



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

A Saúde Mental dos Estudantes do 6º ano de Medicina da UBI em preparação para a Prova Nacional de Seriação

Fabiana da Costa Pimentel

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim Loureiro

Co-orientador: Prof. Doutora Maria Assunção Vaz Pato

Covilhã, Maio de 2014

“O homem primeiro tropeça, depois anda, depois corre, um dia voará.”

José Saramago

Dedicatória

Ao meu Pai e à minha Mãe, por todo o esforço e amor. Foram a força nos momentos difíceis.
Devo a vocês tudo aquilo que sou hoje.

Agradecimentos

O meu obrigado especial:

Ao Professor Doutor Manuel Joaquim Loureiro, de quem tive o privilégio de beneficiar de todo o acompanhamento e conhecimento partilhado. Obrigada pela simpatia, disponibilidade e apoio.

À Professora Doutora Maria Assunção Vaz Pato pela inspiração e orientação.

Ao Ricardo Santos pela empatia, bom-humor e disponibilidade para me auxiliar na interpretação estatística dos dados e pela paciência para comigo e para com todas as minhas dúvidas.

Aos meus amigos, que me enchem o coração de arco-íris e são os responsáveis por tornarem a Covilhã uma cidade mágica.

Ao Rogério, a quem as palavras são desnecessárias.

Resumo

O principal objectivo deste estudo foi investigar a relação entre os níveis de saúde mental dos estudantes do 6º ano de Medicina da Universidade da Beira Interior, tendo em conta as variáveis ansiedade, depressão e bem-estar psicológicos, com os factores sociodemográficos, familiares e académicos, estratégias de *coping* e ideação de desistir do curso.

Para o efeito foi construído um questionário on-line, anónimo, constituído por cinco secções: Dados sociodemográficos, familiares e académicos; Inventário de Sintomas Psicopatológicos; Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico; Estratégias de *Coping* (estratégias individuais, consumo de substâncias para aumentar o rendimento escolar, apoio psicológico profissional); Ideação de desistir do curso. Este questionário esteve disponível no período entre 24 Junho 2013 e 21 de Novembro de 2013.

No total 48 (59.3%) alunos responderam ao inquérito, 35 do sexo feminino.

Verificou-se significância estatística na relação entre o estado civil e o domínio de equilíbrio e entre o estado civil dos pais e a situação profissional da mãe com a depressão.

Não houve relação estatística entre a saúde mental e as estratégias de *coping*.

Em relação à ideação de desistir do curso constatou-se significância estatística na relação com a saúde mental, particularmente com os domínios depressão, felicidade e bem-estar total.

Este estudo aponta para a necessidade de promover o bem-estar psicológico dos estudantes durante a formação médica e de equipá-los com estratégias que lhes permitam reconhecer e lidar com os sintomas de *distress*.

Palavras-chave

Saúde mental, estudantes de medicina, estratégias de *coping*, consumo de substâncias, apoio psicológico, ideação de desistir do curso.

Abstract

The main objective of the present study was to investigate the relations between levels of mental health of medical students in the 6th grade of Universidade da Beira Interior, taking into account the variables anxiety, depression and psychological well-being, with sociodemographic factors, family and academics, coping strategies and ideation drop the course .

For this purpose an anonymous online questionnaire was created, constituted of five sections: sociodemographic, family and academics data; Brief Symptom Inventory; Well-Being Manifestation Measure Scale; Coping Strategies (individual strategies, substance use in order to increase academic achievement, professional psychological support); Ideation to withdraw from the course. This questionnaire was available in the period between June 24, 2013 and November 21, 2013 .

A total of 48 (59.3 %) students answered to the questionnaire, of wich 35 were female.

There was statistical significance between the marital status and the mastery of balance and between the parents' marital status and the working status of mother with depression.

There was no statistical relationship between mental health and coping strategies.

Regarding ideation of dropping the course found statistical significance with mental health, particularly with the domains of depression, happiness and total well-being.

This study points to the need to promote the psychological well-being of students during medical education and equip them with strategies that enable them to recognize and deal with the symptoms of distress.

Keywords

Mental health, medical students, coping strategies, substance use, psychological support, dropping the course

Índice

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Lista de Figuras.....	x
Lista de Tabelas	xi
Lista de Acrónimos	xiii
Introdução	1
Metodologia	5
Tipo de Estudo	5
Variáveis.....	5
Participantes.....	6
Instrumentos.....	6
Procedimentos.....	9
Análise e Tratamento de dados	10
Resultados	12
Análise Descritiva	12
Caracterização sociodemográfica, familiar e académica	12
Caracterização das estratégias de <i>coping</i>	16
Caracterização da escala de sintomas psicopatológicos.....	20
Caracterização da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico	23
Ideação de desistir do curso	28
Análise Inferencial	28

Discussão.....	38
Conclusão	44
Bibliografia	46
Anexos.....	49

Lista de Figuras

Figura I - Modelo Conceptual de Investigação 3

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Grupos de Corte para Ansiedade e Depressão.....	7
Tabela 2 - Grupos de corte para os domínios EMMBEP	8
Tabela 3 - Grupos de <i>Corte</i> para os Graus de <i>Coping</i>	9
Tabela 4 - Classificação dos graus de dispersão.....	10
Tabela 5 - Estatística relativa à idade por sexo	12
Tabela 6 - Distribuição sociodemográfica, familiar e académica da amostra em função do sexo	15
Tabela 7 - Distribuição das estratégias utilizadas em função do sexo	16
Tabela 8 - Distribuição do consumo de substâncias para aumentar o rendimento escolar em função do sexo	17
Tabela 9 - Distribuição do apoio psicológico por profissional de saúde em função do sexo	18
Tabela 10 - Distribuição do <i>Coping</i> Total por grupos de <i>coorte</i> em função do sexo	19
Tabela 11 - Distribuição do <i>Coping</i> Total por grupos de <i>coorte</i> em função do <i>distress</i> psicológico.....	19
Tabela 12 - Distribuição do <i>Coping</i> Total por grupos de <i>coorte</i> em função do bem-estar psicológico.....	19
Tabela 13 - Estatísticas relativas à ansiedade, depressão e <i>distress</i> psicológico em função do sexo	21
Tabela 14 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, familiares e académicas em função do <i>distress</i> psicológico	22
Tabela 15 - Estatísticas relativas às dimensões do EMMBP em função do sexo	25
Tabela 16 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, familiares e académicas em função do bem-estar psicológico	27
Tabela 17 - Teste U-MW entre o género e a saúde mental.....	29
Tabela 18 - Teste- t entre os grupos etários e a saúde mental.....	30
Tabela 19- Teste U-MW entre estado civil e saúde mental.....	30

Tabela 20- Teste KW entre distrito de origem e saúde mental	31
Tabela 21- Teste U-MW entre estado civil dos pais e saúde mental	32
Tabela 22- Teste U-MW entre situação profissional do pai e saúde mental	33
Tabela 23- Teste KW entre situação profissional da mãe e saúde mental.....	33
Tabela 24 - Teste KW entre coabitação e saúde mental.....	34
Tabela 25- Teste U-MW entre licenciatura e saúde mental.....	35
Tabela 26 - Teste U-MW entre <i>coping</i> e saúde mental.....	36
Tabela 27 - Teste U-MW entre ideação de desistir do curso e saúde mental	37

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
EMMBEP	Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico
PNS	Prova Nacional de Seriação

Introdução

A medicina é uma profissão que impõe um treino intelectual e emocionalmente exigente. (1) Como tal, a faculdade é um reconhecido ambiente *stressante* que, por muitas vezes, exerce um efeito negativo sobre a população estudantil. (2) Os estudantes de medicina deparam-se com pressões altamente significativas e múltiplas emoções durante a transformação de um “estudante inseguro” num médico experiente. (2)

Desde a nota de ingresso elevada (3) e a transição para um novo ambiente social e competitivo, sem apoio familiar, em que são requeridas novas habilidades de aprendizagem (3,4) até à preparação para o marcante exame de especialidade que exige sacrifícios emocionais e pessoais (4,5), os estudantes vêm-se, durante seis anos, sob o risco de desenvolver problemas físicos e psicológicos.

Uma vez que os estudantes despendem muito tempo na faculdade, o ambiente de aprendizagem deveria ser seguro, confortável e acessível (6), um tempo de crescimento pessoal e bem-estar para além dos desafios e trabalhos. (7) Contudo, os estudos sugerem que o corrente processo educacional tem efeitos negativos sobre a saúde mental dos estudantes, com elevada frequência de depressão, ansiedade e *stress*. (7)

Os estudantes de Medicina nos anos clínicos, em preparação para o exame de especialidade, apresentam valores médios de ansiedade, depressão e perturbações de humor superiores aos das amostras nacionais de indivíduos etariamente comparáveis, bem como valores inferiores na escala da qualidade de vida. (5,7,8)

O exame de acesso à especialidade, que se assemelha a uma realidade distante com quem ninguém se preocupa muito até chegar o 6º ano, acaba por assumir elevada importância, uma vez que irá definir o futuro do estudante enquanto médico e exige uma preparação longa e gestão de tempo, dedicação, expectativas, conhecimento e *stress*.

É importante lembrar que situações de exame são geradoras de *distress* (3) e que para além disto este é inflacionado pela elevada competitividade, pela quantidade de matéria e a aprendizagem focada na memorização, pelo estágio clínico em simultâneo que implica conhecimentos teóricos e práticos únicos em cada especialidade e que tende a realçar as falhas e humilhar os alunos, pelo ter de lidar com o sofrimento humano, a privação de sono e a dificuldade na gestão do tempo e a dedicação exigida no último ano de curso. (3, 5, 9-11)

O desejo de limitar o *distress* reflecte-se na escolha da especialidade, uma vez que os estudantes têm cada vez mais em conta o estilo de vida e questões financeiras do que ideais humanitários. (9)

Apesar de um determinado nível de *stress* ser considerado normal e inevitável ao ensino, até motivador para alguns alunos, níveis extremos foram correlacionado com a depressão, sintomas somáticos, problemas mentais e prejudicam a precisão e objectivismo do julgamento, podendo afectar o atendimento dos doentes. (7,12,13) Outra das consequências é a falta de integridade e a desonestidade nas actividades, motivadas pelo medo e desejo de

parecer culto. (9) Estudantes nos anos finais de curso estão menos propensos a considerar errados estes comportamentos e mais dispostos a participar dos mesmos. (9)

Submeter-se a um nível elevado de stress por longos períodos, dependendo da capacidade de adaptação do indivíduo, pode causar mal adaptação (14) com comportamentos menos saudáveis. (15)

A literatura é contraditória no que diz respeito à tendência para lidar com o stress de forma mais ou menos eficaz ao longo do processo académico.

Os mecanismos/estratégias de *coping* parecem proteger contra sintomas de depressão (7), variam consoante a fonte de *distress* e o ano de formação e são responsáveis por determinar a influência, quer positiva quer negativa, do mesmo. (9)

Os alunos mais propensos a usar como estratégia de *coping* a evitação (abuso de substâncias psicoactivas, ignorar o problema) estão mais predispostos a experienciar stress e depressão do que os alunos que utilizam estratégias activo-cognitivo-comportamentais (apoio familiar, apoio por profissional de saúde).(16)

Uma vez que os estudantes com perturbações psicológicas estão mais propensos a desistir do curso não obstante os bons resultados académicos (7,10) é necessário ter em atenção a saúde mental dos estudantes, uma vez que a prevalência da perturbação depressiva major em estudantes de medicina é de aproximadamente 10% e que a relação saúde-qualidade de vida é muito pobre. (16)

Para além dos estudos e resultados internacionais aqui descritos, a investigação sobre esta temática em Portugal é particularmente escassa. (3)

Tendo em conta a informação recolhida considere-se como questão a investigar: “Qual a Saúde mental dos estudantes do 6º ano de Medicina da UBI em preparação para a PNS?”. Os objectivos deste estudo são:

1. Caracterizar os estudantes quanto às variáveis sociodemográficas, familiares, académicas e estratégias de *coping*;
2. Caracterizar a saúde mental, nas suas vertentes positivas (bem-estar psicológico) e negativas (*distress* psicológico) quanto às variáveis sociodemográficas, familiares, académicas e estratégias de *coping*;
3. Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas, familiares e académicas e os níveis de saúde mental;
4. Averiguar o sucesso das estratégias de *coping* (estratégias pessoais/ abuso de substâncias/apoio psicológico profissional);
5. Relacionar o nível de saúde mental com a ideiação de desistir do curso.

