



UNIVERSIDADE  
BEIRA INTERIOR

# **Saúde Mental dos Estudantes da Universidade da Beira Interior: Relação das crenças com a sintomatologia de ansiedade**

## **Versão Final após Defesa**

Marta Alexandra Souto Marques dos Santos  
Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Psicologia Clínica e da Saúde

dezembro de 2025

# **Saúde Mental dos Estudantes da Universidade da Beira Interior: Relação das crenças com a sintomatologia de ansiedade**

Versão Final após Defesa

**Marta Alexandra Souto Marques Dos Santos**

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

Orientador: Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires  
Coorientador: Professora Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

**dezembro de 2025**

**Folha em branco**

## **Declaração de Integridade**

Eu, Marta Alexandra Souto Marques dos Santos, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13262 de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de ciências sociais e humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 09 /12 /2025

*Marta Alexandra Souto Marques dos Santos*

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente  
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

**Folha em branco**

# Dedicatória

Às minhas avós, Ivone e Josefa, por me terem ensinado, com o seu exemplo, o verdadeiro significado da resiliência e da força de vontade — valores que me guiam e inspiram a ser melhor a cada dia.

Ao meu avô Antero, cuja bondade e fé deixaram em mim uma marca profunda, ajudando-me a tornar-me na pessoa que sou hoje.

*“Os pensamentos moldam não só o que sentimos, mas também o que acreditamos ser capazes de fazer.”*  
— Aaron T. Beck

**Folha em branco**

# Agradecimentos

Nesta fase, que marca o fim de um dos ciclos mais importantes da minha formação, quero expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas e instituições que, de diferentes formas, contribuíram para a concretização deste percurso e para o desenvolvimento deste trabalho.

Em primeiro lugar, à minha mãe, pelo amor incondicional, pela paciência e pelo apoio emocional constante em todos os momentos — especialmente nos mais desafiantes. Sem a sua força, compreensão e presença, este caminho teria sido bem mais difícil.

Ao meu namorado, pela dedicação, pela confiança que sempre depositou em mim e por nunca ter deixado que eu desistisse, mesmo quando o cansaço ou a dúvida se faziam sentir. A sua presença foi um incentivo constante para seguir em frente e acreditar naquilo que sou capaz de alcançar.

À Universidade da Beira Interior, que me acolheu desde o início e me proporcionou um ambiente de crescimento académico e pessoal. A esta instituição devo não apenas conhecimento, mas também experiências e pessoas que marcaram profundamente o meu percurso formativo.

À minha orientadora e à minha coorientadora, pela disponibilidade, pela orientação rigorosa e pela confiança demonstrada ao longo de todo o processo. A sua orientação científica, as suas sugestões e a sua motivação foram essenciais para o desenvolvimento desta dissertação e para o meu crescimento enquanto futura psicóloga.

Por fim, a todos os que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso — colegas, amigos e professores — o meu sincero agradecimento. Cada palavra, gesto e incentivo contribuíram para que este trabalho se tornasse possível e para que este ciclo se encerrasse com gratidão e sentido de realização.

**Folha em branco**

## **Resumo**

O presente estudo analisou a relação entre crenças estigmatizantes sobre saúde mental e a sintomatologia de ansiedade em estudantes da Universidade da Beira Interior. A amostra foi constituída por 1018 estudantes, avaliados através do Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM) e da Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7). Os resultados indicaram níveis moderados de crenças estigmatizantes e de sintomatologia ansiedade, sendo que 48,3% da amostra apresentou sintomatologia de ansiedade clinicamente relevante (moderada a grave). Verificou-se que os estudantes do género masculino exibiam níveis mais elevados de crenças estigmatizantes. Os estudantes das áreas das Ciências Sociais e Humanas revelaram crenças menos negativas. A ausência de acompanhamento psicológico associou-se a níveis mais elevados de crenças estigmatizantes, embora ter acompanhamento não se tenha revelado um preditor da sintomatologia de ansiedade. Os dados reforçam a importância de desenvolver programas de promoção da literacia em saúde mental e de redução de crenças estigmatizantes, com foco em grupos de maior vulnerabilidade integrados em ações de promoção da saúde mental mais vastas.

## **Palavras-chave**

saúde mental; ansiedade; estigma; estudantes universitários; procura de ajuda

**Folha em branco**

## **Abstract**

The present study analyzed the relationship between stigmatizing beliefs about mental health and anxiety symptoms among students at the University of Beira Interior. The sample consisted of 1018 students, assessed using the Beliefs about Mental Illness Inventory (ICDM) and the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). The results indicated moderate levels of stigmatizing beliefs and anxiety symptoms, with 48.3% of the sample presenting clinically relevant (moderate to severe) anxiety symptoms. It was found that male students exhibited higher levels of stigmatizing beliefs, while students from the Social and Human Sciences areas showed less negative beliefs. The absence of psychological support was associated with higher levels of stigmatizing beliefs, although receiving support was not a predictor of anxiety symptoms. The data reinforce the importance of developing programs to promote mental health literacy and reduce stigmatizing beliefs, focusing on more vulnerable groups and integrating these actions into broader mental health promotion strategies.

## **Keywords**

Mental health; anxiety; stigma; university students; help-seeking

**Folha em branco**

# Índice

Introdução .....	1
1. Conceptualização Teórica .....	2
1.1 Crenças estigmatizantes e a Ansiedade em estudantes universitários .....	2
2. Método .....	5
2.1 Participantes .....	5
2.2 Instrumentos .....	6
2.3 Procedimentos .....	7
2.4 Análise de dados .....	8
3. Resultados .....	8
3.1 Preparação das variáveis em estudo .....	8
3.2 Crenças estigmatizantes em relação à perturbação mental .....	8
3.3 Sintomatologia de ansiedade .....	9
3.4 Crenças estigmatizantes por género sexual .....	9
3.5 Sintomatologia de ansiedade por ano letivo .....	10
3.6 Crenças estigmatizantes por ano letivo .....	10
3.7 Crenças estigmatizantes entre áreas de estudo .....	11
3.8 Sintomatologia de ansiedade nos estudantes deslocados .....	11
3.9 Crenças estigmatizantes por tipo do meio de residência .....	12
3.10 Relação entre crenças estigmatizantes e sintomatologia de ansiedade ...	12
3.11 Crenças estigmatizantes em estudantes com acompanhamento psicológico .....	12
3.12 Relação entre sintomatologia de ansiedade e a procura de acompanhamento psicológico .....	13
3.13 Predição da sintomatologia de ansiedade e crenças estigmatizantes .....	14
4. Discussão .....	14
Referências Bibliográficas .....	18
Anexos .....	22
Anexo 1. Revisão da literatura .....	23

**Folha em branco**

# Lista de Tabelas

- Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra
- Tabela 2. Crenças estigmatizantes em relação a perturbação mental
- Tabela 3. Estatísticas descritivas da ansiedade (GAD-7) na amostra de estudantes de ensino superior da beira interior
- Tabela 4. Crenças estigmatizantes por género
- Tabela 5. Sintomatologia de ansiedade por grupo académico
- Tabela 6. Crenças estigmatizantes por grupo académico
- Tabela 7. Crenças estigmatizantes por área de estudo
- Tabela 8. Comparação da sintomatologia de ansiedade entre estudantes deslocados e não deslocados
- Tabela 9. Efeito do meio de residência nas crenças estigmatizantes
- Tabela 10. Relação entre crenças estigmatizantes e sintomatologia ansiosa
- Tabela 11. Relação entre procura de ajuda psicológica e crenças estigmatizantes
- Tabela 12. Comparação entre sintomatologia de ansiedade e procura de acompanhamento psicológico
- Tabela 13. Regressão linear para prever a sintomatologia da ansiedade (GAD\_Total) a partir das crenças estigmatizantes (ICDM\_Total).

**Folha em branco**

## Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
UBI	Universidade da Beira Interior
ICDM	Inventário de Crenças acerca da Doença Mental
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder-7</i>
DP	Desvio Padrão
IC 95%	Intervalo de Confiança a 95%
IC95% [ ]	Intervalo de confiança associado ao <i>d</i>
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i> (Análise de Variância)
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
$\alpha$	<i>Alfa de Cronbach</i> - índice de consistência interna
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>ICDM_Total</i> <i>2/GAD_Tota</i> <i>2</i>	Variáveis derivadas (pontuação total das escalas)
N	Número de participantes
<i>p</i>	Nível de significância estatística
<i>d de Cohen</i>	Medida do tamanho do efeito

**Folha em branco**





# Introdução

A presente investigação foi realizada no âmbito da unidade curricular de Dissertação, sendo submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre (2.º ciclo) em Psicologia Clínica e da Saúde. Esta dissertação constitui um trabalho que evidencia a aprendizagem de competências de investigação, envolvendo a apresentação teoricamente fundamentada de um estudo que pretende contribuir de forma relevante para a área da Psicologia Clínica e da Saúde.

