, $SD = 3.45$). We performed a descriptive analysis in order to verify the differences between students psychopathological symptoms marked with ($ISP \geq 1.7$) and the remaining group of students (gender, grade, academic performance, course / faculty mobility, sports, psychological support, Family illness, ingestion of non-prescribed medication and the importance attached to policy needs). Overall, the results indicate values of psychopathological symptoms closely resembling the normative population, although there were a significant number of students (117 students) with these symptoms. The results also suggest an increased risk for females in the 1st year students and students who perceive themselves with poor academic performance compared to the class. Although no significant differences in the college, some courses have shown better results in the BSI (eg Course of Sports Science) suggesting lower rates of psychopathology in those students. We close this paper reflecting on their main implications for psychological practice in the context of Higher Education, showing also some limitations and suggestions for future research on this topic.

Keywords: A psychopathological symptom, Higher Education, needs psychological intervention, psychopathology, psychological support services, Index Positive Symptom.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Transição e adaptação ao Ensino Superior	3
2. Sintomatologia psicopatológica e problemáticas significativas e em estudantes do Ensino Superior	8
2.1 Ansiedade, Depressão e Suicídio	11
2.2 Consumo de Substâncias	15
3. Psicopatologia no Ensino Superior: estudos diferenciais	17
3.1 Género	17
3.2 Ano de escolaridade e Idade	20
3.3 Curso	22
3.4 Rendimento Académico	24
3.5 Nível sócio-económico	28
3.6 Mobilidade	29
4. Intervenção psicológica no Ensino Superior	30
4.1 Tipologia de serviços de apoio psicológico no Ensino Superior em Portugal	33
4.2 Áreas de intervenção psicológica privilegiadas no Ensino Superior.....	37
4.3 Eficácia da intervenção psicológica no Ensino Superior	39
CAPÍTULO II – COMPONENTE EMPÍRICA	
1. Objectivos e questões	43
2. Método	44
2.1 Participantes	44

2.2 Instrumentos	47
2.3 Procedimento	51
3. Resultados.....	52
3.1 Análise comparativa entre os grupos de alunos sinalizados e não sinalizados	61
4. Discussão	67
Considerações Finais	76
Bibliografia	79

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Dimensões e Índices do BSI	48
Quadro 2 – Estatísticas descritivas das dimensões e índices do BSI	52
Quadro 3 – Médias e desvios-padrão nas dimensões e índices do BSI, segundo o sexo	53
Quadro 4 – Médias e desvios-padrão nas dimensões e índices do BSI, segundo as faculdades de Ciências Sociais, Artes e Letras e Engenharias	54
Quadro 5 – Médias e desvios-padrão nas dimensões e índices do BSI, segundo as faculdades de Ciências da Saúde e Ciências	54
Quadro 6 – Médias e desvios-padrão nas dimensões e índices do BSI, segundo o ano escolar	55
Quadro 7 – Médias e desvios-padrão nas dimensões e índices do BSI, segundo o rendimento acadêmico	56
Quadro 8 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo o sexo ..	57
Quadro 9 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo a Faculdade.....	58
Quadro 10 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo o ano escolar	58
Quadro 11 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo a percepção do rendimento acadêmico	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos alunos por Faculdade	44
Figura 2 – Distribuição dos alunos por ano escolar	45
Figura 3 – Ausência ou presença de doença familiar	46
Figura 4 – Conhecimento dos alunos sobre o Serviço de Psicologia da UBI	47
Figura 5 – Alunos normativos ($ISP \leq 1.7$) e alunos sinalizados ($ISP \geq 1.7$)	53
Figura 6 – Percepção dos alunos relativamente às necessidades de intervenção	60
Figura 7 – Distribuição dos alunos sinalizados, por género	61
Figura 8 – Distribuição dos alunos sinalizados e normativos, por ano escolar.....	62
Figura 9 – Distribuição dos alunos sinalizados e normativos, por rendimento académico	63
Figura 10 – Conhecimento de serviço de apoio psicológico na UBI (alunos sinalizados Vs alunos normativos).....	64
Figura 11 – Medicação não prescrita entre alunos sinalizados e normativos	65
Figura 12 – Comparação das médias da percepção das necessidades de intervenção dos alunos normativos e os alunos sinalizados	66

ANEXOS

Anexo 1

INTRODUÇÃO

A missão pública de educação e formação, a construção e difusão do conhecimento científico e tecnológico, a participação no desenvolvimento económico, social e cultural dos cidadãos e da sociedade, e a construção local de práticas e políticas de qualidade, são alguns dos desafios principais colocados às instituições portuguesas de Ensino Superior (Pereira, Pina Fernandes, Dias, Gonçalves, Faria & McIntyre, 2002). Todavia, embora o Ensino Superior e Universidades sejam considerados como um centro de produção inovadora, intelectual e científica, os seus principais agentes de reconhecimento não são simplesmente as instalações físicas e tecnológicas mas destacadamente os recursos humanos, isto é, os alunos, docentes e funcionários (Khodarahimi, Rasti, Khajehie & Sattar, 2009).

Em Portugal, só nos finais da década de 80, início dos anos 90, é que se começou a valorizar as problemáticas associadas ao Ensino Superior bem como a importância dos contextos de aconselhamento/apoio psicológico nas Universidades. No entanto, as investigações nesta área são, ainda, escassas, fazendo sobressair uma forte necessidade de investigar, em quantidade e qualidade, para se encontrarem possíveis propostas de mudança e de melhoramento (Ferraz & Pereira, 2003).

Tal como afirmam Tosevski, Milovancevic e Gajic (2010), os universitários representam o capital nacional e um investimento para o futuro, com uma missão implícita tanto para suas famílias como para a sociedade como um todo. Todavia, como reforçam os mesmos autores, eles enfrentam múltiplos stressores como sobrecarga académica, a pressão constante para ter sucesso, a competição com os pares e em alguns países, encargos financeiros e preocupações sobre o futuro.

Estas razões, aliadas ao número crescente de alunos em todos os países desenvolvidos, têm nos últimos anos proporcionado uma atenção crescente sobre o estado de saúde mental dos estudantes ou da sua psicopatologia reforçando a importância de investigações na área (Khodarahimi, et al., 2009). Ainda a este propósito Kitzrow (2003) refere que os serviços de aconselhamento psicológico, em meio universitário, surgiram com a finalidade de apoiar as instituições de Ensino Superior a potenciar as capacidades dos alunos no prosseguimento dos seus estudos e do seu desenvolvimento pessoal, através de medidas a nível remediativo, desenvolvimental e preventivo. Conhecer as características dos alunos que provavelmente estejam numa situação de sofrimento psíquico é uma condição necessária e o primeiro passo para o desenvolvimento de intervenções eficazes.

O interesse pessoal pela temática surge da observação, aquando o ano de estágio, de um grupo considerável de utentes universitários, que se dirigiram ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Cova da Beira. Se por um lado, este serviço deverá estar preparado para uma pronta resposta às necessidades dos estudantes, por outro lado, a própria Universidade deverá proporcionar recursos de apoio psicológico, para que o aluno tenha ao dispor um conjunto de serviços que melhorem a sua integração e qualidade da saúde física e mental.

Neste sentido, este trabalho surge com base em dois objectivos principais: i) identificar sintomas de psicopatologia em estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI), nomeadamente nas diferenças existentes em função do género, faculdade, ano escolar e rendimento académico, e; ii) contribuir para um melhor conhecimento acerca das necessidades de intervenção psicológica neste contexto.

Estes objectivos vêm ao encontro de alguns estudos que alertam para a importância de se estudar a emergência de sintomatologia psicopatológica nos estudantes universitários, dado que a psicopatologia tem sido encontrada como preditor significativo do fracasso, quer no ajustamento à entrada para a Universidade (Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995), quer na realização académica (Meilman, Manley, Gaylor & Turco, 1992).

A sequência estrutural desta dissertação, apresenta, num primeiro capítulo, uma revisão literária sobre a transição e adaptação ao Ensino Superior, as problemáticas significativas e sintomatologia psicopatológica em estudantes universitários, a intervenção psicológica neste contexto, e alguns estudos diferenciais relativamente à psicopatologia no Ensino Superior.

O segundo capítulo agrega o estudo empírico desenvolvido onde são apresentados o método (participantes, instrumentos e procedimento), os resultados, discussão e conclusões deste estudo. No final são tecidas algumas considerações finais sublinhando as limitações deste estudo exploratório, implicações e sugestões para estudos futuros.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR

A transição para a Universidade tem merecido a atenção diferenciada de investigadores quer ao nível das experiências desenvolvimentais associadas a esta fase da vida (Ferreira, 2001), quer ao nível das vivências dos estudantes e do seu impacto na realização académica e na saúde (Meilman, Manley, Gaylor & Turco, 1992; Morrison & O'Conner, 2004).

A entrada para o Ensino Superior é considerada, um período peculiarmente marcante para o desenvolvimento dos jovens estudantes, face aos novos padrões de comportamentos, vivências sociais e afectivas exigidas pelo novo meio académico em que se estão a inserir (Schlossberg, 1981). A investigação tem sugerido que os desafios do contexto educativo estão na base de várias dificuldades psicossociais que se reflectem na qualidade da adaptação, aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes universitários, especialmente no primeiro ano (Diniz & Almeida, 2006; Ferreira & Ferreira, 2005; Pascarella & Terenzini, 1991; Santos & Almeida, 2000).

Este aspecto tem justificado uma atenção particular dos investigadores sobre os processos de transição/adaptação ao Ensino Superior, considerando sobretudo como população alvo os alunos que ingressam pela primeira vez, tanto no plano internacional (Pascarella & Terenzini, 1991, 1992; Pascarella, Edison & Nora, 1996; Ting & Robinson, 1998; Tinto, 1993; Upcraft & Gardner, 1989; Wintre & Sugar, 2000) como, mais recentemente, no plano nacional (Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Diniz & Almeida, 2006; Faria & Santos, 1998; Lencastre, Guerra, Lemos & Pereira, 2000; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008a; Pereira et al., 2004, 2006; Santos, 2000; Santos & Almeida, 2000; Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 1999).

Os resultados da maioria destas investigações têm indicado que: i) mais de metade dos estudantes que ingressam na Universidade revelam dificuldades na transição Ensino Secundário/Ensino Superior (Leitão & Paixão, 1999); ii) existem elevadas taxas de insucesso e abandono no primeiro ano (Broonen, Pireaux & Wlagraffe, 1994; Van Vracem & De Ketele, 1983); iii) a qualidade da integração/adaptação académica é a variável fundamental na tomada de decisão dos estudantes em desistir ou continuar no estabelecimento de ensino que frequentam (Bean, 1985; Tinto, 1993); iv) a percepção do

grau de integração/adaptação encontra-se positivamente correlacionada com o sucesso académico (Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000); e que v) os níveis de psicopatologia nesta população têm vindo a aumentar e agravar significativamente nos últimos anos (Bishop, 1990; Galli, 2005; Harris & Kranz, 1991; Leitão & Paixão, 1999; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008a; O'Connor, 2001; Stone & Archer, 1990).

Os estudantes recém chegados à Universidade enquadram-se numa fase desenvolvimental, categorizada por Arnett (2000) como *adultez emergente*, a qual se situa sensivelmente entre os 18 e os 25 anos de idade. De acordo com outros autores, esta etapa é marcada pela instabilidade e experimentação, mas também pela exploração da multiplicidade de possibilidades em domínios de vida distintos (Fernandes & Feixas, 2007; Monteiro, Tavares & Pereira, 2009), sendo considerada uma etapa de vida adaptativa na qual é habitual a presença de sintomatologia afectiva, ou seja, relacionada com o humor (OMS, 2001) nomeadamente insónia, irritabilidade, rebeldia, medo, mudanças nos hábitos alimentares, na vida social e familiar entre outras.

No confronto com as imagens e expectativas acerca da Universidade e do Ensino Superior construídas durante a sua frequência no ensino secundário, é inevitável que os alunos se deixem surpreender ou desiludir com a, nem sempre, correspondente realidade encontrada (Fernandes, Maia, Meireles, Rios, Silva & Guillem, 2005). A este respeito, Stern (1966) utilizou mesmo a expressão *freshman myth* para descrever a fantasia, a ingenuidade e o idealismo que caracteriza as expectativas elevadas – e geralmente nunca satisfeitas – dos estudantes ao ingressarem na Universidade. Neste seguimento, Langston e Cantor (1989) encontraram uma relação positiva na discrepância entre *self ideal* e *self actual* e desajustamento psicológico, manifestado através de depressão ou ansiedade face às realizações académicas.

A adaptação ao contexto universitário tem sido conceptualizada como um processo complexo e multidimensional, que envolve múltiplos factores, tanto de natureza intrapessoal como de natureza contextual, sendo por isso preditora do rendimento académico e desenvolvimento psicossocial do aluno, bem como do seu sucesso, saúde e bem-estar (Astin, 1993; Clarke, 1998; Pascarella & Terenzini, 1991; Tinto, 1993; Weidman, 1989).

Apesar da extensa literatura em torno dos factores de risco e sintomatologia psicopatológica associada à transição para o Ensino Superior, segundo Verger, Combes, Kovess-Masfety e colaboradores (2009) poucos são os estudos que, em contraste, examinaram os factores que podem proteger os alunos contra sofrimento ou distúrbios psicológicos nesta fase. Se, por um lado, a qualidade da adaptação académica depende da convergência de factores

individuais (psicológicos e biológicos), por outro lado, depende também de factores contextuais (sociais), cabendo às instituições de Ensino Superior proporcionar aos estudantes um ambiente estimulante, saudável, positivo, diversificado e desafiante, promotor do crescimento e desenvolvimento psicossocial (Chickering & Reisser, 1993). De acordo com outros autores, uma fraca adaptação percebida ao ambiente académico pode aumentar o risco de distúrbios psicológicos (Verger et al., 2009).

Na confrontação com as expectativas reais que a Universidade proporciona, a descontinuidade das exigências académicas (Levitz & Noel, 1989) e dos ambientes sócio-familiares (Rice, 1992), juntamente com as expectativas familiares e sociais face a um desempenho autónomo e de sucesso (Koplik & Devito, 1986), nem sempre são factores facilitadores de uma percepção de continuidade dos recursos pessoais e da manutenção de uma auto-imagem positiva (Fernandes & Feixas, 2007).

Embora o contexto universitário seja inegavelmente um meio rico em desafios e oportunidades de desenvolvimento para os jovens (Pascarella & Terenzi, 1991), grande parte dos estudos salienta que o aluno em transição para o Ensino Superior pode enfrentar de forma negativa as diversas experiências que a caracterizam – simultaneamente desafiadoras e potencialmente stressantes – vindo a sofrer desadaptações que se podem traduzir em baixo investimento e conseqüente insucesso académico (Azevedo & Faria, 2001, 2006; Lima Santos & Faria, 2000). Algumas investigações sugerem que cerca de 40% dos estudantes experimentam problemas significativos na adaptação à Universidade, conduzindo ao abandono dos estudos antes de completar a licenciatura (McLaughlin, Brozovsky & McLaughlin, 1998; Tinto, 1993).

Como já referido anteriormente, no início de um curso superior, os sujeitos estão num período importante de mudança, o que faz com que a Universidade se torne num contexto potenciador de stress (Sepúlveda, Carrobbles, Gandarillas & Almendros, 2002). Neste sentido, Bishop (1994) destaca que quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a ele.

De facto, a transição do ensino secundário para o Ensino Superior confronta os jovens com múltiplos desafios (Soares, Almeida & Ferreira, 2002). Simultaneamente aos desafios académicos inerentes a um nível de ensino mais exigente e com diferentes metodologias de ensino-aprendizagem, os jovens que ingressam no Ensino Superior deparam-se com a necessidade de, na maioria dos casos e pela primeira vez, sair de casa, separar-se dos pais

e amigos, gerir novos papéis e responsabilidades e adaptar-se a um contexto desconhecido (Almeida, Soares & Ferreira, 1999; Baker, McNeil & Siryk, 1985; Costa, 2000; Ferreira & Hood, 1990; Gonçalves & Cruz, 1988; Hood & Ferreira, 1983; Pascarella & Terenzini, 1991; Soares, 1999). Assim, e apesar de encarada por muitos estudantes como um passo positivo nas suas vidas (Bernier, Larose & Whipple, 2005; Monteiro, Tavares & Pereira, 2007), esta transição coloca igualmente em destaque os problemas dos alunos, contribuindo para o desenvolvimento de níveis mais elevados de ansiedade e de stress (Ferraz & Pereira, 2003; Grace 1997; Vaz Serra, 1999;).

Igualmente considerada uma das mudanças de vida mais esperadas pelos estudantes, a transição para o Ensino Superior representa também, para muitos deles, uma quebra acentuada com as rotinas e estilos de vida anteriores, bem como uma adaptação a um ambiente completamente novo, envolvendo desafios académicos e psicossociais (Fernandes, Maia, Meireles, Rios, Silva & Guillem, 2005; Monteiro, Tavares & Pereira, 2007; 2008a). Os primeiros exames, o preenchimento de documentos exigidos, a interacção com docentes e colegas mais avançados, a familiarização com o espaço físico universitário, falar em público para grande audiência (muitas vezes pela primeira vez), viver em residências e casas partilhadas com independência, são só alguns exemplos de situações que podem provocar ansiedade em alguns estudantes (Rodgers & Tennison, 2008).

Nesta perspectiva, Almeida, Guisande, Soares e Saavedra (2006) salientam que, a chegada à Universidade implica muitas vezes reformular relacionamentos interpessoais e familiares, constituir novas amizades, redefinir o papel de estudante, gerir tempos e actividades no quadro de uma maior autonomia, assistir a aulas e ter professores cuja relação é mais distante do que a estabelecida com os professores no ensino secundário. Para os mesmos autores, estas alterações podem desencadear maiores ou menores níveis de stress que, em certos casos, podem conduzir ao desajustamento, fracasso e abandono académicos.

Vários autores agrupam em quatro domínios as diversificadas tarefas com as quais os estudantes do Ensino Superior se deparam ao longo do seu percurso académico: o *domínio académico*, que envolve adaptações constantes às estratégias de ensino/aprendizagem, aos sistemas de avaliação e de estudo; o *domínio social*, envolvendo o desenvolvimento de padrões de relacionamento mais maduros com os professores, colegas e familiares; o *domínio pessoal*, que abrange o desenvolvimento de um sentido de identidade, uma maior consciência de si próprio, e uma visão pessoal do mundo; e por fim, o *domínio vocacional*, que respeita o desenvolvimento de uma identidade vocacional (Almeida, Soares & Ferreira,

2000; Evans, Forney & Dibritto, 1998; Gordan, 1995; Komives, Delworth & Woodard, 1996; Schwitzer, Ancis & Griffin, 1998).

Por seu turno, Pereira (1997, cit. in Ferraz & Pereira, 2003) adota um outro tipo de classificação, também com quatro tipos de problemáticas relacionadas com os estudantes do Ensino Superior: *problemas sociais* (tais como solidão, *homesickness* - saudades de casa, timidez, limitações nas competências sociais e na tomada de decisão, problemas relacionados com a sexualidade e perturbações emocionais); *problemas académicos* resultantes das novas situações (tais como as dificuldades de relacionamento interpessoal com colegas e professores, fracas competências de estudo, baixo rendimento escolar, reprovação em exames, ansiedade, stress em situações de avaliação); *problemas financeiros e de gestão da casa*, com maior ênfase na acomodação e hábitos alimentares; e por fim, *problemas de segurança*, podendo estes contribuir para o aparecimento de problemas psicopatológicos (Ferraz & Pereira, 2003).

Levitz e Noel (1989), referem que as primeiras duas a seis semanas na faculdade, são o período mais crítico para os alunos que iniciam a vida académica, influenciando significativamente se o estudante terá sucesso em adaptar-se à vida universitária, se abandona a Universidade ou se pede transferência para outro estabelecimento de ensino. Outros autores mostraram que os problemas emocionais e o sofrimento psicológico, relatado pelos estudantes logo após o início da vida universitária, estão relacionados com dificuldades de ajustamento à Universidade seis meses depois (Pancer, Hunsberg, Pratt & Alisat, 2000) e com problemas académicos e abandono escolar (Gerdes & Mallinckrodt, 1994; Levitz & Noel, 1989; Rickinson & Rutherford, 1996; Svanum & Zody, 2001).

Diversos estudos têm demonstrado as dificuldades no processo de adaptação e integração em contexto académico, resultando, muitas vezes, em elevados níveis de insucesso escolar e aumento de problemas, com repercussões no desenvolvimento do indivíduo (Cutrona, 1982; Fisher & Hood, 1987; Grace 1997; Tinto, 1986).

Larose e Boivin (1998) sublinham que as transições associadas a mudanças na escolaridade são frequentemente percebidas pelos adolescentes como situações ameaçadoras. Neste seguimento, Fernandes e Feixas (2007) concluem no seu estudo que, o primeiro ano da Universidade, e em particular o seu início, são “momentos de grande fragilidade psicológica” (p. 252), com implicações na adaptação e sucesso académico mas também ao nível do desenvolvimento pessoal.

Sintetizando, embora alguns alunos cheguem à Universidade já com problemas de saúde mental (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010), o momento de transição e adaptação dos jovens ao Ensino Superior pode assumir-se como um potenciador de crises e/ou desafios desenvolvimentais que se podem constituir como facilitadores do crescimento e do desenvolvimento ou, pelo contrário, como factores geradores de desequilíbrio psicológico (Bastos, 1993; Ferreira & Hood, 1990).

Assim, garantir um processo de transição e adaptação de qualidade e um forte investimento na promoção de estilos de vida saudáveis na população académica deverão ser preocupações constantes das instituições de Ensino Superior. Uma actuação preventiva e remediativa, pensada pelas e para as Universidades, que permita intervir no combate às causas explicativas do insucesso académico (Conner & Norman, 1996; Pereira, 2005; Pereira et al., 2006), que promova os factores pessoais (motivação, interesses, funções e habilidades cognitivas, competências de resolução de problemas, habilidades sociais, etc.), que permita as interacções com o ambiente físico, social e cultural, que tenha em conta a situação económico-financeira e as aprendizagens sociais dos alunos (Tudor, 1996), contribuirão certamente para uma melhor saúde e bem-estar geral dos mesmos (Carvalho & Cruz, 2008).

2. SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E PROBLEMÁTICAS SIGNIFICATIVAS EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

São vários os estudos que enfatizaram a avaliação da saúde mental e a presença de psicopatologia nos estudantes universitários (Cooper & Nasr, 2006; Ey, Henning & Shaw, 2000; Gotlib, 1984; Hays, Dickson, Lyles, Ludwig, Martin & Bird, 1986; Henry Benitez, Castresana, González de Rivera, Garcia-Estrada & Rodriguez Pulido, 1989; Khodarahimi, Rasti, Khajehie & Sattar, 2009; Lloyd & Gastreil, 1984; Surtees & Miller, 1990; Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010; Verger, Combes, Kovess-Masfety, et al., 2009; Whitlock, Eells, Cummings & Purington, 2009; Young, 2003; Zoccolillo, Murphy & Wetzel, 1996). Num estudo sobre a personalidade, realizado por Huertas (1984, *cit. in* Galli, 2005) com 97 alunos universitários de vários cursos, demonstrou-se que quase metade dos alunos apresentava uma tendência para a instabilidade.

Estudos epidemiológicos têm revelado que as perturbações mentais têm maior probabilidade de surgir pela primeira vez no início da vida adulta, principalmente no período universitário (Neves & Dalgalarrodo, 2007; Mowbray, Megivern, Mandiberg, et al., 2006). A própria American Psychiatric Association – APA (2002), referindo-se especificamente à

Perturbação Depressiva Major, sublinha que esta pode ter início em qualquer idade, no entanto a idade média de início tende a situar-se entre os 20 anos e 30 anos, o que coincide com o período universitário.

Diversas variáveis, tais como hábitos alimentares e dietéticos, consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas, suicídio, falta de exercício físico, comportamento sexual de alto risco, vitimização sexual, problemas na identidade sexual ou relações problemáticas, género, condição socioeconómica baixa, stress psicológico, foram citados como factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia no Ensino Superior (Bennett & Murphy, 1997; Bennet, 2002; Brener, Hassan & Barrios, 1999; Kisch, Leino & Silverman, 2005; Roberts, Golding, Towell & Weinreb, 1999; Silverman, Meyer, Sloane, Raffel & Pratt, 1997; Yan & Williams, 1999). De salientar que, a psicopatologia não só é caracterizada por um deterioro no funcionamento comportamental ou psicológico, mas também está associada à doença e limita a relação entre o indivíduo e a sociedade (Galli, 2005).

A experiência dos serviços de consulta portugueses em contexto do Ensino Superior, permitiu constatar que muitas das dificuldades psicológicas dos estudantes universitários que recorrem ao apoio psicológico, podem ser compreendidas à luz das dificuldades na resolução das tarefas normativas da juventude, por vezes ampliadas pela separação da sua família de origem ou por uma história de vida mais problemática (Pereira, Pina Fernandes, Dias, Gonçalves, Faria & McIntyre, 2002). Ainda em relação a estas dificuldades, os resultados obtidos no estudo correlacional levado a cabo por Fernandes e colaboradores (2005), revelou uma relação negativa e altamente significativa entre a manifestação de psicopatologia e as competências de resolução de problemas. Nesta investigação constatou-se que dos 70,2% estudantes do Ensino Superior que evidenciam dificuldades na resolução de problemas, 31,9% apresentam sinais de severidade sintomatológica. Nas conclusões de Silvestri e Bonis (2009), a saúde mental nos alunos do Ensino Superior foi mesmo considerada um problema, já que 27,1% da amostra foi sinalizada com diagnóstico de doença mental.

Diversos estudos apontam para uma taxa mais elevada de distúrbio psicológico, um acréscimo e um agravamento nos níveis de psicopatologia entre universitários quando comparados com outros jovens da mesma idade, que não frequentam este nível de ensino (Adlaf, Gliksman, Demers & Newton-Taylor, 2001; Behnke, 2008; Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006; Gallagher, 2009; Galli 2005; Haas, Hendin & Mann, 2003; Khodarahimi, Rasti, Khajehie & Sattar, 2009; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008a; Much, Wagener & Hellenbrand, 2010; Roberts, Golding, Towell &

Weinreb, 1999; Rockland-Miller & Eells, 2006; Santos, Pereira & Veiga, 2010; Schwartz & Friedman, 2009; Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010).

Esta taxa elevada poderá estar associada com o aumento do risco de ansiedade, depressão, abuso de substâncias, ideação suicida, agressão sexual, problemas familiares, problemas físicos e perturbações de personalidade (Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Dawson, Grant, Stinson & Chou, 2005; Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010), mas também com o insucesso escolar, problemas de desenvolvimento e dificuldades de emprego (Benton, et al., 2003; Best, Hauser, Gralinski-Bakker, Allen & Crowell, 2004; Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006; Eisenberg, Golberstein & Gollust, 2007).

Um estudo levado a cabo no Reino Unido no âmbito da Association for University and College Counselling, uma divisão da British Association for Counselling, chama também a atenção para o facto de os problemas de saúde mental estarem a aumentar entre os jovens, manifestamente nas doenças psiquiátricas, distúrbios do comportamento e dificuldades psicológicas ao nível pessoal e social (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008b). Segundo outros autores, essas dificuldades interferem comprovadamente, não só no amadurecimento psicossocial, mas também no rendimento escolar e na taxa de desistência dos cursos (Talley & Rockwell, 1985). As pesquisas realizadas no Canadá por Adlaf, Demers e Gliksman (2005) revelaram ainda que a elevada prevalência de distúrbios psíquicos em universitários permaneceu estável entre 1998 e 2004 (29,8% e 29,2% respectivamente).

O serviço de apoio psicológico, através de uma linha telefónica, desenvolvido pela Universidade de Aveiro indica que os problemas relacionados com o desenvolvimento pessoal seguidos dos de natureza académica são as problemáticas mais frequentes (Pereira, 1995, 1998; Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000). Aguiar Pereira (2004) acrescenta que os jovens universitários apontam os problemas relacionados com os estudos, com as relações interpessoais e de socialização, seguidos de problemas materiais ou económicos e problemas de identidade, como as problemáticas mais evidenciadas.

Num estudo efectuado por Stone e Archer (1990), verificou-se que a sintomatologia psicopatológica na população universitária está directamente relacionada com doenças psiquiátricas, distúrbios de comportamento e dificuldades psicológicas e sociais, que podem ter efeitos seriamente perniciosos na capacidade de os estudantes prosseguirem os seus estudos adequadamente. Esta sintomatologia que gera sofrimento psíquico nos universitários, segundo Newton-Taylor (2005) é revelada na ansiedade e tensão constante

(47,3%), seguido por dificuldades em dormir devido às preocupações (32,1%), sentimentos de infelicidade ou depressão (30,9%), dificuldades em superar os problemas (24,2%), perda de confiança (22,2%) e dificuldades de concentração (21,2%). A mesma autora acrescenta ainda que 11% dos estudantes disseram ter pensamentos suicidas.

Numa lista de 52 opções, Cooper e Nasr (2006) constataram que os quatro problemas principais entre os alunos que recorrem às consultas são: depressão, ansiedade, questões relacionadas com a família e questões relacionadas com as relações interpessoais. Referem outros autores, que as perturbações mentais mais frequentes entre os alunos do Ensino Superior são o abuso de substâncias, depressão, auto-mutilação, suicídio, perturbações alimentares e perturbações de ansiedade (Becker, Martin, Wajeeh, Ward & Shern, 2002; Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010; Vaez & Laflamme, 2002). Wang e Miao (2009), utilizando o Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), o Symptoms Checklist-90 (SCL-90) e o Coping Styles Questionnaire, concluíram que o neuroticismo, a ideação paranóide e a racionalização respectivamente, o nível de educação do pai e o stress académico, foram factores que influenciaram a saúde psicológica / emocional dos 276 participantes.

São destacadas de seguida algumas problemáticas, consideradas na literatura como as mais significativas junto dos estudantes universitários e que, pela sua importância e prevalência nesta população, merecem uma especial atenção.

2.1 Ansiedade, Depressão e Suicídio

A ansiedade e a depressão, segundo Vélez, Garzón e Ortíz (2008), são as perturbações psicológicas com maior registo na população em geral tendo em conta os centros de saúde. Neste seguimento, dentro da população universitária, também estas patologias são dois dos principais motivos de consulta nos serviços de apoio psicológico universitários (Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Cooper & Nasr, 2006; Vélez, Garzón & Ortíz, 2008). Nos Estados Unidos da América, os centros de aconselhamento/apoio no Ensino Superior referem a depressão, a ansiedade e perturbação bipolar como os problemas mais graves entre os jovens que recorrem às consultas das Universidades (Elias & Berg-Cross, 2009).

Tendo em conta este facto, Mendes (2005) refere que, em muitos casos, torna-se difícil perceber se são as dificuldades escolares que conduzem e acentuam o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa e outras psicopatologias, ou se, pelo contrario, as

dificuldades escolares resultam e são mais uma das graves consequências dos quadros psicopatológicos destes alunos, que até ao momento da procura de consulta de Psicologia, não tinham tido qualquer tipo de intervenção clínica.