De modo a clarificar e facilitar a problemática apresentada, elaborou-se o seguinte esquema conceptual:

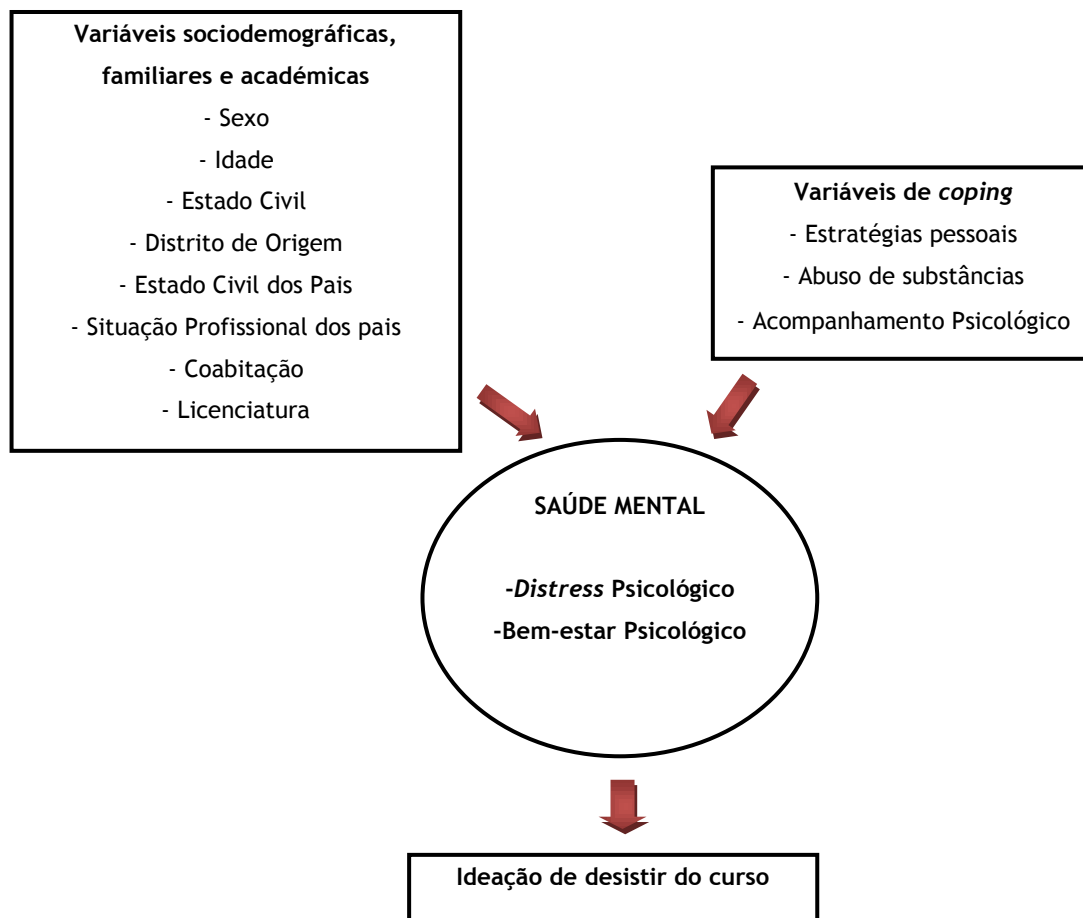


Figura 1 - Modelo Conceptual de Investigação

Na sequência da questão a investigar e dos objectivos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1- As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, distrito de origem e coabitação), familiares (estado civil dos pais, situação profissional dos pais) e académicas (licenciatura prévia) têm efeito significativo na saúde mental dos estudantes.

H2- As variáveis de *coping* (estratégias pessoais, abuso de substâncias e apoio psicológico) influenciam a saúde mental

H3- A saúde mental dos estudantes está relacionada com a ideia de desistir do curso no último ano.

Na sequência das hipóteses formuladas, surge o estudo de investigação organizado em três partes.

Numa primeira parte de cariz teórico será abordada a metodologia, com o característico tipo de estudo, variáveis, participantes, instrumentos utilizados, procedimentos e processo de tratamento da informação.

Numa segunda parte mais prática serão apresentados os resultados e respectivas análises descritiva e inferencial.

Na discussão os resultados serão examinados à luz das referências bibliográficas e serão inferidas possíveis implicações para o futuro.

Por último surgem as limitações do estudo e uma síntese conclusiva.

Metodologia

Uma vez reunida toda a informação disponível de pesquisa, surge agora a fase da apresentação da metodologia aplicada neste estudo. Pretende-se nesta fase contribuir para uma melhor compreensão da sistematização e operacionalização dos procedimentos adoptados no decorrer das várias etapas do estudo.

Tipo de Estudo

Para explorar o tema proposto, recorreu-se a um estudo transversal, não-experimental, quantitativo, descritivo, correlacional e explicativo.

Com efeito, o desenho apresentado engloba-se no tipo de investigação não-experimental, uma vez que se abstém em manipular as variáveis estudadas. Fundamenta-se em métodos de estudo de análise quantitativos dado que tem como objectivo averiguar o rigor e a precisão dos resultados, minimizando a distorção na análise e interpretação.

Consiste num estudo transversal, uma vez que o princípio causa-efeito ocorre simultaneamente, podendo a causa existir apenas no momento actual, ou já estar presente num tempo passado.

É um estudo descritivo e correlacional, pois caracteriza-se pela descrição de fenómenos, através do qual se estabelecem relações, visando avaliar a relação existente entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, durante as quais se determinam características de populações ou de uma amostra.

Variáveis

No seguimento das hipóteses formuladas, foram operacionalizadas as seguintes variáveis:

Variáveis Dependentes:

- Aniedade e Depressão, factores gerais reconhecidos para medir o estado de saúde mental (14) e que somadas apontam o nível de *Distress* Psicológico;
- Bem-estar Psicológico, pois a saúde mental não deve ser unicamente avaliada a partir de reacções negativas, como depressão e ansiedade, como deve também ser integrada a medida de emoções positivas e de satisfação com a vida e consigo mesmo, no sentido de captar um retrato mais completo da saúde mental de determinado indivíduo. (17)

Variáveis Independentes:

- Sociodemográficas, académicas e familiares: sexo, idade, estado civil, distrito de origem, coabitação durante o período lectivo, licenciatura prévia e estado civil e profissional dos pais.
- Estratégias de Coping: Estratégias pessoais e individuais como apoio da família/amigos, técnicas de relaxamento/meditação, desporto, fé/religião, participação em grupos recreativos; Consumo de substâncias psicoactivas como suplementos vitamínicos,

medicamentos psicoestimulantes, tranquilizantes e sedativos, ecstasy, álcool, cannabis e opióides; Apoio psicológico por profissional de saúde e terapia farmacológica.

- Ideação de desistir do curso.

Participantes

O universo de 81 alunos do sexto ano de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde da UBI foi convidado a participar neste estudo.

Responderam 72 alunos, 25 dos quais não completaram o questionário.

A amostra é constituída por 48 alunos (59.3%), 35 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. A grande proporção de estudantes do sexo feminino vai de encontro ao panorama actual de Portugal em que a maioria dos estudantes de medicina são mulheres. (3)

A participação foi voluntária e mediante o consentimento informado que assegura a confidencialidade das respostas assim como o direito do participante desistir a qualquer momento. (5)

Instrumentos

A recolha dos dados foi feita através de um questionário (anexo 1) anónimo e de auto-resposta, que permitiu a recolha de informação relevante para a caracterização da amostra. Foi elaborado com base na pesquisa bibliográfica sobre a temática e está dividido em cinco partes:

1. Dados socio-demográficos, familiares e académicos: Esta secção é composta por nove questões que permitem a recolha de informação acerca do sexo, idade, estado civil, distrito de origem, coabitação durante o ano lectivo, situação familiar e profissional dos pais e licenciatura prévia.
2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)(7,18): Adaptado e validado em Portugal, foi desenvolvido para dar resposta à desvantagem da morosidade de preenchimento do SCL-90. O BSI foi formado com os itens de maior peso do SCL-90 para avaliar cada dimensão psicopatológica, permitindo concluir que para a população clínica, estes dois instrumentos medem o mesmo constructo.
Pode ser utilizado com doentes do foro psicológico, pessoas da população geral e adolescentes.
Avalia importantes sintomas psicopatológicos em nove dimensões primárias 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) e Psicoticismo (5 itens) - e

três Índices Globais - Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos.

Os níveis de consistência interna variam com valores de alfa entre 0.71 (Psicoticismo) e 0.85 (Depressão) indicando unidade e solidez.

Nos processos de inferência estatística e para conseguir o valor de *Distress* Psicológico (associado a perturbações mentais e valências emocionais negativas) foram somadas as dimensões Depressão - cujos itens que a compõe (9,16,17,18,35,50) reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica e são representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida - e Ansiedade - (1,12,19,38,45,49) que inclui indicadores de nervosismo, tensão, sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico e componentes cognitivos que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos de ansiedade.

A interpretação dos resultados será linear, dada a natureza descritiva do instrumento. Os itens são respondidos numa escala de 4 pontos, que vão desde 0- Nunca, 1- Poucas vezes, 2- Algumas vezes, 3- Muitas vezes, 4- MUITÍSSIMAS vezes. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter o valor de cada dimensão.

Valores mais elevados significam maior sintomatologia e perturbação mental.

Da cotação total resultaram grupos de *corte*, obtidos pela equação (média±0.25desvio-padrão) o que permitiu classificar os inquiridos em: Baixo, Razoável e Alto.

Tabela 1 - Grupos de Corte para Ansiedade e Depressão

Domínios BSI	Grupos de Corte	Nível
Ansiedade	<1.75	Baixo grau de ansiedade
	1.76-2.06	Razoável grau de ansiedade
	≥2.07	Alto grau de ansiedade
Depressão	<1.6	Baixo grau de depressão
	1.7-1.93	Razoável grau de depressão
	≥1.94	Alto grau de depressão
<i>Distress</i> Psicológico Total	≤1.71	Baixo grau de <i>distress</i>
	1.72-1.97	Razoável grau de <i>distress</i>
	≥1.98	Alto grau de <i>distress</i>

3. Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)(17): Escala adaptada e validada em Portugal em Estudantes Universitários, foi desenvolvida com a finalidade da operacionalização do constructo de bem-estar psicológico. Inclui 25

itens distribuídos por seis sub-escalas: auto-estima (4 itens), equilíbrio (3 itens), envolvimento social (3 itens), sociabilidade (4 itens), controlo de si e dos acontecimentos (3 itens) e felicidade (8 itens).

Os valores de alfa de Cronbach são na sua maioria muito adequados, uma vez que variam entre 0.67 (envolvimento social) e 0.89 (felicidade).

É uma escala do tipo likert de 5 pontos, que vai desde 1(Nunca) a 5 (Quase Sempre), referente ao último mês.

Quanto mais elevado for o valor obtido - dado pela soma das pontuações de todos os itens- maior será o bem-estar psicológico percebido.

Da cotação total resultaram grupos de *corte*, obtidos pela equação (média±0.25desvio-padrão) o que permitiu classificar os inquiridos em: Baixo, Razoável e Alto.

Tabela 2 -Grupos de *corte* para os domínios EMMBEP

Domínios BSI	Grupos de <i>Corte</i>	Nível
Auto-estima	<3.48	Baixa Auto-estima
	3.49-3.83	Razoável Auto-estima
	≥3.84	Alta Auto-estima
Equilíbrio	<3.57	Baixo Equilíbrio
	3.58-3.94	Razoável Equilíbrio
	≥3.95	Alto Equilíbrio
Env. Social	<3.48	Baixo Env. Social
	3.49-3.85	Razoável Env. Social
	>3.86	Alto Env. Social
Sociabilidade	<3.47	Baixa Sociabilidade
	3.48-3.96	Razoável Sociabilidade
	>3.97	Alta Sociabilidade
Controlo si e acontecimentos	<3.37	Baixo Controlo
	3.38-3.82	Razoável Controlo
	>3.83	Alto Controlo
Felicidade	<3.21	Baixa Felicidade
	3.22-3.64	Razoável Felicidade
	>3.65	Alta Felicidade
Bem-estar Total	<3.46	Baixo Bem-estar
	3.47-3.81	Razoável Bem-estar
	>3.82	Alto Bem-estar

4. Estratégias de Coping:

- Estratégias pessoais utilizadas para lidar com alterações da saúde mental (4,12-14,19) - Nesta secção, organizada com base nas referências bibliográficas, os estudantes foram

convidados a seleccionar as estratégias pessoais que utilizam no dia-a-dia, entre estas apoio familiar e de amigos, técnicas de relaxamento/meditação, desporto, fé/religião, férias, participação em grupos recreativos e de discussão e outros.

- Abuso de substâncias (3)- Questionou-se os estudantes sobre o consumo, no último mês, de substâncias como suplementos para aumentar a concentração e a memória, medicamentos psicoestimulantes (para défices de atenção e hiperactividade), tranquilizantes/sedativos, ecstasy (MDMA)/anfetaminas, bebidas alcoólicas, cannabis, cocaína/crack, heroína/opióides, LSD, *cogumelos mágicos* ou outros com o intuito de aumentar o rendimento escolar. As opções de escolha foram seleccionadas tendo em conta a pesquisa bibliográfica.

- Apoio Psicológico (3) - Constituído por questões sobre a existência de apoio psicológico profissional actualmente ou em algum período da vida, tal como sobre a realização de terapêutica farmacológica com e sem prescrição médica para sintomas relacionados com a saúde mental. Por fim foi pedido aos estudantes que nomeassem o medicamento utilizado caso a resposta sobre a toma fosse positiva.

Da cotação total resultaram grupos de *corte* que permitiram diferenciar os inquiridos em: Baixo e Alto.

Tabela 3- Grupos de *corte* para os Graus de *Coping*

<i>Coping</i>	Grupos de <i>Corte</i>	Nível
<i>Coping</i>	≤ 1.69	Baixo grau de <i>coping</i>
	≥ 1.70	Alto grau de <i>coping</i>

5. Ideação de desistir do curso: A última pergunta questionava se no último mês os estudantes teriam pensado em desistir do curso.

Procedimentos

Cumprindo os pressupostos éticos e legais relativos ao processo de colheita de dados referentes ao presente estudo, foram solicitadas e deferidas as respectivas autorizações da entidade alvo de investigação.

Foi requerida e obtida a autorização para a utilização de escalas capazes de avaliar as variáveis dependentes a estudar, por parte dos autores portugueses que as adaptaram.

A hiperligação para o questionário foi enviada para o endereço electrónico de todos os alunos do sexto ano e manteve-se activa no período entre 24 de Junho 2013 e 21 de Novembro de 2013 na plataforma on-line “Lymesurvey” facultando a recolha dos dados electronicamente.

Durante este período foram enviadas mensagens de e-mail a lembrar os estudantes para que completassem os questionários.

Participaram no mesmo 72 alunos de ambos os sexos, contudo apenas 48 completaram o questionário, enquanto 25 deixaram-no incompleto.