O estudo em questão foi desenvolvido com o objetivo geral de contribuir para a compreensão da relação entre as crenças estigmatizantes relativas à perturbação mental e a sintomatologia de ansiedade nos estudantes da Universidade da Beira Interior.

De modo particular, procurou-se; avaliar as crenças estigmatizantes e de sintomatologia de ansiedade nos estudantes do ensino superior; comparar estas variáveis em função das características sociodemográficas e académicas (sexo, ano de curso, área científica, condição de deslocado e meio de residência de origem); correlacionar as crenças estigmatizantes com a sintomatologia de ansiedade; analisar a influência de variáveis individuais, académicas e contextuais nas crenças estigmatizantes e na sintomatologia de ansiedade; determinar o poder preditivo das crenças estigmatizantes na ansiedade.

Esta dissertação encontra-se estruturada no formato de artigo científico, conforme as normas da revista *Psicologia – Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, que adota as normas da 7.ª edição da *American Psychological Association* (APA). O artigo inclui a conceitualização teórica, o método, os resultados e a discussão, englobando as limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

# 1. Conceptualização Teórica

## 1.1 Crenças estigmatizantes e a Ansiedade em estudantes universitários

A transição para a vida académica representa uma fase de mudanças significativas para os estudantes universitários, envolvendo exigências académicas, novas rotinas e adaptação a diferentes contextos sociais e culturais. Este processo pode desencadear vulnerabilidades emocionais, nomeadamente sintomas de ansiedade, que se encontram entre os mais prevalentes nesta população (De Andrade et al., 2024). A ansiedade, em particular a de desempenho, caracteriza-se pela interpretação de situações avaliativas como ameaçadoras, gerando pensamentos automáticos negativos, hipervigilância, sintomas fisiológicos e evitamento (Beck & Clark, 1997; Han, 2024). Este quadro compromete a adaptação académica e aumenta o risco de exaustão psicológica, stress académico e dificuldades de autorregulação emocional (Gianfelice et al., 2024; Peng & Huang, 2024).

A nível mundial, a saúde mental dos estudantes universitários tem sido alvo de crescente atenção. O *World Mental Health Survey* (Auerbach et al., 2018), realizado em 19 países com mais de 13.000 estudantes, identificou que cerca de 20% apresentavam perturbações mentais diagnosticadas, sendo a depressão e a ansiedade as mais prevalentes. Apenas 15–20% destes estudantes procuraram ajuda profissional, sobretudo devido ao estigma associado e à falta de recursos institucionais. De forma semelhante, no Brasil, verificou-se um aumento significativo do número de estudantes que relatam dificuldades emocionais, como ansiedade e pensamentos suicidas (De Andrade et al., 2024).

Um dos fatores que condiciona a forma como os estudantes lidam com a ansiedade são as crenças estigmatizantes sobre a saúde mental. Estas crenças, frequentemente associadas a atitudes negativas em relação à doença mental, reduzem a predisposição para procurar ajuda profissional (Carvalho et al., 2024). Corrigan (2004) sublinha que o estigma pode assumir a forma de *label avoidance* (evitamento do rótulo de “doente mental”) ou de *self-stigma* (internalização de crenças negativas), conduzindo a menor autoestima e autoeficácia e intensificando sintomas ansiosos. Do mesmo modo, Hunt e Eisenberg (2010) evidenciam que, no contexto universitário, as próprias atitudes estigmatizantes dos estudantes são preditores diretos da recusa em procurar apoio especializado. Assim, o ambiente académico e as políticas institucionais podem desempenhar um papel crucial, reforçando ou atenuando estas crenças e influenciando a saúde mental e a adaptação académica dos estudantes.

Outro construto relevante é a autoeficácia acadêmica, definida por Bandura (1994) como a crença do indivíduo na sua capacidade para organizar e executar ações necessárias em situações específicas. A investigação tem demonstrado que estudantes com maior autoeficácia apresentam níveis mais baixos de stress e ansiedade, maior resiliência e melhor desempenho académico (Chemers, Hu, & Garcia, 2001; Zajacova, Lynch, & Espenshade, 2005; Elias & MacDonald, 2007). Pelo contrário, baixos níveis de autoeficácia estão associados a maior vulnerabilidade psicológica e dificuldades de adaptação.

São igualmente conhecidos fatores de risco e de proteção para a saúde mental em estudantes universitários. O afastamento da família, por exemplo, surge frequentemente associado a sintomas de ansiedade e stress, enquanto estudantes que permanecem a viver com os pais tendem a relatar menor sintomatologia emocional (Vizzotto, Jesus, & Martins, 2017). Relações interpessoais positivas, tanto com pares como com professores, constituem fatores de proteção relevantes, promovendo resiliência e bem-estar psicológico (Gianfelice et al., 2024). Também variáveis académicas, como ano de frequência ou exigências curriculares, podem influenciar significativamente a saúde mental: estudantes em fases iniciais ou sujeitos a cargas académicas excessivas apresentam maior risco de desenvolver sintomas ansiosos e depressivos (Beiter et al., 2015; Barroso et al., 2023). Neste sentido, políticas institucionais que promovam uma organização equilibrada do tempo e estratégias de suporte emocional podem desempenhar um papel fundamental na mitigação destes efeitos negativos.

Em Portugal, a investigação recente confirma valores preocupantes. Estudos da Universidade de Évora (2023; 2024) identificaram níveis clinicamente relevantes de ansiedade em cerca de 30% dos estudantes. No contexto específico da Universidade da Beira Interior (UBI), Henriques (2024) reportou que estudantes, sobretudo do primeiro ano e deslocados de casa, apresentavam níveis moderados a graves de ansiedade e depressão, bem como crenças estigmatizantes relativamente à saúde mental. Após intervenção psicológica em grupo, verificou-se diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos, melhoria das crenças sobre saúde mental e maior abertura à procura de ajuda profissional.

De igual modo, na região da Beira Interior, o estudo de Almeida (2014) identificou sintomatologia psicopatológica em 18,3% dos estudantes do ensino superior, com 17,7% a apresentarem sintomatologia depressiva moderada a severa e 15,6% sintomas ansiosos moderados a severos. Contudo, apenas 15% dos estudantes com necessidade recorreram a ajuda profissional. Apesar da prevalência não ser elevada, o

autor destacou a necessidade de desenvolver programas de educação para a saúde, incentivando apoio entre pares e ações de literacia em saúde mental que permitam às instituições detetar precocemente situações problemáticas e ajudar os estudantes a reconhecer o sofrimento psicológico e a procurar apoio especializado (Almeida,2014).

Em síntese, a literatura aponta para uma associação entre crenças estigmatizantes, baixa autoeficácia académica e ansiedade nos estudantes universitários. Contudo, subsistem lacunas no conhecimento, sobretudo no contexto português. Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre crenças estigmatizantes e ansiedade nos estudantes da Universidade da Beira Interior.

E em específico: (1) caracterizar as crenças estigmatizantes e a sintomatologia de ansiedade em estudantes do ensino superior; (2) relacionar estas variáveis com características sociodemográficas e académicas, como o sexo, ano de curso, área científica, condição de deslocado e meio de residência de origem; (3) relacionar estas variáveis com variáveis como a motivação para a procura de ajuda e ter acompanhamento psicológico; (4) relacionar as crenças estigmatizantes com a sintomatologia de ansiedade; (5) determinar o poder preditivo das crenças estigmatizantes na ansiedade.

Formulam-se as seguintes hipóteses consequentes:

H1: Os estudantes de ensino superior revelam crenças estigmatizantes em relação à perturbação mental;

H2: Os estudantes de ensino superior revelam níveis elevados de sintomatologia ansiosa;

H3: Existem diferenças significativas entre géneros sexuais nas crenças estigmatizantes nos alunos da Universidade da Beira Interior;

H4: Existem diferenças de crenças estigmatizantes entre estudantes de diferentes anos;

H5: Os níveis de sintomatologia de ansiedade são maiores no 1º ano de faculdade do que nos restantes;

H6: Estudantes das ciências sociais e humanas apresentam menos crenças estigmatizantes relativamente à saúde mental do que estudantes de outras áreas;

H7: Estudantes deslocados apresentam níveis mais elevados de ansiedade do que estudantes não deslocados;

H8: Estudantes provenientes de meios rurais apresentam maior intensidade de crenças estigmatizantes do que os de meios urbanos;

H9: As crenças estigmatizantes apresentam uma correlação positiva com a sintomatologia de ansiedade.