A alta prevalência da ansiedade e da depressão na população universitária parece ter efeito sobre variáveis tais como o rendimento académico, o abandono, o bem-estar emocional entre outras (Seligman, Schulman & Tryon, 2007; Vélez, Garzón & Ortíz, 2008). Neste sentido, estudos efectuados por Ninan e Berger (2001) e por Gorman (1996) apontam para a existência de comorbilidade entre as duas patologias, alertando para a importância e dificuldades na avaliação e no diagnóstico diferencial, bem como outras complicações associadas, dependendo da severidade e cronicidade destas perturbações. Este último autor salienta mesmo que 85% dos pacientes com depressão experienciam sintomas significativos de ansiedade, e cerca de 90% dos pacientes com perturbações de ansiedade apresentam comorbilidade com a depressão.

Embora a ideia de comorbilidade esteja subjacente nestas duas patologias, abordaremos de seguida algumas questões em cada um delas isoladamente.

Como vimos anteriormente, os jovens no decurso do primeiro ano da Universidade, experienciam frequentemente elevados níveis de stress e de ansiedade ficando assim, vulneráveis a desajustamentos, emergindo vários problemas do foro emocional e interpessoal como o isolamento, a depressão ou o consumo abusivo de substâncias (Alva, 1998; Coll, 1999; Cutrona, 1982; Fisher & Hood, 1987; Grace, 1997; Wintre & Sugar, 2000). Por outro lado, nesta fase do desenvolvimento, com o estabelecimento de uma primeira relação afectiva mais duradoura, verifica-se também as mais importantes descobertas do estudante relativamente à sua sexualidade (Gonçalves, 2001). Salienta a mesma autora que em alguns casos, em que o aluno descobre em si uma orientação sexual diferente da que é mais típica, esta ansiedade tende a aumentar. Contudo, Zitzow (1984) refere que os estudantes que obtêm maior sucesso académico, ou seja, aqueles que terminam as suas licenciaturas com êxito, podem igualmente experimentar elevados níveis de stress.

O *American College of Health Association* (ACHA, 2001 *cit. in* Rodgers & Tennison, 2008) mostrou que o stress era um dos principais obstáculos ao bom desempenho académico. Nas pesquisas realizadas no Canadá por Adlaf, Demers e Gliksman (2005) constatou-se que cerca de um terço (29,2%) dos estudantes relataram quatro ou mais sintomas indicativos de stress elevado. Os exames, a competição, maior quantidade de conteúdos que se têm de aprender num curto espaço de tempo (Abouserie, 1994), os trabalhos de

casa em excesso ou os trabalhos e tarefas pouco claras (Kohn & Frazer, 1986), são algumas fontes comuns de stress académico relatadas pelos estudantes (Rodgers & Tennison, 2008).

A exposição contínua a situações de stress, pode provocar por uma lado, perturbações psicofisiológicas (e.g. amenorreia, dor de costas, disfunções sexuais, distúrbios gástricos, formigueiros na pele, etc.) e mentais (e.g. ansiedade, depressão, perturbação de stress pós traumático, etc.), e por outro lado, mesmo sabendo-se que o stress não provoca directamente doença, pode deteriorar o funcionamento normal do organismo (e.g. deficits de atenção e concentração, dificuldades de memorizar e para resolução de problemas, deficits nas competências de estudo, dificuldades na tomada de decisão, baixa produtividade e fraco rendimento académico, etc.) (Pérez San Gregorio, Rodríguez, Borda & Río, 2003).

Numa análise a um conjunto de 1290 consultas, desenvolvida por Pereira e colaboradores (2006), em relação aos principais diagnósticos inerentes aos alunos de todas as faculdades da Universidade de Coimbra e realizadas nos SASUC (Serviço de Acção Social da Universidade de Coimbra), verificou-se que na maioria das vezes, os alunos apresentaram distúrbios ou perturbações de ansiedade, dos quais se salientam a fobia social e a ansiedade aos exames.

Por outro lado, a depressão é também um diagnóstico frequente no Ensino Superior. Reforçando esta ideia, um estudo desenvolvido na Universidade de Washington por Rimmer, Halikas e Schuckit (1982), onde estimaram uma prevalência de 39% de perturbação mental (61 num total de 158 estudantes), constataram a predominância da psicopatologia depressiva. Também o resultado de um estudo nacional com 537 estudantes de vários estabelecimentos do Ensino Superior de Lisboa, revelou que os jovens com piores resultados escolares estavam mais deprimidos, tinham menor auto-estima, menor motivação e actividade, menor concentração e menor capacidade de projectarem o seu futuro (Dias, 1996).

Pode-se apontar algumas variáveis individuais que se relacionam com a depressão dos universitários, tais como, antecedentes pessoais e familiares desta patologia, dificuldades académicas, experiências marcantes na infância (e. g. meio familiar disfuncional, maus tratos físicos e psicológicos), instabilidade económica, acontecimentos de vida negativos (e.g. ausência de um confidente, pobre apoio social e diagnóstico de uma doença grave, morte de um ente querido, separação dos pais), consumo de álcool, percepção de que já não são os melhores alunos como costumavam ser até da entrada na Universidade,

planeamento e/ou tentativa de suicídio (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Ortíz, 2004; Cervera, 1997; Gastó, 1993; Keller, Hirschfeld & Hanks, 1997; Welling, 2003). Estes predisponentes apontados pelos autores, constituem situações que poderão não só desenvolver ou desencadear manifestações sintomáticas de depressão (Nollen-Hoeksema & Morrow, 1991; Welling, 2003), mas também de ansiedade (Mor & Winquist, 2002), e de outros problemas comportamentais como o uso inadequado de estratégias de resolução de problemas (Arthur, 1998; Sadava & Park, 1993).

Outros estudos encontraram também maior risco de depressão nos alunos com deficits nos recursos internos (e.g. auto-controlo), que surgem associados a menores níveis de sintomatologia depressiva (Denton, Prus & Walters, 2004), e nos recursos externos (e.g. apoio social) que resultam não só de factores protectores da perturbação física, mas também psicológica (Maia & Seabra, 2007). Para O'Neill e Mingle (1988), a acumulação de acontecimentos de vida stressantes (mudança de residência, exames académicos, problemas financeiros) e a ausência de apoio social (afastamento do núcleo familiar, perda dos confidentes habituais), estão significativamente relacionados com a presença de sintomas depressivos nos estudantes, sendo ambos considerados factores de risco para a depressão nesta população. Por seu turno, Farias (2003) refere que a inexistência de percepções ajustadas de competência pessoal pode dificultar a adaptação e o bem-estar psicossocial dos indivíduos, desenvolvendo riscos psicológicos tais como a depressão.

Relacionado directamente com a depressão, nos últimos anos, o tema do suicídio na população universitária tem vindo a evidenciar-se como uma área específica de interesse em trabalhos de investigação (Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Blumenthal, 1988; Haas, Hendin & Mann, 2003; Hart, Craighead & Craighead, 2001; Schwartz & Friedman, 2009; Schwartz & Whitaker, 1990; Shea, 2002; Vieira & Coutinho, 2008).

No entanto, apesar desta atenção substancial ao longo das últimas décadas para o problema do suicídio entre esta população, os relatórios sobre a extensão do problema têm sido amplamente inconclusivos (Haas, Hendin & Mann, 2003).

Todavia, em relação a esta problemática, Mendes (2005) percebeu que 28% dos alunos que procuraram ajuda na Consulta de Psicologia durante o ano lectivo de 2003/2004, e que apresentavam sintomatologia depressiva acentuada à data da primeira consulta, evidenciavam ideação suicida, o que não deixa de ser um facto de enorme preocupação. Os resultados de um outro estudo realizado no Instituto Superior Técnico, referem que cerca de

19% dos estudantes que recorreram ao Núcleo de Aconselhamento Psicológico desta instituição, entre 1997 e 2002, apresentava algum grau de ideação suicida (Welling, Almeida, Gonçalves, Vasconcelos & Duarte, 2002).

Num âmbito mais internacional, dos 103 suicídios de estudantes em 2009 nos Estados Unidos da América, 80% dos estudantes estavam deprimidos, 44% tinham problemas de relacionamento, 27% estavam em uso de medicação psiquiátrica, 18% tinham história de internamento psiquiátrico e 15% tinham problemas académicos (Gallagher, 2009).

Westefeld, Homaifar, Spotts e colaboradores (2005) aprofundaram os dados relativos a suicídios de estudantes universitários em quatro Universidades, utilizando para o efeito, questionários que avaliavam uma variedade de tópicos relacionados com esta problemática. Os resultados deste estudo mostram que 42% dos estudantes inquiridos concorda que o suicídio é um problema nos campus universitários, com 24% da amostra relatando que já tiveram pensamentos relacionados com o suicídio. Os dados obtidos indicam que o stress da vida académica, problemas de relacionamento, depressão, desesperança e ansiedade podem contribuir para o comportamento suicida. No entanto, outro facto preocupante a salientar no mesmo estudo, é que apenas 26% da amostra relatou que tinha conhecimento dos recursos existentes e disponíveis na Universidade, para ajudar o universitário nos seus problemas de saúde mental (Westefeld et al., 2005).

Foi demonstrado ainda por alguns autores (Schwartz & Whitaker, 1990; Haas, Hendin & Mann, 2003), que os alunos com maior risco de suicídio ou ideação suicida são aqueles que entram na Universidade com alguma perturbação mental ou que a desenvolvem durante o percurso académico. No entanto Silverman, Meyer, Sloane e colaboradores (1997), replicam pesquisas anteriores na área, indicando que no caso americano, as taxas de suicídio nas Universidades foram inferiores aos da média nacional (50% aproximadamente). Estes autores atribuem este facto ao baixo custo das consultas dos serviços de aconselhamento nas Universidades, apoio dos pares, proibição de armas de fogo nas Universidades, controlo do consumo de substâncias, entre outras.

2.2 Consumo de Substâncias

É do consenso geral, que grande percentagem das doenças (sobretudo as crónicas) resulta de comportamentos inadequados para a saúde que as pessoas adoptam ao longo da vida (Bennett, 2002; Ogden, 1999), em certa medida voluntariamente, e que o uso de drogas, abuso de álcool, actividade sexual de alto risco e outros comportamentos potencialmente

prejudiciais são importantes mediadores nos processos de doença (Baum & Posluszny, 1999). Minoletti (1997, cit. in Galli, 2005) refere que a integração e acesso na educação, o reforço dos valores como o humanismo, a rede social de apoio e o uso adequado do tempo livre, constituem importantes factores protectores no abuso de substâncias.

O álcool, tabaco e outras drogas constituem um problema psicológico, social e económico que afecta particularmente os jovens e constituem importantes factores de risco para a adopção de outros comportamentos de risco para a saúde (Franca & Colares, 2008; Gonçalves, Carvalho, Dantas & Rodrigues, 2008). No entanto, muitos estudantes que ingerem quantidades de álcool significativas, não têm a percepção que têm um problema, que necessitam de ajuda e que estes comportamentos desajustados a longo e médio prazo têm repercussões negativas nas suas vidas (Birky, 2005; Smith & Anderson, 2001).

Em outro estudo foi encontrado relação do consumo excessivo de álcool com o consumo de cigarro, marijuana, cocaína e outras drogas em entre estudantes americanos (Jones, Oeltmann, Wilson, Brener & Hill, 2001). Em outro estudo conduzido por e Franca e Colares (2008), com uma população de 735 estudantes de ciências da saúde de Universidades públicas brasileiras, demonstrou que o consumo de álcool (68,8% no início do curso Vs 83,3% no final), tabaco (40,7% Vs 52,5%) e inalantes (10,2% Vs 21,9%) e a prática de relação sexual (62,5% Vs 85,0%) foram mais frequentes entre estudantes do final do curso, com diferenças estatisticamente significativas. Alschuler, Hoodin e Byrd (2009) referem no seu estudo, que 8,5% dos estudantes universitários tinham usado drogas ou abusado de prescrição medicamentosa e 2,0% preencheram os critérios diagnósticos para abuso de substâncias.

Dados de um estudo americano com a população universitária (SAMHSA - Substance Abuse & Mental Health Services Administration, 2002, cit. in Santana & Negreiros, 2008) evidenciam que os adolescentes com perturbações de ansiedade ou depressão têm mais possibilidades de desenvolver perturbações por abuso de substâncias em relação a outros que não apresentam este tipo de psicopatologia. Neste sentido, Arrivillaga, Cortés, Goicochea e Ortíz (2004) confirmaram uma relação directamente proporcional entre a frequência do consumo de álcool e o índice de depressão, ou seja, quanto maior o consumo de álcool maior a severidade do estado depressivo.

Como é sabido, muitos estudos têm direccionado a investigação para o consumo de álcool e drogas ilícitas. Não descurando a importância deste tema, outra das constatações que se

tem vindo a verificar, diz respeito ao aumento considerável de medicação psiquiátrica entre estudantes universitários como estratégia para lidar com os problemas psicológicos (Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Cooper & Nasr, 2006; Gallagher, 2009; Santos, Pereira & Veiga, 2010).

Segundo Gallagher (2009), 16% dos utentes dos centros de apoio e aconselhamento das Universidades americanas são encaminhados para avaliação psiquiátrica, e 25% tomam com medicação psiquiátrica. Este último indicador, segundo o mesmo autor, pontua acima dos anos anteriores o que revela um aumento do consumo de medicação psiquiátrica de ano para ano: 1994 com 9%, 2000 com 17%, e 2003 com 20%. Um outro estudo de Elias e Berg-Cross (2009), relativo aos alunos de Artes, demonstrou uma percentagem superior (aproximadamente 50%) quando comparados à população em geral, do uso de medicação psiquiátrica, nomeadamente antidepressivos e ansiolíticos. Para além desta realidade, 91% dos directores destes serviços acreditam que existe um aumento no número de estudantes que entram para a Universidade já com uso de medicação psiquiátrica (Gallagher, 2009).

3. PSICOPATOLOGIA NO ENSINO SUPERIOR: ESTUDOS DIFERENCIAIS

Embora muitos estudos analisem as associações entre saúde psicológica e vários factores demográficos, incluindo idade, sexo, estatuto socioeconómico e etnia na população em geral, a investigação neste domínio é ainda escassa no que se reporta aos estudantes universitários em particular (Burris, Brechting, Salsman & Carlson, 2009).

Todavia, tentou-se neste trabalho, recorrer ao maior número de informações científicas nacionais e estrangeiras, com o intuito de melhor perceber o quanto os factores sócio-demográficos se associam com a saúde mental dos estudantes universitários. Apresenta-se em seguida uma síntese da literatura, considerando o género, ano de escolaridade e idade, curso, rendimento académico, nível sócio económico e mobilidade.

3.1 Género

Ao nível das diferenças de género, vários estudos têm relatado uma maior frequência de sintomatologia psicopatológica e distúrbios psicológicos entre as mulheres quando comparadas com homens após a adolescência (Cyranski, Frank, Young & Shear, 2000; Denton, Prus & Walters, 2004; Grant, 2002; Hankin & Abramson, 1999; Keutzer, Morrill, Holmes et al., 1998; Khodarahimi, Rasti, Khajehie & Sattar, 2009; Pessoa & Oliveira, 2010; Rosenthal & Schreiner, 2000; Stepakoff, 1998).

Um estudo com 1290 indivíduos, elaborado por Neves e Dalgarrondo (2007), conclui que os estudantes do género feminino apresentavam mais queixas de sofrimento mental e maiores dificuldades psicossociais. Neste estudo verificou-se uma prevalência de 58% de sujeitos com pelo menos um tipo de perturbação mental, sendo 69% em mulheres e 45% em homens. Adlaf e colaboradores (2001, 2005) constataram 30% de perturbação mental numa amostra de 7.800 universitários canadenses, igualmente com resultados menos favoráveis nas mulheres (33,5% vs 23,9%).

Num outro estudo realizado com uma amostra representativa da população universitária utente do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano na Universidade do Minho, verificou-se que em termos de características socio-demográficas, 73% dos utentes deste serviço eram do sexo feminino e 27% do sexo masculino (Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002). Neste seguimento, as mulheres adolescentes e adultas relatam ter eventos de vida mais stressantes do que homens da mesma idade (Denton, Prus & Walters, 2004; Hankin & Abramson, 1999).

Os sintomas mais comuns de ansiedade foram mais evidenciados por mulheres do que por homens (Adlaf, Demers & Gliksman, 2005), nomeadamente ao nível da tensão constante (47% em todos os estudantes, 53% nas mulheres e 41% nos homens), das dificuldades em dormir por preocupação (32% em todos os estudantes, 38% das mulheres e 25% dos homens) e dos sentimentos relacionados com a infelicidade ou com a depressão (31% em todos os estudantes, 36% mulheres e 28% homens). No estudo conduzido por Fernandes e colaboradores (2005) também se pôde verificar que é nos estudantes do género feminino que se verificam as maiores percentagens de severidade sintomatológica e de dificuldades de resolução de problemas.

Vários estudos têm constatado diferenças entre sexos no que se refere não só à sintomatologia ansiosa mas também depressiva. Assim foram observadas tendências de pontuações mais elevadas nas mulheres, tanto na depressão como na ansiedade, quando comparadas com indivíduos do sexo masculino (APA, 2002; Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Ortíz, 2004; McAlpine & Wilson, 2004; Möller-Leimkühler & Yücel, 2010; Ruble, Grenlich, Pomerantz & Gochberg, 1993; Vélez, Garzón & Ortíz, 2008). No estudo de Vieira e Coutinho (2008) constatou-se que, do total de estudantes com depressão, 80% eram do sexo feminino e apenas 20% do sexo masculino. Todavia Newton-Taylor (2005), afirmam que os homens relataram ter mais pensamentos suicidas quando comparados com as mulheres (12,6% vs 9,6% respectivamente). Também o relatório elaborado por Gallagher (2009) refere que dos 103 suicídios cometidos por estudantes universitários americanos no ano

2009, 73% eram do sexo masculino. Estes indicadores parecem não ser específicos da população universitária já que também na população geral parece haver indicação de que os homens cometem mais suicídios comparativamente com as mulheres (Ministério da Saúde, 2007).

Diversas investigações que têm sido realizadas, tanto no âmbito nacional como internacional, parecem demonstrar que os estudantes do sexo feminino tendem a viver a vida universitária de forma mais ansiógena, exibindo conseqüentemente mais problemas ao nível da adaptação pessoal e emocional (Almeida, Gonçalves, Salgueira, Soares, Machado, Fernandes, Machado & Vasconcelos, 2003; Castro & Almeida, 2000; Gall, Evans & Bellerose, 2000; Soares & Almeida, 2002). Por outro lado esta constatação poderá estar também relacionada com a hipótese de que os homens são socializados para evitar o aparecimento de fraquezas e a serem auto-suficientes (Keutzer, Morrill, Holmes et al., 1998), ao passo que, as mulheres podem ter sido socializadas para ser mais auto-reflexivas e mais sensíveis a questões emocionais (Cook, 1990). Segundo Denton, Prus e Walters (2004), existem também importantes diferenças de género na percepção do auto-controlo e da auto-estima, com mulheres que relatam níveis mais baixos de ambos os recursos, quando comparadas com o sexo oposto, muito embora elas relatem níveis mais altos de apoio social.

Ainda no contexto nacional, os resultados de um estudo elaborado por Monteiro, Tavares e Pereira (2008a,b), indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação à sintomatologia psicopatológica, com excepção do que se verifica para a dimensão ansiedade, sendo o sexo feminino, como já referido, a apresentar resultados menos favoráveis nesta dimensão.

Ainda no contexto nacional, vários estudos têm apontada a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação à sintomatologia psicopatológica, com excepção do que se verifica para a dimensão ansiedade, sendo o sexo feminino, como já referido, a apresentar resultados menos favoráveis (Monteiro, Tavares e Pereira (2008a,b). Por outro lado outros autores relatam que os homens apresentam abuso de substâncias superiores às mulheres (e.g. alcoolismo, droga) e maiores índices de agressividade e perturbações de comportamento (Blumenthal, 1988; Ruble, Grenlich, Pomerantz & Gochberg, 1993).

Como podemos constatar, segundo uma breve revisão da literatura parece haver consenso no facto de as mulheres apresentarem níveis de sintomatologia mais elevados e por isso

parecem estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação psiquiátrica quando comparadas com o sexo oposto.

3.2 Ano de escolaridade e Idade

Como pudemos verificar no ponto 1 (pagina 3) de acordo com a literatura na área, mais de metade dos jovens estudantes manifestam algum tipo de dificuldades na transição educativa (Brooks & Dubois, 1995; Stone & Archer, 1990), o que explica, as taxas mais elevadas de insucesso e de abandono nos primeiros anos de frequência universitária e, sobretudo, no primeiro ano, onde são inúmeros os problemas com os quais o estudante tem de se confrontar (Ferraz & Pereira, 2003). Por outro lado, a vida de estudante, especialmente durante este primeiro ano, é um período de vulnerabilidade em que os jovens estudantes criam, testam ou se ajustam a novas identidades psicológicas (Adlaf, Gliksman, Demers & Newton-Taylor, 2001; Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006; Roberts, Golding, Towell & Weinreb, 1999).

Pela frequência de manifestações sintomáticas verificadas durante o 1º ano do Ensino Superior, quer nos jovens, quer na unidade familiar, pode-se apontar este período como sendo altamente gerador de stress (Akgun & Ciarrochi, 2003; Arnett, 2000; Aspinwall & Taylor, 1992; Chemers, Hu & Garcia, 2001; Monteiro, Tavares & Pereira, 2007; Shields, 2001). Galli (2005) verificou uma maior prevalência de psicopatologia nos alunos do 1º ano, apontando mais uma vez factores stressantes na base destes resultados, tais como, adaptação a novos ambientes, procura da identidade e a escolha de uma carreira.

Como já sublinhado anteriormente, são vários os estudos que têm assinalado o primeiro ano da Universidade como um período de vulnerabilidade face ao desenvolvimento de sintomatologia física e psicológica (Furr, Westefeld, McConnel & Jenkins, 2001), contribuindo esta sintomatologia para as dificuldades no ajustamento à vida universitária (Cang, 1997, 2001; Morrison & O'Conner, 2004; O'Connor, Cobb & O'Connor, 2003). Também os resultados do estudo desenvolvido por Monteiro, Tavares e Pereira (2008a) na Universidade de Aveiro, sugerem que o estudante do 1.º ano demonstra níveis de sintomatologia psicopatológica superiores aos da população normal. Fernandes e Feixas (2007) destacam mesmo que “a sintomatologia apresentada pelos estudantes aquando a sua entrada na Universidade significa inviabilidade na construção das suas experiências de vida e ameaça de falência do sistema de significação pessoal” (p. 242).

Tavares, Santiago e Lencastre (1998) ao realizarem estudos nas várias faculdades da Universidade de Aveiro com alunos de 1º ano, destacam que cerca de 70% dos indivíduos referem apresentar problemas, destacando-se os relacionados com a falta de atenção nas aulas e as dificuldades encontradas no estudo. Salientam ainda estes autores que, variáveis como a ansiedade e o mal-estar físico aparecem entre os problemas identificados e como factores perturbadores do bem-estar académico neste ano curricular.

Segundo Furr, Westefeld, McConnel e Jenkins (2001), cerca de 50% dos estudantes universitários relatam sintomas depressivos pouco depois de iniciarem os seus estudos universitários, sendo que um número significativo de estudantes do 1º ano relata níveis elevados ou moderados de solidão (Cutrona, 1982), baixas por doença (Fisher & Hood, 1988), problemas emocionais (Fisher & Hood, 1987; Fisher, Murray & Frazer, 1985) e dificuldades em realizar e manter em dia o trabalho académico (Levitz & Noel, 1989).

Newton-Taylor (2005) destaca que a maioria dos sintomas de sofrimento psicológico não difere significativamente de acordo com o ano curricular dos alunos. Todavia, variáveis como sentir-se infeliz ou deprimido diferem significativamente nos alunos do 4º ano, sendo o relato destes sintomas menos prováveis neste grupo quando comparados com estudantes de outros anos (Newton-Taylor, 2005; Ruble, Grenlich, Pomerantz & Gochberg, 1993).

Melo, Pereira e Pereira (2005), com uma amostra de 507 estudantes da Universidade de Coimbra que frequentam as consultas de Psicologia, verificam que recorrem à consulta maioritariamente os alunos do 2º e 3º ano. Estes dados são reforçados por Pereira, Pina Fernandes, Dias e colaboradores (2002), observando os números do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano na Universidade do Minho, onde verificaram que 62% dos utentes frequentam o 2º ou 3ºano, 34% o 1º ou 4º anos e apenas 4% o 5º ano.

No entanto, como alertam outros autores, também os alunos nos anos finais da licenciatura, apresentam um conjunto de dificuldades (e.g. sintomas depressivos, ansiosos e dificuldades escolares) inerentes a esta nova fase de construção de autonomia que resultam da proximidade com o mundo do trabalho, da competição com os colegas de curso e das dificuldades de relacionamento interpessoal que daí possam advir, da preparação para o primeiro emprego (e.g. construção do currículo, resposta a anúncios, entrevista de selecção, etc.) e das mudanças na estrutura de vida pessoal, familiar, social e académica (Costa 2000; Mendes, 2005; Welling & Vasconcelos, 2008).

Ao nível etário, algumas investigações apontam para uma menor prevalência de psicopatologia em alunos mais velhos na idade de 18 a 24 anos e 25 a 34 anos comparativamente à faixa etária dos 17 anos de idade (Welling & Vasconcelos, 2008). No estudo de Vieira e Coutinho (2008) a maioria dos estudantes depressivos (92%) e que demonstrou maior ideação suicida (74,1%) encontrava-se na faixa etária dos 18 aos 22 anos de idade. Tal como Seiffge-Krenke e Kavšek (1996) sugerem, à medida que os anos passam, é notório um desenvolvimento positivo de estratégias de *coping* face às situações problemáticas exteriores, ao invés do que se passa com alunos mais novos do 1º ano. Todavia os resultados do estudo conduzido por Silverman, Meyer, Sloane e colaboradores (1997) revelaram que os alunos com 25 anos (ou mais), foram os que apresentaram maior risco de suicídio quando comparados com estudantes mais jovens.

Para Rickinson (1998) a transição tem tanto de perigo como de oportunidade para cada aluno. A este respeito, e ainda segundo a mesma autora, a transição para o Ensino Superior pode salientar psicopatologicamente os alunos entre os 18 e os 25 anos de idade, que podem vivenciar interações constantes das aprendizagens com os desafios de desenvolvimento da adolescência tardia.

Sintetizando, segundo a literatura e como já referido no ponto 1, os alunos do 1º ano constituem um grupo com particularidades ao nível da sintomatologia psicopatológica e desenvolvimento de perturbações do foro psíquico. Estes factos parecem estar relacionados com o período que estes estudantes atravessam no momento da entrada da Universidade e toda a mudança psicossocial que tendem a enfrentar neste novo contexto universitário.

3.3 Curso

Alguns estudos puderam evidenciar uma significativa prevalência de doença psiquiátrica nos universitários, especialmente em estudantes de Medicina (Surtees & Miller, 1990; Zoccolillo et al., 1986) destacando-se mais uma vez as perturbações de ansiedade e depressão (Linn & Zeppa, 1984). Möller-Leimkühler e Yücel (2010) destacam mesmo que estudantes universitários, que frequentam o curso de Medicina, precisam de atenção especial e apoio, porque representam um grupo de alto risco na depressão e no suicídio.

A respeito deste curso, diversos autores assinalaram maior frequência e incidência em relação à patologia psiquiátrica nestes estudantes que na população geral (Bjorksten, Sutherland, Miller & Stewart, 1983; Lloyd & Gastrell, 1984). Roberts, Warner, Lyketsos, Frank, Ganzini e Carter (2001), entrevistaram um total de 1027 estudantes de Medicina

americanos, encontrando uma prevalência de 46% de sintomatologia psiquiátrica. Um outro estudo tendo em conta a personalidade (Vargas 1998, *cit. in* Galli, 2005), com 204 estudantes de Medicina, destacou que 48% apresentava altas pontuações na dimensão neuroticismo, 46% apresentava valores medianos e somente 6% obteve uma baixa pontuação.

Lima, Domingues e Cerqueira (2006), evidenciam que a prevalência de perturbações mentais comuns se revelou elevada entre os estudantes de Medicina, associando-se a variáveis relacionadas com a rede de apoio disponível. Ainda os mesmos autores justificam que as experiências emocionalmente tensas vividas nos últimos anos do curso (contacto com pacientes graves, formação de grupos, entre outras) são provavelmente fortes stressores.

Destacando a presença de psicopatologia fundamentalmente afectiva e comparando estudantes de Medicina e outros estudantes de diferentes cursos, Henry Benitez e colaboradores (1989) concluíram que tanto os primeiros como os segundos obtiveram altos índices, que superaram o ponto de corte da detecção de psicopatologia. Os mesmos autores destacam ainda que, tanto um grupo como outro obteve pontuações altas em escalas que avaliaram a ansiedade, mas baixas nas escalas que avaliaram a depressão.

Cassaretto (2003), numa amostra de 123 alunos de Psicologia de uma Universidade privada, constatou que os problemas geradores de stress eram aqueles que se relacionavam com o futuro (desemprego, destruição do meio ambiente e percepção de falta de êxito) e com a Universidade (exigências e dificuldades académicas). Igualmente num estudo efectuado por Fernandes e colaboradores (2005) verificou-se que nas licenciaturas em Psicologia e em Educação a percentagem de alunos com índices de severidade sintomatológica crítica e com dificuldades na resolução de problemas é superior às encontradas nas outras licenciaturas. Com o objectivo de identificar a presença de ideação suicida nos estudantes de Psicologia, Vieira e Coutinho (2008) constataram, mediante análise dos dados, a presença da ideação suicida em 26 participantes, o que corresponde a 11% da amostra total dos estudantes. Segundo Galli (2005), é possível que tantos os alunos de Psicologia como os de Medicina, estejam expostos a maiores exigências académicas e a maiores expectativas acerca da forma como exercer a sua profissão no futuro, mostrando por isso índices de ansiedade superiores aos restantes alunos.

Por outro lado, o estudo de Maia e Seabra (2007) revela que os alunos de Letras exibem mais sintomas psicopatológicos do que os alunos de Psicologia e de Medicina. Uma possível explicação para estes resultados apontados pelas autoras, poderá estar

relacionada com a menor exigência no acesso àquele curso, podendo este ser frequentado por alunos menos funcionais em termos psicológicos, do que nos cursos de Medicina e Psicologia. Ainda a este respeito, Elias e Berg-Cross (2009) alertam para o facto de estudantes dos cursos de Artes, muitas vezes estarem associados a estereótipos negativos, o que poderá levar a negligenciar investigações no âmbito das motivações de carreira, riscos para a saúde mental e outros factores que avaliem esta população. Segundo os mesmos autores, tornam-se pertinentes investigações nesta área já que, parece existir uma ligação entre a psicopatologia e a criatividade, mas também a psicopatologia pode efectivamente impedir a criatividade.