A época de aplicação do questionário foi definida tendo em consideração a proximidade da data da prova de modo a possibilitar a experiência e o despertar das emoções para estudo.

O questionário foi elaborado de modo a não permitir a relação das respostas com os endereços de e-mail, nem responder duas vezes.

Análise e Tratamento de Dados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0 (2014) para Windows, tendo-se recorrido a métodos de estatística descritiva e inferencial.

Para uma melhor interpretação, os dados foram apresentados em tabelas.

Relativamente à estatística descritiva fizemos uso de frequências absolutas e percentuais. Como medidas de tendência central, realizámos o mínimo, máximo, média e desvio padrão, e como medida de dispersão o coeficiente de variação.

O teste de normalidade de Kolmogorov-Sminorv foi aplicado a todas as variáveis de natureza quantitativa (um valor de 0.05 comprova a normalidade da amostra).

Efectuou-se também a análise qualitativa das variáveis através do coeficiente de variação tendo os resultados sido interpretados do seguinte modo (20) :

Tabela 4 - Classificação dos graus de dispersão

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Quanto à análise inferencial socorremo-nos de técnicas paramétricas e não paramétricas, utilizando os seguintes níveis de significância:

$p < 0,05^*$ - Diferença estatística significativa

$p < 0,01^{**}$ - Diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001^{***}$ - Diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0,05$ - Diferença estatística não significativa

- Análise de variância a um factor (Anova) ou teste KW, para comparação de médias entre três ou mais grupos diferentes de sujeitos.

- O teste - T e o teste de U-Mann Whitney para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais.
- O teste qui-quadrado (X^2) compara frequências observadas e esperadas de uma variável nominal ou ordinal com duas ou mais categorias. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96 para $p=0.05$. (20)
- Resíduos ajustados - o uso de valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste do qui-quadrado na medida em que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis. (20)

Postas as considerações metodológicas e realizada a descrição dos procedimentos estatísticos, introduzimos o próximo capítulo com a apresentação dos resultados em forma de tabela. Este processo agora iniciado encontra-se estruturado de forma a permitir dar resposta às diferentes hipóteses de investigação.

Resultados

A amostra será caracterizada inicialmente de modo descritivo, quantitativo e qualitativo, e posteriormente serão feitas as inferências estatísticas, sendo os dados apresentados em tabelas. Procura-se enfatizar os resultados mais relevantes, relacionados com os objetivos da investigação em causa.

Análise Descritiva

Caracterização Sociodemográfica, Familiar e Académica da Amostra

Dos 81 alunos do sexto ano de medicina convidados a participar, 48 (59.3%) responderam ao questionário, sendo 35 (72.9%) do sexo feminino e 13 (27.1%) do sexo masculino.

Idade e sexo:

As estatísticas revelam que os estudantes apresentam uma idade variável entre os 23 e os 31 anos, ao que corresponde uma idade média de 24,88 anos.

Para o sexo masculino a idade mínima é de 23 anos e a máxima é de 31 anos, enquanto que para o sexo feminino a idade mínima é de 23 anos e a máxima de 27 anos.

Os alunos do sexo masculino são mais velhos (Média = 26.46 anos) do que as alunas do sexo feminino (Média = 24.29 anos).

As diferenças estatísticas entre os dois grupos são altamente significativas conforme o resultado do teste t para amostras independentes e o teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) apresenta uma distribuição normal (tabela x).

Tabela 5 - Estatística relativa à idade por sexo

Idade Sexo	N	Min	Max	Média	D.P.	CV (%)	KS	Teste t	
								t	p
Masculino	13	23	31	26,46	3.25	12.28	0.030	-3.407	0.001*
Feminino	35	23	27	24,29	1,10	4,52	0.000		
Total	48	23	31	24.88	2.130	8.56	0.000		

*p ≤ 0,05 sig.

Grupo etário:

A variação de idades que ronda os 8 anos (31 - 23 = 8) permitiu o seu agrupamento em classes homogéneas com base nas frequências absolutas.

Dos resultados que se apresentam na tabela 2 verifica-se que dos 48 estudantes que participaram no estudo, 62.5% têm idade “≤ 24 anos”, contribuindo para este valor maioritariamente as estudantes do sexo feminino (68.6%).

Os estudantes do sexo masculino (53.8%) demonstram uma ligeira tendência para pertencerem ao grupo etário mais velho, correspondendo a este um total de 37.5% dos alunos.

Pela aplicação do teste do qui-quadrado não se verificam diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 2.033$; $p = 0.154$) entre os grupos de idade e o sexo.

Estado civil:

As opções de resposta a esta variável foram recodificadas em “solteiro” e “união de facto”. Constatou-se que a maioria dos inquiridos são “solteiros” (95.8 %), contribuindo para este valor a totalidade dos estudantes do sexo masculino (100%). Apenas 2 (5.7%) das alunas vivem em união de facto.

As variáveis estado civil e sexo não evidenciam diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 0.775$; $p = 0.379$).

Distrito de Origem

A recodificação desta variável em “Norte”, “Centro”, “Sul, Ilhas e Outro” tornou-se necessária em termos estatísticos.

Constatou-se que a maioria dos estudantes (47.9%) vive na zona “Norte” do País.

Apenas 14.6% dos estudantes pertencem à zona “Sul, Ilhas ou Outro”

As diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1.069$; $p = 0.785$).

Estado Civil dos Pais:

A variável relativa à situação familiar dos pais sofreu recodificação em “Casados” e “Divorciados/Separados/Falecidos”.

Constata-se que a maioria dos inquiridos são filhos de pais “Casados” (83.3 %) e que para os restantes (16.7%), contribuem em grande parte os alunos do sexo masculino (23.1%).

Não se verificam diferenças estatísticas significativas ($\chi^2 = 0.527$; $p = 0.468$).

Situação profissional dos Pais:

Em relação à situação profissional dos pais prevalecem as variáveis recodificadas “Pai Empregado/Emigrado” (72.9%), e “Mãe Empregada” (70.8%).

Não existem diferenças estatísticas significativas, respectivamente ($\chi^2=0.123$; $p=0.726$) e ($\chi^2=4.180$; $p=0.124$), contudo verificam-se diferenças percentuais pelos valores residuais (2 e -2) no grupo “Mãe Empregada”.

Coabitação:

Cerca de 62.5% (n=30) dos alunos vive com “Colegas/Amigos” durante o período lectivo e 6.3% (n=3) vive “Sozinho”, contribuindo para esta percentagem 1 (7.7%) estudante do sexo masculino e 2 (5.7%) estudantes do sexo feminino.

Não se apuram diferenças estatísticas significativas, ($\chi^2 = 1.172$; $p = 0.760$).

Licenciatura:

Apenas a ínfima percentagem de 16.7% (n=8) dos estudantes já possui uma licenciatura, contribuindo para este valor 30.8% (n=4) dos alunos do sexo masculino e 11.4% (n=4) dos alunos do sexo feminino.

Concluimos que não existem diferenças estatísticas significativas, ($\chi^2=2.553$; $p=0.110$).

Tabela 6 - Distribuição sociodemográfica, familiar e académica da amostra em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		Teste qui-quadrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.	x2	P
	(13)	(100)	(35)	(100)	(48)	(100)						
Grupo etário												
≤ 24 Anos	6	46,2	24	68.6	30	62.5	- 1.4	1.4	2.033	0.154		
≥ 25 Anos	7	53.8	11	31.4	18	37.5	1.4	- 1.4				
Estado civil												
Solteiro	13	100	33	94.3	46	95.8	0.9	- 0.9	0.775	0.379		
União de facto	0	0.0	2	5.7	2	4.2	- 0.9	0.9				
Distrito de Origem												
Norte	6	46.2	17	48.6	23	47.9	- 0.1	0.1	1.069	0.785		
Centro	6	46.2	12	34.3	18	37.5	0.8	-0.8				
Sul, Ilhas e Outro	1	7.7	6	17.1	7	14.6	- 0.8	0.8				
Estado Civil dos Pais												
Casados	10	76.9	30	85.7	40	83.3	-0.7	0.7	0.527	0.468		
Divorc/Separ/Falecidos	3	23.1	5	14.3	8	16.7	0.7	-0.7				
Sit profissional do Pai												
Empregado/Emigrado	9	69.2	26	74.3	35	72.9	-0.4	0.4	0.123	0.726		
Desemp/Inválido/Refor	4	30.8	9	25.7	13	27.1	0.4	-0.4				
Sit profissional da Mãe												
Empregado	12	92.3	22	62.9	34	70.8	2.0	-2.0	4.180	0.124		
Desempregado	0	0.0	5	14.3	5	10.4	-1.4	1.4				
Reformado	1	7.7	8	22.9	9	18.8	-1.2	1.2				
Coabitação												
Colegas/Amigos	7	53.8	23	65.7	30	62.5	-0.8	0.8				
Com os Pais	2	15.4	6	17.1	8	16.7	-0.1	0.1	1.172	0.760		
Com companheiro/a	3	23.1	4	11.4	7	14.6	1.0	-1.0				
Sozinho	1	7.7	2	5.7	3	6.3	0.3	-0.3				
Licenciados												
Sim	4	30.8	4	11.4	8	16.7	1.6	-1.6	2.553	0.110		
Não	9	69.2	31	88.6	40	83.3	-1.6	1.6				

p<0.05*

Caracterização das Estratégias de *Coping*

Nesta secção serão avaliadas as estratégias utilizadas pelos estudantes para lidar com alterações da saúde mental e com a necessidade de concentração e memória acrescida.

Estratégias Individuais:

Numa primeira parte os alunos foram convidados a seleccionar, de um grupo de estratégias escolhidas tendo em conta a bibliografia, aquelas que utilizavam.

O apoio familiar e dos amigos sobressaem como estratégias fulcrais para o sustento da saúde mental dos estudantes, uma vez que 87.5% dependem do mesmo - de notar que o género que mais contribui para este percentual é o sexo feminino (91.4 e 94.3, respectivamente). Os valores residuais apontam para esta diferença percentual entre os grupos (-1.9, 1.9 e 2.3, -2.3) e a diferença estatística é significativa no grupo “Apoio de Amigos”, ($\chi^2=5.441$; $p=0.020$).

Verifica-se a grande tendência para a prática do desporto (39.6%) e nenhum dos inquiridos participa em grupos de discussão.

As alunas cujas opções do questionário não representavam as utilizadas responderam com “Escrita”, “Passear ou não fazer nada”, “Televisão e internet”, “Psicoterapia” e “Nenhum”, enquanto um aluno do sexo masculino respondeu com “Jogos”. Estas respostas não revelaram significância estatística ($\chi^2=4.597$; $p=0.596$).

Tabela 7 - Distribuição das estratégias utilizadas em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Teste qui-quadrado	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.	x2	p
	(13)	(100)	(35)	(100)	(48)	(100)				
Apoio Familiar	10	76.92	32	91.4	42	87.5	-1.9	1.9	4.835	0.089
Apoio de Amigos	9	69.2	33	94.3	42	87.5	-2.3	2.3	5.441	0.020
Relaxamento/ Meditação	2	15.4	8	22.9	10	20.8	-0.6	0.6	0.321	0.571
Desporto	7	53.8	12	34.3	19	39.6	1.2	-1.2	1.571	0.218
Fé/Religião	2	15.4	6	17.1	8	16.7	-0.1	0.1	0.021	0.885
Tirar férias	4	30.8	9	25.7	13	27.1	0.4	-0.4	0.123	0.726
G. recreativos	2	15.4	8	22.9	10	20.8	-0.6	0.6	0.321	0.571
G. discussão	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	

$p < 0.05^*$

Consumo de substâncias para aumentar rendimento escolar:

Numa segunda parte os estudantes seleccionaram, no caso de terem consumido no último mês, as substâncias utilizadas com o intuito de aumentar o rendimento escolar.

Verificou-se que 18.8% dos estudantes ingerem suplementos para aumentar a concentração e memória e tranquilizantes e sedativos.

Não existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=0.219$; $p=0.640$).

Em relação ao LSD obteve-se uma resposta afirmativa por parte de uma estudante sem que existam diferenças estatísticas significativas no grupo ($\chi^2=0.379$; $p=0.538$).

Nenhum dos inquiridos afirmou a toma de substâncias psicoestimulantes.

Tabela 8 - Distribuição do consumo de substâncias para aumentar o rendimento escolar em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Teste qui-quadrado	
	N (13)	% (100)	N (35)	% (100)	N (48)	% (100)	Masc.	Fem.	x2	p
Suplementos	3	23.1	6	17.1	9	18.8	0.5	-0.5	0.219	0.640
Psicoestimulantes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	
Tranquilizantes/ Sedativos	3	23.1	6	17.1	9	18.8	0.5	-0.5	0.219	0.640
MDMA/ Anfetaminas	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	
Alcól	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	
Cannabis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	
Cocaína/Crack	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	
Heroína/Opióides	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	
LSD	0	0.0	1	2.9	1	2.1	-0.6	0.6	0.379	0.538
Cogumelos mágicos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	Não aplicável		Não aplicável	

$p < 0.05^*$

Apoio psicológico profissional:

Por último inquirimos os estudantes acerca do apoio psicológico por profissional de saúde.

Cerca de 18.8% já consultaram, pelo menos uma vez na vida, um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental.

Actualmente apenas dois alunos (4.2%), um de cada sexo, assumem ser seguidos regularmente por um profissional de saúde.

Corresponde a 22.9% o total dos estudantes que afirma ter realizado terapêutica farmacológica sem prescrição médica para sintomas relacionados com a saúde mental, entre estes 22.9% do sexo feminino e 23.1% do sexo masculino.

À data da resposta a este questionário 8.3% dos estudantes responderam realizar terapêutica farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados com a saúde mental - dos medicamentos citados constam antidepressivos e ansiolíticos (entre estes, o Valdoxan) segundo as alunas do sexo feminino e Hipnóticos segundo o aluno do sexo masculino.