H10: Os estudantes que não têm apoio psicológico apresentam mais crenças estigmatizantes do que os que têm;

H11: Estudantes com apoio psicológico apresentam níveis menos elevados de sintomatologia de ansiedade do que os que não têm;

H12: As crenças estigmatizantes relativamente à saúde mental predizem os níveis de sintomatologia ansiosa nos estudantes universitários.

## **2.Método**

### **2.1 Participantes**

A população-alvo deste estudo foi constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que frequentam a Universidade da Beira Interior enquanto estudantes do ensino superior. A amostra foi obtida por conveniência, sendo composta por 1018 participantes (N = 1018), dos quais 632 se identificaram com o género feminino, 379 com o género masculino e os restantes como não binários.

No que diz respeito ao estado civil e relacional, a maioria dos participantes encontrava-se solteira e sem relacionamento, representando 53,3% da amostra.

Uma percentagem significativa dos estudantes inquiridos era composta por deslocados, totalizando 83,2% dos participantes. Importa ainda referir que a grande maioria dos estudantes (n = 820) indicou não beneficiar de qualquer tipo de apoio psicológico, o que representa a maioria da amostra.

Relativamente ao ano de frequência no curso, 389 participantes (38,2%) encontravam-se no 1.º ano, 337 (33,1%) nos anos intermédios e 292 (28,7%) no último ano de formação. No que se refere à faculdade frequentada, a maioria dos estudantes pertencia à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH-UBI), totalizando 351 participantes.

Quanto à nacionalidade, a maioria dos inquiridos era de nacionalidade portuguesa (n = 892). Em relação ao meio de residência, a maioria vivia em contexto urbano (n = 554).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	N	%	M (Min; Max)	DP
Idade	1018		21.63 (18-61)	5.37
Género				
Homem	379	37.2		
Mulher	632	62.1		
Não Binário	7	.7		
Ano do curso				
1ºano	389	38.2		
Outros anos do Curso	337	33.1		
Último Ano do Curso	292	28.7		
Estado Civil				
Casado(a)	27	2.7		
Outro	2	.2		
Separado(a) ou divorciado(a)	4	.4		
Solteiro(a) com namorado(o)	431	42.3		
Solteiro(a) sem namorado(o)	543	53.3		
União de facto	10	1.0		
Viúvo(a)	1	1		
Nacionalidade				
Portuguesa	892	87.6		
Outra	126	12.4		
Meio de residência				
Aldeia	267	26.2		
Cidade	554	54.4		
Vila	197	19.4		
Estudante deslocado				
Não	171	16.8		
Sim	847	83.2		
Acompanhamento Psicológico				
Não	820	80.6		
Sim	198	19.4		

## 2.2 Instrumentos

Esta investigação recorreu à aplicação de três instrumentos de avaliação com o objetivo de responder às questões de investigação e alcançar os objetivos definidos, apesar do estudo decorrer num projeto com objetivos mais alargados. Utilizaram-se os seguintes instrumentos:

### Questionário sociodemográfico

Utilizou-se um questionário sociodemográfico para a obtenção de dados que permitem analisar e caracterizar a amostra através de diferentes variáveis como é o caso, da idade, do género, nacionalidade, meio de residência, ano de curso, faculdade frequentada, estado civil, entre outras.

### Inventário de Crenças acerca da Doença Mental – ICDM (Loureiro, Dias, & Ferreira, 2006))

O ICDM é um inventário validado para a população portuguesa por Loureiro, Dias e Ferreira (2006), sobre crenças acerca da doença mental, que contem na sua composição 47 itens de autorrelato escritos, com o formato de resposta de 1(discordo completamente) a 6 (concordo plenamente) pontos. Este questionário além dos 47 itens

é constituído por 5 fatores, nomeadamente o fator 1-reconhecimento da doença; o fator 2- Incurabilidade; o fator 3- Perigosidade; o fator 4- Aptidões sociais pobres e por fim o fator 5- Responsabilidade pessoal (Loureiro et al., 2006). Na presente amostra, o ICDM revelou uma consistência interna muito boa ( $\alpha$  de Cronbach = .884), indicando adequada fiabilidade para utilização neste estudo.

### **Escala Generalizada de Ansiedade – GAD-7 (Monteiro et al., 2017), a GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)**

A GAD-7 é uma escala de autorresposta composta por sete itens que avaliam a frequência de sintomas ansiosos nas duas semanas anteriores à sua aplicação. Cada item é cotado numa escala de 0 a 3, permitindo obter uma pontuação total entre 0 e 21. Os resultados obtidos são interpretados segundo três níveis de gravidade: leve (5-9 pontos), moderada (10-14) e severa ( $\geq 15$ ). Esta escala foi originalmente desenvolvida por Spitzer et al. (2006) como um instrumento de rastreio breve e eficaz da ansiedade generalizada. A versão adaptada para a população jovem portuguesa demonstrou ser compreensível, de fácil aplicação e com excelentes propriedades psicométricas (Gonçalves, 2019). Na presente amostra, a GAD-7 apresentou um  $\alpha$  de Cronbach = .697, valor próximo do limiar de .70, sugerindo uma consistência interna aceitável para utilização em contexto exploratório.

## **2.3 Procedimentos**

Foi desenvolvido um protocolo de recolha de dados através da plataforma Google Forms, no âmbito do Programa de Saúde Mental, "Altamente Saudáveis.UBI", da Universidade da Beira Interior, que tem como objetivo principal a obtenção de informação sobre a saúde mental dos estudantes com o objetivo da promoção da saúde mental desta população. A investigação assumiu um delineamento transversal, de natureza quantitativa. Foi disponibilizado aos participantes entre os meses de outubro a março de 2025 um questionário por meio de redes sociais e *mailing lists*, recorrendo a um método de amostragem não probabilístico e intencional, com participação voluntária e online. Na primeira página do formulário foram apresentados os objetivos do estudo, sendo garantido aos participantes o consentimento informado, bem como a confidencialidade e o anonimato das respostas. Todos os participantes foram devidamente informados de que poderiam desistir da participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

## **2.4 Análise de dados**

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao software *IBM SPSS Statistics for Windows* (29.01). Foram calculadas estatísticas descritivas (médias, desvios padrão e frequências) e verificadas as propriedades psicométricas das escalas (Alfa de *Cronbach*) que se apresentaram como aceitáveis.

A normalidade das distribuições foi avaliada através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, os quais indicaram valores de significância inferiores a .05. Contudo, dado o tamanho elevado da amostra ( $N = 1018$ ), optou-se pela sua utilização. Em todos os casos, a escolha dos testes foi confirmada por inspeção visual dos histogramas e *Q-Q plots*.

## **3. Resultados**

### **3.1 Preparação das variáveis em estudo**

Com o objetivo de realizar as análises estatísticas subsequentes, foram criadas duas variáveis compostas correspondentes aos instrumentos aplicados: Crenças estigmatizantes (ICDM\_Total) e Ansiedade (GAD\_Total). Em ambos os casos, os valores totais resultaram do somatório dos itens de cada instrumento, de acordo com as instruções dos respetivos autores. O Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM) é composto por 47 itens avaliados numa escala de Likert de 1 (“Discordo completamente”) a 6 (“Concordo completamente”), sendo os valores totais possíveis entre 47 e 282 pontos. Pontuações mais elevadas refletem maior concordância com crenças estigmatizantes. A Escala de Ansiedade Generalizada (GAD-7) é composta por 7 itens cotados de 0 (“Nunca”) a 3 (“Quase todos os dias”), com valores totais possíveis entre 0 e 21 pontos. Pontuações mais elevadas indicam níveis superiores de sintomatologia ansiosa.

Estas variáveis foram utilizadas nas análises descritivas e inferenciais apresentadas nas secções seguintes.