Apesar de não haver consenso nos diversos autores quanto aos cursos mais problemáticos relativamente à sintomatologia psicopatológica e ao desenvolvimento de perturbação psiquiátrica, os cursos de Medicina, Psicologia e Artes parecem ser aqueles que, ou por serem os mais estudados, ou porque diferem em grau de exigência nas questões de acesso, se apresentam mais referidos na literatura.

3.4 Rendimento Académico

O sucesso académico dos alunos é uma prioridade para todas as Universidades (Mills, Heyworth, Rosenwax, Carr & Rosenberg, 2008). Podemos entender o rendimento académico como a capacidade de resposta que um individuo tem a estímulos, objectivos e propósitos educativos previamente estabelecidos mas também pode ser entendido como um indicador que permite conhecer a existência de qualidade na educação em qualquer nível de ensino (Jara, Velarde, Gordillo, Guerra, León, Arroyo & Figueroa, 2008). Para os mesmos autores, um rendimento académico baixo, significa que um estudante não adquiriu de forma adequada e completa os conhecimentos, e que não possui as ferramentas e habilidades ou competências necessárias para a solução de problemas referentes aos seus estudos. Geralmente um rendimento académico baixo está relacionado com múltiplos factores: familiares, académicos, económicos, sociais, culturais (Vélez & Roa, 2005). Estes factores podem permanecer por um longo período de tempo afectando a integridade biopsicossocial do aluno, manifestando-se nos deficits de atenção, dificuldades de memória, atenção e concentração, baixo rendimento académico e pouca produtividade académica (Fergusson, James & Madeley, 2002).

Outros factores podem contribuir para um baixo rendimento académico: estratégias de estudo desenvolvidas no secundário e muitas vezes desadequadas às exigências de um ensino que implica maior responsabilização como é o Ensino Superior, a falta de

autodisciplina, a motivação e vocação envolvidas na escolha do curso, a integração social com os colegas e com o contexto académico, as condições familiares e sócio-económicas e a instabilidade emocional (Welling & Vasconcelos, 2008). Segundo estes autores, embora os serviços de apoio psicológico de valência clínica não tenham como objectivo principal o combate ao insucesso escolar, muitos dos estudantes apresentam queixas ao nível do rendimento académico entre as quais, grandes atrasos no estudo, desmotivação pelo curso em que o aluno está inserido ou ansiedade face às avaliações.

O género, o rendimento escolar anterior, a própria Universidade e os factores de ordem económica aliados a uma boa integração social e bons hábitos de estudo parecem ser condições para um prognóstico positivo no que respeita ao rendimento académico (Frischenschlager, Haldinger & Mitterauer, 2005; Mills, et al., 2008).

Um estudo de Díaz, Giraldo e Buitrago (2006) revelou que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, os homens apresentavam maiores problemas académicos que as mulheres sendo que estas apresentaram maior rendimento académico quando comparadas com o sexo oposto. Quanto ao ano académico a literatura tem sublinhado muitas vezes que é durante o primeiro ano que os alunos tendem a registar maiores quebras no rendimento académico (Almeida et al., 2003; Fernandes, Maia, Meireles, et al. 2005).

Apesar dos resultados de um estudo desenvolvido por Svanum e Zody (2001) sugerirem que a psicopatologia tem uma variada e fraca associação com desempenho escolar, de facto, a infinidade de aspectos que afectam o desempenho académico dos estudantes que ingressam numa Universidade, provavelmente tem um papel fundamental na sua saúde mental (Armenta, Pacheco & Pineda, 2008). Alguns estudos mostraram que existe uma relação significativa entre o rendimento académico e o estado emocional dos alunos (Steinhausen & Metzke, 2000). Neste seguimento, o rendimento académico poderá ser influenciado por estados emocionais como a ansiedade e a depressão (Rivera, 2000; Velez & Roa, 2005), manifestando-se em nervosismo ou tensão, falta ou excesso de sono, falta de concentração, apatia e em casos extremos, depressão profunda; pode ainda ser afectado, como já referido anteriormente, por outros factores não cognitivos como as dificuldades financeiras, o comodismo, a cultura e a prática desportiva (Rodriguez, Viegas, Abreu & Tavares, 2002).

Um elevado nível de stress por exemplo, altera o sistema de respostas: i) a nível cognitivo, os alunos tendem a acreditar que não sabem nada antes do exame, que vai acontecer uma

“branca”, que vão ser perguntadas as questões para as quais não se prepararam correctamente, etc.; ii) a nível motor, os alunos tendem a ir à casa de banho mesmo sem necessidade, roem as unhas, estalam os dedos, emitem respirações profundas, fumam em excesso, etc.; iii) a nível fisiológico, taquicardia, suores, tremores, dores de barriga, etc. (Pérez San Gregorio, Rodríguez, Borda & Río, 2003). Estas alterações nestes três níveis de resposta, segundo Maldonado, Hidalgo & Otero (2000), influenciam negativamente o rendimento académico (e.g. diminuição na classificação nos exames dos alunos, faltas ao exame ou desistência do exame a meio, etc.).

Um estudo recente indicou que 28% dos pacientes estudantes universitários preenchiam os critérios diagnósticos para distúrbios psiquiátricos e que estes problemas afectavam directamente a capacidade do aluno para um bom desempenho académico (Alschuler, Hoodin & Byrd, 2008, 2009). Andrews e Wilding (2004) numa amostra com estudantes universitários britânicos, destacaram entre os problemas principais as dificuldades financeiras que, aliadas com outras dificuldades podem aumentar os níveis de ansiedade e depressão e que por sua vez estas no seu conjunto prejudicam o desempenho académico do aluno. Uma das justificações apontadas por estes autores tem a ver com a relação entre estes estados emocionais e motivação dos alunos, isto é, estados depressivos por exemplo, são caracterizados por baixos níveis de motivação prevendo-se por isso um mau desempenho académico.

Todavia, ainda neste estudo de Andrews e Wilding (2004) não foram encontradas relações entre o desempenho académico e a ansiedade, o que vai, segundo os mesmos, ao encontro de outros estudos experimentais sobre ansiedade e desempenho cognitivo. Uma explicação avançada por Eysenck e Calvo (1992) e por Pérez San Gregorio e colaboradores (2003) é que se por um lado a ansiedade gera preocupações que podem afectar a eficiência do processamento, por outro lado estas preocupações motivam os indivíduos a usar estratégias compensatórias que muitas vezes aumentam a eficácia do desempenho.

Para além dos problemas psiquiátricos tradicionais, a American College Health Association – ACHA (2005), referiu um conjunto de problemas comportamentais, mais relacionados com questões psicossociais, que influenciam directamente o desempenho académico dos alunos: stress (32,0%), dificuldade para dormir (24,1%), a preocupação com amigos ou membros da família (18,4%), dificuldades de relacionamento (15,8%), morte de um amigo ou membro da família (8,8%) e por fim, uso de álcool (7,8%). A ACHA (2008) refere ainda outros problemas que afectam rendimento académico dos estudantes universitários, tais como, o abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco, peso e nutrição, violência

e a saúde física e mental desta população. Estes problemas podem predispor os doentes não só para outros problemas mas também parecem agravar a sintomatologia física e psicológica (Alschuler, Hoodin & Byrd, 2009); por outro lado, o aparecimento de distúrbios psicológicos, na maioria das vezes perturba a realização de tarefas de desenvolvimento normais e educacionais com as quais o jovem adulto se depara (Becker, Martin, Wajeeh, Ward & Shern, 2002).

Brackney e Karabenick (1995) concluíram que os alunos menos ajustados se percebem como menos competentes para ter sucesso, apresentam maior ansiedade face aos testes, foram menos propensos a organizar o seu ambiente e métodos de estudo, persistem nas dificuldades e procuram apoio académico, quando necessário. Este estudo forneceu ainda evidências de que a psicopatologia teve um efeito indirecto significativo sobre o desempenho académico e demonstrou o papel importante da auto-eficácia e gestão dos recursos.

Também Monteiro, Vasconcelos e Almeida (2005), revelaram que os alunos que se perceberam com maior competência pessoal, obtiveram melhores notas em todos os indicadores do rendimento analisados. Segundo estes autores, este facto poderá estar relacionado igualmente com a concepção de autoconfiança e de expectativas de auto-eficácia. Os resultados do estudo de Fernandes, Maia, Meireles e colaboradores (2005), com alunos universitários do 1º ano e utilizando o ponto de corte considerado para a população portuguesa tomando o Índice Geral de Sintomas (IGS>1.23) da Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), indicaram uma correlação negativa e altamente significativa entre a presença de sintomatologia psicopatológica e as competências de resolução de problemas, facto que no entender dos autores, poderá favorecer “construções de ameaça em vez de construções de desafio” (p. 301), gerando fragilidade psicológica nos alunos.

Sintetizando, é sabido que o rendimento está determinado por uma série de aspectos quotidianos (e.g. esforço, capacidade de trabalho, intensidade do estudo, competências, atitudes, personalidade, atenção, motivação memória, racionalidade) que afectam o desempenho dos indivíduos (Armenta, Pacheco & Pineda, 2008) e que as causas explicativas do insucesso escolar são complexas e multifacetadas, das quais se salientam os factores relacionados com o processo de transição/adaptação à Universidade, os problemas de natureza académica (organização curricular, stress e ansiedade aos exames, entre outros) e os factores relacionados com o desenvolvimento pessoal (Ferraz & Pereira,

2003; Pereira, Decq Motta, Pinto, Melo, Bernardino, Lopes, Ferreira, Mendes & Vaz, 2004; Zeidner, 1995).

3.5 Nível sócio-económico

Na investigação desenvolvida Neves e Dalgarrondo (2007) concluiu-se que as dificuldades globais apresentadas pelos participantes decorrem não só de situações internas (sofrimento psicológico) como também de situações interpessoais e ambientais (sentimento de maior discriminação social, dificuldades na relação com amigos, com a família, com a Universidade e também de situações socioeconómica mais baixas).

Quando relacionada a depressão – uma das patologias com maior prevalência na população universitária (Vélez, Garzón & Ortíz, 2008) – com as características socioeconómicas e pessoais dos indivíduos, pode-se verificar que quanto maior é o nível de depressão menor é o estatuto socioeconómico ao qual pertencem os jovens universitários (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Ortíz, 2004). Neste seguimento, outro estudo com 300 estudantes, conduzido por Khodarahimi, Rasti, Khajehie e Sattar (2009), verificou-se que estudantes universitários com nível socioeconómico moderado e alto apresentaram índices de melhor saúde mental do que aqueles que apresentaram um baixo nível socioeconómico.

Tendo em conta a variável idade e bolsas de estudo, uma investigação elaborada por Sampaio, Barreira, Basto, Carvalho e colaboradores (2005), constatou que os alunos mais novos são os que representam a maior percentagem na distribuição de bolsas de estudo (entre os 17 e os 20 anos=53% Vs 2% entre os 29 e os 32 anos) e que o número de bolseiros com mais de 33 anos é pouco representativo. Ainda neste mesmo estudo, na população feminina constatou-se um número consideravelmente superior de bolsas de estudo em relação à população masculina (63% - 37% respectivamente). Num estudo de Verger e colaboradores. (2009) com 2557 estudantes, a proporção de bolseiros foi igualmente significativa nas mulheres em relação aos homens.

No que respeita ao nível de ensino dos pais dos estudantes universitários bolseiros, Sampaio, Barreira, Basto, Carvalho e colaboradores (2005), verificaram que os 74% destes estão casados e na sua maioria concluíram os níveis de ensino básico. Todavia Verger e colaboradores (2009) sublinham que, não se encontraram relações significativas entre psicopatologia e a escolaridade dos pais.

Também o efeito do estado civil parece ter influência sobre a saúde mental dos estudantes universitários nomeadamente ao nível da sintomatologia depressiva. Khodarahimi, Rasti, Khajehie e Sattar (2009), constataram que estudantes solteiros se encontram significativamente mais deprimidos do que os casados.

Na anterior e breve síntese, parece que os alunos com nível socio-económico mais baixo, tendem a apresentar índices de psicopatologia superior quando comparados com alunos de nível socioeconómico moderado e alto.

3.6 Mobilidade

Batista e Almeida (2002) encontraram entre os alunos não deslocados, um bem-estar físico e psicológico superior, melhor equilíbrio emocional, mais optimismo, mais confiança, maior estabilidade afectiva, melhores hábitos de estudo, melhores competências na tomada de decisão, na gestão do tempo e na preparação para os testes. Mohammadi, Schwitzer e Nunnery (2010), numa amostra de jovens universitários iranianos, constataram igualmente que aqueles que vivem na residência de origem apresentam efeitos positivos na adaptação e no desempenho académico.

Nesta linha, Guerra, Lencastre, Lemos e Pereira (2002) encontraram mais problemas de isolamento/solidão e de adaptação à Universidade entre os alunos deslocados. Mais recentemente Costa e Leal (2008) destacam que, os alunos deslocados, revelaram maior ansiedade e stress psicológico do que os seus pares não deslocados. Estes últimos autores referem ainda que os alunos não deslocados indicaram melhor adaptação académica geral.

Todavia Rebelo e Lopes (2001) apontaram anteriormente a hipótese de que a saída de casa, em condições de imposição externa (como é o caso de sair para estudar), favorece o estreitamento de laços entre pais e filhos, isto porque, segundo os resultados do estudo, os alunos deslocados comparativamente com o grupo de iguais não deslocados, apresentaram níveis estatisticamente mais satisfatórios no relacionamento familiar.

A respeito da habitação dos estudantes com ideação suicida do estudo conduzido por Vieira e Coutinho (2008), percebeu-se que 11,1% residiam sozinhos, 40,7% residiam com os pais, 33,3% residiam com colegas e 14,8% afirmaram possuir outro tipo de habitação.

Relativamente à mobilidade dos estudantes, ou seja, à sua saída de casa por razões de entrada no Ensino Superior, a literatura embora não seja consensual, parece apontar os

alunos deslocados, como um grupo que tende a apresentar um bem-estar físico e psicológico inferior quando comparados com alunos não deslocados. Nesta linha, problemas de solidão e de adaptação à Universidade, menor apoio social, maior ansiedade e maior stress psicológico parecem ser exemplos de problemáticas com as quais estes alunos se deparam. Também a ausência de controlo por parte dos progenitores e a proximidade com novos contextos muitas vezes desconhecidos para eles (e.g. espaços nocturnos), poderão estar na origem da adopção de novos comportamentos menos ajustados (e.g. consumo de substâncias).

4. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO ENSINO SUPERIOR

Aumentar e melhorar o conhecimento sobre a população estudantil é um factor crucial no desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental a fim de satisfazer as necessidades dos alunos e ajudá-los a lidar com vários problemas (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010). Neste sentido, a prática do aconselhamento psicológico em instituições do Ensino Superior, que fazem parte de uma atitude de promoção de total qualidade do Ensino contemporâneo, iniciou-se no Reino Unido nos anos 60 e mais tarde em Portugal tendo-se iniciado no ano de 1983 em Lisboa (Welling & Vasconcelos, 2008).

A necessidade de fornecer orientação a um amplo leque de estudantes bem como intervir numa diversidade de problemas, incluindo os relacionados com a carreira, género, necessidades de desenvolvimento, transições de vida, stress, violência e graves problemas psicológicos é um dos principais desafios com que centros de aconselhamento/apoio universitários se deparam (Kitzrow, 2003). Outros autores alertam para a necessidade de implementação de estruturas de aconselhamento psicológico no Ensino Superior (Almeida, Soares & Ferreira, 2002; Pereira et al., 2006), isto porque, tal como destacam Costa e Leal (2008) quanto mais o aluno se sentir apoiado, maior será o grau de satisfação com a vida, o que conduz a melhores níveis de saúde mental.

Os recursos pessoais desenvolvidos previamente poderão ser decisivos quer para o modo como os estudantes gerem a discrepância entre as suas expectativas e a realidade encontrada, quer para a forma como mobilizam estratégias úteis para resolver problemas e tarefas associadas à gestão pessoal, interpessoal e académica (Almeida, Soares & Ferreira, 1999). Deste modo, e na opinião de Chickering e Reisser (1993), se o processo de adaptação e inserção no Ensino Superior for positivamente alcançado, o estudante terá oportunidades e desafios únicos ao nível da autonomia, da construção da identidade, do

desenvolvimento das relações interpessoais, do desenvolvimento de ideias e do desenvolvimento da integridade.

O Ensino Superior tem como objectivo ajudar os alunos a efectivar os seus talentos e potencialidades para ter sucesso não só nos desempenhos educacionais como ao longo das suas vidas (Khodarahimi, Rasti, Khajehie & Sattar, 2009). Assim, tal como salientam Rosário e Almeida (2005) “se à escola associarmos outras aprendizagens que não estritamente as cognitivas (aprender a ser, aprender a interagir com os outros...), então a centração dos processos e oportunidades formativas na pessoa do aluno sai reforçada” (p. 144).

Existem inúmeras investigações acerca dos efeitos do aconselhamento psicológico nos estudantes de Ensino Superior que demonstraram a eficácia deste tipo de serviços nomeadamente na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa, entre outras (Lees & Vaspe, 1999; Rickinson, 1998; Welling & Vasconcelos, 2008).

De facto, vários estudos alertam para a importância de se atender à emergência de sintomatologia nos estudantes universitários, dado que a psicopatologia tem sido encontrada como preditor significativo do fracasso, quer no ajustamento à entrada para a Universidade (Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995), quer na realização académica (Meilman, Manley, Gaylor & Turco, 1992). Por outro lado, como já dito anteriormente, é notado um aumento significativo do número de alunos com graves problemas psicológicos e por conseguinte regista-se um aumento de alunos que procuram os serviços de aconselhamento ou apoio psicológico (Kitzrow, 2003).

No sentido de prevenir o fracasso académico e pessoal dos estudantes, Fernandes e Feixas (2007) induzem que a Universidade deverá dirigir esforços em relação aos recursos académicos, pessoais e sociais adquiridos e à capacidade de reconstrução face às novas exigências do sistema de ensino. Assim, para os mesmos autores, parece ser evidente a necessidade das Universidades providenciarem serviços de apoio psicológico, com objectivos preventivos, remediativos e desenvolvimentais, cujas intervenções terão seguramente impacto ao nível do bem-estar psicológico, ao nível da promoção das competências de resolução de problemas, reflectindo-se certamente no sucesso académico destes alunos.

De igual modo, como alertam outros autores, a percepção de um ambiente universitário positivo tende a estar associado com uma maior participação do estudante em experiências educacionais e no processo de aprendizagem, que muitas vezes determina o sucesso

académico (Astin, 1993; Hu & Kuh, 2002; Pascarella, 1985; Pascarella & Terenzini, 1991). Este consequente optimismo parece ser um bom preditor de bem-estar psicológico estando associado a menores níveis de psicopatológica e maior sucesso académico (Burris, Brechting, Salsman & Carlson, 2009). Neste sentido, realça-se aqui a ideia de Monteiro, Tavares e Pereira (2008b) de que, quanto mais optimistas são os estudantes, menor sintomatologia psicopatológica apresentam.

Lima, Domingues e Cerqueira (2006) sugerem que as instituições formadoras deverão estar atentas, estabelecendo intervenções direccionadas para o acolhimento e para o sofrimento dos formandos. Bastos (1993) refere que, numa instituição educativa, todos os agentes podem e devem criar condições para que seja possível a promoção e o desenvolvimento dos alunos. Coryne (1987), com base nos estudos sobre o impacto do campus universitário no desenvolvimento dos estudantes, confirma a necessidade de um ambiente académico que compreenda um nível adequado de desafio mas também de apoio aos estudantes. Monteiro, Tavares e Pereira (2008a), sustentados nos dados resultantes de serviços de aconselhamento psicológico, reforçam a convicção de que a presença de psicopatologia em estudantes do Ensino Superior não deve ser subestimada. Melo, Pereira e Pereira (2005) sugerem mesmo que as Universidades devem motivar os estudantes para o sucesso, com destaque para a implementação de estratégias de valorização da saúde mental dos mesmos.

Na tentativa de responder eficazmente ao aumento significativo dos graves problemas psicológicos dos alunos, 60% dos centros americanos de apoio e aconselhamento psicológico aumentaram a quantidade de formações do corpo docente e outros profissionais, 59,3% alargaram os Comités de Assistência a Estudantes, 53% expandiram as redes de referência externa, 48,7% proporcionam apoio psico-educativo nos sites dos centros, 47,4% ministram maior treino do pessoal para trabalhar nos casos difíceis, 30,5% aumentaram o horário de consulta psiquiátrica, 28,5% disponibilizam maior aconselhamento pessoal, 19,9% aumentaram o número de psicólogos em época alta e 16,9% aumentaram a formação em terapias breves (Gallagher, 2009).

Galli (2005) não só constatou alta prevalência de psicopatologia nos universitários como também a sua manutenção. Uma das possíveis causas desta alta prevalência, apontadas pela autora, teria a ver com o facto de os alunos: não receberem a devida intervenção, não terem informação suficiente ou sistemática sobre as diversas perturbações psicopatológicas e terem pouca percepção das próprias patologias. A aposta no melhoramento e eficácia da resposta de intervenção dos centros de apoio psicológico nas Universidades, é

indiscutivelmente necessário, já que se sabe, por exemplo, que no fim do processo terapêutico, o paciente em psicoterapia se encontra significativamente melhor do que outros pacientes não submetidos a intervenção (Lambert & Ogles, 2004).

4.1 Tipologia de serviços de apoio psicológico no Ensino Superior em Portugal

Considera-se que as principais funções dos serviços de aconselhamento psicológico devem ser apoiar o processo educativo e o sucesso académico dos estudantes, promover o desenvolvimento pessoal, prevenir comportamentos de risco, trabalhar com o sistema institucional global (e.g. reflectindo com os professores) e promover a reflexão sobre a prática pedagógica e as metodologias de ensino (Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002). Estes serviços de apoio psicológico, segundo os mesmos autores, fazem parte de uma atitude de promoção de total qualidade do Ensino Superior contemporâneo, e por isso, como sublinha Cooper (2003), é imperativo que tenham apoio das entidades superiores.

No que diz respeito às valências que devem ser consideradas nos serviços de aconselhamento/apoio psicológico nas Universidades, vários autores salientam que a acção deverá englobar intervenções no âmbito remediativo, preventivo e desenvolvimental. (Gonçalves e Cruz, 1988; Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002).

Quantos às primeiras – remediativas – baseiam-se na psicoterapia ou apoio terapêutico, sendo direccionado essencialmente aos alunos que experienciam problemas de ajustamento significativo e que também por isso exigem respostas imediatas dos profissionais (Gonçalves & Cruz, 1988).

Estas respostas são accionadas em determinadas situações, tais como, as perturbações do foro clínico (e.g. depressão, ansiedade, personalidade, psicoses, sexualidade, anorexia e bulimia, abandono escolar, etc.). Os mesmos autores referem ainda, que em casos mais graves (e.g. parasuicídio), estes serviços deverão contemplar por exemplo, linhas telefónicas de crises que facilitem uma resposta eficaz e imediata aos alunos que dela necessitarem.

As intervenções no âmbito preventivo tentam identificar e controlar os factores de risco e têm como objectivo principal a diminuição da incidência de problemas (Gonçalves & Cruz, 1988). Carvalho e Cruz (2008) sublinham que a promoção/orientação de estilos de vida mais saudáveis, promovem melhores níveis de adaptação académica, determinam uma avaliação

mais positiva do bem-estar subjectivo e, em contraponto, são responsáveis pela diminuição dos níveis de mal-estar psicológico.

A organização de grupos de desenvolvimento pessoal, programas de promoção da saúde, dinamização de actividades sociais, redes de aconselhamento entre colegas, preparação criteriosa de programas de recepção e acolhimentos aos caloiros, programas de desenvolvimento de competências de procura de emprego (elaboração de currículo, preparação da 1ª entrevista), apoio ao estudo, apoio à selecção de locais de estágio, são só algumas propostas avançadas por Gonçalves e Cruz (1988), no que respeita às respostas preventivas que os serviços de aconselhamento/apoio psicológico nas Universidades deverão ter em conta na sua actuação.

Por seu turno, as intervenções de carácter desenvolvimental procuram orientar a intervenção para a promoção e optimização do desenvolvimento psicológico dos alunos, de modo a que estes beneficiem maximamente do seu potencial humano. Os alunos devem ser ajudados a identificar os seus interesses, pontos fortes, pontos fracos e as circunstâncias pessoais (e.g. gerir emoções, autonomia, etc.) de modo a que os próprios possam fazer as suas opções de carreira adequadamente satisfatórias, conduzindo-os a uma higiene mental e realização pessoal (Gonçalves & Cruz, 1988; Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002; Khodarahimi, Rasti, Khajehie e Sattar, 2009).

Estes últimos autores identificaram algumas áreas de intervenção possíveis: programas de desenvolvimento em competências de estudo, resolução de problemas e de estratégias de planeamento e execução de testes e trabalhos escolares, programas de desenvolvimento de relações sociais, treino de assertividade, desenvolvimento moral e do autoconhecimento, treino de competências comportamentais e cognitivas, planeamento e acção no desenvolvimento de uma identidade vocacional, aconselhamento de actividades extra-curriculares (e.g. musica, desporto, actividades institucionais, etc.).

Como veremos no próximo ponto mais pormenorizadamente, as áreas de intervenção privilegiadas no Ensino Superior, passam pelas políticas e procedimentos académicos, competências e atitudes face ao estudo, estratégias de gestão do tempo, desenvolvimento de competências de comunicação e de relacionamento, pluralismo cultural, redução do stress, saúde e bem-estar, exploração vocacional, preparação para a inserção no mercado de trabalho, estabelecimento de objectivos de vida, motivação, desenvolvimento pessoal e problemas do foro psicopatológico (Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002).

Esta multidisciplinaridade de respostas está patente, por exemplo, no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano (SCPDH) desenvolvido na Universidade do Minho (UM), que organiza e oferece serviços de consulta e consultoria psicológica nos mais variados domínios: Consulta Psicológica Clínica e da Saúde para Crianças e Adolescentes, Consulta Psicológica Clínica e da Saúde para Adultos, Consulta Psicológica Escolar e Educacional, Consulta Psicológica da Justiça e da Reinserção Social e Consulta Psicológica no Desporto e no Exercício Físico. Assim, esta diversificada oferta de serviços reproduzem as duas principais orientações do SCPDH: servir a Universidade e a comunidade (Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002).

Outro serviço com uma resposta estruturada no Ensino Superior é o Núcleo de Apoio Médico e Psicológico (NAMP) do Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa. Este núcleo tem como principal objectivo promover o bem-estar psicológico de todas as pessoas que a ele recorram, quer em acompanhando individualmente quer organizando grupos terapêuticos, tendo por base uma intervenção cognitiva-comportamental (NAMP, 2010). Tem como principais funções: apoiar o processo educativo e o sucesso académico dos estudantes, promover o desenvolvimento pessoal e prevenir comportamentos de risco, apoiar os estudantes com sofrimento psicológico, intervir em situações de crise, trabalhar com o sistema institucional global (e.g. prevenindo a estigmatização), promover a reflexão sobre a prática pedagógica e as metodologias de ensino.

Por sua vez, a Secção de Integração Académica e Profissional (SIAP) da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), através do Gabinete de Apoio ao Aluno (GAP), fornece um conjunto de serviços multidisciplinares com o objectivo de facilitar a adaptação/integração dos novos estudantes, actuar ao nível do seu bem-estar e desenvolvimento psicossocial ao longo da sua vivência na faculdade, facilitar a integração profissional destes alunos, e ainda, dinamizar a aproximação entre a própria faculdade e o meio envolvente tais como entidades empregadoras e Instituições de Ensino/Formação (SIAP-FEP, 2010).

Segundo a mesma fonte, este serviço actua em várias valências de modo a responder prontamente a todas as solicitações nomeadamente: *consulta psicológica* (e.g. insucesso académico, problemas relacionais, ansiedade face aos exames ou outras situações, dificuldades de adaptação, luto, perturbações alimentares, de humor, de sono); *orientação vocacional/profissional* (e.g. escolha da área profissional, escolha nas disciplinas opcionais, mudança de curso, mudanças de emprego, competências e valorização profissionais); *workshops de desenvolvimento pessoal e social* (e.g. métodos de estudo,

competências de liderança e de trabalho em equipa, apresentação em publico, técnicas de relaxamento); *preparação para processos de recrutamento* (e.g. promover estratégias de procura activa de emprego, elaboração do Curriculum Vitae, redacção de cartas de apresentação e de candidatura espontânea, utilização dos diferentes meios de acesso ao mercado de trabalho, simulação, auto e hetero avaliação de entrevistas individuais e colectivas, treino de competências de comunicação e relacionamento interpessoal); *mediação faculdade/entidades empregadoras* (e.g. bolsa de emprego, divulgação de ofertas de formação e estagio/emprego); *mediação faculdade/escolas* (e.g. dia aberto, férias de orientação vocacional, condições de acesso ao Ensino Superior, divulgação de índices de empregabilidade); *consultadoria a organismos da FEP* (e.g. selecção e recrutamento de novos membros, orientação de membros para assumirem funções mais adequadas ao seu perfil, organização de eventos); *apoio a estudantes com necessidades especiais* (e.g. dificuldades académicas, dificuldades de adaptação à Universidade, questões relativas à acessibilidade/mobilidade, mediação com o Serviço de Apoio a Estudantes com deficiência da Universidade do Porto).

Como último exemplo destacam-se ainda os Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA), que promovem consultas nas seguintes áreas às quais podem ter acesso todos os estudantes, docentes e funcionários não docentes: Clínica geral, Cirurgia, Psiquiatria e saúde mental, Ginecologia e planeamento familiar, Sexologia, Psicologia, Nutrição e saúde alimentar e consulta de Desabituacão tabágica (SASUA, 2010). Para além das consultas individuais com psicólogos clínicos, e segundo a mesma referência, os SASUA reactivaram em Novembro de 2009 a LUA – Linha da Universidade de Aveiro – que é uma linha telefónica gratuita de apoio aos estudantes e funciona diariamente entre as 21h00 e a 01h00. A LUA é parte integrante do projecto “Consciência Social” e constitui um serviço integrado de apoio psicológico em formato telefónico, envolvendo especialistas e alunos voluntários (após formação especializada) que tentam dar resposta às várias problemáticas apresentadas (e.g. problemas escolares, distúrbios emocionais, pensamentos negativos, agenda pessoal, relações interpessoais, álcool, drogas).

Sumariamente segundo as directivas RESAPES – Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior (Pereira, Pina Fernandes, Dias et al., 2002) – os serviços de apoio/aconselhamento psicológico nas Universidades portuguesas devem desenvolver as seguintes actividades de forma a dar resposta às problemáticas que vão surgindo no Ensino Superior: prestação de serviços de aconselhamento psicológico nas suas diferentes modalidades (e.g. de crise, individual, e em grupo), organização de acções promotoras da saúde dos estudantes (e.g. consciencialização de comportamentos de risco e motivação

para comportamentos saudáveis, aumento de consciência de problemas de aprendizagem e de saúde mental com vista à sua detecção precoce e encaminhamento), publicação de materiais de apoio às actividades de intervenção psicológica, consultoria e parceria junto de órgãos directivos, funcionários, corpo docente e associações de estudantes (e.g. actividades de integração dos caloiros), formação de psicólogos, técnicos, professores e funcionários, divulgação das actividades do serviço de consulta psicológica junto dos diversos agentes da instituição e fora desta, organizar e apoiar projectos de investigação (e.g. aumentar o conhecimento sobre os processos psicossociais associados à vivência e ajustamento do estudante do Ensino Superior, determinar as modalidades de intervenção que são mais eficazes) e fazer uma avaliação contínua e pública da qualidade dos serviços prestados (e.g. através de indicadores académicos e clínicos, e indicadores de satisfação dos utentes e prestadores de serviços).