Não existem diferenças estatísticas significativas em nenhum dos grupos.

Tabela 9 - Distribuição do apoio psicológico por profissional de saúde em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Teste qui-quadrado	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.	x2	P
Já consultou profissional de saúde na vida	1	7.7	8	22.9	9	18.8	-1.2	1.2	3.922	0.141
Tem apoio regular por profissional de saúde	1	7.7	1	2.9	2	4.2	0.7	-0.7	3.383	0.184
Realizou terapêutica farmacológica sem prescrição	3	23.1	8	22.9	11	22.9	0.0	0.0	2.772	0.250
Actualmente realiza terapêutica farmacológica	1	7.7	3	8.6	4	8.3	-0.1	0.1	2.750	0.253

p<0.05*

Caracterização Qualitativa do *Coping* Total

Verifica-se uma elevada tendência para os estudantes utilizarem estratégias de *coping*, de resposta a alterações da saúde mental (81.3%). A diferença estatística não é significativa.

Tabela 10 - Distribuição do *Coping* Total por grupos de *coorte* em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Teste do qui-quadrado	
	N (13)	% (27.)	N (35)	% (72.9)	N (48)	% (100)	Masc.	Fem.	x2	P
Coping Total										
Baixo	3	23.1	6	17.1	9	18.8	0.5	-0.5	0.219	0.640
Alto	10	76.9	29	82.9	39	81.3	-0.5	0.5		

p<0.05*

Verifica-se a tendência do grau de *coping* “alto” estar mais associado tanto ao *distress* como ao bem-estar psicológicos, caindo os percentuais mais elevados nos grupos “razoável” (88.9%).

Não se verificam diferenças estatísticas significativas.

Tabela 11 - Distribuição do *Coping* Total por grupos de *coorte* em função do *distress* psicológico

Grau Variável Coping	DISTRESS PSICOLÓGICO						Resíduos Ajustados			x2	P		
	Baixo		Razoável		Alto		N	%	Baixo			Razoável	Alto
	N	%	N	%	N	%							
Grau Coping													
Baixo	4	17.4	1	11.1	4	25.0	9	18.8	-0.2	-0.7	0.8	0.783	0.676
Alto	19	82.6	8	88.9	12	75.0	39	81.3	0.2	0.7	-0.8		

p<0.05*

Tabela 12 - Distribuição do *Coping* Total por grupos de *coorte* em função do bem-estar psicológico

Grau Variáveis Coping	BEM ESTAR PSICOLÓGICO						Resíduos Ajustados			x2	P		
	Baixo		Razoável		Alto		N	%	Baixo			Razoável	Alto
	N	%	N	%	N	%							
Grau Coping													
Baixo	4	21.1	1	11.1	4	20.0	9	18.8	0.3	-0.7	0.2	0.431	0.806
Alto	15	78.9	8	88.9	16	80.0	39	81.3	-0.3	0.7	-0.2		

p<0.05*

Caracterização da Escala de Sintomas Psicopatológicos (Ansiedade, Depressão e *Distress* Total)

No decurso deste estudo solicitei aos estudantes a resposta ao Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) cuja descrição se encontra na tabela XXII.

Apesar deste questionário avaliar vários domínios tive em conta apenas as variáveis Depressão e Ansiedade que somadas indicam o valor de *Distress* Psicológico.

As estatísticas relativas à ansiedade revelam um valor mínimo de 1.17 e um máximo de 3.83, ao que corresponde um valor médio de 1.909.

Por sexo, a estatística demonstrou que os estudantes do sexo feminino são mais ansioso (Média = 1.93) que os estudantes do sexo masculino (Média = 1.84). Contudo as diferenças estatísticas entre os dois grupos não são significativas ($t= 0.430$; $p= 0.669$). O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) para o total apresenta uma distribuição normal (cf. Tabela 3).

O estudo estatístico da depressão revelou um valor mínimo de 1.00 e um máximo de 4.00, ao que corresponde uma média de 1.774.

O estudo estatístico em função do sexo demonstrou que, ao contrário da ansiedade, o sexo masculino apresenta valores médios de depressão mais elevados (1.83) do que o sexo feminino (1,75), ou seja, os homens são em média mais depressivos do que as mulheres.

Apesar disto, não se verificam diferenças estatísticas significativas ($t= -0.359$; $p= 0.721$).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) para o total apresenta uma distribuição normal (cf. Tabela 3).

Da comparação dos dois domínios pode constatar-se ainda que os estudantes deste estudo têm tendência para serem mais ansiosos que depressivos, já que apresentam valores médios mais altos (média=1.90) de ansiedade.

O *distress* psicológico total mostra-se minimamente superior nos estudantes do sexo feminino (Média=1.84) do que nos estudantes do sexo masculino (Média=1.83). O mínimo e máximo do sexo feminino são ambos inferiores aos do sexo masculino, respectivamente 1.08, 3.25 e 1.17,3.92.

As diferenças estatísticas entre os dois grupos não são significativas conforme o resultado do teste t para amostras independentes ($t= 0.016$; $p= 0.987$). O teste KS apresenta uma distribuição normal(0.053).

Tabela 13 - Estatísticas relativas à ansiedade, depressão e distress psicológico em função do sexo

Variáveis	N	Min.	Max.	Média	D.P.	CV (%)	KS	Teste t	
								t	P
Ansiedade									
Masculino	13	1.17	3.83	1.84	0.688	37.39	0.163	0.430	0.669
Feminino	35	1.17	3.67	1.93	0.599	31.03	0.012		
Total	48	1.17	3.83	1.90	0.618	32.37	0.001		
Depressão									
Masculino	13	1.00	4.00	1.83	0.90	49.18	0.011	-0.359	0.721
Feminino	25	1.00	3.17	1.75	0.60	34.28	0.128		
Total	48	1.00	4.00	1.77	0.687	38.72	0.001		
Distress Psicológico									
Masculino	13	1.17	3.92	1.83	0.73	39.89	0.099	0.016	0.987
Feminino	25	1.08	3.25	1.84	0.54	29.34	0.083		
Total	48	1.08	3.92	1.84	0.59	32.07	0.053		

p ≤ 0,05 sig.

Por forma a avaliar o cruzamento das variáveis sociodemográficas, familiares e académicas em função das variáveis dependentes, foram realizados grupos de *corte*, conforme referido anteriormente.

No que se refere ao cruzamento do sexo com o *distress* psicológico podemos verificar que o sexo feminino tem sempre mais tendência ao *distress* do que o sexo masculino, sendo que o valor percentual mais elevado recai sobre o grupo razoável (88.9%).

Verifica-se que os mais jovens apresentam maior propensão ao *distress*, assim como os solteiros, já que são os que apresentam maiores valores percentuais, sendo que estes se localizam no “baixo” nível de *distress* psicológico.

Em relação ao distrito de origem, os percentuais não variam muito entre os grupos, apresentando o grupo “Norte” maior inclinação para o *distress*, excepto no grupo razoável, em que o “Centro” apresenta maior percentual (44.4%).

Filhos de pais casados apresentam maior tendência para o *distress*, sendo o percentual mais elevado para o alto *distress* (93.8%).

Ambas as situações de Pais empregados mostram maior disposição para o *distress*.

Viver com amigos exhibe maior tendência para o *distress*, sendo o percentual mais elevado para o grupo “alto” (75%).

Por fim, os não licenciados tendem a ter maior nível de *distress*, sendo que o percentual mais elevado recai sobre o grupo “baixo” *distress* (87%).

O cruzamento dos resultados das variáveis sociodemográficas com as dimensões *distress* psicológico e não apresentaram nenhuma tendência específica residual nem qualquer significância estatística.

Tabela 14 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, familiares e académicas em função do *distress* psicológico

Variáveis sociodemográficas	Distress Psicológico						Resíduos Ajustados			x2	P		
	Baixo		Razoável		Alto		N	%	Baixo			Razoável	Alto
	N	%	N	%	N	%							
Sexo													
Masculino	7	30.4	1	11.1	5	31.3	13	27.1	0.5	-1.2	0.5	1.434	0.488
Feminino	16	69.6	8	88.9	11	68.8	35	72.9	-0.5	1.2	-0.5		
Grupo etário													
≤ 24 Anos	16	69.6	5	55.6	9	56.3	30	62.5	1.0	-0.5	-0.6	0.942	0.624
≥ 25 Anos	7	30.4	4	44.4	7	43.8	18	37.5	-1.0	0.5	0.6		
Estado civil													
Solteiro	23	100	8	88.9	15	93.8	46	95.8	1.4	-1.2	-0.5	2.261	0.323
União de facto	0	0.0	1	11.1	1	6.3	2	4.2	-1.4	1.2	0.5		
Distrito de Origem													
Norte	10	43.5	3	33.3	10	62.5	23	47.9	-0.6	-1.0	1.4	2.651	0.618
Centro	10	43.5	4	44.4	4	25.0	18	37.5	0.8	0.5	-1.3		
Sul, Ilhas e Outro	3	13.0	2	22.2	2	12.5	7	14.6	-0.3	0.7	-0.3		
Estado Civil dos Pais													
Casados	17	73.9	8	88.9	15	93.8	40	83.3	-1.7	0.5	1.4	2.920	0.232
Divorci/Separ/Falecidos	6	26.1	1	11.1	1	6.3	8	16.7	1.7	-0.5	-1.4		
Sit profissional Pai													
Empregado/Emigrado	16	69.6	6	66.7	13	81.3	35	72.9	-0.5	-0.5	0.9	0.871	0.647
Desempr/Inválido/Reforma	7	30.4	3	33.3	3	6.3	13	27.1	0.5	0.5	-0.9		
Sit profissional da Mãe													
Empregado	19	82.6	6	66.7	9	56.3	34	70.8	1.7	-0.3	-1.6	5.616	0.230
Desempregado	2	8.7	0	0.0	3	18.8	5	10.4	-0.4	-1.1	1.3		
Reformado	2	8.7	3	33.3	4	25.0	9	18.8	-1.7	1.2	0.8		
Coabitação													
Colegas/Amigos	15	65.2	6	66.7	12	75.0	33	68.8	-0.5	-0.1	0.7	2.081	0.912
Com os Pais	2	8.7	1	11.1	2	12.5	5	10.4	-0.4	0.1	0.3		
Com companheiro/a	4	17.4	1	11.1	2	12.5	7	14.6	0.5	-0.3	-0.3		
Sozinho	2	8.7	1	11.1	0	0.0	3	6.3	0.7	0.7	-1.3		
Licenciados													
Sim	3	13.0	2	22.2	3	18.8	8	16.7	-0.6	0.5	0.3	0.467	0.792
Não	20	87.0	7	77.8	13	81.3	40	83.3	0.6	-0.5	-0.3		

p<0.05*

Caracterização da Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico

Esta escala, descrita na tabela XXV, avalia domínios associados a valências emocionais positivas que permitem calcular o bem estar total dos estudantes.

As estatísticas relativas à auto-estima revelam que os estudantes apresentam um valor mínimo de 2.00 e um máximo de 5.00, ao que corresponde um valor médio de 3.65.

Os estudantes do sexo masculino têm valores de auto-estima superiores (Média = 3.76) aos do sexo feminino (Média = 3.61).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) não apresenta uma distribuição normal e as diferenças estatísticas entre os grupos não são significativas.

O estudo estatístico do domínio do equilíbrio revelou um mínimo de 2.00 e um máximo de 5.00, ao que corresponde uma média de 3.76.

Por sexo, os estudantes masculinos são mais equilibrados (Média = 3.94) do que os estudantes do sexo feminino (Média = 3.69).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) não apresenta uma distribuição normal (excepto para o sexo masculino) e as diferenças estatísticas entre os dois grupos não são significativas, conforme o resultado do teste t para amostras independentes ($t = -1.028$; $p = 0.309$).

Em relação ao envolvimento social os estudantes apresentam um valor mínimo de 2.33 e um máximo de 5.00, com uma média de 3.66.

Os estudantes do sexo masculino apresentam maior envolvimento social (Média = 3.76) que os estudantes do sexo feminino (Média = 3.62).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) tem uma distribuição normal (excepto para o sexo feminino) e não se verifica diferença estatística significativa ($t = -0.571$; $p = 0.571$).

O domínio de sociabilidade demonstrou um valor mínimo de 2.00, um máximo de 5.00 e uma média de 3.72.

Pode-se concluir que os estudantes do sexo masculino são mais sociáveis (Média = 3.82) que os estudantes do sexo feminino (Média = 3.68).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) não tem uma distribuição normal e as diferenças estatísticas entre os dois grupos não são significativas ($t = -0.439$; $p = 0.663$).

A estatística referente ao controlo de si e dos acontecimentos revela que os estudantes apresentam um valor mínimo de 1.00 e um máximo de 5.00, ao que corresponde um valor médio de 3.59.

Os estudantes do sexo masculino manifestam um maior controlo de si e dos acontecimentos (Média = 3.76) que os estudantes do sexo feminino (Média = 3.53).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) apresenta uma distribuição normal (excepto para o sexo feminino) e não se verificam diferenças estatísticas significativas ($t = -0.784$; $p = 0.437$).

Em relação à felicidade verifica-se um valor mínimo de 1.63 e um máximo de 5.00, ao que corresponde uma média de 3.43.

O estudo em função do sexo demonstra que os estudantes do sexo masculino são mais felizes (Média = 3.66) que os estudantes do sexo feminino (Média = 3.35). O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) para a depressão não apresenta uma distribuição normal e as diferenças

estatísticas entre os dois grupos não são significativas conforme o resultado do teste t para amostras independentes ($t = -1.081$; $p = 0.285$).

Relativamente ao bem-estar total o valor mínimo corresponde a 2.26 e o máximo a 5.00, com uma média de 3.64.