### **3.2 Crenças estigmatizantes em relação à perturbação mental**

Para testar a Hipótese 1, foi utilizado um teste *t* para uma amostra, comparando a média total da escala de crenças estigmatizantes (ICD\_TOT2) com o valor médio teórico da escala. A escala utilizada é composta por 47 itens, avaliados numa escala de resposta de 1 (“Discordo completamente”) a 6 (“Concordo completamente”). Optou-se por comparar a média obtida com o ponto médio teórico da escala (164,5), uma vez que o estudo de validação do ICDM para a população portuguesa (Loureiro, Dias & Ferreira, 2006) não apresenta valores normativos globais ou médias de referência para a escala

total, limitando-se a divulgar estatísticas descritivas por fator. Assim, o valor mínimo possível é 47 ( $47 \times 1$ ) e o valor máximo é 282 ( $47 \times 6$ ). O ponto médio teórico foi calculado pela soma do valor mínimo com o valor máximo, dividida por dois:  $(47 + 282) / 2 = 164,5$ . Este valor foi utilizado como referência para o teste. Os resultados mostraram que a média obtida ( $M = 156,71$ ;  $DP = 24,79$ ) foi significativamente inferior ao ponto médio da escala (164,5),  $t(1017) = -10,03$ ,  $p < 0,001$ . A diferença foi de -7,79 pontos (IC 95% [-9,32; -6,27]), com um tamanho de efeito pequeno a moderado ( $d = -0,31$ ). Assim, a Hipótese 1 não se confirma, uma vez que os estudantes apresentaram níveis de crenças estigmatizantes inferiores ao ponto médio teórico esperado. (ver tabela 2)

**Tabela 2.** Crenças estigmatizantes em relação a perturbação mental.

Variável	M*	DP	t	df	p	Dif.M	IC 95% da Dif.	d de Cohen
ICD_TOT2	156.71	24.79	-10.03	1017	< .001	-7.79	[-9,32; -6,27]	-0.31

**Nota\*** M = média observada/Dif. M = diferença entre a média observada e o ponto médio teórico. /d de Cohen = tamanho do efeito

### 3.3 Sintomatologia de ansiedade

A análise descritiva da escala GAD-7 revelou uma média de 9.13 ( $DP = 5.12$ ), uma mediana de 9 e um valor máximo de 21. Em termos de categorias clínicas, 19,8% dos estudantes apresentaram níveis mínimos de ansiedade (0–4), 31,9% níveis ligeiros (5–9), 30,0% níveis moderados (10–14) e 18,3% níveis graves ( $\geq 15$ ). Assim, 48,3% da amostra apresentou níveis moderados a graves de ansiedade. Os resultados permitem considerar que a hipótese H2 é parcialmente corroborada. Embora a média ( $M = 9.13$ ) situe a amostra em ansiedade ligeira, quase metade dos estudantes (48,3%) apresenta níveis moderados a graves, o que representa um indicador clínico relevante (ver tabela 3).

**Tabela 3.** Estatísticas descritivas da ansiedade (GAD-7) na amostra de estudantes de ensino superior da beira interior.

Estatísticas	Valores
M(DP)	9.13(5.12)
Mediana	9
Categoria Clínica (GAD-7)	n (%)
Mínima (0–4)	19.8%
Ligeira (5–9)	31.9%
Moderada (10–14)	30.0%
Grave ( $\geq 15$ )	18.3%

### 3.4 Crenças estigmatizantes por género sexual

Para testar a hipótese 3 foi realizada uma ANOVA que indicou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativos ao género com que se identificam (Masculino, Feminino e Não Binário),  $F(2,1015) = 14,894$ ,  $p < 0,001$ . Estes resultados

sugerem que o género é um fator relevante nos níveis de crenças estigmatizantes nos estudantes da Universidade da Beira Interior, apoiando a hipótese de que existem diferenças significativas de estigma relativo à Perturbação mental em função do género, com o género masculino (M = 162,08; DP = 25,18) a apresentar valores mais elevados de crenças estigmatizantes relativamente aos outros grupos.

Contudo, devido ao reduzido número de participantes no grupo não binário (n = 7), consideramos que os respetivos valores não são representativos desse grupo, não sendo relevante para se efetuarem inferências robustas. Os valores descritivos dos restantes grupos podem ser consultados na Tabela 4.

**Tabela 4.** Crenças estigmatizantes por género

Grupo	M(DP)	Md(Q1;Q3)	F	p
Feminino	153.61	152.00(137.00; 167.75)	14.89	<.001
Masculino	162.08	163.00 (145.00; 177.00)		

**Nota.** M = Média; DP = Desvio Padrão; Md = Mediana; Q1 = 1.º quartil; Q3 = 3.º quartil.

### 3.5 Sintomatologia de ansiedade por ano letivo

A análise descritiva dos níveis de sintomatologia de ansiedade, medidos pelo GAD-7, revelou médias semelhantes entre os grupos: estudantes do primeiro ano (M = 9,23; DP = 5,33), estudantes dos outros anos (M = 8,88; DP = 5,10) e estudantes do último ano (M = 9,28; DP = 4,87) como está demonstrado na tabela 5. Foi usada a ANOVA para confirmação estatística, que revelou que estas diferenças não são estatisticamente significativas,  $F(2,1015) = 0,596$ ,  $p = 0,551$ , indicando que os níveis de ansiedade se mantêm consistentes ao longo do percurso académico, na amostra representativa da Universidade da Beira interior. Estes resultados não corroboram a hipótese de que a ansiedade tem níveis mais elevados no 1º ano do que nos restantes. (ver tabela 5)

**Tabela 5.** Sintomatologia de ansiedade por grupo académico

Grupo	M(DP)	Md(Q1; Q3)	F	p
1º Ano	9.23 (5.33)	9(6.00;12.00)	.60	.551
Outros Anos	8.88 (5.10)	9(6.00;12.00)		
Último Ano	9.28 (4.87)	9(6.00;12.00)		

**Nota.** M = Média; DP = Desvio Padrão; Md = Mediana; Q1 = 1.º quartil; Q3 = 3.º quartil

### 3.6 Crenças estigmatizantes por ano letivo

A estatística descritiva das crenças estigmatizantes, medida pelo ICDM\_Total, mostrou resultados em relação às médias entre grupos muito semelhantes: estudantes do primeiro ano (M = 157,43; DP = 25,01), estudantes dos outros anos (M = 156,50; DP = 24,15) e estudantes do último ano (M = 155,98; DP = 25,27) como apresentado na tabela 6. A análise da ANOVA efetuada acabou por ir de encontro aos resultados descritivos revelando que estas diferenças não são estatisticamente significativas,  $F(2,1015) =$

0,305,  $p = 0,737$ , indicando que os níveis de crenças estigmatizantes se mantêm relativamente estáveis ao longo do percurso acadêmico. Assim, os resultados não suportam a hipótese 4 de que todos os anos de faculdade apresentam níveis diferentes de crenças estigmatizantes.

**Tabela 6.** Crenças estigmatizantes por grupo acadêmico

Grupo	M(DP)	Md(Q1;Q3)	F	p
1º Ano	157.43 (25.01)	159.00(141.00;173.00)	.305	.737
Outros Anos	156.50 (24.15)	155.00 (142.00; 171.00)		
Último Ano	155.98 (25.27)	156.00 (139.00; 171.00)		

**Nota.** M = Média; DP = Desvio Padrão; Md = Mediana; Q1 = 1.º quartil; Q3 = 3.º quartil

### 3.7 Crenças estigmatizantes entre áreas de estudo

O teste *t* de Student para amostras independentes foi realizado para comparar os níveis de crenças estigmatizantes entre estudantes de cursos das ciências sociais e humanas e estudantes de cursos de outras áreas testando a hipótese 6. As estatísticas descritivas revelaram médias de 153,54 (DP = 25,22) para os cursos de ciências sociais e humanas e 158,37 (DP = 24,41) para os outros cursos analisados em conjunto. A análise do teste *t* indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $t(1016) = -2,968$ ,  $p = 0,002$ ,  $\Delta M = -4,83$ , IC 95% [-8,03, -1,64]. Estes resultados apoiam a hipótese de que os estudantes de cursos de ciências sociais e humanas apresentam níveis mais baixos de crenças estigmatizantes em relação à saúde mental, em comparação com estudantes de cursos de outras áreas distintas. (ver tabela 7)

**Tabela 7.** Crenças estigmatizantes por área de estudo e resultados do teste *t*.

Variáveis	N	M	DP	t	df	p
Ciências Sociais e Humanas (1)	351	153.54	25.22	-2.97	1016	.002
Outras áreas (2)	667	158.37	24.41			

### 3.8 Sintomatologia de ansiedade nos estudantes deslocados

Foi realizado um teste *t* de Student para amostras independentes para comparar a sintomatologia de ansiedade entre estudantes deslocados e não deslocados. As estatísticas descritivas revelaram médias de 9,24 (DP = 5,13) para estudantes deslocados e 8,57 (DP = 5,04) para estudantes não deslocados. Apesar de os estudantes deslocados apresentarem, em média, níveis ligeiramente mais elevados de ansiedade, o teste *t* não indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $t(1016) = 1,557$ ,  $p = 0,060$ . Portanto, a hipótese de que os estudantes deslocados apresentariam níveis mais elevados de ansiedade não foi validada como verificado na tabela 8.