4.2 Áreas de intervenção psicológica privilegiadas no Ensino Superior

As consultas de Psicologia constituem uma área essencial, para a identificação e intervenção dos principais problemas dos estudantes universitários, quer os de desenvolvimento pessoal, quer os patológicos (Pereira, et al., 2006). Estudos desenvolvidos na área do aconselhamento psicológico em Portugal têm demonstrado que os problemas de natureza pessoal, familiares e institucionais, problemas relacionados com o processo desenvolvimental do aluno e problemas de natureza patológica, interferem no insucesso do aluno, pelo que se torna prioritário que se intervenha ao nível não só da sua saúde física mas também da saúde mental (Almeida, Soares & Ferreira, 2002; Pereira, et al., 2006).

Estudos internacionais e nacionais realizados nesta área do apoio psicológico com universitários revelam que quadros de ansiedade tendem a aparecer como o principal diagnóstico, seguindo-se então a depressão, problemas académicos e problemas interpessoais (Dias, 2006; O'Connor, 2001; Pereira, Masson, Ataíde & Melo, 2004).

Dias (2006), baseando-se na sua prática profissional, destaca que os estudantes que pedem ajuda psicológica encontram-se geralmente deprimidos e/ou ansiosos, com baixa autoconfiança, baixa auto-estima e confusos quanto ao seu futuro. A mesma autora acrescenta que os principais motivos de pedido de ajuda são: a quebra de um relacionamento amoroso, ou a dificuldade em o estabelecer; as reprovações nos exames e a ansiedade face a estes; as dificuldades de concentração nos estudos e consequentes dúvidas sobre as suas capacidades e sobre o curso escolhido; e por fim, destacam-se os

problemas nas relações com os pais geralmente devido ao excessivo controlo e às expectativas destes, à falta de apoio, ao afastamento de casa, entre outros.

Nos resultados de um estudo elaborado por Melo, Pereira e Pereira (2005), verifica-se que a maioria dos pedidos de consulta prende-se com questões de adaptação à Universidade. Contudo, outros autores salientam que o nível de gravidade de problemas dos alunos parece ser muito maior do que os tradicionais problemas de adaptação, destacando-se o suicídio, abuso de substâncias, história de tratamento psiquiátrico ou de hospitalizações, depressão e ansiedade (Benton, et al., 2003; Gallagher, 2009; Pledge, Lapan, Heppner & Roehlke, 1998).

Relativamente às características clínicas e segundo os números do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho (Pereira, Pina Fernandes, Dias, et al., 2002), as razões subjacentes ao pedido de ajuda, neste serviço, foram por ordem decrescente as seguintes: ansiedade (35%), depressão (32%), problemas interpessoais (22%) e problemas académicos (11%). Na mesma amostra, o diagnóstico principal identificado foi por ordem decrescente: sem critérios para um diagnóstico clínico (39%), perturbação de humor (20%), perturbação de ansiedade (19%), problemas relacionais (8%), perturbação de ajustamento (4%), problemas de identidade (2%), perturbação de personalidade (2%) e outros (6.0%). As fontes de stress identificadas nesta amostra, responsáveis pelas problemáticas para as quais pediam ajuda foram por ordem decrescente: familiares (26%), académicas (24%), relacionais /parceiros (21%) e relacionais /amigos (19%). Os factores de risco identificados foram: tentativas prévias de suicídio (8%) e hospitalizações prévias (6.0%).

Por sua vez a Consulta de Psicologia e Apoio Psicopedagógico, em funcionamento nos Serviços Médico-Universitários da Universidade de Coimbra, segundo Pereira e colaboradores (2006), apontam como principais razões de pedido de ajuda por ordem decrescente, as seguintes: distúrbios de ansiedade, depressão, problemas relacionados com os métodos de estudo ou dificuldades escolares, aconselhamento e adaptação e problemas familiares.

No contexto internacional, tendo em conta os centros de apoio/aconselhamento psicológico das Universidades americanas, verificaram-se aumentos nos seguintes problemas: problemas de medicação psiquiátrica (75,9%), crises que exigem uma resposta imediata (70,6%), dificuldades de aprendizagem (57,7%), problemas do *Self* (55,7%, por exemplo, automutilação com cortes para aliviar a ansiedade), uso de drogas ilícitas (46,5%, excepto

álcool), abuso de álcool (45,0%), perturbações alimentares (26,5%), abuso sexual (24,7%, na Universidade), e por fim, problemas relacionados com abuso sexual na infância (23,0%) (Gallagher, 2009).

Na distribuição dos quadros clínicos por estudante, elaborada recentemente num estudo de Oliveira (2010) nos serviços de apoio psicológico na Universidade de Aveiro, verificou-se que num total de 55 estudantes (58% da amostra) predominam os quadros de depressão e ataques de pânico, seguindo-se os quadros de ansiedade generalizada (incluindo ansiedade aos exames). Encontram-se ainda as perturbações alimentares (anorexia e bulimia) e a perturbação da adaptação. De destacar que neste estudo foram ainda detectadas duas tentativas de suicídio uma decorrente de uma depressão e outra de perturbação de stress pós-traumático.

Apesar de vários sintomas depressivos e ansiosos constituírem motivos de consulta recorrentes no Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa e que muitas vezes conduzem ao absentismo e ao insucesso nos exames, outros problemas são frequentemente diagnosticados motivando a procura deste serviço (Mendes, 2005). Assim, sublinha esta autora, outro dos grandes motivos de consulta neste centro diz respeito às dificuldades escolares, tais como: dificuldades de concentração e mobilização da atenção, realização de exames, deficits de motivação para o estudo, dificuldades de organização e planificação do estudo e da vida escolar em geral.

4.3 Eficácia da intervenção psicológica no Ensino Superior

Campbell (1965, cit. in Welling & Vasconcelos, 2008) recorreu a um grupo de estudantes que procuraram aconselhamento e encontrou uma relação directa entre o sucesso académico e a participação em aconselhamento/apoio psicológico, resultando num aumento entre 12% a 14% do número de alunos que completam o seu curso, em comparação com alunos que não procuraram este tipo de ajuda.

Num estudo clássico de Frank e Kirk (1975), no qual compararam uma amostra de 850 alunos utilizadores de dois serviços (um serviço de aconselhamento no Ensino Superior e um serviço de psiquiatria) com um grupo de controlo de 1570 alunos que não procuraram ajuda, constatou-se que os utilizadores de ambos os serviços obtiveram uma taxa de finalização de curso de 61.3% em comparação com 56.6% do grupo de controlo. Bishop e Brenneman (1986) verificaram que num total de 122 estudantes universitários que estavam

a considerar desistir dos seus estudos e receberam aconselhamento/apoio psicológico, 86% renovou a sua inscrição no semestre seguinte.

Hudesman, Avramides, Loveday, Wendell e Griemsmann (1986) avaliaram os efeitos de um programa estruturado para 121 estudantes do 1º ano, com recursos financeiros limitados e com baixo rendimento no ensino secundário. Este aconselhamento incluía discussão de assuntos académicos e pessoais e os resultados revelaram que após três semestres, estes estudantes tiveram melhores resultados nas avaliações que o grupo de controlo de 126 estudantes que receberam aconselhamento.

Numa outra investigação, desta feita conduzida por Seidman (1991), com uma amostra de 135 alunos que receberam aconselhamento vocacional obrigatório quando entraram na Universidade, verificou-se um efeito positivo sobre a permanência no curso. Os resultados sugerem que o programa de aconselhamento promoveu atitudes mais positivas nestes alunos depois de dois semestres, classificações e permanências significativamente superiores, com efeitos particularmente evidentes ao longo do tempo. Schwitzer, Grogan, Kaddoura e Ochoa (1993) estudaram 131 alunos que apresentavam baixo rendimento académico no primeiro ano e que participaram num programa de aconselhamento, verificando-se um aumento de 12% nas classificações académicas dos participantes deste programa.

Num estudo longitudinal conduzido por Turner e Berry (2000) pôde constatar-se que 1 em cada 5 estudantes que frequentaram sessões de aconselhamento/apoio psicológico consideraram abandonar a Universidade devido a problemas pessoais. Os mesmos autores verificaram que 70% dos estudantes que participaram nestas sessões relataram que os seus problemas pessoais tiveram impacto sobre o seu desempenho académico e concluíram que alunos com problemas sociais e emocionais/pessoais poderão estar em risco de abandono escolar. Já Wilson, Mason e Ewing (1997) tinham averiguado os resultados académicos de um grupo de 562 alunos que solicitaram acompanhamento psicológico por problemas pessoais, e puderam constatar que 2 anos após esse acompanhamento se verificou um aumento de 14% de permanência no curso.

Illovsky (1997) ao estudar os alunos caloiros verificou que os alunos que frequentaram as consultas de apoio psicológico obtiveram uma taxa de permanência académica de 75% em comparação com 68% da população estudantil em geral. Rickinson (1998) publicou um estudo com uma amostra de 15 alunos considerados em risco de desistir (determinado através de um questionário de avaliação de desempenho e risco de abandono), concluindo

que, depois de terem recebido aconselhamento/apoio psicológico, estes alunos terminaram o seu curso.

Turner e Berry (2000) verificaram um efeito de maior permanência num grupo de 2365 estudantes universitários, que receberam aconselhamento/apoio quando comparados com um grupo de 12798 estudantes que não recorreram ao serviço. Ao longo de um período de seis anos verificou-se uma taxa de permanência de 85.5%, significando um aumento de 15.4% em comparação com os estudantes da população geral.

Num grupo de estudantes que manifestavam sintomas de ansiedade, sintomas psicossomáticos, problemas no rendimento académico, depressão, ao qual foram administradas técnicas cognitivo-comportamentais (e.g. relaxamento muscular, técnicas de resolução de problemas), constatou-se uma redução significativa nos sintomas e uma melhoria substancial no rendimento académico (Correché & Labiano, 2003).

Em Portugal, um estudo sobre o efeito da intervenção psicoterapêutica no rendimento académico, conduzido por Welling e Vasconcelos (2008) com 56 alunos do Instituto Superior Técnico que recorreram ao Núcleo de Aconselhamento Psicológico e que fizeram entre 4 e 43 sessões de psicoterapia individual, constatou um aumento de 28% de aprovação em exames no ano seguinte quando comparado com o ano anterior. Estes autores verificaram ainda que o grupo de controlo não mostrou alterações no aproveitamento escolar no mesmo período. Desta forma, salientam os mesmos autores, a psicoterapia pode ser um instrumento importante no combate ao insucesso académico, tendo como efeito uma melhoria significativa do rendimento escolar.

Numa investigação desenvolvida por Mendes (2005) verificou-se que em alguns casos, nomeadamente em alunos finalistas, o apoio proporcionado pela consulta de Psicologia do Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa, associada ao encaminhamento da consulta de Clínica Geral ou consulta de Psiquiatria, conduziu a melhorias significativas ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa tendo como consequências um reinvestimento activo nas tarefas escolares, aumento de sentimento de eficácia pessoal e sucesso escolar.

Em outros casos analisados, menciona ainda Mendes (2005), o simples facto dos alunos poderem beneficiar de uma relação de ajuda individualizada, onde está assegurada a total confidencialidade e total independência em relação às diferentes estruturas da Universidade, parece ter tido um efeito atenuador no mal-estar psíquico sentido e nas dificuldades escolares manifestadas. Sobre a importância dos serviços de apoio psicológico

nas Universidades, a autora considera mesmo que “para muitos [alunos] este [apoio] é também o seu porto seguro... que sentem como sendo também deles: afectivo, securizante e tranquilizador (a tríade fundamental para uma boa saúde mental) ” (p. 221).

Como podemos constatar, são variados os estudos que demonstram as vantagens e eficácia da intervenção psicológica nas Universidades. Para apoiar a ideia da importância destes serviços nas Universidades Dias (2006) relata que “fomos sendo confrontados com jovens que nos procuravam em situação de grande sofrimento, frequentemente com histórias de vida com vicissitudes difíceis, mas que em algumas sessões pareciam ter recuperado a energia e o bem-estar” (p.39).

CAPÍTULO II – COMPONENTE EMPÍRICA

1. OBJECTIVOS E QUESTÕES

Algumas investigações alertam para a importância de se estudar a emergência de psicopatologia nos estudantes universitários, dado que tem sido encontrada como preditor significativo do fracasso, quer no ajustamento à entrada para a Universidade (Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995), quer na realização académica (Meilman, Manley, Gaylor & Turco, 1992).

Com este intuito, quisemos analisar sintomas de psicopatologia em estudantes da Universidade da Beira Interior (UBI), nomeadamente diferenças existentes em função do género, faculdade, ano escolar e rendimento académico. A escolha destas variáveis prende-se com o carácter exploratório desta investigação que pretende perceber até que ponto a sintomatologia psicopatológica pode ter influência ou ser influenciada por estas questões. A sintomatologia psicopatológica difere consoante o género? Os alunos do primeiro ano apresentarão piores resultados tanto ao nível do mal-estar psicológico advindo das questões da adaptação e integração psicológica? Será que consoante as áreas de estudo dos alunos, os níveis de psicopatologia diferem? Serão os alunos com baixo rendimento académico a apresentar índices de sintomatologia psicopatológica mais elevada?

Pretendemos também compreender quem são os alunos sinalizados e perceber algumas características comuns quando comparados com os restantes alunos, no sentido de identificar possíveis factores de risco.

Este conjunto de questões que nos propusemos explorar, aliadas ao segundo objectivo geral de conhecer as necessidades de intervenção psicológica dos alunos da UBI, e daqueles que provavelmente se encontrem numa situação de sofrimento psíquico, é uma condição necessária e o primeiro passo para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram neste estudo 378 estudantes da UBI, 163 homens (43.1%) e 215 mulheres (56.9%), que frequentavam cursos de licenciatura (1º Ciclo) ou mestrado integrado das 5 faculdades existentes. A idade dos participantes variou entre os 18 e os 48 anos, sendo a média de 21.4 anos (DP=3,45). Como se pode observar na Figura 1, esta amostra foi constituída por 123 alunos (32.5%) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (cursos de Ciências do Desporto, Gestão, Ciências Políticas e Relações Internacionais, Psicologia e Marketing), 90 (23.8%) da Faculdade de Engenharia (Engenharia Civil e Arquitectura), 80 (21.2%) da Faculdade de Ciências da Saúde (Medicina e Ciências Farmacêuticas), 70 (18.5%) da Faculdade de Artes e Letras (Design Multimédia e Design de Moda) e 15 (4.0%) da Faculdade de Ciências (Bioquímica e Matemática).

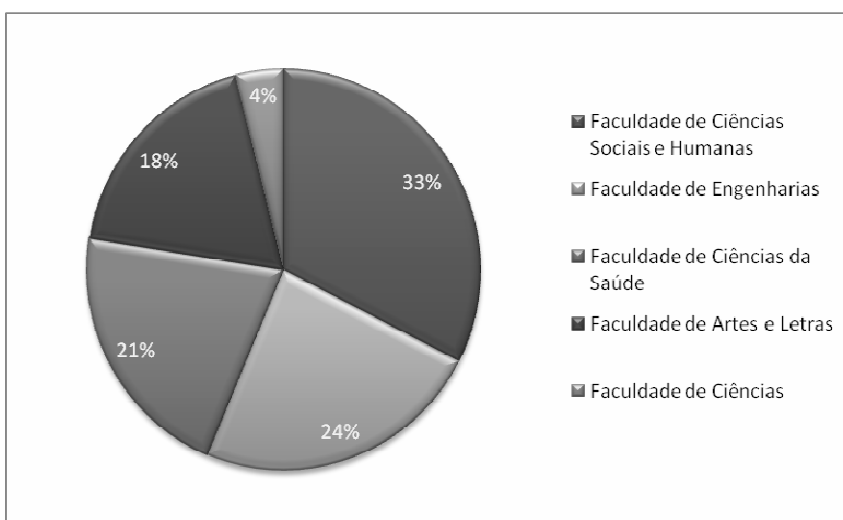


Figura 1 – Distribuição dos alunos por Faculdade

A maioria dos participantes frequentava o 2º ou o 3º ano do curso (111 - 29.4% e 137 - 36.2%, respectivamente), incluindo ainda 95 alunos do 1º ano (25.1%) e 35 (9.3%) de mestrado integrado (cf. Figura 2). A grande maioria dos alunos (341 - 90.2%) entrou na Universidade pelo concurso nacional de acesso, 17 (4.5%) pelo concurso maiores de 23 anos e 20 (5.3%) por outro tipo de acesso (transferência ou vaga para licenciados). Quanto ao rendimento académico, quando se compararam com os colegas de turma, 281 dos estudantes assinalaram posicionar-se na média (74,3%), 48 acima da média (12,7%) e 47 abaixo da média (12,4%).

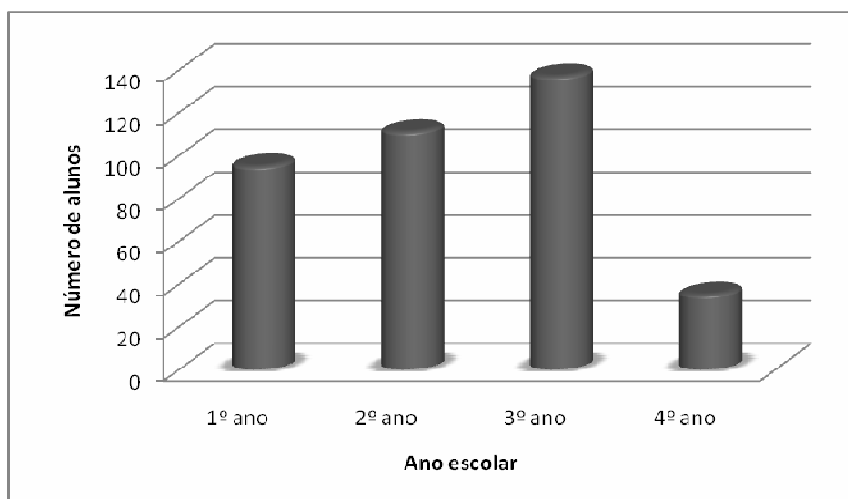


Figura 2 – Distribuição dos alunos por ano escolar

Quanto à proveniência, a grande maioria dos participantes neste estudo é oriunda da Região Centro (50.0%), seguindo-se a Região Norte (32.5%), Lisboa e Vale do Tejo (5.8%), Alentejo (2.9%), Açores e Madeira (1.6%) e do Algarve (0.8%). De salientar que 2.9% dos alunos desta amostra são provenientes do estrangeiro e 3.4% não respondeu à questão.

No que diz respeito à residência, 78 alunos (20.6%) responderam que a entrada no Ensino Superior não implicou a saída da sua residência habitual. Daqueles que estão deslocados, 205 alunos (54.2%) responderam que vivem num apartamento com outros estudantes, 60 (15.9%) vivem numa residência universitária, 21 (5.6%) vivem sozinhos num apartamento e 12 (3.2%) na casa/apartamento de familiares.

No que respeita à bolsa de estudo, 197 alunos (52.1%) não auferem deste apoio económico e 150 (39.7%) referem usufruir da bolsa. À data da aplicação dos questionários, 5 alunos (1.3%) referia não saber se a bolsa lhe seria atribuída e 26 (6.9%) não responderam à questão. A média das bolsas de estudo usufruída pelos alunos que constituem esta amostra é de 76.11 euros (DP=106.34).

Em relação às actividades extracurriculares, 216 (57.1%) alunos referiram que não estavam envolvidos em qualquer actividade, 63 (16.7%) referiram actividades extracurriculares desportivas, 27 (7.1%) a música/dança, 19 (5.0%) cargos associativos, 14 (3.7%) voluntariado e 17 (4.5%) participam em duas ou mais actividades das anteriores.

A larga maioria dos respondentes, 345 alunos (91.3%), exprimiram não ter qualquer tipo de doença física ou mental e 25 (6.6%), mesmo não especificada, referiram ter algum tipo de

doença. Dos que especificaram, 1 aluno (0.3%) referiu ter ansiedade, 1 (0.3%) perturbação do comportamento alimentar, 2 (0.5%) epilepsia, 1 taquicardia (0.3%) e 1 (0.3%) depressão.

Nunca recorreram a apoio psicológico 329 alunos (87.0%) sendo que, 45 alunos (11.9%) já recorreram a este tipo de ajuda em algum momento das suas vidas. Dentro dos motivos pelos quais recorreram ao apoio psicológico destacam-se a ansiedade ou depressão (3.7%), a orientação profissional/vocacional (1.6%), e outras sem especificação (1.9%). No que respeita à história de doença grave na família, como podemos observar na Figura 3, 269 alunos (71.2%) responderam não haver qualquer tipo de problemática na sua família, ao passo que 104 alunos (27.5%) reponderam afirmativamente à questão.

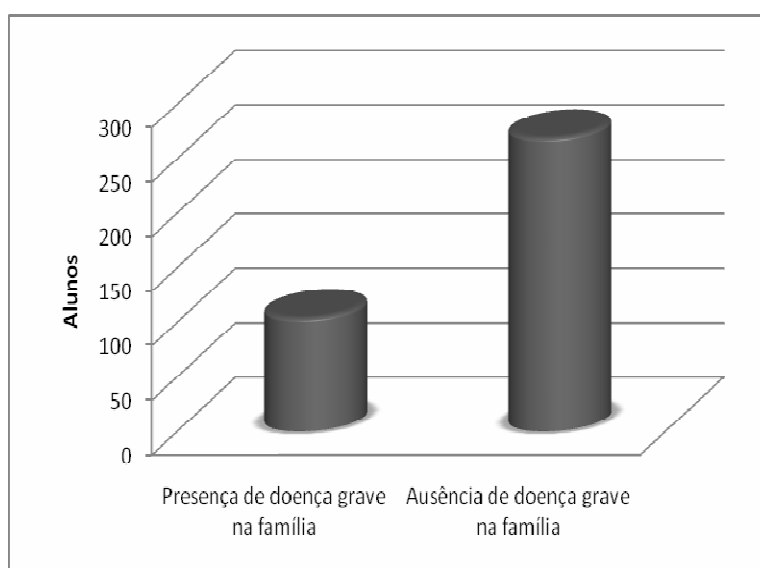


Figura 3 – Distribuição dos alunos em função da ausência ou presença de doença familiar grave

Quando questionados sobre o seu consumo de outro tipo de medicação, e não aquele decorrente de alguma doença, 318 (84.1%) alunos reponderam que não tomam qualquer tipo de medicação, 25 (6.6%) toma suplementos vitamínicos, 3 (0.8%) ingerem antidepressivos e 1 (0.3%) substâncias anabolizantes. Ainda de salientar que 17 alunos (4.5%) responderam que tomam outro tipo de medicação mas sem especificar qual, 3 alunos (0.8%) referem tomar vários dos anteriormente referidos e 11 alunos (2.9%) não responderam à pergunta.

Como podemos observar na Figura 4, 322 alunos (85.2%) referiram não ter conhecimento de qualquer serviço de apoio psicológico prestado na Universidade, sendo que 53 alunos (14.0%) reponderam conhecer estes serviços dentro da UBI. Finalmente, acham pertinente a existência de um serviço de apoio psicológico 355 alunos (93.9%).

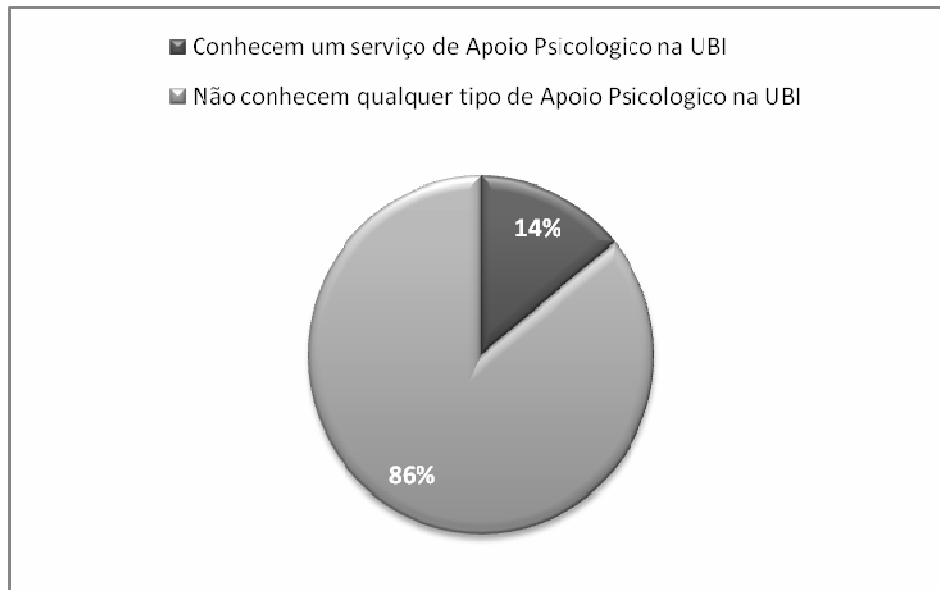


Figura 4 – Conhecimento dos alunos sobre o Serviço de Psicologia da UBI

2.2 Instrumentos

Com o objectivo de aceder a alguns dados sócio-demográficos e académicos dos sujeitos que integraram o estudo, foi construído um questionário (cf. Anexo 1) composto por idade, o género, o estado civil, o ano, número de matrículas, bolsa de estudo, faculdade, curso, local de residência e proveniência, percepção do rendimento escolar em relação aos outros alunos e actividades extra-curriculares. Ainda neste primeiro questionário formalizaram-se algumas perguntas sobre a saúde dos indivíduos, nomeadamente se tem alguma doença física ou mental, medicação, prática de exercício físico e história de doença grave na família. Por fim, questionou-se os alunos sobre as necessidades de intervenção psicológica no Ensino Superior, sobre o conhecimento de apoio psicológico na instituição e fora dela, e se em algum momento das suas vidas já recorreram a apoio psicológico.

No que respeita especificamente às necessidades de intervenção, pediu-se aos alunos que pontuassem por grau de importância (de 0-nada importante a 10-mais importante), as seguintes áreas de intervenção psicológica: orientação vocacional, consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas, etc.), comportamentos sexuais de risco (vários parceiros, relações sem protecção, etc.), métodos de estudo, ansiedade face aos testes/exames, adaptação e integração na Universidade, problemas sócio-emocionais (e.g. relações interpessoais, problemas familiares), suicídio, intervenção clínica (depressão, ansiedade, sono, luto

patológico, baixa auto-estima, etc.) e identidade sexual. A selecção destas áreas no questionário decorreu da lieteratura consultada.

Foi ainda utilizado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory - BSI), desenvolvido por Derogatis em 1982 e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999), com o objectivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica dos estudantes. O BSI constitui uma versão reduzida da Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), com 53 itens, em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana (Canavarro, 1999; Derogatis & Melisaratos, 1983; Keutzer, Morrill, Holmes, et al., 1998). A escala é do tipo Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde Nunca (0) a Muitíssimas Vezes (4).

Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia: somatização (7 itens), obsessões compulsões (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranóide (5 itens), psicoticismo (5 itens) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e Índice de Sintomas Positivos – ISP). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Dimensões e Índices do BSI (adaptado de Canavarro, 2007)

Dimensão/Índices	Descrição
Somatização	Reflecte o mal-estar da percepção do funcionamento somático, centralizando as queixas no funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, ou qualquer outro com clara mediação autonómica. Dores, desconforto localizado a nível muscular ou equivalentes de ansiedade são também componentes do índice.
Obsessões-Compulsões	Inclui sintomas identificados com a síndrome clínica com o mesmo nome. Focaliza-se nas cognições, impulsos e comportamentos experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Inclui ainda comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral.
Sensibilidade Interpessoal	Esta dimensão centraliza-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outros indivíduos. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interacções sociais são manifestações desta dimensão
Depressão	Os sintomas da dimensão depressão reflectem o grande número de indicadores da depressão clínica. Estão representados sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida
Ansiedade	Esta dimensão é composta por sintomas e sinais associados clinicamente a elevados níveis de manifestações de ansiedade. Sinais como o nervosismo e tensão, estão incluídos, tal como ataques de pânico e ansiedade generalizada. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade são também considerados
Hostilidade	Inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado negativo da cólera

Ansiedade Fóbica	É definida como uma resposta de medo persistente, face a uma pessoa, lugar, objecto ou situação específica, que sendo irracional e desproporcional em relação ao estímulo, conduz a um comportamento de evitamento. Os itens centram-se nas manifestações do comportamento fóbico e outros quadros clínicos como a agorafobia
Ideação Paranóide	Esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação
Psicoticismo	Escala desenvolvida de forma a representar um constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose
IGS	Este índice representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado como número de sintomas assinalados.
TSP	Representa o número de queixas sintomáticas apresentadas
ISP	Oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados

Existem quatro itens no B.S.I., que embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas, não pertencem a nenhuma delas devido a critérios estatísticos, contribuindo exclusivamente para as pontuações dos três índices globais (Canavarro, 2007).

A pontuação total obtida em cada dimensão é calculada a partir da média aritmética dos valores obtidos nos respectivos itens, ou seja, soma-se os valores obtido em cada um dos itens que pertencem a determinada dimensão e divide-se pelo número de itens pertencentes a essa mesma dimensão. Quanto aos índices, e no que respeita ao Índice Geral de Sintomas (IGS), deverão somar-se as pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas. Por seu turno, o Total de Sintomas Positivos (TSP) é obtido contando o número de itens assinalados com resposta positiva. Por fim, o Índice de Sintomas Positivos (ISP) calcula-se dividindo o somatório de todos os itens pelo TSP (Canavarro, 2007).

Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações auferidas nas nove dimensões, fornece informações sobre o tipo de sintomatologia que predominantemente perturba o indivíduo; a simples leitura dos três índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentados pelos sujeitos (Canavarro, 2007). Como elucida a autora, itens pertencentes à dimensão Depressão, por exemplo, podem fornecer informações relativas à ideação suicida dos sujeitos, aspecto que deverá ser posteriormente avaliado através de outros instrumentos e/ou métodos de avaliação.

O ponto de corte encontrado nos estudos de aferição para a população portuguesa é de 1.7, sendo que com uma pontuação igual ou superior a este valor no Índice de Sintomas Positivos (ISP) “é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente” (Canavarro,

2007, p. 316). Tal como nesta dissertação, outros estudos nacionais e internacionais consideraram como critério, os valores revelados no Índice de Sintomas Positivos (ISP) do BSI, para determinar o ponto de corte (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2002; Marins, Pastor-Fernandes, Coelho, Pombo, Wallenstein & Carneiro, 2006). Todavia, outros autores tomam como referência na interpretação dos resultados os valores obtidos no Índice Geral de Sintomas (Dozier & Spring, 1995; Fernandes, Maia, Meireles et al., 2005; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008b).