Constatando a tendência geral da escala, também os estudantes do sexo masculino revelam um bem-estar superior (Média= 3.79) ao dos estudantes do sexo feminino (Média=3.58).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) não apresenta uma distribuição normal e as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t = -0.885$; $p = 0.381$).

Da comparação dos vários domínios da escala pode constatar-se ainda que os estudantes têm maior tendência para serem equilibrados, já que apresentam valores médios mais altos.

Tabela 15 - Estatísticas relativas às dimensões do EMMBEP em função do sexo

Variáveis	N	Min.	Max.	Média	D.P.	CV (%)	KS	Teste t	
								t	P
Auto-Estima									
Masculino	13	3.00	4.75	3.76	0.56	14.89	0.175	- 0.656	0.515
Feminino	35	2.00	5.00	3.61	0.77	21.32	0.200		
Total	48	2.00	5.00	3.65	0.72	19.72	0.200		
Equilíbrio									
Masculino	13	2.00	5.00	3.94	0.90	22.84	0.003	1.028	0.309
Feminino	35	2.33	5.00	3.69	0.70	18.97	0.179		
Total	48	2.00	5.00	3.76	0.75	19.94	0.071		
Env. Social									
Masculino	13	2.33	4.67	3.76	0.68	18.08	0.029	-0.571	0.571
Feminino	35	2.33	5.00	3.62	0.78	21.54	0.082		
Total	48	2.33	5.00	3.66	0.75	20.49	0.001		
Sociabilidade									
Masculino	13	2.00	5.00	3.82	1.06	27.74	0.200	-0.439	0.663
Feminino	35	2.00	5.00	3.68	0.96	26.08	0.200		
Total	48	2.00	5.00	3.72	0.98	26.34	0.182		
Controlo de si e dos acontec.									
Masculino	13	2.00	5.00	3.76	0.78	20.74	0.001	-0.784	0.437
Feminino	35	1.00	5.00	3.53	0.97	27.47	0.200		
Total	48	1.00	5.00	3.59	0.92	25.62	0.010		
Felicidade									
Masculino	13	2.25	5.00	3.66	0.74	20.21	0.200	-1.081	0.285
Feminino	35	1.63	5.00	3.35	0.93	27.76	0.200		
Total	48	1.63	5.00	3.43	0.89	25.94	0.200		
Bem-estar Total									
Masculino	13	2.26	4.90	3.79	0.69	18.20	0.200	-0.885	0.381
Feminino	35	2.43	5.00	3.58	0.72	20.11	0.200		
Total	48	2.26	5.00	3.64	0.71	19.50	0.200		

p ≤ 0,05 sig.

Por forma a avaliar a distribuição das variáveis sociodemográficas, familiares e académicas em função das variáveis dependentes, foram realizados os grupos de *corte* referidos anteriormente.

Em relação ao cruzamento do sexo com o bem-estar psicológico podemos verificar que o sexo feminino tem sempre mais tendência a ter maior bem-estar do que o sexo masculino, sendo que o valor percentual mais elevado recai sobre o grupo baixo (78.9%).

Verifica-se que os mais jovens apresentam maior propensão ao bem-estar, assim como os solteiros.

No que concerne ao distrito de origem, o grupo “Norte” revela maior inclinação para o bem-estar, excepto no grupo “alto”, em que o “Centro” apresenta maior percentual (50%).

Filhos de pais casados apresentam maior tendência para o bem-estar, sendo o percentual mais elevado para o grupo “baixo” bem-estar (89.5%).

Ambas as condições de Pais empregados mostram maior propensão para o bem-estar.

Viver com amigos exhibe maior tendência para o bem-estar, caindo o percentual mais elevado no grupo “alto” (70%).

Por fim, os não licenciados tendem a ter maior nível de bem-estar, sendo que o percentual mais elevado recai sobre o grupo “razoável” (88.9%).

Não se verifica nenhuma significância estatística. Contudo é de notar a diferença percentual estatística importante apontada pelo valor residual 2.6 no grupo de alunos com “mãe reformada” e bem-estar psicológico baixo.

Tabela 16 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, familiares e académicas em função do bem-estar psicológico

Variáveis sociodemográficas	Bem estar Psicológico						Resíduos Ajustados			x2	P		
	Baixo		Razoável		Alto		Baixo	Razoável	Alto				
	N	%	N	%	N	%							
	N	%	N	%	N	%							
Sexo													
Masculino	4	21.1	2	22.2	7	35.0	13	27.1	-0.8	-0.4	-1.0	1.092	0.579
Feminino	15	78.9	7	77.8	13	65.0	35	72.9	0.8	0.4	-1.0		
Grupo etário													
≤ 24 Anos	13	68.4	6	66.7	11	55.0	30	62.5	0.7	0.3	-0.9	0.831	0.660
≥ 25 Anos	6	31.6	3	33.3	9	45.0	18	37.5	-0.7	-0.3	0.9		
Estado civil													
Solteiro	18	94.7	9	100	19	95.0	46	95.8	-0.3	0.7	-0.2	0.483	0.785
União de facto	1	5.3	0	0.0	1	5.0	2	4.2	0.3	-0.7	0.2		
Distrito de Origem													
Norte	9	47.4	7	77.8	7	35.0	23	47.9	-0.1	2.0	-1.5	4.975	0.290
Centro	7	36.8	1	11.1	10	50.0	18	37.5	-0.1	-1.8	1.5		
Sul, Ilhas e Outro	3	15.8	1	11.1	3	15.0	7	14.6	0.2	-0.3	0.1		
Estado Civil dos Pais													
Casados	17	89.5	8	88.9	15	75.0	40	83.3	0.9	0.5	-1.3	1.716	0.424
Divorc/Separ/Falecidos	2	10.5	1	11.1	5	25.0	8	16.7	-0.9	-0.5	1.3		
Sit profissional Pai													
Empregado/Emigrado	14	73.7	8	88.9	13	65.0	35	72.9	0.1	1.2	-1.0	1.803	0.406
Desempr/Inváli/Reform	5	26.3	1	11.1	7	14.6	13	27.1	-0.1	-1.2	1.0		
Sit profiss da Mãe													
Empregado	11	57.9	8	88.9	15	75.0	34	70.8	-1.6	1.3	0.5	7.625	0.106
Desempregado	1	5.3	1	11.1	3	15.0	5	10.4	-0.9	0.1	0.9		
Reformado	7	36.8	0	0.0	2	10.0	9	18.8	2.6	-1.6	-1.3		
Coabitação													
Colegas/Amigos	13	68.4	6	66.7	14	70.0	33	68.8	0.0	-0.1	0.2	1.728	0.943
Com os Pais	2	10.5	1	11.1	2	10.0	5	10.4	0.0	0.1	-0.1		
Com companheiro/a	3	15.8	2	2.2	2	10.0	7	14.6	0.2	0.7	-0.8		
Sozinho	1	5.3	0	0.0	2	10.0	3	6.3	-0.2	-0.9	0.9		
Licenciados													
Sim	4	21.1	1	11.1	3	15.0	8	16.7	0.7	-0.5	-0.3	0.503	0.778
Não	15	78.9	8	88.9	17	85.0	40	83.3	-0.7	0.5	0.3		

p<0.05*

Ideação de Desistir do Curso

Em resposta à última pergunta do questionário, 3 alunas (8.6%) e 1 aluno (7.7%) responderam afirmativamente (total de 8.3%). O teste do qui-quadrado não indica diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=2.750$; $p=0.253$).

Análise Inferencial

Efectuada a caracterização da amostra, procede-se agora à análise inferencial, com a qual se procurará estabelecer a relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes, procurando dar resposta aos objectivos e hipóteses inicialmente definidos.

H₁ - As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, distrito de origem e coabitação), familiares (estado civil dos pais, situação profissional dos pais) e académicas (licenciatura prévia) têm efeito significativo na saúde mental dos estudantes.

Através da análise das ordenações médias verifica-se que o sexo feminino revela maior *distress* psicológico e menor bem-estar, em todos os domínios de ambas as dependentes, comparativamente ao sexo masculino. Apesar da não significância estatística podemos verificar que os estudantes do sexo feminino apresentam uma ligeira tendência para uma pior saúde mental.

Tabela 17 - Teste U-MW entre o género e a saúde mental

Escala	Género Dimensões	Masculino		Feminino		U	Z	P
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Escala de BSI	Ansiedade	22.00	286.00	25.43	890.0	195.000	- 0.759	0.448
	Depressão	23.65	307.50	24.81	868.50	216.500	- 0.257	0.797
	Total <i>Distress</i>	23.38	304.00	24.91	872.00	213.000	- 0.337	0.736
Escala de EMMBEP	Auto-estima	26.62	346.00	23.71	830.00	200.000	- 0.643	0.520
	Equilíbrio	28.81	374.50	22.90	801.50	171.500	- 1.311	0.190
	Envolvimento Social	26.50	344.50	23.76	831.50	201.500	- 0.612	0.541
	Sociabilidade	25.96	337.50	23.96	838.50	208.500	- 0.444	0.657
	Controlo de si e acontecimentos	27.69	360.00	23.31	816.00	186.000	- 0.975	0.329
	Felicidade	28.58	371.50	22.99	804.50	174.500	- 1.232	0.218
	Total-Bem estar	27.77	361.00	23.29	815.00	185.000	- 0.986	0.324

p<0.05*

Em relação ao grupo etário, verifica-se que os estudantes mais velhos (≥ 25 anos) manifestam valores mais elevados de ansiedade, depressão e *distress* (1.91), bem como de bem-estar psicológico total (3.72) e respeitantes domínios.

Tabela 18 - Teste- t entre os grupos etários e a saúde mental

Escala	Idade / Dimensões	≤24 anos		≥25 anos		t	P
		\bar{X}	DP	\bar{X}	DP		
Escala de BSI	Ansiedade	1.89	0.64	1.94	0.60	-0.219	0.828
	Depressão	1.71	0.67	1.89	0.71	-0.893	0.377
	Total Distress	1.80	0.59	1.91	0.61	-0.628	0.533
Escala de EMMBEP	Auto-estima	3.63	0.74	3.69	0.70	-0.281	0.780
	Equilíbrio	3.72	0.82	3.83	0.65	-0.487	0.629
	Envolvimento Social	3.60	0.87	3.78	0.51	-0.788	0.434
	Sociabilidade	3.73	1.01	3.72	0.97	0.009	0.993
	Controlo de si e acontecimentos	3.48	1.00	3.79	0.75	-1.163	0.251
	Felicidade	3.38	1.02	3.53	0.64	-0.595	0.555
	Total Bem estar	3.59	0.79	3.72	0.59	-0.639	0.526

p<0.05*

A análise do estado civil mostra que os estudantes que vivem em união de facto apresentam marcada saúde mental inferior à dos estudantes solteiros, com valores mais elevados de *distress* (33.75) e inferiores de bem-estar psicológico (19.50). Ressalta-se a diferença estatística significativa da relação entre o estado civil e o domínio de equilíbrio da escala BEMMP.

Tabela 19- Teste U-MW entre estado civil e a saúde mental

Escala	Estado Civil / Dimensões	Solteiro		União de fato		U	Z	P
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Escala de BSI	Ansiedade	24.16	1111.50	32.25	64.50	30.500	-0.805	0.421
	Depressão	24.34	1119.50	28.25	56.50	38.500	-0.390	0.697
	Total <i>Distress</i>	24.10	1108.50	33.75	67.50	27.500	-0.958	0.338

Escala de EMMBEP	Auto-estima	24.54	1129.00	23.50	47.00	44.00 0	- 0.104	0.917
	Equilíbrio	25.33	1165.00	25.50	11.00	8.000	- 1.979	0.048
	Envolvimento Social	24.64	1133.50	21.25	42.50	39.50 0	- 0.340	0.734
	Sociabilidade	24.63	1133.00	21.50	43.00	40.00 0	- 0.312	0.755
	Controlo de si e acontecimentos	24.50	1127.00	24.50	49.00	46.00 0	0.000	1.000
	Felicidade	24.78	1140.00	18.00	36.00	33.00 0	- 0.672	0.501
	Total-Bem estar	24.72	1137.00	19.50	39.00	36.00 0	- 0.516	0.606

p<0.05*

Os estudantes do Centro do País revelam melhor saúde mental comparativamente aos estudantes do Sul e Ilhas ou do Norte, com valores de *distress* psicológico e de 28.00 de bem-estar total.

Tabela 20- Teste KW entre distrito de origem e saúde mental

Escala	Distrito Origem	Norte	Centro	Sul, Ilhas e outro	X ²	P
		Ordenações médias				
Escala de BSI	Ansiedade	27.11	21.78	22.93	1.589	0.452
	Depressão	25.85	21.17	28.64	1.874	0.392
	Total <i>Distress</i>	26.54	21.56	25.36	1.321	0.517
Escala EMMBEP	Auto-estima	22.89	26.08	25.71	0.596	0.742
	Equilíbrio	23.24	26.03	24.71	0.410	0.815
	Envolvimento Social	23.00	27.42	21.93	1.317	0.518
	Sociabilidade	21.02	29.17	23.93	3.480	0.175
	Controlo de si e acontecimentos	21.70	28.64	23.07	2.636	0.268
	Felicidade	22.89	27.72	21.50	1.585	0.453
	Total-Bem estar	22.04	28.00	23.57	1.865	0.394

p<0.05*

A análise do estado civil dos pais revela que estudantes filhos de pais casados ostentam pior saúde mental do que os filhos de pai separados/divorciados, com valores de *distress* total de 25.89 e valores de bem-estar total de 24.03. Salienta-se a significância estatística da relação do estado civil dos pais com a dimensão de depressão.