**Tabela 8.** Comparação da sintomatologia de ansiedade entre estudantes deslocados e não deslocados

Variáveis	N	M	DP	t	df	p
E. Deslocados (1)	847	9.24	5.13	1.557	1016	.060
E. Não deslocados (2)	171	8.57	5.04			

### 3.9 Crenças estigmatizantes por tipo do meio de residência

Foi realizada uma ANOVA de um fator para avaliar o efeito do meio de residência na intensidade das crenças estigmatizantes. As estatísticas descritivas indicaram médias de 154,43 (DP = 24,86) para estudantes residentes em aldeias, 156,61 (DP = 24,44) para os que vivem em vilas e 157,84 (DP = 24,84) para os de meios citadinos. A ANOVA revelou que as diferenças médias entre os grupos não foram estatisticamente significativas,  $F(2,1015) = 1,708$ ,  $p = 0,182$ . Assim, não há evidência de que o meio de residência diferencie as crenças estigmatizantes nos estudantes do ensino superior, não validando a hipótese formulada. Podemos observar os valores na tabela 9 abaixo mencionada.

**Tabela 9.** Efeito do meio de residência na intensidade das crenças estigmatizantes

Meio de residência	M(DP)	Md(Q1; Q3)	F	p
Aldeia (1)	154.43 (24.86)	154.00(139.00;170.00)	1.71	.182
Vila (2)	156.61 (24.44)	156.00 (139.50; 172.50)		
Cidade (3)	157.84 (24.84)	157.00 (141.00; 173.00)		

**Nota.** M = Média; DP = Desvio Padrão; Md = Mediana; Q1 = 1.º quartil; Q3 = 3.º quartil

### 3.10 Relação entre crenças estigmatizantes e sintomatologia de ansiedade

Foi realizada uma análise de correlação de *Pearson* para examinar a relação entre crenças estigmatizantes (ICDM\_Total) e sintomatologia ansiosa (GAD\_Total), testando assim a hipótese 9. Verificamos que não existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis, indicando que, na presente amostra, níveis mais elevados de crenças estigmatizantes não se associam a níveis mais elevados de ansiedade, não sendo assim validada a hipótese, como podemos observar na tabela 10.

**Tabela 10.** Relação entre crenças estigmatizantes e sintomatologia ansiosa

Variáveis	1	2
1. Crenças estigmatizantes (ICDM_Total)	_____	
2. Sintomatologia ansiosa (GAD_Total)	-.055	_____

**Nota.** N=1018  $p = .079$

### 3.11 Crenças estigmatizantes em estudantes com acompanhamento psicológico

Como apresentado na tabela 11 foi realizado um teste *t* de Student para amostras independentes para comparar os níveis de crenças estigmatizantes entre estudantes com

e sem acompanhamento psicológico. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas validando assim a hipótese 11,  $t(1016) = -4,75, p < 0,001$ , com os estudantes sem acompanhamento a apresentarem níveis mais elevados de crenças estigmatizantes ( $M = 158,50$ ;  $DP = 24,91$ ) do que os estudantes com acompanhamento ( $M = 149,28$ ;  $DP = 22,87$ ). O tamanho do efeito foi pequeno a moderado ( $d$  de Cohen =  $0,38$ ; IC95% [ $0,22, 0,53$ ]), indicando que esta diferença, embora estatisticamente significativa, apresenta uma magnitude moderadamente relevante para a compreensão do fenómeno.

**Tabela 11.** Relação entre procura de ajuda psicológica e crenças estigmatizantes

Grupo	N	M	DP	t(df)	p	d de Cohen
Com acompanhamento	198	149.28	22.87			
Sem acompanhamento	820	158.50	24.91	-4.75 (1016)	< ,001	0.38

### 3.12 Relação entre sintomatologia de ansiedade e a procura de acompanhamento psicológico

Para testar a Hipótese 11, foi realizado um teste  $t$  de Student para amostras independentes, com o objetivo de comparar os níveis de ansiedade entre estudantes que referiram procurar acompanhamento psicológico e aqueles que não o fazem.

A análise descritiva revelou médias semelhantes entre os dois grupos: os estudantes que não recorrem a acompanhamento psicológico apresentaram uma média de ansiedade de  $M = 8.68$  ( $DP = 4.44$ ), enquanto os que recorrem apresentaram  $M = 9.24$  ( $DP = 5.27$ ). O teste de Levene indicou que as variâncias não são iguais,  $F(1,1016) = 8.23, p = .004$ ; assim, foram considerados os resultados para variâncias não assumidas. A análise não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos,  $t(343.74) = -1.52, p = .130$ . Estes resultados sugerem que a procura de acompanhamento psicológico não está associada a níveis significativamente diferentes de sintomatologia ansiosa na amostra estudada, não confirmando a H11. (ver tabela 12)

**Tabela 12.** Comparação entre a sintomatologia de ansiedade (GAD-7) em função da procura de acompanhamento psicológico

Grupo	N	M	DP	t(df)	p
Com acompanhamento	198	9.24	5.27		.130
Sem acompanhamento	820	8.68	4.44	-1.52	

### 3.13 Predição da sintomatologia de ansiedade com as crenças estigmatizantes

Com o objetivo de avaliar o poder preditivo das crenças estigmatizantes sobre os níveis de sintomatologia ansiosa, foi realizada uma regressão linear simples, tendo como variável dependente o *GAD\_Total* (níveis de ansiedade) e como variável independente o *ICDM\_Total* (crenças estigmatizantes). O modelo revelou uma correlação negativa muito fraca entre as variáveis,  $R = .055$ , explicando apenas 0,3% da variância dos níveis de ansiedade,  $R^2 = .003$ ,  $R^2 \text{ ajustado} = .002$ . A análise de variância (ANOVA) mostrou que o modelo não é estatisticamente significativo,  $F(1,1016) = 3.09$ ,  $p = .079$ . O coeficiente de regressão não padronizado indica uma relação negativa entre as crenças estigmatizantes e a ansiedade ( $B = -0.011$ ,  $\beta = -.055$ ,  $t(1016) = -1.76$ ,  $p = .079$ ), sugerindo que níveis mais elevados de crenças estigmatizantes não predizem de forma significativa níveis mais altos ou mais baixos de ansiedade. Assim, não se confirmou a hipótese de que as crenças estigmatizantes apresentariam um efeito preditor relevante sobre a sintomatologia ansiosa entre estudantes universitários. (ver tabela 13)

**Tabela 13.** Regressão linear simples para prever a ansiedade (*GAD\_Total*) a partir das crenças estigmatizantes (*ICDM\_Total*).

Variável	B	Erro padrão	Beta	t	p
Constante	10.91	1.03	_____	10.63	< .001
Crenças estigmatizantes ( <i>ICDM_Total</i> )	- .011	.006	.055	-1.76	.079

## 4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender a relação entre as crenças estigmatizantes acerca da perturbação mental e a sintomatologia de ansiedade em estudantes da Universidade da Beira Interior, analisando também diferenças em função de variáveis sociodemográficas e acadêmicas, bem como a relação com a procura e o ter acompanhamento psicológico. Os resultados obtidos reforçam a importância de compreender o papel das crenças estigmatizantes na saúde mental dos estudantes universitários, num contexto em que a ansiedade continua a constituir uma das perturbações mais prevalentes nesta população.

De um modo geral, os resultados revelaram níveis moderados de crenças estigmatizantes e níveis ligeiros a moderados de ansiedade, sendo que 48,3% dos estudantes apresentaram valores clínicos de ansiedade moderada a grave. Embora a média global das crenças estigmatizantes se tenha situado abaixo do ponto médio da escala, cerca de

um quarto dos estudantes evidenciou valores relativamente elevados, confirmando que o estigma permanece presente e pode constituir barreira à procura de apoio. Estes dados são consistentes com estudos nacionais e internacionais que destacam, por um lado, a elevada prevalência de sintomatologia ansiosa entre estudantes universitários (Auerbach et al., 2018; Universidade de Évora, 2023, 2024) e, por outro, a persistência de crenças negativas face à saúde mental, ainda que se observe uma progressiva atenuação (Carvalho et al., 2024).