Para Canavarro (1999), os itens que constituem as nove dimensões do BSI constituem no seu conjunto, importantes indicadores de psicopatologia. Assim, sublinha a autora, os itens que constituem este instrumento, são considerados pelos Manuais de Classificação Diagnóstica CDI-10 (10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças) e DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) como aspectos importantes para o auxílio da elaboração dos diagnósticos (primeiras cinco categorias - F00 a F49 - e Perturbações e Eixo I, respectivamente).

No entanto, a autora salienta que devem evitar-se interpretações abusivas dos resultados auferidos já que estes são exclusivamente indicadores de sintomatologia e não fundamentos únicos para a definição de um critério de diagnóstico.

Apesar de o BSI não permitir a formulação de um diagnóstico na sua exclusiva utilização, as suas características psicométricas ofereceram segurança, sendo por isso considerado um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e um bom discriminador de saúde mental (Seabra, 2008). Para além de auxiliar a triagem de situações clinicamente significativas, permite também avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo, que vai desde um mal-estar psicológico com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas (Derogatis & Fitzpatrick, 2004, cit. in Canavarro 2007).

Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* entre 0.62 (psicoticismo) e 0.80 (somatização), e coeficientes teste-reteste entre 0.63 (ideação paranóide) e 0.81 (depressão). No estudo de Monteiro, Tavares e Pereira (2008a), os valores *alpha* de Cronbach variaram entre 0.74 (psicoticismo) e 0.88 (depressão). Pelas suas propriedades psicométricas, e devido à rapidez na sua aplicação (entre 8 a 10 minutos), o BSI é um dos instrumentos de auto-reposta mais utilizados com alunos universitários para o despiste de sintomatologia psicopatológica.

2.3 Procedimento

Na fase de preparação do estudo e selecção dos instrumentos, foram realizados contactos com a Prof. Doutora Cristina Canavarro, no sentido de obter a sua autorização para utilização do instrumento.

De forma a assegurar a maior representatividade possível da amostra no que concerne à distribuição dos alunos pelas variáveis em análise, nomeadamente o ano escolar e a faculdade, foram seleccionadas algumas turmas de acordo com a disponibilidade dos respectivos docentes e a compatibilidade de horários para a aplicação dos instrumentos.

Após obtenção da autorização dos presidentes das cinco faculdades da UBI (Ciências, Ciências Sociais e Humanas, Artes e Letras, Ciências da Saúde e Engenharias) e da colaboração dos docentes das turmas seleccionadas, procedeu-se à aplicação colectiva dos instrumentos, no 1º e no 2º semestre de 2010 (entre Novembro de 2009 e Março de 2010).

Os participantes foram previamente informados a respeito dos objectivos do estudo e instruções de preenchimento dos questionários, bem como do carácter voluntário e anónimo da sua participação e da confidencialidade dos dados recolhidos. Todos os indivíduos foram esclarecidos de que a resposta a cada um dos itens do BSI teria de corresponder à forma como aquele problema os afectou na última semana.

Recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 18.0 para Windows) para realizar as análises estatísticas.

3. Resultados

Iniciamos a apresentação a estatística descritiva das pontuações no BSI, tomando a amostra global e os resultados segundo o sexo, faculdade, ano e percepção de rendimento académico face à turma. No Quadro 2 apresentamos os resultados globais obtidos (médias, desvios-padrão e valores mínimo e máximo) nas dimensões e índices do BSI.

Quadro 2 – Estatísticas descritivas das dimensões e índices do BSI

<i>Dimensões e Índices (BSI)</i>	M	DP	Min.-Máx.
Somatização	,59	,58	0-3,71
Obsessões – Compulsões	1,25	,70	0-3,17
Sensibilidade Interpessoal	,80	,72	0-4,00
Depressão	,85	,70	0-3,83
Ansiedade	,85	,67	0-3,33
Hostilidade	,91	,71	0-3,80
Ansiedade Fóbica	,42	,53	0-3,20
Ideação Paranóide	1,04	,71	0-3,20
Psicoticismo	,71	,68	0-3,20
Índice Geral de Sintomas	,83	,55	0-3,36
Total de Sintomas Positivos	27,08	13,40	0-53
Índice de Sintomas Positivos	1,55	,43	1-4

A partir da análise do Quadro 2, verificamos que as médias nas diferentes dimensões e índices do BSI se situaram dentro da norma esperada, face aos resultados obtidos nos estudos de validação e aferição do instrumento para a população portuguesa (Canavarro, 2007). Embora a média no ISP esteja dentro dos valores normativos, numa análise mais individualizada pudemos constatar que um número bastante significativo, 117 alunos (31%), obtiveram resultados acima do ponto de corte (1.7), o que parece sugerir a presença de perturbação e sintomatologia psicopatológica (cf. Figura 5).

Analisando os valores obtidos em cada uma das dimensões analisadas, constatamos que a sub-escala Obsessões-Compulsões é aquela que apresenta valores médios mais elevados (M=1.25), seguido da Ideação Paranóide (M=1.04). Por outro lado, as dimensões com pontuações inferiores reportam-se à Somatização (M=.59) e Ansiedade Fóbica (M=.42). Estes resultados seguem exactamente os resultados obtidos na amostra com a população geral da aferição do instrumento em Portugal, em que a média da dimensão Obsessões-

Compulsões é igualmente a mais elevada (M=1.3) seguindo-se a dimensão Ideação Paranóide (M=1.1). Também, tal como no nosso estudo as dimensões Somatização (M=.57) e Ansiedade Fóbica (M=.42) apresentam os valores médios inferiores.



Figura 5 – Alunos normativos (ISP<1.7) e alunos sinalizados (ISP≥1.7)

No Quadro 3 são apresentados os resultados no BSI, em termos de médias e desvios-padrão, mínimos e máximos tomando a variável sexo.

Quadro 3 – Estatística descritiva das dimensões e índices do BSI, segundo o sexo

BSI	Sexo			
	Masculino (N=163)		Feminino (N=215)	
	M (DP)	Min.-Max.	M (DP)	Min.-Max.
S	,41 (.45)	0 1,86	,73 (.63)	0 3,71
OC	1,06 (.71)	0 3,17	1,40 (.66)	0 3,17
SI	,59 (.62)	0 2,75	,97 (.75)	0 4,00
D	,64 (.65)	0 3,00	1,00 (.71)	0 3,83
A	,63 (.62)	0 2,67	1,03 (.66)	0 3,33
H	,77 (.68)	0 3,80	1,02 (.71)	0 3,60
AF	,29 (.47)	0 2,20	,51 (.56)	0 3,20
IP	,83 (.67)	0 3,00	1,20 (.69)	0 3,20
P	,60 (.69)	0 3,00	,80 (.67)	0 3,20
IGS	,65 (.51)	0 2,11	,97 (.54)	0 3,36
TSP	22,33 (14,01)	0 52	30,67 (11,71)	0 53
ISP	1,49 (.46)	1,00 4,00	1,60 (.41)	1,00 3,49

Como se pode observar na leitura do quadro anterior, em todas as dimensões e índices do BSI é notória uma tendência para valores médios mais elevados no sexo feminino. Podemos ainda acrescentar que, em ambos os sexos a dimensão OC (Obsessões-Compulsões), tal como no estudo nacional de aferição do instrumento, é a que mais pontua.

Nos Quadros 4 e 5 são apresentados os resultados no BSI, em termos de médias, desvios-padrão, mínimos e máximos tomando a faculdade.

Quadro 4 – Estatística descritiva das dimensões e índices do BSI, segundo as faculdades de Ciências Sociais, Artes e Letras e Engenharias

<i>BSI</i>	<i>Faculdade</i>					
	<i>Ciências Sociais e Humanas (N=123)</i>		<i>Artes e Letras (N=70)</i>		<i>Engenharias (N= 90)</i>	
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
S	,60 (,57)	0-2,43	,60 (,66)	0-3,71	,64 (,56)	0-2,29
OC	1,29 (,68)	0-3,17	1,34 (,81)	0-3,17	1,21 (,66)	0-2,67
S I	,78 (,67)	0-2,75	,90 (,79)	0-4,00	,82 (,71)	0-3,75
D	,83 (,71)	0-3,33	1,00 (,82)	0-3,83	,81 (,66)	0-3,00
A	,89 (,64)	0-3,33	,94 (,77)	0-3,17	,79 (,65)	0-3,00
H	,85 (,65)	0-3,60	,95 (,85)	0-3,80	1,00 (,68)	0-3,00
A F	,33 (,46)	0-2,20	,48 (,63)	0-3,20	,48 (,58)	0-2,40
I P	1,10 (,66)	0-2,80	1,03 (,65)	0-3,20	1,11 (,79)	0-3,00
P	,68 (,64)	0-2,80	,83 (,74)	0-3,20	,77 (,74)	0-2,80
IGS	,83 (,51)	,04-2,47	,91 (,62)	0-3,36	,85 (,56)	0-2,34
TSP	27,03 (12,77)	1-51	27,99 (13,28)	0-53	28,11 (14,60)	0-52
ISP	1,57 (,46)	1-4	1,61 (,47)	1-3,49	1,52 (,39)	1-2,67

Quadro 5 – Estatística descritiva das dimensões e índices do BSI, segundo as faculdades de Ciências da Saúde e Ciências

<i>BSI</i>	<i>Faculdade</i>			
	<i>Ciências da Saúde (N=80)</i>		<i>Ciências (N=15)</i>	
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
S	,52 (,55)	0-2,29	,55 (,53)	0-1,57
OC	1,14 (,68)	0-3,00	1,22 (,68)	,33- 2,33
S I	,78 (,79)	0-3,00	,60 (,55)	0-1,50
D	,80 (,66)	0-2,67	,74 (,53)	0-1,50

A	,80 (.66)	0-2,67	,86 (.58)	,17-2,17
H	,83 (.70)	0-3,40	1,03 (.66)	,20-2,40
A F	,42 (.51)	0-2,00	,45 (.43)	0-1,20
I P	,91 (.71)	0-3,20	1,00 (.74)	0-2,40
P	,61 (.61)	0-3,00	,60 (.67)	0-2,00
IGS	,77 (.56)	0-2,21	,81 (.42)	,15-1,49
TSP	25,35 (13,61)	0-51	26,20 (10,48)	8-45
ISP	1,50 (.42)	1-2,95	1,54 (.35)	1-2,28

Tendo em conta a faculdade, a média no ISP mais elevada regista-se na Faculdade de Artes e Letras (M=1.67;DP=.47), seguindo-se a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (M=1.57;DP=.46), a Faculdade de Ciências (M=1.54;DP=.35), a Faculdade das Engenharias (M=1.52;DP=.39), sendo a média mais baixa pertencente às Ciências da Saúde (M=1.50; DP=.42).

De seguida são apresentados os resultados obtidos no BSI, rconsiderando o ano escolar.

Quadro 6 – Estatística descritiva das dimensões e índices do BSI, segundo o ano escolar

BSI	Ano Escolar							
	1º ano (N=95)		2º ano (N=111)		3º ano (N=137)		4º ano (N=35)	
	M (DP)	Min-Max	M (DP)	Min-Max	M (DP)	Min-Max	M (DP)	Min-Max
S	,74 (.66)	0-3,71	,58 (.55)	0-2,29	,47 (.49)	0-2,86	,72 (.64)	0-2,29
OC	1,41 (.73)	0-3,00	1,20 (.70)	0-3,17	1,16 (.67)	0-3,00	1,30 (.69)	0-2,50
S I	,99 (.83)	0-4,00	,77 (.70)	0-3,00	,68 (.62)	0-2,75	,89 (.82)	0-3,75
D	,99 (.80)	0-3,83	,84 (.71)	0-3,33	,77 (.64)	0-3,00	,81 (.61)	0-1,83
A	,96 (.72)	0-3,17	,83 (.68)	0-3,33	,79 (.61)	0-3,00	,90 (.68)	0-3,00
H	,99(.76)	0-3,60	,83 (.67)	0-3,60	,86 (.68)	0-3,80	1,15 (.74)	0-3,00
A F	,51 (.62)	0-3,20	,39 (.51)	0-2,40	,33 (.44)	0-2,80	,60 (.61)	0-1,80
I P	1,12 (.73)	0-3,20	,99 (.73)	0-3,00	,97 (.65)	0-2,80	1,30(.74)	0-3,00
P	,89 (.75)	0-3,20	,67 (.63)	0-2,60	,58 (.60)	0-2,80	,86 (.83)	0-2,80
IGS	,96 (.61)	,04-3,36	,80 (.54)	0-2,47	,74 (.48)	0-2,28	,95 (.60)	,06-2,34
TSP	29,92 (13,25)	2-53	26,05 (13,60)	0-52	25,18 (12,53)	0-50	30,09 (15,07)	3-52
ISP	1,61 (.47)	1-3,49	1,54 (.40)	1-2,73	1,52 (.45)	1-4,00	1,58 (.36)	1,-2,38

Como se pode verificar no Quadro 6, em relação ao ano escolar, parece verificar-se uma tendência geral de melhoria nos resultados ao longo dos três primeiros anos, já que as médias tendem a baixar progressivamente nestes primeiros anos. Todavia, saliente-se que

no 4º ano se registou um aumento em todas as dimensões e índices do BSI. Refira-se ainda o facto de o 1º ano ser o que apresenta um ISP mais elevado, e que as dimensões OC (Obsessão-compulsão) e IP (Ideação Paranóide) se matêm com valores mais altos ao longo de todos os anos. Em relação ao 4º ano, verificaram-se igualmente pontuações mais elevadas nestas dimensões (M=1.30;DP=.69 e M=1.30;DP=.74, respectivamente), muito embora haja uma elevação expressiva na média da dimensão H (Hostilidade; M=1.15;DP=.74).

No Quadro 7 apresentamos os resultados no BSI tomando a percepção dos alunos no que diz respeito ao rendimento académico face à turma. Consideraram-se três grupos, sendo o rendimento reportado à turma para se atender a classificações divergentes segundo o curso frequentado.

Quadro 7 – Estatística descritiva das dimensões e índices do BSI, segundo o rendimento académico

<i>BSI</i>	<i>Percepção do Rendimento Académico</i>					
	<i>Abaixo da Média</i>		<i>Dentro da Média</i>		<i>Acima da Média</i>	
	(N=47)		(N=281)		(N=48)	
	M (DP)	Min-Max	M (DP)	Min-Max	M (DP)	Min-Max
S	,71 (.69)	0-2,86	,57 (.57)	0-3,71	,58 (.54)	0-1,71
OC	1,55 (.84)	0-3,17	1,23 (.67)	0-3,17	1,07 (.70)	0-2,67
S I	,99 (.84)	0-3,25	,80 (.70)	0-4,00	,64 (.74)	0-2,75
D	1,06 (.86)	0-3,83	,84 (.69)	0-3,83	,68 (.60)	0-2,33
A	1,08 (.84)	0-3,33	,83 (.63)	0-3,17	,83 (.66)	0-2,50
H	,95 (.76)	0-3,60	,90 (.71)	0-3,80	,92 (.64)	0-3,00
A F	,44 (.59)	0-2,80	,42 (.52)	0-3,20	,39 (.58)	0-2,20
I P	1,06 (.61)	0-2,40	1,04 (.72)	0-3,20	1,07 (.73)	0-2,80
P	,78 (.71)	0-3,20	,71 (.67)	0-3,00	,63 (.68)	0-2,80
IGS	,97 (.64)	0-2,62	,82 (.54)	0-3,36	,76 (.53)	0-1,91
TSP	28,87 (14,14)	0-51	27,25 (13,26)	0-53	24,19 (13,51)	0-52
ISP	1,66 (.45)	1-2,78	1,53 (.42)	1-4,00	1,60 (.48)	1-3,40

Quanto ao rendimento académico, o grupo de alunos que se auto-avalia com um desempenho inferior é o que apresenta a média mais elevada no ISP, observando-se também neste grupo médias superiores na maioria das dimensões do BSI, com excepção da IP (Ideação Paranóide) mais pontuada no grupo de alunos com percepção de melhor rendimento. O grupo que se auto-avalia dentro da média é o que apresenta uma média no ISP mais baixa. A dimensão OC (Obsessão-Compulsão) é a que apresenta uma média mais

elevada nos três grupos, e no sentido inverso, a AF (Ansiedade Fóbica) mantém-se como menos pontuada em todos os grupos.

Para aprofundarmos o significado estatístico das diferenças de médias encontradas, procedemos, em seguida, a uma análise de variância (Anova) nas dimensões e índices do BSI, tomando separadamente, dada a natureza ainda exploratória deste estudo, as variáveis sexo, faculdade, ano e rendimento académico. Os resultados destas análises são apresentados nos Quadros 8, 9, 10 e 11.

Quadro 8 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo o sexo

<i>Dimensões e Índices</i>	Soma dos Quadrados	gl	F	p
S	9,186	1	29,506	.000
OC	10,292	1	22,065	.000
SI	13,580	1	27,708	.000
D	11,996	1	25,782	.000
A	14,351	1	34,994	.000
H	5,789	1	11,862	.001
AF	4,447	1	16,269	.000
IP	12,669	1	27,057	.000
P	3,881	1	8,501	.004
IGS	9,579	1	34,625	.000
TSP	6453,455	1	39,676	.000
ISP	1,167	1	6,303	.012

Conforme se pode constatar no quadro anterior, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todas as medidas do BSI entre ambos os sexos, sendo as mulheres a apresentar resultados menos favoráveis. Estas diferenças foram mais significativas nas dimensões Ansiedade ($F=34.994$; $p<.001$), Somatização ($F=29.506$; $p<.001$), Ideação Paranóide ($F=27.957$; $p<.001$), Sensibilidade Interpessoal ($F=27.708$; $p<.001$), Depressão ($F=25.782$; $p<.001$), Obsessão-Compulsão ($F=22.065$; $p<.001$) e Ansiedade Fóbica ($F=16,269$; $p<.001$) seguindo-se as dimensões Hostilidade ($F=11.862$; $p<.01$) e por fim, Psicoticismo ($F=8.501$; $p<.01$). Relativamente aos índices globais, as diferenças mais significativas situaram-se no TSP ($F=39.676$; $p<.001$) e no IGS ($F=34.625$; $p<.001$), verificando-se também diferenças com significado estatístico no ISP ($F=6.303$; $p<.05$).

Quadro 9 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo a Faculdade

<i>Dimensões e Índices</i>	Soma dos Quadrados	gl	F	p
S	,647	4	,480	,750
OC	1,860	4	,944	,439
SI	1,387	4	,658	,621
D	2,162	4	1,091	,361
A	1,318	4	,735	,569
H	1,924	4	,958	,431
AF	1,637	4	1,446	,218
IP	2,211	4	1,106	,354
P	2,409	4	1,297	,271
IGS	,758	4	,627	,644
TSP	404,431	4	,561	,691
ISP	,600	4	,797	,528

Na análise segundo a Faculdade, como se pode observar no Quadro 9, não se verificaram diferenças nos resultados obtidos em nenhuma das medidas do BSI.

Quadro 10 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo o ano escolar

<i>Dimensões e Índices</i>	Soma dos Quadrados	gl	F	p
S	4,667	3	4,785	,003
OC	3,827	3	2,624	,050
SI	6,021	3	3,913	,009
D	2,746	3	1,859	,136
A	1,842	3	1,377	,249
H	3,763	3	2,529	,057
AF	3,224	3	3,864	,010
IP	3,907	3	2,635	,050
P	6,385	3	4,705	,003
IGS	3,348	3	3,786	,011
TSP	1696,136	3	3,208	,023
ISP	,535	3	,949	,417

No Quadro 10, referente ao ano escolar, apontam-se diferenças com significado estatístico nas dimensões Somatização ($F=4.785$, $p<.05$), bem como, Psicoticismo ($F=4.705$, $p<.05$), Sensibilidade Interpessoal ($F=3.913$, $p<.05$) e Ansiedade Fóbica ($F=3,864$, $p<.05$) no IGS ($F=3.786$, $p<.05$) e no TSP ($F=3.208$, $p<.05$). Salienta-se ainda que as dimensões Obsessões-Compulsões ($F=2.624$, $p=.05$) e Ideação Paranóide ($F=2,635$, $p=.05$), apesar de

não apresentarem diferenças estatisticamente significativas, encontram-se no limiar desta significância.

A partir das análises *post-hoc* efectuadas (Tukey HSD), conclui-se que as diferenças encontradas em função do ano de escolaridade assumem significado estatístico sempre que se comparam as médias entre os alunos do 1º e 3º ano (resultados menos favoráveis no 1º ano). Na dimensão Ansiedade Fóbica encontrou-se também diferenças estatisticamente significativas entre os alunos do 3º e 4º ano, com resultados menos favoráveis para estes últimos.

Quadro 11 – Análise de variância nas dimensões e índices do BSI, segundo a percepção do rendimento académico

Dimensões e Índices	Soma dos Quadrados	gl	F	p
S	,777	2	1,155	,316
OC	5,803	2	6,030	,003
SI	2,902	2	2,785	,063
D	3,603	2	3,672	,026
A	2,702	2	3,042	,049
H	,092	2	,091	,913
AF	,055	2	,097	,908
IP	,052	2	,051	,950
P	,572	2	,621	,538
IGS	1,154	2	1,919	,148
TSP	560,861	2	1,562	,211
ISP	,825	2	2,209	,111

Face aos resultados do Quadro 11 e reportando-nos à percepção dos alunos face ao seu rendimento académico, podemos observar diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Obsessões Compulsões ($F=6.030$, $p<.01$), Depressão ($F=3.672$, $p<.05$) e Ansiedade ($F=3.042$, $p<.05$). A partir das análises *post-hoc* efectuadas verificamos, em termos gerais, que os resultados são sempre menos favoráveis nos alunos com percepção de pior rendimento académico. Mais especificamente, no primeiro caso (OC) as diferenças verificaram-se entre o grupo com percepção de pior rendimento académico face à turma (abaixo da média) e os restantes dois grupos (dentro e acima da média); na dimensão Depressão (D) encontraram-se diferenças significativas entre o grupo que se percebe com piores resultados e o grupo que se posiciona acima da média; e, por fim, na dimensão

Ansiedade (A), as diferenças ocorreram entre os grupos com percepção de pior rendimento e rendimento dentro da média (com resultados sempre mais favoráveis por parte dos alunos com melhores percepções de rendimento).

Finalmente, analisámos o grau de importância atribuído pelos alunos ao nível da intervenção psicológica nas diversas áreas consideradas. Conforme se pode constatar na Figura 6, os sujeitos pontuaram, por ordem decrescente, as valências: suicídio (M=6.71), intervenção clínica (M=6.49), problemas sócio-emocionais (M=6.28), consumo de substâncias (M=5.88), comportamentos sexuais de risco (M=5.19), adaptação e integração na Universidade (M=4.92), ansiedade face aos testes/exames (M=4.29), orientação vocacional (M=4.05), métodos de estudo (M=3.61) e, por fim, identidade sexual (M=3.13). Assim, a intervenção psicológica nas áreas clínica e da saúde parece assumir maior relevância na opinião dos estudantes, em detrimento de problemáticas mais associadas à vida académica.

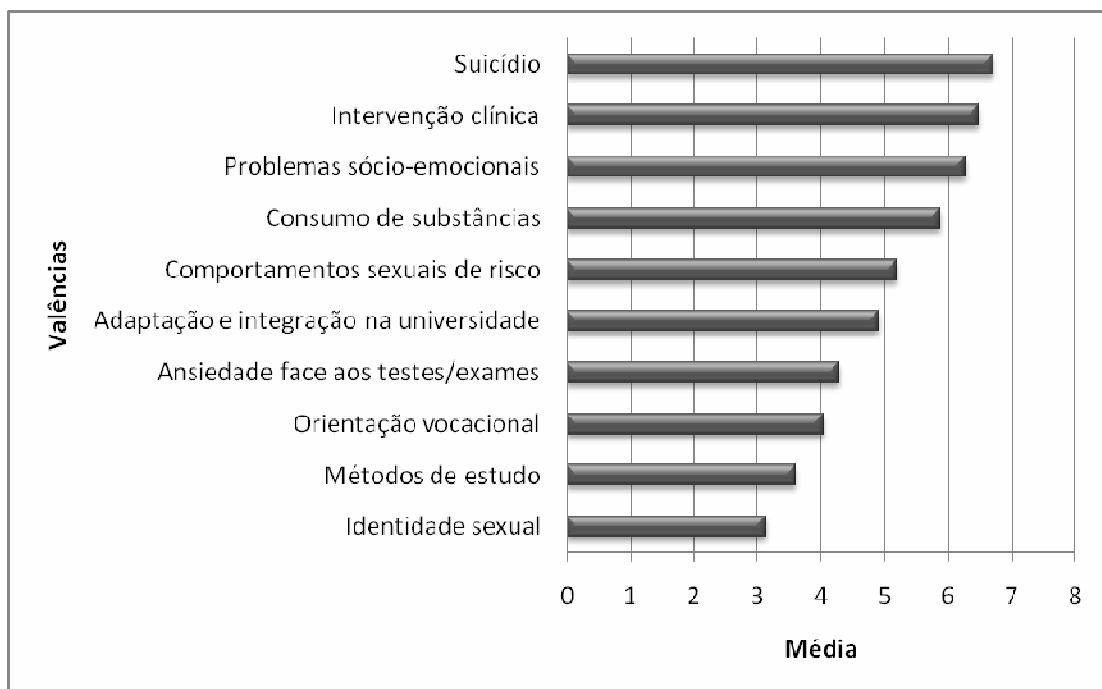


Figura 6 – Percepção dos alunos relativamente às necessidades de intervenção

3.1 Análise comparativa entre os grupos de alunos sinalizados e não sinalizados

Face ao elevado número de alunos (117 alunos, 31%) que apresentou forte probabilidade de perturbação emocional, ou seja, um valor no ISP igual ou superior a 1.7, achou-se pertinente fazer uma análise descritiva e mais individualizada deste grupo de universitários, que designamos como “sinalizados”, comparativamente com os alunos que se situaram abaixo deste valor, os quais designamos por “normativos”. Foram realizadas análises entre estes dois grupos ao nível do género, ano escolar, rendimento académico, curso e faculdade, mobilidade, prática desportiva, apoio psicológico e conhecimento do serviço de apoio, doença grave na família directa, uso de medicação não resultante de alguma doença e importância atribuída às necessidades de intervenção.

A idade dos alunos sinalizados variou entre os 18 e os 34 anos, com uma média de idade de 21,2 anos (DP=3,02), sendo que 80 alunos (68.4%) pertencem ao sexo feminino e 37 alunos (31.6%) ao sexo masculino. Como podemos observar na Figura 7, confirma-se que as mulheres apresentam maior pontuação no ISP comparativamente com o sexo oposto, sendo esta diferença mais acentuada no grupo de alunos sinalizados.

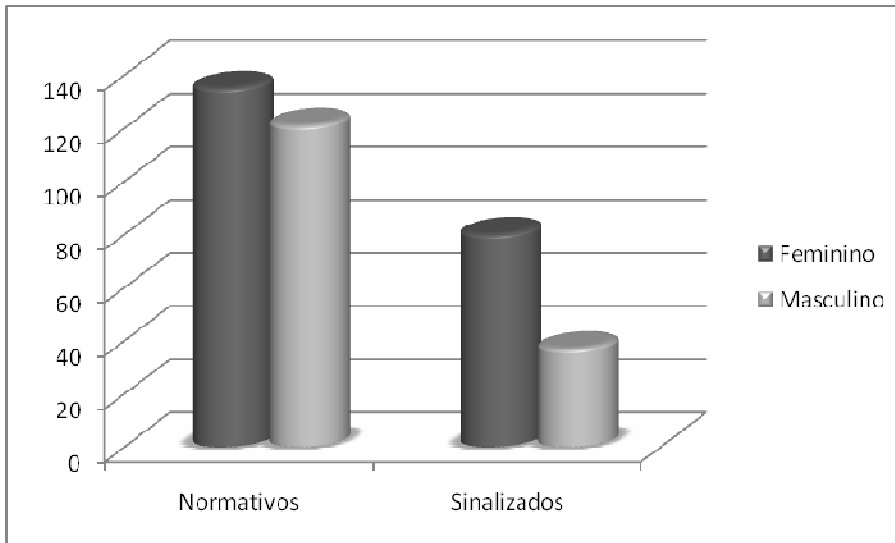


Figura 7 – Distribuição dos alunos sinalizados e normativos por género

Observando a Figura 8 relativa ao ano escolar, podemos constatar que 38 alunos (32.5%) frequentavam o 1º ano, 37 (31.6%) o 2º ano, 30 (25.6%) o 3º ano e por fim 12 (10.3%) o 4º ano. Numa análise mais pormenorizada, constatamos que a proporção dos alunos

sinalizados apresenta valores superiores no 1º, 2º e 4º anos, sendo estas diferenças mais acentuadas no 1º ano.

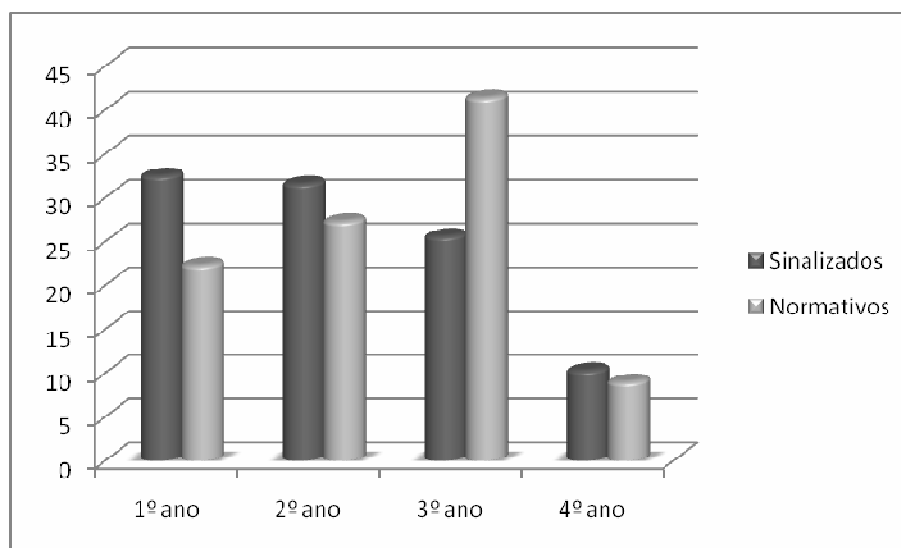


Figura 8 – Distribuição dos alunos sinalizados e normativos, por ano escolar

Relativamente à faculdade, 39 (33.3%) dos alunos sinalizados estudam na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 25 (21.4%) na Faculdade de Artes e Letras, 27 (23.1%) na Faculdade de Engenharias, 23 (19.7%) na Faculdade das Ciências da Saúde e 3 alunos (2.6%) na Faculdade de Ciências. Numa análise comparativa entre a proporção de alunos de cada curso representada nos dois grupos (sinalizados vs normativos), verifica-se uma menor representação do grupo de sinalizados no curso de Ciências do Desporto, seguido das Ciências Farmacêuticas e Bioquímica.