Tabela 21- Teste U-MW entre estado civil dos pais e saúde mental

Escala	Estado Civil Pais Dimensões	Casados		Divorciados/Sep rados/Falecidos		U	Z	P
		Ordena ção Média	Soma ordena ções	Ordena ção Média	Soma orden ações			
Escala de BSI	Ansiedade	25.26	1010.50	20.69	165.50	129.500	-0.850	0.396
	Depressão	26.25	1050.00	15.75	126.00	90.000	1.951	0.05
	Total <i>Distress</i>	25.89	1035.50	17.56	140.50	104.500	1.540	0.123
Escala de EMMBEP	Auto-estima	23.84	953.50	27.81	222.50	133.500	-0.739	0.460
	Equilíbrio	24.21	968.50	25.94	207.50	148.500	0.321	0.748
	Envolvimento Social	24.95	998.00	22.25	178.00	142.000	0.505	0.614
	Sociabilidade	23.59	943.50	29.06	232.50	123.500	1.017	0.309
	Controlo de si e acontecimentos	24.60	984.00	24.00	192.00	156.000	0.112	0.911
	Felicidade	24.48	979.00	24.63	197.00	159.000	0.028	0.978
	Total-Bem estar	24.03	961.00	26.88	215.00	141.000	0.526	0.599

p<0.05*

A situação profissional dos pais revela resultados contrários entre pais e mães. Enquanto que filhos de pais empregados/emigrados revelam maior *distress* e menor bem-estar psicológico, filhos de mães empregadas apresentam menor *distress* psicológico e maior bem-estar. De notar a significância estatística da relação entre a situação profissional da mãe e o domínio de depressão.

Tabela 22- Teste U-MW entre situação profissional do pai e saúde mental

Escala	Prof. Pai Dimensões	Empregado/Emigrado		Desempregado/Inválido/Reformado		U	Z	P
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Escala de BSI	Ansiedade	24.50	857.50	24.50	318.50	227.500	0.000	1.000
	Depressão	24.56	859.50	24.35	316.50	225.500	-0.047	0.963
	Total-Distress	24.90	871.50	23.42	304.50	213.500	-0.326	0.745
Escala de EMMBEP	Auto-estima	24.84	869.50	23.58	306.50	215.500	-0.281	0.779
	Equilíbrio	23.76	831.50	26.50	344.50	201.500	-0.609	0.543
	Envolvimento Social	24.44	855.50	24.65	320.50	225.500	-0.047	0.962
	Sociabilidade	23.71	830.00	26.62	346.00	200.000	-0.643	0.521
	Controlo de si e acontecimentos	23.46	821.0	27.31	355.00	191.000	-0.858	0.391
	Felicidade	24.24	848.50	25.19	327.50	218.500	-0.209	0.834
	Total-Bem estar	24.09	843.00	25.62	333.00	213.000	-0.336	0.737

p<0.05*

Tabela 23- Teste KW entre situação profissional da mãe e saúde mental

Escala	Prof. Mãe Dimensões	Empregada	Desempregada	Reformada	X ²	P
		Ordenações médias				
Escala de BSI	Ansiedade	23.46	22.80	29.39	1.379	0.502
	Depressão	21.46	30.10	32.89	5.722	0.057
	Total Distress	22.10	26.60	32.39	3.993	0.136
Escala EMMBEP	Auto-estima	25.32	30.90	17.83	3.253	0.197
	Equilíbrio	26.25	21.10	19.78	1.885	0.390
	Envolvimento Social	25.09	30.60	18.89	2.523	0.283
	Sociabilidade	27.28	17.50	17.89	4.663	0.097
	Controlo de si e acontecimentos	25.43	26.40	19.94	1.225	0.542
	Felicidade	26.57	22.70	17.67	2.985	0.225
	Total-Bem estar	26.57	24.70	16.56	3.646	0.162

p<0.05*

Em relação à coabitação verifica-se que estudantes que vivem com os pais apresentam maior *distress* psicológico bem como pior bem-estar, enquanto que os estudantes que vivem sozinhos mostram uma melhor saúde mental com menos *distress* e melhor bem-estar.

Tabela 24 - Teste KW entre coabitação e saúde mental

Escala	Vive Dimensões	Sozinho	Colegas/A migos	Companh eiro	Pais	X ²	P
		Ordenações médias					
Escala de BSI	Ansiedade	16.00	26.39	20.36	22.90	2.421	0.490
	Depressão	21.50	23.83	24.00	31.40	1.457	0.692
	Total Distress	17.67	25.26	21.79	27.40	1.297	0.730
Escala EMMBEP	Auto-estima	26.50	24.03	21.79	30.20	1.209	0.751
	Equilíbrio	26.00	25.08	24.36	20.00	0.619	0.892
	Envolvimento Social	19.67	26.15	20.64	21.90	1.563	0.668
	Sociabilidade	30.67	24.48	23.14	22.80	0.732	0.866
	Controlo de si e acontecimentos	28.17	24.42	23.64	24.00	0.246	0.970
	Felicidade	28.00	24.94	25.07	18.70	1.095	0.778
	Total-Bem estar	28.33	24.71	23.14	22.70	0.381	0.944

p<0.05*

Por último, em relação ao currículo académico, verifica-se que estudantes já licenciados mostram valores de ordenação média para a ansiedade, depressão e *distress* total superiores aos dos estudantes não licenciados. Em relação ao bem-estar a diferença é mínima, com os estudantes não licenciados apresentando valores superiores apenas no domínio de sociabilidade e no bem estar total (24.55).

Tabela 25 - Teste U-MW entre licenciatura e saúde mental

Escala	Licenciado Dimensões	Sim		Não		U	Z	P
		Ordenação Média	Soma ordena ções	Ordenação Média	Soma ordena ções			
Escala de BSI	Ansiedade	24.81	198.50	24.44	977.50	157.500	- 0.070	0.944
	Depressão	26.25	210.00	24.15	966.00	146.000	- 0.390	0.696
	Total-Distress	25.69	205.50	24.26	970.50	150.500	- 0.264	0.792
Escala de EMMBEP	Auto-estima	25.25	202.00	24.35	974.00	154.000	- 0.167	0.867
	Equilíbrio	25.88	207.00	24.23	969.00	149.000	- 0.307	0.759
	Envolvimento Social	25.31	202.50	24.34	973.50	153.500	- 0.182	0.855
	Sociabilidade	22.38	179.00	24.93	997.00	143.000	- 0.474	0.636
	Controlo de si e acontecimentos	24.94	199.50	24.41	976.50	156.500	- 0.098	0.922
	Felicidade	24.81	198.50	24.44	977.50	157.500	- 0.069	0.945
	Total-Bem estar	24.25	194.00	24.55	982.00	158.000	- 0.055	0.956

p<0.05*

Concluindo, após a realização dos diferentes testes verificou-se significância estatística entre o estado civil e o domínio de equilíbrio (UMW= 8.000; p=0.048), entre o estado civil dos pais e a dimensão de depressão (UMW= 90.000; p=0.05) e entre a situação profissional da mãe e a depressão (KW=5.772; p=0.057).

Deste modo pode inferir-se que da interacção das variáveis sociodemográficas com as escalas BSI e EMMBP, apenas se verificou influência entre o estado civil e o equilíbrio e igualmente entre o estado civil dos pais e situação profissional da mãe com o domínio depressão, pelo que a hipótese é parcialmente aceite.

H₂ - As variáveis de coping (estratégias pessoais, abuso de substâncias e apoio psicológico) influenciam a saúde mental.

A avaliação das ordenações de médica revelou que um *coping* baixo associa-se a uma pior saúde mental, com valores superiores de *distress* psicológico (24.78) e valores inferiores de bem-estar (24.00).

A aplicação dos testes não apresentou significância estatística pelo que a hipótese é refutada.

Tabela 26 - Teste U-MW entre *coping* e saúde mental

Escala	Coping Dimensões	Baixo		Alto		U	Z	P
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Escala de BSI	Ansiedade	24.50	220.50	24.50	955.50	175.500	0.000	1.000
	Depressão	22.33	201.00	25.00	975.00	156.000	-0.519	0.604
	Total-Distress	24.78	223.00	24.44	953.00	173.000	-0.066	0.947
Escala de EMMBEP	Auto-estima	22.78	205.00	24.90	971.00	160.000	-0.413	0.680
	Equilíbrio	23.17	208.50	24.81	967.50	163.500	-0.320	0.749
	Envolvimento Social	25.06	225.50	24.37	950.50	170.500	-0.134	0.893
	Sociabilidade	23.28	209.50	24.78	966.50	164.500	-0.293	0.770
	Controlo de si e acontecimentos	28.44	256.00	23.59	920.00	140.000	-0.950	0.342
	Felicidade	24.89	224.00	24.41	952.00	172.000	-0.093	0.926
	Total-Bem estar	24.00	216.00	24.62	960.00	171.000	-0.119	0.905

p<0.05*

H3 - A saúde mental dos estudantes exerce influência sobre a ideia de desistir do curso no último ano.

A idealização de desistir do curso manifesta elevada afinidade com a ansiedade, depressão e *distress* total e menor ligação com o bem-estar e respectivos domínios.

Para finalizar, pode inferir-se que da interação das variáveis dependentes com a ideação de desistir do curso apenas se verificou influência dos domínios depressão (UMW=35.000; p=0.048), felicidade (UMW=23.500; p= 0.012) e bem-estar total (UMW=36.500; p=0.052), pelo que a hipótese é parcialmente aceite.

Tabela 27 - Teste U-MW entre ideação de desistir do curso e saúde mental

Escala	Desistir curso Dimensões	Não		Sim		U	Z	P
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Escala de BSI	Ansiedade	24.15	1062.50	28.38	113.50	72.500	-0.582	0.577
	Depressão	23.30	1025.00	37.75	151.00	35.000	-1.991	0.048
	Total-Distress	23.63	1039.50	34.13	136.50	49.500	-1.441	0.156
Escala de EMMBEP	Auto-estima	25.50	1122.00	13.50	54.00	44.000	-1.654	0.106
	Equilíbrio	24.80	1091.00	21.25	85.00	75.000	-0.489	0.653
	Envolvimento Social	25.22	1109.50	16.63	66.50	56.500	-1.191	0.251
	Sociabilidade	25.64	1128.00	12.00	48.00	38.000	-1.878	0.063
	Controlo de si e acontecimentos	24.88	1094.50	20.38	81.50	71.500	-0.624	0.552
	Felicidade	25.97	1142.50	8.38	33.50	23.500	-2.411	0.012
	Total-Bem estar	25.67	1129.50	11.63	46.50	36.500	-1.921	0.052

p<0.05*

Discussão

Grande parte dos resultados obtidos neste estudo corroboram os resultados de investigação publicados a nível internacional com estudantes de Medicina, havendo outros que podem ter explicações distintas.

Apesar de vários estudos realizados no estrangeiro acerca desta temática, não é possível extrair nenhuma comparação directa em razão das diferenças sociais, culturais, educacionais e da metodologia do estudo. (21)

A taxa global de saúde mental foi similar à de outros estudos realizados com estudantes da FCS e os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que foram obtidos através de questionários de autorresposta. (3,15)

H₁ - As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, distrito de origem e coabitación), familiares (estado civil dos pais, situação profissional dos pais) e académicas (licenciatura prévia) têm efeito significativo na saúde mental dos estudantes.

Além do rigor na prática e formação, os estudantes de medicina experienciam eventos pessoais comuns aos indivíduos da sua faixa etária que, por vezes, estão para além do controlo e que são conhecidos por contribuir para a depressão, ansiedade e abuso de substâncias. (8)

Após a realização das inferências estatísticas apenas se verificou relação entre o estado civil e o domínio equilíbrio da escala de bem-estar e entre o estado civil dos pais e situação profissional da mãe com a depressão.

Contudo, a análise inferencial dos resultados deste estudo verificou que o sexo feminino apresenta tendencialmente piores níveis de saúde mental comparativamente com o sexo masculino, o que vai de encontro às evidências obtidas num estudo anterior efectuado na FCS. (3)

No que diz respeito às evidências literárias relativas à experiência de sintomas de *distress* entre géneros os resultados são díspares. (3,7,10,22-24)

Vários estudos sugerem a predisposição das mulheres na população geral para desenvolver depressão e ansiedade. (7,23) Na população feminina estudantil, este risco está relacionado com a maior dificuldade em gerir e lidar com o *stress*, com o receio de que as exigências da prática clínica não lhes permitam tempo para encontrar um parceiro e ter filhos, com a percepção do nível exigido de responsabilidade e competência e com a pouca confiança nas próprias capacidades. (11,15,23) Esta situação poderá ter repercussões no futuro, com as alunas iniciando a vida profissional psicologicamente perturbadas o que poderá influenciar o cuidado/performance, satisfação e compromisso com os doentes. (23)

Seguindo a ordem de apresentação dos resultados, verifica-se que os estudantes mais jovens apresentam não só menor *distress*, como também menor bem-estar, o que pode estar relacionado com o entusiasmo pelas actividades sociais e nocturnas que, apesar de os ajudar a descontraír, também contribui para a privação de sono e dificuldade na gestão do tempo.