A H1 não foi confirmada, dado que os valores médios de estigma se situaram significativamente abaixo do ponto médio. Este resultado pode refletir uma maior abertura dos estudantes da UBI face à saúde mental, possivelmente associada ao impacto de campanhas de sensibilização e de políticas institucionais recentes. No entanto, a proporção de estudantes que continua a apresentar crenças elevadas (cerca de 25%) reforça a necessidade de manter estratégias de promoção da literacia em saúde mental, de acordo com a evidência de Carvalho et al. (2024) e Soares (2024), que sublinham o peso do receio de exclusão e estigmatização na decisão de procurar ajuda.

A H2 foi parcialmente confirmada: ainda que a média global da ansiedade se situe em valores ligeiros, quase metade da amostra apresentou níveis clinicamente relevantes (moderados a graves). Estes resultados convergem com a literatura que identifica os estudantes universitários como grupo vulnerável e apontam para a necessidade de medidas preventivas e de apoio psicológico neste contexto (Silveira et al., 2011).

A H3 foi confirmada, mostrando que o género influencia as crenças estigmatizantes: os estudantes do género masculino apresentaram valores mais elevados. Este resultado reforça a literatura (Eisenberg et al., 2009), que indica maior resistência dos homens à procura de apoio psicológico e maior adesão a crenças negativas.

As H4 e H5, relativas ao ano académico, não foram confirmadas. Ao contrário de estudos prévios (De Andrade et al., 2024; Vizzotto et al., 2017), não se observaram diferenças entre anos de curso nos níveis de estigma e ansiedade. Este resultado pode indicar que fatores como suporte social, autoeficácia e estratégias de coping (Han, 2024; Gianfelice et al., 2024) têm um peso maior do que a simples progressão académica.

Relativamente à área científica, os resultados confirmaram diferenças nas crenças estigmatizantes (H6), com os estudantes das ciências sociais e humanas a apresentarem níveis mais baixos, possivelmente pela maior exposição a conteúdos sobre comportamento humano e saúde mental. Esta evidência é sustentada por Loureiro et al. (2012), que associam maior literacia em saúde mental a menor estigmatização. Tal reforça a importância de promover, também em cursos de outras áreas, oportunidades de formação e reflexão sobre saúde psicológica, de modo a fomentar uma cultura académica mais inclusiva e informada.

Em contrapartida, H7 e H8 não foram corroboradas: não se observaram diferenças significativas nos níveis de ansiedade entre estudantes deslocados e não deslocados, nem nas crenças estigmatizantes em função do meio de residência. Ainda que os estudantes deslocados tenham revelado valores ligeiramente superiores de ansiedade, a diferença não foi significativa, sugerindo que fatores de proteção, como qualidade das relações interpessoais ou acesso a recursos institucionais, poderão mitigar o impacto (Vizzotto et al., 2017).

A H9, que previa associação positiva entre crenças estigmatizantes e ansiedade, não foi confirmada. Uma interpretação plausível é que os níveis médios de estigma foram relativamente baixos, reduzindo a probabilidade de associação direta com os níveis de ansiedade, como sugerido em estudos anteriores (Hunt & Eisenberg, 2010).

A H10 foi confirmada, indicando que estudantes sem acompanhamento psicológico apresentaram mais crenças estigmatizantes do que aqueles que recorrem a apoio. Este resultado reforça a literatura que mostra que o estigma é um dos principais entraves à procura de ajuda (Carvalho et al., 2024).

A H11 não foi corroborada, uma vez que o teste *t*-Student não revelou diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de ansiedade entre estudantes que frequentam acompanhamento psicológico e aqueles que não o fazem. Estes resultados sugerem que o simples facto de receber acompanhamento não se traduz, por si só, em menores níveis de ansiedade, possivelmente porque muitos estudantes apenas procuram apoio quando já experienciam níveis elevados de sofrimento emocional. A literatura (Silveira et al., 2011) destaca ainda que múltiplas barreiras à procura de ajuda — como a falta de tempo, recursos limitados e o estigma — podem contribuir para que o acompanhamento não se reflita necessariamente em diferenças significativas na sintomatologia ansiosa entre grupos.

Relativamente à H12, que pretendia verificar se as crenças estigmatizantes predizem os níveis de sintomatologia ansiosa, esta também não foi confirmada. A análise de regressão linear revelou que as crenças estigmatizantes não constituem um preditor significativo da ansiedade, contrariando parte da literatura que aponta o estigma como fator associado a maior sofrimento psicológico (Hunt & Eisenberg, 2010; Corrigan & Watson, 2002). Uma possível explicação para esta ausência de efeito poderá residir nos **níveis** globalmente baixos de estigma observados na amostra, o que reduz o seu impacto preditivo. Outra hipótese é a existência de variáveis mediadoras, como a autoeficácia, o suporte social e as estratégias de coping (Han, 2024; Gianfelice et al., 2024), que podem atenuar a influência direta do estigma sobre a ansiedade.

Globalmente, os resultados reforçam a necessidade de programas de promoção da literacia em saúde mental no ensino superior, com enfoque particular na redução do

estigma entre homens e estudantes de áreas diferentes das ciências sociais e humanas. A elevada prevalência de sintomatologia de ansiedade clinicamente relevante sublinha a urgência de estratégias preventivas e terapêuticas, como programas de gestão do stress, desenvolvimento de competências socioemocionais e acesso facilitado a serviços psicológicos e psiquiátricos.

Entre as principais limitações do estudo destacam-se a utilização de uma amostra de conveniência, que limita a generalização; o carácter transversal, que não permite inferir causalidade; e o recurso a medidas de autorrelato, sujeitas a enviesamentos. Futuras investigações deverão adotar delineamentos longitudinais e considerar variáveis adicionais, como autoeficácia, suporte social e *coping*, bem como comparar diferentes instituições de ensino superior, de modo a clarificar o papel de fatores institucionais e culturais.

Para além destas considerações, importa referir que fenómenos mais recentes, como a ansiedade tecnológica, poderão também interagir com as crenças de autoeficácia dos estudantes. Estudos como o de Machado e Eisenberg (2023) sugerem que estudantes com elevada autoeficácia académica, mas fortemente dependentes de tecnologias digitais (por exemplo, telemóveis e internet), podem experienciar níveis significativos de ansiedade quando privados desses recursos, fenómeno conceptualizado como *nomofobia*. Embora este aspeto não tenha sido objetivo direto do presente estudo, constitui uma linha de investigação futura cada vez mais relevante para compreender de forma mais abrangente a ansiedade no contexto académico.

Em síntese, este estudo contribui para a compreensão da saúde mental dos estudantes da Universidade da Beira Interior e do ensino superior português em geral, de que são representativos, revelando níveis clinicamente relevantes de sintomatologia ansiosa e confirmando que as crenças estigmatizantes podem continuar a constituir uma barreira à procura de ajuda. Apesar de algumas hipóteses não terem sido confirmadas, os resultados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas à redução do estigma e promoção da literacia em saúde mental, fundamentais para o bem-estar psicológico e sucesso académico no ensino superior.