Face à menor percentagem de alunos do curso de Ciências do Desporto no grupo de sinalizados, comparativamente com o grupo normativo, optamos por complementar o nosso estudo com uma análise mais aprofundada de eventuais diferenças no BSI em função da prática desportiva, considerando a totalidade da amostra. Assim construímos dois grupos: um grupo constituído pelos sujeitos que indicaram como actividade extra-curricular a prática de exercício físico e pelos estudantes de Ciências do Desporto (N=175), e um outro grupo, formado pelos restantes alunos (N=201). Os resultados obtidos com base no *Teste-t* revelaram diferenças estatisticamente significativas em quase todas as dimensões avaliadas no BSI (Somatização: $t=2,807$, $p<.01$; Obsessões-Compulsões: $t=3.838$, $p<.01$; Sensibilidade Interpessoal: $t= 3.087$, $p<.01$; Depressão: $t= 3.171$, $p<.01$; Ansiedade $t= 3.674$, $p<.01$; Hostilidade: $t= 3.105$, $p<.01$; Ansiedade Fóbica: $t= 3.529$, $p<.01$; Psicoticismo:

$t = 2.516$; $p < .05$; IGS: $t = 3.754$, $p < .01$; TSP= $t = 4.160$, $p < .01$), com exceção da Ideação Paranóide e curiosamente, do ISP sendo sempre mais favoráveis no grupo de sujeitos que pratica exercício físico.

Na Figura 9 observam-se as percepções que estes alunos sinalizados têm sobre o seu rendimento acadêmico face aos seus colegas, e constatamos que maioritariamente, isto é, 81 alunos (69.2%) se percebem dentro da média, 18 alunos (15.4%) acima da média e 17 alunos (14.5%) abaixo da média.

Ainda na Figura 9, e apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas no Índice de Sintomas Positivos (ISP) em função da percepção de rendimento face à turma (cf. Quadro 11), tomando a proporção de alunos (sinalizados vs. normativos) em cada um dos três níveis de rendimento acadêmico, constata-se uma maior percentagem de sujeitos nos extremos (rendimento abaixo e acima da média) no grupo de alunos sinalizados (14.5% e 15.4% respectivamente) face ao grupo de “normativos” (11.3% em cada um dos extremos).

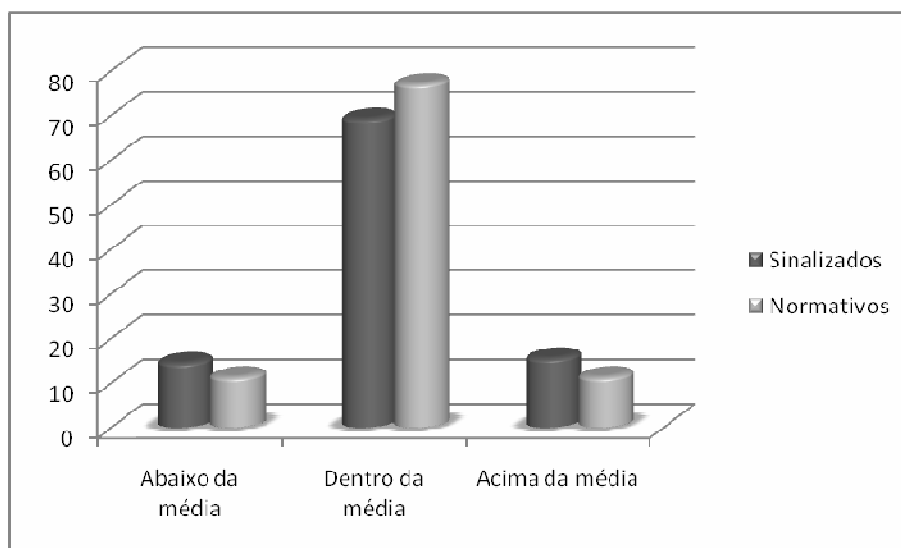


Figura 9 – Distribuição dos alunos sinalizados e normativos por rendimento acadêmico

No que diz respeito à residência, 20 dos alunos sinalizados (17.1%) responderam que a entrada no Ensino Superior não implicou a saída da sua residência habitual. Daqueles que estão deslocados, 68 alunos (58.1%) responderam que vivem num apartamento com outros estudantes, 14 (12.0%) vivem numa residência universitária, 9 (7.7%) vivem sozinhos num apartamento e 4 (3.4%) na casa/apartamento de familiares. Numa análise mais específica,

comparando os dois grupos de alunos (sinalizados vs. normativos), verificamos que a proporção de alunos deslocados no grupo de sinalizados é superior (83%), face ao grupo normativo (78%).

Entre os 117 alunos sinalizados com indicação de possível perturbação psicopatológica ($ISP \geq 1.7$), 93 alunos (79.5%) referiram não ter conhecimento de qualquer serviço de apoio psicológico prestado na Universidade (cf. Figura 10). Todavia, como podemos observar na Figura 10, a proporção dos alunos sinalizados é superior aos alunos normativos sobre o conhecimento de um serviço de apoio psicológico na UBI (19.7% vs. 11.7%). Acha ainda pertinente existir um serviço de apoio psicológico 109 alunos sinalizados (93.2%) e dispensavam este serviço somente 7 alunos (5.3%), mesmo que, quando comparados com os alunos normativos, os sinalizados apresentem uma menor proporção no que respeita à pertinência destes serviços (93% vs. 95%).

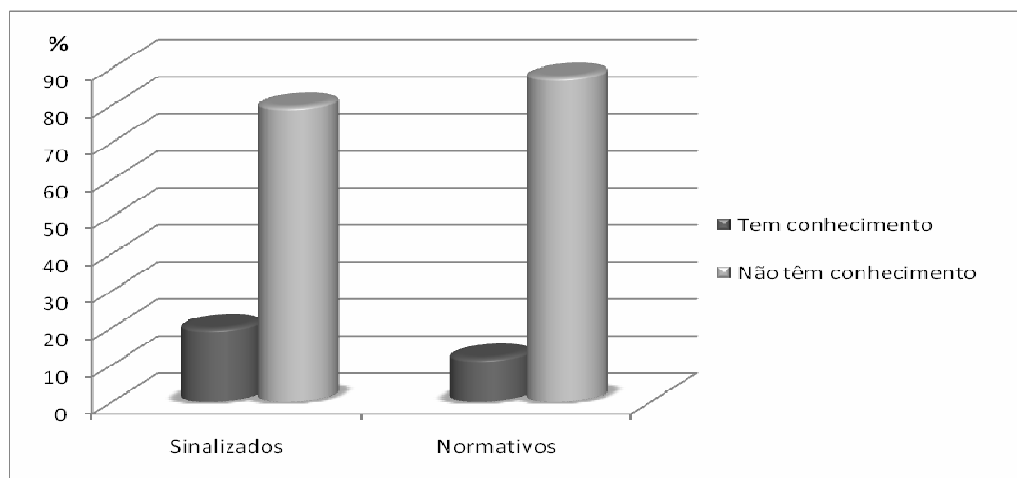


Figura 10 – Distribuição dos alunos sinalizados e normativos em função do conhecimento dos serviços de apoio psicológico na UBI

Ainda em relação à saúde física e psicológica dos alunos sinalizados, a larga maioria dos respondentes, 98 alunos (83.8%) exprimiram não ter qualquer tipo de doença física ou mental e 13 alunos (11.1%), embora não especificuem, referiram ter algum tipo de doença. Dos que especificaram, 1 aluno (0.9%) referiu ter ansiedade, 1 (0.9%) perturbação do comportamento alimentar, 1 (0.9%) epilepsia, 1 taquicardia (0.9%) e 1 (0.9%) depressão. Como seria de esperar, e ainda em relação à variável doença física ou psicológica todos os alunos que indicaram a presença de alguma doença pertence, ao grupo de sinalizados, com excepção de um caso (cujo problema é a epilipsia).

Em relação à ajuda psicológica, 93 dos alunos sinalizados (79.5%) nunca recorreram a nenhum tipo de apoio ao longo das suas vidas. Quando comparamos os motivos pelos quais os alunos sinalizados recorreram ao apoio psicológico, podemos observar a expressividade da ansiedade ou depressão (9.4%), seguindo-se as perturbações do comportamento alimentar (1.7%), os problemas pessoais (1.7%), os problemas na relação (1.7%) e outras sem especificação (1.7%). Quando comparados os dois grupos (sinalizados vs. normativos), podemos constatar que a proporção do primeiro grupo ($ISP \geq 1.7$) é superior à do segundo grupo (19.8% vs. 8.8%).

Questionados sobre o consumo de outro tipo de medicação, e não aquele decorrente de alguma doença (ou não prescrita), 93 (79.5%) dos alunos sinalizados, reponderam que não tomam qualquer tipo de medicação (vs. 86,3% no grupo normativo), 8 alunos (6.8%) toma suplementos vitamínicos, 2 alunos (1.7%) ingerem antidepressivos, 2 alunos (1.7%) referem tomar vários dos anteriormente referidos, e por fim, 5 destes alunos (4.3%) não especificam qual a medicação que consomem. Importa ainda salientar que 7 destes alunos não responderam à pergunta. Numa análise mais específica entre os dois grupos (sinalizados vs. normativos), podemos constatar com o auxílio da Figura 11 que, em proporção os alunos sinalizados apresentam valores superiores aos alunos normativos (15% vs. 12%) no consumo de medicação não prescrita, à excepção de medicação não especificada, onde se nota uma inversão da tendência nas pontuações, isto é, valores dos alunos normativos superiores aos dos alunos sinalizados. As diferenças encontradas são mais notórias ao nível da medicação múltipla (várias consideradas), dos antidepressivos e em outra medicação que os alunos não especificaram.

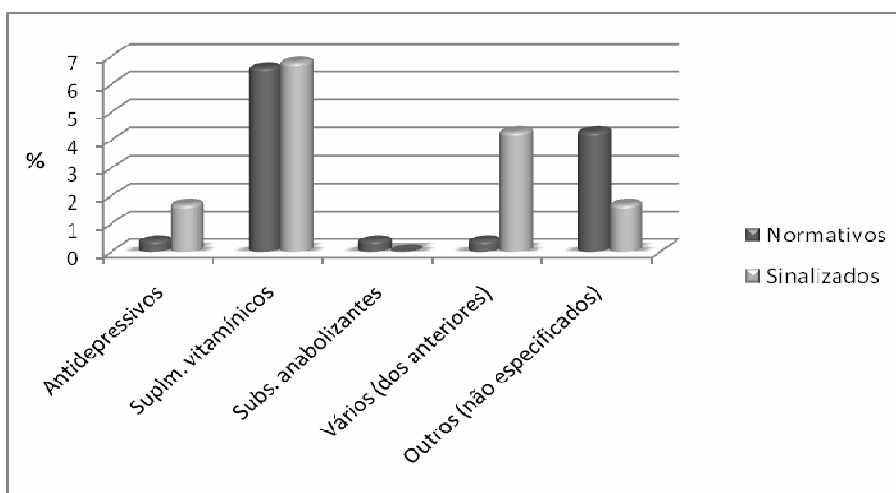


Figura 11 – Consumo de Medicação não prescrita entre alunos sinalizados e normativos

Numa análise mais específica tendo em conta o curso, pudemos constatar que em proporção os alunos do Curso de Ciências Farmacêuticas são aqueles que mais recorrem a medicação não prescrita (22.4%), seguindo-se os cursos de Design Multimédia (14.3%), Medicina (12.2%) e Psicologia (10.2%).

No que respeita à história de doença grave na família, reponderam afirmativamente à questão 40.2% dos alunos sinalizados, ao passo que no grupo normativo a percentagem revelou-se inferior (21.9%). Numa análise mais aprofundada, utilizando o teste Qui-quadrado, foi encontrada uma forte correlação entre a história de doença grave na família e o ISP dos alunos sinalizados e normativos ($\chi^2 = 11.759$; $p < .01$).

Analisando o grau de importância atribuído pelos alunos sinalizados ao nível da intervenção psicológica nas diversas áreas consideradas (cf. Figura 12), verificou-se que estes pontuaram, por ordem decrescente, as valências: suicídio (M=6.67), problemas sócio-emocionais (M=6.50), intervenção clínica (M=6.42), consumo de substâncias (M=5.67), adaptação e integração na Universidade (M=5.63), comportamentos sexuais de risco (M=5.17), ansiedade face aos testes/exames (M=4.66), orientação vocacional (M=4.03), métodos de estudo (M=3.96) e, por fim, identidade sexual (M=3.50).

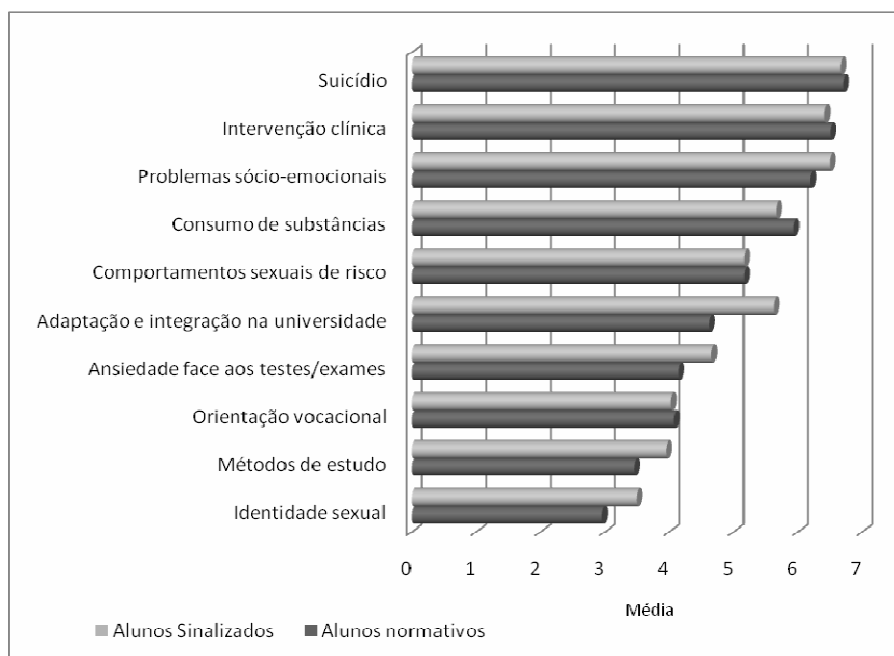


Figura 12 – Comparação das médias da percepção das necessidades de intervenção dos alunos normativos e os alunos sinalizados

Ainda na Figura 12, comparando a percepção dos alunos de ambos os grupos (sinalizados vs. normativos) quanto às necessidades de intervenção destaca-se a maior frequência de alunos sinalizados face aos normativos apontando necessidades de intervenção nas áreas “Adaptação e Integração na Universidade”, seguida da “Ansiedade face aos testes”, “Métodos de Estudo”, “Identidade Sexual” e “problemas Emocionais”. Como se pode observar os alunos sinalizados, os alunos sinalizados dão igualmente prioridade às valências clínicas, muito embora atribuam maior importância à intervenção nas áreas académicas, comparativamente com os alunos normativos.

Numa análise mais pormenorizada, recorrendo ao *Teste-t*, percebemos que estas diferenças nas médias da percepção sobre as necessidades de intervenção, entre o grupo de alunos sinalizados e o grupo de alunos com valores normativos no ISP, revelaram-se significativas unicamente na valência adaptação e integração na Universidade ($t=2,872$; $p<.05$).

4. DISCUSSÃO

Os principais objectivos deste estudo foram analisar a sintomatologia psicopatológica dos estudantes da UBI e contribuir para um melhor conhecimento acerca das necessidades de intervenção psicológica neste contexto. Em termos gerais, verificamos que as médias obtidas nas diferentes medidas do BSI se situaram dentro dos valores normativos (Canavarro, 1999), no entanto, 31% dos estudantes apresentaram resultados que apontam para uma elevada probabilidade de ocorrência de perturbação, o que vai ao encontro de estudos anteriores com o instrumento no Ensino Superior (Maia et al., 2007). Também num estudo sobre a personalidade, realizado por Huertas (1984, *cit. in* Galli, 2005) com 97 alunos universitários de vários cursos, demonstrou-se que quase metade dos alunos (47 sujeitos) apresentava uma tendência para a instabilidade. Estes resultados parecem ainda ir ao encontro dos resultados encontrados nas conclusões de Silvestri e Bonis (2009) onde 27,1% da amostra foi sinalizada com diagnóstico de doença de saúde mental. Outra das investigações que parecem corroborar os nossos resultados é a desenvolvida por Fernandes e colaboradores (2005) onde 31,9% apresentam sinais de severidade sintomatológica.

Importa atenuar a possível exacerbação na interpretação destes resultados, em virtude das particularidades da amostra e da ausência de um número suficiente de estudos com o BSI junto de estudantes do Ensino Superior. Ainda assim, não podemos deixar de destacar a

incidência crescente nos pedidos de apoio psicológico por parte desta população (Kraft, 2009; Tinklin, Riddell & Wilson, 2005).

Analisando a psicossintomatologia evidenciada em função de algumas características dos alunos, verificaram-se pontuações mais elevadas nas mulheres em todas as medidas do BSI, tal como aponta a literatura na área (Burriss et al., 2009). No estudo conduzido por Fernandes e colaboradores (2005) também se pôde verificar que é nos estudantes do sexo feminino que se verificam as maiores percentagens de severidade sintomatológica e de dificuldades de resolução de problemas. Em outras investigações, o sexo feminino foi aquele onde se verificaram expectativas mais elevadas relativamente a diferentes dimensões da vida académica, pessoal e social quando associadas com o Ensino Superior (Soares & Almeida, 2002). Talvez por estes motivos, o sexo feminino tende a apresentar maior sintomatologia ansiosa e depressiva, numa fase sentida por muitos estudantes como difícil e exigente (APA, 2002; Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Ortíz, 2004; McAlpine & Wilson, 2004; Möller-Leimkühler & Yücel, 2010; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008b; Ruble, Grenlich, Pomerantz & Gochberg, 1993; Vélez, Garzón & Ortíz, 2008).

Estes resultados poderão estar também relacionados com a hipótese de que os homens são socializados para evitar o aparecimento de fraquezas e a serem auto-suficientes (Keutzer, Morrill, Holmes et al., 1998), ao passo que as mulheres podem ter sido socializadas para ser mais auto-reflexivas e mais sensíveis a questões emocionais (Cook, 1990). Segundo Denton, Prus e Walters (2004), existem também importantes diferenças de género na percepção do auto-controlo e da auto-estima, com mulheres que relatam níveis mais baixos de ambos os recursos, quando comparadas com o sexo oposto, muito embora elas relatem níveis mais altos de apoio social.

Relativamente aos resultados em função da faculdade, não se verificaram diferenças significativas, embora se deva salientar a diversidade de alguns cursos por faculdade, a existência de faculdades que apenas se encontram representadas por um curso e o reduzido número de alunos da Faculdade de Ciências, como limitações nesta análise. Contudo, e devido à natureza exploratória do nosso estudo, realçamos uma média no ISP mais elevada na Faculdade de Artes e Letras seguindo-se a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Estes resultados parecem ir ao encontro de um estudo de Maia e Seabra (2007) no qual os alunos de Letras apresentaram mais sintomas psicopatológicos do que os alunos de Psicologia e de Medicina. Uma possível explicação para estes resultados, poderá estar

relacionada com a menor exigência no acesso a estes cursos, podendo este ser frequentado por alunos menos funcionais em termos psicológicos, do que nos cursos de Medicina e Psicologia (Maia & Seabra, 2007). Ainda a este respeito, Elias e Berg-Cross (2009) alertaram para o facto de estudantes dos cursos de Artes, muitas vezes estarem associados a estereótipos negativos, o que poderá levar a negligenciar investigações no âmbito das motivações de carreira, riscos para a saúde mental e outros factores que avaliem esta população. Segundo os mesmos autores, tornam-se pertinentes investigações nesta área, já que, parece existir uma ligação entre a psicopatologia e a criatividade, mas também a psicopatologia pode efectivamente impedir o desenvolvimento e manifestação da criatividade.

Ao contrário do que aponta a literatura, não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos cursos de Medicina e Psicologia, o que poderá estar relacionado com o facto de estes alunos terem mais informação sobre as diversas perturbações e estarem mais familiarizados com o preenchimento deste tipo de instrumentos (são cursos muito requisitados para estudos relacionados com a área da saúde). Por outro lado, segundo Galli (2005), estes alunos poderão conhecer e adoptar estratégias mais ajustadas conseguidas durante a sua formação, prevenindo assim o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Também o facto de estes cursos à partida prepararem os alunos com melhores conhecimentos face às possíveis patologias, poderá alertá-los para procurar ajuda psicológica e controlar o desenvolvimento de perturbação psiquiátrica quando necessário. Também poderá estar subjacente a esta ausência de diferenças significativas, o facto de aqueles dois cursos apresentarem no nosso estudo, a terceira e quarta percentagem mais elevada no que respeita à utilização de medicação não prescrita (Medicina, 12.2% e Psicologia, 10.2%).

A menor representação no grupo de sinalizados do curso de Ciências do Desporto, e as diferenças significativas encontradas em quase todas as dimensões avaliadas do BSI tomando a variável exercício físico, poderá ir ao encontro da ideia consensual na literatura de que a prática de exercício físico apresenta benefícios psicológicos, entre os quais se destacam: a melhoria do bem-estar e da saúde mental, o controlo dos níveis de ansiedade e do stress, a redução de estados depressivos, aumento da auto-estima e do auto-conceito e melhoria do estado de humor (ACSM, 1998; Kesaniemi, Danforth, Jensen, Kopelman, Lefèbvre & Reeder, 2001; Shephard, 2001). Sendo a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas a mais representada por alunos sinalizados (ou que apresentem forte probabilidade no desenvolvimento de perturbação psicopatológica), e pertencendo este

curso a esta faculdade, parece sair reforçada a ideia dos benefícios do desporto na prevenção de psicopatologia dos alunos universitários.

Relativamente ao ano escolar, os alunos do 1º ano foram os que obtiveram resultados menos favoráveis. De facto, o 1º ano tem sido apontado como uma época de grande vulnerabilidade, face aos desafios colocados pela transição para o Ensino Superior (Diniz & Almeida, 2006). Por outro lado, a literatura tem sublinhado muitas vezes que é durante o primeiro ano que os alunos tendem a registar maiores quebras no rendimento académico (Almeida et al., 2003; Fernandes, Maia, Meireles, et al. 2005) sendo que a infinidade de aspectos que afectam o desempenho académico dos estudantes que ingressam numa Universidade, provavelmente tem um papel fundamental na sua saúde mental (Armenta, Pacheco & Pineda, 2008). Galli (2005), por seu turno, verificou também uma maior prevalência de psicopatologia nos alunos do 1º ano, apontando mais uma vez factores stressantes na base destes resultados, tais como, adaptação a novos ambientes, procura da identidade e a escolha de uma carreira.

A inversão que se verificou no sentido dos resultados do 3º para o 4º ano (mesmo na proporção entre alunos sinalizados e normativos) poderá eventualmente ser explicada pelo facto de o 4º ano estar representado por um número mais reduzido de alunos, e todos do mesmo curso. Apesar de alguns autores referirem que os alunos do 4º ano apresentam menos sintomas psicopatológicos quando comparados com outros anos (Newton-Taylor, 2005; Ruble, Grenlich, Pomerantz & Gochberg, 1993), o que contradiz os nossos resultados, outros autores, alertam que os alunos nos anos finais da licenciatura, podem apresentar um conjunto de dificuldades (e.g. sintomas depressivos, ansiosos e dificuldades escolares) inerentes a esta nova fase de construção de autonomia (Costa 2000; Mendes, 2005; Welling & Vasconcelos, 2008). Para estes autores, estas dificuldades podem resultar da proximidade com o mundo do trabalho, da competição com os colegas de curso e das dificuldades de relacionamento interpessoal que daí possam advir, da preparação para o primeiro emprego (e.g. construção do currículo, resposta a anúncios, entrevista de selecção, etc.), das mudanças na estrutura de vida pessoal, familiar, social e académica.

Tal como seria de esperar, o grupo com pior percepção de rendimento face à turma apresentou também os piores resultados no BSI, destacando-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Obsessões Compulsões, Depressão e Ansiedade. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que salientam uma relação significativa entre o rendimento académico e o estado emocional dos alunos como a ansiedade e a depressão (Andrews & Wilding, 2004; Deroma, Leach & Leverett, 2009; Rivera, 2000; Steinhausen &

Metzke, 2000; Velez & Roa, 2005), estudos que revelaram que os alunos que se perceberam com maior competência pessoal obtiveram melhores notas em todos os indicadores do rendimento analisados (Monteiro, Vasconcelos & Almeida, 2005) e estudos que concluíram que os alunos menos ajustados se percebem como menos competentes para ter sucesso (Brackney & Karabenick, 1995). Por seu turno, Farias (2003) refere que a inexistência de percepções ajustadas de competência pessoal pode dificultar a adaptação e o bem-estar psicossocial dos indivíduos, desenvolvendo riscos psicológicos.

Verificamos também no nosso estudo a ausência de diferenças significativas na dimensão ansiedade entre o grupo de alunos com percepção de pior rendimento académico face à turma e o grupo de alunos com percepção de rendimento acima da média. Este resultado é consonante com a literatura, que aponta para uma relação curvilínea entre a ansiedade e o rendimento académico (Oliveira & Oliveira, 1999), sendo que mesmo alunos com altas habilidades poderão ter um desempenho inferior, face ao impacto de elevados níveis de ansiedade que experienciam (Zeidner, 2007). Nesta linha, importa ainda salientar no nosso estudo que no grupo com maior índice de sintomatologia psicopatológica (tendo em conta o ISP), se verificou uma proporção superior de alunos não só com percepção de pior rendimento, mas também de melhor rendimento académico, comparativamente com o grupo que apresentou valores normativos no ISP. Podemos assim salientar que, não são só os alunos de baixo rendimento mas também aqueles cujo rendimento se apresenta em valores mais elevados, poderão estar em risco de desenvolvimento de psicopatologia psicopatológica.

As diferenças encontradas entre o grupo de alunos com percepção de pior rendimento académico e os restantes dois grupos na dimensão OC (Obsessão-Compulsão) poderão estar relacionado com a maior frequência género feminino. Segundo a APA (2002), a evolução de uma possível Perturbação Obsessivo-compulsiva, situa-se entre os 6 e 15 anos nos homens e os 20 e 29 anos nas mulheres, claramente a idade do período universitário. Por outro lado, esta elevação poderá estar influenciada pelo aumento dos sintomas relacionados com períodos de stress (APA, 2002), os quais estão inseridos nas Perturbações de Ansiedade do DSM-IV-R (APA, 2002).

De facto, a ansiedade e a depressão são duas das patologias que dentro da população universitária constituem um dos principais motivos de consulta nos serviços de apoio psicológico universitários (Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003; Cooper & Nasr, 2006; Vélez, Garzón & Ortíz, 2008).

É consensual que a alta prevalência da ansiedade e da depressão na população universitária parece ter efeito sobre variáveis tais como o rendimento académico (Vélez, Garzón & Ortiz, 2008). Uma das justificações apontadas na literatura tem a ver com a relação entre estes estados emocionais e a motivação dos alunos, isto é, estados depressivos por exemplo, são caracterizados por baixos níveis de motivação prevendo-se por isso um mau desempenho académico dos alunos (Andrews & Wilding, 2004). No que respeita à ansiedade, salientam Eysenck e Calvo (1992), se por um lado gera preocupações que podem afectar a eficiência do processamento, por outro lado, estas preocupações podem motivar os indivíduos a usar estratégias compensatórias que muitas vezes aumentam a eficácia do desempenho.

As percepções dos estudantes relativamente às necessidades de intervenção psicológica na UBI apontam como mais importantes áreas de âmbito clínico e da saúde, comparativamente com problemáticas mais relacionadas com a vida académica. Estes dados, de certa forma, vão ao encontro dos números de vários serviços de consulta psicológica no Ensino Superior português (Pereira et al., 2006; Pereira, Pina Fernandes, Dias, et al., 2002), nos quais as razões subjacentes ao pedido de ajuda foram, por ordem decrescente: a ansiedade, depressão, problemas interpessoais e problemas académicos. Todavia outras investigações revelaram que as questões académicas constituem um dos principais pedidos de apoio psicológico no Ensino Superior, destacando-se problemáticas como: dificuldades de concentração e mobilização da atenção, realização de exames, deficits de motivação para o estudo, dificuldades de organização e planificação do estudo e da vida escolar em geral (Gonçalves, 2001; Mendes, 2005; Oliveira, Dantas, Azevedo & Banzato, 2008).

A análise efectuada no nosso estudo junto dos alunos sinalizados, que atribuíram maior importância à intervenção em áreas académicas comparativamente com os restantes alunos (especialmente no que se reporta à adaptação e integração na Universidade), parece ir ao encontro de resultados de outras investigações, que sugerem que cerca de 40% dos estudantes experimentam problemas significativos na adaptação à Universidade, o que em última instância, poderá conduzir ao abandono dos estudos antes de completar a licenciatura (McLaughlin, Brozovsky & McLaughlin, 1998; Melo, Pereira & Pereira, 2005; Tinto, 1993). Assim, a qualidade da integração/adaptação académica é uma variável fundamental na tomada de decisão dos estudantes em desistir ou continuar no estabelecimento de ensino que frequentam (Bean, 1985; Tinto, 1993), não esquecendo que o grau de integração/adaptação se encontra positivamente correlacionado com o sucesso académico objectivo (Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000).

Como é salientado por vários autores, a adaptação ao contexto universitário tem sido conceptualizada como um processo complexo e multidimensional, que envolve múltiplos factores, tanto de natureza intrapessoal como de natureza contextual, sendo por isso preditora do rendimento académico e desenvolvimento psicossocial do aluno, bem como do seu sucesso, saúde e bem-estar (Astin, 1993; Clarke, 1998; Pascarella & Terenzini, 1991; Tinto, 1993; Weidman, 1989). Embora alguns alunos cheguem à Universidade já com problemas de saúde mental (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010), o momento de transição e adaptação dos jovens ao Ensino Superior pode assumir-se como um potenciador de crises e/ou desafios desenvolvimentais que se podem constituir como facilitadores do crescimento e do desenvolvimento ou, pelo contrário, como factores geradores de desequilíbrio psicológico (Bastos, 1993; Ferreira & Hood, 1990).

Assim, compete às entidades superiores e Universidades garantir um processo de transição e adaptação de qualidade e um forte investimento na promoção de estilos de vida saudáveis na população académica. Uma actuação preventiva, remediativa e desenvolvimental pensada pelas e para as Universidades, que permitam intervir no combate às causas explicativas do insucesso académico (Conner & Norman, 1996; Pereira, 2005; Pereira et al., 2006), que promovam os factores pessoais (habilidades cognitivas, motivação, habilidades sociais, etc.), que permitam as interacções com o ambiente físico, social e cultural, que tenham em conta a situação económico-financeira e as aprendizagens sociais dos alunos (Tudor, 1996), contribuirão certamente para uma melhor saúde e bem-estar geral dos mesmos (Carvalho & Cruz, 2008).