(15) Os alunos mais velhos, por outro lado mais maduros, percebem a maior exigência e responsabilidade das actividades lectivas, exibindo maior *distress* mas também maior bem-estar psicológico. (15)

Apesar de não consensual em todos os estudos, o casamento parece proteger contra o *distress*, dado o papel de suporte emocional proporcionado pelo conjugue. (7,9) Contudo, neste estudo, a saúde mental das duas alunas que vivem em união de facto revelou-se inferior à dos restantes estudantes solteiros. Este facto pode dever-se à qualidade do apoio proporcionado pelo parceiro e à possibilidade de dificuldades financeiras comuns à vida de casal. (7,9)

Em relação ao distrito de origem é possível verificar que os alunos do Centro do País revelam melhor saúde mental, o que está de acordo com um estudo português que revelou níveis mais elevados de stress entre estudantes que se encontram deslocados das suas residências de origem. (5) Para além disso, a tensão numa universidade do interior tende a ser menor do que aquela experienciada nas grandes cidades. (10)

O facto do estado civil dos estudantes, o estado civil dos pais e a situação profissional da mãe ter mostrado influencia estatística sugere que uma família estável parece proteger contra o aparecimento de depressão e ansiedade. (19)

Apesar de não ser conhecida extensa informação acerca do domínio de equilíbrio que mostrou significância estatística com o estado civil, a literatura revela que a auto-estima maioritariamente baixa nas raparigas está associada com a sub-valorização das capacidades e vulnerabilidade para reações depressivas, enquanto que nos rapazes a alta auto-estima associa-se à comum sobrestima das suas capacidades.(15)

Por último, ser licenciado não se mostrou protector da saúde mental o que pode estar relacionado com a fraca aquisição de estratégias de *coping* durante os outros cursos que embora apresentem problemas semelhantes, fazem-no em menor escala e por menor período de tempo.(10)

H₂ - As variáveis de coping (estratégias pessoais, abuso de substâncias e apoio psicológico) influenciam a saúde mental.

O *coping* é definido como um processo essencial para lidar e adaptar a uma situação de *stress*. (16)

Idealmente, a estratégia adaptativa deverá conduzir à resolução definitiva do problema, sem resultados residuais adicionais, garantindo um estado emocional positivo. (25)

As estratégias de *coping* são classificadas em: activo-cognitivo, activo-comportamental (externa, como procurar ajuda num profissional) e evitação (negação, uso de drogas, manter as preocupações para si mesmo), esta última menos efectiva, associada a desagregação psicológica e comportamentos de risco. (16,25)

A aplicação dos testes refutou a hipótese, contudo a análise da distribuição das estratégias de *coping* e da análise inferencial permite tirar algumas ilações.

O apoio da família e amigos surgiu como principal recurso o que vai de encontro à pesquisa bibliográfica no sentido em que permite ao indivíduo o controlo da ansiedade e da depressão, ao facilitar o sentimento de segurança e expressão de emoções (9,25,26). Para além disto, o apoio social, bem como a espiritualidade e as actividades recreativas, também foi responsável por promover um grande sentido de bem-estar. (19) Todavia, este suporte nem sempre surge como estratégia efectiva ao exigir tempo e energia dos estudantes. (12)

As restantes estratégias assinaladas pelos estudantes, técnicas de relaxamento e meditação (14) exercício adequado, nutrição, férias, participação em grupos de discussão e até utilização de redes sociais, também parecem minimizar a ansiedade e mesmo o estigma em torno das condições de saúde mental. (4,12,13) Contudo, não só os alunos encontram pouco tempo para relaxar, como se sentem culpados por fazê-lo. (12)

Segundo a bibliografia, os estudantes que não pertencem a nenhuma associação extracurricular, núcleo ou associação académica e que mantêm relacionamentos pobres com outros alunos ou membros do corpo docente manifestam mais sintomas de *distress* académico (5,27).

O *distress* psicológico é responsável por induzir estilos de vida menos saudáveis que, por sua vez, conduzem a baixos níveis de bem-estar, formando assim um ciclo vicioso. (15)

Como anteriormente referido, o ensino superior requer um alto nível de trabalho e dedicação, consistindo num ambiente altamente competitivo em que os estudantes têm de se submeter a um exame de seriação para se qualificarem a uma especialidade. Nestas circunstâncias, os estudantes saudáveis têm vindo a utilizar substâncias psicoactivas, que lhes permitem otimizar a eficiência académica estudando por mais horas. (28)

Em relação ao consumo de substâncias com o intuito de melhorar a performance académica verificou-se somente o consumo de suplementos para aumentar a memória e concentração e de tranquilizantes/sedativos, não tendo sido relatado abuso de outra substância ilícita psicoactiva. A excepção foi uma aluna do sexo feminino que referiu ter consumido LSD, o que se pressupõe que tenha ocorrido numa situação de convívio e diversão. (29)

Os resultados vão de encontro à bibliografia no sentido em que os estudantes de medicina parecem propensos à toma de suplementos vitamínicos e minerais quando comparados com os seus pares, apesar desta ser moderada face aos potenciais benefícios da prática. (30)

O uso de tranquilizantes parece associado ao sexo feminino, mais predisposto à procura de cuidado e tratamento médicos (3), e ao *distress* psicológico, inerente ao estudo para o exame de acesso à especialidade graças à competitividade, sobrecarga de actividades e falta de tempo para amigos e família. Além disso, o consumo elevado nos últimos anos de formação poderá estar relacionado com a facilidade na obtenção de receitas ou do próprio medicamento, o que levanta a questão da automedicação e conseqüente atraso na procura de ajuda profissional, e da dificuldade dos estudantes assumirem o papel de doentes. (15,29,31) Estudos na população médica referem que estes utilizam menos substâncias ilegais, mas tendem a usar mais opiáceos menores, hipnóticos, tranquilizantes e benzodiazepínicos. (31)

As drogas estimulantes usadas para manter o nível de energia e concentração, diminuindo a necessidade de descanso (ecstasy e metilfinidato de cloridrato) não foram relatadas. (28)

Apesar do questionário ter sido preenchido de forma voluntária, anónima e confidencial, é necessário ter em conta que alguns poderão ter sub-reportado o consumo por receio das implicações negativas e que os consumidores das outras substâncias podem não ter respondido ao questionário. (3) Para além disto, o baixo consumo de substância ilícitas pode ser explicado pelo crescente conhecimento dos riscos desses hábitos, pela motivação de ver cada vez mais próxima a entrada para o mercado de trabalho ou pela diminuição das actividades de socialização devido ao peso de estudar para o exame de especialidade. (32)

O consumo de substâncias pelos estudantes é particularmente importante, pois está relacionada com o aconselhamento e influência sobre os doentes, uma vez que serão modelos de saúde para comunidade e as suas atitudes em relação a essas práticas podem influenciar o seu comportamento profissional. (29,30)

Em relação ao apoio psicológico profissional, 18.8% já consultaram um profissional de saúde por problemas de saúde mental, 4.2% têm apoio regular e 8.3% estão medicados com ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos.

Estudos provam que alunos com melhor apoio psicológico têm menos problemas de adaptação.(1) Contudo apenas uma minoria dos estudantes recorre a serviços de apoio psicológico, pois deparam-se com barreiras como a falta de tempo, a preferência em lidar sozinhos com o problema, a crença de que o *distress* é inerente à faculdade, a sensação de risco para o progresso académico de documentação registada, o medo do incumprimento do sigilo e o custo. (3,9,19,27)

Devido ao mesmo estigma associado às doenças mentais, os alunos sentem-se mais confortáveis procurando assistência externa do que na própria instituição. (9)

Verifica-se que os estudantes de medicina não comparecem regularmente nos encontros de aconselhamento profissional, mas apresentam-se em situações emergentes, o que indica que esperam até um ponto grave da situação em que a depressão é mais difícil de tratar. (11)

A necessidade de enfrentar e medicar precocemente prende-se com a necessidade de evitar as consequências negativas comuns a uma saúde mental degradada (por exemplo, dificuldade em acompanhar as aulas, diminuição da motivação e da interacção interpessoal). (13)

A literatura indica que os alunos mais jovens (22-24 anos) estão menos dispostos a procurar tratamento e estão mais propensos a estigmatizar os colegas deprimidos. (3,4) Por outro lado e em conformidade com os resultados apresentados no presente estudo, o sexo feminino está mais disposto à procura de cuidados de saúde mental e à realização de terapêuticas psicotrópicas. (3)

Um estudo efectuado na UBI revelou que os estudantes de medicina que já realizaram terapia farmacológica sem prescrição médica para sintomas psicológicos apresentavam níveis inferiores de saúde mental (3), dado importante visto que 22.9% dos estudantes deste estudo

referem já ter realizado terapêutica farmacológica sem prescrição médica para sintomas da saúde mental.

Desta forma, é importante entender quais os factores que influenciam a procura de apoio profissional pelos estudantes e as consequências que daí podem advir. (3)

Uma vez que um dos aspectos importantes em receber apoio é a confidencialidade, as escolas poderiam considerar meios de apoio social on-line na programação de estratégias de *coping* evitando a estigmatização pelos colegas. (4)

Em suma, os resultados mostraram que os alunos de ambos os sexos realizam um alto grau de *coping* que, por sua vez, está associado a melhor saúde mental.

Apesar destes resultados, alguns estudos sugerem que as estratégias de *coping*, tal como a saúde pessoal, se deterioram à medida que se progride no curso e que por isso ser estudante de medicina aumenta o risco de depressão. (11) Contudo a literatura é contraditória em relação à forma mais ou menos eficaz de lidar com o stress à medida que a formação académica avança.

Diferentes métodos detêm diferentes resultados em diferentes indivíduos pelo que é essencial a avaliação pessoal do problema e o estabelecimento de uma estratégia, ainda que esta difira da dos outros que lidam com o mesmo estímulo. (14)

Por último, não sendo claro se as perturbações psicológicas são desencadeadas por culpa dos factores académicos ou dos frágeis mecanismos de *coping* e tendo em conta que estes factores permanecerão intensos ao longo da sua vida, é necessário encontrar soluções que ajudem os estudantes a lidar com os mesmos. (3)

H3 - A saúde mental dos estudantes exerce influência sobre a ideia de desistir do curso no último ano.

Neste estudo, 8.3% dos estudantes reportaram ter pensado em desistir do curso no decurso do último mês. Destes 4 alunos, 3 são do sexo feminino. A análise inferencial mostrou a influência da depressão, felicidade e bem-estar total sobre esta ideia.

Segundo a literatura os alunos que abandonam a faculdade não o fazem por falta de capacidade intelectual, mas por problemas emocionais e fraca motivação que conduz ao fracasso. (1)

Um estudo inglês mostrou que 2-4% dos estudantes desenvolvem transtorno psiquiátrico que conduz à desistência do curso (10) e está evidenciado que estudantes com disforia grave estão mais propensos a desistir não obstante terem boas notas na altura da desistência. (7)

O 6º ano tem uma estrutura curricular distinta, com maior sobrecarga das actividades lectivas, em que é necessário conciliar o estágio hospitalar (os alunos separam-se dos amigos, alternam entre hospitais, trabalham com pessoas que estão em constante mudança (11), e são sujeitos a avaliações das especialidades) o trabalho de mestrado e a preparação para o

exame de acesso à especialidade (momento crucial no percurso dos jovens estudantes), sobrando pouco tempo livre. (3,11)

A influência da depressão e da felicidade prendem-se com o facto da depressão comprometer a função cognitiva (falta de atenção, falta de memória e retardo psicomotor) afectando o desempenho académico, motivação e aprendizagem, (13) e da felicidade promover o sentimento de confiança e capacidade [pessoas felizes sentem-se capazes]. (26)

Apesar da não coerência acerca do nível de depressão entre estudantes de medicina à entrada da faculdade e apesar de ser dada formação para a promoção da saúde, a prevalência de queixas de cariz psicológico aumentam desproporcionalmente ao longo do curso e o tempo prolongado que dura este *stress* é uma questão importante. (1,2,8,9,16,19)

Em relação à influência do bem-estar, está provado que os sintomas de depressão parecem resultar de respostas inadaptadas a factores de stress externos que poderiam mesmo ser a ansiedade ou a ausência de bem-estar, pelo que se verificou a correlação entre eles de modo a poder indicar uma relação causa-efeito. (2,18)

Assim sendo, é importante promover o bem-estar de modo a facilitar a aquisição de conhecimentos, melhorar a função do sistema imunitário e prevenir o aparecimento de depressão e ansiedade. (3, 8)

Não é surpresa o maior número de estudantes do sexo feminino que revelam a ideia de desistir do curso, uma vez que apresentam valores globais baixos de saúde mental (3) e baixa confiança na capacidade de *coping*. (5)

Esta relação com o género é um tema a ter em conta visto que na última década se verificou uma mudança significativa na composição por géneros das escolas médicas e as mulheres se tornaram mais de metade de todos os candidatos à faculdade de medicina.(23)

A desistência do curso no último ano implica um investimento sem retorno tanto para os pais como para o estado o que obriga ao estudo rigoroso da matéria e deve ser visto como objecto de intervenção e esforço preventivo. (3)

Conclusão

Antes da síntese conclusiva é oportuno uma palavra relativamente às limitações encontradas no desenvolvimento desta investigação.

Que se tenha conhecimento este é o primeiro estudo em Portugal sobre a temática. Como não existem estudos realizados na população desta faixa etária com este instrumento de rastreio, não é possível comparar os resultados com a população geral.

Apesar da maioria dos instrumentos utilizados serem validados em Portugal, foi pesquisado um número limitado de variáveis em relação ao *distress*.

Além disso, pedir aos estudantes que avaliem retrospectivamente as suas emoções implica que estes se lembrem de como se sentiram. Contudo, o facto das questões se reportarem ao mês e semana anteriores facilitou a tarefa. (3)

Questionário

Do ponto de vista metodológico, questionários de autorresposta estão sujeitos a uma variedade de viés.

Para além disso, a extensão do questionário e o número de questões pode ter feito com que os estudantes, apesar de terem iniciado não o tenham submetido.

A quantidade de tempo durante o qual o questionário permaneceu activo permitiu aos alunos responderem em épocas diferentes, admitindo assim que estavam em graus de pressão diferentes.

Amostra

A randomização da amostra e o facto dos alunos se terem “auto-seleccionado” para responder pode ter influenciado os resultados.

Apesar do questionário anónimo, alguns estudantes poderão ter-se sentido ansiosos em responder pela possibilidade de serem identificados pela idade ou pela naturalidade.