Para além das implicações práticas, os resultados deste estudo reforçam a importância de compreender a saúde mental dos estudantes universitários como um fenómeno relacional e sistémico, influenciado por múltiplos contextos — pessoais, sociais e institucionais. Promover espaços de diálogo, empatia e desmistificação do sofrimento psicológico constitui não apenas uma necessidade académica, mas um compromisso ético e humano das instituições de ensino superior.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, J. S. P. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação* [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. RUN – Repositório da Universidade Nova de Lisboa.  
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/15722/1/Almeida%20Jorge%20TM%202015.PDF>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.<sup>a</sup> ed.). Climepsi.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2018). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of Abnormal Psychology, 127* (7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). Academic Press.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55* (11), 1247–1263.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barroso, S. M., Ferreira, H. G., & Pacheco, J. T. B. (2023). Mental health profiles of university students and associated life habits. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 39* (spe), e39nspe06. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39nspe06.en>
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43* (8), 667–672.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)
- Carvalho, P. S., Pombal, N., Gama, J., & Loureiro, M. (2024). Mental health awareness: Stigma and help-seeking among Portuguese college students. *Healthcare*, 12 (24), 2505. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242505>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- De Andrade, J. E., Meireles, A. L., Machado, E. L., De Oliveira, H. N., Sales, A. D. F., Cardoso, C. S., ... & Ruas, C. M. (2024). Sociodemographic, economic, and academic factors linked with resilience in university students during COVID-19 pandemic: A Brazilian cross-sectional study. *BMC Psychology*, 12 (1), 216. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02138-1>
- De Cássia Gomes Lelis, K., Brito, R. V. N. E., De Pinho, S., & De Pinho, L. (2020). Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 7–14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0267>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help-seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66 (5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (5), 301–308. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182175123>

- Gianfelice, M. A., Murgo, C. S., & De Souza, A. P. (2024). Resiliência, bem-estar subjetivo e fatores de risco e proteção em estudantes universitários. *Psico-USF*, 29, e266514. <https://doi.org/10.1590/1413-8271202429e266514>
- Han, Y. (2024). Structural model of intelligence beliefs, motivational beliefs, academic self-handicapping and academic adjustment in Chinese undergraduate students. *BMC Psychology*, 12 (1), 176. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01999-w>
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46 (1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Loureiro, L. M. de J., Dias, C. A. A., & Ferreira, P. J. S. (2006). *ICDM – Um inventário de crenças acerca da doença mental*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 36–44.
- Machado, D. V., & Eisenberg, Z. (2023). Um estudo sobre nomofobia e crenças de autoeficácia académica em estudantes universitários. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5800>
- Peng, S., & Huang, Y. (2024). Teachers' authoritarian leadership and students' well-being: The role of emotional exhaustion and narcissism. *BMC Psychology*, 12 (1), 110. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02110-z>
- Universidade de Évora. (2023, março 27). *Saúde mental dos estudantes universitários em análise*. <https://www.uevora.pt/ue-media/noticias?item=37049>
- Universidade de Évora. (2024, outubro 10). *Estudo revela que 23% dos estudantes universitários em Portugal sofrem de doenças mentais*. <https://www.uevora.pt/ue-media/noticias?item=41295>

Vizzotto, M. M., Fortes, I. S., Borges, M. L., Medeiros, M. L., & Tonetto, L. M. (2017). Saudades de casa: Indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(1), 1–15. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i1.469>

Zajacova, A., Lynch, S. M., & Espenshade, T. J. (2005). Self-efficacy, stress, and academic success in college. *Research in Higher Education*, 46 (6), 677–706. <https://doi.org/10.1007/s11162-004-4139-z>

## **Anexos**

## **Anexo 1. Revisão da literatura**

### **A Saúde Mental no Ensino Superior**

A saúde mental dos estudantes universitários tem sido alvo de preocupação, uma vez que a entrada no contexto universitário representa um período de mudanças não só a nível académico como também a nível social e pessoal. A transição envolve novas exigências, maior autonomia e, frequentemente, afastamento da rede de suporte familiar, fatores que podem gerar vulnerabilidade psicológica (Sahão & Kienen, 2021). Entre os principais fatores de risco identificados neste contexto, identifica-se a elevada exigência académica, as dificuldades financeiras, a saída da casa dos pais e os desafios nos relacionamentos interpessoais. Estes aspetos podem dificultar a adaptação ao ensino superior, aumentando a probabilidade de sofrimento mental dos alunos (Sahão & Kienen, 2021).

De forma semelhante, Lelis, Brito, Pinho e Pinho (2022) identificam que os universitários têm maior propensão a desenvolver quadros de depressão e ansiedade em virtude de mudanças associadas ao que é o dia a dia de um estudante neste contexto. Os autores destacam fatores como a carga excessiva de estudos, a pressão relacionada com trabalhos e avaliações, o confronto com a autoridade do professor, a necessidade de falar em público, a adaptação a novas amizades e atividades, a convivência com pessoas desconhecidas e, muitas vezes, o afastamento do contexto familiar. Para além disso, a necessidade de conciliar o estudo com o trabalho em alguns casos particulares, para garantir a subsistência, pode intensificar a sobrecarga e contribuir para a sintomatologia ansiosa e depressiva (Lelis, Brito, Pinho, & Pinho, 2022).

A nível nacional, num estudo do Hospital de São João no Porto, têm sido identificadas preocupações significativas relativamente à saúde mental dos estudantes universitários. O mesmo demonstrou que os jovens do ensino superior constituem um grupo vulnerável, dado que muitas das perturbações psicológicas e/ou psiquiátricas se manifestam nesta etapa do desenvolvimento (Silveira et al., 2011). De acordo com os autores, os estudantes apresentam taxas mais elevadas de dificuldades emocionais e comportamentais quando comparados com jovens da mesma idade já inseridos no mercado de trabalho, reforçando a ideia de que o período académico representa um contexto de risco acrescido. Estudos demonstram que alunos universitários têm níveis de sintomas psicológicos superiores aos da população em geral. Na revisão sistemática conduzida por Sahão e Kienen (2021), a ansiedade, o stress e a depressão emergem como os sintomas mais reportados. Resultados idênticos foram encontrados por Bayram &

Bilgel (2008), que identificaram níveis moderados ou severos de depressão em 27,1% dos estudantes, ansiedade em 47,1% e stress em 27%.

Para além do impacto na saúde psicológica, verificou-se que cerca de 26% dos estudantes da amostra apresentavam reprovações diretamente associadas às suas dificuldades emocionais. O estudo sublinha que problemas de saúde mental comprometem o rendimento académico ao interferirem com a concentração, a memória e a motivação, podendo conduzir ao insucesso ou até ao abandono escolar. Assim, a sintomatologia ansiosa e depressiva não só fragiliza o bem-estar individual, como coloca em risco a trajetória académica e profissional futura destes jovens (Silveira et al., 2011).

### **Ansiedade normal VS Patológica**

A ansiedade adaptativa, ou ansiedade normal, é conceptualizada como um estado emocional de apreensão e tensão, acompanhado de ativação fisiológica, que surge perante uma perceção de ameaça real e iminente (Barlow, 2000). Esta resposta funcional, enraizada na teoria da emoção, atua como um sistema de alarme protetor, preparando o organismo para responder a desafios de forma eficaz. É caracterizada por ser proporcional à ameaça, circunscrita no tempo e por não causar prejuízo significativo no funcionamento global do indivíduo, sendo antes uma parte inevitável e útil da experiência humana perante o stress (Barlow, 2000). A ansiedade patológica, ou ansiedade clínica, distingue-se pela sua natureza disfuncional e desadaptativa. Caracteriza-se por uma resposta de alarme intensa, desproporcionada e persistente, desencadeada pela antecipação apreensiva de uma ameaça futura e incerta, e não por um perigo real e presente (Barlow, 2000). Esta resposta é mediada por uma perceção de incontrolabilidade, avaliações cognitivas enviesadas (como a catastrofização) e um foco nas potenciais ameaças, levando a comportamentos de evitamento que, paradoxalmente, mantêm e agravam a condição. O seu traço mais distintivo é o prejuízo clinicamente significativo que causa no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo (Barlow, 2000).

Neste sentido, Lopes et al. (2019) reforçam que a ansiedade pode ser considerada funcional quando atua como mecanismo de vigilância e preparação, mas torna-se patológica quando os sintomas exacerbados passam a interferir negativamente na cognição e no comportamento, comprometendo o quotidiano do indivíduo.

## **Ansiidade de Desempenho**

A ansiedade de desempenho caracteriza-se pela ativação de respostas cognitivas, emocionais e fisiológicas perante situações de avaliação, nas quais o estudante teme falhar. Esta pode ser compreendida como uma manifestação específica da ansiedade social, caracterizada por receios intensos em situações que envolvem a necessidade de atuar ou de ser avaliado publicamente. Este tipo de ansiedade é especialmente evidente em contextos que requerem apresentações orais, atuações artísticas ou desportivas, e outras tarefas em que o desempenho é observado e avaliado. Ao contrário de outras formas de ansiedade social, os indivíduos com ansiedade de desempenho tendem a não apresentar receios marcados em interações sociais quotidianas, restringindo-se às suas dificuldades, sobretudo às situações que implicam avaliação pública (APA, 2013).

Quando presente em níveis adaptativos, a ansiedade pode ter um efeito motivador; contudo, em intensidade elevada ou prolongada, transforma-se em ansiedade patológica, comprometendo o desempenho académico e o bem-estar (Sahão & Kienen, 2021). Os resultados de Lopes et al. (2019) demonstram precisamente este efeito: estudantes com ansiedade leve apresentaram melhor desempenho académico, ao passo que níveis mínimos, moderados ou graves de ansiedade estiveram associados a desempenhos mais baixos. Estes dados sugerem que a ansiedade de desempenho pode assumir um carácter funcional quando se mantém em intensidade controlada, mas torna-se disfuncional sempre que ultrapassa os limites adaptativos, interferindo na atenção, na memória e na performance global (Eysenck et al., 2007; Fabiani, 2009; Lopes et al., 2019).