Podemos constatar também no nosso estudo que, uma grande percentagem de alunos sinalizados nunca recorreu a apoio psicológico em algum momento das suas vidas, mesmo apresentando índices de sintomatologia psicopatológica acima dos valores normativos para a população portuguesa, o que poderá indicar possível perturbação psicopatológica. Este facto de nunca terem recorrido à ajuda poderá estar relacionado com o evidente desconhecimento destes alunos (79.5%) sobre a existência de apoio psicológico prestado na Universidade. O desconhecimento dos alunos relativamente aos serviços de apoio psicológico disponíveis nas Universidades, seja pela escassez de informação ou divulgação, foi também patente num estudo realizado por Westefeld e colaboradores (2005), onde apenas 26% da amostra relatou que tinha conhecimento dos recursos existentes e disponíveis na Universidade, para ajudar o universitário nos seus problemas de saúde mental. Todavia, no nosso estudo, e como seria previsível, a proporção dos alunos sinalizados é superior aos alunos normativos sobre o conhecimento de um serviço de apoio psicológico na UBI. Curiosamente a proporção de alunos sinalizados que consideram a

pertinência de um serviço de apoio na UBI é menor comparativamente com a percepção dos alunos normativos. Este facto poderá indicar que os alunos sinalizados recorrem (ou já recorreram) a serviços de apoio psicológico exteriores à Universidade e por isso dispensariam este serviço, ou também poderá indicar o estigma muitas vezes associado à procura de ajuda de consultas de Psicologia em ambientes com os quais estes alunos estão mais familiarizados (relembramos que a UBI está dividida por faculdades e não num campus aberto).

A proporção superior de alunos deslocados no grupo de sinalizados, face ao grupo normativo parece ir ao encontro da premissa encontrada em outras investigações onde se verificou que, os alunos não deslocados apresentam um bem-estar físico e psicológico superior, melhor equilíbrio emocional, mais optimismo, mais confiança, maior estabilidade afectiva, melhores hábitos de estudo, melhores competências na tomada de decisão, competências de gestão do tempo e de preparação para os testes (Batista & Almeida, 2002). Esta sinalização superior nos alunos deslocados, poderá estar igualmente associada aos resultados anteriormente abordados sobre a importância atribuída pelos alunos sinalizados relativamente às necessidades de intervenção, onde se destacaram as intervenções no âmbito da adaptação e integração na Universidade. Sendo assim, estes resultados parecem corroborar os resultados de outras investigações, onde se encontraram mais problemas de isolamento/solidão e de adaptação à Universidade entre os alunos deslocados (Costa & Leal, 2008; Guerra, Lencastre, Lemos & Pereira, 2002).

A forte correlação encontrada entre a história de doença grave na família e o índice de ISP dos alunos sinalizados e normativos pode estar relacionada com o risco aumentado em se reagir negativamente perante um determinado acontecimento de vida (Brown, 1993, cit. in Vaz Serra, 2000). Estes acontecimentos de vida (e. g. perda recente de uma pessoa significativa, luto ou história de doença grave na família) podem originar preocupação e, eventualmente, exigir uma intervenção profissional (Chang, 1997, 2001; Lourenço, Pile & Gonçalves, 2004). Estas situações inserem-se nos chamados “Problemas Psicossociais e Ambientais” (Eixo IV do DSM-IV-R), na categoria “Problemas com Grupo de Apoio Familiar” (APA, 2002; p. 31). Segundo a mesma fonte, estes problemas para além de desempenharem um importante papel no início ou na exacerbação de uma perturbação mental, podem desenvolver-se em consequência da psicopatologia de um indivíduo ou dar origem a problemas que devem ser considerados no plano assistencial global.

A história de saúde familiar é um indicativo não apenas do risco genético, mas também dos riscos resultantes de factores ambientais compartilhados (GRAPH, 2005). Neste

seguimento, para Blumenthal (1990) constituem factores de risco as perturbações psiquiátricas, factores psicossociais, doença médica associada, a hereditariedade e a história familiar. Estes problemas de doença em familiares que constituem potenciais stressores para os alunos, tendem a evoluir para sintomas depressivos afectando negativamente o processo desenvolvimental dos estudantes, tendo assim repercussões negativas na sua vida académica.

Por fim, são ainda curiosos os valores quanto à utilização de medicação não prescrita, sendo encontrada a proporção mais elevada nos alunos de Ciências Farmacêuticas seguindo-se os alunos de Design Multimédia. Se estes últimos poderão confirmar os resultados de outros estudos sobre percentagens mais elevadas nos alunos de Artes no que respeita ao uso de medicação não prescrita (Elias & Berg-Cross, 2009), os alunos de Ciências Farmacêuticas podem apresentar uma maior tendência para o uso de medicação não prescrita provavelmente devido a ter uma maior informação da temática adquirida na sua área de formação académica (Castronuovo, Chiclana, Giosso, et al., 2007).

Importa referir que se verificaram diferenças assinaláveis entre o grupo de sinalizados e normativos relativamente à ingestão de medicação não prescrita, sendo que no grupo de sinalizados se verifica uma maior tendência para recorrer a medicação psiquiátrica (antidepressivos) e a medicação múltipla (vários tipos de medicação não prescrita) o que nos leva a reflectir sobre as atitudes e comportamentos deste grupo e por outro lado confirmar o ISP como um indicador de sintomatologia psicopatológica.

De seguida serão apresentadas algumas considerações finais, limitações do nosso estudo e propostas de futuras investigações. São ainda tecidas algumas sugestões de intervenção tendo em conta os resultados obtidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas associados à sintomatologia psicopatológica no Ensino Superior, seja pelas dificuldades que podem traduzir no quotidiano dos alunos ou pelo impacto que podem ter nas diferentes áreas da sua vida, salientam a importância de um maior investimento no estudo da saúde mental e do risco associado a este nível de ensino, para que se possam desenvolver intervenções mais eficazes e adequadas.

A valorização da saúde provavelmente promove interesse e envolvimento na adopção comportamentos ajustados que permitam o bem-estar psicológico (Burris, Brechting, Salsman & Carlson, 2009). Os universitários representam o capital nacional e um investimento para o futuro, com uma missão implícita tanto para suas famílias como para a sociedade como um todo (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010) e também por isso, os responsáveis universitários e os profissionais de saúde devem prestar maior atenção ao apoio psicológico no sentido dos alunos desenvolverem crenças coerentes com promoção da própria saúde.

Parece ser evidente a necessidade das Universidades providenciarem serviços de apoio psicológico, cujas intervenções terão seguramente impacto ao nível do bem-estar psicológico, ao nível da promoção das competências de resolução de problemas, reflectindo-se certamente no sucesso académico destes alunos (Fernandes & Feixas, 2007).

Os recursos pessoais desenvolvidos previamente poderão ser decisivos quer para o modo como os estudantes gerem a discrepância entre as suas expectativas e a realidade encontrada, quer para a forma como mobilizam estratégias úteis para resolver problemas e tarefas associadas à gestão pessoal, interpessoal e académica (Almeida, Soares & Ferreira, 1999). Desta forma, a investigação da saúde mental nas Universidades é fundamental e essencial em todos os países em desenvolvimento (Khodarahimi, Rasti, Khajehie & Sattar, 2009).

Tal como afirmam Stone e Archer (1990) a sintomatologia psicopatológica na população universitária está directamente relacionada com doenças psiquiátricas, distúrbios de comportamento e dificuldades psicológicas e sociais, que podem ter efeitos seriamente perniciosos na capacidade de os estudantes prosseguirem os seus estudos adequadamente. Neste sentido, pensamos que este estudo exploratório atingiu os seus objectivos no sentido de investigar a sintomatologia psicopatológica nos estudantes da Universidade da Beira Interior, alertando as entidades responsáveis para a importância do

papel do psicólogo nestes contextos, e multidisciplinarmente se encontrarem possíveis propostas e respostas de mudança e de melhoramento.

De facto, foram extraídas algumas conclusões que nos merecem especial atenção no âmbito da população que nos propusemos estudar, à qual de alguma forma lhe estamos ligados. Neste seguimento, parece-nos pertinente sublinhar as conclusões relativamente ao sexo feminino como grupo vulnerável para o desenvolvimento de psicopatologia. Seria interessante no futuro, realizarem-se investigações com os estudantes do sexo feminino e entender as particularidades que estão implícitas nestes valores. Por outro lado, propomos que, na entrada para o Ensino Superior os alunos possam e devam ser alvo de avaliações e intervenções específicas para que as dificuldades de adaptação e integração à Universidade possam ser atenuadas. Propomos ainda, a promoção de políticas desportivas na Universidade, já que este parece ser um excelente preditor de boa saúde mental.

Salientamos também que os alunos de Artes e Letras, bem como os alunos das Ciências Sociais e Humanas, por apresentarem no nosso estudo maiores índices de sintomatologia psicopatológica, poderiam ser alvo de outras investigações com o objectivo de melhor perceber quais os fenómenos psicossintomatológicos que estão subjacentes a estas pontuações.

Face aos resultados obtidos relativamente ao rendimento académico, pensamos que intervenções direccionadas para a ansiedade face aos testes, apresentação de trabalhos orais, organização de métodos de estudo nos alunos nos primeiros anos, e elaboração de currículos, preparação de entrevistas, organização e auxílio na elaboração de teses, seminários e relatórios com alunos em final de licenciatura, constituem algumas medidas que poderão prevenir o desenvolvimento de psicopatologia e promover estilos de vida mais ajustados, que possam contribuir não só para um melhor rendimento académico mas também melhorar bem-estar físico e psicológico nos alunos Universidade da Beira Interior.

Algumas limitações podem ser apontadas no nosso estudo, entre as quais destacamos a fraca representatividade da amostra nalgumas condições das variáveis analisadas, bem como o facto de termos incluído apenas estudantes que frequentam as aulas. Por outro lado, para se atender a classificações divergentes segundo o curso frequentado, o rendimento académico foi analisado unicamente com base nas percepções dos alunos face à turma.

Embora sendo um dos instrumentos mais utilizados com alunos universitários, uma das limitações do BSI apontadas por Keutzer, Morrill, Holmes e colaboradores (1998), tem a ver com o facto deste instrumento não contemplar itens relacionados com o álcool ou outras drogas, nem considerar informação sobre os contextos onde surgem os sintomas (e.g. questões relacionadas com a carreira, desempenho académico, relações familiares). Neste sentido podia-se ter recorrido a outros instrumento que dessem uma resposta em relação a estas variáveis, muito embora nos fosse vantajoso reduzir ao máximo o tempo de aplicação, já que é conhecido a sobrecarga de investigações junto da população universitária. Ainda no que refere ao instrumento, parece-nos ser outra limitação a análise dos nossos resultados remetendo-nos exclusivamente ao ISP não sendo este o único indicador de sintomatologia psicopatológica, embora a autora da aferição do instrumento o tenha sugerido como tal.

Não foi também considerado o período da aplicação dos instrumentos (e.g época com e sem provas de avaliação) já que são momentos que poderão estar relacionados com elevados valores nos índices de ansiedade. Também não foi tomado em conta a história anterior de perturbação ou sintomatologia psicológica, sendo esta uma variável importante, que poderá relacionar-se com os elevados índices revelados no nosso estudo influenciando as dificuldades na adaptação e integração à Universidade.

Seria interessante no futuro alargar este estudo a outras instituições de Ensino Superior, bem como aprofundar a análise sobre potenciais efeitos de interacção entre as variáveis estudadas, ou ainda analisar a relação entre a psicossintomatologia e outro tipo de variáveis (e.g. pedidos de ajuda na área da saúde mental ou recurso a serviços de apoio psicológico).

Por outro lado, sugerimos ainda, estudos longitudinais do final do Ensino Secundário ao final do Ensino Superior, estudos relativos à transição para o mercado de trabalho dos alunos do último ano e ainda, estudo relativos à própria Universidade (vivências dos alunos na adaptação à UBI e factores menos favoráveis associados à intervenção).

Para finalizar, sublinhamos que as consultas de Psicologia constituem uma área essencial, para a identificação e intervenção dos principais problemas dos estudantes universitários, quer nos de desenvolvimento pessoal, quer nos patológicos (Pereira, et al., 2006). Subjacente aos nossos objectivos, acentuamos que conhecer as características dos alunos que provavelmente estejam numa situação de sofrimento psíquico é uma condição necessária e o primeiro passo para o desenvolvimento de intervenções eficazes.

BIBLIOGRAFIA

Abouserie, R. (1994). Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students. *Educational Psychology, 14* (3), 323–330.

ACHA - American College Health Association (2008). American College Health Association - National College Health Assessment Spring 007 reference group data report (abridged). *Journal of American College Health, 56* (5), 465-480.

ACHA - American College Health Association (2005). The American College Health Association National College Health Assessment (ACHANCHA), spring 2003 reference group report. *Journal American College Health, 53* (5)199-210.

ACSM - American College of Sports Medicine (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio respiratory and muscular fitness in the healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 30* (6), 975-991.

Adlaf E. M., Gliksman, L., Demers, A. & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health, 50* (2), 67-72.

Adlaf, E. M., Demers, A. & Gliksman, L. (Eds.) (2005). *Canadian Campus Survey 2004*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health – CAMH.

Aguiar Pereira, E. M. (2004). A percepção dos universitários sobre os seus problemas. In E. Mercuri & S. A. J. Polydoro (org.), *Estudante Universitário: características e experiências de formação* (pp. 187-217). São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária.

Akgun, S. & Ciarrochi, J. (2003). Learned Resourcefulness Moderates the Relationship Between Academic Stress and Academic Performance. *Educational Psychology, 23* (3), 287-294.

Almeida, L. S., Gonçalves, A., Sagueira, A. P., Soares, A. P., Machado, C., Fernandes, E., Machado, J. C. & Vasconcelos, R. (2003). Expectativas de envolvimento académico à entrada na Universidade: Estudo com alunos da Universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 8* (1), 3-15.

Almeida, L. S., Guisande, M. A., Soares, A. P. & Saavedra, L. (2006). Acesso e Sucesso no Ensino Superior em Portugal: Questões de Género, Origem Sócio-Cultural e Percurso Académico dos Alunos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 507-514.

Almeida, L. S., Soares, A. P. & Ferreira, J. A. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes no Ensino Superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas*. Centro de Estudos em Educação e Psicologia (CEEP), Série Relatórios de Investigação. Braga: Universidade do Minho.

Almeida, L. S., Soares, A. P. & Ferreira, J. A. (2000). Transição e adaptação à Universidade: apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Psicologia*, 14 (2), 189-208.

Almeida, L. S., Soares, A. P. & Ferreira, J. A. (2002). Questionário de Vivências Académicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 2, 81-93.

Alschuler, K., Hoodin, F. & Byrd, M. R. (2009). Rapid Assessment for Psychopathology in a College Health Clinic: Utility of College Student Specific Questions. *Journal of American College Health*, 58 (2), 177-180.

Alschuler, K., Hoodin, F. & Byrd, M. (2008). The need for integrating behavioral care in a college health center. *Health Psychology*, 27 (3), 388–393.

Alva, S. A. (1998). Self-reported alcohol use of college fraternity and sorority members. *Journal of College Student Development*, 39 (1), 3-10.

Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95 (4), 509–521

APA – American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-TR* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Armenta, N. G., Pacheco, C. C. & Pineda E. D. (2008). Factores socioeconómicos que intervienen en el desempeño académico de los estudiantes universitarios de la facultad de ciencias humanas la universidad autónoma de baja California. *Revista de Investigación en Psicología*, 11 (1), 153-165.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.

Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J. & Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, 3 (1), 17-26.

Arthur, N. (1998). The effects of stress, depression, and anxiety on postsecondary student's coping strategies. *Journal of College Student Development*, 39 (1), 11-22.

Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 989-1003.

Astin, A. W. (1993). *What matters in college? Four critical years revised*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Azevedo, A. & Faria, L. (2001). Impacto das condições pessoais e contextuais na transição do ensino secundário para o Ensino Superior. *Revista da Universidade Fernando Pessoa*, 6, 257-269.

Azevedo, A. & Faria, L. (2006). Motivação, sucesso e transição para o Ensino Superior. *Psicologia*, 20 (2), 69-93.

Baker, R. W., McNeil, O. V. & Siryk, B. (1985). Expectations and reality in freshman adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 32 (1), 94-103.

Bastos, A. (1993). Desenvolvimento humano e intervenção psicológica em contexto educativo. *Dissertação de mestrado*. Braga: Universidade do Minho.

Batista, R. G. R. & Almeida, L. S. (2002). Desafios da transição e vivências académicas: análise segundo a opção de curso e mobilidade. In A. S. Pouzada, L. S. Almeida & R. M. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 167-174). Guimarães: Universidade do Minho.

Baum, A. & Posluszny, D.M. (1999). Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Reviews Psychology*, 50 (1), 137-163.

Bean, J. P. (1985). Interaction effects based on class level in a exploratory model of college student dropout syndrome. *American Educational Research Journal*, 22 (1), 35-64.

Becker, M., Martin, L., Wajeed, E., Ward, J. & Shern D. (2002). Students with mental illness in a university setting: faculty and student attitudes, beliefs, knowledge, and experiences. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (4), 359-368.

Behnke, S. (2008). The unique challenges of campus counseling. *Monitor on Psychology*, 39 (6), 88-89.

Bennett, P. & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W., Newton, F. B. & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems: Across 13 Years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (1), 66-72.

Bernier, A., Larose, S. & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment and Human Development*, 7 (2), 171-185.

Best, K. M., Hauser, S. T., Galinski-Bakker, J. H., Allen, J. P. & Crowell, J. (2004). Adolescent psychiatric hospitalization and mortality, distress levels, and educational attainment: follow-up after 11 and 20 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158 (8), 749-752.

Birky, I. T. (2005). Evidence-based and empirically supported college counseling center treatment of alcohol related issues. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20 (1), 7-21

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.

Bishop, J. B. & Brenneman, K. A. (1986). An initial assessment of a counseling center's role in retention. *Journal of College Student Personnel*, 27 (5), 461-462.

Bishop, J. B. (1990). The university counseling center: An agenda for the 1990s. *Journal of Counseling and Development*, 68 (4), 408-413.

Bjorksten, O., Sutherland, S., Miller, C. & Stewart, T. (1983). Identification of medical students problems and comparison with those of other students. *Journal of Medical Education*, 58 (10), 759-767.

Blumenthal, S. J. (1988). Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 72 (4), 937-971.

Blumenthal, S. J. (1990). Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 13 (3), 511-556.

Brackney, B. E. & Karabenick, S. A. (1995). Psychopathology and academic performance: The role of motivation and learning strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (4), 456-465.

Brener, N. D., Hassan, S. S. & Barrios, L. C. (1999). Suicidal ideation among college students in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 1004-1008.

Brooks, J. H. & DuBois, D. L. (1995). Individual and environmental predictors of adjustment during the first year of college. *Journal of College Student Development*, 36 (4), 347-360.

Bronnen, J. P., Pireaux, J. P. & Walgraffe, R. (1994). Belgium. In E. Bell, C. McDevitt, G. Rott & P. Valerio (Eds.), *Psychological Counselling in Higher Education: An European overview* (pp. 31-37). Napoli: La Città del Sole.

Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J. & Carlson, C. R. (2009). Factors associated with the psychological well-being and distress of university students. *Journal of American College Health*, 57 (5), 536-543.

Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos. In, M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2, pp.82-109). Braga: APPORT/SHO.

Canavarro, M. C. S. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In, M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (1ª Ed., Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.

Carvalho, S. F. & Cruz, J. P. (2008). Saúde e bem-estar na transição para o Ensino Superior: influência dos estilos de vida nos processos de adaptação académica. In J. Bonito (cord.). *Educação para a Saúde no século XXI – Teorias, Modelos e Práticas* (pp. 664-673). Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora.

Cassaretto, M. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología da Universidad Católica do Perú*, 21 (2), 363-392.

Castro, S. & Almeida, L. (2000). *Qualidade de vida e percepção de bem-estar em estudantes universitários*. Comunicação apresentada no Seminário Transição para o Ensino Superior. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.

Castronuovo, C., Chiclana, F., Giosso, L., Pensa, G., Prario, M., Rebollo, V., Bustos, N., Talevi, A. & Muñoz, S. (2007). Automedicación en Estudiantes de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina). *Latin American Journal of Pharmacy*, 26 (6), 937-44.

Cervera, C. (1997). *Manual del residente de psiquiatría*. Madrid: Ene Publicidad.

Chang, E. C. (1997). Irrational beliefs and negative life stress: testing a diathesis-stress model of depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22 (1), 115-117.

Chang, E. C. (2001). Life stress and depressed mood among adolescents: Examining a cognitive affective mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (3), 416-429.

Chemers, M. M., Hu, L. & Garcia, B. F. (2001). Academic self-efficacy and first year college student adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93 (1), 55-64.

Chickering, A. W. & Reisser, L. (1993). Education and identity (2^a Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Clarke, J. A. (1998). Student's Perceptions of Different Tertiary Learning Environment. *Higher Education Research & Development*, 17 (1), 107-117.

Coll, K. M. (1999). An assessment of drinking patterns and drinking problems among community college students: Implications for programming. *Journal of College Student Development*, 40 (1), 98-101.

Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.

Cook, E. P. (1990). Gender and psychological distress. *Journal of Counseling & Development*, 68 (4), 371-375.

Cooper, S. & Nasr, S. J. (2006). Combining Psychotherapy and Medication for College Students with Severe Psychopathology. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21 (1), 33-50.

Cooper, S. (2003). College counseling centers as internal organizational consultants to universities. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 55 (4), 230-238.

Correché, M. S. & Labiano, L. M. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en Humanidades*, 4 (007-008), 129-147.

Costa, C. (2000). Criação do Serviço de Apoio a Estudantes (SAE) do Instituto Superior de Economia e gestão (ISEG). In A. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. Almeida, R. M. Vaconcelos & S. Caires, *Transição para o Ensino Superior* (pp. 129-132). Braga: Conselho Académico, Universidade de Minho.

Costa, E. S. & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do Ensino Superior – Avaliar para intervir. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva, S. Marques (Org.) *Actas do 7º Congresso de Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213-216). Porto: Universidade do Porto.

Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo (2002). Memórias de cuidados parentais na infância, estilo de vinculação, qualidade da relação com pessoas significativas, perturbação psicopatológica e aliança terapêutica (estudo exploratório). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7 (1), 43-55.

Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy* (pp. 291-309). New York: John Wiley.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57 (1), 21-27.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S. & Chou, P. S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 77 (2), 139-150.

Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004) Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58 (12), 2585-2600.

Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595-605.

Deroma, V. M., Leach, J.B & Leverett, J. P (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal*, 43 (2), 325-334.

Dias, G. F. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar psicológico dos jovens. Dissertação de Doutoramento. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto*.

Dias, G. F. (2006). Aconselhamento psicológico a jovens do Ensino Superior: Uma abordagem psicodinâmica e desenvolvimentista. *Análise Psicológica*, 1 (24), 39-50.

Díaz, S. C. P., Giraldo A. F. R. & Buitrago, H. C. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 17, 196-219.

Diniz, A. M. & Almeida L. S (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1 (24), 29-38.

Dozier, M. & Spring, W. L. (1995). Discrepancies between self-and-other-report of psychiatry symptomatology: effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychology*, 7, 217-226.

Dyrbye, L. N, Thomas, M.R. & Shanafelt, T.D. (2006) Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 8 (4), 354-373.

Eisenberg, D., Golberstein, E., Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care*, 45 (7), 594-601.

Elias, D.M. G. & Berg-Cross, L. (2009). An exploration of motivations of fine art students in relation to mental and physical well-being. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23 (4), 228 -238.

Evans, N. J., Fornely, D. S. & Dibritto, F. G. (1998). *Student development in college: Theory, research and practice*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Ey, S., Henning, K. R. & Shaw, D. L. (2000). Attitudes and Factors Related to Seeking Mental Health Treatment Among Medical and Dental Students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 14 (3), 23-39.

Eysenck, M. W. & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6 (6), 409-434.

Faria L. & Santos, N. L. (1998). Validação de uma escala de concepções pessoais de competência no contexto universitário. *Actas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (pp. 144-150). Braga: Universidade do Minho.

Faria, L. (2003). Algumas reflexões sobre a competência e a incompetência: Desafios para a intervenção psicopedagógica. *Sobredotação*, 4 (2), 25-36.

Fergusson, E., James, D. & Madeley, L. (2002). Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *British Medical Journal*, 324 (7343), 952-957.

Fernandes, E. & Feixas, G. (2007). Dilemas implicativos, psicopatologia e construção do Self: Mudanças durante o primeiro ano da Universidade. *Psychologica*, 45, 239-256.

Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D. & Guillem, F. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 285-304.

Ferraz, M. F. & Pereira, A. S. (2003). A dinâmica da personalidade e o Homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia. Saúde & Doenças*, 3 (2), 149-164.

Ferreira, I. S. & Ferreira, J. A. (2005). As mudanças psicossociais no jovem adulto e adaptação ao contexto do Ensino Superior. *Iberpsicologia* 10 (6), s/pag.

Ferreira, J. A. (2001). Desenvolvimento psicológico e social do jovem adulto e implicações pedagógicas no âmbito do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (33), pp. 119-159.

Ferreira, J. A. & Hood, A. B. (1990). Para a compreensão do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV, 391-406.

Fisher, S. & Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, 78, 425-442.

Fisher, S. & Hood, B. (1988). Vulnerability factors in transition to university: Self-reported mobility history and sex differences as factors in psychological disturbance. *British Journal of Psychology*, 79, 309-320.

Fisher, S., Murray, K. & Frazer, N. (1985). Homesickness, health and efficiency in first year students. *Journal of Environmental Psychology*, 5, 181-195.

Franca, C. & Colares, V. (2008). Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), 420-427.

Frank, A. C. & Kirk, B. A. (1975). Differences in outcome for users and nonusers of university counseling and psychiatric services: A five-year accountability study. *Journal of Counseling Psychology*, 22 (3), 252-258.

Frischenschlager, O., Haldinger, G. & Mitterauer, L. (2005). Factors associated with academic success at Vienna Medical School: Prospective survey. *Croatian Medical Journal*, 46 (1), 58-65.

Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnel, G. N. & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: a decade later. *Professional psychology: Research and Practice*, 32, 97-100.

Gall, T. L., Evans, D. R. & Bellerose, S. (2000). Transition to first-year university: Patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (4), 544-567.

Gallagher, R. P. (2009). *National Survey of Counseling Center Directors*. The International Association of Counseling Services. Monograph Series Number 8R. Acesso em Fevereiro de 2010, em <http://www.iacsinc.org/2009%20National%20Survey.pdf>.

Galli, A. (2005). Prevalencias de trastornos psicopatologicos en alumnos de Psicología. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6 (1), 55-66.

Gastó, C. (1993). *Depresiones crónicas*. Barcelona: Ediciones Doyma.

Gerdes, H. & Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social and academic adjustment of college students: a longitudinal study of retention. *Journal of Counseling & Development*, 72 (3), 281-288.

Gonçalves, A., Carvalho, G. S., Dantas, C. & Rodrigues V. M. (2008). Concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário sobre a abordagem ao álcool, tabaco e outras drogas nos programas escolares, nos manuais escolares e nas práticas docentes – riscos e prevenção. In J. Bonito (cord.). *Educação para a Saúde no século XXI – Teorias, Modelos e Práticas* (pp. 252-265). Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora.

Gonçalves, I. C. (2001). Serviços de Aconselhamento Psicológico em contexto universitário - O papel da terapia cognitiva-comportamental; Um caso particular: o Núcleo de Aconselhamento Psicológico do Instituto Superior Técnico. *Tese de pós-graduação*. Lisboa: Instituto Superior Técnico.

Gonçalves, O. & Cruz, J. F. (1988). A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista portuguesa de Educação*, 1 (1), 127-145.

Gordan, V. N. (1995). *The undecided college student: Na academic and career advising challenge* (2.^a ed.). Springfield: Charles Thomas Publisher.

Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4 (4), 160-168.

Gotlib, I. H. (1984). Depression and General Psychopathology in University Students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (1), 19-30.

Grace, T. W. (1997). Health problems of college students. *College Health*, 45, 243-250.

Grant, A. (2002). Identifying students' concerns: Taking a whole institutional approach. In N. Stanley & J. Manthorpe. (Eds.). *Student mental health needs: Problems and responses* (pp.83-106). London: Jessica Kingsley Publishers.

GRAPH - Genome-based Research and Population Health (2005). Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre. Acesso em Maio de 2010 em <http://dceg.cancer.gov/files/genomicscourse/bellagio-011807.pdf>

Guerra, M. P., Lencastre, L., Lemos, M. S. & Pereira, D. C. (2002). Problemas psicossociais dos estudantes do 1º ano da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7 (2), 321-333.

Haas, A., Hendin, H. & Mann, J. (2003). Suicide in college students. *American Behavioral Scientist*, 46 (9), 1224-1240.

Hankin, B. L. & Abramson, L.Y. (1999). Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Annals of Medicine*, 31 (6), 372-379.

Harris, S. A. & Kranz, P. (1991). Small college counseling centers: Changing trends for a new decade. *Journal of College Student Psychotherapy*, 5 (3), 81-89.

Hart, A. B., Craighead, E. C. & Craighead, W. C. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 633-643.

Hays, L. R., Dickson, L. R., Lyles, M. R., Ludwig, A. M., Martin, C. A. & Bird, M. A. (1986). Treating Psychiatric Problems in Medical Students. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 1428-1431.

Henry Benitez, M., Castresana, C., González de Rivera, J. L., Garcia-Estrada, A. & Rodriguez Pulido, F. (1989). Estudio Psicopatológico Comparativo en Estudiantes Universitarios. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria Y Ciencias Afines*, 17 (6), 373-376.

Hood, A. B. & Ferreira, J. A. (1983). Stages in the cognitive development of university students. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XVII, 79-90.

Hu, S. & Kuh, G. D. (2002). Being (dis)engaged in educationally purposeful activities: The influence of student and institutional characteristics. *Research in Higher Education*, 43 (5), 555-575.

Hudesman J., Avramides B., Loveday C., Wendell, A. S. & Griemsmann, R. (1986). Impact of counseling style on the academic-performance of college-students in special programs. *Journal of College Student Development*, 27 (5), 394-399.

Illovsky, M. E. (1997). Effects of counseling on grades and retention. *Journal of College Student Psychotherapy*, 12 (1), 29-44.

Jara, D., Velarde, H., Gordillo, G., Guerra, G., León, I, Arroyo, C. & Figueroa, M. (2008). Factores influyentes en el rendimiento académico de estudiantes del primer año de medicina. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Perú, Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (3), 193-197.

Jones, S. E., Oeltmann, J., Wilson, T. W., Brener, N. D. & Hill, C. V. (2001). Binge drinking among undergraduate college students in the United States: implications for other substance use. *Journal of American College Health*, 50 (1), 33-38.

Keller, M. B., Hirschfeld, R. M. A. & Hanks, D. (1997). Double depression: A distinctive subtype of unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* 45 (1), 65-73.

Kesaniemi, Y. K., Danforth, E. Jr., Jensen, M. D. , Kopelman, P. G., Lefèbvre, P. & Reeder, B. A. (2001). Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 33 (6), 351-358.

Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B. & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1026-1032.

Keutzer, C. S., Morrill, W. H., Holmes, R. H., Sherman, L., Davenport, E., Tistadt, G, Richard F. & Murphy, M. (1998). Precipitating Events and Presenting Problems of University Counseling Center Clients. *Journal of College Student Psychotherapy*, 12 (3), 3-23.

Khodarahimi, S., Rasti, A., Khajehie, M. & Sattar, R. (2009). Students' mental health: Personal and university determinants. *US-China Education Review*, 6 (10), 31-38.

Kisch, J., Leino, E. V. & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the spring 2000 national college health assessment survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35 (1), 3-13.

Kitzrow, M. A. (2003). The mental health needs of today's college students: challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41 (1), 165-179.

Kohn, J. P. & Frazer, G. H. (1986). An academic stress scale: Identification and rated importance of academic stressors. *Psychological Reports*, 59 (2), 415-426.

Komives, S. R., Delworth, U. & Woodard, D. (1996). *Student services: A handbook for the profession*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Koplik, E. K. & Devito, A. J. (1986). Problems of freshman: Comparisons of classes of 1976 and 1986. *Journal of College Student Personnel*, 27 (2), 124-131.

Kraft, D. P. (2009). Mens Sana: The growth of mental health in the American College Health Association. *Journal of American College Health*, 58 (3), 267-275.

Lambert, M. J. & Ogles, R. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.

Langston, C. K. & Cantor, N. (1989). Social anxiety and social constraint: when making friends is hard. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (4), 649-661.

Larose, S. & Boivin, M. (1998). Attachment to parents, social support expectations, and socioemotional adjustment during the high school-college transition. *Journal of Research on Adolescence*, 8 (1), 1-27.

Leitão, L. M. & Paixão, M. P. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no Ensino Superior. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, (1)4, 191-209.

Lencastre, L., Guerra, M. P., Lemos, M. S. & Pereira, D. C. (2000). Adaptação dos alunos do 1.º ano das licenciaturas da faculdade de ciências da Universidade do Porto. In J. Tavares & R.A. Santiago (Eds.). *Ensino Superior: (In)sucesso Académico* (pp. 73-106). Porto: Porto Editora.

Levitz, R. & Noel, L. (1989). Connecting students to institutions: Keys to retention and success. In M. L. Upcraft & J. N. Gardner (Eds.), *The freshman year experience: helping students survive and succeed in college* (pp. 65-81). San Francisco: Jossey-Bass.

Lima Santos, N. & Faria, L. (2000). Desafios da transição do ensino secundário para o Ensino Superior: Estudo sobre o auto-conceito de competência. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 4 (6), 948-953.

Lima, M. C. P., Domingues, M. S. & Cerqueira, A.T. R. (2006). Prevalência e factores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 40 (6), 1035-1041.

Linn, B. S. & Zeppa, R. (1984). Dimension of Stress in Junior Medical Students. *Psychology Reports*, 54 (3), 964-966.

Lloyd, C. & Gastrell, N. (1984). Psychiatric Symptoms in Medical Students. *Comprehensive Psychiatric*, 25 (6), 552-565.

Lourenço, L., Pile, M. & Gonçalves, I. (2004). Monitorização do desempenho académico dos estudantes: Relatório final no âmbito da avaliação do Projecto. Instituto Superior Técnico. Universidade Técnica de Lisboa, 1-69.

Maia, A. C. & Seabra, A. (2007). Experiências adversas, comportamentos de risco, queixas de saúde e preocupações modernas de saúde em universitários: uma comparação entre diferentes licenciaturas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 167-180.

Maldonado, M. D., Hidalgo, M. J. & Otero, M.D. (2000). Programa de intervención cognitivo-conductual y de técnicas de relajación como método para prevenir la ansiedad y el estrés en alumnos universitarios de Enfermería y mejorar el rendimiento académico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 53, 43-57.

Marins, N., Pastor-Fernandes, R. Coelho, C., Pombo, C. Wallenstein, G & Carneiro, I (2006). Das emoções atrás das grades: o perfil psicológico de uma população de reclusas da cidade do Porto. *Saúde Mental*, 7 (5), 11-14.

McAlpine, D. & Wilson, A. (2004). Screening for depression in primary care: what do we still need to know? *Depression and Anxiety*, 19 (3), 137-145.

McLaughlin, G. W., Brozovsky, P. V. & McLaughlin, J. S. (1998). Changing perspectives on student retention: A role for institutional research. *Research in Higher Education*, 39 (1), 1-17.

Meilman, P. W., Manley, C., Gaylor, M. S. & Turco, J. H. (1992). Medical withdrawals from college for mental health reasons and their relation to academic performance. *College Health*, 40 (5), 271-223.

Melo, A. C., Pereira, A. P. & Pereira, A. S. (2005). Motivos que levam os estudantes à Consulta de Psicologia. In A. S. Pereira & E. D. Motta (Eds.). *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção – Actas do Congresso Nacional* (pp.195-200). Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.

Mendes, M. S. (2005). A consulta psicológica e de saúde mental do Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa: generalidades e particularidades da nossa realidade. In A. S. Pereira & E. D. Motta (Eds.). *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção – Actas do Congresso Nacional* (pp.213-222). Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.

Mills, C., Heyworth, J., Rosenwax, L., Carr, S. & Rosenberg, M. (2008). Factors associated with the academic success of first year Health Science students. *Advances in Health Sciences Education*, 14 (2), 205-217.

Ministério da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva do Alto Comissariado para a Saúde (2007). Saúde Mental em Portugal Continental. Acesso em Junho de 2010, <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/04/gip-apresentacao-sm.pdf>.

Mohammadi, M., Schwitzer, A. M. & Nunnery, J. (2010). Examining the effects of residence and gender on college student adjustment in Iran: implications for psychotherapists. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24 (1), 59-72.

Möller-Leimkühler, A. M. & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*, 121 (1), 22-29.

Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. P. (2007). Relação entre vinculação, sintomatologia psicopatológica e bem-estar em estudantes do primeiro ano do Ensino Superior. *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (1), 83-93.

Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. P. (2008a). A saúde mental do estudante do 1º ano do Ensino Superior: Avaliar para intervir. In J. Bonito (coord.). *Educação para a Saúde no século XXI – Teorias, Modelos e Práticas* (pp. 738-746). Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora.

Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. P. (2008b). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do Ensino Superior. *Estudos de Psicologia*, 13 (1), 23-29.

Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. P. (2009). Adulterez emergente: na fronteira entre a adolescência e a adulterez. *Revista @mbienteeducação*, 2 (1), 129-137.

Monteiro, S., Vasconcelos R. M. & Almeida L. S. (2005). Rendimento académico: influência dos métodos de estudos. *Actas do VIII Congresso Galaico-português de PsicoPedagogia*. (pp. 14-16). Braga: Universidade do Minho.

Mor, N. & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative effect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128 (4), 638-662.

Morrison, R. & O'Connor, R. C. (2004). Predicting Psychological Distress in College Students: The role of rumination and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (4), 447-460.

Mowbray, C. T., Megivern, D., Mandiberg, J. M., Strauss, S., Stein, C. H., Collins, K., Kopels, S., Curlin, C. & Lett, R. (2006). Campus mental health services: recommendations for change. *American Journal Orthopsychiatry*, 76 (2), 226-37.

Much, K., Wagener, A. M. & Hellenbrand, M. (2010). Practicing in the 21st Century College Counseling Center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24 (1), 32-38.

NAMP – Núcleo de Apoio Médico e Psicológico do Instituto Superior Técnico (2010). *O que é o Aconselhamento Psicológico?* Acesso em Fevereiro 2010, em <http://smap.ist.utl.pt/html/psicologia/>.

Neves, M. C. C. & Dalgalarrodo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (4), 237-244.

Newton-Taylor, B. (2005). Mental Health. In, E. M. Adlaf, A. Demers & L. Gliksman, (Eds.) *Canadian Campus Survey 2004* (pp. 61-68). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health – CAMH.

Ninan, P. & Berger, J. (2001). Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depression and Anxiety, 14* (2), 79-85.

Nollen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61* (1), 115-121.

O'Connor, D. B., Cobb, J. & O'Connor, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: no evidence or an association among undergraduate students. *Personality & Individual Differences, 34* (2), 211-217.

O'Connor, E. (2001). Student mental health: secondary education no more. *Monitor on Psychology, 32* (8), 44-47.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Oliveira, A. (2010). As consultas de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira & P. Vagos (Eds). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas*. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES – AP (pp. 279-585). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Oliveira, J. H. B. & Oliveira, A. M. B. (1999). *Psicologia da educação escolar I*. Coimbra: Almedina.

Oliveira, M. L. C., Dantas, C. R., Azevedo, R. C. S. & Banzato, C. E. M. (2008). Counseling Brazilian undergraduate students: 17 years of a campus mental health service. *Journal of American College Health, 57* (3), 367-372.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2001). *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Genebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanias. Acesso em Dezembro de 2009, em http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf.

O'Neill, M. K. & Mingle, P. (1988). Life Stress and Depression in University Students: Clinical Illustration of Recent Research. *Journal of American College Health*, 36(4): 235-240.

Pancer, S. M., Hunsberg, B., Pratt, M. W. & Alisat, S. (2000). Cognitive complexity of expectations and adjustment to university in the first year. *Journal of Adolescent Research*, 15 (1), 35-57.

Pascarella, E. (1985). College environmental influences on learning and cognitive development: A critical review and synthesis. In J. Smart (Ed.), *Higher education: Handbook of theory and research* (pp. 1-61). New York: Agathon.

Pascarella, E. T. & Terenzini, P. (1991). *How college affects students: Findings and insights from twenty years of research*. San Francisco: Jossey-Bass.

Pascarella, E. T. & Terenzini, P. (1992). Designing colleges for greater learning. *Planning for Higher Education*, 20 (3), 1-6.

Pascarella, E., Edison, M. & Nora, A. (1996). Influences on student's openness to diversity and challenge in the first year of college. *Journal of Higher Education*, 67 (2), 174-195.

Pereira, A. S. (1995). *LUA – Linha da Universidade de Aveiro: Relatório Final*. Universidade de Aveiro.

Pereira, A. S. (1998). Apoio ao estudante universitário: Peer counselling (experiência-piloto). *Psicológica* 20, 113 – 124.

Pereira, A. S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica – Apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pereira, A. S., Decq Motta, E., Pinto, C., Melo, A., Bernardino, O., Lopes, P., Ferreira, J., Mendes, R. & Vaz, A. (2004). Aplicação de um programa de controlo do stresse ansiedade na Universidade. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5.º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 127-132). Lisboa: ISPA.

Pereira, A. S., Decq Motta, E., Vaz, A., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., Rodrigues, M. J., Medeiros, A. & Lopes, P. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica* 1 (24), 51-59.

Pereira, A. S., Masson, A., Ataíde, R. & Melo, A. (2004). Stress, ansiedade e distúrbios emocionais em estudantes universitários. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.). *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 229-125). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pereira, A. S., Pina Fernandes, C., Dias, G. F., Gonçalves, I. C., Faria M. C. & McIntyre, T. M. (2002). A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal – Contexto e Justificação. Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Dossier que acompanha e justifica o pedido de audiência ao Ministro da Ciência e do Ensino Superior (volume I e II). Acesso em Novembro de 2009, em http://resapes.fct.unl.pt/volume/volume_1.pdf e http://resapes.fct.unl.pt/volume/volume_2.pdf.

Pérez San Gregorio, M. A., Rodríguez, A. M., Borda, M. & Río, C. (2003). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Cuadernos de medicina psicosomatica y psiquiatria de enlace*, 67 / 68, 26-33.

Pessoa, P. F E. & Oliveira, E. P. (2010). Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: Despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira & P. Vagos (Eds). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas*. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES – AP (pp.573-582). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pledge, D., Lapan, R., Heppner, P. & Roehlke, H. (1998). Stability and severity of presenting problems at a university counseling center: a 6-year analysis. *Professional Psychology Research and Practice*, 29 (4), 386-389.

Rebelo, H. & Lopes, H. (2001). *Vivências académicas e bem-estar psicológico dos alunos no primeiro ano: resultados de um projecto de investigação*. Porto: Universidade do Porto.

Rice, K. G. (1992). Separation- individuation and adjustment to college: A longitudinal study. *Journal of Counselling Psychology*, 39 (2), 203-213.

Rickinson, B. & Rutherford D. (1996). Systematic monitoring of the adjustment to university of undergraduates: A strategy for reducing withdrawal rates. *British Journal of Guidance and Counselling*, 24 (2), 213-225.

Rickinson, B. (1998). The relationship between undergraduate student counseling and successful degree completion. *Student Higher Education*, 23 (1), 95-102.

Rimmer, J., Halikas, J. A. & Schuckit, M. A. (1982). Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. *Journal of American College Health*, 30 (5), 207-211.

Rivera, J. J. (2000). Las emociones y el bajo rendimiento académico (Ensayo). *Ex Aula*, 1 (6), 25-26.

Roberts, L. W., Warner T. D., Lyketsos, C., Frank, E., Ganzini, L., Carter, D. (2001). Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (1), 1-15.

Roberts, R., Golding, J., Towell, T. & Weinreb, I. (1999). The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *Journal American College Health*, 48 (3), 103-109.

Rockland-Miller, H. S. & Eells, G. T. (2006). The implementation of mental health clinical triage systems in university health services. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20 (4), 39-51.

Rodgers, L. S. & Tennison, L. R. (2008). A Preliminary Assessment of Adjustment Disorder Among First-Year College Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23 (3), 220-230.

Rodriguez, R., Viegas, C., Abreu, S. & Tavares P. (2002). Daytime sleepiness and academic performance in medical students. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60 (1), 12-23.

Rosário, P. & Almeida, L. S. (2005). Leituras construtivistas da aprendizagem. In G. Miranda & S. Bahia (Ed.), *Psicologia da Educação: temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino* (pp. 141-165). Lisboa, Ministério da Educação.

Rosenthal, B. S. & Schreiner, A. C. (2000). Prevalence of psychological symptoms among undergraduate students in an ethnically diverse urban public college. *Journal of American College Health*, 49 (1), 12-18.

Ruble, D. M., Grenlich, F., Pomerantz, E. M. & Gochberg, B. (1993). The role of gender-related processes in the development of sex differences in self-evaluation and depression. *Journal of Affective Disorders*, 29 (2-3), 97-128.

Sadava, S. W. & Park, A. W. (1993). Stress-related problem drinking and alcohol problems: A longitudinal study and extension of Marlatt's model. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 25 (3), 446-464.

Sampaio, M. C., Barreira, M. E., Basto I., Carvalho, M. J., Rocha, M. C. & Lopes, L. (2005). Caracterização socio-económica dos estudantes bolsistas da Universidade do Porto. In A. S. Pereira & E. D. Motta (Eds.). *Acção social e aconselhamento psicológico no Ensino Superior: investigação e intervenção – Actas do Congresso Nacional* (pp.147-149). Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.

Santana, S. M. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 17-24.

Santos, L. (2000). *Vivências académicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1.º ano*. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Santos, L. & Almeida, L. S. (2000). Vivências e rendimentos académicos: Estudo com alunos universitários do 1.º ano. In A. P. Soares, A. Osório, J.V. Capela, L.S. Almeida, R.M. Vasconcelos, S.M. Caíres (Orgs), *Transição para o Ensino Superior* (pp. 99-110). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.

Santos, L., Pereira, A. S. & Veiga, F. H. (2010). Será que a saúde mental dos estudantes universitários tem vindo a piorar? Revisão de literatura. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira & P. Vagos (Eds). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: modelos e práticas*. Actas do I Congresso Nacional da RESAPES – AP (pp.525-531). Aveiro: Universidade de Aveiro.

SASUA – Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (2010). *A Lua*. Acesso em Março de 2010, em <http://www.ua.pt/sas/luas>.

Schlossberg, N. K. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9 (2), 2-18.

Schwartz, A. J. & Whitaker, L. C. (1990). Suicide among college students: Assessment, treatment and intervention. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle* (pp. 303–340). Washington: American Psychiatric Press.

Schwartz, L. J. & Friedman, H. A. (2009). College Student Suicide. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23 (2), 78-102.

Schwitzer, A. M., Ancis, J. R. & Griffin, O. T. (1998). Validating a proposed model of african-american student's social adjustment. *Journal of the First-Year Experience*, 11 (1), 77-102.

Schwitzer, A. M., Grogan, K., Kaddoura, K. & Ochoa, L. (1993). Effects of brief mandatory counseling on help-seeking and academic-success among at-risk college-students. *Journal of College Student Development*, 34 (6), 401-405.

Seabra, A. P. C. (2008). *Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional*. Tese de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade de Porto. Acesso em Março de 2010, em <http://repositorio-aberto.up.pt>.

Seidman, A. (1991). The evaluation of a pre post admissions counseling process at a suburban community-college – Impact on student satisfaction with the faculty and the institution, retention, and academic-performance. *College University*, 66 (4), 223-232.

Seiffge-Krenke, I. & Kavcsk, M. J. (1996). The Differentiation of Coping Traits in Adolescence. *International Journal of Behavioural Development*, 19 (3), 651-668.

Seligman, M. E., Schulman, P. & Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 45 (6), 1111-1126.

Sepúlveda, A. R., Carrobles, J. A., Gandarillas, A. & Almendros, C. (2002). Mental health in a university population by age and gender. In I. Leal, T. Botelho & J. L. Pais-Ribeiro (Eds.), *Proceedings of the 16th Conference of the European Health Psychology Society* (pp. 173-178). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Shea, R. H. (2002). On the edge of campus: The state of college students' mental health continues to decline. What's the solution? *U.S. News and World Report*, 132 (5), 56-57.

Shephard, R. J. (2001). Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-response context. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (6), 400-418.

Shields, N. (2001). Stress, active coping, and academic performance among persisting and nonpersisting college students. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 6 (2), 65-81.

SIAP-FEP – Secção de Integração Académica e Profissional da Faculdade de Economia do Porto (2010). *Home, Serviços*. Acesso em Março de 2010, em <http://www.fep.up.pt/servicos/gaa/siap/index.html>.

Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M. & Pratt, D. M. (1997). The big ten student suicide study: A 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (3), 285-303.

Silvestri, L. & Bonis, M. (2009). Changes in health knowledge. *Education*, 130 (2), 271-273

Smith, G. T. & Anderson, K. G. (2001). Personality and learning factors combine to create risk for adolescent problem drinking: A model and suggestions for intervention. In P. M. Monti, S. M. Colby & T. A. O'Leary (Eds.), *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (pp. 109-141). New York: The Guilford Press.

Soares, A. P. (1999). *Desenvolvimento vocacional de jovens adultos: A exploração, a indecisão e o ajustamento vocacional em estudantes universitários*. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Soares, A. P. & Almeida, L. S. (2002). *Trajectórias escolares e expectativas académicas dos candidatos ao Ensino Superior: Contributos para a definição dos alunos que entraram na Universidade do Minho*. Braga: Universidade do Minho.

Soares, A. P., Almeida, L. S. & Ferreira, J. A. (2002). Contributos para a validação do Inventário de Desenvolvimento da Autonomia de Iowa com estudantes universitários portugueses. *Psicologia e Educação*, 1(1 e 2), 91-106.

Steinhausen, H. & Metzke, C. W. (2000). Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiology study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (4), 427-40.

- Stepakoff, S. (1998). Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 28 (1), 107-126.
- Stern, G. G. (1966). Myth and reality in the American college. *American Association of University Professors - AAUP Bulletin*, 52, 408-414.
- Stone, G. L. & Archer, J. (1990). College and university counselling centers in the 1990's: Challenges and limits. *The Counselling Psychologist*, 18 (4), 539-607.
- Surtees, P. G. & Miller, P. M. (1990). The interval General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 157 (5), 679-686.
- Svanum, S. & Zody, Z. (2001). Psychopathology and college grades. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (1), 72-76.
- Talley, J. E. & Rockwell, W. J. (1985). *Counselling and psychotherapy services for university students*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Tavares, J., Santiago, R. A. & Lencastre, L. (1998). *Insucesso no 1.º ano do Ensino Superior: Um estudo no âmbito dos cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia na Universidade de Aveiro*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Tavares, J., Santiago, R., Taveira, M. C., Lencastre, L. & Gonçalves, F. (2000). Factores de sucesso/insucesso no 1º ano dos cursos de licenciatura em ciências e engenharia do Ensino Superior. In A. P. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. S. Almeida, R. M. Vasconcelos & S. M. Caires (Eds.), *Transição para o Ensino Superior* (pp.189-214). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.
- Ting, S-M. R. & Robinson, T. L. (1998). First-year academic success: A prediction combining cognitive and psychosocial variables for caucasian and african american students. *Journal of College Student Development*, 39 (6), 599-610.
- Tinklin, T., Riddell, S. & Wilson, A. (2005). Support for students with mental health difficulties in higher education: The students perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33 (4), 495-512.

Tinto, V. (1986). Theories of student departure revisited. In J. C. Smart (Ed.), *Higher education: Handbook of theory and research* (pp. 165-172). New York: Agathon Press.

Tinto, V. (1993). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition* (2^a Ed.). University of Chicago Press.

Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P. & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23 (1), 48-52.

Tudor, K. (1996). *Mental health promotion, paradigms and practice*. London and New York: Routledge.

Turner, A. L. & Berry, T. R. (2000). Counseling center contributions to student retention and graduation: A longitudinal assessment. *Journal of College Student Development*, 41(6), 627-636.

Upcraft, M. & Gardner, J. (1989). *The freshman year experience: Helping students survive and succeed in college*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Vaez, M. & Laflamme, L. (2002) First-year university students' health status and socio-demographic determinants of their self-rated health. *Work – A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 19 (1), 71-80.

Van Vracem, J. & De Ketele, J. M. (1983). Factures de réussite et échec dans les premières candidatures à l'université de Louvain. *Pédagogiques: Revue de Pédagogie de L'Enseignement Supérieur*, 3 (2), 106-117.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.

Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.

Vélez, D. M. A. & Roa, A. C. (2005). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 8 (2), 74-82.

Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C. & Ortiz, D. L. S. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1 (1), 34-39.

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.

Vieira, K. F. L. & Coutinho M. P. L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727.

Wang, W. & Miao, D. (2009). The Relationships among Coping Styles, Personality Traits and Mental Health of Chinese Medical Students. *Social Behavior and Personality*, 37 (2), 163-172.

Weidman, J. (1989). Undergraduate socialization: A conceptual approach. In J. Smart (Ed.), *Higher education: Handbook of theory and research* (pp. 289-322). New York: Agathon.

Welling, H. & Vasconcelos, S. (2008). O efeito da psicoterapia sobre o rendimento académico. *Análise psicológica*, 4 (26), 651-661.

Welling, H. (2003). An evolutionary function of the depressive reaction: the cognitive map hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 21 (2), 147-156.

Welling, H., Almeida, N., Gonçalves, I., Vasconcelos, S. & Duarte, B. (2002). Anxiety due to academic evaluations: Suicidal ideation and perfectionism in college students. In G. Rott, G. F. Dias & Broonen J-P (Ed.). *Actas da Fedora Psyche Conference in Lisbon* (pp.260-274). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Westefeld, J. S., Homaifar, B., Spotts, J., Furr, S., Range, L. & Werth, J. (2005). Perceptions concerning college student suicide: Data from four universities. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35 (6), 640-645.

Whitlock, J., Eells, G., Cummings, N. & Purington, A. (2009). Nonsuicidal Self-Injury in College Populations: Mental Health Provider Assessment of Prevalence and Need. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23 (3), 172-183.

Wilson, S. B., Mason, T. W. & Ewing, M. J. M. (1997). Evaluating the impact of receiving university-based counseling services on student retention. *Journal of Counseling Psychology, 44* (3), 316-320.

Wintre, M. G. & Sugar, L. A. (2000). Relationships with parents, personality and the university transition. *Journal of College Student Development 41* (2), 202-214.

Yan, Y. & Williams, D. R. (1999). Socioeconomic status and mental health. In J. Phelan & C. Aneshensel. (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 151-166). New York: Springer.

Young, J. R. (2003). Prozac campus. *Chronicle of Higher Education. 49* (23), 37-38

Zeidner, M. (1995). Coping with examination stress: Resources, strategies and outcomes. *Anxiety, Stress and Coping, 8* (4), 279-298.

Zeidner, M. (2007). Test anxiety in educational contexts: Concepts, findings, and future directions. In P. Schutz & R. Pekrun (Eds.), *Emotion in Education* (pp. 165-184). London: Elseiver.

Zitzow, D. (1984). The College Adjustment Rating Scale. *Journal of College Student Personnel, 25* (2), 160-164.

Zoccolillo, M., Murphy, G. E. & Wetzel, R. D. (1986). Depression among medical students. *Journal of Affective Disorders, 11* (1) 91-96.

ANEXO 1

Questionário de Dados Sócio-Demográficos, Escolares e de Saúde



Caracterização dos estudantes do 1º Ciclo da UBI: Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção

(Paulo Pessoa & Ema P. Oliveira, 2009)
Mestrado em Psicologia | Departamento de Psicologia e Educação

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração num projecto de investigação integrado no Mestrado em Psicologia da UBI, que pretende caracterizar sintomatologia psicopatológica dos estudantes da UBI e as necessidades de intervenção psicológica. Para tal, solicitamos que responda a dois questionários que procuram fazer um levantamento sobre estes dados. O primeiro questionário diz respeito à caracterização da sua situação em termos sócio-demográficos, escolares e de saúde; o segundo questionário reporta-se à avaliação de sintomas psicopatológicos em estudantes da UBI.

Assegurando-lhe a **confidencialidade e anonimato das respostas**, pedimos-lhe preencha estes questionários de forma honesta e sincera, de acordo com o momento actual.

Antes de responder, certifique-se de que compreendeu o que se pretende. Não existe um tempo limite, no entanto, procure não despendar demasiado tempo nas suas respostas.

Por favor, responda a todas as questões.

Agradecemos a sua colaboração!

QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, ESCOLARES E DE SAÚDE

1. Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	2. Idade: _____ (anos)	3. Ano: _____ (1º Ciclo)	4. Curso: _____	5. Nºmatriculas: _____
6. Estado civil: Solteiro <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> União de facto <input type="radio"/> Divorciado/Separado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Especifique: _____				
7. Tem algum estatuto especial enquanto estudante? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Qual? Trabalhador-estudante <input type="radio"/> Atleta de alta competição <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Especifique: _____				
8. É aluno bolseiro? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Se sim, especifique o montante aproximado da bolsa que recebe actualmente: _____ (euros)				
9. A entrada no Ensino Superior implicou a sua saída de casa? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>				
Se sim , está a viver:		Geralmente, costuma ir à sua residência de origem:		
Numa Residência Universitária	<input type="radio"/>	Todos os fins-de-semana	<input type="radio"/>	
Num Apartamento com outros estudantes	<input type="radio"/>	Quinzenalmente	<input type="radio"/>	
Num Apartamento sozinho	<input type="radio"/>	Uma vez por mês	<input type="radio"/>	
Na Casa/Apartamento com familiares	<input type="radio"/>	Apenas durante as férias	<input type="radio"/>	
Outro local (especifique)	_____	Com outra frequência (especifique)	_____	
10. Local de proveniência (Distrito ou País): _____				
11. Forma de ingresso na UBI: <input type="radio"/> Concurso Nacional de Acesso <input type="radio"/> Maiores de 23 <input type="radio"/> Outro. Qual? _____				
12. Média nas classificações escolares no ano anterior (caso frequente pela 1ª vez o Ensino Superior, indique com que média ingressou): _____ valores				
13. Como se posiciona, comparativamente com os seus colegas de turma, em relação às suas classificações escolares em geral? Muito abaixo da média <input type="radio"/> Abaixo da média <input type="radio"/> Dentro da média <input type="radio"/> Acima da média <input type="radio"/> Muito acima da média <input type="radio"/>				
14. Frequenta alguma actividade extra-curricular (e.g. desporto, música, voluntariado, cargos associativos, etc.)? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>				
Se sim , especifique: _____				

11. Indique a profissão actual dos seus pais (ou a última, caso estejam reformados, desempregados, ou tenham falecido):

	Pai	Mãe
Directores e quadros superiores administrativos (ex: gestores de empresas, membros de corpos legislativos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empresários e patrões da indústria, comércio e agricultura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissões científicas, técnicas e liberais (ex: engenheiro, advogado, médico, professor do 3º ciclo do ensino básico/secundário/universitário, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissões técnicas intermédias (ex: contabilista, técnico médio, enfermeiro, professor do 1º e 2º ciclos do ensino básico, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoal administrativo (secretário, telefonista, empregado de balcão, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoal dos serviços de protecção e segurança e serviços pessoais e domésticos (ex: serviço ao domicílio, vendedores, empregada doméstica, ama, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agricultores ou outros trabalhadores ligados à silvicultura e pescas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhadores da produção industrial e artesãos (ex: mecânico, electricista, costureiro, operário industrial ou da construção civil, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forças armadas ou similares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nunca exerceu uma actividade profissional (ex: doméstica, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não identificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Habilitações académicas dos seus pais:

	Pai	Mãe
1º Ciclo (escola "primária")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º ou 3º Ciclos (6º ou 9º ano)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secundário (12º ano)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensino Superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-Graduação (Mestrado ou Doutoramento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dados de Saúde

13. Tem alguma doença física ou mental? Não Sim Se sim, especifique: _____
14. Toma medicação decorrente da sua doença? Não Sim Se sim, Qual? _____
15. Toma outra medicação? (e.g. antidepressivos, ansiolíticos, suplementos vitamínicos ou substâncias anabolizantes, etc.)
 Não Sim Se sim, Qual? _____
16. Pratica exercício físico regularmente? Não Sim Se sim, Qual? _____
17. Na sua história familiar há registos de doença grave ou crónica? Não Sim Se sim, Qual(is)? _____

Intervenção Psicológica

18. Tem conhecimento de algum serviço de apoio psicológico prestado na UBI? Não Sim Se sim, especifique qual(is): _____
19. Já recorreu a apoio psicológico (dentro ou fora da UBI)? Não Sim Se sim, especifique o motivo: _____
20. Acha pertinente existir um serviço de apoio psicológico aos estudantes da UBI? Sim Não
21. Numere por ordem crescente (1 = mais importante) as seguintes problemáticas, de acordo com a importância que atribui à intervenção psicológica em cada uma delas (caso não atribua qualquer importância a uma determinada problemática, deixe ficar em branco):
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orientação Vocacional | <input type="checkbox"/> Problemas sócio-emocionais (e.g. relações interpessoais, problemas familiares) |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Substâncias (álcool, tabaco, drogas, etc.) | <input type="checkbox"/> Suicídio |
| <input type="checkbox"/> Comportamentos Sexuais de Risco (vários parceiros, relações sem protecção, etc.) | <input type="checkbox"/> Intervenção Clínica (depressão, ansiedade, sono, luto patológico, baixa auto-estima, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Métodos de Estudo | <input type="checkbox"/> Identidade Sexual |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade face aos testes/exames | <input type="checkbox"/> Outra. Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adaptação e Integração na universidade | |