Estudos sugerem que aqueles que não respondem tendem a ser mais deprimidos do que os que respondem (10) ou, pelo contrário, podem ter ficado mais interessados nos tópicos investigados e como tal em completar o questionário. (8)

Em relação à população e às diferenças entre géneros, os estudantes do sexo feminino podem estar apenas mais dispostos a admitir que sentem menos bem-estar psicológico do que os estudantes do sexo masculino que são mais reticentes em admitir sentimentos negativos. (23)

Para além disso há a possibilidade do curso e da população serem atípicos.

Tipo de Estudo

A natureza transversal do estudo não permite perceber as variações na saúde mental ao longo do tempo ou se os estudantes apresentam vulnerabilidades de forma permanente. Para além disso, questões relativas ao último mês avaliam o estado e não o traço.

Ademais, os dados colhidos apenas numa escola médica com uma forma particular de ensino e estruturação limita a generalização para os restantes estudantes de medicina do País.

As faculdades de medicina por serem o local de aquisição de competências necessárias ao exercício do ofício, são também locais onde se adquirem hábitos que tornam os futuros profissionais de saúde vulneráveis ao *distress* psicológico. Uma vez que o *stress* que surge durante os anos de curso está associado com os níveis de *distress* sentido vários anos mais tarde, há necessidade de rever o ensino no sentido de diminuir as suas fontes, favorecendo a adaptação dos alunos.

Os estudantes devem ser educados acerca dos diferentes *stressores* pessoais e profissionais que poderão experienciar, saber reconhecer quando precisam de ajuda, determinar quando a sua saúde afecta o cuidado dos doentes e desenvolver estratégias para melhorar o próprio bem-estar.

As Faculdades devem considerar a implicação da aprovação do projecto de decreto de lei sobre a reforma educacional para o acesso às especialidades. Apesar de pouco conhecido o papel destes factores e de serem necessários mais estudos nesta área, as mulheres apresentam maior *distress* na aprendizagem de novos currículos, o que somado à predisposição base para sentirem pior bem-estar, irá degradar mais a sua saúde mental.

É importante que se iniciem programas para a promoção da saúde cedo na formação médica de modo a enraizar bons hábitos e prevenir o comum declínio da saúde mental notado durante os anos de formação.

De forma geral, conclui-se que foram atingidos os objectivos propostos, contudo é fundamental que esta dissertação seja complementada com outros projectos de investigação longitudinal que utilizem metodologias mais complexas e uma amostra mais alargada de forma a que os resultados possam ser extrapolados para outros estudos.

A faculdade médica educa os alunos a cuidarem dos doentes, mas não os prepara para cuidarem de si mesmos, situação que deve ser alterada de modo a saírem beneficiados tanto os estudantes de medicina, como a população geral.

Bibliografia

1. Srivastava K, Raju M, Saldanha D, Chaudhury S, Basannar D, Pawar A, Ryali V, Kundeyawala S. Psychological well-being of medical students. *Med J Armed Forces India* [Internet] - 2007, Apr, 18; 63(2):137-40. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0377123707800578>
2. Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care* [Internet] 2009, Sep [cited 2014 Mar 30];24(3):1-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19664516>
3. Roberto AR. A Saúde Mental dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior [tese de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2009. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/>
4. George DR, Dellasega C, Whitehead MM, Bordon A. Facebook-based stress management resources for first-year medical students: A multi-method evaluation. *Comput Human Behav* [Internet] 2013, May [cited 2014 Mar 24];29(3):559-62. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0747563212003378>
5. Loureiro E, Mcintyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira M. A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Rev Bras Educ Med* [Internet] 2006 [cited 2014 Mar 8];32(2):273-273. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6407>
6. Drolet BC, Rodgers S. A comprehensive medical student wellness program-design and implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Acad Med* [Internet]. 2010, Jan;85(1):103-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042835>
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med* [Internet] 2006 Apr;81(4):354-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565188>
8. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt, TD. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med* [Internet] 2006, Apr; 81(4):374-84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565189>
9. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc* [Internet] 2005 Dec;80(12):1613-22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16342655>
10. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Brit Med J* 1986, May; 292:1177-80.
11. Rosenthal JM, Okie S. White coat, mood indigo-depression in medical school. *N Engl J Med* [Internet]. 2005, Sep, 15; 353(11):1085-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16162877>
12. Lee, F; Graham AV. Student´s perception of medical school stress and their evaluation of wellness elective. *Med Educ* 2001; 35:652-659

13. Yeh Y, Yen C, Lai C, Huang C, Liu K, Huang I. Correlation Between Academic Achievement and Anxiety and Depression in Medical Students Experiencing Integrated Curriculum Reform. *J Med Sci* 2007, Aug;23(8): 379-385.
14. Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Educ Today* [Internet] 2009, Jul [cited 2014 Apr 28];29(5):538-43. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19141364>
15. Luísa D. Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso [tese de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/>
16. An H, Chung S, Park J, Kim S, Kim KM, Kim K. Novelty-seeking and avoidant coping strategies are associated with academic stress in Korean medical students. *Psychiatry Res* [Internet] 2012, Dec, 30 [cited 2014 Apr 28]; 200(2-3):464-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22901439>
17. Monteiro S, Tavares J, Pereira A. Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários - EMMBEP. *Psicologia, saúde e doenças* 2012;13(1):66-77.
18. Canavarro MC. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Almeida L, Simões M, Machado C, Gonçalves M (Eds.) *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol III. Coimbra: Quarteto Editora; 2007.
19. Yiu V. Supporting the well-being of medical students. *JAMC* [Internet]. 2005, Mar 29;172(7):889-90. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=554874&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
20. Pestana M, Gageiro J. *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
21. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F. Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2001, Nov, 1;64(3):265-70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11672941>
22. Guthrie E, Black D, Creed F, Shaw C, Bagalkote H, Campbell M. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J. R. Soc. Med* 1998, May;91:237-43.
23. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns* [Internet] 2008, Oct [cited 2014 Mar 31];72(3):374-81. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18656322>
24. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depend* [Internet] 2000, May, 1;59(2):125-30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891625>
25. MacCann C, Fogarty GJ, Zeidner M, Roberts RD. Coping mediates the relationship between emotional intelligence (EI) and academic achievement. *Contemp Educ Psychol* [Internet] 2011, Jan [cited 2014 Apr 28];36(1):60-70. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0361476X10000603>

26. Salovey P, Rothman a J, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *The American psychologist* [Internet] 2000; 38:110-21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392855>
27. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to reduce stress in university students: a review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet] 2013, May, 15 [cited 2014 Apr 29];148(1):1-11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246209>
28. Finger G, Silva ER, Falavigna A. Use of methylphenidate among medical students: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras* [Internet] 2013 [cited 2014 Apr 1];59(3):285-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23680277>
29. Lemos K, Neves N, Kuwano A, Tedesqui G, Bitencourt A, Neves F, Guimarães A, Rebello A, Bacellar F, Lima M. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Ver. Psiq. Clin.* 2007;34(3):118-24.
30. Spencer EH, Bendich A, Frank E. Vitamin and mineral supplement use among US medical students: A longitudinal study. *J Am Diet Assoc* [Internet] 2006, Dec [cited 2014 Apr 27];106(12):1975-83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17126627>
31. Rosvold EO, Vaglum P, Moum T. Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nation-wide comparative study. *Soc Sci Med* [Internet] 1998;46(4-5):581-90. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9460837>
32. Carvalho FN. Hábitos Alcoólicos dos Estudantes do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior [tese de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2010. Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/>

Anexos

Anexo 1- Questionário

INQUÉRITO

“Indicadores de Saúde Mental percebidos pelos Estudantes de Medicina do 6º ano”

Caro colega, convido-o a responder ao seguinte questionário que se insere no trabalho de investigação da minha Dissertação de Mestrado.

Este inquérito tem por objectivo avaliar a Saúde Mental dos Estudantes de Medicina do 6º ano da Universidade da Beira Interior em preparação para o Exame de Especialidade.

O questionário é anónimo pelo que peço que responda da forma mais honesta e sensata possível.

Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigada pela sua colaboração.

A colega,

Fabiana Pimentel

DADOS DEMOGRÁFICOS:

- 1- Sexo:
 - Feminino
 - Masculino

- 2- Idade:
- 3-
- 4- Estado Civil:
 - Solteiro/a
 - Casado/a
 - União de facto
 - Divorciado/a
 - Viúvo/a

- 5- Distrito de Origem:
 - Aveiro
 - Beja
 - Braga
 - Bragança
 - Castelo Branco
 - Coimbra
 - Évora
 - Faro
 - Guarda
 - Leiria
 - Lisboa
 - Portalegre
 - Porto
 - Santarém
 - Setúbal
 - Viana do Castelo
 - Vila Real

- Viseu
 - Região Autónoma da Madeira
 - Região Autónoma dos Açores
 - Não se aplica (Estrangeiro)
- 6- Os seus pais estão:
- Casados
 - Divorciados/Separados
 - Nunca viveram juntos
 - Pai faleceu
 - Mãe faleceu
 - Pai e Mãe faleceram
 - Não conhece os seus pais
- 7- Actualmente o seu pai está:
- Empregado
 - Desempregado
 - Inválido
 - Reformado
 - Baixa médica por doença prolongada
 - Emigrado
- 8- Actualmente a sua mãe está:
- Empregada
 - Desempregada
 - Inválida
 - Reformada
 - Baixa médica por doença prolongada
 - Emigrada
- 9- Com quem vive durante o período lectivo?
- Sozinho
 - Com os pais
 - Com colegas/amigos
 - Com companheiro/a
 - Com outros familiares
- 10- Já possui alguma licenciatura?
- Sim
 - Não

INVENTÁRIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (BSI)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale a resposta que melhor descreve o grau em que cada problema o incomodou durante a última semana. Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

1. Nervosismo ou tensão interior
 - Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
2. Desmaios ou tonturas
 - Nunca

- Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
7. Dores sobre o coração ou o peito
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
8. Medo na rua ou praças públicas
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
9. Pensamentos de acabar com a vida
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes

10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

11. Perder o apetite

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

12. Ter um medo súbito sem razão para isso

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

13. Ter impulsos que não se podem controlar

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

16. Sentir-se sozinho

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Muitíssimas vezes

17. Sentir-se triste

- Nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- Muitas vezes

- Muitíssimas vezes
18. Não ter interesse por nada
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
19. Sentir-se atemorizado
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
22. Sentir-se inferior aos outros
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
25. Dificuldade em adormecer
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes

- Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
29. Sensação de que lhe falta o ar
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
30. Calafrios ou afrontamentos
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
32. Sensação de vazio na cabeça
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro no corpo)
- Nunca

- Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
36. Ter dificuldade em se concentrar
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
37. Falta de forças em partes do corpo
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes

41. Ter vontade de destruir ou partir coisas
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas, ou assembleias
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
45. Ter ataques de terror ou pânico
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
46. Entrar facilmente em discussão
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes

- Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se quieto sentado quieto
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
50. Sentir que não tem valor
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
52. Ter sentimentos de culpa
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça
- Nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - Muitas vezes
 - Muitíssimas vezes

ESCALA DE MEDIDA DE MANIFESTAÇÃO DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

1. Senti-me confiante
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

2. Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

3. Senti-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

4. Senti-me útil
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

5. Senti-me emocionalmente equilibrado
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

6. Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

7. Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

8. A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas actividades familiares, pessoais e académicas.
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

9. Tive objectivos e ambições
 - Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre

10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

11. Envolvi-me em vários projectos

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas actividades e passatempos preferidos

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

13. Ri-me com facilidade

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

14. Tive um grande sentido de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

15. Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

16. Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

17. Estive capa de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes

- Frequentemente
 - Quase sempre
18. Diante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
19. Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
20. Estive bem calmo
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
21. Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
22. Senti-me bem, em paz comigo próprio
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
23. Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
24. A minha moral esteve boa
- Nunca
 - Raramente
 - Algumas vezes
 - Frequentemente
 - Quase sempre
25. Senti-me saudável e em boa forma
- Nunca

- Raramente
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Quase sempre

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA LIDAR COM A SAÚDE MENTAL:

Que estratégias utilizas para manter e lidar com alterações da saúde mental? Por favor selecciona todas as que se aplicam:

- Apoio Familiar
- Apoio Amigos
- Técnicas de Relaxamento/Meditação
- Exercício Físico
- Fé/ Religião
- Tirar um tempo da medicina (estudo e estágios)?
- Participação em grupos recreativos (por exemplo tunas, grupo coral, escuteiros)
- Grupos de discussão entre pares
- Outra:

No último mês, consumiu alguma das seguintes substâncias com o intuito de aumentar o rendimento escolar? Por favor selecciona todas as que se aplicam:

- Suplementos para aumentar a concentração e a memória
- Medicamentos Psicoestimulantes (para défice de atenção e hiperactividade)
- Medicamentos Tranquilizantes/Sedativos
- Ecstasy (MDMA)/Anfetaminas
- Bebidas alcoólicas
- Cannabis
- Cocaína/Crack
- Heroína/Opióides
- LSD
- Cogumelos Mágicos

Acompanhamento Psicológico

- Alguma vez consultou um profissional de saúde por sintomas relacionados com a Saúde Mental (ansiedade, depressão, bem-estar psicológico, stress, por exemplo)?
 - Sim
 - Não
- Actualmente, tem apoio regular de algum profissional de saúde por sintomas relacionados com a Saúde Mental?
 - Sim
 - Não
- Alguma vez realizou terapêutica farmacológica para sintomas relacionados com a Saúde Mental, SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA?
 - Sim
 - Não
- ACTUALMENTE faz alguma terapêutica farmacológica (a longo prazo) para sintomas relacionados com a Saúde mental?
 - Sim
 - Não

Se sim, diga o nome ou grupo farmacológico do(s) medicamento(s) que está a tomar actualmente:

- Outro:

No último mês pensou em desistir do curso?

-Sim

-Não