## **Crenças Estigmatizantes sobre Saúde Mental**

### **Estigma vs auto estigma**

O estigma associado à doença mental constitui uma das principais barreiras à promoção da saúde psicológica, influenciando tanto a perceção social como a forma como os indivíduos experienciam a sua própria condição.

Corrigan et al. (2010) fazem a distinção entre o estigma público e o auto estigma, sequencialmente o primeiro corresponde às atitudes e preconceitos negativos dirigidos a pessoas com perturbações mentais pela sociedade em geral, e o segundo emerge através dos estereótipos internalizados, levando o indivíduo a aplicar a si mesmo críticas e pareceres depreciativos. Este processo resulta frequentemente em sentimentos de vergonha, baixa autoestima e redução da autoeficácia, além de desencorajar a procura de

apoio psicológico. Paradoxalmente, os autores sublinham que, em alguns casos, a experiência do estigma pode funcionar como motor de resiliência e ativismo, motivando os indivíduos a confrontarem o preconceito e a reforçarem a sua identidade, apesar de com menor frequência.

O estigma, seja público ou internalizado, constitui uma das barreiras centrais à procura de ajuda em saúde mental. Enquanto o estigma público se manifesta nas reações sociais de estereotipização, preconceito e discriminação, o autoestigma ocorre quando o indivíduo adere a esses preconceitos e os aplica a si próprio, desenvolvendo sentimentos de incapacidade e vergonha (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005). Esse processo tem efeitos diretos no comportamento de procura de apoio, dado que muitos jovens evitam recorrer a serviços especializados por receio de serem rotulados como “doentes mentais” e alvo de rejeição social.

Rüsch, Angermeyer e Corrigan (2005) denotam que essa antecipação do estigma pode levar inclusive a interrupção de terapias e tratamentos já iniciados, ou até a desistência da procura de ajuda o que conseqüentemente afeta e explica a baixa adesão a intervenções psicológicas e psiquiátricas identificada em diversos contextos. Este evitamento não resulta apenas de fatores clínicos ou logísticos, mas sobretudo de um esforço deliberado em evitar a identidade socialmente estigmatizada de “paciente psiquiátrico”. Assim, o medo do julgamento social e a autodesvalorização funcionam como mecanismos que perpetuam o sofrimento psicológico e acabam por muitas vezes criar um agravamento de sintomas. Importa ainda destacar que a influência do género no estigma da saúde mental tem sido amplamente documentada. Os homens tendem a reportar níveis mais elevados de crenças estigmatizantes, sobretudo associados a atitudes de rejeição e menor propensão para a procura de apoio, enquanto as mulheres demonstram atitudes mais favoráveis e maior abertura psicológica (Eisenberg et al., 2009). Esta diferença entre géneros constitui uma variável relevante para a compreensão do estigma no contexto académico.

Aliado a este estudo, temos o estudo de Loureiro, Pedreiro, Correia e Mendes (2012) que reforça que apenas 32% dos jovens portugueses identificaram corretamente a depressão numa vinheta clínica, enquanto 66,3% afirmaram que procurariam ajuda, embora quase 30% tenham declarado não saber se o fariam. Esta incerteza traduz-se em atitudes ambivalentes face à saúde mental, frequentemente influenciadas pelo receio do estigma. Os mesmos autores observaram que a maioria dos jovens privilegia apoio informal, recorrendo sobretudo à mãe (77,3%) ou ao parceiro (40,8%), enquanto professores e profissionais de saúde surgem pouco valorizados como fontes de apoio.

Entre as principais barreiras percebidas destacam-se a timidez e vergonha (41,28%), a crença de que “a pessoa não valoriza o que se diz” (36,63%), a ideia de que “nada poderá ajudar” (33,72%) e o medo de exposição ou julgamento negativo (28,02%). Estes resultados evidenciam que para além da dificuldade em reconhecer perturbações mentais, persiste entre os jovens uma forte influência de crenças estigmatizantes, que reforçam a preferência por redes de apoio informais e contribuem para a manutenção de padrões de auto estigma e atraso no acesso a cuidados especializados.

Em articulação com estes dados, o estudo feito no Hospital de São João no Porto de Silveira et al. (2011), registou que apesar da gravidade do que têm sido os sintomas na população jovem universitária, existe uma adesão limitada ao acompanhamento psicológico e psiquiátrico, em que 19% dos estudantes não chegaram a comparecer na primeira consulta e 22% abandonaram o tratamento após início. Entre os motivos para estas problemáticas os autores identificaram a falta de tempo, a negação da necessidade de ajuda psicológica, e de forma significativa o estigma associado à procura de ajuda especializada. Estes resultados refletem as barreiras sociais e pessoais que persistem no acesso aos cuidados de saúde mental, contribuindo para a manutenção do sofrimento psicológico e o agravamento da sintomatologia (Silveira et al., 2011).

### **Relação entre as variáveis**

O estudo de Eisenberg, Downs, Golberstein e Zivin (2009), realizado com uma amostra de 5.555 estudantes de 13 universidades norte-americanas, demonstrou que o estigma pessoal está significativamente associado a uma menor procura de ajuda para problemas psicológicos, incluindo ansiedade e depressão. O estudo teve como resultados que estudantes com níveis mais elevados de estigma pessoal apresentavam baixas probabilidades de reconhecer a necessidade de apoio e de recorrer a recursos como a psicoterapia, medicação ou até mesmo fontes de suporte informais.

Ainda dos mesmos autores, foi denotado que muitos estudantes relataram acreditar que a “maioria das pessoas” tinha visões negativas no que se refere ao tema da saúde mental apesar de na maioria das vezes não as expressarem. Essa discrepância sugere que os jovens tendem a sobrestimar o estigma público, o que pode aumentar a sua própria ansiedade perante a possibilidade de procurar apoio (Eisenberg et al., 2009, p. 530–536).

O estudo de Hunt e Eisenberg (2010) evidencia que os problemas de ansiedade são altamente prevalentes entre estudantes universitários, estimando-se que cerca de 10% apresentam uma perturbação de ansiedade clinicamente relevante. Apesar disso,

menos de 20% dos estudantes ansiosos recebem tratamento adequado, sendo o estigma uma das barreiras centrais à procura de ajuda. Os autores sublinham que as atitudes estigmatizantes pessoais, ou seja, crenças negativas internalizadas acerca da saúde mental e do recurso a serviços especializados, estão fortemente associadas a uma menor probabilidade de os estudantes procurarem apoio, mesmo quando apresentam sintomas significativos. Já o estigma percebido, relacionado com aquilo que acreditam ser a opinião dos outros, parece ter menos impacto direto no comportamento de procura. Este padrão sugere que o estigma pessoal atua como um mediador entre a ansiedade e o comportamento de *help-seeking*, reforçando um ciclo de sofrimento em que a sintomatologia ansiosa se prolonga pela ausência de tratamento. Os autores acrescentam ainda que determinados grupos, como estudantes internacionais e asiático-americanos, revelam níveis mais elevados de estigma, encontrando-se simultaneamente mais vulneráveis à ansiedade e menos propensos a procurar apoio, o que reforça a complexidade desta relação entre estigma e saúde mental no contexto académico (Eisenberg et al., 2010).

## Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.<sup>a</sup> ed.). Climepsi.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- De Cássia Gomes Lelis, K., Brito, R. V. N. E., De Pinho, S., & De Pinho, L. (2020). Sintomas de depressão, ansiedade e uso de medicamentos em universitários. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 7–14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0267>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help-seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301–308. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182175123>
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Lelis, K. C. G., Brito, R. V. N. E., Pinho, S., & Pinho, L. D. (2022). Fatores associados à ansiedade e depressão em universitários brasileiros. *Revista Brasileira de Psicologia*, 11(2), 45–57.
- Sahão, F. B., & Kienen, N. (2021). Saúde mental e adaptação ao ensino superior: Fatores de risco e proteção. *Revista Psicologia em Foco*, 15(3), 33–48.

Silveira, C., Torres, A., Azevedo, C., & Lima, A. (2011). Saúde mental no ensino superior: Estudo exploratório com estudantes universitários. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 45(2), 213–228.